



**T. C.**  
**İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ**  
**YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**KANSERLİ HASTALARDA YORGUNLUĞUN FONKSİYONEL**  
**DURUM VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN**  
**DEĞERLENDİRİLMESİ**

**MELİKE ÖZKAN**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Doç.Dr. SEMİHA AKIN**

**2016 – İSTANBUL**



**T. C.**

**İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ  
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**KANSERLİ HASTALARDA YORGUNLUĞUN FONKSİYONEL  
DURUM VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**MELİKE ÖZKAN**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Doç. Dr. SEMİHA AKIN**

**JÜRİ ÜYELERİ**

**Doç.Dr. SEMİHA AKIN**

**Prof.Dr. ZEHRA DURNA**


**Yard.Doç.Dr. ZELİHA TÜLEK**

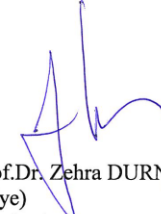
**2016 - İSTANBUL**


## TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

08 Haziran 2016

Yüksek Lisans öğrencisi Melike ÖZKAN'ın Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı'nda hazırlamış olduğu "Kanserli Hastalarda Yorgunluğun Fonksiyonel Durum ve Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi" konulu tezini savunmuş ve aday jüri tarafından BAŞARILI/BAŞARISIZ bulunarak tez hakkında OYBİRLİĞİ/ ÖYÇÖĞÜNLUĞU ile KABUL /DÜZELTME/ RED kararı verilmiştir.

  
Doç.Dr. Semiha AKIN  
(Danışman)

  
Prof.Dr. Zehra DURNA  
(Üye)  
(Başkan)

  
Yard.Doç.Dr. Zeliha TÜLEK  
(Üye)

## BEYAN

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

Melike ÖZKAN



## TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca yardımını ve desteğini esirgemeyen, her daim beni sabır ve anlayıőla yönlendiren, bilgi ve tecrübelerini benden hiçbir zaman sakınmayan değerli danışman hocam Doç.Dr. Semiha AKIN'a, desteklerini her zaman üzerimde hissettiğim saygıdeğer müdürüm sayın Prof.Dr. Zehra DURNA'ya saygılarımla teşekkür ederim.

Klinik çalışmam esnasında ve tez sürecimde yardımını esirgemeyen sayın Baőhemőire Nuray LÜY'e, onkoloji yatan hasta servisinde beraber alıőtıęım Gülçin KURT'a, Sinem TUNALI'ya, őehbal Nur SEYREK'e ve diğer ekip arkadaşlarıma, ayaktan kemoterapi ünitesi çalışan tüm hemşire arkadaşlarıma ve hastalarıma saygılarımla teşekkür ederim.

Beni her aőamada destekleyen kıymetli annem Melek ODABAş'a, babam Mahmut ODABAş'a, ağabeyim Murat ODABAş'a ve ablam Dilek ODABAş'a sonsuz teőekkürlerimi sunarım. Son olarak her zaman yanımda olduğunu hissettiren değerli eőim őükrü ÖZKAN'a sevgilerimle teşekkür ederim.

# İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii-v
SİMGE VE KISALTMALAR.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	vii-ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
1. ÖZET.....	1
2. SUMMARY.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3-7
4. GENEL BİLGİLER.....	8
4.1.KANSER.....	8
4.1.1.Dünyada ve Ülkemizde Kanser ve Epidemiyolojisi.....	10-11
4.1.2.Kanserden Korunma, Tarama ve Erken Tanı.....	12-14
4.1.3.Kanserde Tedavi ve Hemşirelik Bakımı.....	14-17
4.2.YAŞAM KALİTESİ.....	17
4.2.1.Yaşam Kalitesi.....	17-18
4.2.2.Kanserde Yaşam Kalitesi.....	18-19
4.2.3.Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi.....	19-21
4.2.4.Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesinin Geliştirilmesi ve Hasta Eğitimi.....	21-23
4.3.YORGUNLUK.....	24
4.3.1.Yorgunluk ve Yorgunluğun Değerlendirilmesi.....	24-25
4.3.2.Kansere Bağlı Yorgunluk.....	26
4.3.2.1.Kansere Bağlı Yorgunluğun Nedenleri.....	26-27
4.3.2.2.Kanser Hastalarında Yorgunluk Belirtileri.....	27-28
4.3.2.3.Kansere Bağlı Yorgunluğun Yönetimi.....	28-32
4.3.2.4.Yorgunlukta Hemşirelik Uygulamaları ve Hasta Eğitimi.....	32-33

4.4.FONKSİYONEL DURUM.....	34
4.4.1.Kanser Hastalarında Fonksiyonel Durum ve Kanser Tedavisinin Fonksiyonel Duruma Etkisi.....	34-39
4.4.2.Kanser Hastalarında Yorgunluğun Fonksiyonel Durum ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi.....	40-41
4.4.3.Kanser Hastalarında Fonksiyonel Durumun Geliştirilmesinde Hemşirenin Rollerini.....	41-42
5. GEREÇ VE YÖNTEM.....	43
5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	43
5.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	43
5.3. ARAŞTIRMA SORULARI.....	43
5.4. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER.....	43
5.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ.....	44
5.6. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ.....	44
5.7. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ....	45
5.8. VERİ TOPLAMA SÜRECİNDE ETİK İLKELER.....	45
5.9. VERİLERİN TOPLANMASI.....	45
5.9.1.Veritoplama Yöntemi.....	45
5.9.2.Veritoplama Araçları.....	46-53
5.10. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ.....	53
5. BULGULAR.....	54
6.1. KANSER HASTALARININ SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ.....	54
6.2. KANSER HASTALARININ SAĞLIK DURUMU, SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ ALIŞKANLIKLARI VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ.....	56
6.3. KANSER HASTALARINDA PİPER YORGUNLUK ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARINA İLİŞKİN BULGULAR.....	62
6.4. KANSER HASTALARINDA FONKSİYONEL YAŞAM ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARINA İLİŞKİN BULGULAR.....	64
6.5. PİPER YORGUNLUK ÖLÇEĞİ VE FONKSİYONEL YAŞAM ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI İLE İLİŞKİLİ KİŞİSEL VE	66

HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLER.....	
6.6.KANSER HASTALARINDA PİPER YORGUNLUK ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI İLE FONKSİYONEL YAŞAM ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	94-95
7. TARTIŞMA.....	96
7.1.KANSER HASTALARININ SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI.....	98
7.2.KANSER HASTALARININ SAĞLIK DURUMU, SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ ALIŞKANLIKLARI VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI .....	99-102
7.3.KANSER HASTALARINDA PİPER YORGUNLUK ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	103-105
7.4.KANSER HASTALARINDA FONKSİYONEL YAŞAM ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	106-107
7.5.PİPER YORGUNLUK ÖLÇEĞİ VE FONKSİYONEL YAŞAM ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI İLE İLİŞKİLİ KİŞİSEL VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİN TARTIŞILMASI.....	108-115
7.6.KANSER HASTALARINDA PİPER YORGUNLUK ÖLÇEĞİ İLE FONKSİYONEL YAŞAM ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI.....	116-118
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	119-124
9. KAYNAKLAR.....	125-138
EKLER.....	139
EK 1: ÖZGEÇMİŞ.....	139
EK 2: ETİK KURUL ONAYI.....	140-141
EK 3: ANKET FORMLARI.....	142-152
EK 4: TEZ ÇALIŞMASI İZİN YAZILARI.....	153-157



## SİMGE VE KISALTMALAR

<b>BT</b>	Bilgisayarlı Tomografi
<b>CARES-SF</b>	Kanser Rehabilitasyonu Değerlendirme Sistemi Kısa Formu (Cancer Rehabilitation Evaluation System-Short Form)
<b>DNA</b>	Deoksi Ribonükleik Asit
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>ECOG</b>	Eastern Cooperative Oncology Group
<b>EORTC QLQ-C30</b>	European Organisation For Research and Treatment Cancer, Quality of Life Questionnaire
<b>FACT-G</b>	Kanser Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirmesi (Functional Assessment of Cancer Therapy)
<b>FYÖ</b>	Fonksiyonel Yaşam Ölçeği-Kanser (Functional Living Scale- Cancer)
<b>GİS</b>	Gastrointestinal Sistem
<b>GYA</b>	Günlük Yaşam Aktiviteleri
<b>HBV</b>	Hepatit B
<b>HCV</b>	Hepatit C
<b>HRT</b>	Hormon Replasman Tedavisi
<b>IARC</b>	Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı
<b>KT</b>	Kemoterapi
<b>NCCN</b>	National Comprehensive Cancer Network
<b>NSAİ</b>	Nonsteroid Antiinflamatuvar İlaçlar
<b>PSA</b>	Prostat Spesifik Antijen
<b>PYÖ</b>	Piper Yorgunluk Ölçeği (Piper Fatigue Scale)
<b>SF-36</b>	Kısa Form-36
<b>QWB</b>	Nothigham Sağlık Profili, İyilik Hali Skalası (Quality of Well- Being Scale)
<b>WHOQOL</b>	Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi

**Yüksek Lisans Tez Projesi Numarası: HEM/YL/2112014**

## TABLolar LİSTESİ

	Sayfa No
Tablo 1 Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) Tarafından Yayınlanan GLOBOCAN 2012 Verilerine Göre Erkeklerde En Sık Görülen İlk Beş Kanser Türünün Dağılımı	10
Tablo 2 Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) Tarafından Yayınlanan GLOBOCAN 2012 Verilerine Göre Kadınlarda En Sık Görülen İlk Beş Kanser Türünün Dağılımı	11
Tablo 3 Yorgunluk İçin Araştırmalarla Desteklenen Girişimler	34
Tablo 4 Piper Yorgunluk Ölçeği Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayıları ve Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları (N=100)	49-50
Tablo 5 Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Alt Boyutları	51
Tablo 6 Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayıları ve Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları (N=100)	52-53
Tablo 7 Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular (N=100)	55
Tablo 8 Hastaların Sağlık Öyküsü ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Alışkanlıkları (N=100)	57
Tablo 9 Hastaların Kanser Tanısı, Tedavisi ve Genel Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler (N=100)	59-60
Tablo 10 Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamaları (N=100)	62
Tablo 11 Piper Yorgunluk Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Ölçek Puan Ortalamaları (N=100)	63
Tablo 12 Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Puan Ortalamaları (N=100)	65
Tablo 13 Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Ölçek Puan Ortalamaları (N=100)	66
Tablo 14 Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği Puan	67

	Ortalamalarının Hastaların Cinsiyetine Göre Karşılaştırılması (N=100)	
Tablo 15	Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Hastaların Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması (N=100)	68-69
Tablo 16	Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamaları ile Hastaların Yaş Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (N=100)	70
Tablo 17	Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Hastaların Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=100)	71
Tablo 18	Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Hastaların Mesleğine Göre Karşılaştırılması (N=100)	73-74
Tablo 19	Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Hastaların Gelir Düzeyi Algısına Göre Karşılaştırılması (N=100)	75
Tablo 20	Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Hastaların Yalnız Yaşama Durumu Değişkenine Göre Karşılaştırılması (N=100)	76
Tablo 21	Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Bireysel Kronik Hastalık Öyküsüne Göre Karşılaştırılması (N=100)	77
Tablo 22	Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Ailede Kronik Hastalık Öyküsüne Göre Karşılaştırılması (N=100)	78
Tablo 23	Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Hastaların Sağlık Durumu Algısına Göre Karşılaştırılması (N=100)	79
Tablo 24	Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Kansere Tanısına Göre Karşılaştırılması (N=100)	81

Tablo 25	Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Kansere Tanısıyla Yaşama Süresine Göre Karşılaştırılması (N=100)	82
Tablo 26	Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamaları ile Kansere Tanısıyla Yaşama Süresi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (N=100)	83
Tablo 27	Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Kansere Evresine Göre Karşılaştırılması (N=100)	84
Tablo 28	Hastaların Kemoterapi Protokolü Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamaları (N=100)	86-87
Tablo 29	Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamaları ile Kemoterapi Kür Sayısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (N=100)	88
Tablo 30	Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Tedavi Uygulama Yerine Göre Karşılaştırılması (N=100)	89
Tablo 31	Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Hastaların Hastalıkla Baş Etme Derecesine İlişkin Algılarına Göre Karşılaştırılması (N=100)	90
Tablo 32	Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Hastaların ECOG Performans Skoruna Göre Karşılaştırılması (N=100)	92-93
Tablo 33	Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ile Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (N=100)	95

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 1 Piper ve arkadaşlarının Bütünleştirilmiş Yorgunluk Modeli

25



## 1.ÖZET

### **Kanserli Hastalarda Yorgunluğun Fonksiyonel Durum ve Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi**

**Öğrencinin adı: Melike ÖZKAN**

**Danışmanı: Doç. Dr. Semiha AKIN**

**Anabilim Dalı: Hemşirelik**

**Amaç:** Bu çalışma kemoterapi uygulanan kanser hastalarında yorgunluk düzeyinin fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı-ilişki arayıcı nitelikte bir araştırmadır. Araştırma örneklemini kemoterapi alan 100 kanser hastası oluşturdu. Hastaların kemoterapi ile ilişkili hissettiği yorgunluk Piper Yorgunluk Ölçeği, fonksiyonel durumu Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve ECOG performans skoru kullanılarak değerlendirildi.

**Bulgular:** Hastaların yarısından fazlası (%62) kadın ve orta-ileri yaş (56,53±13,56) grubundadır. Örneklem %31'i meme kanseri ve %64'ü IV. evre kanser hastasıdır. Piper Yorgunluk Ölçeği toplam puanı 4,13 ±3,06 bulundu. Hastaların Fonksiyonel Yaşam Ölçeği toplam puanı 107,90 ± 27,37 bulundu. Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği puan ortalamaları erkek, ileri yaş grubu, eğitim düzeyi düşük olan, çalışmayan, kronik hastalığı olan, gastrointestinal kanser tanısı almış, kanser evresi IV, ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) performans skoru yüksek ve hastanede yatarak kemoterapi alanlarda daha düşük bulundu. Piper Yorgunluk Ölçeği ile Fonksiyonel Yaşam Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif yönde ve yüksek düzeyde bir ilişki saptandı ( $r = -0,88$ ,  $p < 0,01$ ).

**Sonuç:** Yorgunluk düzeyinin yüksek olması hastaların fonksiyonel durumunu olumsuz yönde etkileyerek günlük yaşam aktivitelerinin gerçekleştirmeleriyle sonuçlanır. Kanserli hastalarda yorgunluğa neden olan faktörlerin kontrolüne yönelik girişimlerin planlanması hastaların fonksiyonel yaşam kalitesini adına önem taşır.

**Anahtar Kelimeler:** Kanser, kemoterapi, yorgunluk, fonksiyon, yaşam kalitesi

## **2. SUMMARY**

### **Evaluation of Effect of Fatigue on Functional Status and Quality of Life in Cancer Patients**

**The Name of the Student: Melike ÖZKAN**

**Supervisor: Semiha AKIN PhD. BSc. RN. Assoc. Prof.**

**Department: Nursing**

**Objectives:** This study was carried out in order to determine the effect of fatigue level on the functionality status and quality of life in cancer patients receiving chemotherapy. It is a descriptive/correlational research.

**Materials and Method:** Sample of the study comprises 100 cancer patients receiving chemotherapy. Patients' feeling of fatigue was assessed using Piper Fatigue Scale and functionality status was assessed using Functional Living Scale-Cancer and ECOG performance score.

**Findings:** More than half of the patients were female (62%) and middle-age adults ( $56.53 \pm 13.56$ ). Thirty one percent of the sample had breast cancer, and 64% were at stage IV cancer. Piper Fatigue Scale score was found  $4.13 \pm 3.06$ . Functional Living Scale score of the patients was found  $107.90 \pm 27.37$ . Functional Living Scale and Piper Fatigue Scale score averages were found lower for patients who were male, who were in older age group, who were unemployed, who had low education level, who had a chronic disease, diagnosed with gastrointestinal cancers, at cancer stage IV, with a high ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) performance score, and who were hospitalized during chemotherapy. A statistically significant, negative and high correlation was found between Piper Fatigue Scale and Functional Living Scale score averages ( $r = -0.88, p < 0.01$ ).

**Conclusion:** High level of fatigue has a negative impact on patients' functional status, preventing them from performing the activities of daily living. Interventions to effectively control factors causing fatigue at cancer patients are vital to promote patients' functional quality of life.

**Key Words:** Cancer, chemotherapy, fatigue, function, quality of life

### 3.GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser vücudun bir bölümünde hücrelerin kontrol dışı çoğalması ve yayılmasıyla karakterize, insanı biyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutlarıyla tehdit eden ve aynı zamanda günümüzün en önemli kronik sağlık sorunlarından birisidir (American Cancer Society, 2014; Sarı Şıra, 2007). Tedavi edilmeyen kanserler ciddi hastalığa ve ölüme neden olabilir. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Daire Başkanlığı Sayfasında Yayınlanan Yeni Dünya İstatistiklerinde; Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı GLOBOCAN (Global Kanser İstatistik) 2012 yılı için yeni kanser verilerine göre 2012 yılında Dünya’da toplam 14,1 milyon yeni kanser vakasının saptandığı ve 8,2 milyon kansere bağlı ölümün geliştiği belirlenmiştir (<http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri/860-yeni-d%C3%BCnya-kanser-istatistikleri-yay%C4%B1nland%C4%B1.html>, Erişim tarihi: 23 Nisan 2016).

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Kanser İstatistikleri 2016 raporuna göre; Ülkemizde 2013 yılında yaşa standardize edilmiş kanser hızı erkeklerde 267,9, kadınlarda ise 186,5’dir (100000 kişide). Toplamda kanser insidansı yüz binde 227,2’dir. 2013 yılı kanser istatistiklerine göre ülkemizde 103.070 erkek ve 71.233 kadın kansere yakalandığı tahmin edilmekte olup toplam 174 bin bireye yeni kanser tanısı konulmuştur ([http://kanser.gov.tr/Dosya/ca\\_istatistik/ANA\\_rapor\\_2013v01\\_2.pdf](http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/ANA_rapor_2013v01_2.pdf), Erişim tarihi: 23 Nisan 2016). TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2014 verilerine göre 2014 yılında ölüm nedenlerinin %40,4’ünü dolaşım sistemi hastalıklarının oluşturduğu, ikinci sırada (%20,7) iyi huylu ve kötü huylu tümör nedenli ölümlerin olduğu bildirilmiştir (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18855>,Erişim tarihi:23Nisan2016).

Günümüzde çağdaş tıbbın ve en önemli problemlerinden biri olan kanserin sistemik tedavisinde kemoterapi (KT), hedefe yönelik tedaviler ve hormonoterapi, ilerleyen ve bireyin yaşamını tehdit eden durumlarda cerrahi işlem uygulanması, kemik iliği transplantasyonu ve radyoterapi yöntemleri yer almaktadır. Kanser tedavisinde kullanılan bu tedavi yöntemleri hastanın yaşam süresini uzatmakla birlikte, fonksiyonel yaşamında güçlükler yaratmakta, yorgunluğa sebep olmakta ve



yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Karayurt, 2014; Özkan, 2012). Kemoterapinin amacı bireyin normal hücrelerine zarar vermeden oluşan mikroorganizma ve tümör hücrelerinin büyümesini, çoğalmasını engellemek ve yok etmektir (Şahin Akgün ve Tan, 2009). Kanser hastalarında uygulanan kemoterapi ile ilişkili yan etkiler uygulanan ilaçların özelliklerine bağlı olarak farklılık göstermektedir. Kemoterapi ile ilişkili olarak bulantı-kusma, konstipasyon-diyare, iştahsızlık, anemi, lökopeni, trombositopeni, nötropeni, saç dökülmesi, ağrı, mukozit oluşması, yorgunluk, bitkinlik, cilt reaksiyonları, emosyonel değişiklikler, psikolojik problemler ve cinsel problemler ortaya çıkmaktadır (Algier ve ark., 2008; Karakaş, 2014). Kanser tanısı ile ilişkili olarak bireylerde korku, çaresizlik, suçluluk, eşi veya ailesi tarafından terk edilme korkusu ve ölüm duyguları gibi psikososyal sorunlar da yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Özkan, 2012).

Kanser hastalarında kemoterapi enfeksiyonlar, bulantı – kusma ve tedavi sonucu oluşabilecek komplikasyonlar ile ilişkili uzun süreli hastanede kalmak durumunda olması sebebiyle yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir (Cin, 2009; Karayurt, 2014; Şahin Akgün ve Tan, 2009). Hastalığın kendisi ve tedavi yan etkileri kanser hastalarının işlevsellik derecesini, günlük yaşam aktivitelerini ve doyum aldığı yaşam alışkanlıklarını olumsuz yönde etkilemektedir. Kanser tedavisinin yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi tedavinin tüm basamaklarında önemlidir (Cin, 2009; Karayurt, 2014; Şahin Akgün ve Tan, 2009). Kanserli hastalarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesi araştırmaları; en uygun tedavinin seçilmesi sürecinde karar vermeyi sağlar, hastalık prognozunun değerlendirilmesi, hastalıkla ve tedavi süresince karşılaşılan problemlerin nedenlerinin belirlenmesi ve yaşam kalitesinin geliştirilmesine katkıda bulunmaktadır (Akin, 2007; Kutlu ve ark., 2011).

Yorgunluk kanser hastalarının en sık yaşadıkları semptomdur ve kanser hastalarında yaşam kalitesini önemli ölçüde etkiler. Bu nedenle, yorgunluk düzeyinin değerlendirilmesi ve baş etmeye ilişkin gerekli girişimlerde bulunulması bireyin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir (Karakoç, 2008). Kanser hastalarında yorgunluk; fiziksel, psikolojik ve durumsal etmenlerin bileşiminden oluşur. Kanser hastalarında algılanan yorgunluk kronik yorgunluk olup dinlenmekle dahi geçmemektedir (Saygılı, 2012) ve hastalar tarafından güçsüzlük, halsizlik bitkinlik,

konsantrasyon bozukluğu, kuvvetsizlik uyku kalitesinde azalma ve motivasyon eksikliği gibi farklı şekillerde tanımlanır (Can, 2006). Yorgunluk karmaşık, çok yönlü ve sağlık harcamalarını arttıran kanserli hastaları tarafından deneyimlenen çok önemli bir sorundur. Yorgunluk algısı hastaların hislerini (mutluluk, doyum alma, yaşamdan zevk alma), günlük yaşam aktivitelerini ve kişilerarası iletişimini etkileyebilmekte ve de tedaviyi sürdürme konusunda gönülsüz olmalarına yol açabilmektedir (Yaranoğlu, 2012).

Yorgunluk kanser hastalarının %70–100’ünde kanser tanısı ve tedavi sürecine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkileyen ve performansını azaltan yorgunluk şikayeti ayrıca tedaviyle baş etme düzeyini etkilemektedir (Yaranoğlu, 2012). Kanser ve tedavi süreci (kemoterapi, radyoterapi, cerrahi tedavi hormon tedavisi gibi) meydana gelen yan etkiler, hastaları fiziksel, psikolojik, emosyonel, sosyal yönden olumsuz yönde etkilemektedir (Görgülü ve Akdemir, 2010). Hastalığa ve tedaviye bağlı olarak hastalarda oluşan yorgunluk hastalığın başlangıcından itibaren bireyi etkileyebilmekte ve tedavi tamamlandıktan aylar hatta yıllar sonra devam edebilmektedir (Bağ, 2012).

Kanser tedavi yöntemlerinden biri olan kemoterapi, hastanın normal hücrelerine zarar vermeden çoğalan hücreleri çoğalmasını, büyümesini engellediği gibi, normal hücrelerin de gelişip çoğalmasını önlemekte ve tedavi toksisitesine yol açmaktadır (Hintistan ve ark., 2012). Anemi sonucunda dokulara giden oksijen miktarı azalır ve enerji üretiminde azalma olur; yetersiz enerji üretimine bağlı olarak yorgunluk meydana gelir (Yaranoğlu 2012). Trombositopeni, lökopeni (ateş yükselmesi, enfeksiyonlara karşı savunmasız ve çabuk hasta olamaya neden olur) pansitopeni, mukozit (buna bağlı yetersiz beslenme), ağrı, tümör lizis sendromu, bulantı, kusma (iştahsızlık, kaşeksi özellikle mide kanserlerinde), tümör hücresinin besin maddelerini tüketmesi gibi önemli etkiler meydana gelir. Kanser tedavileri sonrası (özellikle cerrahi tedaviyi takip eden radyoterapi, kemoterapi) verilen uzun süren yatak istirahatleri kişide bir süre sonra alışkanlık haline gelmekte ve kişi fiziksel aktiviteden kaçınmaktadır. Bu durum performans kaybına neden olan kas katabolizmasını etkileyebilmektedir (Uğur Bilgin, 2014). Azalmış kas gücüyle

birlikte, performans kaybı ve enerji azlığı nedeniyle hastalar yorgunluk yaşamaktadırlar.

Yorgunluğun meydana gelmesiyle bireylerde fiziksel yakınmalarda artış, daha hassas hale gelmesi, konsantrasyon bozukluğu, performans gücünün azalması, enerji eksikliği, yeterli uyumasına rağmen kendini dinlenmiş hissetmemesi, sosyal yaşam aktivitelerinin yerine getirilememesi, sevdiği aktivitelere karşı oluşan ilgisizliği, cinsel isteğin azalması, rutin olarak yaptığı alışılmış eylemlerini devam ettirmekte zorlanması ve depresif durumda olması gibi etkiler yaratır. Kanser hastalarında tedavi sırasında ve tedaviden sonra artan yorgunluğun kontrol altına alınmaması durumunda ağrı, fiziksel yetersizlik ve emosyonel sıkıntılar ile ilişkili yaşam kalitesi ve sağ kalım oranları düşmektedir (Ekti Genç, 2005; İstek, 2008; Saygılı 2012). Yorgunluk hem tedavi sırasında hem de sonrası dönemde hastalığın tüm aşamalarında hızlı bir şekilde tanımlanmalı, değerlendirilmeli ve multidisipliner bir yaklaşımla kontrol altına alınmalıdır (Akdemir ve Aydın Bektaş, 2009).

Bireyin sağlık durumundan yaşam kalitesine kadar hayatının değişik alanlardaki kişisel yeterliliği fonksiyonel durum içinde yer almaktadır. Fonksiyonel durum kişinin günlük yaşam aktivitelerini yapabilmesi, öz bakımını karşılaması, günlük rollerini gerçekleştirme, sağlık ve iyilik halini sürdürmesidir. Bireylerin günlük ev işleri, sosyal, aile içi ve toplumsal sorumluluklarını yerine getirmelerini, kişilerarası iletişimi, aktivitelerdeki performans durumlarını ve mevcut yaşam rolleriyle birlikte olan görevleri olarak açıklanabilir (Garman ve Cohen, 2002; Karakaş, 2014). Ayrıca, banyo yapabilme, giyinebilme, tuvalet ihtiyacını karşılayabilme, yiyebilme, gezebilme, ekonomik ihtiyaçları giderebilme, alışveriş yapabilme, yemek yapabilme, ev işlerini yapabilme, çamaşır yıkayabilme, merdiven çıkabilme, eşya taşıyabilme, yürüyebilme ve sağlıklı olabilme gibi işlevlerde fonksiyonel durum ve yeterliliği göstermektedir (Çelikel, 2012; Karakaş, 2014; Piper ve ark.,1998; Uysal, 2011).

Fonksiyonel durum kendine bakabilme, kendi ile ilgilenebilme ve fiziksel aktiviteleri yapabilme durumudur. Bu bağlamda fonksiyonel durum fiziksel fonksiyonlar (yemek yemek, yemek yapmak, dişini fırçalamak, yürüyüş yapmak, banyo yapmak, tuvalete gitmek, merdiven çıkmak vb.), psikolojik fonksiyonlar (korku, depresyon, öz-bakım, baş etme vb.), bilişsel fonksiyonlar (oryantasyon, konsantrasyon, konuşma, sorgulama, unutkanlık, neden-sonuç ilişkisi vb.) ve sosyal fonksiyonlar (kişiler arası iletişim, sosyal çevre, toplumsal sorumluluk, cinsel yaşam vb.) şeklinde farklı alanları kapsamaktadır (Garman ve Cohen, 2002).

Kanser hastalarında yaşam kalitesinin artırılması ve yorgunluk semptomunun kontrol altına alınması yanında fiziksel ve emosyonel iyilik halini devam ettirebilmeleri için fonksiyonel durumlarının ayrıntılı şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir. Kanserli bireylerin bütüncül olarak değerlendirilmesiyle fonksiyonel durumun en iyi düzeye getirilmesi, iyilik hali ve öz bakım yeteneğinin sürdürülmesi, geliştirilmesi ve bireylerin fonksiyonel durumlarının iyileştirilmesi amaçlanmaktadır (Çelikel, 2012; Karakaş, 2014). Kemoterapi uygulanan hastalarının yaşadıkları yorgunluğun fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi; yorgunluk semptomunun kontrol altına alınması, hastaların desteklenerek ve fonksiyonel yaşam kalitesini geliştirerek öz bakım ihtiyaçlarının tamamlanmasına yönelik öneriler geliştirilmesi adına önem taşımaktadır (Garman ve Cohen, 2002).

Bu doğrultuda bu çalışma kanser hastalarında yorgunluğun fonksiyonel durum ile yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi ve yaşam kalitesini artırmaya yönelik önerilerin geliştirilmesi amacıyla planlandı. Ayrıca; elde edilen veriler doğrultusunda uygun öneriler geliştirilerek ileride yapılacak diğer çalışmalara rehberlik etmek amaçlandı.

## 4.GENEL BİLGİLER

### 4.1. KANSER

Kanser homeostatik geri bildirim mekanizmalara cevap veren normal hücrelerin bu mekanizmaların kontrolünden çıkıp kontrolsüz ve kendiliğinden çoğalabilen, komşu dokulara yayılabilen neoplazma adı verilen ve tümörleri oluşturan anormal hücre şekillerine dönüşmeleri olarak tanımlanmaktadır (Açıkgöz, 2010; Çanak, 2013; Korkmaz, 2010). En sık görülen derideki epitel hücrelerde, gastrointestinal sistem ve iç organlarda ortaya çıkan habis tümörler yani karsinomlardır. Sarkomların kaynağı yumuşak doku (kaslar, kan damarları, yağ dokusu gibi) ve kemik dokusudur. Gliomlar merkezi sinir sisteminde bulunan glia hücrelerinin farklılaşması sonucunda gelişir (Korkmaz, 2010).

Kanser gelişiminde virüsler, bakteriler ve parazitler, fiziksel faktörler, sigara ve kimyasal faktörler, cinsel sağlık ve doğurganlık, genetik ve ailesel faktörler, beslenme faktörü, hormonal faktörler ve immünolojik faktörler gibi birçok neden rol oynamaktadır (Asghari, 2014). İnsan vücudunda kanser hastalığının oluşumunun nedenleri tam olarak bilinmemekle birlikte kanser oluşumuna sebep olabilecek iç ve dış etkenler şöyle sıralanabilir; genetik yatkınlık sigara ve alkol kullanımı, radyasyona maruz kalma, bazı virüs ve bakteriler, kötü beslenme alışkanlığı, ultraviyole ışınları, bazı kimyasal maddeler (katran, benzin, boya maddeleri, asbest gibi) ve hava kirliliğidir (Akhoro, 2012; Düzce, 2007).

Genetik yatkınlık: Bazı ailelerde kanserin meydana gelmesinde genetiğin etkisi olduğu gözlenmiştir. Bu durumun genetik yapı, aynı çevreyi paylaşma, yaşam tarzı gibi ortak faktörlerden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir (Gülçığ Çapar, 2010; Mumcu, 2014).

Sigara ve alkol kullanımı: Kansere neden olan sigara kullanımı önemli sağlık problemlerinin başında gelmektedir. Sigara akciğer, larenks, oral kavite, farenks, pankreas, böbrek, mesane, serviks tümörlerine bağlı ölümlerde önemli rol oynamaktadır (Gülçığ Çapar, 2010; Güran, 2005). Bazı kanser türleri (örneğin karaciğer kanseri) alkol kullanan kişilerde kullanmayan kişilere göre daha sık rastlanmaktadır (<http://www.kanservakfi.com>, Erişim tarihi: 10 Nisan 2016).

Radyasyona maruz kalma: Bu grup içerisindeki etkenler arasında; iyonize radyasyon, X ışınları (röntgen), noniyonize radyasyon (solar), güneş ışığı, elektrik ve manyetik alanlardır (alfa, beta, gamma ışınları) (Gülçığ Çapar, 2010).

Kötü beslenme alışkanlığı: Kötü beslenme alışkanlıklarının kansere neden olan faktörlerin yaklaşık yarısından sorumlu olduğu düşünülmektedir. Gıda katkı maddeleri, yapılan diyetler bağırsak, mide, ağız, özofagus ve meme kanseri dahil olmak üzere bir çok kansere yakalanma riskini etkilemektedir (Akhoro, 2012; <http://www.kanservakfi.com>, Erişim tarihi: 10 Nisan 2016).

Bazı virüs ve bakteriler: Kanser bulaşıcı bir hastalık değildir, ancak bazı viral etkenler kansere neden olmaktadır. Herpes virüsleri (Herpes simplex tip II) genital bölgede kanser oluşumunu başlatabilir. AIDS etkeni (HIV) vücudun bağışıklık sistemini düşürerek farklı kanserlerin oluşumuna (non-Hodgkin lenfoma gibi) yol açmaktadır (Güran, 2005). Hepatit B (HBV), Hepatit C (HCV) gibi virüsler hepatosellüler karsinomlara neden olmaktadır (Mumcu, 2014).

Bazı kimyasal maddeler (katran, benzin, boya maddeleri, asbest vb.) (Akhoro, 2012).

Cinsel sağlık ve doğurganlık: Serviks kanseri riski genç yaşta evlenen, birden fazla erkekle ilişkisi olanlarda ve sık ve erken yaşta cinsel ilişkiye başlamış olanlarda artmaktadır. Meme kanseri riskinde doğurganlık ve menstruasyon öyküsü, menarş ve menopo, yaş, ilk doğum yaş, doğum sayısı ve hiç doğum yapmamış olması gibi faktörler etkilidir (Güran, 2005; Gülçığ Çapar, 2010).

Ultraviyole ışınlar: Güneş ışığı en önemli ultraviyole ışın yayma kaynağıdır. Güneş ışığına maruz kalınmasının kutanöz melanom, bazal cilt kanseri ve skuamoz cilt kanserinin başlıca sebebi olduğu gösterilmiştir (Mumcu, 2014; Dünya Kanser Raporu, 2008).

#### 4.1.1. Dünyada ve Ülkemizde Kanser Epidemiyolojisi

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Kanser İstatistikleri 2016 raporuna göre ülkemizde 2013 yılında yaşa standardize edilmiş kanser hızı erkeklerde 267,9, kadınlarda ise 186,5'dir (100000 kişide). Toplamda kanser insidansı ise yüz binde 227,2'dir. 2013 yılı kanser istatistiklerine göre ülkemizde 103.070 erkek ve 71.233 kadın kansere yakalandığı tahmin edilmekte olup toplam 174 bin bireye yeni kanser tanısı konulmuştur ([http://kanser.gov.tr/Dosya/ca\\_istatistik/ANA\\_rapor\\_2013v01\\_2.pdf](http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/ANA_rapor_2013v01_2.pdf) Erişim tarihi: 23 Nisan 2016). TÜİK Ölüm Nedeni İstatistikleri 2014 verilerine göre 2014 yılında ölüm nedenlerinin %40,4'ünü dolaşım sistemi hastalıkları oluşturduğu, ikinci sırada ise %20,7 iyi huylu ve kötü huylu tümör nedeni ölümler oluşturduğu belirlenmiştir (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18855>, Erişim tarihi: 23 Nisan 2016).

Ülkemizde görülen ilk 5 kanser türünün dünyadaki ve diğer gelişmiş ülkelerdeki örüntüyle benzerlikler göstermektedir. Erkeklerde trakea, bronş ve akciğer kanseri, kadınlarda ise meme kanseri en sık görülen kanser türleridir (Tablo 1 ve Tablo 2) ([http://kanser.gov.tr/Dosya/ca\\_istatistik/ANA\\_rapor\\_2013](http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/ANA_rapor_2013) erişim tarihi 11 Nisan 2016).

Tablo 1 Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) Tarafından Yayınlanan GLOBOCAN 2012 Verilerine Göre Erkeklerde En Sık Görülen İlk Beş Kanser Türünün Dağılımı

<b>Türkiye</b>	<b>Dünya</b>	<b>IARC'a Üye 24</b>	<b>Avrupa Birliği (28 Ülke)</b>	<b>Amerika Birleşik Devleti</b>
Akciğer	Akciğer	Prostat	Prostat	Prostat
Prostat	Prostat	Akciğer	Akciğer	Akciğer
Kolorektal	Kolorektal	Kolorektal	Kolorektal	Kolorektal
Mesane	Mide	Mide	Mesane	Mesane
Mide	Karaciğer	Mesane	Böbrek	Böbrek

[http://kanser.gov.tr/Dosya/ca\\_istatistik/ANA\\_rapor\\_2013](http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/ANA_rapor_2013) ss:47

Tablo 2 Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) Tarafından Yayınlanan GLOBOCAN 2012 Verilerine Göre Kadınlarda En Sık Görülen İlk Beş Kanserlerin Dağılımı

<b>Türkiye</b>	<b>Dünya</b>	<b>IARC'a Üye 24</b>	<b>Avrupa Birliği (28 Ülke)</b>	<b>Amerika Birleşik Devleti</b>
Meme	Meme	Meme	Meme	Meme
Tiroid	Kolorektal	Kolorektal	Kolorektal	Akciğer
Kolorektal	Uterus Serviksi	Akciğer	Akciğer	Kolorektal
Akciğer	Akciğer	Uterus Serviksi	Uterus Korpusu	Tiroid
Uterus Korpus	Uterus Korpus	Uterus Korpusu	Uterus Serviksi	Uterus

[http://kanser.gov.tr/Dosya/ca\\_istatistik/ANA\\_rapor\\_2013](http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/ANA_rapor_2013) ss:47.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Yeni İstatistikleri Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı 2012 yılı için dünya üzerinde kanser kayıtçılığı yapan 184 ülke ve 28 kanser tipi için; dünyada yeni tanı alan kanserli hasta sayısı ve kanser nedeni ölümler bir önceki tahminlere göre artmıştır. GLOBOCAN 2012 verilerine göre 2012 yılında dünyada toplam 14,1 milyon yeni kanser vakası gelmiş ve 8,2 milyon kansere bağlı ölüm oluşmuştur. Kanser artış hızının devam etmesi durumunda, dünya nüfusunun artışına ve nüfustaki yaşlanmaya bağlı olarak 2025 yılında toplam 19,3 milyon yeni kanser vakası olacağı tahmin edilmektedir. Özellikle meme kanserindeki artış önemli olup, kadınlarda meme kanser insidansının bir önceki tahminlere göre (%20), meme kanserinden ölümlerin ise (%14) arttığı görülmüştür (<http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri/860-yeni-d%C3%BCnya-kanser-istatistikleri-yay%C4%B1nland%C4%B1.html>, Erişim tarihi: 23 Nisan 2016).

Ülkemizde ölüm nedenlerine bakıldığında, 2013 yılındaki ilk üç hastalık grubunun sıralaması 2014 yılında değişmemiştir. 2014 yılında ölüme yol açan hastalıkların %40,4'ünü dolaşım sistemi hastalıkları, ikinci sırada %20,7'si iyi huylu ve kötü huylu tümörler, üçüncü sırada ise %10,7 solunum sistemi hastalıkları oluşturmaktadır (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18855>, Erişim tarihi: 06 Şubat 2016).



#### 4.1.2. Kanserden Korunma, Tarama ve Erken Tanı

Kanserin önlenmesi için yaşam alışkanlıklarını değiştirmelidir. Daha sağlıklı yaşam tarzları benimseyerek sağlığın birçok boyutunu geliştirebilir. Ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde kanser sıklığı giderek artmaktadır. Bu artış bireylerin kanser tarama programlarına başlanması gerekliliğini ortaya koymaktadır (Açıkgöz, 2010). 14 Ekim 2014 tarihinde Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) tarafından Avrupa Birliği'nin 4. Kanserle Mücadele Kodu'nda yer alan kanserden korunmak için belirlenen özellikler şu şekilde sıralanabilir;

1. Sigara kullanılması,
2. Evde ve iş yerinde pasif içiciliğe maruz kalınmaması,
3. Günlük yaşamda aktif olunması
4. Sağlıklı vücut ağırlığına ulaşılması ve korunması,
5. Yeterli ve dengeli beslenme
6. Kanseri önlemek için alkol kullanılmaması, daha az alkol tüketiminin sıralanması
7. Özellikle çocukların ve yetişkinlerin aşırı güneş ışınına maruz kalınmamalı, solaryum tercih edilmemeli ve ultraviyole ışınlarından korunmak için güneş koruyucuların kullanılmalı,
8. İş yerlerinde bulunan kansere yol açabilecek etkenlerden güvenlik ve sağlık uyarılarına dikkat edilmesi,
9. Ev ortamındaki radon düzeyinin kontrol edilmesi, yüksek ise gerekli önlemlerin alınması,
10. Kadınlar için; Emzirme kanser riskini azaltmaktadır. Hormon Replasman Tedavisi (HRT) bazı kanserlerin gelişimini arttırdığından kullanımı sınırlandırılması,
11. Çocukların Hepatit B ve HPV aşılama programlarına katılımının sağlanması,
12. Rahim ağzı, kolorektal ve meme kanserine ilişkin tarama programlarının desteklenmesiyle erken tanı konulabilmekte olup kanserden korunma sağlanabilmektedir

([http://www.iccportal.org/sites/default/files/plans/Ulusal\\_Kanser\\_Kontrol\\_Planı\\_2013\\_2018.pdf](http://www.iccportal.org/sites/default/files/plans/Ulusal_Kanser_Kontrol_Planı_2013_2018.pdf), Erişim tarihi: 13 Nisan 2016).

Meme kanseri, 20 yaş ve üzeri kadınlar kendi kendine meme muayenesini her ay düzenli olarak yapması; 20 – 39 yaş arası kadınlar üç yılda bir, 40 yaş ve üzeri kadın yılda bir kez klinik meme muayenesi yaptırması (doktora kontrole gidilmesi) gerekmektedir; 40 yaşından itibaren yılda bir kez mutlaka mamografi çekimi yaptırılmalıdır. Bazı kadınlar meme kanseri hastalığında daha çok risk altındadırlar. Özellikle aile öyküsünde meme kanseri vakası olan kadınlarda %20 ya da %25 olasılığında meme kanseri olma riski taşımaktadır. Bu nedenle bu kadınların BRCA1 veya BRCA2 gen mutasyonu açısından inceleme gerekmektedir (Akın, 2012; American Cancer Society, 2014; Ulusal Kanser Programı, 2009-2015).

Kolorektal kanserler 50 yaş üzeri kadınlar ve erkekler; fleksibil sigmoidoskopi 5 yılda bir kez, kolonoskopi 10 yılda bir kez, çift kontrastlı baryum incelemesi 5 yılda bir kez BT (Bilgisayarlı Tomografi) eşliğinde kolonografi 5 yılda bir kez, gaitada gizli kan testi (duyarlılık oranı en az %50), immünokimyasal testi (duyarlılık oranı en az %50) yılda 1 kez, monoklonal antikorlar kullanarak gaitada hemoglobin varlığını kantitatif olarak gösterebilmeli ve testlerde kullanılacak antijenler sadece insan hemoglobinine hassas olmalı (Akın, 2012; American Cancer Society, 2014; Ulusal Kanser Programı, 2009-2015).

Prostat kanseri; 50 yaş ve üzeri erkeklerde prostat spesifik antijen testi (PSA) ve dijital rektal muayene, en az 10 yıllık yaşam beklentisi olan erkeklerin prostat kanseri taraması konusunda bilgilendirilmelidir (Akın, 2012; American Cancer Society, 2014).

Serviks kanseri; Aktif cinsel yaşama başladıktan yaklaşık üç yıl sonra serviks kanseri taramalarına başlanması önerilmektedir: 35-40 yaş aralığındaki tüm kadınlardan en az bir kez smear alınmalıdır ve beş yılda bir tekrarlanmalıdır. Son iki testi negatif olan 65 yaşındaki kadınlarda taramaya son verilmelidir, benign jinekolojik nedenlerle total histerektomi yapılan olguların sitolojik takibi gereksizdir, HIV enfeksiyonu olanlar, immünosupresif tedavi alan olgularda ilk yıl iki kez, sonuçları negatifse yılda bir kez alınmalıdır (Akın, 2012; American Cancer Society, 2014; Ulusal Kanser Programı, 2009-2015).

Endometriyum kanseri; Menopoz döneminde kadınlar endometriyum kanseri riski ve semptomları konusunda eğitilmeli, lekelenme ve beklenmeyen kanama bulguları hekime bildirmeleri gerektiği açıklanmalıdır (Akın, 2012).

20 yaş ve üzeri kadınlar ve erkekler periyodik sağlık kontrolleri sırasında tiroid, testis, over, lenf nodları, oral ve cilt ile ilişkili kanserler yönünden değerlendirme yapılmalı, kanser risk faktörleri (sigara, güneş ışınları, diyet ve beslenme, seksüel yaşam, çevresel ve mesleki nedenlerden kimyasal ajanlara maruziyet) ve kanserden korunma konusunda eğitim verilmelidir (Akın, 2012).

#### **4.1.3.Kanserde Tedavi ve Kanserde Hemşirelik Bakımı**

Kanserde kullanılan tedavi yöntemleri cerrahi, radyoterapi, kemoterapi, hormon tedavileri, biyolojik tedavi yöntemleri ve hedefe yönelik tedaviler kullanılır. Kanser tedavisindeki yeni yaklaşım çeşitli tedavi yöntemlerinin tek başına veya birlikte kullanılarak hastanın sağkalım şansını en üst düzeye çıkarmaktır. İlk uygulanan tedavi genellikle birinci basamak tedavi olarak bilinmektedir. Birinci basamak tedavinin devamında verilen tedavi adjuvan tedavi olarak adlandırılır. Cerrahi tedaviden sonra uygulanan kemoterapi adjuvan tedavidir. İlk basamak tedaviden önce yapılan tedavi neoadjuvan tedavidir. Kanser hastalarında yapılacak olan tedavi seçenekleri kanserin tipine göre belirlenir. Tedavi planlaması multidisipliner ekip tarafından tartışılarak yapılmalıdır (Gürsel, 2015; <http://kanser.gov.tr/Dosya/tedavisi/tedavisi.pdf>, Erişim tarihi: 12 Nisan 2016).

Cerrahi tedaviyle tümörün hayati lokalize olduğu organlara zarar vermeden ve önemli fonksiyonel problemlere neden olmadan uzaklaştırılması önemlidir (Alp, 2010). Tanısal cerrahide kanser türünü belirlemek için tümörün bulunduğu bölgeden sadece biyopsi alınır ya da kanserli dokunun tümü çıkarılır. Önleyici cerrahi bireyin kanser olmaması durumunda kansere dönüşeceği bilinen kanser öncesi (prealign) lezyonların çıkarılması için uygulanır. Küratif cerrahi kanserli dokunun ve metastaz olasılığının yüksek olduğu komşu bölgelerin çıkarılmasıdır. Palyatif cerrahi ise ileri evre kanser olgularında hastalığın ciddiyetine göre bazı bulguları hafifletmek ve yaşamı uzatmak amacıyla yapılır (Gürsel, 2015).

Radyoterapinin amacı tümörü küçültmek veya ortadan kaldırmaktır. Radyasyon tümör hücrelerinin genetik yapısına (DNA/Deoksi Ribonükleik Asit) hasar verir. Böylelikle, tümör hücreleri büyüyemez ve bölünemez. Radyasyon tedavisi esnasında hastalar ağrı veya rahatsızlık hissetmezler. Radyasyon sadece bazı lokalize kanser tedavisinde veya diğer kanser tedavileriyle birlikte kullanılabilir (Alp, 2010). Radyoterapide amaç tümör hücresinin çevresindeki normal dokuları yapısal ve fonksiyonel olarak zarara uğratmadan kanser hücrelerinin tamamen yok edilmesidir. Normal dokularda onarımı mümkün zararlar bir noktaya kadar kabul edilmekte, ancak hayati dokuların korunması mutlaka gereklidir (Erkol, 2013). Radyoterapi çeşitli radyoaktif ışın ve atom partiküllerinin yaydıkları enerjiyi tümörün yayılım gösterdiği bölgeye odaklayarak hücre atomlarını iyonize etme, böylece DNA'yı harap ederek kanser hücresinin bölünme sırasında ölümünü sağlama esasına dayanır (Gürsel, 2015).

Kemoterapi ilaçları kan dolaşımıyla vücudun hemen hemen her yerindeki kanser hücrelerine ulaşabilir (<http://www.kanservakfi.com>, Erişim tarihi: 11 Nisan 2016). Kemoterapinin amacı hastanın normal hücrelerine zarar vermeden tümör hücresinin büyümesini ve çoğalmasını engellemek ve onları yok etmektir (Üstündağ, 2013). Antineoplastik ilaçlar vücutta çoğalmakta olan kanser hücrelerini yok ettikleri gibi, vücutta hızla çoğalan kemik iliği hücreleri, bağırsak ve ağız mukozası hücreleri, saç follikülleri, testis epitelyumu, fetüs ve embriyo hücreleri gibi normal hücrelerin de gelişip çoğalmasını engellemektedir. Kemoterapi yorgunluk, ağrı, saç dökülmesi, bulantı-kusma, anemi, pansitopeni gibi birçok yan etkiye neden olmaktadır (Erkut ve ark., 2009).

İmmünoterapi (biyolojik tedavi) organizmanın kendi savunma sistemlerini harekete geçirerek güçlendirmektedir (Kaptan, 2012). İmmünoterapiler ile bağışıklık sistemi uyarılarak hastalık tedavi edilmeye çalışılır. Bu tedavi, amaçla hastalara interferon, interlökin, monoklonal antikolar ve koloni stimüle edici faktör tedavileri yapılmaktadır. Subkutan ya da kaviteler içine doğrudan uygulamayla tek başına ya da diğer tedavi yöntemleriyle birlikte multimodal yaklaşımla yapılmaktadır. Kanser aşılı ve gen terapileri immünoterapi yaklaşımları içinde yer alır (Kaptan, 2012).

### *Kanser hastalarında hemşirelik bakımı*

Kanser tanısı ve tedavi sürecinde yaşanan fiziksel, sosyal, ekonomik ve psikolojik zorluklarla baş edememe ve sosyal durumda değişme gibi nedenlerle hasta ve ailesi bu süreçten olumsuz yönde etkilenir. Kanser tanısı ve tedavi sürecinde yan etkileriyle baş etme güçlüğü yaşayan bireyler öz bakım ihtiyaçlarını karşılayamamakta ve yaşam kalitesi düşmektedir ([http://megep.meb.gov.tr/mte\\_program\\_modul/moduller\\_pdf](http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf), Erişim tarihi: 1 Mayıs 2016). Hemşireler bu süreçte önerilen farmakolojik tedavi ve non-farmakolojik girişimlerle hasta ve aileye yeterli destek vererek kanser hastalarında ağrı, anksiyete ve depresyon gibi sorunlar kontrol altına alınmakta ve yaşam kalitesini yükseltmektedir. Kanser tedavisine bağlı olarak oluşan ağrı, anksiyete, depresyon, yorgunluk, fonksiyonel yetersizlikler, bulantı, kusma, iştahsızlık, kemik iliği baskılanması (anemi, lökopeni, trombositopeni), saç dökülmesi, mukozit, uykusuzluk, cinsel problemler gibi (Aslan ve ark., 2006) semptomların kontrolünde hemşireler; hastayla başa çıkma stratejilerinin hastaya öğretilmesi, danışmanlık tedavinin uygulaması, etkenlerini ve sonuçlarını takip etmesi sürecinde önemli bir role sahiptir (Gülçığ Çapar, 2010). Hemşireler etkili iletişim ve dinleme metodlarını kullanarak hastaların kendilerini ifade etmelerini sağlamalıdır. Hemşirelerin temel rolleri arasında bakım, eğitim, danışmanlık, araştırma ve yönetim olmakla birlikte kanser hastalarına destek olmalıdır (Norouznia, 2014).

#### *Hemşirenin kanser hastalarında bakım ve rolleri özetle şöyledir:*

- Kanser tanısıyla yaşamaya uyum sağlamada hasta ve aileye destek olmak,
- Kanser tedavisini uygulama ve yoğun kanser tedavi programları süresince oluşan yan etkilerine yönelik bakım sağlamak,
- Kanser tedavisi programları süresince bireyler için semptom yönetimi; fiziksel, psikolojik ve sosyal destek sağlamak,
- Kanser ve tedaviye bağlı oluşan sorunları engellemek ve yönetmek,
- Kanser bakımında hemşirelik uygulamalarını değerlendirmeli ve ihtiyaç duyulan konularla ilgili araştırmalar yapmalıdır (Dolu, 2010),
- Hemşire, hasta ile birlikte hastanın günlük yaşam aktivitelerini (GYA) planlamalı ve öz bakım gereksinimlerini desteklemelidir,
- Hasta kendisinin yapabildiği ve sevdiği aktiviteler için teşvik edilmelidir,

- Hastanın uyku kalitesi gözden geçirilmeli, uyku süresi planlanmalı ve yeterli dinlenme zamanı ayarlanmalıdır ([http://megep.meb.gov.tr/mte\\_program\\_modul/moduller\\_pdf](http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf) Erişim tarihi: 01 Mayıs 2016).
- Bilişsel davranışsal tekniklerden; gevşeme egzersizleri, nefes egzersizleri, hayal etme ve dikkati başka yöne çekme (müzik dinletme, kitap okuma vb.) yararlanılmalıdır (Kaptan, 2012),
- Hastanın beslenmesi takip edilmeli, gerekirse diyetisyenle iş birliği yapılarak düzenlenmelidir.

## 4.2. YAŞAM KALİTESİ

### 4.2.1. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi dinamik özellik taşıyan, sürekli gelişim ve değişim gösteren, kişinin gelenekleri, bulunduğu çevre, ekonomik durumu, eğitim durumu, kişiden kişiye farklılık gösteren, yaşamda alınan zevk, geleceğe dair yapılan planlar, fiziksel, sosyal, psikolojik, ekonomik ve kültürel faktörlerden etkilenmekte olup dinamik özelliklere sahip bir kavramdır (Türkoğlu, 2010; Yıldız, 2012). Yaşam kalitesi öznel ve çok boyutlu bir yapı olup fonksiyonel durum, psikolojik iyilik hali, sağlık algısı, hastalık ve tedavi süreci ile ilişkili semptomları yansıtır (Yüce, 2012). Yaşam kalitesi sadece sağlık ve fonksiyonel durumları içermekte değil, aynı zamanda fiziksel, duygusal, psikolojik, ekonomik ve sosyal iyilik halini de içermektedir (Yıldız, 2012).

Yaşam kalitesi, bireysel sağlık durumundan da öte kişisel iyi olma durumunu içine almakta olan geniş bir kavramdır. Fiziksel sağlık, günlük yaşam aktivitelerini yapabilme, sosyal hayatta insanlar arası iletişim, çevre etkenler ve kişisel inançlar temelinde yer almaktadır (Kanarış Gürel, 2007). Yaşam kalitesi, bireyin sağlık durumunun ve uygulanan tedavilerin etkilerinin değerlendirilmesinde önemli bir ölçümüdür. Yalnızca hastalık olmama durumu değil, tam bir fiziksel, mental, ekonomik ve sosyal iyilik halidir (Ertem ve ark., 2009). Yaşam kalitesi, bireysel duygu ve hayallerden bağımsız somut kriterlere (ölçü, sayı, süreç, zaman, değerlendirme) bağlı olarak ölçülebildiği için objektif ve bireysel değer

inançlarından, zevklerden ve psikolojiden (duygu, heyecan, doyum verici, tercih, öncelikleri, tutum) etkilendiği için subjektif bir kavramdır (Koltarla, 2008). Yaşam kalitesi bireyin bütün temel ihtiyaçlarını karşılaması, aile, iş yaşamı, hayattan doyum alması, sosyal iletişimlerin yeterli olması, kişiler arası ilişkilerin kaliteli olması, kişilik saygısı, geçmiş bilgi ve tecrübelerini içermektedir (Ertem ve ark., 2009; Kanarış Gürel, 2007).

Temelde yaşam kalitesi bireyin hastalığının fiziksel, psikolojik, ekonomik ve sosyal etkilerine verdiği cevapları ifade etmektedir. Fiziksel sağlığın dışında bir alanı kapsayıp algılayış olarak sağlığı işaret etmektedir (Öğüt Düzen, 2012). Kısacası yaşam kalitesi günümüzde önemli bir tıbbi sonuç ölçütü haline gelmiş olup, kişinin sağlığıyla birlikte her bakımdan yaşam kalitesinin artırılması üzerinde durulmaktadır (Yüce, 2012).

#### **4.2.2. Kanserde Yaşam Kalitesi**

Kanser tanısı ve tedavi sürecinde yaşanan zorlukların etkisi nedeniyle, hastaların yaşamlarında ciddi ve yoğun bir sağlık sorunu yaşandığı, hastaların yaşam kalitesinin önemli ölçüde etkilenmektedir (Saygılı, 2012). Kişinin içinde bulunduğu kültür ve değer sistemi, kişisel öncelikleri, ilgi alanları, yaşamdaki yerini algılayış biçimi şeklinde tanımlanan yaşam kalitesi bireyin emosyonel, fiziksel, fonksiyonel, sosyal, ekonomik ve kendisiyle barışık olma durumunu içine almaktadır. Kanser hastalarında tedavi sürecine karar vermede, planlamada ve uygulamada sağlık bakım profesyonellerine rehberlik etmekte olup hastalık sürecinde önemli yer tutmaktadır (Öztürk, 2011).

Kanser hastalığının yaşattığı gelecek kaygısı, yaşanabileceklerin yarattığı stres, yorgunluk, umutsuzluk hissi, depresyon, anksiyete, tedavinin yan etkileri (beden imajının bozulması, bulantı, kusma, beslenme bozuklukları, uykusuzluk gibi), kişiler arası iletişimin bozulması, ağrı, mide yanması, dispne, alopesi, yaşamdan aldığı zevk, günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkileme durumu hiçbir hastalık grubunda olmayacak kadar yaşam kalitesini etkilemektedir (Kılıçkap, 2009; Özlen, 2007).

Tüm bu semptomlar kanserli bireylerin fonksiyonel yaşamlarında zorluklara neden olmaktadır. Kanser oluşturduğu fiziksel bozukluklar, ekonomik ve psikolojik etkenlerin hepsi ayrı ayrı olarak hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Kılıçkap, 2009).

Kanser hastalarının yaşadığı semptomlar hastanın yaşı, cinsiyeti, primer kanser öyküsü, evresi, uygulanan tedavisi, başka bir kronik hastalık olması, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmesi, yaşam memnuniyeti, mutlu olma durumu gibi faktörler yaşam kalitesinde önemli yer tutmaktadır (Uğur, 2014). Yaşam kalitesi kanser hastalarında kronik yorgunluk ve halsizlik, hastalık nedeniyle yaşadığı gelecek kaygısı, kişinin ailesi ile ilgili kaygıları, aile içinde rol-sorumlulukların değişmesi, temel ihtiyaçların karşılanmasındaki güçlükler, sosyal desteğin az olması, cinsel fonksiyonlardaki bozulma, hastalığa bağlı yaşam tarzı değişiklikleri, kişisel bakım ve hijyende yetersizlik gibi faktörler nedeniyle etkilenmektedir (Yüce, 2012).

#### **4.2.3. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi**

Yaşam kalitesinin ölçümü ve değerlendirilmesi kanser tanısı tedavi sürecinde çok amaçlı olarak kullanılmaktadır. Tedavi sürecine bağlı gelişen yan etkiler nedeniyle yaşam kalitesi üzerindeki etkileri tespit edilerek hasta için en uygun yaklaşımın belirlenmesine olanak sağlamaktadır (Yıldız, 2012; Yüce, 2012). Kanser hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirildiği araştırmalarda, fiziksel alan, psikolojik alan, sosyal ilişkiler alanı ve çevre alanı olmak üzere dört yaşam kalitesi alanından söz edilmektedir (Gelin ve Ulus, 2015).

Yaşam kalitesi ölçeklerinde sık rastlanan yaşam kalitesi boyutları; fiziksel fonksiyon (hareket özgürlüğü, öz bakım yeterliliği gibi), emosyonel fonksiyon (depresyon, korku hissetme gibi), sosyal fonksiyon (cinsel yaşam, sosyal destek, kişilerarası ilişkiler gibi), rol performans (iş yaşantısı ve günlük ev işlerinin yapılması gibi) olarak sıralanmaktadır (Yüce, 2012).



Hastalarda sağlık uygulamalarında farklı demografik gruplarda ve kültürlerde yapılabilecek şekilde ölçekler geliştirilmiştir. Hastalığa özel yaşam kalitesi ölçekleri ise belli hasta popülasyonlarını, tanı gruplarını ya da kişisel değişkenlikleri değerlendirmek için planlanmıştır (Saygılı, 2012). Yaşam kalitesi ölçekleri hasta toplulukları için geliştirilmiş genel ölçekler, kanser hastalarında kullanım amacıyla hastalığa özel ölçekler ve hastalara özel ölçekler (Örneğin meme kanseri ya da akciğer kanserli hastada kullanılması) olmak üzere üç grupta incelenmektedir (Saygılı, 2012)

Yaşam kalitesi değerlendirmeleri, gereksinimleri, uygulanan tedavi girişim yöntemlerini, hem sistem hem de kişisel hasta düzeyinde oluşan sonuçlarının değerlendirilmesinde faydalıdır. Tıp ve hemşirelik alanında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi sağlığın, belirtilerin, hastalıkların ve uygulanan tedavilerin yaşam kalitesi üzerine olan etkisine yönelmiştir. Yaşam kalitesi değerlendirmelerinde en çok başvurulan yöntem kişinin kendini ifade etmesidir (Savcı, 2006).

*Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirmede kullanılan ölçütler:* Yaşam kalitesi ölçekleri ölçeğin geliştirilmesinde kullanılan yöntemlere göre veya uygulandıkları hasta grubuna göre sınıflandırılabilir. Genel (jenerik) sağlık ölçekleri ve hastalığa spesifik ölçekler olarak iki temel tip ölçek kullanılmaktadır. Jenerik ölçütler; genel popülasyonda kullanılan, çeşitli sağlık durumları ve hastalıklara uygulanabilen, geniş ilgi alanlarını değerlendiren ölçütlerdir. Hastalığa spesifik ölçekler ise sadece o hastalık grubuna kullanılan ölçütlerdir. Kısa Form-36 (SF-36), Nothigham Sağlık Profili, İyilik Hali Skalası (Quality of Well-Being Scale, QWB), Hastalık Etki Ölçeği (Sickness Impact Profile) ve DSÖ Yaşam Kalitesi Anketi (WHOQOL) sık kullanılan jenerik ölçütlerdir (Bırakmaz, 2009; Eser ve ark., 2008; Perim, 2007).

Özgöl ölçekler belirli hastalıkların, hastalık gruplarının, ya da bir bulgunun yaşam kalitesi üzerine etkilerini değerlendirmek üzere oluşturulmuştur. Örneğin; Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Soru Formu (European Organisation for Research and Treatment Cancer, Quality of Life Questionnaire) tarafından geliştirilen kansere özgü (EORTC QLQ-C30), Kanser Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirmesi (Functional Assessment of Cancer

Therapy - FACT-G), Fonksiyonel Yaşam Ölçeği-Kanser (Functional Living Index-Cancer - FLIC), Kanser Rehabilitasyonu Değerlendirme Sistemi Kısa Formu (Cancer Rehabilitation Evaluation System-Short Form - CARES-SF) gibi ölçekler sıralanabilir (Aydın Bektaş, 2005; Bırakmaz, 2009; Eser ve ark., 2008; Perim, 2007).

Kanser hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, ölçeklerin kullanılması, bireylerin hastalık sürecinden nasıl etkilendiği, en çok yaşadıkları semptomların neler olduğu, tedavinin nasıl devam edeceği ile birlikte yaşam kalitesinin iyileştirilmesi ve kaliteli yaşam süresinin uzamasına katkıda bulunacaktır (Gelin ve Ulus, 2015).

#### **4.2.4. Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesinin Geliştirilmesi ve Hasta Eğitimi**

Kanser hastalarında yaşam kalitesi, yaşam biçimi değişikliklerinden etkilenecek yetersiz hale gelebilir. Bu durumda yaşam kalitesini yükseltmek için hemşireler gereken tedavi ve bakımla kişiyi yetersiz olduğu konularda desteklemelidir (Türkoğlu, 2010). Uzun yaşayan kanserli hastalarda yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen yedi önemli tema üzerinde durulmuştur. Bunlar; 1) hastalığın nüks etmesi ya da ölüm korkusu, 2) tedavi ekibi, sosyal çevresiyle olan ilişkilerde değişiklik, 3) Fiziksel değişimlere uyum sağlayabilme, 4) Sosyal destekteki değişiklikler, 5) İzolasyon, 6) Psikolojik problemler ve 7) İş ya da ekonomi ile ilgili sıkıntıları içermektedir (Tekbaş, 2014).

Yaşam kalitesini artırmaya yönelik bakım unsurları semptom kontrolünün sağlanması, bireyin fiziksel, sosyal, psikolojik açıdan rahatlatılması ve psikososyal desteği kapsamaktadır. Kanser tedavi sürecinde oluşan bulantı, kusma, yorgunluk, fonksiyon kaybı, anemi, ağrı gibi semptomlarla baş etme yöntemleri öğretilmelidir (Gelin ve Ulus, 2015). Kanser tanısıyla baş etmede yetersizlik birçok değişkenle ilgilidir. Hasta ile ilgili özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, karakter özellikleri), hastalığa ilişkin değişkenler (kanserin yeri, prognoz, ağrı, yaşam kalitesinin durumu, hayattan beklentileri, kariyer, aile gibi) ve çevresel özellikler (sosyal desteğin olması, duygusal alanda destekleyici olan bir bireyin varlığı, ekonomik gücü) kanser sürecinde takip edilmelidir (Kutlu ve ark., 2011).

Kanser hastalarında hemşirelik süreci uygulamalarıyla ile fiziksel yönlerinin desteklenmesi ve günlük yaşam aktivitelerinin desteklenmesi yaşam kalitesini doğrudan etki göstermektedir. Örneğin; hastanın vücut hijyeninin yapılması, hemşirelik girişimlerini yapılması fiziksel iyilik halini etkiler, hastanın öz bakım becerisini kazanıp kendi bakımını yapabilmesi sağlanmalıdır. Hemşireler tarafından kişinin hastalığına yönelik olan bireysel bakımından memnun olması psikolojik iyilik halini etkileyerek yaşam kalitesini artırmaktadır (Kaplan, 2010). Bireyin hastalık ve tedavi sürecinde yaşam kalitesinin iyileştirilmesine yönelik uygulanan hemşirelik girişimlerin yapılmasında, öncelikli olarak hemşirelerin yaşam kalitesini artıran ve azaltan faktörlerin belirlenmesi gerekmektedir.

#### *Yaşam kalitesini azaltan durumlar*

- Temel ihtiyaçların karşılanmaması
- Öz bakımını karşılayamama, günlük yaşam aktivitelerinin yapılamaması
- Beden imajının değişmesi, geçmeyen yorgunluk, halsizlik
- Sosyal, ekonomik, psikolojik yönlerden yetersizliklerin oluşması
- Kanser dışı kronik sağlık problemler, gelecek planlarında umutsuzluk hissi, cinsel fonksiyonlarda bozulma
- Kanser tedavisinin yan etkileri (uyku kalitesinin azalması, beslenme bozuklukları, sindirim sistemi rahatsızlıkları gibi) yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Savcı, 2006; Saygılı, 2012; Türkoğlu, 2010).

#### *Yaşam kalitesini artıran durumlar*

- Ekonomik ve sosyal garanti içinde olması
- Huzur içinde yaşaması, rahatlık ve konfora sahip olması
- Düzenli ve aktif bir yaşantı içinde olması
- Çevresiyle kişiler arası iletişimlerin yeterli olması
- Eğlence ve sevdiği aktivitelerini yapabilmesi
- Kendi kendini yönetebilmesi, özgün bir birey olarak algılanması
- Mahremiyete saygı gösterilmesi
- Kendini ifade edebilmesine olanak sağlanması
- Fiziksel, sosyal, bilişsel ve davranışsal fonksiyonların yeterli olması
- İnanç ve değerlerine saygı gösterilmesi durumunda yaşam kalitesi artırılabilir (Savcı, 2006; Saygılı, 2012; Türkoğlu, 2010).

Hemşireler hastalara verecekleri eğitimlerde; anlayışlı olmalı, güler yüzlü olmalı, yapmacık ve şakacı iletişimden kaçınmalı, hastanın ihtiyaçlarına cevap verecek sıcak bir ilgiyi temel alan davranış içerisinde olmalıdırlar. Bu şekilde yaklaşım ile verilecek planlı eğitimlerde hastaların yan etkilerin kontrolüne yönelik olarak bakımda kendi kendine yetebilme tedavi süresince alınacak kararlara katılabilmeleri ve yaşam kalitelerini iyileştirilerek, hastalığa ve tedaviye uyumlarının artması sağlanabilir (Aslan ve ark., 2006). Kanser hastalarında hemşirelerin öncelikle yaşam kalitesini koruma, geliştirme, iyileştirme ve bunu sürdürmeye yardımcı olma sorumlulukları vardır. Hemşireler bütüncül bakım yaklaşımıyla hastaların kanserli hastayı eğiterek hastalığına ve tedavisine bağlı belirtilerin yönetmesine, kendi bakım aktivitelerini yapabilmesine ve kısa sürede bağımsız duruma gelmesine yardımcı olarak hastanın yaşam kalitesini yükseltebilirler (Akçay ve Gözüm, 2007).

Hemşireliğin bütüncüleyici işlevi olan hastaya yönelik eğitim; kişiye yalnızca tedavisinin neden olduğu yan etkileri değil aynı zamanda bireyin tepkilerini, duygu ve düşüncelerini, ihtiyaçlarını, çevresel ve bireysel özelliklerini dikkate almayı kapsamaktadır. Yaşam kalitesinin artırılmasında ortak hedeflerin belirlenmesi; bu süreçte psikolojik, bilişsel, fiziksel göstergelerin iyi belirlenmesi hemşirelik uygulamalarının, hasta hemşire arasındaki iletişimi ve bütüncül yaklaşımın geliştirilmesini sağlayacaktır (Kaplan, 2010). Hemşirelerin hastaların yaşadıkları semptomları takip edilmesi, hasta ile birlikte karar vermesi ve ailenin desteklemesi tedaviye uyumu arttırmakta ve yaşam kalitesini yükseltmektedir. Hemşireler, hasta ve ailesiyle birlikte bakım ihtiyaçları belirleyerek, hastanın öz bakım davranışlarını tamamlayıcı yaklaşım ile yaşam kalitesini artırma yoluna gitmelidir (Gelin ve Ulus, 2015).

## 4.3.YORGUNLUK

### 4.3.1.Yorgunluk ve Yorgunluğun Değerlendirilmesi

Yorgunluk; kas zayıflığı, ağrı, kronik hastalıklar, halsizlik, enerji yokluğu, bitkinlik, uyku kalitesinin azalması, uykuya dalmada güçlük, kanser tanısı tedavi süreci, anksiyete, panik atak, yoğun çalışma temposu ve yetersiz dinlenme gibi faktörlere bağlı olarak; performansta azalma, motivasyon eksikliği, enerji yokluğu, günlük yaşam aktiviteleri yapmada yetersizlik olarak gelişen ve engellenemeyen bir tükenme duygusu olarak tanımlanmaktadır (Akdeniz Kudubeş, 2014; Kılıçarslan, 2007; Yaranoglu 2012). Yorgunluk bilişsel, fiziksel ve davranışsal boyutları kapsayan geniş bir kavramdır (İstek, 2008). Bu yüzden yorgunluk semptomuna bütüncül yaklaşımlarda bulunulması gerekmektedir.

Yorgunluk yorulma durumundan farklıdır. Fiziksel ve mental hemen hemen tüm kronik hastalıklarda kendini gösteren bir semptom olup, yalnızca akut ya da kronik hastalıklarda değil, günlük hayatta her zaman karşılaşılabilen evrensel bir yakındır (Saygılı, 2012). Yorgunluk anormal kas metabolitlerinin birikimi, sitokin üretiminin artışı, nöromüskuler iletimlerde değişiklik, adenosin trifosfat sentezinin düzenli olmaması, serotonin emiliminde bozukluk, vagal afferent aktivasyonu, pansitopeniye bağlı meydana gelen kan değerlerinin düşmesi ve anemi nedeniyle oluşur (Uğur, 2014). Yorgunluk kaslarda meydana gelen uyarılma sürecindeki bozukluğun etkisiyle oluşması santral yorgunluk ise güç harcanırken periferel sinirlerde, kas kasılmasında, kaslarda meydana gelen yorgunluk ile periferel yorgunluk olarak tanımlanmaktadır. Biyoterapi, kemoterapi, antidepresan, antiemetik gibi ilaçlar periferel yorgunluğa neden olabilir (Usta Yeşilbalkan, 2007).

Yorgunluğun değerlendirilmesini ve tanımlanmasını yaparken şunlara dikkat edilmelidir;

*Hastanın yorgunluk öyküsü:* Yorgunluğun şiddeti, başlangıcı, ne kadar sürdüğü, sıklığı, yorgunluğu artıran faktörler ve günlük yaşama olan etkilerinin sorgulanması gerekmektedir (Usta Yeşilbalkan, 2010). Yorgunluk değerlendirilmesi yapılırken kanser hastalarından ayrıntılı bir öykünün alınması (beslenme alışkanlıkları, kanser tanısı, evresi, kronik hastalıklar gibi), tedavi şekli, yaşam

koşulları, yorgunluğu açıklayacak fiziksel, psikolojik, sosyal ve emosyonel faktörlerin ve bunların neden olduğu hastalıkların araştırılması öncelikli olmalıdır (Sayın ve Candansayar, 2007).

*Fiziki muayene:* Baş bölgesi (göz, dudaklar gibi), bütün ekstremiteler, batın bölgesi, solunumda yardımcı kasların kullanımı, cilt rengi ve vücut ağırlığı yorgunluk açısından değerlendirilmelidir (Usta Yeşilbalkan, 2010).

*Laboratuvar bulguları:* Özellikle hastanın hemoglobin düzeyi (demir, demir bağlama kapasitesi), lökosit ve nötrofil değerleri kontrol edilmelidir. Pansitopeni, anemi ve demir eksikliği bireylerin yorgunluk düzeyini etkilemektedir (Usta Yeşilbalkan, 2010).

*Ölçek kullanımı:* Bu amaçla kullanılan ölçek veya testin kısa, spesifik ve kolay anlaşılır olması gerekmektedir. Bu ölçeklere örnek olarak 'Yorgunluk için Görsel Benzerlik Skalası' ve 'Piper's Fatigue Scale' (Piper Yorgunluk Ölçeği) verilebilir (Saygılı, 2012). Şekil 1'de Piper ve ark.'nın Bütünleştirilmiş Yorgunluk Modeli verilmiştir (Can, 2006) (Şekil 1). Bu model yorgunluğa ilişkin faktörlerin değerlendirilmesinde yol gösterici olarak kullanılabilir (Can, 2006).



Şekil 1: Piper ve arkadaşlarının Bütünleştirilmiş Yorgunluk Modeli

Can G. (2006). Kanser Hastalarında Yorgunluk. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi.3(2),10-17.

### **4.3.2. Kansere Bağlı Yorgunluk**

Kanser ve tedavi süreci (kemoterapi, radyoterapi, cerrahi tedavi hormon tedavisi gibi) meydana gelen yan etkiler, hastaları fiziksel, psikolojik, emosyonel ve sosyal yönden olumsuz yönde etkilemektedir (Görgülü ve Akdemir, 2010). Yorgunluk hastalar tarafından genellikle güçsüzlük, halsizlik bitkinlik, dikkatini yoğunlaştırmada zorlanma, kuvvetsizlik, uykusuzluk ve motivasyon eksikliği gibi farklı anlatılar kullanarak tanımlanan bir sorundur (Can, 2006).

Kanser veya tedavisi ile ilişkili yorgunluk; günlük yaşam aktivitelerinden sonra oluşan yorgunluktan şiddet ve yoğunluğu açısından farklı olup, fiziksel ve zihinsel işlevleri birlikte etkilemektedir. Yaşam aktivitelerini sürdürmeye yönelik öznel bir yetersizlik olup uyku kalitesini, performans durumunu, duygulanım özelliklerini (depresyon, anksiyete gibi), yaşam kalitesini, umutlarını ve enerji tüketimini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Güleç ve Büyükkınacı, 2011).

#### **4.3.2.1. Kansere Bağlı Yorgunluğun Nedenleri**

Kansere bağlı yorgunluk kanser tanısına, alınan tedavinin türüne, kanser evresine, hastanın yaşına, sosyal yaşantısına, sorunlarla baş etme becerisine ve kanser dışında sahip olduğu sağlık sorunlarıyla ilişkili olabilir. Yorgunluğun etiolojisinde fizyolojik, psikolojik ve patolojik birçok faktör yer rol oynamaktadır. Kanser ve tedavinin etkilediği merkezi sinir sistemi, kas enerji metabolizması, hormonlar ve bağışıklık yanıt oluşturmaktadır (Saygılı, 2012).

Kemoterapi hastanın normal hücrelerine zarar vermeden çoğalan hücreleri çoğalmasını, büyümesini engellediği gibi, normal (barsak ve ağız mukoza epitelyumu, kemik iliğinin hematopoetik hücreleri vb.) hücrelerin de gelişip çoğalmasını önlemekte ve tedavi toksisitesine yol açmaktadır (Hintistan ve ark., 2012). Bu durum beraberinde anemi (sonucunda dokulara ulaşan oksijen miktarı azalır ve enerji üretiminde azalma olur; yetersiz enerji üretimine bağlı olarak yorgunluk meydana gelir) (Yaranoğlu 2012), trombositopeni, lökopeni (ateş yükselmesi, enfeksiyonlara eğilim, pansitopeni, mukozit (buna bağlı yetersiz beslenme), ağrı, tümör lizis sendromu, bulantı - kusma (iştahsızlık, kaşeksi), tümör

hücresinin besin maddelerini tüketmesi gibi önemli etkiler meydana gelmektedir. NCCN'nin (National Comprehensive Cancer Network) yorgunluk klinik uygulama rehberinde yorgunluğa neden olan yedi faktör belirlenmiştir. Bu faktörler ağrı, ruhsal sorunlar, uyku bozuklukları, anemi, beslenme, aktivite düzeyi ve diğer eşlik eden hastalıklardır (Saygılı, 2012). Yorgunluk ayrıca kanser hastalarında şiddetli ağrı, bulantı gibi tedavilerden kaynaklı yan etkileri azaltmak için kullanılan opioid analjezikler ve antiemetik ilaçların yan etkileri ilişkili olarak ortaya çıkabilmektedir (Güleç ve Büyükkınacı, 2011). Kanser tedavileri sonrası (özellikle cerrahi tedavi bunu takip eden radyoterapi, kemoterapi) verilen uzun süren yatak istirahati kişide bir süre sonra alışkanlık haline gelmekte ve kişi fiziksel aktiviteden kaçınmaktadır. Bu durum hızlı bir şekilde performans kaybına neden olan kas katabolizmasını etkileyebilmektedir (Uğur Bilgin, 2014). Azalmış kas gücüyle birlikte performans kaybı ve enerji azlığı nedeniyle hastalar yorgunluk yaşamaktadır.

Kanser hastalarında, tedavi ve hastalığa bağlı gelişen sitokin değişiklikleri yorgunluğa neden olabilmektedir. Sitokinler lökositler tarafından sentezlenen küçük, peptid yapıdaki hormonlar olup immün sistemde görev alırlar (Kahve, 2008). Terapötik dozlarda kullanımıyla endokrin sistem ve nörotransmitterler üzerindeki etkileriyle yorgunluk oluşumuna neden olmaktadır. Sitokinler, eritrositlerin yaşam sürelerini kısaltarak anemiye neden olmakta ve yorgunluğu artırmaktadır. Ayrıca hastalar immünoterapi almasalar bile endojen sitokinler sebebiyle de yorgunluk yaşayabilmektedir (Saygılı, 2012; Uğur Bilgin, 2014; Yaranoğlu, 2012).

#### **4.3.2.2. Kanser Hastalarında Yorgunluk Belirtileri**

Yorgunluk bireyin duygu durumunu, fiziksel işlevlerini, performans durumunu, sosyal çevresiyle olan etkileşimini, bilişsel performansını, sevdiği etkinliklerini yapmayı, benlik algısını, aile içerisinde rol-sorumluluklarını ve tedavi süreçlerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bunun yanında, bireylerin fiziksel fonksiyonlarını ve enerji performansını azaltarak, bağımlılık düzeylerini arttırmakta ve bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (<http://kanser.gov.tr/kanser/kanserle-mucadele-ederken>, Erişim tarihi: 26 Mart 2016). Yorgunluk yaşayan bir bireyde gözlemlenebilecek belirtiler:



- Yorgunluk ve kuvvetsizlik, ekstremitelerde ağırlık hissi, uyuşukluk
- Sürekli istirahat etme isteği ve göz kapaklarında ağırlık hissi
- Konsantrasyon bozukluğu
- Öz güvende azalma, sebepsiz ve aşırı kaygı
- Mutsuzluk, ümitsizlik, umutsuzluk
- Uykuya meyilli olma, kendini depresif hissetme
- Konuşma, sohbet etmede isteksizlik ve cümleleri toparlamada zorlanma,
- Hareketlerde yavaşlama ve yeteneklerinde azalma
- Gergin olma, çabuk sinirlenme, sabırsızlık
- Düşünceli ve dalgın bakışlar, omuzlarda çöökkünlük ve postürde eğilme
- Öz bakım becerilerinde yetersizlik
- Mimik kullanımının azalması ve mimiklerde donukluk
- Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yetersizlik
- Beslenme alışkanlığında değişim ve iştahsızlık şu şekilde sıralanabilmektedir (Can, 2001; Karakoç 2008; Saygılı 2012).

Kısacası yorgunluk güçsüzlük, halsizlik, enerji kaybı, bitkinlik, dikkat eksikliği, hatırlamada güçlük, anksiyete, motivasyon eksikliği, performans durumunda azalma zayıflık, sosyal yaşamdan uzaklaşma, sevdiği aktivitelerini yapma isteğinde azalma, duygusal sorunlar yaşaması gibi belirtiler gösteren ve bunların sonucunda kanser hastalarının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir semptomdur (Kahve, 2008).

#### **4.3.2.3. Kansere Bağlı Yorgunluğun Yönetimi**

Yorgunluk yönetimi öncelikli olarak hasta eğitimi ve rehberlikle başlamaktadır (Can, 2006). Kansere bağlı yorgunluk tedavisinde kapsamlı bir değerlendirme yapılmalı, hasta eğitimi ve kişiselleştirilmiş tedavi planı, kararlılık ve hedeflerin belirlenmesi sağlanmalıdır (Saygılı, 2012). Yorgunluk için genel tedavi yaklaşımları; yorgunluğun nedenlerine yönelik özel tedavi yaklaşımları, tanımlanabilir bir neden gözlenemediğinde ise semptomatik tedavi yaklaşımları olarak sınıflandırılır. Spesifik tedavi yaklaşımları arasında ağrının kontrol altına alınması, uyku kalitesinin artırılması, depresyon ve anksiyete tedavisi, metabolik ve endokrin bozuklukların

tedavisi, anemi, pansitopeninin tedavi edilmesi yer almaktadır. Semptomatik tedavi yaklaşımları ise eğitim, rehberlik, palyatif bakım alanlarına yönlendirme, farmakolojik ve non-farmakolojik tedaviyi içermektedir (Demiralp, 2006).

#### *Kansere bağlı yorgunluğun kontrolünde farmakolojik tedavi*

Kanser hastalarında yorgunluğa yönelik hekim kontrolü, laboratuvar analiz sonuçlarına göre yorgunluğa yönelik uygun tedavi girişimleri planlanmalıdır (Sayın ve Candansayar, 2007). Yorgunluğa neden olan önemli faktörlerden biri anemidir. Kanser tedavisi sürecinde uygulanan kemoterapi ya da radyoterapi ile ilişkili yan etkilerden biri hemoglobin konsantrasyonundaki düşümedir (Karakoç, 2008). Kansere bağlı aneminin immün sistem ve tümör hücreleri arasındaki etkileşim sonucu meydana gelerek oluşan sitokinler anemi gelişimini tetiklemektedir. Ayrıca, kanser hastalığı, tedaviler, ileri yaş, kronik hastalıklar, kanser evresi gibi durumlar anemiye neden olmaktadır. Kanser hücreleri kemik iliğine infiltre olarak hematopoezisi baskılayabilir ve kırmızı kan hücresini azaltan sitokinleri üretebilirler. Kemoterapi normal hematopoetik hücrelerin hızla bölünerek tahrip olmasına olgun eritrosit hücrelerin üretimini azaltmasına yol açar (Usta Yeşilbalkan, 2010). Anemi tedavisi için altta yatan nedenin bulunup tedavi edilmesi gerekir. Kanser hastalarında aneminin düzeltilmesi amacıyla en yaygın uygulanan tedavi yaklaşımı eritrosit transfüzyonu, demir tedavisi, eritropoezisi uyaran tedaviler (eritropoetik protein rekombinant insan eritropoetini) olarak sıralanabilir (Can, 2006; Usta Yeşilbalkan, 2010).

Kanser tedavisinde oluşan, hücrel yıkım ürünlerinin vücutta birikmesi ve tümör lizis sendromu (ürik asit, potasyum artışı) yorgunluk semptomunun gelişimini etkilemektedir. Hastaların bol sıvı alması sağlanır, yatarak tedavi edilip hidrasyon desteği verilir (Celkan ve Gülen, 2013).

Yorgunluğun neden olduğu depresyon, konsantrasyon bozukluğu, mutsuzluk gibi belirtiler düşük dozda psikostimülan ajanlar (kafein, metilfenidat, antidepressanlar vb.) hastaların iyilik halini artırır ve yorgunluğu azaltabilir (Can, 2006; Karakoç, 2008).

Yorgunluğa bağlı oluşan iştahsızlık, beslenme bozukluğu için iştah açıcı ilaçlar (magace gibi) ya da intravenöz beslenme ile hastalar desteklenir (Erdoğan ve Çiçin, 2011). Yine yorgunluğa neden olan faktörlerden biri ağrıdır. Ağrının tedavisinde parasetamol, nonsteroid antiinflamatuvar (NSAİ) ilaçlar ve opioidler uygulanır. Ağrı kontrol altına alınmasıyla hastalarda yorgunluk azaltılabilmektedir (Sarıhan ve ark., 2012).

#### *Kansere bağlı yorgunluğun kontrolünde non-farmakolojik tedavi*

NCCN'nin yorgunluk klinik bakım rehberinde yer alan ve yorgunluk ile baş etme yöntemleri konusunda hastaya rehberlik yapılmalıdır. Bu yöntemler enerjiyi koruma, aktivite kontrolü ve dikkati başka yöne çekme (müzık dinlemesi, televizyon izlemesi, kitap okuması gibi) yöntemleridir (Usta Yeşilbalkan, 2007). Kansere bağlı yorgunluğun kontrolünde non-farmakolojik tedavisi yaklaşımı kapsamında öncelikle olarak hasta ve aile eğitimi gelmektedir.

*Hasta ve aile eğitimi:* Hastalar kanser tanısı ve tedavi sürecinde orta veya şiddetli düzeyde yorgunluk yaşayabilecekleri konusunda bilgilendirilmelidir. Hastada yorgunluk oluştuğunda tedavinin etkin olmadığı tedavi sonrasında yaşayabileceği yorgunluğun normal olduğu, bununla baş etme yolları konusunda bilgi verilmelidir. Yorgunlukla baş etme yollarını şu şekilde sıralanabilir (Saygılı, 2012);

- Uygulanmakta olan tedavinin yan etkileri,
- Hastanın güvenini arttıracak bilgiler,
- Geleceğe yönelik ümitsizlikle baş etme yolları,
- İlaçlar hakkında bilgi,
- Hastanın beslenmesinin sağlanması,
- Hastanın cesaretlendirmesi
- Hastanın psikolojik gereksinimlerine yönelik bilgiler,
- Stresle baş etme yolları,
- Rol değişiklikleriyle baş etme
- Hastanın fiziksel gereksinimleri,
- Normal aile hayatını devam ettirme,
- Kanser tanısıyla başa çıkma yollarıdır.

*Beslenmenin desteklenmesi:* Protein, glikoz ve yağ metabolizmasındaki değişim, tümör hücrelerinin besin maddelerini tüketmesi sonucu vücudun enerji gereksinimi bozulur ve yorgunluk ortaya çıkar (Yaranoğlu, 2012). Bu yüzden hastanın beslenmesi desteklenmeli, günlük kalori ihtiyacına diyet oluşturulmalı ve diyetisyene yönlendirilmelidir.

*Fiziksel egzersiz:* Kanserli hastalarda tedavi süresince toksik tedaviler ve aktivite düzeyinde azalma oluşması; enerji düzeyi ve performansın azalmasına neden olmaktadır (Saygılı 2012; Usta Yeşilbalkan, 2007). Hastaların günlük hafif tempolu yürüyüşler yapması, bisiklete binme, alışveriş, ev işleri yapma, yüzme, sevdiği aktiviteleri yapması, yoga, öz bakım gereksinimlerini karşılayabilme yeterliliği, günlük 30 dk kadar kendi en az yorgun hissettiği zamanlarda (günde 2 kez) hafif fiziksel egzersizler yapması konusunda cesaretlendirilmesi, hastaya uygun egzersiz programı yapılmalı ve performansı desteklenmelidir (Uğur Bilgin, 2014).

*Uyku düzeni:* Yetersiz uyku hastalarda bilişsel fonksiyonlar üzerinde olumsuz yönde etkileyerek yorgunluğa neden olmaktadır (Yaranoğlu, 2012). Uyku bozukluğunda, hasta davranış terapisiyle desteklenmeli, hastanın kendisine uygun uyku-uyanma düzeni geliştirmesi sağlanmalıdır (Bağ, 2012).

Yorgunluk, tedavi sırasında ve sonrasında, hastalığın tüm aşamalarında hızlı şekilde tanımlanmalı ve multidisipliner yaklaşımla tedavi edilmelidir (Akdemir ve Aydın Bektaş, 2009). Kısaca; yorgunluk belirtisi olan hastalarda günlük aktivitelerinin planlanmasıyla enerjinin artırılması, diyet programı yapılmalı, sıvı-elektrolit dengesi takip edilmeli, gün içerisinde kısa süreli dinlenmeler planlamak, hafif egzersiz programını hastaya bağlı özellikler (hasta yaşı, kanser tanısı, evresi, tedavi şekli vb.) göz önünde bulundurarak bakım girişimleri planlanmalı ve aile desteğinin önemi vurgulanmalıdır (Kütük, 2016).

*Kanser hastalarında yorgunluğun yaşam kalitesi üzerine etkisi:* Yorgunluk hastalarda yaşam şekline, hastalık ve tedavi sürecine bağlı olarak gelişen, her hastada farklılık gösterebilen engellenmesi zor olan tükenme duygusu olarak tanımlanmaktadır (Bağ, 2012; Kurt Sadırlı, 2008). Yorgunluk hastanın iyilik hali yanında günlük performansını, enerji durumunu, günlük yaşam aktivitelerini, meslek yaşantısını, sosyal çevresi ile olan ilişkisini, tedavi kabullenmesini, yan etkilerle baş etme becerilerini olumsuz etkileyebilmektedir (Kahve, 2008).

Yorgunluk işlevselliği, yaşam kalitesi ve bireyin iyilik halini olumsuz etkiler. Birçok nedene bağlı olarak gelişen yorgunluğun olumsuz etkileri ise fiziksel aktivitede yetersizlik, hastalıkla başa çıkmada güçlük yaşaması, psikolojik yönden yıpranması, enerji kaybının getirmiş olduğu performans durumunun azalması ve sosyal yaşamında uzaklaşması gibi durumlardır (Bağ, 2012). Yine hastaların sosyal yaşamdan uzaklaşması, psikolojik yönden çökmesi, depresyon, beslenme bozuklukları, stres oluşması (Kahve, 2008), motivasyonun azalması, fizyolojik yetersizlikler oluşması, mutsuzluk beraberinde umutsuzluk oluşması, kendi öz bakımlarını yapmada yetersizlik hissetmesi ve bağımlılıkların artması yorgunluğun neden büyük ölçüde yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler. Anemi ile ilişkili yorgunluk ve halsizlik de hastanın günlük yaşam aktivitelerini gözle görülür şekilde olumsuz yönde etkilemektedir (Kütük, 2016). Bundan dolayı, yorgunluğun değerlendirilmesi, nedenlerinin belirlenmesi, tedavi edilmesi, hastalara bu konuda destek sağlanması ve hastaların yaşam kalitesinin sürdürülmesinde önemli bir kriter haline gelmektedir (Pınar ve ark., 2008).

#### **4.3.2.4. Yorgunlukta Hemşirelik Uygulamaları ve Hasta Eğitimi**

Hastaların öz bakımını kazanmasında; motive edici faktörler geliştirilmeli, en uygun sağlık göstergelerine erişimi sağlanmalı; hasta eğitimi verilmeli, aile desteklenmeli ve vaka yönetimi yöntemi kullanılarak multidisipliner yaklaşımla kaliteli bir bakım verilmelidir (Altıparmak ve ark., 2011).

Hemşirelik gözlemleri, kanser hastalarında öznel bir semptom olan yorgunluğun tanılanmasında ve tedavinin devamının planlanmasında en önemli belirleyici olarak görülmektedir (Karakoç, 2008). Hemşirelik bakımında yorgunluk nedeniyle oluşan belirtileri önleme, semptomları erken dönemde belirleme ve semptom kontrolü önem taşımaktadır. Kanser hastaları sosyal yaşamı ve aileleriyle birlikte bütüncül yaklaşımlar değerlendirilmeli, özellikle tıbbi ve psikolojik sorunların çeşitliliği göz önüne alınarak (Hintistan ve ark., 2012) belirtilerin değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

Yorgunlukta hemşirelik girişimlerinin amacı; hastanın yorgunluğa neden olduğu belirtileri açıklaması, yorgunluğun yaşamı üzerindeki etkilerine ilişkin duygularını anlatabilmesi, aktivitelere ilişkin öncelikleri tanımlayabilmesi ve aktivite düzeyinde tatmin edici sonuçlar elde edebilmesi sağlamaktır (Kurt Sadırlı, 2008). Yorgunlukta hemşirelik girişimlerini şu şekilde sıralanabilir;

- Yorgunluğun belirti ve bulgularını tanımlamak,
- Hastanın dinlenmesini, gece en az 7-8 saat uyumasını sağlamada,
- Hastaya yorgunluğun uygulanan tedavinin beklenen ve geçici bir yan etkisi olduğunu açıklamak,
- Aktiviteler arasında öncelikleri belirlemek ve hafif aktivitelerle başlamak,
- Önemli işlerini, enerjisinin yeterli olduğu zamanlarda yapması için hasta ve ailesiyle birlikte plan yapmak,
- Hasta eğitimi ile hastalara yorgunlukla baş etme becerileri kazandırmak,
- Protein, vitamin, demirden zengin lifli yiyecekleri tüketmesini sağlamak,
- Tedavi sonrası oluşan ya da var olan tümörün metastaz ile ilişkili neden olduğu ağrıyı azaltmak konusunda hastaya yardımcı olmak ve dikkatini başka yönlere çekmek (müzik dinletmek, resim yapmak gibi) (Usta Yeşilbalkan, 2007; Karakoç, 2008; Kurt Sadırlı, 2008).

Özetle, hemşireler hastaların sağlıklarını yeniden kazanmaları ve sürdürebilmeleri için; sağlık bakımına yönelik uygulamaları öğrenmelerine yardım etmeli, hastaların gereksinimlerini belirledikten sonra bakımını bireyin sınırlılıkları ile baş etme derecesine göre, mevcut yeteneklerini geliştirebileceği biçimde düzenlemeli ve birey öz bakımına dahil etmelidir (Hintistan ve ark., 2012). Hastanın yorgunluk belirtisiyle etkin şekilde baş etmesi ve motivasyonun artırılması, hastanın kendini dahil etmesi ve sorumluluk almasının sağlanması dolayısıyla hasta eğitimi ön planda tutulmalı ve desteklenmelidir (Yaranoğlu 2012). Yorgunluk için hemşirelik stratejilerin planlamasında, araştırmalarla desteklenen girişimlerden yararlanmalıdır (Usta Yeşilbalkan, 2010) (Tablo 3).

Tablo 3 Yorgunluk Yönetiminde İçin Araştırmalarla Desteklenen Girişimler

Uygulama İçin Önerilen Girişimler	Etkinliği Kanıtlanmamış Girişimler
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Egzersiz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rehabilitasyon</li> <li>• Kombine tedavi: diyet destekleri, lipid replasmanı, antioksidan desteği</li> </ul>
<hr/> <p>Etkinliği Olası Faktörler</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Olası etyolojik faktörün belirlenmesi ve yönetimi</li> <li>• Enerjiyi koruma aktivite yönetimi</li> <li>• Eğitim, bilgi sağlama</li> <li>• Uyku kalitesini iyileştirecek yöntemler</li> <li>• Gevşeme, masaj, iyileştirici dokunma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adenosine 5 triphosphate infüzyonu</li> <li>• Hedefli anti-sitokin tedavisi</li> <li>• Omega 3 yağ asit desteği</li> <li>• Kombine tedavi: aromaterapi, ayak masajı ve refleksoloji</li> <li>• Duygularını yazma</li> <li>• Yorgunluk ve eşlik eden semptomlara yönelik bilişsel davranışsal tedavi</li> <li>• Hipnoz</li> <li>• Yoga</li> <li>• Stres azaltma</li> <li>• Akupunktur</li> <li>• Bireysel grup psikoterapisi</li> <li>• Sanat, müzik veya hayvan terapisi</li> <li>• Paroxetine</li> <li>• Methyphenidate</li> </ul>
<hr/> <p>Yarar-Zararı Göz Önünde Bulundurulacak Girişimler</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eritropoezisi uyarıcı ajanlarla aneminin tedavi edilmesi</li> </ul>	

Usta Yeşilbalkan Ö. (2010). Akciğer Kanserinde Hematolojik Toksisiteler. İçinde: Akciğer Kanserinde Tedavi ve Bakım. Editör. A. Aydın, G Can. 1. Baskı: İstanbul, Haziran 2010.

## 4.4. FONKSİYONEL DURUM

### 4.4.1. Kanser Hastalarında Fonksiyonel Durum ve Kanser Tedavisinin Fonksiyonel Duruma Etkisi

Fonksiyonel durum bireyin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesi, temel gereksinimlerini karşılaması, öz bakım ihtiyaçlarını yapabilmesi, günlük rol-performansını gerçekleştirilmesi, sağlık ve iyilik hali durumunu devam ettirmesidir (Karakaş, 2014; Yaranoglu, 2012). Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini fiziksel fonksiyon, rol fonksiyonu, emosyonel fonksiyon, psikolojik fonksiyon, sosyal fonksiyon, somatik/fizyolojik rahatsızlıklar, global kişisel algılama gibi çok boyutlu kavramlar olarak tanımlamıştır (Aydın Bektaş, 2005). Fonksiyonel durum yaşam kalitesiyle aynı anlamda kullanılabilir (Karakaş, 2014).

Yaşam kalitesi kavramının yaşamdan alınan canlılık, iyilik hali, sağlık, mutluluk, doyum, uyum, özsaygı, itibar, değerlilik, yaşamın anlamı, fonksiyonel durum gibi kavramlarla eş anlamlı olarak kullanılabilir (Aydın Bektaş, 2005). Fonksiyonel durum yaşam kalitesinin nesnel belirleyicileri yönünden, fiziksel iyilik hali anlamında açıklanmakta ve bireyin sosyoekonomik durumu, evdeki durumu gibi fiziksel aktivitelerini yerine getirmede güçlük, fonksiyonel performansta yetersizlik, çalışma hayatı, hastalık belirtileri ve sağlık durumu ile ilgili konuları kapsamaktadır (Dağıstan, 2014).

Fonksiyonel yaşam kalitesi bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve bilişsel fonksiyonlarının algılanmasını kapsamaktadır (Aydın Bektaş, 2005; Çalışkan ve ark., 2015). Fonksiyonel durum fiziksel (yemek yemek, yemek yapmak, üstünü giyinmek, yürümek, banyo yapmak, tuvalete gitmek, alışveriş yapmak, dişlerini fırçalamak, merdiven çıkmak vb.), psikolojik (hastalık ve tedavi girişimlere bağlı olarak yaşanan anksiyete, enerjide azalma ya da ümitsizlik hissetme, endişe, kaygı, sinirlilik, depresyon, öz bakım, sorunlarla baş etme vb.), bilişsel (oryantasyon, unutkanlık, konsantrasyon, konuşma, yargılama, sebep-sonuç ilişkisi kurma vb.) ve sosyal (kişiler arası ilişkiler, sosyal yaşantılar, toplumsal rol, aile içi rol/sorumluluklar vb.) alt boyutlardan oluşmaktadır (Akdemir ve Aydın Bektaş, 2006; Karakaş, 2014; Yaranoglu, 2012).

Kronik ve tedavi edilmesi güç olan hastalığı olan bireylerde fonksiyonel durum yaşam kalitesinin en önemli göstergesidir (Karakaş, 2014; Yaranoglu, 2012). Fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik durumları etkilenen ve tedavi süreci zorluklarla geçen kronik ve yaşamı tehdit eden hastalıklar ya da bu hastalıkların neden olduğu sakatlıklarda hastaların yaşam kalitesi düşer, bu yüzden fonksiyonel durumları daha çabuk etkilenmektedir (Aydın Bektaş, 2005). Fonksiyonel yaşam kalitesinin değerlendirilmesi sağlık bakım profesyonelleri açısından tedaviyle ilişkili sorunları değerlendirmede, klinik gidişe karar vermede ve hastaların yaşam kalitesinin sürdürülmesinde önemli bir kriter haline gelmiştir (Pınar ve ark., 2008).



### *Fonksiyonel durumun değerlendirilmesi ve tanımlanması*

Fonksiyonel durumun değerlendirilmesinde günlük yaşam aktivitelerin yerine getirilebilmesi düzeyi yapılması, performans durumu, öz bakımda bağımlılık derecesi, genel iyilik hali, kendini mutlu ve canlı hissetme durumu, sağlığına verdiği değer, sağlıklı olma ve bunu sürdürebilme, tedavilere bağlı olarak oluşan anksiyete ve endişe varlığı, kişiler arası ilişkilerin sorgulanması, sevdiği aktivitelere katılma durumu, arkadaşlarıyla vakit geçirme isteği ve yaşamdan aldığı zevk gibi durumlar yer almaktadır (Karakaş, 2014; Uysal, 2011). Fonksiyonel yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, sadece yaşam bulguların alınması, hemoglobin değerinin kontrolü gibi somut değil, soyut ve algısal yönden olmalarıdır. Hastalar iyilik durumu ile ilgili duygularını açıklarken, isteklerini, umutlarını, düşüncelerini, deneyimlerini, dini ve toplumsal inanışlarını kullanabilmektedir (Aydın Bektaş, 2005). Kronik hastalık ve tedavi sürecinde hastalarda oluşan belirtilerin fonksiyonel açıdan değerlendirilmesinde,

- Hastaların fiziksel yönden tanımlanmasının yapılması,
- Fonksiyonel durumu, bilişsel durumu, konforunun nasıl etkilendiği,
- Günlük yaşam aktivitelerinde oluşan yetersizliklerin belirlenmesi,
- Performans durumunun derecesi, öz bakım yeterlilik durumu ve psikolojik gereksinimleri tanımlanmalı
- Anksiyete, endişe, depresyon gibi bulguların sıklığı ve derecesi belirlenmeli, kişiler arası ilişkiler sorgulanmalı
- Hastalık tanısı ve tedavi süreci sonrası oluşan vücutundaki değişimlerin (organ kaybı, beslenme bozuklukları, uyku kalitesindeki değişim gibi) neden olduğu fonksiyonel yetersizlikler, hastanın yaşam biçimi özellikleri, yaşam fonksiyonları (boş zamanlarını değerlendirme durumları, yemek yapma, yemek yeme, arkadaşlarıyla vakit geçirme isteği, kişiler arası iletişim gibi), başka hastalık öyküsü, kullandığı diğer ilaçlar ve bu ilaçların etkisi, sağlık anlayışı, sağlığını sürdürme ve isteği, dikkat dağınıklığı, oryante olmada zorlanma, unutkanlık gibi durumların tanımlanması ve sonuçlarına göre bakım, eğitim ve danışmanlık verilmesi fonksiyonel yaşam kalitesi geliştirilebilir (Akçay ve Gözüm, 2012; Aydın Bektaş, 2005; Karakaş, 2014; Uğur, 2014).

Kanser hastalık tanısı ve tedavi sürecinin etkisiyle hastaların hayatlarında ciddi ve yoğun bir sağlık sorunu yaşadığı buna bağlı olarak, hastaların yaşam kalitesinin önemli derecede etkilendiği bir sağlık problemidir (Altıparmak ve ark., 2010; Saygılı, 2012). Kanser fiziksel yönden bir rahatsızlık olduğu gibi, psikolojik semptomların sık gözlemlendiği durumlardan biridir. Sağlık durumunun giderek bozulması, sıkıntıların süreklilik kazanması, gelecek kaygısı, hastalık sürecinde yaşanabileceklerin yarattığı stres ve tedaviye bağlı istenmeyen etkiler, hastalıkla ilgili kaygı yaratan koşulların gittikçe artması kanser hastalarının fonksiyonel durumunu olumsuz yönde etkilemektedir (Çalışkan ve ark., 2015; Saygılı, 2012).

Kanserli bireylerin fonksiyonel yönden yetersizliklerin belirlenmesi bu hastalara verilecek bakımın buna yönelik planlanması yaşam kalitesinin artırılmasını böylelikle fonksiyonel durumların artmasını sağlayacaktır (Dedeli ve ark., 2008). Hastaları en sık olarak yaşadıkları; ağrı, yorgunluk, iştahsızlık, alopesi, diyare, konstipasyon, uyku kalitesinin bozulması, mide yanması gibi semptomlar kanserli bireylerin fonksiyonel yaşamlarında zorluklara neden olmaktadır (Kılıçkap, 2009)

Kanserli hastalarda fonksiyonel durumun en üst düzeyde tutulması ve hastaların kendi tedavi ve öz bakımlarının sorumluluğunu alarak yaşamlarını sürdürmeleri büyük önem taşımaktadır (Altıparmak ve ark., 2010). Kanser tanısı sürecinde fiziksel bozukluklar dışında ekonomik ve psikososyal etkenlerin hepsi ayrı ayrı olarak hastanın fonksiyonel durumunu olumsuz yönde etkilemektedir (Kılıçkap, 2009). Fonksiyonel durum kanser hastalarında meydana gelen günlük yaşam aktiviteleri yapabilme, ümitsizlik, endişe, anksiyete, oryantasyon bozukluğu, öz bakımlarında bağımlılık derecesinin artması, iletişim bozukluklarını ve iyilik halini koruyamaması gibi durumları etkilemektedir.

Kanser tanısının konması ve tedavi sürecine başlanması kanser hastasının fiziksel, emosyonel, sosyal ve ekonomik dengelerini değiştirmekte, yaşamdan doyum almalarını engellemekte ve yaşam kalitesini buna bağlı olarak fonksiyonel performans durumu azaltmaktadır (Doğan, 2011; Dedeli ve ark., 2008). Kanserli hastalarında tedavinin amacı, hastaların yaşam süresinin uzaması ve daha kaliteli yaşamasıdır. Tedavi yöntemine bağlı olarak yan etkileriyle birlikte, kanser tanısının da sebep olduğu rahatsızlıklar sonucu hastalar endişe, depresyon, ağrı, geçmeyen

yorgunluk, mukozit, kemik iliği supresyonu, anemi, bulantı-kusma yaşarlar, geleceğe yönelik beklentileri, umutları ve planları bozulabilir, yaşam kalitelerini ve fonksiyonel durumlarını olumsuz yönde etkiler (Altıparmak ve ark., 2010; Doğan, 2011).

*Kemoterapi gören kanser hastalarında fonksiyonel durum:* Kanser tedavisinde cerrahi, radyoterapi, kemoterapi ve hormonoterapi gibi yöntemler yer almaktadır (Akçay ve Gözüm, 2012). Kemoterapi en sık kullanılan tedavi şekli olup kanser hastasını fiziksel, psikolojik, ekonomik ve sosyal açıdan çok geniş kapsamda etkilemektedir. Kanser hastalarında kemoterapi hastanın tedavi olmasını sağlarken fonksiyonel yaşam kalitesi üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir. Bunun nedeni, kemoterapi sonrası oluşan anemi, yorgunluk, nötrofil değerlerinin düşmesiyle enfeksiyona yatkınlık, fiziksel değişiklikler (alopesi, oral mukozit gibi) (Akçay ve Gözüm, 2012), sosyal aktivitelere katılımın azalması, enerji durumunun azalması, günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlik, öz bakım gereksinimlerini karşılamada bağımlılığın artması gibi yan etkileri olup; hastaların fonksiyonel açıdan fiziksel ve psikolojik iyilik halini, performans durumunu ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.

Kemoterapi alan kanserli hastaların yaşam kalitelerindeki temel değişiklikler aşağıdaki gibidir:

- Kişisel değişiklikler: Enerji kaybı, endişe, alopesi, bulantı, kusma, beslenme bozuklukları, hastalığın tekrarlamasından duyulan anksiyete
- Ailevi değişiklikler: Evlenme planlarının azalması, boşanma durumunun artması (özellikle meme kanseri olan hasta grubu), doğurganlığın azalması.
- Sosyal değişiklikler: İşten zorunlu ayrılması, yeni iş bulmada zorlanma, iş ortamından uzaklaşma, kişiler arası iletişimde bozulma (Kanarış Gürel, 2007).

*Cerrahi tedavi gören kanser hastalarında fonksiyonel durum:* Cerrahi tedaviler hastanın yaşam süresini uzatmakta ancak, fonksiyon kayıplarına neden olabilmektedir (Uysal, 2011). Organları korumaya yönelik yapılırsa ortaya çıkan beden imajında değişim, organ kayıpları hastaları psikolojik, fiziksel, sosyal fonksiyonlar açısından olumsuz yönde etkilemektedir (Aydın Bektaş, 2005). Cerrahi tedaviye bağlı oluşabilecek sekeller, tekrar metastaz oluşması, sık aralıklarla yapılan

kontroller ve bu esnadaki invazif müdahaleler hastaların fonksiyonel durumu olumsuz yönde etkilemekte, tedavi sürecindeki fiziksel ve emosyonel stres tedavi sonrasında da hastanın performans durumunun düşmesine neden olmaktadır (Yüce, 2012). Cerrahi tedavi sonrası iyileşme sürecinde, yara yerinde enfeksiyon oluşması, ağrı, hassasiyet, uzun süreli hastanede yatma durumu, ekonomik açıdan getirdiği yük, öz bakımda bağımlılıkların artması, günlük yaşam aktivitelerinde aksama ve azalma olması gibi durumlar hastaların fonksiyonel yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler.

*Radyoterapi gören kanser hastalarında fonksiyonel durum:* Radyoterapi, tek başına ya da cerrahi ve/veya kemoterapi ile kombine kullanılan bir tedavi yöntemidir. Radyoterapide hedef dokuya istenen dozda iyonize radyasyonu verirken normal dokuların daha az miktarda etkilenmesi amaçlanır (Bostanoğlu, 2014). Radyoterapi görülen semptomlar daha çok radyasyon verilen bölgede oluşmakta olup, kemoterapi ile birlikte yapıldığı zaman belirtilerin şiddeti artmaktadır (Zorba, 2012). Radyoterapinin etkisiyle tedavi uygulanan bölgede irritasyon, kızarıklık, kaşıntı, eritem, mukozit, ağız kuruluğu, yutmada güçlük, beslenme bozuklukları, disfaji, iştahsızlık, bulantı, kusma, konstipasyon, idrar yapmada değişim, yorgunluk, enerji kaybı ve emosyonel stres görülmektedir (Bırakmaz, 2009; Bostanoğlu, 2014; Zorba, 2012).

Kanser tedavisinde yan etkilerine bağlı olarak oluşan bu olumsuzluklara rağmen hastalar tedavi süresince ve tedavi sonrasında fonksiyonel yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi, fonksiyonel durumun artırılması, günlük aktiviteleri yapabilme düzeyine gelmesini ve bunu sürdürmesini yönetmek, performans durumunun en üst seviyede tutulması desteklenmelidir (Çalışkan ve ark., 2015).

#### 4.4.2. Kanser Hastalarında Yorgunluğun Fonksiyonel Durum ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi

Kanser ve tedavisinin neden olduğu semptomların sonucu olarak hastalarda enerjinin azalması, fonksiyonel durum bozuklukları, hatalığı kabul süreci, sosyal yaşamdan uzaklaşma, rol – sorumlulukların değişmesi, ümitsizlik, bireyin manevi değerlerin değişmesi yorgunluğu yaşam kalitesini ve fonksiyonel durumu etkileyen bileşenlerdir (Demiralp, 2006). Yorgunluk kanser tanısı ve tedavi sürecinde hastalarda kanser ve tedavisine bağlı oluşan en önemli semptomlardan biridir. Hastaların ifadelerine göre yorgunluk belirtileri; güçsüzlük, halsizlik, enerji kaybı, bitkinlik, dikkat eksikliği, kuvvetsizlik, motivasyon eksikliği ve azalmış mental durum gibi tanımlamaktadırlar (Akın, 2007). Yaşam kalitesi DSÖ tarafından önerilen en alt seviyede fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarda oluşan; hastalığa özgül ve tedavi sürecinde yaşanan semptomların, hastanın fonksiyon algısına etkisi olarak tanımlanan çok boyutlu bir yapıdır (Gülses, 2012). Fonksiyonel durum fonksiyonel sağlık, bireyin rutin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesi, öz bakım gereksinimlerini karşılaması (bağımlılık derecesinin az olması) günlük rol sorumlulukların gerçekleştirilmesi, sağlık ve iyilik halini sürdürmesidir (Karakaş, 2014).

Yorgunluğa bağlı olarak kanser hastalarında, iş yaşamının devamının sağlamakta zorlanma, hayattan zevk almama, yürüyüş yapamama, aile gereksinimlerini karşılayamama, arkadaşları ve ailesiyle olan iletişimin yetersiz olması, sosyal aktivitelerden uzak kalma ve öz bakım gereksinimlerini karşılamakta yetersizlik oluşmaktadır (Akın, 2007). Kanser hastalarının yaşamış olduğu yorgunluk, dinlenmekle geçmeyen yoğun hissedilen, hastanın herhangi bir aktivite planlamasını engelleyecek düzeyde olması, bu yorgunluğun sürekli dalgalanma göstermesi, giderek hastanın enerji kaybına, aktivite kısıtlamasının artmasına, öz yeterliliğin azalmasına, en sonunda güçsüzlükle sonuçlanan semptomdur (Demiralp, 2006). Bu da hastaların fonksiyonel yeterlilik durumunu, fiziksel hareketlilik, yaşam aktiviteleri (yemek yeme, banyo yapma, diş fırçalama, giyinmek gibi) beslenme alışkanlıklarını, uyku kalitesini, zinde olmalarını, sağlık-hastalık algılamasını, mutluluğunu, duygusal fonksiyonlarını, yaşamdan doyum alma, tedavi sürecini,

konsantrasyon durumunu ve psikolojik fonksiyonlarını olumsuz yönde etkilemektedir (Doğan, 2011).

Kanserli bireylerde yorgunluk çok hızlı seyreden, şiddetli, enerji tüketen, uzun süren bir durumdur. Hastalarda oluşan yorgunluk; kilo kaybı, sevdiği aktiviteleri yapmada isteksizlik, ilgisizlik, motor ve bilişsel aktivitede değişiklikler, kendini önemsiz hissetme, suçluluk, çaresizlik, ümitsizlik, ölüm düşüncesi, konsantre olma ve düşünmede zorluk gibi semptomları kapsamaktadır. Uzun sürmesi, tedavi sürecinin yan etkileri nedeniyle hastaların yaşam kalitesini düşmekte, fonksiyonel durumlarını olumsuz yönde etkileyen semptomdur (Aydın Bektaş, 2005).

#### **4.4.3. Kanser Hastalarında Fonksiyonel Durumun Geliştirilmesinde Hemşirenin Roller**

Günümüzde sağlık bakımının amacı hastaların yaşamı uzatmak değil; bireyin sorunları ile baş etme ve öz bakım gücünün yeterliliğinin sağlanması, bağımsızlığını ve yaşam kalitesini, fonksiyonel durumunu, bilgi ve becerilerini artırmak ve geliştirmektir (Doğan, 2011). Kanser hastalarının yaşam kalitesini ve fonksiyonel durumunu artırmaya yönelik; hemşireler hastalığa adaptasyon, hastaların öz bakımın sürdürülmesi, rehabilitasyon, rehberlik, fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunların belirlenmesi, hastalık ve tedavi sürecindeki oluşan semptomlarını sistematik olarak değerlendirilmesi, semptomların kontrol altına alınması, hastaların duygu ile düşüncelerinin ifade etmelerinin teşvik edilmesi ve hastaların fonksiyonel durumun değerlendirilmesi sürecinde önemli rolleri üstlenirler (Karakas, 2014; Öztürk, 2008; Ünsar ve ark., 2006; Uysal, 2011).

Kanserli bireylere bakım verirken amaç fonksiyonel durumun en üst düzeye getirilmesi, iyilik hali ve öz bakım yeteneğinin artırılması, morbiditenin azaltılması, fizik ve psikolojik rehabilitasyon uygulanmasıyla ile bireylerin yaşam kalitelerinin iyileştirilmesidir (Aydın Bektaş, 2005). Hemşireler, kanserli bireylerin fonksiyonel durum yetersizliklerin (günlük yaşam aktiviteleri yapmada zorlanma, enerji azlığı, güçsüzlük, bağımlılık durum gibi) belirlenmesi bu hastalara verilecek bakımın planlanması, ailenin bakıma katılımının sağlanması ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesini sağlayacaktır (Dedeli ve ark., 2008). Hemşireler, hasta bakım

sürecinde kanser hastaların fonksiyonel yaşam kalitesini değerlendirmeye yönelik veri toplamalı, bakımı planlarken bu verilerden yararlanmalı ve uygun hemşirelik girişimlerini uygulamalıdır (Güngörmüş ve Bulut Erdem, 2014). Hemşirelerin kanser hastalarını olumsuz etkileyen semptomlar kontrol altına alınarak hastanın fonksiyonel durumunun iyileştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasında önemli rolü vardır bu semptomların hastanın fonksiyonel durumunu nasıl etkilendiğini sorgulayarak, fiziksel, psikolojik ve sosyal gereksinimlerini belirleyebilir (Karakaş, 2014). Hastalık ve kanser tedavisi sürecinde hemşirelik yaklaşımları öz bakım desteklenmeli, hasta eğitimi, emosyonel destek, rehberlik, ağrı kontrolü, bol hidrasyon, beslenmenin desteklenmesi günlük yaşam aktivitelerinin uygulama takibi, uyku ve dinlenmenin sağlanması, sosyal iletişimin desteklenmesi ve beden imajı değişikliklerine yönelik duygusal destek sağlanması yönlerinde olmalıdır (Aydın Bektaş, 2005; Uysal, 2011).

Bu doğrultuda bu çalışma kanser hastalarında yorgunluğun fonksiyonel durum ile yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi ve yaşam kalitesini artırmaya yönelik önerilerin geliştirilmesi amacıyla planlandı.

## **5. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI**

Bu çalışma kanser tanısıyla kemoterapi uygulanan hastalarda yorgunluk düzeyinin fonksiyonel yaşam kalitesi üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bir araştırmadır.

### **5.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ**

Bu çalışma tanımlayıcı-ilişki arayıcı nitelikte bir araştırmadır.

### **5.3. ARAŞTIRMA SORULARI**

1. Kemoterapi uygulanan kanser hastalarında yorgunluk düzeyi nedir?
2. Kemoterapi uygulanan kanser hastalarında yaşam kalitesi etkileniyor mu?
3. Kemoterapi uygulanan kanser hastalarında yorgunluk düzeyi ve yaşam kalitesi ile ilişkili kişisel ve hastalığa ilişkin değişkenler nelerdir?
4. Kemoterapi uygulanan kanser hastalarında yorgunluk düzeyi ile fonksiyonel yaşam kalitesi arasında ilişki var mı?

### **5.4. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER**

Bu araştırma bir vakıf üniversitesine bağlı bir araştırma ve uygulama merkezinin kemoterapi ünitesi ve yatan hasta servislerinde gerçekleştirildi. Hastane 28 yatak kapasiteli olup ilave olarak altı müşahede odası ve bir kemoterapi ünitesi bulunmaktadır.



## 5.5. ARAŞTIRMA EVRENİ

Araştırmanın evrenini, bir vakıf üniversitesine bağlı araştırma ve uygulama merkezinde kanser tedavisi gören 910 hasta oluşturdu.

## 5.6. ARAŞTIRMA ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örneklemini bir vakıf üniversitesine bağlı araştırma ve uygulama merkezinin onkoloji servisleri ve ayaktan tedavi ünitesine Mayıs 2015-Ağustos 2015 tarihleri arasında kemoterapi almak için başvuran hastalar oluşturdu. Araştırma örneklemine dahil edilme kriterleri;

1. Kanser tanısıyla en az bir kür kemoterapi almış olmak,
2. Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak,
3. 18 yaş veya üzeri yaşta olmak,
4. Türkçe konuşabilmek ve anlamak,
5. İletişime engel oluşturan bir sağlık sorunu olmamak (işitme veya konuşma sorunu vb.) ve genel durumu görüşme yapmak için uygun olmak ve terminal dönemde olmamak olarak belirlendi.

Örneklem; olasılıksız örnekleme yöntemlerinden birisi olan gelişigüzel örnekleme (convenience sampling) yöntemiyle oluşturuldu. Bu kapsamda, Mayıs 2015-Ağustos 2015 bir vakıf üniversitesine bağlı araştırma ve uygulama merkezinde yatan hasta servisleri ve ayaktan kemoterapi ünitesinde kemoterapi gören 136 hastaya ulaşıldı.

Mayıs 2015 –Ağustos 2015 tarihleri arasında ulaşılan 136 hasta içinde 36 hasta örnekleme dahil edilmedi. Bu hastalardan 12 ‘si mide bulantısı fazla olduğu, 20’si aşırı yorgun ve uykulu olduğu, dördü Türkçe bilmediği için örnekleme dahil edilmedi. Araştırma grubunu örnekleme alınma kriterlerini sağlayan 100 kanser hastası oluşturdu.

## 5.7. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

- **Bağımlı Değişkenler:** Yorgunluk düzeyi
- **Bağımsız Değişkenler:**
  - Fonksiyonel yaşam kalitesi
  - Cinsiyet, yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi algısı, medeni durum, kronik hastalık öyküsü, hastalık süresi, kanser türü ve kemoterapi protokolü.

## 5.8. VERİ TOPLAMA SÜRECİNDE ETİK İLKELER

Çalışmanın gerçekleştirilmesi için etik kurul (Ek 2) izni alındı. Veriler; üç veri toplama aracı kullanılarak elde edildi (Ek 3). Kurum izni (Ek 4) alındı. Ölçeğin Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışmasını yapan araştırmacılardan ölçeklerin kullanılabilmesi için izin (Ek 4) alındı. Araştırmaya katılmaya gönüllü hastalara araştırmanın amacı, elde edilen verilerin gizli kalacağı ve kimseyle paylaşılmayacağı açıklandı ve yazılı bilgilendirilmiş olurları (Ek 3) alındı.

## 5.9. VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler, İstanbul ilindeki bir hastanenin ayaktan kemoterapi ünitesi ve yatan hasta servislerinde dört aylık (Mayıs-Ağustos 2015) sürede toplandı.

### 5.9.1. Veri Toplama Yöntemi

Veriler; yüz yüze görüşme yöntemiyle aşağıda sıralanan veri toplama araçları kullanılarak elde edildi. Hastalar ile görüşme ayaktan kemoterapi ünitesinde, yatan hastalar ile görüşme hasta odasında gerçekleştirildi. Görüşme yaklaşık 15-20 dakikalık bir süre içinde tamamlandı. Kanser tanısı, kanser evresi, kemoterapi protokolü ve kemoterapi kür sayısına ilişkin veriler tıbbi kayıtlardan elde edildi.

Hastaların kemoterapi sırasında ve sonrasında hissettiği yorgunluk düzeyi Piper'in Yorgunluk Ölçeği kullanılarak değerlendirildi. Bu ölçek kullanılarak hastalardan ne kadar süreyle yorgun hissettikleri, bu yorgunluğun kendileri için ne derece sıkıntıya sebep olduğu, yakınları ile görüşmelerine engel olup olmadığı, cinsel yaşantılarına olan etkisini ve sevdiği faaliyetlere katılmalarına olan etkisini değerlendirmeleri istendi. Ölçekte bulunan ilk soru ve son beş soru açık uçludur.

Hastaların fonksiyonel durumu ve yaşam kalitesi Fonksiyonel Yaşam Ölçeği kullanılarak değerlendirildi. Bu ölçek sorularıyla hastalardan kendilerini ne kadar iyi hissettikleri ve günlük yaşam aktivitelerinin gerçekleştirilmesi konusunda kendilerini ne düzeyde yeterli olarak algıladıkları sorgulandı.

### 5.9.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak (1) Hasta Bilgi Formu, (2) yorgunluk durumunu değerlendirmek amacıyla Piper'in Yorgunluk Ölçeği, (3) Fonksiyonel yaşam kalitesi durumlarını değerlendirmek amacıyla Fonksiyonel Yaşam Ölçeği-Kanser (FYÖ) ve ECOG performans skoru kullanıldı.

**1. Hasta Bilgi Formu:** Araştırmacılar tarafından hazırlanan bu form toplam üç bölüm ve 25 sorudan oluşmaktadır. Birinci bölümde; hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, gelir düzey algısı, yaşadığı yer ve birlikte yaşadığı kişiler gibi sosyo-demografik özelliklerini sorgulayan sorular yer almaktadır. İkinci bölüm bireyin sağlık durumu ve sağlıklı yaşam biçimi alışkanlıkları, üçüncü bölüm hastanın tanısı, tanı tarihi, kanserin evresi ve kanser tedavisine yönelik sorular içermektedir.

ECOG Performans Skalası (Eastern Cooperative Oncology Group): Hastaların genel durumları ECOG Performans Skoru'na (PS) göre değerlendirildi. ECOG performans skalası üzerinden hastanın genel durumu 0'dan 4'e kadar bir puan verilerek değerlendirilmektedir. ECOG performans puanının 0 olması 'çok iyi sağlık durumuna' işaret eder. Hiç şikayeti olmayan kişiler 0, aktif ancak şikayeti olanlar 1, aktif olarak çalışamayan ve uyanık olduğu zamanların %50'sinden azını yatakta geçirenler 2, uyanık olduğu zamanların %50'sinden fazlasını yatakta geçirenler 3 ve kendi bakımını yapamıyor, tam olarak sandalye veya yatağa bağımlı olanlar 4 olarak değerlendirilmektedir (Oken ve ark., 1982).

**2. Piper'in Yorgunluk Ölçeği (Piper Fatigue Scale):** Ölçek 1987 yılında Barbara F. Piper ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Piper ve ark., 1998). Piper'in Yorgunluk Ölçeği sağlıklı ve hasta popülasyonda yorgunluk belirtilerinin değişkenliğini incelemek üzere subjektif olarak yorgunluğun değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş bir tanılama aracıdır (Can, 2001).

İlk oluşturulduğunda 42 maddeden oluşan Piper'in Yorgunluk Ölçeği zaman içinde yapılan revizyonlarla bu gün her biri 0-10 puanlık VAS (Görsel Analog Ölçeği [Visual Analogue Scale]) üzerinde değerlendirilen toplam 22 maddeli bir tanılama aracıdır. Hastanın yorgunluğa ilişkin subjektif algıları dört alt boyut üzerinden değerlendirilmektedir. Bu alt boyutlar yorgunluğun GYA'ya etkisini ve şiddetini değerlendiren Davranış/Şiddet alt boyutu (2-7.soru); yorgunluğa atfedilen duygusal anlamı kapsayan Duygulanım alt boyutu (8-12.soru); yorgunluğun mental, fiziksel ve emosyonel semptomlarını yansıtan Duyusal alt boyutu (13-17.soru) ve yorgunluğun bilişsel fonksiyonları ve ruhsal durumu etkileme düzeyini yansıtan Bilişsel/Ruhsal alt boyuttur (18-23.soru). Ölçekteki her madde güçlü ve zayıf olmak üzere 1'den (zayıf) 10'a (güçlü) kadar derecelendirilmektedir. Kişi her bir maddede o anda yaşadığı yorgunluk deneyimini en iyi tanımlayan sayıyı işaretlemektedir. Ölçekten alınan 0 puan yorgunluğun hiç olmadığını, 1-3 puan yorgunluğun hafif düzeyde olduğunu, 4-6 puan yorgunluğun orta düzeyde olduğunu, 7-10 puan yorgunluğun şiddetli düzeyde olduğunu göstermektedir. Ölçekte beş adet açık uçlu soru (1 ve 24-27) bulunur ve bu sorular PYÖ puanını hesaplarırken değerlendirmeye alınmaz. Madde 1 yorgunluğun devam etme süresini, madde 24-27 hastaların yorgunluğa ilişkin düşüncelerini sorgular (Can, 2001). Alt boyut puanları, o alt boyutta yer alan tüm maddelerin puanının toplanıp madde sayısına bölünmesiyle, toplam yorgunluk puanı ise maddelerin toplanıp toplam madde sayısına bölünmesiyle elde edilir.

Piper ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada Cronbach alfa ( $\alpha$ ) güvenilirlik katsayısı alt boyutlar için 0,92 ile 0,96 arasında, toplam ölçek için 0,97 bulunmuştur (Piper ve ark., 1998). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında güvenilirlik katsayısı alt boyutlar için 0,87-0,91, toplam ölçek için 0,94 saptanmıştır (Can, 2001).

Bu alışmada Piper Yorgunluk leği güvenirlik katsayısı (Cronbach alfa) Davranış/şiddet alt boyutu için 0,95, Duygulanım alt boyutu için 0,99, Duyusal alt boyutu için 0,99, Bilişsel/Ruhsal alt boyutu için 0,95, ölçeğin tamamı için 0,99 bulundu (Tablo 4).



Tablo 4 Piper Yorgunluk Ölçeği Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayıları ve Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları (N=100)

	Alt Boyut		Ölçek Puanı		
	$r_s$	$p^*$	$r_s$	$p^*$	
<b>Davranış/Şiddet alt boyutu</b>	2. Şu an hissettiğiniz yorgunluk sizde ne derece sıkıntıya sebep oluyor?	0,93	0,000	0,90	0,000
	3. Şu an hissettiğiniz yorgunluk okul veya iş faaliyetlerinizi sürdürmenizi ne derece etkiliyor?	0,91	0,000	0,89	0,000
	4. Şu an hissettiğiniz yorgunluk arkadaşlarınızı görmenizi veya iletişim kurmanızı ne derece engelliyor?	0,89	0,000	0,85	0,000
	5. Şu an hissettiğiniz yorgunluk cinsel yaşamınızı sürdürmeyi ne derece engelliyor?	0,66	0,000	0,61	0,000
	6. Şu an hissettiğiniz yorgunluk yapmayı sevdiğiniz faaliyetlere katılmanızı ne derece engelliyor?	0,93	0,000	0,86	0,000
	7. Şu an hissettiğiniz yorgunluğun şiddetini ve derecesini nasıl tanımlarsınız?	0,94	0,000	0,94	0,000
	Cronbach $\alpha$ :	0,95			
<b>Duygulanım alt boyutu</b>	8. Şu an yaşadığınız yorgunluğun derecesini nasıl tanımlarsınız? 'Hoş' 'hoş değil'	0,97	0,000	0,93	0,000
	9. Şu an yaşadığınız yorgunluğun derecesini nasıl tanımlarsınız? 'Kabul edilebilir' 'kabul edilemez'	0,98	0,000	0,95	0,000
	10. Şu an yaşadığınız yorgunluğun derecesini nasıl tanımlarsınız? 'Koruyucu' 'yıpratıcı'	0,99	0,000	0,96	0,000
	11. Şu an yaşadığınız yorgunluğun derecesini nasıl tanımlarsınız? 'Olumlu' 'olumsuz'	0,99	0,000	0,95	0,000
	12. Şu an yaşadığınız yorgunluğun derecesini nasıl tanımlarsınız? 'Normal' 'anormal'	0,93	0,000	0,90	0,000
Cronbach $\alpha$ :	0,99				
<b>Duyusal alt boyutu</b>	13. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz? 'Güçlü'/'zayıf'	0,95	0,000	0,92	0,000
	14. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz? 'Uyanık' / 'uykulu'	0,92	0,000	0,85	0,000
	15. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz? 'Canlı' /'cansız'	0,97	0,000	0,90	0,000
	16. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz? 'Dinlenmiş' / 'yorgun'	0,95	0,000	0,89	0,000
	17. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz? 'Kuvvetli' / kuvvetsiz'	0,96	0,000	0,90	0,000
Cronbach $\alpha$ :	0,99				

$r_s$ = Spearman's Korelasyon Katsayısı

\*\*  $p < 0,01$

Tablo 4 Piper Yorgunluk Ölçeği Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayıları ve Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları (N=100) (Devamı)

	Alt Boyut		Ölçek Puanı		
	$r_s$	$p^*$	$r_s$	$p^*$	
<i>Bilişsel/Ruhsal alt boyutu</i>	18. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz? 'Tahammül edilebilir'/'tahammül edilemez'	0,93	0,000	0,92	0,000
	19. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz? 'Rahat' / 'gergin'	0,93	0,000	0,89	0,000
	20. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz? 'Mutlu' / 'mutsuz'	0,86	0,000	0,79	0,000
	21. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz? 'konsantre olabiliyorum' / 'konsantre olamıyorum'	0,87	0,000	0,79	0,000
	22. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz? 'Hatırlayabiliyorum'/'hatırlayamıyorum'	0,73	0,000	0,64	0,000
	23. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz? 'İyi düşünebiliyorum'/'iyi düşünemiyorum'	0,86	0,000	0,79	0,000
	Cronbach $\alpha$ :	0,95			
Toplam Cronbach $\alpha$ :			0,99		

$r_s$ = Spearman's Korelasyon Katsayısı

\*\*  $p < 0,01$

### 3. Fonksiyonel Yaşam Ölçeği-Kanser (Functional Living Scale- Cancer):

Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Schipper ve ark.'ı tarafından (1984) tüm erişkin ve kanserli hastalarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Bu araç fonksiyonel durumu değerlendiren bir yaşam kalitesi ölçeğidir (Schipper ve ark., 1984). Fonksiyonel Yaşam Ölçeği toplam beş alt boyut ve 22 sorudan oluşmaktadır. Ölçek Fiziksel Fonksiyonlar, Psikolojik Fonksiyonlar, Genel İyi Hali, Sosyal Fonksiyonlar ve Gastrointestinal Semptomlar (Bulantı) alt boyutlarından oluşmaktadır (Aydın Bektaş, 2005). Ölçek son iki hafta, geçen ay ya da bugünkü durumla ilgili sorular içermektedir. Fonksiyonel Yaşam Ölçeği 7'li Likert tipine göre hazırlanmıştır ve ölçekte seçenekler olumludan olumsuz doğru sıralanan yedi kategoriden oluşur (Tablo 5). Fonksiyonel Yaşam Ölçeği'nde seçenekler olumsuz sorular için 7,6,5,4,3,2,1; olumlu sorular için 1,2,3,4,5,6,7 olarak puanlandırılır. Ölçekte 2, 3, 6, 9, 10, 12, 14, 16, 18, 19, 21, 22 nolu sorular sağa doğru olumlu, geri kalan 1, 4, 5, 7, 8, 11, 13, 15, 17, 20 nolu sorular sağa doğru olumsuz olarak değerlendirilir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 22, en yüksek puan 154'tür. Düşük puanlar fonksiyonel durumun ve yaşam kalitesinin kötü olduğuna işaret etmektedir (Aydın Bektaş, 2005).

Tablo 5 Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Alt Boyutları

Fonksiyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları	Soru Numarası
Fiziksel Fonksiyonlar	4,6,7,10,11,13,15,20,22
Psikolojik Fonksiyonlar	1,2,3,9,18,21
Genel İyi Hali (Kanserle İlgili Güçlükler)	8,12,14
Sosyal Fonksiyonlar	16,19
Gastrointestinal Semptomlar (Bulantı)	5,17

Aydın Bektas H. Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumlarının Değerlendirilmesi. T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. Ankara, 2005, sayfa: 26.

Ölçeğin ülkemiz için geçerlik güvenirlik çalışması 2005 yılında Aydın Bektaş tarafından meme, kolon-rektum, akciğer ve diğer kanser tanısı almış, gündüz kemoterapi ünitesine başvuran bireyler üzerinde yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,89 olarak bulunmuştur. Cronbach alfa katsayısı Fiziksel Fonksiyonlar alt boyutu için 0,83, Psikolojik Fonksiyonlar alt boyutu için 0,78, Genel İyi Hali alt boyutu için 0,64, Sosyal Fonksiyonlar alt boyutu için 0,60, GIS Semptomları alt boyutu için 0,75 ve toplam ölçek için 0,88 bulunmuştur (Aydın Bektaş, 2005).

Bu çalışmada Fonksiyonel Yaşam Ölçeği güvenirlik katsayısı (Cronbach alfa) Fiziksel Fonksiyonlar alt boyutu için 0,91, Psikolojik Fonksiyonlar alt boyutu için 0,84, Genel İyi Hali alt boyutu için 0,81, Sosyal Fonksiyonlar alt boyutu için 0,94, Gastrointestinal Semptomlar alt boyutu için 0,92, ölçeğin tamamı için güvenirlik katsayısı 0,95 saptandı. Bu çalışmada Fonksiyonel Yaşam Ölçeği madde-toplam puan korelasyonu katsayısı tüm maddeler için 0,32 ile 0,90 arasında bulundu (Tablo 6).



Tablo 6 Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayıları ve Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları (N=100)

	Ölçek alt boyutları	Alt Boyut		Ölçek Toplam	
		$r_s$	$p^*$	$r_s$	$p^*$
<i>Fiziksel Fonksiyonlar</i>	4. Dinlenmeye fırsat bulabiliyor musunuz?	0,75	0,000	0,75	0,000
	6. Bugün kendinizi ne kadar iyi hissediyorsunuz?	0,86	0,000	0,85	0,000
	7. Bugün kendinizi yemek pişirecek / küçük ev işleri yapabilecek kadar yeterli hissediyor musunuz?	0,92	0,000	0,86	0,000
	10. Son bir ay içinde iş yerinde/evdeki verimliliğinizden memnun musunuz?	0,91	0,000	0,90	0,000
	11. Bugün kendinizi ne kadar huzursuz hissediyorsunuz?	0,83	0,000	0,85	0,000
	13. Ağrı ya da rahatsızlıklar günlük aktivitelerinizi ne kadar etkiliyor?	0,64	0,000	0,51	0,000
	15. Ev ile ilgili günlük sorumluluklarınızın ne kadarını tamamlayabiliyorsunuz?	0,82	0,000	0,80	0,000
	20. Sizce son iki haftada yaşadığınız ağrı ya da rahatsızlıkların ne kadarı hastalığınızla ilgiliydi?	0,49	0,000	0,36	0,000
	22. Sizce bugün ne kadar iyi görünüyorsunuz?	0,87	0,000	0,79	0,000
		<b>Cronbach <math>\alpha</math></b>	0,91		
<i>Psikolojik Fonksiyonlar</i>	1.Çoğu insan zaman zaman depresyon belirtileri hisseder. Siz bu duyguları ne kadar sıklıkla hissediyorsunuz?	0,82	0,000	0,62	0,000
	2.Günlük yaşamınızdaki sorunlarınızı kolay çözebiliyor musunuz?	0,77	0,000	0,83	0,000
	3. Hastalığınız ne kadar sık aklınıza geliyor?	0,80	0,000	0,63	0,000
	9.Yasama isteğinizin azaldığını ne sıklıkla hissediyorsunuz?	0,85	0,000	0,79	0,000
	18. Gelecekte ne kadar korkuyorsunuz?	0,80	0,000	0,68	0,000
	21. Size uygulanan tıbbi tedaviye ne kadar güveniyorsunuz?	0,42	0,000	0,32	0,001
		<b>Cronbach <math>\alpha</math></b>	0,84		
<i>Genel İyilik Hali</i>	8. Son iki haftada hastalığınız yakınlarınıza zorluk yaşattı mı?	0,88	0,000	0,80	0,000
	12. Size göre, hastalığınız, son iki haftada, en yakınlarınızla ilişkilerinizi ne kadar bozdu?	0,73	0,000	0,61	0,000
	14. Son iki haftada hastalığınız size kişisel olarak ne kadar zorluk yaşattı?	0,91	0,000	0,87	0,000
		<b>Cronbach <math>\alpha</math></b>	0,81		
<i>Sosyal Fonksiyonlar</i>	16. Son iki haftada en yakınlarınızı görmeye / onlarla birlikte zaman geçirmeye ne kadar istekliydiniz?	0,97	0,000	0,74	0,000
	19.Son iki haftada arkadaşlarınızı görmeye/ onlarla birlikte zaman geçirmeye ne kadar istekliydiniz?	0,97	0,000	0,69	0,000
		<b>Cronbach <math>\alpha</math></b>	0,94		

$r_s$ : Spearman's korelasyon katsayısı \*\*  $p < 0,01$

Tablo 6 Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayıları ve Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları (N=100) (Devamı)

		Alt Boyut		Ölçek Toplam	
		$r_s$	$p^*$	$r_s$	$p^*$
<i>Gastrointestinal Semptomlar</i>	Ölçek alt boyutları				
	5. Bulantı günlük işlerinizi etkiliyor mu?	0,97	0,000	0,67	0,000
	17. Son iki haftada kaç kez bulantınız oldu?	0,97	0,000	0,62	0,000
	<b>Cronbach :</b>	0,92			
	<b>Toplam Cronbach <math>\alpha</math></b>			0,95	

$r_s$ : Spearman's korelasyon katsayısı \*\*  $p < 0,01$

## 5.10. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Araştırma verileri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 17.0 programı kullanılarak analiz edildi. Veriler frekans, aritmetik ortalama, standart sapma, yüzde gibi betimsel istatistikler kullanılarak çözümlendi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Tek Örneklem Kolmogorov Smirnov testiyle test edildi ve anlamlılık değerleri 0,05'den küçük olduğu için ileri düzey çözümlenelerde non-parametrik testler kullanıldı. Ölçekte puan ortalamalarının karşılaştırılması için non-parametrik testlerden iki bağımsız değişken için Mann-Whitney-U testi, ikiden fazla bağımsız değişken için Kruskal Wallis testi, ilişki analizleri için Spearman's korelasyon analizi kullanıldı.

## **6. BULGULAR**

Kanser tanısı alarak kemoterapi uygulanan hastaların yorgunluk düzeyinin fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırma kapsamında elde edilen bulgular altı başlıkta ele alınarak sunuldu.

1. Kanser hastalarının sosyodemografik özellikleri
2. Kanser hastalarının sağlık durumu ve hastalığa ilişkin özellikleri
3. Kanser hastalarında Piper Yorgunluk Ölçeği puan ortalamalarına ilişkin bulgular
4. Kanser hastalarında Fonksiyonel Yaşam Ölçeği puan ortalamalarına ilişkin bulgular
5. Kanser hastalarında Piper Yorgunluk Ölçeği ve Fonksiyonel Yaşam Ölçeği puan ortalamaları ile ilişkili kişisel ve hastalığa ilişkin özellikler
6. Kanser hastalarında Piper Yorgunluk Ölçeği puan ortalamaları ile Fonksiyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması

### **6.1. KANSER HASTALARININ SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ**

Hastaların cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, aile gelir durumu algısı ve evde birlikte yaşadığı kişi değişkenlerine ait frekans dağılımları ve yüzdeleri Tablo 7’de verilmektedir.

Tablo 7 Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular (N=100)

Değişkenler		n	%
Cinsiyet	Kadın	62	62
	Erkek	38	38
Yaş	20-29 yaş	5	5
	30-39 yaş	7	7
	40-49 yaş	16	16
	50-59 yaş	25	25
	60-69 yaş	28	28
	70 yaş ve üzeri	19	19
Medeni Durum	Evli	79	79
	Bekar	9	9
	Eşi ölmüş	8	8
	Boşanmış	4	4
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	4	4
	İlkokul	57	57
	Lise	26	26
	Ön Lisans	2	2
	Lisans	9	9
	Yüksek lisans ve üstü	2	2
Meslek	Ev hanımı	43	43
	Serbest meslek	21	21
	Çalışmıyor	16	16
	Emekli	11	11
	Memur	9	9
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	89	89
	Ücretli izin kullanıyor	6	6
	Ücretsiz izin kullanıyor	2	2
	Tam gün çalışma	2	2
	Yarım gün ya da belirli saatlerde	1	1
Aile Gelir Durumu Algısı	Gelir giderine göre az	12	12
	Gelir giderini dengeler	75	75
	Gelir giderine göre fazla	13	13
Evde Birlikte Yaşadığı Kişi	Eşiyle ve aile birlikte	91	91
	Yalnız	9	9

Araştırmaya katılan hastaların cinsiyet değişkenine göre dağılımları incelendiğinde, %62'si (n=62) kadın, %38'i (n=38) ise erkektir.

Hastaların yaşları yaş ortalaması  $56,53 \pm 13,56$ 'dır. Hastaların yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde, %16'sı (n=16) 40-49 yaş grubunda, %25'i (n=25) 50-59 yaş grubunda, %28'i (n=28) 60-69 yaş grubunda ve %19'u (n=19) ise 70 yaş ve üzerinde yer almaktadır.

Hastaların medeni durum değişkenine göre dağılımları incelendiğinde, %79'unun (n=79) evli, %9'unun (n=9) bekar, %8'inin (n=8) eşinin vefat ettiği ve %4'ünün (n=4) ise boşanmış olduğu belirlendi.

Hastaların eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, %57'si (n=57) ilkokul, %26'sı (n=26) lise mezunudur. Hastaların şu anda çalışma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, büyük çoğunluğu (n=89) çalışmadığını bildirdi. Hastaların aile gelir durum algılarına göre dağılımları incelendiğinde, %12'sinin (n=12) gelirinin giderine göre az olduğu, %75'inin (n=75) gelirinin giderini dengelediği, %13'ünün (n=13) gelirinin giderine göre fazla olduğu belirlendi.

## **6.2. KANSER HASTALARININ SAĞLIK DURUMU VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ**

Hastaların kronik hastalık varlığı, kronik hastalık türü, ailede kronik hastalık varlığı, ailede kronik hastalık türü, sigara kullanımı, alkol kullanımı ve sağlık kontrolü sıklığı değişkenlerine ait frekans dağılımları ve yüzdeleri Tablo 8'de verilmektedir.

Tablo 8 Hastaların Sağlık Öyküsü ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Alışkanlıkları (N=100)

Değişkenler		n	%	
Kanser Dışında Kronik Hastalık Öyküsü	Hayır	59	59	
	Evet	41	41	
Kronik Hastalık Türü	Hipertansiyon	21	21	
	Diyabet	15	15	
	Kalp hastalıkları (miyokard enfarktüsü vb)	4	4	
	Astım	2	2	
	Hepatit B	1	1	
	Hepatit C	1	1	
	Guatr	1	1	
	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	1	1	
	Tiroid hastalıkları (hipertiroidi vb)	1	1	
	Ailede Kronik Hastalık Varlığı	Hayır	51	51
		Evet	49	49
Ailedeki Kronik Hastalık Türü	Kanser	34	34	
	Diyabet	12	12	
	Hipertansiyon	6	6	
	Kalp Hastalıkları (miyokard enfarktüsü vb)	2	2	
	Bronşit	1	1	
	Guatr	1	1	
	Ailede Kronik Hastalığı Olan Kişi	Anne	19	19
Baba		18	18	
Kardeş		16	16	
Çocuk		2	2	
Diğer (amca, teyze, dede)		5	5	
Sigara Kullanımı	Hayır	56	56	
	Evet	20	20	
	Bıraktı	24	24	
Alkol Kullanımı	Hayır	86	86	
	Evet	9	9	
	Bıraktı	5	5	
Sağlık Kontrolü Sıklığı	Hekim önerisi doğrultusunda	93	93	
	Bir şikayeti olduğunda	3	3	
	Yılda bir	3	3	
	6 ayda bir	1	1	
Sigara İçiciliği Süresi (1yıl)	32,25±14,34	Dağılım: 6-60		
Sağlık Durumu Algısı puanı <sup>+</sup>	6,14±2,24	Dağılım: 0-10		

<sup>+</sup>Son Bir Yıldaki Sağlık Durumu Algısı puanı: 0= sağlık durumu kötü, 5= sağlık durumu orta düzeyde, 10= sağlık durumu iyi

Araştırma grubunun %41'inde (n=41) kanser dışında başka bir kronik hastalık öyküsü vardır. Ailede kronik hastalık öyküsü sorgulandığında, hastaların %49'u (n=49) ailesinde kronik hastalık öyküsü olduğunu bildirdi.

Hastaların sigara içme durumuna göre dağılımları incelendiğinde, %20'sinin (n=20) sigara kullandığı, %24'ünün (n=24) sigarayı bıraktığı, %56'sının (n=56) ise sigara kullanmadığı görülmektedir. Hastaların alkol kullanma durumuna göre dağılımları incelendiğinde, %9'unun (n=9) alkol kullandığı, %5'inin (n=5) alkol kullanımını bıraktığı, %86 oranıyla büyük çoğunluğunun ise alkol kullanmadığı belirlendi.

Hastaların büyük çoğunluğunun (%93) hekim önerileri doğrultusunda, %3'ünün (n=3) yılda bir kez veya şikayeti olduğu zaman, %1'inin (n=1) ise her 6 ayda bir sağlık kontrolüne gittiği belirlendi.

Hastaların son bir yıldaki sağlık durumunu 0 ile 10 puan üzerinden değerlendirilmesi istendiğinde (0= sağlık durumu 'kötü', 5= sağlık durumu 'orta düzey', 10= sağlık durumu 'iyi'), sağlık durumu algısı ortalama puanı  $6,14 \pm 2,24$  bulundu (Tablo 8).

Hastaların kanser türü, kanser evresi, kanser tedavisi öyküsü, hastalık tanısı aldıktan sonra yaşanan sorunlar, hastalıkla baş etme becerisine ilişkin bireysel algılar ve ECOG performans skalasına göre performans durumu değişkenlerine ait frekans dağılımları ve yüzdeleri Tablo 9'da verilmektedir.

Tablo 9 Hastaların Kanser Tanısı, Tedavisi ve Genel Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler (N=100)

Değişkenler		n	%
Kanser Tanısı	Meme kanseri	31	31
	Gastrointestinal sistem kanserleri	29	29
	Akciğer kanseri	14	14
	Diğer kanser türleri (prostat kanseri, over kanseri, lenfoma ve endometriyum kanserleri vb)	25	25
Kanser Evresi	I. evre	5	5
	II. evre	12	12
	III. evre	17	17
	IV. evre	64	64
Tanı Tarihi	6 aydan az	35	35
	6 ay – 1 yıl	25	25
	1 – 2 yıl	28	28
	3 yıl ve üzeri	10	10
Kemoterapi Protokölü	'Oksaliptin, Kalsiyum folinat, 5-Fluorourasil'	25	25
	'Taksan grubu ajanlar'	21	21
	'Platin grubu ajanlar/Paklitaksel-Karboplatin'	19	19
	'Sisplatin veya Oksaliptin'	9	9
	'Sisplatin + Gemsitabin'	8	8
	'Doksorobisin, Siklofosamid, Paklitaksel'	7	7
Toplam Kür Sayısı	Diğer (Örn, Epirubisin, 5-Fluorourasil)	11	11
	1	21	21
	2	10	10
	3	15	15
	4	11	11
	5	10	10
En Son Uygulanan Tedavi	6 ve üzeri	33	33
	Cerrahi	5	5
	Radyoterapi	1	1
	Cerrahi + Kemoterapi	39	39
	Cerrahi + Kemoterapi + Radyoterapi	18	18
	Cerrahi + Radyoterapi	1	1
Tedavi Uygulama Yeri	Kemoterapi + Radyoterapi	17	17
	Hastanede yatarak	25	25
	Ayaktan	75	75



Tablo 9 Hastaların Kanser Tanısı, Tedavisi ve Genel Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler (N=100) (Devamı)

Değişkenler		n	%
Kanser Tanısı	Fiziksel Sorunlar		
Sonrası Yaşanılan Sorunlar	Yorgunluk, halsizlik	94	94
	Bulantı	67	67
	Ağrı	53	53
	Kilo kaybı	25	25
	Oral mukozit	23	23
	Enerji/canlılıkta azalma	21	21
	Soluk alıp vermekte zorluk	10	10
	Konuşma, ses değişimi	8	8
	Sosyal Sorunlar		
	Sosyal çevreyle görüşme sıklığında azalma	21	21
	Ekonomik sorunlar	4	4
	Aile ve/veya toplum içinde rol kayıpları	4	4
	Sosyal aktivitelerden uzaklaşma	2	2
	Psikolojik Sorunlar		
	Sorunlarla baş etmede yetersizlik	36	36
	Gelecek ile ilgili korku, endişeler	16	16
	Görünüm ile ilgili değişiklikler	12	12
	Özgüven kaybı	9	9
	Yarar sağlayamama, faydasızlık	3	3
Hastalıkla Baş Etme Becerisine İlişkin Bireysel Algı	‘Çok iyi’	12	12
	‘İyi’	30	30
	‘Orta düzeyde’	49	49
	‘Yetersiz’	9	9
ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) Performans Skalası	0 – Asemptomatik	21	21
	1 - Semptomatik fakat tamamen ayakta	32	32
	2 - Semptomatik, %50'den daha az yatakta	26	26
	3 - Semptomatik, %50'den daha fazla yatakta	17	17
	4 – Yatalak	4	4

Hastalara konulan hastalık tanıları Tablo 9’da görülmektedir.

Hastaların %14’ü (n=14) akciğer kanseri, %31’i (n=31) meme kanseri, %29’u (n=29) gastrointestinal kanser tanısıyla tedavi aldığı bildirildi. Hastaların %5’inin (n=5) I. evrede, %12’sinin (n=12) II. evrede, %17’sinin (n=17) III. evrede ve %64’ünün (n=64) hastalığının IV. evresinde iken kanser tanı aldığı belirlendi. Hastaların %35’i (n=35) 6 aydan kısa bir süre önce, %25’i (n=25) 6 ay–1 yıl önce, %28’i 1 – 2 yıl önce ve %10’u (n=10) 3 yıldan daha uzun bir süre önce kanser tanısı almıştır. Kanser tanısı konulma süresi  $13,03 \pm 11,71$  aydır.

Hastaların %25'i 'Oksaliplatin, Kalsiyum folinat, 5-Fluorourasil', %21'i 'Taksan grubu kemoterapötikler', %19'u 'Platin grubu kemoterapötikler/ Paklitaksel-Karboplatin' tedavisi almaktadır. Hastaların toplam kemoterapi kür sayısı 1 ile 38 arasında değişmekte olup ortalaması  $5,49 \pm 5,55$ 'dir. Buna göre hastaların %21'i (n=21) 1 kür, %10'u (n=10) 2 kür, %15'i (n=15) 3 kür, %11'i (n=11) 4 kür, %10'u (n=10) 5 kür ve %33'ü (n=33) 6 kür ve üzeri kemoterapi aldığını bildirdi. Hastaların %25'i (n=25) hastanede yatarak görürken, %75'i (n=75) ayaktan tedavi görmektedir.

Hastaların hastalık tanısı aldıktan sonra yaşadıkları sorunlar fiziksel, sosyal ve psikolojik olmak üzere üç başlık altında incelendi. Buna göre, hastalık ve tedavi süresince fiziksel sorunlar sorgulandığında; hastaların %10'unda (n=10) soluk alıp vermede zorluk, %23'ünde (n=23) oral mukozit, %21'inde (n=21) enerji/canlılıkta azalma, %8'inde (n=8) konuşma ve ses değişimi, %53'ünde (n=53) ağrı, %94'ünde (n=94) yorgunluk ve halsizlik, %25'inde (n=25) kilo kaybı, %67'sinde (n=67) ise bulantı şikayetleri olduğu belirlendi.

Hastaların %2'si (n=2) hastalık ve tedavi süresince sosyal aktivitelerden uzaklaşma, %4'ü ekonomik sorunlar, %21'i sosyal çevreyle etkileşiminin azalması, %4'ü aile ve/veya toplum içinde rol kaybı gibi güçlükler ve sorunlarla karşılaştıklarını bildirdi.

Hastaların hastalık ve tedavi süresince %12'si (n=12) görünüm ile ilgili değişiklikler, %9'u (n=9) özgüven kaybı, %16'sı (n=16) gelecek ile ilgili korku ve endişeler, %36'sı (n=36) sorunlarla baş etmede yetersizlik gibi duygusal sorunlar yaşadıklarını bildirdi.

Hastaların %12'si (n=12) hastalıkla baş etme becerilerini 'çok iyi', %30'u (n=30) 'iyi', %49'u (n=49) 'orta', %9'u ise baş etme becerilerini 'yetersiz' olarak nitelendirdi.

### 6.3. KANSER HASTALARINDA PİPER YORGUNLUK ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARINA İLİŞKİN BULGULAR

Hastaların Piper Yorgunluk Ölçeği (PYÖ) puanlarının dağılımı Tablo 10'da görülmektedir. Ölçekten alınan puanların artması kişilerin deneyimlediği yorgunluğun arttığına işaret etmektedir. Hastaların yorgunluk durumuna göre 0'dan 10'a kadar verdikleri yanıtlara göre en düşük madde puanı  $2,87 \pm 2,96$  iken (23.madde), en yüksek madde puanı  $5,07 \pm 3,57$  (2.madde) bulundu (Tablo 10).

Tablo 10 Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamaları (N=100)

Piper Yorgunluk Ölçeği	Ort.	$\pm ss$
2. Şu an hissettiğiniz yorgunluk sizde ne derece sıkıntıya sebep oluyor?	5,07	3,57
3. Şu an hissettiğiniz yorgunluk okul veya iş faaliyetlerinizi sürdürmenizi ne derece etkiliyor?	4,85	3,59
4. Şu an hissettiğiniz yorgunluk arkadaşlarınızı görmenizi veya iletişim kurmanızı ne derece engelliyor?	4,26	3,59
5. Şu an hissettiğiniz yorgunluk cinsel yaşamınızı sürdürmeyi ne derece engelliyor?	3,06	3,95
6. Şu an hissettiğiniz yorgunluk yapmayı sevdiğiniz faaliyetlere katılmanızı ne derece engelliyor?	5,05	3,49
7.Şu an hissettiğiniz yorgunluğun şiddetini ve derecesini nasıl tanımlarsınız?	4,71	3,23
8. Şu an yaşadığınız yorgunluğun derecesini nasıl tanımlarsınız? 'Hoş' 'hoş değil'	4,75	3,43
9. Şu an yaşadığınız yorgunluğun derecesini nasıl tanımlarsınız? 'Kabul edilebilir' 'kabul edilemez'	4,52	3,35
10. Şu an yaşadığınız yorgunluğun derecesini nasıl tanımlarsınız? 'Koruyucu' 'yıpratıcı'	4,66	3,31
11. Şu an yaşadığınız yorgunluğun derecesini nasıl tanımlarsınız? 'Olumlu' 'olumsuz'	4,67	3,31
12. Şu an yaşadığınız yorgunluğun derecesini nasıl tanımlarsınız? 'Normal' 'anormal'	4,39	3,37
13. kendinizi nasıl hissediyorsunuz? 'Güçlü' / 'zayıf'	4,21	3,41
14. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz? 'Uyanık' / 'uykulu'	3,70	3,47
15. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz? 'Canlı' / 'cansız'	3,85	3,49
16. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz? 'Dinlenmiş' / 'yorgun'	3,93	3,41
17. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz? 'Kuvvetli' / kuvvetsiz'	4,17	3,32
18. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz? 'Tahammül edilebilir'/'tahammül edilemez'	4,00	3,49
19. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz? 'Rahat' / 'gergin'	3,77	3,51
20. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz? 'Mutlu' / 'mutsuz'	3,13	3,58
21. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz? 'Konsantre olabiliyorum' / 'konsantre olamıyorum'	3,38	3,13
22. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz? 'Hatırlayabiliyorum'/'hatırlayamıyorum'	3,07	2,73
23. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz? 'İyi düşünebiliyorum /'iyi düşünemiyorum'	2,87	2,96

Hastaların Piper Yorgunluk Ölçeği toplam ve alt boyut puanlarının dağılımı Tablo 11’de görülmektedir.

Buna göre Davranışsal alt boyutu puan ortalaması  $4,50 \pm 3,17$ , Duygulanım alt boyutu puan ortalaması  $4,60 \pm 3,28$ , Duyusal alt boyutu puan ortalaması  $3,97 \pm 3,32$  ve Bilişsel/Ruhsal alt boyutu puan ortalaması  $3,37 \pm 2,91$ , PYÖ toplam puan ortalama değeri  $4,13 \pm 3,06$  bulundu.

Tablo 11 Piper Yorgunluk Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Ölçek Puan Ortalamaları (N=100)

<b>Piper Yorgunluk Ölçeği ve alt boyutları</b>	<b>Potansiyel Dağılım</b>	<b>Ort.</b>	<b>±ss</b>	<b>Min-Maks</b>
Davranışsal	0-10	4,50	3,17	0-10
Duygulanım	0-10	4,60	3,28	0-10
Duyusal	0-10	3,97	3,32	0-10
Bilişsel/Ruhsal	0-10	3,37	2,91	0-10
Piper Yorgunluk Ölçeği toplam puanı	0-10	4,13	3,06	0-10

#### 6.4. KANSER HASTALARINDA FONKSİYONEL YAŞAM ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARINA İLİŞKİN BULGULAR

Hastaların Fonksiyonel Yaşam Ölçeği (FYÖ) puanlarının dağılımı Tablo 12'de görülmektedir.

7'li likert ölçeğine göre hazırlanan Fonksiyonel Yaşam Ölçeği'nde seçenekler olumludan olumsuz doğru sıralanan yedi kategoriden oluşmaktadır. Fonksiyonel Yaşam Ölçeği'nin 1, 4, 5, 7, 8, 11, 13, 15, 17 ve 20 nolu sorular, olumsuz ifade içerdikleri için ters puanlandırıldı.

Hastaların 'Hiçbir zaman' dan 'Sürekli' ye kadar 1'den 7'e kadar verdikleri yanıtlara göre en yüksek puanı '21. *Size uygulanan tıbbi tedaviye ne kadar güveniyorsunuz?*' maddesi ( $6,78 \pm 0,66$ ) alırken, en düşük puanı '4. *Dinlenmeye fırsat bulabiliyor musunuz?*' maddesi ( $1,40 \pm 0,70$ ) aldı (Tablo 12).

Tablo 12 Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Puan Ortalamaları (N=100)

Fonksiyonel Yaşam Ölçeği	Ort.	±ss
1. Çoğu insan zaman zaman depresyon belirtileri hisseder. Siz bu duyguları ne kadar sıklıkla hissediyorsunuz?	3,14	1,65
2. Günlük yaşamınızdaki sorunlarınızı kolay çözebiliyor musunuz?	4,41	1,69
3. Hastalığınız ne kadar sık aklınıza geliyor?	4,59	1,68
4. Dinlenmeye fırsat bulabiliyor musunuz?	1,40	0,70
5. Bulantı günlük işlerinizi etkiliyor mu?	3,01	1,99
6. Bugün kendinizi ne kadar iyi hissediyorsunuz?	4,48	1,93
7. Bugün kendinizi yemek pişirecek / küçük ev işleri yapabilecek kadar yeterli hissediyor musunuz?	3,95	2,08
8. Son iki haftada hastalığınız yakınlarınıza zorluk yaşattı mı?	2,71	2,09
9. Yasama isteğinizin azaldığını ne sıklıkla hissediyorsunuz?	5,47	1,63
10. Son bir ay içinde iş yerinde / evdeki verimliliğinizden memnun musunuz?	4,54	1,98
11. Bugün kendinizi ne kadar huzursuz hissediyorsunuz?	2,88	2,17
12. Size göre, hastalığınız, son iki haftada, en yakınlarınızla ilişkilerinizi ne kadar bozdu?	6,08	1,30
13. Ağrı ya da rahatsızlıklar günlük aktivitelerinizi ne kadar etkiliyor?	5,17	2,18
14. Son iki haftada hastalığınız size kişisel olarak ne kadar zorluk yaşattı?	4,46	2,16
15. Ev ile ilgili günlük sorumluluklarınızın ne kadarını tamamlayabiliyorsunuz?	3,75	2,06
16. Son iki haftada en yakınlarınızı görmeye / onlarla birlikte zaman geçirmeye ne kadar istekliydimiz?	5,89	1,43
17. Son iki haftada kaç kez bulantınız oldu?	2,92	1,83
18. Gelecekte ne kadar korkuyorsunuz?	5,50	1,59
19. Son iki haftada arkadaşlarınızı görmeye / onlarla birlikte zaman geçirmeye ne kadar istekliydimiz?	5,92	1,41
20. Sizce son iki haftada yaşadığımız ağrı ya da rahatsızlıkların ne kadarı hastalığınızla ilgiliydi?	6,01	1,98
21. Size uygulanan tıbbi tedaviye ne kadar güveniyorsunuz?	6,78	0,66
22. Sizce bugün ne kadar iyi görünüyorsunuz?	4,72	1,91

Hastaların FYÖ toplam ve alt boyut puanlarının dağılımı Tablo 13'te verilmektedir. Yüksek puanlar fonksiyonel durumun ve yaşam kalitesinin çok iyi düzeyde olduğunu göstermektedir.

Buna göre Fiziksel Fonksiyonlar alt boyutu puan ortalaması  $38,58 \pm 13,20$ , Psikolojik Fonksiyonlar alt boyutu puan ortalaması  $31,61 \pm 6,84$ , Genel İyi Hali alt boyutu puan ortalaması  $15,83 \pm 4,84$ , Sosyal Fonksiyonlar alt boyutu puan ortalaması  $11,81 \pm 2,75$  ve Gastrointestinal Semptomlar alt boyutu puan ortalaması  $10,07 \pm 3,69$  bulundu. Hastaların FYÖ toplam puan ortalama değeri  $107,90 \pm 27,37$ 'dir (Tablo 13).

Tablo 13 Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Ölçek Puan Ortalamaları (N=100)

Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Alt boyutları	Potansiyel Dağılım	Ort.	±ss	Min-Maks
Fiziksel Fonksiyonlar	9-63	38,58	13,20	15-63
Psikolojik Fonksiyonlar	6-42	31,61	6,84	14-42
Genel İyilik Hali	3-21	15,83	4,84	5-21
Sosyal Fonksiyonlar	2-14	11,81	2,75	2-14
Gastrointestinal Semptomlar	2-14	10,07	3,69	2-14
Fonksiyonel Yaşam Ölçeği toplam puanı	22-154	107,90	27,37	44-152

## 6.5. KANSER HASTALARINDA PİPER YORGUNLUK ÖLÇEĞİ VE FONKSİYONEL YAŞAM ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI İLE İLİŞKİLİ KİŞİSEL VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLER

Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği alt boyut puanları ve toplam ölçek puanları hastaların sosyodemografik, sağlık durumu ve hastalığa ilişkin özelliklerine göre karşılaştırıldı (Tablo 14).

Hastaların FYÖ Fiziksel Fonksiyonlar, Psikolojik Fonksiyonlar, Sosyal Fonksiyonlar ve Gastrointestinal Semptomlar alt boyut ve toplam ölçek puanı, PYÖ tüm alt boyut ve toplam ölçek puanları hastaların cinsiyet değişkenine göre karşılaştırıldığında, arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ( $p>0,05$ ) (Tablo 14).

Buna karşın FYÖ Genel İyilik Hali alt boyut puanları hastaların cinsiyetine göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptandı ( $p<0,05$ ). Buna göre kadın hastaların FYÖ Genel İyilik Hali alt boyut puanları erkek hastaların puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu (Tablo 14).

Tablo 14'te ayrıca istatistiksel düzeyde anlamlı fark saptanmamakla birlikte, kadın hastalarda FYÖ alt boyut ve toplam ölçek puanları erkek hastaların puanlarına göre daha yüksek, PYÖ toplam ve alt boyut puanları ise erkek hastaların puanlarına göre daha düşük saptandı (Tablo 14).

Tablo 14 Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Hastaların Cinsiyetine Göre Karşılaştırılması (N=100)

	<b>Cinsiyet</b>	<b>n</b>	<b>Ort.</b>	<b>±ss</b>	<b>Z<sub>mwu</sub></b>	<b>p</b>
FYÖ Fiziksel	Kadın	62	40,18	11,94	-1,385	0,17
Fonksiyonlar	Erkek	38	35,97	14,84		
FYÖ Psikolojik	Kadın	62	32,05	6,34	-0,665	0,51
Fonksiyonlar	Erkek	38	30,89	7,62		
FYÖ Genel	Kadın	62	16,94	4,30	-2,689**	0,007
İyilik Hali	Erkek	38	14,03	5,17		
FYÖ Sosyal	Kadın	62	12,13	2,38	-1,227	0,22
Fonksiyonlar	Erkek	38	11,29	3,24		
FYÖ Gastrointestinal	Kadın	62	10,56	3,62	-1,958	0,05
Semptomlar	Erkek	38	9,26	3,70		
FYÖ Toplam Ölçek	Kadın	62	111,85	24,03	-1,556	0,12
Puanı	Erkek	38	101,45	31,38		
PYÖ Davranışsal	Kadın	62	3,98	2,93	-1,922	0,06
	Erkek	38	5,35	3,40		
PYÖ Duygulanım	Kadın	62	4,24	3,14	-1,419	0,16
	Erkek	38	5,19	3,46		
PYÖ Duyusal	Kadın	62	3,52	3,12	-1,697	0,09
	Erkek	38	4,71	3,54		
PYÖ Bilişsel/Ruhsal	Kadın	62	2,98	2,83	-1,901	0,06
	Erkek	38	4,00	2,98		
PYÖ Toplam Ölçek	Kadın	62	3,66	2,84	-1,814	0,07
Puanı	Erkek	38	4,89	3,27		

Z<sub>mwu</sub> : Mann-Whitney U Testi \* p < 0,05 \*\* p < 0,01

Tablo 15'te görüldüğü üzere FYÖ ve PYÖ tüm alt boyut puanları ve toplam ölçek puanları hastaların yaş grubuna göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0,05).



Tablo 15 Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Hastaların Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması (N=100)

	Yaş Grubu	n	Ort.	±ss	$\chi^2_{kw}$	p
FYÖ Fiziksel Fonksiyonlar	20-29 yaş	5	44,4	17,69	5,675	0,34
	30-39 yaş	7	38,86	8,38		
	40-49 yaş	16	42,38	10,26		
	50-59 yaş	25	40,32	15,15		
	60-69 yaş	28	36,64	13,20		
	70 yaş ve üzeri	19	34,32	12,62		
FYÖ Psikolojik Fonksiyonlar	20-29 yaş	5	31,20	4,38	1,670	0,89
	30-39 yaş	7	32,71	6,53		
	40-49 yaş	16	32,06	4,81		
	50-59 yaş	25	32,36	8,44		
	60-69 yaş	28	31,07	6,02		
	70 yaş ve üzeri	19	30,74	8,22		
FYÖ Genel İyilik Hali	20-29 yaş	5	14,20	6,02	7,786	0,17
	30-39 yaş	7	16	4,40		
	40-49 yaş	16	17,69	3,52		
	50-59 yaş	25	16,64	5,63		
	60-69 yaş	28	15,11	4,76		
	70 yaş ve üzeri	19	14,63	4,56		
FYÖ Sosyal Fonksiyonlar	20-29 yaş	5	11,2	2,95	2,204	0,82
	30-39 yaş	7	12,86	1,86		
	40-49 yaş	16	12,38	2,19		
	50-59 yaş	25	11,68	3,19		
	60-69 yaş	28	11,39	3,08		
	70 yaş ve üzeri	19	11,89	2,38		
FYÖ Gastrointestinal Semptomlar	20-29 yaş	5	10	3,24	7,287	0,20
	30-39 yaş	7	8,71	3,15		
	40-49 yaş	16	11,44	3,41		
	50-59 yaş	25	10,52	4,08		
	60-69 yaş	28	9,32	3,74		
	70 yaş ve üzeri	19	9,95	3,57		
FYÖ Toplam Ölçek Puanı	20-29 yaş	5	111	31,23	4,237	0,52
	30-39 yaş	7	109,14	22,10		
	40-49 yaş	16	115,94	18,61		
	50-59 yaş	25	111,52	33,21		
	60-69 yaş	28	103,54	26,45		
	70 yaş ve üzeri	19	101,53	27,96		
PYÖ Davranışsal	20-29 yaş	5	4,63	3,89	2,921	0,71
	30-39 yaş	7	4,14	3,03		
	40-49 yaş	16	3,77	3,09		
	50-59 yaş	25	4,07	3,47		
	60-69 yaş	28	4,94	2,93		
	70 yaş ve üzeri	19	5,12	3,26		
PYÖ Duygulanım	20-29 yaş	5	4,20	4,49	4,215	0,52
	30-39 yaş	7	3,80	3,16		
	40-49 yaş	16	3,94	3,01		
	50-59 yaş	25	4,10	3,74		
	60-69 yaş	28	5,04	2,87		
	70 yaş ve üzeri	19	5,57	3,24		

$\chi^2_{kw}$ : Kruskal Wallis Testi \* p < 0,05 \*\* p < 0,01

Tablo 15 Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Hastaların Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması (N=100) (devamı)

	Yaş Grubu	n	Ort.	±ss	$\chi^2_{kw}$	p
PYÖ Duyusal	20-29 yaş	5	3,08	4,016	6,069	0,30
	30-39 yaş	7	3,40	3,38		
	40-49 yaş	16	2,88	2,99		
	50-59 yaş	25	3,83	3,73		
	60-69 yaş	28	4,31	2,94		
	70 yaş ve üzeri	19	5,03	3,40		
PYÖ Bilişsel/Ruhsal	20-29 yaş	5	3,70	3,28	5,768	0,33
	30-39 yaş	7	2,74	3,76		
	40-49 yaş	16	2,44	2,73		
	50-59 yaş	25	3,43	3,32		
	60-69 yaş	28	3,40	2,40		
	70 yaş ve üzeri	19	4,18	2,88		
PYÖ Toplam Ölçek Puanı	20-29 yaş	5	3,93	3,49	4,412	0,49
	30-39 yaş	7	3,51	3,20		
	40-49 yaş	16	3,24	2,76		
	50-59 yaş	25	3,85	3,47		
	60-69 yaş	28	4,53	2,76		
	70 yaş ve üzeri	19	4,94	3,06		

$\chi^2_{kw}$ : Kruskal Wallis Testi \* p < 0,05 \*\* p < 0,01

Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği alt boyut ve toplam ölçek puanları ile hastaların yaş ortalamaları arasındaki ilişkiler Tablo 16'da görülmektedir.

Buna göre FYÖ Fiziksel Fonksiyonlar alt boyutu ile hastaların yaş ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif yönde ve çok düşük düzeyde bir ilişki saptandı ( $r_s = -0,21$ ,  $p = 0,033$ ). FYÖ diğer alt boyut puanları ve toplam ölçek puanı ile hastaların yaşları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p > 0,05$ ).

Hastaların yaşları ile PYÖ alt boyut ve toplam ölçek puanı arasındaki ilişkiler incelendiğinde ise PYÖ Duygulanım, Duyusal ve Bilişsel/Ruhsal alt boyutları ile hastaların yaşları arasında istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönde ve çok düşük düzeyde bir ilişki saptandı ( $p < 0,05$ ).

Buna karşın PYÖ Davranışsal alt boyutu ve toplam ölçek puanı ile hastaların yaşları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p > 0,05$ ) (Tablo 16).

Tablo 16 Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamaları ile Hastaların Yaş Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (N=100)

Ölçek		Yaş	
		$r_s$	$p$
Fonksiyonel Yaşam Ölçeği	Fiziksel Fonksiyonlar	-0,21*	0,033
	Psikolojik Fonksiyonlar	-0,06	0,54
	Genel İyi Hali	-0,19	0,06
	Sosyal Fonksiyonlar	-0,10	0,33
	Gastrointestinal Semptomlar	-0,07	0,50
	FYÖ Toplam Ölçek Puanı	-0,16	0,11
Piper Yorgunluk Ölçeği	Davranışsal	0,14	0,17
	Duygulanım	0,20*	0,045
	Duyusal	0,22*	0,030
	Bilişsel/Ruhsal	0,20*	0,048
	PYÖ Toplam Ölçek Puanı	0,19	0,06

$r_s$  : Spearman's Korelasyon Katsayısı \*  $p < 0,05$

Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Fiziksel Fonksiyonlar alt boyut puanları hastaların eğitim durumuna göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p < 0,05$ ). Buna göre eğitim seviyesi arttıkça hastaların FYÖ Fiziksel Fonksiyonlar puanlarının yükseldiği görülmektedir.

Piper Yorgunluk Ölçeği Duygulanım, Duyusal ve Bilişsel/Ruhsal alt boyutları ve PYÖ toplam ölçek puanları hastaların eğitim durumuna göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p < 0,05$ ). Buna göre, eğitim seviyesi arttıkça hastaların PYÖ puanlarının düştüğü görülmektedir (Tablo 17).

Tablo 17 Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Hastaların Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması (N=100)

	<b>Eğitim</b>	<b>n</b>	<b>Ort.</b>	<b>±ss</b>	$\chi^2_{kv}$	<b>p</b>
FYÖ Fiziksel Fonksiyonlar	Okur-yazar değil	4	34,00	7,75	10,848*	0,013
	İlkokul	57	35,75	11,49		
	Lise	26	42,69	14,07		
	Yükseköğretim	13	44,15	16,72		
FYÖ Psikolojik Fonksiyonlar	Okur-yazar değil	4	30,25	4,50	3,237	0,36
	İlkokul	57	30,74	7,17		
	Lise	26	32,42	6,66		
	Yükseköğretim	13	34,23	5,97		
FYÖ Genel İyilik Hali	Okur-yazar değil	4	18,50	2,08	7,635	0,05
	İlkokul	57	15,05	4,58		
	Lise	26	16,19	5,26		
	Yükseköğretim	13	17,69	5,20		
FYÖ Sosyal Fonksiyonlar	Okur-yazar değil	4	13,00	1,16	2,277	0,52
	İlkokul	57	11,60	2,63		
	Lise	26	11,88	3,04		
	Yükseköğretim	13	12,23	3,11		
FYÖ Gastrointestinal Semptomlar	Okur-yazar değil	4	10,75	3,59	1,525	0,68
	İlkokul	57	9,74	3,78		
	Lise	26	10,69	3,46		
	Yükseköğretim	13	10,08	3,99		
FYÖ Toplam Ölçek Puanı	Okur-yazar değil	4	106,50	9,15	7,757	0,05
	İlkokul	57	102,88	26,04		
	Lise	26	113,88	28,39		
	Yükseköğretim	13	118,38	31,65		
PYÖ Davranışsal	Okur-yazar değil	4	5,08	2,32	6,359	0,10
	İlkokul	57	5,05	2,94		
	Lise	26	3,74	3,18		
	Yükseköğretim	13	3,42	4,04		
PYÖ Duygulanım	Okur-yazar değil	4	5,00	2,94	9,467*	0,024
	İlkokul	57	5,30	2,98		
	Lise	26	3,85	3,33		
	Yükseköğretim	13	2,88	3,88		
PYÖ Duyusal	Okur-yazar değil	4	4,10	3,47	13,486**	0,004
	İlkokul	57	4,67	3,13		
	Lise	26	3,25	3,17		
	Yükseköğretim	13	2,32	3,87		
PYÖ Bilişsel/Ruhsal	Okur-yazar değil	4	4,29	3,35	11,474**	0,009
	İlkokul	57	3,94	2,89		
	Lise	26	2,79	2,72		
	Yükseköğretim	13	1,76	2,74		
PYÖ Toplam Ölçek Puanı	Okur-yazar değil	4	4,63	2,93	11,104*	0,011
	İlkokul	57	4,78	2,92		
	Lise	26	3,40	2,88		
	Yükseköğretim	13	2,59	3,48		

$\chi^2_{kv}$ : Kruskal Wallis Testi \* p < 0,05 \*\* p < 0,01 \*\*\* p < 0,001

Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Fiziksel Fonksiyonlar, Sosyal Fonksiyonlar alt boyutları ve FYÖ toplam ölçek puanı, PYÖ alt boyut puanları ve PYÖ toplam ölçek puanı hastaların mesleğine göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,05$ ).

Buna göre FYÖ Fiziksel Fonksiyonlar alt boyut puanları memur hastaların puanları, serbest meslek sahibi, ev hanımı ve çalışmayan hastaların puanlarına göre; FYÖ Sosyal Fonksiyonlar alt boyut puanları memur, serbest meslek sahibi ve ev hanımı hastaların puanları çalışmayan hastaların puanlarına göre; FYÖ toplam ölçek puanı ise memur hastaların puanları çalışmayan hastaların puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptandı.

Piper Yorgunluk Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde ise; çalışmayan hastaların puanlarının diğer meslek grubunda olan hastaların puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 18).

Tablo 18 Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Hastaların Mesleğine Göre Karşılaştırılması (N=100)

	Meslek	n	Ort.	±ss	$\chi^2_{kw}$	p
FYÖ Fiziksel Fonksiyonlar	Memur	9	51,67 <sup>(2,3,5)</sup>	9,33	14,642**	0,006
	Serbest meslek	21	35,86	14,62		
	Ev hanımı	43	37,79	11,37		
	Emekli	11	44,73	8,81		
	Çalışmıyor	16	32,69	15,02		
FYÖ Psikolojik Fonksiyonlar	Memur	9	35,00	4,18	7,057	0,13
	Serbest meslek	21	33,57	7,10		
	Ev hanımı	43	31,44	6,44		
	Emekli	11	29,09	6,83		
	Çalışmıyor	16	29,31	7,90		
FYÖ Genel İyilik Hali	Memur	9	18,78	3,07	7,969	0,09
	Serbest meslek	21	15,14	5,41		
	Ev hanımı	43	16,23	4,42		
	Emekli	11	17,00	3,07		
	Çalışmıyor	16	13,19	5,89		
FYÖ Sosyal Fonksiyonlar	Memur	9	13,33 <sup>(5)</sup>	1,12	15,340**	0,004
	Serbest meslek	21	12,24 <sup>(5)</sup>	2,83		
	Ev hanımı	43	12,30 <sup>(5)</sup>	2,19		
	Emekli	11	11,45	1,75		
	Çalışmıyor	16	9,31	3,75		
FYÖ Gastrointestinal Semptomlar	Memur	9	11,78	1,79	4,667	0,32
	Serbest meslek	21	10,38	3,58		
	Ev hanımı	43	10,12	3,71		
	Emekli	11	10,45	3,67		
	Çalışmıyor	16	8,31	4,25		
FYÖ Toplam Ölçek Puanı	Memur	9	130,56 <sup>(5)</sup>	14,41	10,912*	0,028
	Serbest meslek	21	107,19	31,54		
	Ev hanımı	43	107,88	23,76		
	Emekli	11	112,73	17,11		
	Çalışmıyor	16	92,81	34,12		
PYÖ Davranışsal	Memur	9	1,57	1,65	12,568*	0,014
	Serbest meslek	21	5,01 <sup>(1)</sup>	3,25		
	Ev hanımı	43	4,60	3,00		
	Emekli	11	3,55	2,70		
	Çalışmıyor	16	5,87 <sup>(1)</sup>	3,56		
PYÖ Duygulanım	Memur	9	1,22	1,64	13,313*	0,010
	Serbest meslek	21	4,91 <sup>(1)</sup>	3,12		
	Ev hanımı	43	4,81 <sup>(1)</sup>	3,26		
	Emekli	11	3,93	2,22		
	Çalışmıyor	16	5,96 <sup>(1)</sup>	3,76		
PYÖ Duyusal	Memur	9	1,04	1,59	12,953*	0,012
	Serbest meslek	21	4,51	3,20		
	Ev hanımı	43	4,04	3,32		
	Emekli	11	2,93	2,21		
	Çalışmıyor	16	5,44 <sup>(1)</sup>	3,89		

$\chi^2_{kw}$ : Kruskal Wallis Testi \* p < 0,05 \*\* p < 0,01

Tablo 18 Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Hastaların Mesleğine Göre Karşılaştırılması (N=100) (Devamı)

	Meslek	n	Ort.	±ss	$\chi^2_{kw}$	p
PYÖ Bilişsel/Ruhsal	Memur	9	1,20	1,58	10,731*	0,030
	Serbest meslek	21	3,42	2,62		
	Ev hanımı	43	3,47	2,97		
	Emekli	11	2,45	1,97		
	Çalışmıyor	16	4,89 <sup>(1)</sup>	3,50		
PYÖ Toplam Ölçek Puanı	Memur	9	1,27	1,51	13,388*	0,010
	Serbest meslek	21	4,61 <sup>(1)</sup>	3,09		
	Ev hanımı	43	4,21	2,99		
	Emekli	11	3,19	2,00		
	Çalışmıyor	16	5,53 <sup>(1)</sup>	3,46		

$\chi^2_{kw}$ : Kruskal Wallis Testi \* p < 0,05 \*\* p < 0,01

Fonksiyonel Yaşam Ölçeği tüm alt boyut puanları ve FYÖ toplam ölçek puanı hastaların gelir düzeyi algılarına göre karşılaştırıldığında, arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi (p>0,05).

Buna karşın PYÖ Duyusal alt boyut puanı dışında kalan tüm alt boyut puanları ve PYÖ toplam ölçek puanı hastaların gelir düzeyi algılarına göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0,05). Buna göre geliri giderine göre fazla olan hastaların PYÖ Davranışsal, Duygulanım, Bilişsel/Ruhsal ve PYÖ toplam ölçek puanları gelir-gider düzeyinin orta düzeyde iyi olduğunu bildiren hastaların puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 19).

Tablo 19 Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Hastaların Gelir Düzeyi Algısına Göre Karşılaştırılması (N=100)

	<b>Gelir Düzey Algısı</b>	<b>n</b>	<b>Ort.</b>	<b>±ss</b>	$\chi^2_{kw}$	<b>p</b>
FYÖ Fiziksel Fonksiyonlar	Gelir giderine göre az	12	35,00	14,18	3,260	0,20
	Gelir giderini dengeler	75	40,17	12,66		
	Gelir giderine göre fazla	13	32,69	14,10		
FYÖ Psikolojik Fonksiyonlar	Gelir giderine göre az	12	28,33	9,14	2,632	0,27
	Gelir giderini dengeler	75	32,36	6,10		
	Gelir giderine göre fazla	13	30,31	8,03		
FYÖ Genel İyilik Hali	Gelir giderine göre az	12	14,42	6,24	1,630	0,44
	Gelir giderini dengeler	75	16,40	4,27		
	Gelir giderine göre fazla	13	13,85	6,05		
FYÖ Sosyal Fonksiyonlar	Gelir giderine göre az	12	10,75	3,77	1,049	0,59
	Gelir giderini dengeler	75	12,03	2,48		
	Gelir giderine göre fazla	13	11,54	3,18		
FYÖ Gastrointestinal Semptomlar	Gelir giderine göre az	12	10,08	3,80	1,749	0,42
	Gelir giderini dengeler	75	10,32	3,57		
	Gelir giderine göre fazla	13	8,62	4,21		
FYÖ Toplam Ölçek Puanı	Gelir giderine göre az	12	98,58	32,99	3,168	0,21
	Gelir giderini dengeler	75	111,28	24,92		
	Gelir giderine göre fazla	13	97,00	32,67		
PYÖ Davranışsal	Gelir giderine göre az	12	6,11	2,93	8,529*	0,014
	Gelir giderini dengeler	75	3,93	2,97		
	Gelir giderine göre fazla	13	6,28 <sup>(2)</sup>	3,56		
PYÖ Duygulanım	Gelir giderine göre az	12	6,02	3,15	6,351*	0,042
	Gelir giderini dengeler	75	4,10	3,11		
	Gelir giderine göre fazla	13	6,15 <sup>(2)</sup>	3,69		
PYÖ Duyusal	Gelir giderine göre az	12	5,17	3,62	5,838	0,05
	Gelir giderini dengeler	75	3,46	3,06		
	Gelir giderine göre fazla	13	5,85	3,80		
PYÖ Bilişsel/Ruhsal	Gelir giderine göre az	12	4,36	3,02	6,632*	0,036
	Gelir giderini dengeler	75	2,92	2,68		
	Gelir giderine göre fazla	13	5,04 <sup>(2)</sup>	3,48		
PYÖ Toplam Ölçek Puanı	Gelir giderine göre az	12	5,40	3,00	7,267*	0,026
	Gelir giderini dengeler	75	3,64	2,85		
	Gelir giderine göre fazla	13	5,81 <sup>(2)</sup>	3,52		

$\chi^2_{kw}$ : Kruskal Wallis Testi \* p < 0,05 \*\* p < 0,01

Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Sosyal Fonksiyonlar alt boyut puanları hastaların yalnız yaşama durumuna göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0,05). Buna göre, evde yalnız yaşayan hastaların FYÖ Sosyal Fonksiyonlar alt boyut puanları, evde bir kişiyle yaşayan hastaların puanlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek saptandı (Tablo 20).



Tablo 20 Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Hastaların Yalnız Yaşama Durumu Değişkenine Göre Karşılaştırılması (N=100)

	Yalnız Yaşama Durumu	n	Ort.	±ss	Z <sub>mwu</sub>	p
FYÖ Fiziksel	Yalnız	9	45,11	10,85	-1,735	0,08
Fonksiyonlar	Yalnız değil	91	37,93	13,29		
FYÖ Psikolojik	Yalnız	9	34,67	6,16	-1,478	0,14
Fonksiyonlar	Yalnız değil	91	31,31	6,86		
FYÖ Genel	Yalnız	9	18,67	2,29	-1,726	0,08
İyilik Hali	Yalnız değil	91	15,55	4,94		
FYÖ Sosyal	Yalnız	9	13,67	0,71	-2,260*	0,024
Fonksiyonlar	Yalnız değil	91	11,63	2,81		
FYÖ Gastrointestinal	Yalnız	9	11,11	4,29	-1,420	0,16
Semptomlar	Yalnız değil	91	9,97	3,64		
FYÖ Toplam Ölçek	Yalnız	9	123,22	17,28	-1,741	0,08
Puanı	Yalnız değil	91	106,38	27,78		
PYÖ Davranışsal	Yalnız	9	3,09	2,59	-1,464	0,14
	Yalnız değil	91	4,64	3,20		
PYÖ Duygulanım	Yalnız	9	3,98	3,03	-0,593	0,55
	Yalnız değil	91	4,66	3,31		
PYÖ Duyusal	Yalnız	9	2,58	2,61	-1,364	0,17
	Yalnız değil	91	4,11	3,37		
PYÖ Bilişsel/Ruhsal	Yalnız	9	1,93	1,29	-1,362	0,17
	Yalnız değil	91	3,51	2,99		
PYÖ Toplam Ölçek	Yalnız	9	2,86	2,13	-1,223	0,22
Puanı	Yalnız değil	91	4,26	3,11		

Z<sub>mwu</sub>: Mann-Whitney U Testi \* p < 0,05 \*\* p < 0,01 \*\*\* p < 0,001

Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve PYÖ tüm alt boyut puanları ve toplam ölçek puanları bireysel kronik hastalık öyküsüne göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0,05).

Tablo 21’de istatistiksel düzeyde anlamlı olmamakla birlikte, kronik hastalığı olmayan hastalarda FYÖ puan ortalamaları kanser dışında kronik hastalığı olan hastaların puanlarına göre daha yüksek, PYÖ puan ortalamaları ise kronik hastalığı olan hastaların puanlarına göre daha düşük olduğu gösterilmektedir.

Tablo 21 Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Bireysel Kronik Hastalık Öyküsüne Göre Karşılaştırılması (N=100)

	<b>Bireysel Kronik Hastalık Öyküsü</b>	<b>n</b>	<b>Ort.</b>	<b>±ss</b>	<b>Z<sub>mwu</sub></b>	<b>p</b>
FYÖ Fiziksel Fonksiyonlar	Hayır	59	40,14	12,95	-1,553	0,12
	Evet	41	36,34	13,40		
FYÖ Psikolojik Fonksiyonlar	Hayır	59	31,83	6,454	-0,267	0,79
	Evet	41	31,29	7,43		
FYÖ Genel İyilik Hali	Hayır	59	16,02	4,87	-0,508	0,61
	Evet	41	15,56	4,84		
FYÖ Sosyal Fonksiyonlar	Hayır	59	11,78	2,99	-0,431	0,67
	Evet	41	11,85	2,40		
FYÖ Gastrointestinal Semptomlar	Hayır	59	10,24	3,47	-0,262	0,79
	Evet	41	9,83	4,02		
FYÖ Toplam Ölçek Puanı	Hayır	59	110,00	27,07	-0,967	0,33
	Evet	41	104,88	27,86		
PYÖ Davranışsal	Hayır	59	4,16	3,31	-1,444	0,15
	Evet	41	4,98	2,94		
PYÖ Duygulanım	Hayır	59	4,21	3,38	-1,528	0,13
	Evet	41	5,16	3,09		
PYÖ Duyusal	Hayır	59	3,58	3,27	-1,408	0,16
	Evet	41	4,53	3,36		
PYÖ Bilişsel/Ruhsal	Hayır	59	3,00	2,79	-1,617	0,11
	Evet	41	3,90	3,04		
PYÖ Toplam Ölçek Puanı	Hayır	59	3,79	3,11	-1,545	0,12
	Evet	41	4,62	2,94		

Z<sub>mwu</sub>: Mann-Whitney U Testi

Tablo 22'de görüldüğü üzere FYÖ ve PYÖ tüm alt boyut puanları ve toplam ölçek puanları ailede kronik hastalık öyküsüne göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ).

Tablo 22 Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Ailede Kronik Hastalık Öyküsüne Göre Karşılaştırılması (N=100)

	Ailede Kronik Hastalık Öyküsü	n	Ort.	±ss	Z <sub>mwu</sub>	p
FYÖ Fiziksel	Hayır	51	37,24	13,19	-1,214	0,23
Fonksiyonlar	Evet	49	39,98	13,20		
FYÖ Psikolojik	Hayır	51	30,47	7,01	-1,682	0,09
Fonksiyonlar	Evet	49	32,80	6,52		
FYÖ Genel	Hayır	51	15,49	4,77	-1,002	0,32
İyilik Hali	Evet	49	16,18	4,94		
FYÖ Sosyal	Hayır	51	11,43	2,93	-1,422	0,16
Fonksiyonlar	Evet	49	12,20	2,53		
FYÖ Gastrointestinal	Hayır	51	10,14	3,58	-0,073	0,94
Semptomlar	Evet	49	10,00	3,83		
FYÖ Toplam Ölçek	Hayır	51	104,76	27,72	-1,235	0,22
Puanı	Evet	49	111,16	26,90		
PYÖ Davranışsal	Hayır	51	4,61	3,15	-0,324	0,75
	Evet	49	4,39	3,23		
PYÖ Duygulanım	Hayır	51	4,73	3,34	-0,242	0,81
	Evet	49	4,46	3,24		
PYÖ Duyusal	Hayır	51	4,31	3,35	-1,050	0,29
	Evet	49	3,62	3,29		
PYÖ Bilişsel/Ruhsal	Hayır	51	3,55	2,85	-0,745	0,46
	Evet	49	3,19	3,00		
PYÖ Toplam Ölçek	Hayır	51	4,35	3,10	-0,665	0,51
Puanı	Evet	49	3,90	3,02		

Z<sub>mwu</sub>: Mann-Whitney U Testi

Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve PYÖ alt boyut ve toplam ölçek puanları hastaların sağlık durumu algısına göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p < 0,05$ ).

Buna göre sağlık durumunu ‘iyi’ olarak niteleyen hastaların FYÖ puanları, sağlık durumunu ‘kötü’ ve ‘orta’ olarak niteleyen hastaların puanlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek saptandı.

Piper Yorgunluk Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; sağlık durumunu ‘kötü’ olarak niteleyen hastaların PYÖ puanları, sağlık durumunu ‘orta’ ve ‘iyi’ olarak niteleyen hastaların puanlarına göre; sağlık durumunu ‘orta’ olarak niteleyen hastaların PYÖ puanları ise, sağlık durumunu ‘iyi’ olarak niteleyen hastaların puanlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek bulundu (Tablo 23).

Tablo 23 Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Hastaların Sağlık Durumu Algısına Göre Karşılaştırılması (N=100)

		Sağlık Durumu Algısı	n	Ort.	±ss	$\chi^2_{kw}$	p
FYÖ Fiziksel	Kötü		8	28,13	11,72	30,266***	0,000
Fonksiyonlar	Orta		61	34,90	12,89		
	İyi		31	48,52 <sup>(1,2)</sup>	7,21		
FYÖ Psikolojik	Kötü		8	24,88	6,06	29,897***	0,000
Fonksiyonlar	Orta		61	29,89	6,26		
	İyi		31	36,74 <sup>(1,2)</sup>	4,72		
FYÖ Genel	Kötü		8	11,00	6,80	27,961***	0,000
İyilik Hali	Orta		61	14,70	4,43		
	İyi		31	19,29 <sup>(1,2)</sup>	2,45		
FYÖ Sosyal	Kötü		8	9,75	3,73	23,742***	0,000
Fonksiyonlar	Orta		61	11,21	2,76		
	İyi		31	13,52 <sup>(1,2)</sup>	1,29		
FYÖ	Kötü		8	9,75	4,59	16,495***	0,000
Gastrointestinal	Orta		61	9,05	3,78		
Semptomlar	İyi		31	12,16 <sup>(1,2)</sup>	2,19		
FYÖ Toplam	Kötü		8	83,50	27,23	35,823***	0,000
Ölçek Puanı	Orta		61	99,75	26,00		
	İyi		31	130,23 <sup>(1,2)</sup>	11,81		
PYÖ Davranışsal	Kötü		8	7,85 <sup>(2,3)</sup>	1,78	35,439***	0,000
	Orta		61	5,38 <sup>(3)</sup>	3,01		
	İyi		31	1,91	1,69		
PYÖ Duygulanım	'Kötü'		8	8,18 <sup>(2,3)</sup>	1,95	33,861***	0,000
	'Orta'		61	5,49 <sup>(3)</sup>	3,07		
	'İyi'		31	1,92	1,82		
PYÖ Duyusal	'Kötü'		8	6,98 <sup>(2,3)</sup>	3,27	35,319***	0,000
	'Orta'		61	4,94 <sup>(3)</sup>	3,24		
	'İyi'		31	1,29	1,12		
PYÖ	Kötü		8	7,60 <sup>(2,3)</sup>	2,33	38,746***	0,000
Bilişsel/Ruhsal	Orta		61	3,96 <sup>(3)</sup>	2,73		
	İyi		31	1,11	0,99		
PYÖ Toplam	Kötü		8	7,66 <sup>(2,3)</sup>	2,05	39,688***	0,000
Ölçek Puanı	Orta		61	4,98 <sup>(3)</sup>	2,91		
	İyi		31	1,55	1,13		

$\chi^2_{kw}$ : Kruskal Wallis Testi

\* p < 0,05 \*\* p < 0,01 \*\*\* p < 0,001

Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Genel İyilik Hali alt boyut puanları, PYÖ Davranışsal, Duygulanım ve toplam ölçek puanları kanser tanısına göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0,05). Buna göre meme kanseri olan hastaların FYÖ Genel İyilik Hali alt boyut puanları, GIS kanserleri ve 'diğer kanser türleri' grubunda olan hastaların puanlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek saptandı (Tablo 24).

Piper Yorgunluk Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, GIS kanserleri ve 'diğer kanser türleri' grubunda yer alan hastaların PYÖ Davranışsal alt boyut puanları meme kanseri olan hastaların puanlarına göre; 'diğer kanser türleri' grubunda yer alan hastaların PYÖ Duygulanım alt boyutu ve toplam ölçek puanları meme kanseri olan hastaların puanlarına göre; istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek bulundu (Tablo 24).



Tablo 24 Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Kanser Tanısına Göre Karşılaştırılması (N=100)

		Kanser Tanısı	n	Ort.	±ss	$\chi^2_{kw}$	p
FYÖ Fiziksel Fonksiyonlar		Akciğer kanseri	14	36,43	13,59	5,412	0,14
		Meme kanseri	31	43,29	9,77		
		Gastrointestinal kanserler	29	35,62	13,85		
		Diğer (over kanseri, prostat kanseri vb)	25	36,44	14,37		
FYÖ Psikolojik Fonksiyonlar		Akciğer kanseri	14	31,71	7,42	3,280	0,35
		Meme kanseri	31	33,29	5,53		
		Gastrointestinal kanserler	29	29,55	7,82		
		Diğer (over kanseri, prostat kanseri vb)	25	31,52	6,49		
FYÖ Genel İyilik Hali		Akciğer kanseri	14	15,50	5,10	8,540*	0,036
		Meme kanseri	31	18,06 <sup>(3,4)</sup>	3,13		
		Gastrointestinal kanserler	29	14,48	5,38		
		Diğer (over kanseri, prostat kanseri vb)	25	14,60	5,08		
FYÖ Sosyal Fonksiyonlar		Akciğer kanseri	14	11,71	2,70	6,159	0,10
		Meme kanseri	31	12,87	1,67		
		Gastrointestinal kanserler	29	11,21	2,85		
		Diğer (over kanseri, prostat kanseri vb)	25	11,40	3,42		
FYÖ Gastrointestinal Semptomlar		Akciğer kanseri	14	9,79	4,10	7,414	0,06
		Meme kanseri	31	11,55	2,54		
		Gastrointestinal kanserler	29	9,55	4,08		
		Diğer (over kanseri, prostat kanseri vb)	25	8,88	3,81		
FYÖ Toplam Ölçek Puanı		Akciğer kanseri	14	105,14	30,69	7,249	0,06
		Meme kanseri	31	119,06	18,09		
		Gastrointestinal kanserler	29	100,41	29,79		
		Diğer (over kanseri, prostat kanseri vb)	25	102,84	28,67		
PYÖ Davranışsal		Akciğer kanseri	14	5,10	3,18	11,438*	0,010
		Meme kanseri	31	2,87	2,36		
		Gastrointestinal kanserler	29	5,08 <sup>(2)</sup>	3,439		
		Diğer (over kanseri, prostat kanseri vb)	25	5,55 <sup>(2)</sup>	3,17		
PYÖ Duygulanım		Akciğer kanseri	14	5,14	3,44	9,770*	0,021
		Meme kanseri	31	3,20	2,59		
		Gastrointestinal kanserler	29	5,12	3,40		
		Diğer (over kanseri, prostat kanseri vb)	25	5,61 <sup>(2)</sup>	3,34		
PYÖ Duyusal		Akciğer kanseri	14	4,67	3,53	6,786	0,08
		Meme kanseri	31	2,59	2,37		
		Gastrointestinal kanserler	29	4,41	3,63		
		Diğer (over kanseri, prostat kanseri vb)	25	4,87	3,52		
PYÖ Bilişsel/Ruhsal		Akciğer kanseri	14	3,45	3,14	5,818	0,12
		Meme kanseri	31	2,40	2,44		
		Gastrointestinal kanserler	29	3,67	2,96		
		Diğer (over kanseri, prostat kanseri vb)	25	4,17	3,16		
PYÖ Toplam Ölçek Puanı		Akciğer kanseri	14	4,56	3,16	9,181*	0,027
		Meme kanseri	31	2,75	2,31		
		Gastrointestinal kanserler	29	4,68	3,33		
		Diğer (over kanseri, prostat kanseri vb)	25	5,03 <sup>(2)</sup>	3,10		

$\chi^2_{kw}$  : Kruskal Wallis Testi

\* p < 0,05

\*\* p < 0,01

\*\*\* p < 0,001

Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve PYÖ puan ortalamaları kanser tanısıyla yaşama süresine göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0,05) (Tablo 25).

Tablo 25 Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Kanser Tanısıyla Yaşama Süresine Göre Karşılaştırılması (N=100)

	<b>Kanser Tanı Süresi</b>	<b>n</b>	<b>Ort.</b>	<b>±ss</b>	$\chi^2_{kw}$	<b>p</b>
FYÖ Fiziksel Fonksiyonlar	0 – 6 ay	35	38,89	11,78	0,343	0,95
	6 ay – 1yıl	25	38,72	13,68		
	1 yıl – 2 yıl	28	38,82	14,08		
	3 yıl ve üzeri	10	36,40	13,25		
FYÖ Psikolojik Fonksiyonlar	0 – 6 ay	35	32,94	6,68	2,574	0,46
	6 ay – 1yıl	25	30,88	6,09		
	1 yıl – 2 yıl	28	30,68	6,85		
	3 yıl ve üzeri	10	31,80	8,38		
FYÖ Genel İyilik Hali	0 – 6 ay	35	16,91	3,87	1,719	0,63
	6 ay – 1yıl	25	15,56	4,86		
	1 yıl – 2 yıl	28	15,11	5,27		
	3 yıl ve üzeri	10	15,20	5,85		
FYÖ Sosyal Fonksiyonlar	0 – 6 ay	35	12,40	2,21	1,474	0,69
	6 ay – 1yıl	25	11,56	3,18		
	1 yıl – 2 yıl	28	11,79	2,43		
	3 yıl ve üzeri	10	11,30	3,77		
FYÖ Gastrointestinal Semptomlar	0 – 6 ay	35	10,66	3,54	1,432	0,70
	6 ay – 1yıl	25	9,80	3,78		
	1 yıl – 2 yıl	28	9,79	3,68		
	3 yıl ve üzeri	10	9,70	4,24		
FYÖ Toplam Ölçek Puanı	0 – 6 ay	35	111,80	24,33	0,801	0,85
	6 ay – 1yıl	25	106,52	27,23		
	1 yıl – 2 yıl	28	106,18	28,09		
	3 yıl ve üzeri	10	104,40	33,12		
PYÖ Davranışsal	0 – 6 ay	35	4,13	3,15	1,237	0,74
	6 ay – 1yıl	25	4,84	2,67		
	1 yıl – 2 yıl	28	4,52	3,56		
	3 yıl ve üzeri	10	4,47	3,63		
PYÖ Duygulanım	0 – 6 ay	35	4,41	3,13	0,786	0,85
	6 ay – 1yıl	25	4,82	2,89		
	1 yıl – 2 yıl	28	4,77	3,67		
	3 yıl ve üzeri	10	4,16	3,55		
PYÖ Duyusal	0 – 6 ay	35	3,78	3,27	0,267	0,97
	6 ay – 1yıl	25	3,88	2,96		
	1 yıl – 2 yıl	28	4,11	3,68		
	3 yıl ve üzeri	10	4,10	3,50		
PYÖ Bilişsel/Ruhsal	0 – 6 ay	35	2,96	2,89	1,170	0,76
	6 ay – 1yıl	25	3,31	2,13		
	1 yıl – 2 yıl	28	3,58	3,32		
	3 yıl ve üzeri	10	3,68	3,28		
PYÖ Toplam Ölçek Puanı	0 – 6 ay	35	3,79	2,95	0,982	0,81
	6 ay – 1yıl	25	4,35	2,62		
	1 yıl – 2 yıl	28	4,23	3,42		
	3 yıl ve üzeri	10	4,10	3,44		

$\chi^2_{kw}$ : Kruskal Wallis Testi

Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği alt boyut ve toplam ölçek puanları ile kanser tanısıyla yaşama süresi (ay) arasındaki ilişkiler Tablo 26'da görülmektedir.

Buna göre hastaların FYÖ ve PYÖ toplam ölçek puanları ile kanser tanısıyla yaşama süresi (ay) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 26).

Tablo 26 Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamaları ile Kanser Tanısıyla Yaşama Süresi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (N=100)

Ölçek		Tanı Süresi (ay)	
		$r_s$	$p$
Fonksiyonel Yaşam Ölçeği	Fiziksel Fonksiyonlar	-0,02	0,86
	Psikolojik Fonksiyonlar	-0,08	0,43
	Genel İyilik Hali	-0,10	0,32
	Sosyal Fonksiyonlar	-0,09	0,36
	Gastrointestinal Semptomlar	-0,09	0,36
	FYÖ Toplam Ölçek Puanı	-0,06	0,59
Piper Yorgunluk Ölçeği	Davranışsal	0,02	0,86
	Duygulanım	-0,02	0,82
	Duyusal	-0,01	0,90
	Bilişsel/Ruhsal	0,04	0,67
	PYÖ Toplam Ölçek Puanı	0,02	0,87

$r_s$ : Spearman's Korelasyon Katsayısı

Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Fiziksel Fonksiyonlar, Genel İyilik Hali ve Gastrointestinal Semptomlar alt boyut puanları, FYÖ toplam ölçek puanı, PYÖ tüm alt boyut puanları ve toplam ölçek puanı kanser evresine göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,05$ ).

Buna göre kanser evresi I, II ve III olan hastaların FYÖ Fiziksel Fonksiyonlar alt boyutu puanları, kanser evresi IV olan hastaların puanlarına göre; kanser evresi II olan hastaların FYÖ Genel İyilik Hali ile Gastrointestinal Semptomlar alt boyutları ve FYÖ toplam ölçek puanları ise kanser evresi IV olan hastaların puanlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek bulundu (Tablo 27).

Piper Yorgunluk Ölçeği puan ortalamaları kanser evresine göre karşılaştırıldığında, kanser evresi IV olan hastaların puanları, kanser evresi I ve II olan hastaların puanlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek bulundu (Tablo 27).



Tablo 27 Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Kanser Evresine Göre Karşılaştırılması (N=100)

	Kanser Evresi	n	Ort.	±ss	$\chi^2_{kw}$	p
FYÖ Fiziksel Fonksiyonlar	I. evre	5	48,60 <sup>(4)</sup>	4,16	21,990***	0,000
	II. evre	12	52,42 <sup>(4)</sup>	10,98		
	III. evre	17	40,29 <sup>(4)</sup>	10,43		
	IV. evre	64	34,38	12,34		
FYÖ Psikolojik Fonksiyonlar	I. evre	5	35,40	6,84	5,946	0,11
	II. evre	12	34,42	4,58		
	III. evre	17	32,94	5,98		
	IV. evre	64	30,31	7,20		
FYÖ Genel İyilik Hali	I. evre	5	17,20	4,44	16,382**	0,001
	II. evre	12	19,50 <sup>(4)</sup>	2,39		
	III. evre	17	17,65	3,90		
	IV. evre	64	14,63	4,86		
FYÖ Sosyal Fonksiyonlar	I. evre	5	13,40	1,34	5,359	0,15
	II. evre	12	12,92	1,98		
	III. evre	17	11,82	2,94		
	IV. evre	64	11,61	2,80		
FYÖ Gastrointestinal Semptomlar	I. evre	5	12,00	2,45	13,479**	0,004
	II. evre	12	12,83 <sup>(4)</sup>	1,75		
	III. evre	17	10,76	2,95		
	IV. evre	64	9,20	3,93		
FYÖ Toplam Ölçek Puanı	I. evre	5	126,60	12,93	19,248***	0,000
	II. evre	12	132,08 <sup>(4)</sup>	19,96		
	III. evre	17	113,47	22,24		
	IV. evre	64	100,13	27,16		
PYÖ Davranışsal	I. evre	5	1,13	0,97	13,832**	0,003
	II. evre	12	2,75	1,85		
	III. evre	17	3,63	2,83		
	IV. evre	64	5,29 <sup>(1,2)</sup>	3,26		
PYÖ Duygulanım	I. evre	5	1,04	0,71	17,900***	0,000
	II. evre	12	2,38	2,20		
	III. evre	17	3,85	2,84		
	IV. evre	64	5,51 <sup>(1,2)</sup>	3,24		
PYÖ Duyusal	I. evre	5	0,96	1,20	14,409**	0,002
	II. evre	12	1,97	1,89		
	III. evre	17	3,34	2,75		
	IV. evre	64	4,83 <sup>(1,2)</sup>	3,49		
PYÖ Bilişsel/Ruhsal	I. evre	5	1,30	1,49	11,387*	0,010
	II. evre	12	1,83	1,86		
	III. evre	17	2,50	2,45		
	IV. evre	64	3,97 <sup>(1,2)</sup>	3,05		
PYÖ Toplam Ölçek Puanı	I. evre	5	1,12	0,99	15,435**	0,001
	II. evre	12	2,24	1,81		
	III. evre	17	3,30	2,56		
	IV. evre	64	4,93 <sup>(1,2)</sup>	3,16		

$\chi^2_{kw}$ : Kruskal Wallis Testi \* p < 0,05 \*\* p < 0,01 \*\*\* p < 0,001

Hastaların kemoterapi protokolüne göre Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 28’de gösterilmektedir.

Ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, ‘Doksorubisin + Siklofosfamid + Paklitaksel’ tedavisi alan hastalarda FYÖ puanları en yüksek, ‘Sisplatin+Gemsitabin’ tedavisi alan hastalarda en düşük bulunduğu dikkat çekmektedir.

Ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, ‘Sisplatin + Gemsitabin’ tedavisi olan hastalarda PYÖ puanları en yüksek, ‘Doksorubisin + Siklofosfamid + Paklitaksel’ tedavisi alan hastalarda ise en düşük olduğu dikkat çekmektedir.



Tablo 28 Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamaları Hastaların Kemoterapi Protokolü (N=100)

	<b>Kemoterapi Protokolü</b>	<b>n</b>	<b>Ort.</b>	<b>±ss</b>
FYÖ Fiziksel Fonksiyonlar	'Doksorubisin, Siklofosfamid, Paklitaksel'	7	47,00	10,46
	'Oksaliplatin, Kalsiyum folinat, 5-Fluorourasil	25	34,60	15,03
	'Taksan grubu ajanlar	21	42,76	10,16
	'Platin grubu ajanlar/ 'Paklitaksel-Karboplatin'	19	40,58	12,24
	'Sisplatin + Gemsitabin'	8	29,13	11,66
	'Sisplatin veya Oksaliplatin'	9	34,44	11,61
	Diğer (Örn, Epirubisin, 5-Fluorourasil)	11	41,09	14,54
FYÖ Psikolojik Fonksiyonlar	'Doksorubisin, Siklofosfamid, Paklitaksel'	7	34,43	5,13
	'Oksaliplatin, Kalsiyum folinat, 5-Fluorourasil	25	28,84	8,11
	'Taksan grubu ajanlar	21	33,10	6,66
	'Platin grubu ajanlar/ 'Paklitaksel-Karboplatin'	19	33,05	6,38
	'Sisplatin + Gemsitabin'	8	28,75	6,45
	'Sisplatin veya Oksaliplatin'	9	30,89	6,35
	Diğer (Örn, Epirubisin, 5-Fluorourasil)	11	33,45	4,70
FYÖ Genel İyilik Hali	'Doksorubisin, Siklofosfamid, Paklitaksel'	7	18,14	3,44
	'Oksaliplatin, Kalsiyum folinat, 5-Fluorourasil	25	14,00	5,85
	'Taksan grubu ajanlar	21	17,43	3,50
	'Platin grubu ajanlar/ 'Paklitaksel-Karboplatin'	19	17,00	4,10
	'Sisplatin + Gemsitabin'	8	12,75	5,29
	'Sisplatin veya Oksaliplatin'	9	15,89	3,76
	Diğer (Örn, Epirubisin, 5-Fluorourasil)	11	15,64	5,43
FYÖ Sosyal Fonksiyonlar	'Doksorubisin, Siklofosfamid, Paklitaksel'	7	13,29	1,50
	'Oksaliplatin, Kalsiyum folinat, 5-Fluorourasil	25	11,12	3,19
	'Taksan grubu ajanlar	21	11,95	2,52
	'Platin grubu ajanlar/ 'Paklitaksel-Karboplatin'	19	12,32	2,36
	'Sisplatin + Gemsitabin'	8	11,25	3,20
	'Sisplatin veya Oksaliplatin'	9	11,67	2,45
	Diğer (Örn, Epirubisin, 5-Fluorourasil)	11	11,82	3,31
FYÖ Gastrointestinal Semptomlar	'Doksorubisin, Siklofosfamid, Paklitaksel'	7	11,86	2,73
	'Oksaliplatin, Kalsiyum folinat, 5-Fluorourasil	25	9,36	4,21
	'Taksan grubu ajanlar	21	11,43	2,40
	'Platin grubu ajanlar/ 'Paklitaksel-Karboplatin'	19	10,95	3,36
	'Sisplatin + Gemsitabin'	8	7,63	4,27
	'Sisplatin veya Oksaliplatin'	9	8,67	3,43
	Diğer (Örn, Epirubisin, 5-Fluorourasil)	11	9,36	4,20
FYÖ Toplam Ölçek Puanı	'Doksorubisin, Siklofosfamid, Paklitaksel'	7	124,71	16,05
	'Oksaliplatin, Kalsiyum folinat, 5-Fluorourasil	25	97,92	32,38
	'Taksan grubu ajanlar	21	116,67	21,23
	'Platin grubu ajanlar/ 'Paklitaksel-Karboplatin'	19	113,89	25,53
	'Sisplatin + Gemsitabin'	8	89,50	25,37
	'Sisplatin veya Oksaliplatin'	9	101,56	25,25
	Diğer (Örn, Epirubisin, 5-Fluorourasil)	11	111,36	26,74

Tablo 28 Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamaları Hastaların Kemoterapi Protokolü (N=100) (Devamı)

	<b>Kemoterapi Protokolü</b>	<b>n</b>	<b>Ort.</b>	<b>±ss</b>
PYÖ	'Doksorubisin, Siklofosfamid, Paklitaksel'	7	2,76	2,83
Davranışsal	'Oksaliplatin, Kalsiyum folinat, 5-Fluorourasil	25	5,75	3,63
	'Taksan grubu ajanlar	21	3,29	2,47
	'Platin grubu ajanlar/Paklitaksel-Karboplatin'	19	3,96	3,04
	'Sisplatin + Gemsitabin'	8	6,02	2,62
	'Sisplatin veya Oksaliplatin'	9	5,15	2,88
	Diğer (Örn, Epirubisin, 5-Fluorourasil)	11	4,39	3,35
	PYÖ	'Doksorubisin, Siklofosfamid, Paklitaksel'	7	2,94
Duygulanım	'Oksaliplatin, Kalsiyum folinat, 5-Fluorourasil	25	5,68	3,58
	'Taksan grubu ajanlar	21	3,42	2,55
	'Platin grubu ajanlar/Paklitaksel-Karboplatin'	19	3,84	3,11
	'Sisplatin + Gemsitabin'	8	6,68	2,51
	'Sisplatin veya Oksaliplatin'	9	4,93	3,08
	Diğer (Örn, Epirubisin, 5-Fluorourasil)	11	4,96	3,93
	PYÖ Duyusal	'Doksorubisin, Siklofosfamid, Paklitaksel'	7	1,57
'Oksaliplatin, Kalsiyum folinat, 5-Fluorourasil		25	4,78	3,93
'Taksan grubu ajanlar		21	3,00	2,43
'Platin grubu ajanlar/Paklitaksel-Karboplatin'		19	3,64	3,07
'Sisplatin + Gemsitabin'		8	6,10	2,98
'Sisplatin veya Oksaliplatin'		9	4,64	3,25
Diğer (Örn, Epirubisin, 5-Fluorourasil)		11	4,00	3,90
PYÖ Bilişsel/ Ruhsal	'Doksorubisin, Siklofosfamid, Paklitaksel'	7	2,00	1,60
	'Oksaliplatin, Kalsiyum folinat, 5-Fluorourasil	25	4,02	3,10
	'Taksan grubu ajanlar	21	2,71	2,41
	'Platin grubu ajanlar/ Paklitaksel-Karboplatin'	19	2,73	2,75
	'Sisplatin + Gemsitabin'	8	5,33	3,49
	'Sisplatin veya Oksaliplatin'	9	2,98	2,17
	Diğer (Örn, Epirubisin, 5-Fluorourasil)	11	4,03	3,76
PYÖ Toplam Ölçek Puanı	'Doksorubisin, Siklofosfamid, Paklitaksel'	7	2,32	2,10
	'Oksaliplatin, Kalsiyum folinat, 5-Fluorourasil	25	5,19	3,51
	'Taksan grubu ajanlar	21	3,09	2,34
	'Platin grubu ajanlar/ Paklitaksel-Karboplatin'	19	3,52	2,84
	'Sisplatin + Gemsitabin'	8	6,00	2,81
	'Sisplatin veya Oksaliplatin'	9	4,39	2,73
	Diğer (Örn, Epirubisin, 5-Fluorourasil)	11	4,33	3,51

Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği alt boyut ve toplam ölçek puanları ile kemoterapi kür sayısı arasındaki ilişkiler Tablo 29'da gösterilmektedir.

Buna göre FYÖ ve PYÖ toplam ölçek puanları ile kemoterapi kür sayısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir ( $p>0,05$ ) (Tablo 29).

Tablo 29 Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamaları ile Kemoterapi Kür Sayısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (N=100)

Ölçek		Kemoterapi Kür Sayısı	
		$r_s$	$p$
Fonksiyonel Yaşam Ölçeği	Fiziksel Fonksiyonlar	0,10	0,32
	Psikolojik Fonksiyonlar	0,07	0,50
	Genel İyi Hali	0,15	0,14
	Sosyal Fonksiyonlar	0,05	0,62
	Gastrointestinal Semptomlar	-0,02	0,83
	FYÖ Toplam Ölçek Puanı	0,12	0,24
Piper Yorgunluk Ölçeği	Davranışsal	-0,13	0,21
	Duygulanım	-0,14	0,16
	Duyusal	-0,13	0,18
	Bilişsel/Ruhsal	-0,14	0,17
	PYÖ Toplam Ölçek Puanı	-0,14	0,17

$r_s$ : Spearman's Korelasyon Katsayısı

Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve PYÖ tüm alt boyut puanları ve toplam ölçek puanları tedavi uygulama yerine göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,05$ ). Buna göre tedavi uygulama yeri ayakta olan hastaların FYÖ toplam ölçek puanları, tedavi uygulama yeri hastanede yatarak olan hastaların puanlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek, PYÖ toplam ölçek puanlarının ise istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha düşük olduğu görülmektedir (Tablo 30).

Tablo 30 Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Tedavi Uygulama Yeri Göre Karşılaştırılması (N=100)

	Tedavi Uygulama Yeri	n	Ort.	±ss	Z <sub>mwu</sub>	p
FYÖ Fiziksel Fonksiyonlar	Hastanede yatarak	25	26,76	13,29	-4,723***	0,000
	Ayaktan	75	42,52	10,63		
FYÖ Psikolojik Fonksiyonlar	Hastanede yatarak	25	27,52	7,06	-3,325***	0,001
	Ayaktan	75	32,97	6,24		
FYÖ Genel İyilik Hali	Hastanede yatarak	25	11,08	4,79	-5,000***	0,000
	Ayaktan	75	17,41	3,71		
FYÖ Sosyal Fonksiyonlar	Hastanede yatarak	25	9,60	3,54	-4,042***	0,000
	Ayaktan	75	12,55	1,97		
FYÖ Gastrointestinal Semptomlar	Hastanede yatarak	25	7,32	4,12	-3,874***	0,000
	Ayaktan	75	10,99	3,05		
FYÖ Toplam Ölçek Puanı	Hastanede yatarak	25	82,28	29,82	-4,706***	0,000
	Ayaktan	75	116,44	20,46		
PYÖ Davranışsal	Hastanede yatarak	25	7,43	3,14	-4,862***	0,000
	Ayaktan	75	3,52	2,53		
PYÖ Duygulanım	Hastanede yatarak	25	7,50	3,23	-4,650***	0,000
	Ayaktan	75	3,63	2,68		
PYÖ Duyusal	Hastanede yatarak	25	6,99	3,55	-4,642***	0,000
	Ayaktan	75	2,97	2,57		
PYÖ Bilişsel/Ruhsal	Hastanede yatarak	25	5,85	3,16	-4,406***	0,000
	Ayaktan	75	2,54	2,31		
PYÖ Toplam Ölçek Puanı	Hastanede yatarak	25	7,06	3,09	-4,808***	0,000
	Ayaktan	75	3,15	2,35		

Z<sub>mwu</sub>: Mann-Whitney U Testi \* p < 0,05 \*\* p < 0,01 \*\*\* p < 0,001

Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve PYÖ tüm alt boyut puanları ve toplam ölçek puanları hastaların hastalıkla baş etme derecesine ilişkin algılarına göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0,05).

Buna göre hastalıkla baş etme derecesini ‘çok iyi’, ‘iyi’ ve ‘orta’ düzey olarak niteleyen hastaların FYÖ toplam ölçek puanları, hastalıkla baş etme derecesini ‘yetersiz’ olarak niteleyen hastaların puanlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmektedir.

Piper Yorgunluk Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde ise, hastalıkla baş etme derecesini ‘yetersiz’ olarak niteleyen hastaların puanları, hastalıkla baş etme derecesini ‘orta’ derece, ‘iyi’ ve ‘çok iyi’ olarak niteleyen hastalara göre; hastalıkla baş etme derecesini ‘orta’ düzey olarak niteleyen hastaların puanları ise, hastalıkla baş etme derecesini ‘iyi’ ve ‘çok iyi’ olarak niteleyen hastaların puanlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek bulundu (Tablo 31).

Tablo 31 Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Hastaların Hastalıkla Baş Etme Derecesine İlişkin Algılarına Göre Karşılaştırılması (N=100)

		<b>Hastalıkla Baş Etme</b>		<b>n</b>	<b>Ort.</b>	<b>±ss</b>	$\chi^2_{kw}$	<b>p</b>
		<b>Becerilerine İlişkin</b>	<b>Algılar</b>					
FYÖ Fiziksel Fonksiyonlar	Çok iyi	12	52,67 <sup>(3,4)</sup>	7,41	42,239***	0,000		
	İyi	30	45,27 <sup>(3,4)</sup>	7,08				
	Orta düzeyde	49	34,20 <sup>(4)</sup>	11,99				
	Yetersiz	9	21,33	10,97				
FYÖ Psikolojik Fonksiyonlar	Çok iyi	12	36,92 <sup>(3,4)</sup>	4,14	33,845***	0,000		
	İyi	30	34,97 <sup>(3,4)</sup>	5,15				
	Orta düzeyde	49	30,16 <sup>(4)</sup>	6,14				
	Yetersiz	9	21,22	3,83				
FYÖ Genel İyilik Hali	Çok iyi	12	19,58 <sup>(3,4)</sup>	4,30	40,560***	0,000		
	İyi	30	18,63 <sup>(3,4)</sup>	2,37				
	Orta düzeyde	49	14,37 <sup>(4)</sup>	4,25				
	Yetersiz	9	9,44	5,13				
FYÖ Sosyal Fonksiyonlar	Çok iyi	12	12,67 <sup>(4)</sup>	2,50	18,950***	0,000		
	İyi	30	13,00 <sup>(3,4)</sup>	1,66				
	Orta düzeyde	49	11,45 <sup>(4)</sup>	2,78				
	Yetersiz	9	8,67	3,20				
FYÖ Gastrointestinal Semptomlar	Çok iyi	12	11,92 <sup>(4)</sup>	3,58	13,835***	0,000		
	İyi	30	11,03 <sup>(4)</sup>	2,74				
	Orta düzeyde	49	9,80 <sup>(4)</sup>	3,57				
	Yetersiz	9	5,89	4,29				
FYÖ Toplam Ölçek Puanı	Çok iyi	12	133,75 <sup>(3,4)</sup>	15,60	41,932***	0,000		
	İyi	30	122,90 <sup>(3,4)</sup>	13,88				
	Orta düzeyde	49	99,98 <sup>(4)</sup>	24,63				
	Yetersiz	9	66,56	21,17				
PYÖ Davranışsal	Çok iyi	12	2,08	2,65	39,790***	0,000		
	İyi	30	2,54	1,82				
	Orta düzeyde	49	5,43 <sup>(1,2)</sup>	2,84				
	Yetersiz	9	9,19 <sup>(1,2,3)</sup>	1,08				
PYÖ Duygulanım	Çok iyi	12	1,53	2,40	37,134***	0,000		
	İyi	30	2,96	1,99				
	Orta düzeyde	49	5,52 <sup>(1,2)</sup>	3,07				
	Yetersiz	9	9,13 <sup>(1,2,3)</sup>	1,40				
PYÖ Duyusal	Çok iyi	12	0,65	0,68	43,453***	0,000		
	İyi	30	2,24	1,56				
	Orta düzeyde	49	4,89 <sup>(1,2)</sup>	3,20				
	Yetersiz	9	9,18 <sup>(1,2,3)</sup>	1,43				
PYÖ Bilişsel/Ruhsal	Çok iyi	12	1,31	2,42	41,426***	0,000		
	İyi	30	1,71	1,30				
	Orta düzeyde	49	3,93 <sup>(1,2)</sup>	2,58				
	Yetersiz	9	8,61 <sup>(1,2,3)</sup>	1,19				
PYÖ Toplam Ölçek Puanı	Çok iyi	12	1,42	1,82	42,734***	0,000		
	İyi	30	2,34	1,47				
	Orta düzeyde	49	4,99 <sup>(1,2)</sup>	2,82				
	Yetersiz	9	9,02 <sup>(1,2,3)</sup>	1,09				

$\chi^2_{kw}$  Kruskal Wallis Testi \* p < 0,05 \*\* p < 0,01 \*\*\* p < 0,001

Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve PYÖ tüm alt boyut puanları ve toplam ölçek puanları fonksiyonel performans durumuna göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,05$ ).

Buna göre hastaların ECOG performans skorları arttıkça FYÖ toplam ölçek puanlarının düştüğü görölmektedir (Tablo 32).

Buna göre hastaların ECOG performans skorları arttıkça PYÖ toplam ölçek puanlarının arttığı görölmektedir (Tablo 32).





Tablo 32 Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Hastaların ECOG Performans Skoruna Göre Karşılaştırılması (N=100)

	ECOG	n	Ort.	±ss	$\chi^2_{kw}$	p
FYÖ Fiziksel Fonksiyonlar	0 - Aseptomatik	21	48,86 <sup>(2,3,4)</sup>	8,88	54,944***	0,000
	1 - Semptomatik fakat tamamen ayakta	32	45,47 <sup>(2,3,4)</sup>	7,88		
	2 - Semptomatik %50'den az yatakta	26	35,46 <sup>(3,4)</sup>	10,31		
	3 - Semptomatik %50'den fazla yatakta	17	22,94	7,68		
	4 - Yatalak	4	16,25	1,89		
FYÖ Psikolojik Fonksiyonlar	0 - Aseptomatik	21	35,38 <sup>(3,4)</sup>	6,34	34,066***	0,000
	1 - Semptomatik fakat tamamen ayakta	32	34,22 <sup>(3,4)</sup>	5,09		
	2 - Semptomatik %50'den az yatakta	26	31,00 <sup>(3,4)</sup>	6,32		
	3 - Semptomatik %50'den fazla yatakta	17	25,47	4,88		
	4 - Yatalak	4	21,00	3,37		
FYÖ Genel İyilik Hali	0 - Aseptomatik	21	19,00 <sup>(2,3,4)</sup>	3,26	41,185***	0,000
	1 - Semptomatik fakat tamamen ayakta	32	18,00 <sup>(2,3,4)</sup>	3,10		
	2 - Semptomatik %50'den az yatakta	26	15,23 <sup>(3,4)</sup>	4,07		
	3 - Semptomatik %50'den fazla yatakta	17	10,82	4,19		
	4 - Yatalak	4	7,00	1,16		
FYÖ Sosyal Fonksiyonlar	0 - Aseptomatik	21	12,90 <sup>(3,4)</sup>	2,07	24,959***	0,000
	1 - Semptomatik fakat tamamen ayakta	32	12,78 <sup>(3,4)</sup>	1,88		
	2 - Semptomatik %50'den az yatakta	26	11,69 <sup>(4)</sup>	2,28		
	3 - Semptomatik %50'den fazla yatakta	17	10,00	3,61		
	4 - Yatalak	4	6,75	0,96		
FYÖ Gastrointestinal Semptomlar	0 - Aseptomatik	21	12,52 <sup>(2,3,4)</sup>	2,06	30,637***	0,000
	1 - Semptomatik fakat tamamen ayakta	32	11,16 <sup>(3,4)</sup>	2,29		
	2 - Semptomatik %50'den az yatakta	26	9,77 <sup>(3,4)</sup>	3,55		
	3 - Semptomatik %50'den fazla yatakta	17	7,00	4,18		
	4 - Yatalak	4	3,50	1,29		
FYÖ Toplam Ölçek Puanı	0 - Aseptomatik	21	128,67 <sup>(2,3,4)</sup>	17,36	52,887***	0,000
	1 - Semptomatik fakat tamamen ayakta	32	121,63 <sup>(2,3,4)</sup>	15,40		
	2 - Semptomatik %50'den az yatakta	26	103,15 <sup>(3,4)</sup>	20,40		
	3 - Semptomatik %50'den fazla yatakta	17	76,24	19,56		
	4 - Yatalak	4	54,50	7,19		

$\chi^2_{kw}$ : Kruskal Wallis Testi \*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$  \*\*\*  $p < 0,001$  ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group

Tablo 32 Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamalarının Hastaların ECOG Performans Skoruna Göre Karşılaştırılması (N=100) (Devamı)

	ECOG	n	Ort.	±ss	$\chi^2_{kw}$	p
PYÖ Davranışsal	0 - Aseptomatik	21	2,02	2,11	52,872***	0,000
	1 - Semptomatik fakat tamamen ayakta	32	2,87	2,14		
	2 - Semptomatik %50'den az yatakta	26	5,51 <sup>(0,1)</sup>	2,48		
	3 - Semptomatik %50'den fazla yatakta	17	7,82 <sup>(0,1,2)</sup>	2,03		
	4 - Yatalak	4	9,92 <sup>(0,1,2)</sup>	0,17		
PYÖ Duygulanım	0 - Aseptomatik	21	2,71	2,63	50,449***	0,000
	1 - Semptomatik fakat tamamen ayakta	32	2,51	1,94		
	2 - Semptomatik %50'den az yatakta	26	5,37 <sup>(0,1)</sup>	2,50		
	3 - Semptomatik %50'den fazla yatakta	17	8,40 <sup>(0,1,2)</sup>	1,97		
	4 - Yatalak	4	10,00 <sup>(0,1,2)</sup>	0,00		
PYÖ Duyusal	0 - Aseptomatik	21	1,42	1,51	54,764***	0,000
	1 - Semptomatik fakat tamamen ayakta	32	2,16	1,60		
	2 - Semptomatik %50'den az yatakta	26	4,60 <sup>(0,1)</sup>	2,75		
	3 - Semptomatik %50'den fazla yatakta	17	8,16 <sup>(0,1,2)</sup>	2,26		
	4 - Yatalak	4	10,00 <sup>(0,1,2)</sup>	0,00		
PYÖ Bilişsel/Ruhsal	0 - Aseptomatik	21	1,47	1,88	46,574***	0,000
	1 - Semptomatik fakat tamamen ayakta	32	1,92	1,68		
	2 - Semptomatik %50'den az yatakta	26	3,83 <sup>(0,1)</sup>	2,21		
	3 - Semptomatik %50'den fazla yatakta	17	6,38 <sup>(0,1,2)</sup>	2,74		
	4 - Yatalak	4	9,17 <sup>(0,1,2)</sup>	1,00		
PYÖ Toplam Ölçek Puanı	0 - Aseptomatik	21	1,89	1,76	54,064***	0,000
	1 - Semptomatik fakat tamamen ayakta	32	2,37	1,70		
	2 - Semptomatik %50'den az yatakta	26	4,95 <sup>(0,1)</sup>	2,43		
	3 - Semptomatik %50'den fazla yatakta	17	7,64 <sup>(0,1,2)</sup>	2,04		
	4 - Yatalak	4	9,75 <sup>(0,1,2)</sup>	0,25		

$\chi^2_{kw}$ : Kruskal Wallis Testi \*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$  \*\*\*  $p < 0,001$   
 ECOG : Eastern Cooperative Oncology Group

## 6.6. PİPER YORGUNLUK ÖLÇEĞİ VE FONKSİYONEL YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Hastaların Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği alt boyut ve toplam ölçek puanları arasındaki ilişkiler Tablo 33'te görülmektedir.

Buna göre FYÖ Fiziksel Fonksiyonlar alt boyutu ile; PYÖ Davranışsal, Duygulanım, Duyusal, Bilişsel/Ruhsal alt boyutları ve PYÖ toplam ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif yönde ve yüksek düzeyde ilişki saptandı ( $p<0,01$ ).

Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Psikolojik Fonksiyonlar alt boyutu ile; PYÖ Duygulanım, Duyusal, Bilişsel/Ruhsal alt boyutları ve PYÖ toplam ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif yönde ve yüksek düzeyde ilişki varken, PYÖ Davranışsal alt boyutu ile arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde ilişki bulundu ( $p<0,01$ ).

Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Genel İyi Hali alt boyutu ile; PYÖ Davranışsal, Duygulanım, Duyusal, Bilişsel/Ruhsal alt boyutları ve PYÖ toplam ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif yönde ve yüksek düzeyde ilişki saptandı ( $p<0,01$ ).

Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Sosyal Fonksiyonlar ve Gastrointestinal Semptomlar alt boyutları ile; PYÖ Davranışsal, Duygulanım, Duyusal, Bilişsel/Ruhsal alt boyutları ve PYÖ toplam ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde ilişki bulundu ( $p<0,01$ ).

Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği puanları arasındaki ilişki incelendiğinde ise, puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif yönde ve yüksek düzeyde ilişki saptandı ( $p<0,01$ ).

Tablo 33 Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ile Piper Yorgunluk Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (N=100)

	Piper Yorgunluk Ölçeği				
	Davranışsal alt boyut	Duygulanım alt boyut	Duyusal alt boyut	Bilişsel/Ruhsal alt boyut	Toplam Ölçek
Fonksiyonel Yaşam Ölçeği	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$	$r_s$
Fiziksel Fonksiyonlar	-0,79**	-0,83**	-0,83**	-0,75**	-0,83**
Psikolojik Fonksiyonlar	-0,67**	-0,73**	-0,72**	-0,71**	-0,73**
Genel İyilik Hali	-0,77**	-0,79**	-0,77**	-0,79**	-0,82**
Sosyal Fonksiyonlar	-0,58**	-0,57**	-0,60**	-0,63**	-0,68**
Gastrointestinal Semptomlar	-0,61**	-0,56**	-0,60**	-0,50**	-0,59**
FYÖ Toplam Ölçek Puanı	-0,84**	-0,87**	-0,86**	-0,83**	-0,88**

$r_s$  : Spearman's Korelasyon Katsayısı

\*\* p<0,01

## 7.TARTIŞMA

Kanser tanısı alarak kemoterapi uygulanan hastaların yorgunluk düzeylerinin fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırma kapsamında elde edilen bulgular altı başlıkta ele alınarak tartışıldı.

1. Kanser hastalarının sosyodemografik özelliklerinin tartışılması
2. Kanser hastalarının sağlık durumu, sağlıklı yaşam biçimi alışkanlıkları ve hastalığa ilişkin özelliklerinin tartışılması
3. Kanser hastalarında Piper Yorgunluk Ölçeği puan ortalamalarına ilişkin bulguların tartışılması
4. Kanser hastalarında Fonksiyonel Yaşam Ölçeği puan ortalamalarına ilişkin bulguların tartışılması
5. Piper Yorgunluk Ölçeği ve Fonksiyonel Yaşam Ölçeği puan ortalamaları ile ilişkili kişisel ve hastalığa ilişkin özelliklerin tartışılması
6. Kanser hastalarında Piper Yorgunluk Ölçeği ile Fonksiyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması

T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Daire Başkanlığı sayfasında yayınlanan Yeni Dünya İstatistiklerinde, Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı GLOBOCAN 2012 yılı için yeni kanser verilerine göre 2012 yılında Dünya’da toplam 14,1 milyon yeni kanser vakasının saptandığı ve 8,2 milyon kansere bağlı ölümün geliştiği belirlenmiştir (<http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri/860-yeni-d%C3%BCnya-kanser-istatistikleri-yay%C4%B1nland%C4%B1.html> Erişim tarihi: 23 Nisan 2016).

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Kanser İstatistikleri 2016 raporuna göre; Ülkemizde 2013 yılında yaşa standardize edilmiş kanser hızı erkeklerde 267,9, kadınlarda ise 186,5’dir (100000 kişide). Toplamda kanser insidansı ise yüz binde 227,2’dir. 2013 yılı kanser istatistiklerine göre ülkemizde 103.070 erkek ve 71.233 kadın kansere yakalandığı tahmin edilmekte olup toplam 174 bin bireye yeni kanser tanısı konulmuştur ([http://kanser.gov.tr/Dosya/ca\\_istatistik/ANA\\_rapor\\_2013v01\\_2.pdf](http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/ANA_rapor_2013v01_2.pdf), Erişim tarihi: 23 Nisan 2016).

TUİK Ölüm Nedeni İstatistikleri 2014 verilerine göre 2014 yılında ölüm nedenlerinin %40,4'ünü dolaşım sistemi hastalıklarının oluşturduğu, ikinci sırada ise %20,7'sini iyi huylu ve kötü huylu tümör nedenli ölümlerin yer aldığı belirlenmiştir (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18855>,Erişim tarihi: 23 Nisan 2016).

Yaşam kalitesi öncelikli olarak aile, iş hayatı ve sosyoekonomik koşulları içeren bir kavram olmakla birlikte, ayrıca bireyin hedefleri, yaşam tarzları, umutları, hayattan beklentileri, bireyin günlük yaşamından aldığı doyum ve iyilik algısını da kapsamaktadır (Pınar ve ark., 2008). Kanser tanısının konması ve tedaviye başlanması, birey ve ailenin fiziksel, psikolojik, emosyonel, sosyo-kültürel ve ekonomik dengelerini olumsuz yönde etkilemekte, yaşamdan doyum almalarını engellemekte ve yaşam kalitesini düşürmektedir (Çalışkan ve ark., 2015; Şenoğlu ve Çam, 2015). Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, sağlık bakım profesyonelleri açısından tedaviyle ilişkili sorunların belirlenmesi, klinik gidişe karar vermede ve hastaların yaşam kalitesinin sürdürülmesinde önemli bir kriter olarak kabul edilmektedir (Pınar ve ark., 2008).

Kanser hastalarında yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen ve en sık görülen şikayetler arasında yer alan etkenlerden biri yorgunluktur (Karakoç, 2008). Kanser hastalarında yorgunluk fiziksel, ruhsal ve durumsal etmenlerin rol oynadığı ve bilişsel durumun olumsuz etkilenmesine yol açan kronik bir sorundur (Saygılı, 2012). Yorgunluğun nedenleri hastalığa bağlı faktörler, bireysel faktörler ve tedaviye bağlı faktörler olmak üzere üç başlık altında ele alınabilir. Örneğin; beslenme yetersizlikleri, hastanın kaşektik olması, anksiyete, depresyon, uyku bozuklukları, mali sorunlar, enfeksiyon, karaciğer fonksiyon bozukluğu, geçmeyen ağrılar (özellikle kemik metastazları olan hastalarda), kemoterapi, immünoterapi, radyoterapi, cerrahi tedaviler ve bu tedavilere bağlı olarak oluşabilen bulantı ve kronik hastalıklar yorgunluk nedeni ve yorgunluk şiddetini arttıran faktörler olarak sıralanabilir (Uğur, 2014; Yaranoglu, 2012). Yorgunluğa neden olan faktörler kanser hastalarının fonksiyonel durumlarını olumsuz yönde etkileyerek günlük yaşam aktivitelerinin gerçekleştirilmesi sürecinde güçlükler yaşamasına (Çelikel, 2012; Uysal, 2011) ve fonksiyonel yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilenmesine yol açar.

Fonksiyonel sağlık bireyin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesi temel gereksinimlerini kendisinin karşılaması/sürdürmesi durumu olarak tanımlanır (Karakaş, 2014). Kanser hastalarının fonksiyonel kapasite düzeyi; yapılan tedavilere ya da hastalığın ilerleme şekli ve hızına bağlı olarak azalmaktadır. Hastalık ve tedaviye bağlı bireyler günlük sorumluluklarını yerine getirme konusunda güçlükler yaşar, bu sorumlulukların yerine getirilememesi beraberinde emosyonel ve psikososyal sorunlara neden olabilmektedir (Aydın Bektaş, 2005). Bu bağlamda, kemoterapi alan hastalarda fonksiyonel durum ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesine ilişkin çalışmalar hemşirelik bakımının hastaların gereksinimleri doğrultusunda planlanmasına ışık tutacağından önemlidir.

Kemoterapi tedavisi gören kanser hastalarında grlen yorgunluğun yaşam kalitesi ve fonksiyonel durum üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışıldı.

## **7.1. KANSER HASTALARININ SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN TARTIşILMASI**

Bu çalışmaya dahil edilen hastaların kişisel özellikleri incelendiğinde, grubun yaş ortalamasının  $56,53 \pm 13,56$  olduğu, çoğunluğunun kadın (%62), ilkokul mezunu (%57) ve ev hanımı (%47) olduğu belirlendi. Bu sonuçlar örneklemin orta yaş grubunda, çoğunun kadın, düşük eğitim düzeyinde olan ve çalışmayan bireylerin oluşturduğuna dikkat çekmektedir.

## **7.2. KANSER HASTALARININ SAĞLIK DURUMU, SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ ALIŞKANLIKLARI VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNİN TARTIŞILMASI**

Kanser tanısı alan hasta ve ailesi hem tedavi sürecinden hem de kanserin varlığından olumsuz yönde etkilenmektedir. Kanser ilerleyişi, hangi evrede olduğu ve tedavi yöntemlerin fiziksel ve ruhsal durumlarını nasıl etkilediğinin bilinmesi; yaşam kalitesinin, bakım girişimlerinin belirlenmesi ve tedaviye uyumun geliştirilmesi adına yol gösterici olacaktır (Tokgöz ve ark., 2008).

Kanser tanısına ilave bir kronik hastalığın olması, kanser hastalarının psikolojik durumunu, fonksiyonel yaşam kalitesi, yorgunluk durumlarını daha da olumsuz yönde etkilemekte ve destek gereksinimlerini arttırmaktadır. Bu çalışmada araştırmaya katılan kanser hastalarının yarıya yakınında (%41) kanser dışında başka bir kronik hastalık öyküsü olduğu belirlendi. Bu kronik sağlık sorunları içerisinde hipertansiyon ve diyabet sık rastlanan kronik hastalıklar olarak dikkat çekmektedir.

Sigara-alkol kullanımı bazı kanserler için risk faktörü olmakla birlikte, kanser tedavisi süresince hastaların iyileşme süresince hastaların iyileşme sürecini de olumsuz etkileyebilmektedir. Bu çalışmada kanser hastalarının çoğunun sigara (%56) ve alkol (%86) kullanmadığı belirlendi. Sigara ve alkol kullanmayan grup çoğunlukta olsa da hastaların yarısına yakınında sigara kullanımının belirlenmesi dikkat çekmektedir. Alkol ve sigara kullanımı kanser hastalarının iyileşme sürecini olumsuz yönde etkileyebileceğinden dolayı, hastaların tedavi süresince ve yaşamlarının devamında sağlıklı yaşam biçimi alışkanlıkları kazanmaları konusunda desteklenmeleri önem taşır.



Evreleme sistemi aracılığıyla kanserli hastaları anatomik alt gruplar içinde toplayarak prognozunun belirlenmesi, tedavinin planlanması, hastanın önündeki yaşam süresi ve kalitesinin belirlenmesinde yol göstericidir (Düzce, 2007; Özden ve ark., 2008). Hastalık evresi ve hastanın performans durumu tanımlanan en önemli prognostik faktörler olarak kabul edilmektedir (Düzce, 2007; Özden ve ark., 2008). Doğru evreleme tedavi sonuçlarını kıyaslamak, tedavinin devamı ve hastalık üzerindeki etkisini belirlemek için önem taşır (Düzce, 2007). Bu araştırmada hastaların çoğunun (%64) IV. evrede kanser tanısı aldığı dikkat çekmektedir. İleri evre kanser hastalığının ilerleyişi ve yan etkilerin şiddetini olumsuz yönde etkilemektedir. İleri evre hastaların daha yoğun tedavi alması ve mortalite ile ilişkili faktörler tedavi sırasında daha fazla sorunlar yaşamalarına neden olabilmektedir. Evre IV kanser hastalarında tedavi süreçleri daha yoğun yan etkilere yol açabilecekleri ve yaşam kalitesini daha çok etkileyebileceği için daha yakın izlem ve desteğe gereksinimleri olmaktadır.

Kemoterapi hastalığın başlangıç bölgesi ve metastaz yaptığı organ, dokulara veya saptanamayan tüm kanserli hücrelere etki eden sık kullanılan tedavi seçeneğidir (Akhoro, 2012). Kemoterapi amaçlı kullanılan ajanlar, kemoterapi protokolleri ve tedavi süresi tedavinin başarısı adına önemli olduğu kadar önemli yan etkilere de yol açmaktadır. Kütük'ün (2016) kemoterapi uygulanan kanserli hastalarda öz bakımın değerlendirilmesi amacıyla yaptığı çalışmada, hastaların en çok bulantı, ağız enfeksiyonları ve kabızlık sorunundan etkilendiği, çoğunun orta derecede yorgunluk hissettiği, kemoterapi döneminde büyük ölçüde hijyenik önlemlere, enfeksiyondan korunmaya ve vücut ısısı kontrolüne önem verildiği saptanmıştır (Kütük, 2016).

Taksan grubu ilaçların uygulanması sırasında allerjik şok reaksiyonları görülmektedir. Bu reaksiyonlar; hırıltılı solunum, nefes darlığı, yüzde kızarma, şişme ve hipotansiyondur. İlaçların yan etkileri olarak alopesi, his kaybı, karıncalanma ve ağrıyla ortaya çıkan nöropati, kardiyak ileti bozuklukları, kas ağrısı, bulantı ve kusma yer almaktadır (Altın, 2012; Erbaycu, 2012; Görgüner, 2012). Platin grubu kemoterapi ilaçlarının en önemli yan etkisi, tübüler nekroza neden olması ve glomerüler filtrasyonu bozmasıdır. Bunun dışında, bulantı-kusma, ateş, kanın pıhtılaşma sorunları alerji, anafilaktik reaksiyonlar, hipomagnezemi ve buna bağlı hipokalsemi gibi yan etkiler görülmektedir (Altın, 2012; Erbaycu, 2012; Görgüner,

2012). Platin grubu tedavilerde hastaların böbrek fonksiyonları, hematolojik kan sonuçları ve serum elektrolitleri tedavi süresince izlenmelidir. 5-Fluorourasil ajanına bağlı yan etkiler ise kemik iliği toksisitesi, ateş, baş ağrısı, grip gibi faktörler görülmektedir. Bu çalışmada hastaların %25'i 'Oksaliplatin, Kalsiyum folinat, 5-Fluorourasil', %21'i 'Taksan grubu kemoterapötikler', %19'u 'Platin grubu kemoterapötikler/Paklitaksel-Karboplatin' tedavisi almaktadır (Altın, 2012; Erboycu, 2012; Görgüner, 2012).

Kanser hastaları hastalık süreci, tedavi sonrası ve terminal dönemde kontrolü güç olabilen çok sayıda semptomu (ağrı, uykusuzluk, iştahsızlık, konstipasyon, ağızda mukozit, nefes darlığı, endişe, yorgunluk, bulantı-kusma gibi) sıklıkla bir arada yaşamaktadır (Uysal ve ark., 2015). Kanser hasta bireyler için fiziksel, psikososyal ve sosyo-ekonomik problemleri ve sıkıntıları içeren yorucu bir süreçtir. Bu süreçte hastalar en çok yorgunluk nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirememektedir (Karakoç, 2008). Karakoç'un (2008) ayaktan kemoterapi alan yaşlı hastalarda sosyal destek ile yorgunluk arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada, hastaların %93,0'ünün kemoterapi süresince yorgunluk yaşadığını belirtmiştir (Karakoç, 2008). Aslan ve ark.'nın (2006) yaptığı çalışmada, kanser hastalarının tedavi süresince kızgınlık (%35,0), endişe (%37,9) ve sinirlilik (%39,8) gibi psikolojik belirtileri çok fazla yaşadıkları ifade edilmektedir (Aslan ve ark., 2006).

Bu çalışmada ise; hastalar tarafından hastalık ve tedavi süresince fiziksel sorunlar olarak hastaların sıklıkla yorgunluk ve halsizlik (%94) yaşadıkları bulundu; psikolojik sorunlar olarak sıklıkla baş etmede yetersizlik (%36), gelecek ile ilgili korku ve endişeler yaşandıkları (%16), sosyal sorunlar olarak ise sosyal çevreyle görüşme sıklığında azalma deneyimledikleri bildirildi. Kemoterapiye bağlı görülen yan etkileri değerlendirmek ve ortaya çıkan semptomların yönetimi konusundaki gereksinimlerin belirlenmesi, planlanması ve yaşam kalitesi adına önem taşımaktadır (Kütük, 2016). Kemoterapiye bağlı gelişen kemik iliğinin baskılanması ve diğer sistemik etkiler, sosyal ve psikolojik etkiler açısından hastalar yakından takip edilmeli ve kemoterapinin yan etkileri konusunda bilgilendirilmelidir. Hastaların yaşadıkları yorgunluğun en aza indirilmesi ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilmeleri konusunda desteklenmeleri gerekmektedir ve hasta-aile

eğitimleri yapılmalıdır. Hastalar sorunlarla baş etme sürecinde psikolojik destek almaları konusunda yönlendirilmeli ve mevcut sosyal destek kaynakların etkin şekilde kullanmaları konusunda teşvik edilmelidir. Örneğin; hastalar psikiyatrik destek ve danışmanlık merkezlerine yönlendirilebilir, tedavisi tamamlanmış, olumlu deneyimleri olan ve baş etme becerileri gelişmiş başka kanser hastalarıyla görüşmeler planlanabilir, palyatif destek veren merkezlerle işbirliği yapılarak hastaya problem çözme, kaygı ve stresle baş etme konularıyla ilgili bilgi verilebilir.

Prognozun ilerlemesi ve tedaviyle ilişkili olumsuz yan etkiler hastalarda hayatta kalım, yaşam kalitesi, fonksiyonel performans durumu, kilo kaybı ve günlük aktivitelerin gerçekleştirilmesi konularında yetersizlikler gelişmektedir (Özden ve ark., 2008). Hastaların fonksiyonel yaşam kalitesinin belirlenmesine yönelik ECOG performans değerlendirme skalası gibi birçok tanılama aracı bulunmaktadır. Gültekin ve ark.'nın (2008) ileri evre küçük hücreli dışı akciğer kanserli 40 hastayla yaptığı çalışmada hastaların ECOG performans skorunun belirli düzeyde etkilendiği belirlenmiştir [(%20,5) skor 0; (%44,1) skor 1; (%32,4) skor 2; (%3) skor 3] (Gültekin ve ark., 2008). Bu çalışmada ise hastaların çoğunun %32'si performans skoru 1 (semptomatik fakat tamamen ayakta); %26'sı 2 (semptomatik %50'den daha az ayakta); %17'sinin ise 3 (semptomatik %50'den daha fazla yatakta) bulundu. Bu sonuçlar bu çalışmada kanser hastalarında ECOG performans skoruna göre, performans düzeyinin çoğunlukla orta düzeyde olduğu, hastaların fonksiyonel performans düzeyinin geliştirilmesi konusunda desteğe ihtiyaç olduklarını göstermektedir. Bu doğrultuda hastalık ve tedavi etkisiyle baş etme, öz bakım gereksinimlerinin karşılanması konularında hasta ve ailesine eğitim verilmesi önem taşır. Hastaların fiziksel, emosyonel ve sosyal iyilik halinin desteklenmesi durumunda tedaviye olan uyum ve hastanın performans düzeylerinin olumlu yönde etkileneceği göz önüne alınmalıdır.

### **7.3. KEMOTERAPİ UYGULANAN KANSER HASTALARINDA PİPER YORGUNLUK ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI**

Yorgunluk hem kanser hem de uygulanan kemoterapi nedeniyle hastaların çoğunluğu tarafından deneyimlenen ve günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkileyen bir semptomdur (Karakoç, 2008). Hastalar yorgunluğu güç ve performansta azalma, günlük yaşam aktivitelerini yapmada zorlanma, halsizlik, zayıflık, enerji kaybı, bitkinlik, depresyon, unutkanlık, dikkat dağınıklığı, motivasyon eksikliği ve uyku kalitesinde azalma olarak tanımlamıştır (Demiralp ve ark., 2010; Yaranoglu, 2012). Hastalar tarafından farklı anlatılar kullanılarak tanımlanan bu sorun bireysel özelliklere, hastalıkla baş etme becerilerine, hastalığının prognozunun nasıl ilerlediğine ve uygulanan tedavinin türüne göre süre, sıklık ve yoğunluk açısından farklılık göstermekle birlikte, bireyin günlük yaşam aktivitelerinden uzaklaşmasına neden olan enerji eksikliği duygusunun öznel algılamasıdır (Can, 2006). Kanser hastaları fiziksel olarak kendini güçsüz hissettiğinden beden işlevlerinde zayıflama, duygusal alanda mutsuzluk, öfke, gelecek hakkında belirsizlik, umutsuzluk, intihar düşünceleri ve sosyal izolasyon gibi sorunlar yaşamaya başlarlar (Saygılı, 2012).

Yorgunluk hastalarının sosyal ilişkilerini, çalışma durumunu ve günlük aktivitelerini etkilemektedir. Hastalığın her döneminde ortaya çıkabilen yorgunluk yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyerek, işlevsel alanda sınırlamalara yol açmaktadır (Bağ, 2012; Işık, 2014). Yorgunluk semptomunun en aza indirilmesi hastanın yaşam kalitesini artırarak, geleceğe ilişkin planlar yapabilmesini kolaylaştıracaktır (Turan Kavradım ve Canlı Özer, 2014). Bu doğrultuda bireyle birlikte fiziksel ve mental aktivitelerin desteklenmesi konularında planlamalar yapılmalı; bireyin kendisini rahat ve gevşemiş hissetmesine yönelik girişimler uygulanmalıdır (Turan Kavradım ve Canlı Özer, 2014). Yorgunluk yönetiminde non-farmakolojik yöntemler olarak eğitim, hafif egzersiz, uyku kalitesinin artırılması, enerji koruyucu girişimler, psikososyal girişimler (başka kanser hastalarıyla görüşürme, psikiyatriye yönlendirme, sosyal aktivitelerin planlanması) restoratif girişimler ve beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesi önerilir (Yaranoglu, 2012).

Hintistan ve ark.'nın (2012) hematolojik kanser tanısıyla kemoterapi alan 82 hastayla yaptığı çalışmada hastaların kemoterapi nedeniyle en sık yaşadığı semptomlar arasında en yüksek oranla yorgunluk (%97,5) semptomunun olduğu saptanmıştır (Hintistan ve ark., 2012). Karakoç'un (2008) ayaktan kemoterapi alan 60 yaş üzeri 71 kanser hastayla Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası kullanarak yaptığı bir çalışmada deneyimlenen yorgunluk şiddeti hastaların %3'ünde çok hafif, %42,4'ünde hafif, %28,8'inde orta, %25,7'sinde şiddetli ya da çok şiddetli olarak belirtilmiştir (Karakoç, 2008). Kuhnt ve ark.'nın (2009) ilk kanser tedavisini takiben yaptıkları iki yıllık izlem çalışmasında, kanser hastaların %36'sında hafif derecede, %12'sinde ciddi derecede yorgunluk olduğunu belirlemişlerdir (Kuhnt ve ark., 2009). Can'ın (2001) ayaktan kemoterapi tedavisi alan 90 meme kanserli hastada Piper Yorgunluk Ölçeği kullanarak yaptığı bir çalışmada yorgunluğun sırasıyla en fazla duyuşsal/duygusal fonksiyonları etkilediği, günlük gereksinimleri sürdürmeyi orta derecede engellediği ve bilişsel/ruşsal fonksiyonları en az etkilediği bulunmuştur (Can, 2001). Saygılı'nın (2012) kemoterapi gören GİS kanserli 233 hastayla yaptığı çalışmada Piper Yorgunluk Ölçeği puanı ve alt boyut puanları, Davranış/Şiddet alt boyut puan ortalaması  $6,2\pm 2,2$ ; Duygulanım alt boyut puan ortalaması  $6,3\pm 2,0$ ; Bilişsel alt boyut puan ortalaması  $6,1\pm 2,4$ ; Duyusal alt boyut puan ortalaması  $6,4\pm 2,2$  ve toplam ölçek puan ortalaması  $6,2\pm 1,9$  olarak elde edilmiştir. Bu sonuca göre kanser hastalarında yorgunluk düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur (Saygılı, 2012).

Yaranoğlu'nun (2012) 60 kemoterapi alan akciğer kanseri hastayla yaptığı bir çalışmada, hastaların PYÖ Davranışsal alt boyutundan  $38,0\pm 14,4$ ; Duygulanım alt boyutundan  $31,7\pm 10,8$ ; Duyusal alt boyutundan  $32,6\pm 10,2$  ve Bilişsel alt boyutundan  $28,6\pm 10,9$  puan aldığı ve toplam ölçek puanının ise  $131,1\pm 41,2$  olduğu bulunmuştur. Katılımcıların yorgunluk dereceleri değerlendirildiğinde %16,7'sinin hafif, %50'sinin orta ve %33,3'ünün şiddetli derecede olmak üzere tamamının (%100) yorgunluk yaşadığı bulunmuştur. Elde edilen sonuçlara göre kanserli hastaların yaygın şekilde yorgunluk yaşadığı tespit edilmiştir (Yaranoğlu, 2012).

Bu çalışmada ise kemoterapi alan kanser hastalarında Piper Yorgunluk Ölçeği 'Davranışsal' alt boyutu puan ortalaması  $4,50\pm 3,17$ , Duygulanım alt boyutu puan ortalaması  $4,60\pm 3,28$ , Duygusal alt boyutu puan ortalaması  $3,97\pm 3,32$  ve Bilişsel alt

boyutu puan ortalaması  $3,37 \pm 2,91$  ve toplam ölçek puan ortalama değeri  $4,13 \pm 3,06$  bulundu. Bu puanlar doğrultusunda kemoterapi alan kanser hastalarının orta düzeyde yorgunluk yaşadıkları, hastaların en fazla Duygulanım alt boyutu, en az Bilişsel alt boyutunda olumsuz etkilenmeler deneyimledikleri belirlendi. Hastalarda oluşan yorgunluğun davranışlar üzerindeki etkilerinin sorgulanması amacıyla yorgunluğun günlük yaşam aktivitelerini, iş faaliyetlerini sürdürmede yetersizlik, sevdiği etkinlikleri yapmada azalma olması; duygulanım açısından yorgunluğun anormal, yıpratıcı, olumsuz, kuvvetsiz, dinlenmemiş ve uykulu gibi etkileri yakından incelenmesi önerilir. Hasta bireyler arasında farklar olmakla birlikte, fiziksel ve zihinsel işlevleri etkileyen yorgunluk söz konusudur (Güleç ve Büyükkınacı, 2011).

Yorgunluğa neden olan etkenlerin belirlenmesine ve yorgunluğa neden olan kemoterapi protokolünü alan hastalarda yorgunluk kontrolüne yönelik daha spesifik girişimlerin planlanmasına gereksinim vardır. Yorgunluk yönetimi temel eğitim ve danışmanlıkla başlamaktadır. Hasta ve aileye eğitim ve danışmanlık kapsamında aktiviteyi arttırma/egzersiz programı oluşturmak, psikolojik desteğin sağlanması, uyku-istirahatın desteklenmesi, yeterli beslenmenin sağlanması ve diyetin düzenlenmesi yorgunluğun yönetimindeki etkinliğine odaklanarak hastaların yaşam kalitesi desteklenmelidir (Can, 2006; Usta Yeşilbalkan, 2007). Hastaların gün içerisinde dinlenmesi gerektiği ve yorgunluğu azaltıcı alternatif aktivitelere (akupunktur, yoga vb.) katılması konusunda bilgi verilmelidir (Uğur, 2014).

#### **7.4. KANSER HASTALARINDA FONKSİYONEL YAŞAM ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI**

Kanser ve tedavisi bireyin yaşamını fiziksel, psikososyal ve ekonomik açıdan olumsuz yönde etkilemektedir. Kanser hastasının günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmelerini temel gereksinimlerini karşılamalarını günlük rollerini gerçekleştirmelerini sağlık ve iyilik durumunu sürdürmelerini güçleştirmektedir (Karakaş, 2014). Kanser tedavisinin yan etkileriyle birlikte, kanser tanısı ile ilişkili olumsuz duygu ve düşünceler sonucu hastalar anksiyete, bunalım, çöküntü, ağrı, cinsel yaşamda yetersizlikler, yorgunluk, benlik kavramında değişme gibi semptomlar yaşamaktadır, geleceğe yönelik beklenti ve planları değişebilmektedir (Altıparmak, 2011). Kanser hastalarında fonksiyonel yaşam kalitesinin en çok halsizlik, yorgunluk ve buna bağlı olarak performans düşüklüğünden etkilendiği bilinmektedir. Nötropeni, iştahta azalma, beslenme bozukluğu, hormonal bozukluklar, sitokin değişiklikleri, uyku bozuklukları, psikososyal sorunlar ve azalmış aktivite gibi faktörler hastaların günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmelerini olumsuz yönde etkilemektedir (Uğur Bilgin, 2014).

Dedeli ve ark.'nın (2008) 105 hastayla yaptığı çalışmada kemoterapi alan kanserli bireylerin Fonksiyonel Yaşam Ölçeği puanları düşük ( $92,3\pm 7,2$ ) bulunmuştur (Dedeli ve ark., 2008). Çalışkan ve ark.'nın (2015) kemoterapi alan 102 kanser hastasıyla EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Version 3.0 Ölçeği kullanılarak yaptığı bir çalışmada, Genel Sağlık Durumu alt ölçeği puan ortalaması  $55,96\pm 24,21$  olarak orta düzeyde bulunmuştur. Semptom ölçeği bölümünde en yoğun görülen üç semptom yorgunluk, iştahsızlık ve uykusuzluk olduğun belirlenmiştir. Hastaların Fonksiyonel Ölçek ve Genel Sağlık Durumu ölçeği puanının yüksek olması; Semptom Ölçeği puanının düşük olması ise yaşam kalitesinin yüksek olduğunu sonucu elde edilmiştir. Çalışkan ve ark.'nın (2015) çalışmada kanser hastalarında yaşam kalitesinin orta düzeyde olduğu, hastaların ailesinden algıladığı sosyal desteğin yüksek olduğu, sosyal destek düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin arttığı saptanmıştır (Çalışkan ve ark., 2015). Aydın Bektaş'ın 2005 yılında kemoterapi alan 120 kanser hastasıyla yaptığı bir çalışmada Fonksiyonel Yaşam Ölçeği puanı  $102,22$

$\pm 20,33$  bulunmuştur. Aydın Bektaş'ın bu çalışmasında hastalarda fonksiyonel performans sınırlılıklarının fazla olduğu, fonksiyonel yaşam toplam ölçek puanının düşük ve hastaların fonksiyonel durumlarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır (Aydın Bektaş, 2005).

Bu çalışmada ise hastaların FYÖ toplam puan ortalama değeri  $107,90 \pm 27,37$  bulundu. Bu puan ortalaması kemoterapi gören hastaların fonksiyonel durumlarının orta düzeyde etkilendiğini göstermektedir. Fonksiyonel durumların orta düzeyde etkilenmiş olması hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme konusunda orta düzeyde sorunlar yaşadıklarına işaret etmektedir. Bu kapsamda, hasta ailelerine yönelik bütüncül yaklaşımın (bireyin duygusal, fiziksel, sosyal ihtiyaçların bütün olarak ele alınması takip edilmesi desteklenmesi) benimsenmesi; hastalara eğitim verilerek hastalık ve tedaviye bağlı semptomların yönetilmesi, kendi öz bakım sorumluluğu ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürmeleri desteklenerek fonksiyonel yaşam kalitesi geliştirilebilir (Akçay ve Gözüm, 2012). Kanserli hastalar kemoterapi ve radyoterapinin yan etkileri nedeniyle depresyon, ağrı, konstipasyon, kilo kaybı, alopesi, bulantı, kusma, sıvı elektrolit dengesizlikleri, mukozit, yorgunluk, pansitopeni, endişeli olma, sosyal aktivitelere katılma istediğinde azalma gibi fiziksel ve emosyonel semptomları yoğun şekilde yaşamaktadırlar (Akdemir ve Aydın Bektaş, 2006). Aile üyelerinden alınan sosyal destek ve duygusal destek kanser hastaları için yararlı olmakta, hastalık, tedavi ve tedavisi sonrası sürecinde, fiziksel ve psikolojik uyum derecesini artırarak performans durumunu yani yaşam kalitesi üzerinde olumlu yönde etkiler oluşturur (Bırakmaz, 2009; Çalışkan ve ark., 2015). Hastanın yaşam kalitesinin yükseltilmesi psikiyatrist, psikolog, sosyal destek birimleri, diyetisyen, fizyoterapist ve onkoloji hemşiresinin içinde olduğu multidisipliner ekip çalışmasını gerektirir (Gültekin ve ark., 2008).



## **7.5. PİPER YORGUNLUK ÖLÇEĞİ VE FONKSİYONEL YAŞAM ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI İLE İLİŞKİLİ KİŞİSEL VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİN TARTIŞILMASI**

Kanser hastalarında hastalığın prognozu hastanın yaşına, cinsiyetine, primer kanser alanına, evresine, kanser tedavisine (kemoterapi, radyoterapi, cerrahi) ve tedavi ile ilişkili yan etkilere (yorgunluk, performans durumunda azalma, ağrı, bulantı, uykusuzluk gibi), başka bir kronik hastalık varlığına, meslek, sigara kullanımı gibi faktörlere göre değişkenlik göstermektedir (Çanak, 2013; Uğur, 2014).

Çalışkan ve ark.'nın (2015) kemoterapi gören 102 kanser hastası üzerinde yaptıkları bir çalışmada cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, sosyal güvenceye sahip olma, çalışma durumu ve hastanın birlikte yaşadığı kişi değişkenlerine göre Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Genel İyilik Hali alt ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Çalışkan ve ark., 2015). Dehkordi ve ark.'nın (2009) 200 kanser hastasıyla bir yaptığı çalışmada; hastaların yaşam kalitesinde yaş, cinsiyet, medeni durum, hastalık süresi, ekonomik durum, mesleki durumu ve eğitim düzeyi arasında ilişki saptanmamıştır (Dehkordi ve ark., 2009). Gelin ve Ulus'un (2012) kemoterapi alan 116 hastayla yaptığı bir çalışmada erkeklerde Fonksiyonel İyilik Hali ölçek puanlarının, kadınlarda ise Duygusal Durum alt ölçek puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada, ailesiyle beraber yaşayan, ekonomik sıkıntı çekmeyen hastaların fonksiyonel iyilik durumları, ekonomik durumu yetersiz olan hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Gelin ve Ulus, 2015). Dedeli ve ark.'nın (2008) bir çalışmasında kemoterapi alan (n=105) kanser hastalarının Fonksiyonel Yaşam Ölçeği'nden aldığı madde toplam puanları arasındaki ilişkiler incelendiğinde; yaş grubu, medeni durum, eğitim ve meslek/iş değişkenlerine göre ölçek toplam puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Dedeli ve ark., 2008). Erdem ve Güngörmüş'ün (2014) onkoloji servisinde oral mukozit gelişen 121 hastayla yaptığı bir çalışmasında; kanser dışında kronik hastalığı olmayan kanser hastaların yaşam kalitesi puanları daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Güngörmüş ve Bulut Erdem, 2014). Altıparmak ve ark.'nın (2011) kemoterapi alan 84 akciğer kanseri hastasıyla yaptığı bir çalışmasında öz bakım gücü ile yaşam kalitesi alanları karşılaştırıldığında, öz bakım gücü ile fiziksel

fonksiyon, rol fonksiyonu ve sosyal fonksiyon alt boyutları arasında pozitif bir ilişki belirlenmiştir (Altıparmak ve ark., 2011). Kılıçkap'ın (2009) 1549 kanserli hastayla yapılan bir çalışmada, EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları ile hastalara ait demografik ve klinik veriler arasındaki ilişkiyi incelenmiş olup cinsiyet, medeni durum, önceki kanser öyküsü ve yaş ile genel yaşam kalitesi skoru arasında bir ilişki olduğu bulunmamıştır. Düşük performans durumu, aile öyküsü olan, yatarak izlenen ve aktif tedavi verilen hastalar, ileri evre ve metastaz varlığı anlamlı derecede düşük genel yaşam kalitesi skorları ile ilişkili olduğu, ayrıca aile desteği olan, eğitim düzeyi yüksek ve gelir durumu iyi olan hastalarda yaşam kalitesinin daha iyi olduğu bulunmuştur (Kılıçkap, 2009).

İstek (2008) tarafından 70 kolorektal kanserli hastayla Kısa Yorgunluk Sorgulaması Formu kullanılarak yapılan bir çalışmada yorgunluğun kolorektal kanserli hastalarda sosyodemografik değişkenler ile hastalık ve sürece bağlı (evre, beden kitle indeksi, ameliyat geçirme durumu) değişkenlerden etkilenmediği saptanmıştır (İstek, 2008).

Bu çalışmada Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği alt boyut puanları ve toplam ölçek puanları hastaların sosyodemografik, sağlık durumu ve hastalığa ilişkin özelliklerine göre karşılaştırıldı. Fonksiyonel Yaşam Ölçeği cinsiyete göre karşılaştırıldığında Genel İyi Hali alt boyut puanı, kadın hastaların erkek hastalara göre daha yüksek olduğu bulundu. Bu çalışmada Piper Yorgunluk Ölçeği tüm alt boyut ve toplam ölçek puanları arasında hastaların cinsiyet değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamakla birlikte, kadın hastaların Piper Yorgunluk Ölçeği tüm alt boyut ve toplam ölçek puanları erkek hastalara göre daha düşük bulundu. Sonuçlar erkek hastaların daha fazla yorgunluk yaşadıkları, erkek hastaların fonksiyonel performans durumu, günlük yaşam aktivitelerinin gerçekleştirilmesi konusunda daha fazla desteklenmeye ihtiyacı olduğuna işaret etmektedir. Yorgunluk düzeyinin erkeklerde daha fazla olmasının bireysel kanser tanısı ve tedavi özellikleriyle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Erkek hastaların tedavi süresince daha yakından takip edilmesi ve yorgunlukla baş etmede farmakolojik olmayan (hafif tempolu yürüyüş, sinemaya gitmek, sosyal aktivitelerde bulunmasını sağlamak, yorgunlukla baş etme konularında eğitim vermek) yöntemlerin kullanılması konusunda desteklenmelidir.

Yaranoğlu'nun (2012) kemoterapi alan 60 akciğer kanseri hastayla yaptığı çalışmada, 18-44 yaş grubunda yer alan katılımcıların fonksiyonel durumlarının 45-64 yaş ve 65 yaş ve üzeri gruba göre daha iyi olduğu, ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (Yaranoğlu, 2012). Bu çalışmada ise FYÖ ve PYÖ toplam puan ortalamaları hastaların yaş grubuna göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Ancak, FYÖ Fiziksel Fonksiyonlar alt boyutu ile hastaların yaş ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif yönde ve çok düşük düzeyde bir ilişki saptandı ( $r = -0,21$ ,  $p = 0,03$ ). İstatistiksel olarak anlamlı bu ilişki yaş arttıkça hastaların fonksiyonel yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiğini göstermektedir. Bu da hastaların yaş artışıyla paralel olarak bağımlılık oranlarının artması ve hastalık süresince bakıma ihtiyaçlarının artması ile ilişkilendirilebilir. Ayrıca kanser tanısının ilerleyen yaşlarda belirti vermesi bu da hastalığın prognozunun daha şiddetli olmasına neden olabilir.

Bu çalışmada hastaların yaşları ile PYÖ alt boyut ve toplam ölçek puanı arasındaki ilişkiler incelendiğinde ise PYÖ Duygulanım, Duygusal ve Bilişsel alt boyutları ile hastaların yaşları arasında istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönde ve çok düşük düzeyde bir ilişki saptandı. Bu sonuç yaş artışıyla paralel olarak yorgunluk düzeyinin de arttığını göstermektedir. Yaşlı bireylerde bakım verme konusunda ailesine yardımcı olunması, ev içerisinde ufak işleri kendisinin yapması konusunda teşvik edilmeli ve danışmanlık verilmelidir.

Bu çalışmada Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Fiziksel Fonksiyonlar alt boyut puanları hastaların eğitim durumuna göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Bu bulgu eğitim seviyesi arttıkça hastaların FYÖ Fiziksel Fonksiyonlar puanlarının arttığını göstermektedir. Bu sonuç, eğitim düzeyi yüksek olan bireylerde fonksiyonel performansın daha yüksek olduğuna işaret etmektedir. Buna göre, eğitim düzeyi yüksek hastalar kanser tedavi sürecinde daha bilinçli oldukları için yan etkilerle daha etkin baş ettikleri ve sağlığı koruma, geliştirme konularında daha çok bilgiye sahip oldukları düşünülmektedir. Bu sonuç ile ilişkili olarak eğitim düzeyi düşük hastaların tedavi süresince yaşadıkları güçlükler ve baş etme becerileri yönünden daha yakından izlenmesi ve desteğe gereksinimi olduğu söylenebilir.

Piper Yorgunluk Ölçeği'ne bakıldığında ise; Duygulanım, Duygusal ve Bilişsel alt boyutları ve PYÖ toplam ölçek puanları arasında hastaların eğitim durumuna istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Buna göre eğitim seviyesi düştükçe hastaların PYÖ puanlarının arttığı görülmektedir. Bu sonuç eğitim düzeyinin düşmesiyle paralel olarak olan hastalarda yorgunluk düzeyinin arttığını göstermektedir. Eğitim durumu düşük olan hastaların yorgunluk ile baş etme konusunda daha fazla desteklenmesi önerilmektedir.

Bu çalışmada Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve PYÖ puanları hastaların mesleğine göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Buna göre FYÖ Fiziksel Fonksiyonlar alt boyutunda memur hastaların puanları, serbest meslek sahibi, ev hanımı ve çalışmayan hastaların puanlarına göre; FYÖ Sosyal Fonksiyonlar alt boyutunda memur, serbest meslek sahibi ve ev hanımı hastaların puanları çalışmayan hastaların puanlarına göre; FYÖ toplam ölçek puanında ise memur hastaların puanları çalışmayan hastaların puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu. Bu sonuç çalışmayan hasta grubunun fonksiyonel performans durumu daha olumsuz yönde etkilendiğini ve çalışmayan hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme konusunda daha fazla desteğe ihtiyaçları olduğunu düşündürmektedir.

Piper Yorgunluk Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde ise; çalışmayan hastaların puanları diğer meslek grubunda olan hastaların puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu. Bu doğrultuda çalışmayan hastaların yorgunluk düzeyinin kontrolüne yönelik daha fazla desteğe gereksinim olduğunu düşündürebilir. Ayrıca herhangi bir işle uğraşı olmadığı için toplum içerisinde daha az vakit geçirdikleri ve meşguliyetlerin az olması, dikkatin hastalık üzerine yoğunlaşmasına ve dolayısıyla yorgunluk düzeyinin daha şiddetli hissedilmesine de yol açabileceğinden bu grup hastaların sevdikleri işlerle uğraşmaları ve yorgunluğu azaltacak aktivitelere yönlendirilmeleri yararlı olacaktır.

Bu çalışmada evde yalnız yaşayan hastaların FYÖ Sosyal Fonksiyonlar alt boyut puanları, evde bir kişiyle yaşayan hastaların puanlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı fark derecede daha yüksek saptandı. Buna göre evde yalnız yaşayan hastaların fonksiyonel yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Bu durumun hastaların ailesiyle bir arada yaşamının beraberinde getirdiği rol ve

sorumluluklarındaki artışın etkisiyle olduğu düşünülmektedir. Bu sonuca göre sosyal rol ve sorumlulukların paylaşımı konusunda hasta bireyin ailesiyle iş birliği yapılması günlük yaşam aktivitelerinin desteklenmesine daha çok gereksinim olduğu dikkat çekmektedir.

Bu çalışmada kronik hastalığı olmayan hastalarda FYÖ puan ortalamaları kanser dışında kronik hastalığı olan hastaların puanlarına göre daha yüksek olduğu, PYÖ puan ortalamaları ise kronik hastalığı olan hastaların puanlarına göre daha düşük olduğu belirlendi. Bu sonuçlar, kanser dışında kronik hastalığı olan hastaların fonksiyonel yaşam kalitesinin daha olumsuz etkilendiğine, yorgunluk düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Kanser hastalığı, kanser tedavi süreci ve yan etkilerini kabullenmeye çalışırken, başka kronik hastalıkların olması hastaları tükenmişliğe, ümitsizliğe ve güçsüz hale getirdiği, uyum sorunlarının ortaya çıkması ile ilişkili olarak yorgunluğun arttığı ve buna bağlı olarak da yaşam kalitesinin düştüğü düşünülmektedir. Bu nedenle kanser dışında kronik hastalığı olan hastaların kronik hastalıkların yönetimi konusunda destek ve danışmanlık verilmesi önem taşımaktadır.

Bu çalışmada sağlık durumunu 'iyi' olarak niteleyen hastaların FYÖ puanları, sağlık durumunu 'kötü' ve 'orta' olarak niteleyen hastaların puanlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek saptandı. Sağlık durumunu 'kötü' olarak niteleyen hastaların PYÖ puanları sağlık durumunu 'orta' ve 'iyi' olarak niteleyen hastaların puanlarına göre; sağlık durumunu 'orta' olarak niteleyen hastaların PYÖ puanlarının ise sağlık durumunu 'iyi' olarak niteleyen hastaların puanlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek bulundu. Bu sonuç sağlık durumuna ilişkin algıları düşük olarak niteleyen hastaların daha fazla yorgunluk hissettiğini göstermekte olup, bu beklenen bir sonuç olmuştur. KT sürecinde sağlık durumu düşük olan hastalar hem fiziksel performans açısından hem de yorgunluk semptomları konusunda daha fazla desteklenmeli ve yakından takip edilmelidir.

Bu çalışmada meme kanseri olan hastaların FYÖ Genel İyilik Hali alt boyut puanları, GIS kanserleri ve 'diğer kanser türleri' grubunda olan hastaların puanlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek bulundu. Bu sonuçlar meme kanserli hastalarda fonksiyonel durumun daha iyi olduğunu, diğer kanserlerde hastaların fonksiyonel açıdan daha fazla desteğe ihtiyacı olduğunu göstermektedir. Piper Yorgunluk Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, GIS kanserleri ve 'diğer kanser türleri' grubunda yer alan hastaların PYÖ Davranışsal alt boyut puanları meme kanseri olan hastaların puanlarına göre; 'diğer kanser türleri' grubunda yer alan hastaların PYÖ Duygulanım alt boyutu ve toplam ölçek puanları meme kanseri olan hastaların puanlarına göre; istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek bulundu. Bu sonuçlar, meme kanseri olan hastaların diğer kanserli hastalara göre yorgunluğu daha düşük düzeyde hissettiğini göstermektedir. GIS kanseri ve diğer grupta yer alan (over kanser, prostat kanseri gibi) hastalarda yorgunluğun fazla olmasının kanser türü ve tedavisi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada kanser evresi I, II ve III olan hastaların FYÖ Fiziksel Fonksiyonlar alt boyutu puanları, kanser evresi IV olan hastaların puanlarına göre; kanser evresi II olan hastaların FYÖ Genel İyilik Hali, Gastrointestinal Semptomlar alt boyutları ve FYÖ toplam ölçek puanları ise kanser evresi IV olan hastaların puanlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek bulundu. Bu puan ortalamaları kanser evresi IV olan hastalarda yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu göstermektedir. Prognozu, kombine kemoterapi protokollerinin yoğun olması, metastazların daha yaygın olması (karaciğer metastazı, beyin metastazı, kemik metastazı gibi), cerrahi şansının olamaması ve ağrıların daha şiddetli olması ileri evre kanserlerde fonksiyonel yaşam kalitesinin daha olumsuz etkilenmesine yol açar. Evre IV hastaların günlük aktiviteleri konusunda desteklenmesi, bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve hasta ve ailesinin eğitilmesi semptom kontrolünü ve genel durumu olumlu yönde etkileyecektir. Bu çalışmada ayrıca kanser evresi IV olan hastaların puanları, kanser evresi I ve II olan hastaların puanlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulundu. Bu sonuçlar, evre IV kanser hastalarında yorgunluğun daha fazla olduğunu göstermektedir. Hastalığın ileri evrelerinde tanı konması ve bu evrelerde tedavilerin daha yoğun olması beraberinde psikolojik, duygusal anlamda yıpratıcı duyguların yaşanması ve hastaların ümitsizlik

hissetmelerine ve yorgunluğun daha fazla yaşanmasına neden olabilmektedir. Bu hastalar yorgunluk semptomları yönünden takip edilmeli, palyatif bakım girişimleri planlanmalı ve psikolojik destek almaları sağlanmalıdır.

Bu çalışmada ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, ‘Doksorubisin + Siklofosfamid + Paklitaksel’ tedavisi olan hastalarda FYÖ puanları en yüksek, ‘Sisplatin+Gemsitabin’ tedavisi gören hastalarda en düşük bulunduğu dikkat çekmektedir. ‘Sisplatin+Gemsitabin’ tedavisi gören hastalarda Sisplatin tedavisine bağlı akut tübüler nekroz, glomerüler filtrasyon yetersizliği ve elektrolit (sodyum, potasyum, magnezyum) dengesizlikleri; Gemsitabin tedavisine bağlı olarak kemik iliği baskılanması (pansitopeni, anemi, lökopeni, trombositopeni) görülmektedir (Altın, 2012; Erbaycu, 2012; Görgüner, 2012). Bu nedenle hastaların böbrek fonksiyonları, hematolojik göstergeleri ve serum elektrolitleri ‘Sisplatin+Gemsitabin’ tedavisi süresince daha yakından takip edilmeli ve bol hidrasyon sağlanmalıdır.

Bu çalışmada ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, ‘Sisplatin + Gemsitabin’ tedavisi olan hastalarda PYÖ puanları en yüksek, ‘Doksorubisin + Siklofosfamid + Paklitaksel’ tedavisi alan hastalarda ise en düşük olduğu dikkat çekmektedir. ‘Sisplatin + Gemsitabin’ tedavisi gören hastaların yorgunluk düzeyinin yüksek olduğu görülmektedir. Sisplatin tedavisinin böbrekleri etkilemesi, Gemsitabin tedavisinin kemik iliği baskılaması nedeniyle anemi, bulantı-kusma nedeni sıvı kayıpları, elektrolit (sodyum, potasyum, magnezyum) dengesizlikleri gibi yan etkilerden dolayı hastalarda yorgunluk düzeyinin arttığı söylenebilir. Bu hastalara ve ailesine kemoterapi yan etkileri konusunda açıklama yapılmalı ve destek gereksinimleri karşılanmalıdır.

Bu çalışmada tedavi uygulama yeri ayaktan olan hastaların FYÖ toplam ölçek puanları, tedavi uygulama yeri hastanede yatarak olan hastaların puanlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek, PYÖ toplam ölçek puanları ise istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha düşük bulundu. Kemoterapiyi hastanede yatarak alan hastaların fiziksel performans durumu düşük, yorgunluk düzeyi ise yüksek bulundu. Bu sonuçların hastaların klinik durumu ve yoğun kemoterapi protokolüyle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Yatarak tedavi alan hastalar fiziksel fonksiyonlar açısından daha fazla desteğe gereksinim duymaktadır. Yatarak tedavi

alan hastalarda anksiyete ve depresyon gibi sorunlar daha sık görülebilmektedir ve günlük aktivitelerin yerine getirilmesi konusunda bağımlılıkları artmaktadır. Hasta ve ailesi emosyonel, psikolojik ve fiziksel açıdan desteklenmelidir.

Bu çalışmada hastalıkla baş etme derecesini ‘çok iyi’, ‘iyi’ ve ‘orta’ düzey olarak niteleyen hastaların FYÖ toplam ölçek puanları, hastalıkla baş etme derecesini ‘yetersiz’ olarak niteleyen hastaların puanlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek bulundu. Piper Yorgunluk Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, hastalıkla baş etme derecesini ‘yetersiz’ olarak niteleyen hastaların puanları, hastalıkla baş etme derecesini ‘orta’ derece, ‘iyi’ ve ‘çok iyi’ olarak niteleyen hastalara göre; istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek bulundu. Bu sonuç doğrultusunda hastalıkla baş etme becerilerini yetersiz olarak niteleyen hasta grubunun fiziksel fonksiyonlar açısından daha fazla desteğe ihtiyacı olduğu ve yorgunluk semptomları yönünden daha yakından takip edilmesi gerektiği söylenebilir. Hastalar kanser ile baş etme sürecinde hastalık tanısı ve tedavi uygulamalarına uyum sağlayabilmeleri konusunda sosyal ve duygusal desteğe gereksinim duyarlar. Kanser hastalarının tanıyı kabullenmesi, kemoterapi ve hastalık sürecinde duygusal, destek almak üzere psikiyatri bölümüne yönlendirilmesi, kendini ifade etmesine yardımcı olunması, ailesine duygusal desteğin öneminin açıklanması ve sevdiği aktivitelerle uğraşması konusunda teşvik edilmesine yönelik planlamalar yapılmalıdır.

Bu çalışmada hastaların ECOG performans skorları arttıkça FYÖ toplam ölçek puanlarının düştüğü ve PYÖ toplam ölçek puan ortalamalarının arttığı belirlendi. Bu sonuç hastanın fiziksel performans düzeyi desteklenmesiyle hastaların yaşam kalitesinin artırılabilceği ve yorgunluk düzeyinin kontrol altına alınabileceğini düşündürmektedir. Hastaların fonksiyonel performansını kanser evresi, metastaz varlığı, kilo kaybı, beslenme yetersizlikleri, yaşı, hastalık tanısı ve hastalığın prognozu etkilemektedir. Hastalar uykusuzluk, şiddetli geçmeyen ağrılar, oral mukozit, depresyon belirtileri, yorgunluk gibi semptomlar yönünden takip edilmeli ve bunu etkileyen faktörler belirlenmelidir. Hastanın yatak içerisinde pasif egzersiz yapması sağlanmalı ve öz bakım gereksinimleri karşılanmalı (diş fırçalama vb) ve öz bakım aktivitelerinin kendi kendine karşılamaları konusunda teşvik edilmelidir.



## **7.6. KANSER HASTALARINDA PİPER YORGUNLUK ÖLÇEĞİ İLE FONKSİYONEL YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI**

Kanser hastaları hastalık, kanser tedavisi (radyoterapi, cerrahi tedavi, kemoterapi) ve tedavinin yan etkilerine bağlı olarak birçok sorun yaşamaktadır. En sık olarak; yorgunluk, iştahsızlık, depresyon, sosyal yaşamdan uzaklaşma, bulantı, kusma, anksiyete, ağrı, mukozit, anksiyete gibi semptomlar gelişmekte ve bunlara bağlı olarak, performans durumunda azalma, öz bakım ve günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlikler, enerjide azalma, fonksiyonel işlevleri yerine getirmede zorlanma (yürüyebilmek, banyo yapabilmek, spor aktiviteleri, kıyafetlerini giyebilmek, yemek yiyebilmek gibi) gelişmektedir.

Yorgunluk kanser hastalarının günlük yaşamlarını olumsuz etkileyen, dinlenmekle kolayca kontrol altına alınamayan, tedavi tamamlandıktan sonra dahi devam edebilen ve en sık yaşadıkları semptomdur. NCCN'nin yorgunluk klinik uygulama rehberinde yorgunluğa neden olan yedi faktör belirlenmiştir. Bu faktörler ağrı, ruhsal sorunlar, uyku bozuklukları, anemi, beslenme, aktivite düzeyi ve diğer eşlik eden hastalıklardır. Kanser dışında var olan enfeksiyon, kalp ve damar hastalıkları, renal rahatsızlıklar, karaciğer yetmezliğinin neden olduğu hastalıklar, nörolojik sorunlar, endokrin sistem hastalıkları (hipotrodizim, hipogonadizm, adrenal yetersizlik) gibi tıbbi problemler ve rahatsızlıklar yorgunluğa neden olmaktadır (Can ve ark., 2008).

Hintistan ve ark.'nın (2012) hematolojik kanserli hastaların kemoterapiye bağlı yaşadıkları semptomlara yönelik uygulamaları belirlemek amacıyla yaptığı bir çalışmada en sık yaşanan semptomun yorgunluk (%97) olduğu, yorgunluğa bağlı olarak günlük aktivitelerinin kısıtlandığını (%46,2) belirtmişlerdir (Hintistan ve ark., 2012). Yaranoğlu'nun (2012) çalışmasında akciğer kanseri hastalarda yorgunluk düzeyi arttıkça fonksiyonel yaşam kalitesinin düştüğü saptanmıştır (Yaranoğlu, 2012). Saygılı'nın (2012) GIS kanserli hastayla yaptığı araştırmada hastaların Karnofsky Performans Skala puanının yükselmesiyle paralel olarak yaşam kalitesinin

arttığı, aynı zamanda yorgunluk arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı tespit edilmiştir. Kanser hastalarında performans düzeyinin azalmasıyla birlikte, enerji ve motivasyon kaybı da yorgunluk oluşmasına neden olmaktadır. Saygılı'nın (2012) bu çalışmasında Karnofsky Performans Skala puan ortalamaları ile Piper Yorgunluk Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak negatif yönde ileri derecede anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Saygılı, 2012).

Bu çalışmada FYÖ Fiziksel Fonksiyonlar alt boyutu ile; PYÖ Davranışsal, Duygulanım, Duygusal, Bilişsel alt boyutları ve PYÖ toplam ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif yönde ve yüksek düzeyde ilişki saptandı. Bu sonuç kemoterapi alan kanser hastalarında fiziksel fonksiyonların desteklenmesiyle yorgunluk düzeyinin kontrol altına alınabileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Psikolojik Fonksiyonlar alt boyutu ile; PYÖ Duygulanım, Duygusal, Bilişsel alt boyutları ve PYÖ toplam ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif yönde ve yüksek düzeyde ilişki varken, PYÖ Davranışsal alt boyutu ile arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde ilişki bulundu. Bu sonuç psikolojik faktörlerin yorgunluk algısını etkilediğini, KT alan kanser hastalarında psikolojik sorunlarla baş etmeye yönelik destekleyici girişimlerle algılanan yorgunluk düzeyinin de kontrol altına alınabileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Genel İyilik Hali alt boyutu ile; PYÖ Davranışsal, Duygulanım, Duygusal, Bilişsel alt boyutları ve PYÖ toplam ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif yönde ve yüksek düzeyde ilişki saptandı. Bu sonuç KT alan kanser hastalarında genel iyilik halinin yorgunluk algısını etkilediği ve iyilik halini geliştirmeye yönelik girişimlerin yorgunluk kontrolü üzerinde olumlu etkileri olabileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Sosyal Fonksiyonlar ve Gastrointestinal Semptomlar alt boyutları ile; PYÖ Davranışsal, Duygulanım, Duygusal, Bilişsel alt boyutları ve PYÖ toplam ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde ilişki bulundu. Bu sonuç kemoterapi alan kanser hastalarında sosyal yaşamın ve gastrointestinal şikayetlerin yorgunluk algısını etkilediğini, sosyal yaşam ile ilişkili olumsuz etkilenmeler ve gastrointestinal

yan etkilerinin kontrolüne yönelik girişimlerle yorgunluk kontrolüne katkıda bulunabileceğini düşündürmektedir.

Bu çalışma, Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif yönde ve yüksek düzeyde ilişki saptandı ( $r_s = -0,88$   $p < 0,01$ ). Bu sonuç özetle kemoterapi alan kanser hastalarında yorgunluk ve yaşam kalitesi arasında güçlü ilişki olduğunu, yorgunluk arttıkça fonksiyonel yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiğini göstermektedir ve de yorgunluk düzeyinin kontrol altına alınmasıyla yaşam kalitesinin geliştirilebileceğini düşündürmektedir.



## 8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kanser tanısı alarak kemoterapi uygulanan hastaların yorgunluk düzeylerinin fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada araştırma bulguları şu şekilde özetlenebilir:

### *Hastaların sosyo-demografik özellikleri*

- Hastaların %62'si kadın olup yaş ortalaması  $56,53 \pm 13,56$ 'dir. Hastaların %79'u evli olduğu %57'si ilkokul mezunudur ve %89'u çalışmamaktadır.

### *Hastaların sağlık durumu ve hastalığa ilişkin özellikleri*

- Hastaların %41'inde kanser dışında kronik hastalık öyküsü vardır.
- Hastaların %14'ü akciğer kanseri, %31'i meme kanseri, %29'u gastrointestinal kanser tanısıyla tedavi görmektedir. Hastaların %17'sinin III. evrede ve %64'ünün hastalığın IV. evrede iken kanser tanı aldığı belirlendi. Hastaların %35'i 6 aydan kısa bir süre önce, %28'i 1-2 yıl önce kanser tanısı almıştır. Hastaların %25'i tedavi olarak 'Oksaliplatin, Kalsiyum folinat, 5-Fluorourasil', %21'i 'Taksan grubu ajanlar' almaktadır. Hastaların %21'i 1 kür ve %33'ü 6 kür ve üzeri kemoterapi tedavi aldığını bildirdi.

### *Piper Yorgunluk Ölçeği puan ortalamalarına ilişkin bulgular*

- Piper Yorgunluk Ölçeği'nden alınan en düşük madde puanı  $2,87 \pm 2,96$  (23.madde), en yüksek madde puanı  $5,07 \pm 3,57$  (2.madde) bulundu
- Davranışsal alt boyutu puan ortalaması  $4,50 \pm 3,17$ , Duygulanım alt boyutu puan ortalaması  $4,60 \pm 3,28$ , Duyusal alt boyutu puan ortalaması  $3,97 \pm 3,32$  ve Bilişsel/Ruhsal alt boyutu puan ortalaması  $3,37 \pm 2,91$ , Piper Yorgunluk Ölçek toplam puan ortalama değeri  $4,13 \pm 3,06$  bulundu.

### *Fonksiyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarına ilişkin bulgular*

- Hastaların 'Hiçbir zaman'dan 'Sürekli' ye kadar 1'den 7'e kadar verdikleri yanıtlara göre FYÖ'nde en yüksek puanı ( $6,78 \pm 0,66$ ) '21. Size uygulanan

tıbbi tedaviye ne kadar güveniyorsunuz?' maddesi alırken, en düşük puanı (1,40±0,70) '4. Dinlenmeye fırsat bulabiliyor musunuz?' maddesi aldı.

- Buna göre Fiziksel Fonksiyonlar alt boyutu puan ortalaması 38,58±13,20, Psikolojik Fonksiyonlar alt boyutu puan ortalaması 31,61±6,84, Genel İyi Hali alt boyutu puan ortalaması 15,83±4,84, Sosyal Fonksiyonlar alt boyutu puan ortalaması 11,81±2,75 ve Gastrointestinal Semptomlar alt boyutu puan ortalaması 10,07±3,69 bulundu.
- Fonksiyonel Yaşam Ölçeği toplam puan ortalama değeri 107,90±27,37'dir.

*Piper Yorgunluk Ölçeği ve Fonksiyonel Yaşam Ölçeği puan ortalamaları ile ilişkili kişisel ve hastalığa ilişkin özellikler*

- Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve alt boyut puanları (Genel İyi Hali alt boyutu hariç) toplam ölçek puanı, PYÖ alt boyut ve toplam ölçek puanları arasında cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ). Buna karşın, FYÖ Genel İyi Hali alt boyut puanları hastaların cinsiyetine göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,05$ ). Kadın hastaların FYÖ Genel İyi Hali alt boyut puanları erkek hastaların puanlarına göre daha yüksek bulundu.
- İstatistiksel düzeyde anlamlı fark saptanmamakla birlikte, kadın hastaların FYÖ puan ortalamaları, erkek hastaların puanlarına göre daha yüksek, PYÖ puanları erkek hastaların puanlarına göre daha düşük bulundu.
- Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği puan ortalamaları arasında yaş grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ( $p>0,05$ ). FYÖ Fiziksel Fonksiyonlar alt boyut puan ortalamaları ile hastaların yaş ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif yönde ve çok düşük düzeyde ilişki belirlendi ( $r = -0,21$ ,  $p = 0,03$ ). FYÖ diğer alt boyut ve toplam ölçek puanları ile hastaların yaşları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p>0,05$ ).
- PYÖ Duygulanım, Duyusal ve Bilişsel/Ruhsal alt boyutları ile hastaların yaşları arasında istatistiksel açıdan anlamlı, pozitif yönde ve çok düşük düzeyde ilişki olduğu saptandı ( $p<0,05$ ). Buna karşın PYÖ Davranışsal alt

boyutu ve toplam ölçek puanı ile hastaların yaşları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p>0,05$ ).

- Eğitim seviyesi arttıkça hastaların Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Fiziksel Fonksiyonlar alt boyut puan ortalamalarının arttığı saptandı ( $p<0,05$ ).
- Piper Yorgunluk Ölçeği Duygulanım, Duyusal ve Bilişsel/Ruhsal alt boyut puanları ve PYÖ toplam ölçek puanları arasında hastaların eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0,05$ ). Eğitim seviyesi arttıkça Piper Yorgunluk Ölçeği Duygulanım, Duyusal ve Bilişsel/Ruhsal alt boyutları ve toplam ölçek puanlarının düştüğü bulundu ( $p<0,05$ ).
- İstatistiksel düzeyde anlamlı olmamakla birlikte ( $p>0,05$ ), kronik hastalığı olmayan hastalarda FYÖ puan ortalamaları kronik hastalığı olan hastaların puanlarına göre daha yüksek, PYÖ puan ortalamaları kronik hastalığı olan hastaların puanlarına göre daha düşük belirlendi.
- Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Genel İyilik Hali alt boyut puanları, PYÖ Davranışsal, Duygulanım ve toplam ölçek puanları arasında hastalık tanısına göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ( $p<0,05$ ). Buna göre meme kanseri olan hastaların FYÖ Genel İyilik Hali alt boyut puanları, GIS kanserleri ve 'diğer kanser türleri'' grubunda olan hastaların puanlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksektir.
- GIS kanserler ve 'diğer kanser türleri' grubunda yer alan hastaların Piper Yorgunluk Ölçeği Davranışsal alt boyut puanları, meme kanseri olan hastaların puanlarına göre; 'diğer kanser türleri' grubunda yer alan hastaların PYÖ Duygulanım alt boyutu ve toplam ölçek puanları, meme kanseri olan hastaların puanlarına göre daha yüksek saptandı.
- Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği puan ortalamaları kanser evresine göre karşılaştırıldığında, arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,05$ ). Kanser evresi I, II ve III olan hastaların FYÖ Fiziksel Fonksiyonlar alt boyutu puanları, kanser evresi IV olan hastaların puanlarına göre; kanser evresi II olan hastaların FYÖ Genel İyilik Hali, Gastrointestinal Semptomlar alt boyut ve toplam ölçek puanları, kanser evresi IV olan hastaların puanlarına göre daha yüksek bulundu. Kanser evresi IV

olan hastaların PYÖ puanları, kanser evresi I ve II olan hastaların puanlarına göre daha yüksek bulundu.

- Ayaktan tedavi gören hastaların FYÖ toplam ölçek puanları, hastanede yatarak kemoterapi alan hastaların puanlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek, PYÖ toplam ölçek puanları ise istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha düşük bulundu ( $p<0,05$ ).
- ECOG performans skorları arttıkça Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Piper Yorgunluk Ölçeği toplam ölçek puanlarının arttığı saptandı ( $p<0,05$ ).
- Buna göre hastaların ECOG performans skorları yükseldikçe FYÖ toplam ölçek puanlarının düştüğü, PYÖ toplam ölçek puanlarının ise yükseldiği saptandı.

*Piper Yorgunluk Ölçeği ve Fonksiyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması*

- Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Fiziksel Fonksiyonlar alt boyutu ile; Piper Yorgunluk Ölçeği alt boyut ve toplam ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif yönde ve yüksek düzeyde bir ilişki saptandı ( $p<0,01$ ).
- FYÖ Psikolojik Fonksiyonlar alt boyutu ile; Piper Yorgunluk Ölçeği Duygulanım, Duyusal, Bilişsel/Ruhsal alt boyut ve toplam ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif yönde ve yüksek düzeyde bir ilişki, Piper Yorgunluk Ölçeği Davranışsal alt boyutu ile arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif yönde, orta düzeyde bir ilişki bulundu ( $p<0,01$ ).
- FYÖ Genel İyi Hali alt boyutu ile PYÖ Davranışsal, Duygulanım, Duyusal, Bilişsel/Ruhsal alt boyutları ve PYÖ toplam ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif, yüksek düzey ilişki saptandı ( $p<0,01$ ).
- Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Sosyal Fonksiyonlar ve Gastrointestinal Semptomlar alt boyutları ile; Piper Yorgunluk Ölçeği alt boyutları ve toplam ölçek puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde bir ilişki belirlendi ( $p<0,01$ ).
- Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ile Piper Yorgunluk Ölçeği toplam ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı, negatif yönde ve yüksek düzeyde ilişki saptandı ( $p<0,01$ ).

## ÖNERİLER

Kanser hastalarında yorgunluğun fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi üzerine olan etkisinin değerlendirilmesi amacıyla planlanan bu çalışmada elde edilen bulgulara yönelik öneriler şu şekilde sıralanabilir;

- Kanser hastalarında görülen yorgunluğun tedavi öncesi, tedavi sürecinde, tedavi sonrasında değerlendirilmesi, yorgunluk düzeyinin belirlenmesi fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi üzerine olan etkilerin bütüncül yaklaşımla değerlendirilmesi ve öz bakım gereksinimlerinin saptanması,
- Kemoterapi uygulanan erkek hastalar yorgunluğu daha şiddetli yaşadıkları ve fonksiyonel durumlarının olumsuz yönde etkilendikleri için daha yakından izlenmesi ve günlük yaşam aktivitelerinin gerçekleştirilmesi konusunda daha fazla desteklenmesi,
- Kanser hastalarında yaş artışına paralel olarak yorgunluk düzeyleri arttığı, fonksiyonel durumları düştüğü ve dolayısıyla bağımlılık düzeyi arttığı için yaşlı hastaların tedavi sürecinde gereksinimlerinin karşılanması, ailesine hastaya destek olmaları için eğitim verilmesi ve ev içerisinde ufak tefek işleri kendilerinin yapması konusunda cesaretlendirilmesi,
- Eğitim seviyesi düşük, çalışmayan ve kronik hastalığı olan hastalarda fonksiyonel durumun düşük olması ve daha yorgun hissetmeleri nedeniyle hastaların tedavi süresince yaşadıkları güçlükler ve baş etme becerileri yönünden daha yakından izlenmesi, sevdikleri aktivitelerle meşgul olması ve yorgunluğu azaltacak aktivitelere yönlendirilmesi, fizyolojik, psiko-sosyal ve yorgunluk problemlerinin yönetimini konusunda desteklenmesi,
- Kemoterapi uygulanan evre IV ve tedavisini hastanede yatarak alan hastaların günlük aktivitelerini gerçekleştirilmeleri konusunda desteklenmesi, hastanın psikolojik danışman ile görüşürülmesi ve duygusal destek verilmesi,
- Kanserli hastalarda kemoterapiye bağlı yaşanan semptomlar yorgunluk düzeyinin arttırmasına ve fonksiyonel durumun azalmasına katkıda bulunduğu için yaşanan bu semptomların belirlenmesi ve elde edilen sonuçlara göre oluşan semptom kontrolünde kitap okuma, müzik dinleme



gibi farmakolojik olmayan girişimler yanında sıvı elektrolit desteği verilmesi, anemi tedavisi gibi tıbbi durumların tedavisi,

- Sosyal fonksiyonel alanda yetersizlikler yaşayan hasta ve yakınlarının hastanede düzenlenen uğraşı terapilerine yönlendirilmesi, hastanın, ailesi ve arkadaş çevresiyle etkili iletişimin sürdürülmesi,
- Fonksiyonel performansı azalan hastaların hastanın dinlenmesi, ygece en az 7-8 saat uyuması, yorgunluğun uygulanan tedavinin beklenen ve geçici bir yan etkisi olduğunu açıklanması, aktiviteler arasında önceliklerin belirlenmesi, önemli işlerin enerjinin yeterli olduğu zamanlarda yapılması için hasta ve ailesi birlikte planlama yapılması,
- Kanserli hastalar hastalık tanısı ve tedavi sürecinde yaşadığı semptomlarla etkin baş etme konusunda desteklenmesi, emosyonel destek, danışmanlık, ağrı kontrolü, bol hidrasyon, beslenmenin desteklenmesi, günlük yaşam aktivitelerinin desteklenmesi, sosyal iletişimin sürdürülmesi, beden imajı sıkıntılarına yönelik duygusal destek sağlanması ve
- Kanser hastalarının yorgunluk düzeylerinin kontrol altına alınmasıyla fonksiyonel yaşam kalitesi arttığı için yorgunluk düzeyinin kontrol altına alınması ve performans durumunun artırılmasına yönelik eğitim verilmesi önerilir.

## 9.KAYNAKLAR

Açıköz A. Meme ve Serviks Kanseri Risk Düzeyleri ve Erken Tanı Hizmetler Kullanımı İlişkili. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2010, İzmir (Danışman: Prof. Dr. Gül Ergör).

Akçay D, Gözüm S. Kemoterapi alan meme kanserli hastalarda, kemoterapinin yan etkilerine ilişkin verilen eğitim ve evde izlemin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. Meme Sağlığı Dergisi. 2012, 8(4): 191-199.

Akdemir N, Aydın Bektaş H. Kanserli bireylerde fonksiyonel durumun önemi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2009, 12 (3): 54-60.

Akdeniz Kudubeş A. Çocuğun kansere bağlı yaşadığı yorgunluk ve hemşirelik bakımı. Türk Onkoloji Dergisi. 2014, 29(3): 120-124.

Akhoroz A. 2000-2010 Yıllarında Türkiye'deki Kanser Hastalığının Kamu Harcamalarındaki Yeri ve Çeşitli Ülkelerle Karşılaştırılması. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Kamil Uslu).

Akın S. Meme Kanserli Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Öz-Etkililiklerinin Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2007, İstanbul (Danışman: Yard. Doç. Dr. Gülbeyaz Can).

Akın S. Kronik Hatalıklarda Primer ve sekonder Korunma. Kronik Hatalıklar ve Bakım. Ed: Z. Durna; Editör Yardımcısı S. Akın. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2012, 9-21.

Algier L, Ayhan Ç, Çolak M, Pınar G. Jinekolojik hastalarda yaşam kalitesi. Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi. 2008, 3 (18): 141-149.

Alp E. Hedeflendirilmiş Kanser Tedavisi İçin Biyopolimerik Nanopartiküllerin Hazırlanması ve Karakterizasyonu. Hacettepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2010, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Eylem Öztürk Güven).

Altın S. Hematolojik Toksikitelere Yaklaşım. Akciğer ve Plevra Malignitelerinde Kemoterapi Uygulama Kılavuzu, Ed: Göksel T. AVES Yayıncılık, İstanbul, 2012, 88-94.

Altıparmak S, Fadiloğlu Ç, Gürsoy Ş.T, Altıparmak O. Kemoterapi tedavisi alan akciğer kanserli hastalarda öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. Ege Tıp Dergisi. 2011, 50(2): 95-102.

American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2014, Atlanta: American Cancer Society; 2014.

Asghari N. Bir Üniversite Hastanesinde Tedavi Olan Jinekolojik Onkolojik Vakaların Değerlendirilmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Konya (Danışman Yrd. Doç. Dr. Fatih Kara).

Aslan Ö, Vural H, Kömürcü Ş, Özet A. Kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006, 10(1): 15-28.

Aydın Bektaş H. Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumlarının Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2005, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Nuran Akdemir).

Bag B. Kanser hastalarında yorgunluğa bağlı psikososyal sorunlar ve çözüm önerileri. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi.2012, 21(4): 253-273.

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

Bırakmaz Z. Lösemili Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi. T.C. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, Edirne (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Serap Ünsar).

Can G. Meme Kanserli Hastalarda Yorgunluğun ve Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2001, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Zehra Durna).

Can G. Kanser hastalarında yorgunluk. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi.2006, 3(2): 10-17.

Can G, Enç N, Akkaya S. Onkoloji Hemşireliğinde Kanıtı Dayalı Semptom Yönetimi Konsensus'07. Pharma Publication Planning, 2008, İstanbul, 1-20.

Cin S. Oral Kemoterapi Tedavisi Alan Hastalara Verilecek Planlı Eğitimin Tedaviye Uyuma ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, İzmir (Prof. Dr. Ayfer Karadakovan).

Celkan T, Gülen T. Tümör lizis sendromu; tanı, izlem ve tedavide yeni yaklaşımlar. Türk Ped Arş. 2013, 48: 188-194.

Çalışkan T, Duran S, Karadaş A, Ergün S, Tekir Ö. Kanser hastalarının yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi. KÜ Tıp Fak Derg. 2015, 17(1): 27-36.

Çanak F. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Medikal Onkoloji Ünitesine Başvuran Gastrointestinal Kanserli Hastaların Demografik Verileri. Süleyman

Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2013, Isparta (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Murat Koçer).

Çelik F. Kemoterapinin Kolon Kanserli Hastaların Beslenme Durumlarına Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, Ankara (Danışman: Prof. Dr. H. Tanju Besler).

Çelikel A.S. Doğum Sonrası Dönemde Fonksiyonel Durum İle Postpartum Depresyon İlişkisinin İncelenmesi. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Ayfer Üstünsöz).

Dağıstan G. Kanser Hastalarında Ağrının Yaşam Kalitesi Üzerine Olan Etkileri. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2014, Antalya (Danışmanı: Prof. Dr. Bilge Karşlı).

Dedeli Ö, Fadiloğlu Ç, Uslu R. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. Türk Onkoloji Dergisi. 2008, 23(3): 132-139.

Dehkordi A, Heydarnejad MS, Fatehi D. Quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. Oman Medical Journal. 2009, 24: 204-207.

Demiralp M. Gevşeme Eğitiminin Adjuvan Kemoterapi Uygulanan Meme Kanserli Hastalarda, Anksiyete ve Depresyon belirtileri, Uyku kalitesi ve Yorgunluk Üzerine Etkisi. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2006, Ankara (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Sag. Bnb. Fahriye Oflaz).

Demiralp M, Oflaz F, Komurcu S. Effects of relaxation training on sleep quality and fatigue in patients with breast cancer undergoing adjuvant chemotherapy. *Journal of Clinical Nursing*. 2010, 19: 1073–1083.

Doğan N. Akciğer Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, Erzurum (Danışman: Doç. Dr. Mehtap Tan).

Dolu ř. Kemoterapi Tedavisi Alan Hastalarda Progresif Gevşeme Egzersizleri ve Yönlendirilmiş İmgelem Uygulamasının Kemoterapi Semptomları ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2010, Erzurum (Danışman: Yard. Doç. Dr. Seher Ergüney).

Dünya Kanser Raporu. Dünya Sağlık Örgütü. Uluslar Arası Kanser Araştırmaları Kurumu. Ed: P. Boyle ve B. Levin. Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu (IARC), Lyon, 2008.

Düzce Ö. Akciğer Kanserli Olgularda Sosyodemografik Özelliklerin, Ailesel Kanser Hikayesinin ve Mesleksel Maruziyetlerinin Araştırılması. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2007, Denizli (Danışmanı: Doç. Dr. Sevin Başer).

Ekti Genç R. Kemoterapi Alan Çocuklarda Etkili Hemşirelik Girişimlerinin Yorgunluk Semptomuna Etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2005, İzmir (Danışman: Prof. Dr. Zeynep Conk).

Erbaycu AE. Üro-Genital Sistem Komplikasyonlarına Yaklaşım. Akciğer ve Plevra Malignitelerinde Kemoterapi Uygulama Kılavuzu, Ed: Göksel T. AVES Yayıncılık, İstanbul, 2012, 123-125.

Erdoğan B, Çiçin İ. Kanser hastasında beslenme. *Klinik Gelişim*. 2011, 24: 25-29.

Erkol T. Kromozom Radyo Duyarlılığının Meme ve Kolon Kanseri Hastalarındaki Tedavi Prognozunu Belirlemedeki Rolünün Araştırılması. İstanbul Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, 2013, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Tuncay Orta).

Erkurt MA, Kuku İ, Kaya E, Aydoğdu İ. Kanseri kemoterapisi ve böbrek. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2009, 16 (1): 63-68.

Eser E, Yüksel H, Baydur H, Erhart M, Saatli G, Cengiz Özyurt B, Özcan C, Dr. Sıberer U.R. Çocuklar için genel amaçlı sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeği (kid-kindl) Türkçe sürümünün psikometrik özellikleri. Türk Psikiyatri Dergisi. 2008, 19(4): 409-417.

Ertem G, Kalkım A, Bulut S, Sevil Ü. Radyoterapi alan hastaların evde bakım gereksinimleri ve yaşam kaliteleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2009, 2(2): 3-12.

Garman KS, Cohen HJ. Functional status and the elderly cancer patient. Critical Reviews in Oncology/Hematology. 2002, 43(3): 191-208.

Gelin U, Ulus B. Hastanede kemoterapi alan hastaların yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörler. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.2015, 1(6): 31-35.

Görgülü Ü, Akdemir N. İleri evre kanseri hastalarına bakım verenlerin yorgunluk ve uyku kalitesinin değerlendirilmesi. Genel Tıp Derg. 2010, 20(4): 125-132.

Görgüner M. Oral ve Gastrointestinal Sistem Komplikasyonlarına Yaklaşım. Akciğer ve Plevra Malignitelerinde Kemoterapi Uygulama Kılavuzu, Ed: Göksel T. AVES Yayıncılık, İstanbul, 2012, 85-88.

Gülçığ Çapar S. Kemoterapi Gören Kanseri Hastalarda Ağrı ile Anksiyete ve Depresyon Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık

Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2010, Edirne (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Serap Ünsar).

Güleç G, Büyükkınacı A. Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011, 3(2): 343-367.

Gülse S. Çocuk Hematoloji-Onkoloji Hasta ve Ebeveynlerinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması. T.C Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, 2012, Erzurum (Danışman: Prof. Dr. Mustafa Büyükavcı).

Gültekin Z, Pınar G, Pınar T, Kızıltan G, Doğan N, Algier L, Bulut I, Özyılkan Ö. Akciğer kanserli hastaların yaşam kaliteleri ve sağlık bakım hizmet beklentileri. Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi. 2008, 18(2): 99-106.

Güngörmüş Z, Bulut Erdem Ö. Kanser hastalarında yaşam kalitesi ve oral mukozit. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014, 5(1): 24-30.

Güran Ş. Kanserden korunma. Gülhane Tıp Dergisi. 2005, 47: 324-326.

Gürsel E. Kemoterapi Hastalarının Hatalı Tıbbi Uygulama Algısının ve Deneyimlerinin Belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Ayten Demir).

Hintistan S, Çilingir D, Nural N, Akkaş Gürsoy A. Hematolojik kanserli hastaların kemoterapiye bağlı yaşadıkları semptomlara yönelik uygulamaları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012, 1(3): 153-164.

Işık I. Meme kanseri hastalarında tedavi sonrası dönemde gelişen psikososyal sorunlar ve destekleyici hemşirelik girişimleri. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2014, 11 (3): 58-64.



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

Kanarğ Gürel D. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Erişkin Onkoloji, Hematoloji Kliniklerinde Kemoterapi Uygulanan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2007, Adana, (Danışman Yrd. Doç. Dr. Gürsel Öztunç).

Karakoç T. Kanser Hastalarında yorgunluk ve hemşirelik bakımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2008, 3(8): 99-118.

Karayurt Ö. Kanser tedavisi alan hastaya verilen eğitimin yaşam kalitesine etkisi. 5.Türk Tıbbi Onkoloji Kongresi. Antalya, Mart-2014.

Kaplan İ. Akciğer Kanserinde Ağrının Yaşam Kalitesine Etkisi ve Baş etme Yöntemleri. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2010, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Hakan Kitapçı).

Kahve E. Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Masaj Uygulamasının Yorgunluk ve Anksiyete Düzeyine Etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2008, Sivas (Danışman Yrd. Doç. Dr. Şerife Karagözoğlu).

Kaptan G, Dedeli Ö. Kanser ve Hemşirelik Bakımı. Temel İç Hastalıkları Hemşireliği. Ed: G. Kaptan.İstanbul, İstanbul Tıp Kitapevi, 2012; 172,173,181.

Karakaş Z. Kanserli Hastaların Kemoterapiye Bağlı Bulantı Kusmalarının Fonksiyonel Durumlarına Olan Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, İzmir (Danışman: Doç. Dr. Ayfer Elçigil).

Kılıçarslan A. Kronik yorgunluk sendromu. İç Hastalıkları Dergisi. 2007, 14(2): 91-97.

Kılıçkap S. Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi ile Hastalığın Klinikopatolojik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, Ankara (Danışman: Doç. Dr. K. Mutlu Hayran).

Koltarla S. Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması. T.C. Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Uzmanlık Tezi, 2008, İstanbul (Danışman: Uzm. Dr. Erhan Sayalı).

Korkmaz E. Kanser ve Kanser Hastalarına İlişkin Tutumların İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2010, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Sedat Özkan).

Kuhnt S, Ernst J, Singer S, Rüffer JU, Kortmann RD, Stolzenburg JU, Schwarz R. Fatigue in cancer survivors--prevalence and correlates. Onkologie. 2009, 32(6): 312-7.

Kutlu R, Çivi S, Börüban MC, Demir A. Kanserli hastalarda depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi. 2011, 27(3):149-153.

Kurt Sadırlı S. Kanserli Hastalarda Semptom Kontrolünün Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2008, Edirne (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Serap Ünsar).

Kütük B. Kemoterapi Uygulanan Kanserli Hastalarda Öz Bakımın Değerlendirilmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Zehra Durna).

Mumcu H. Kırk Yaş ve Üzeri Kanser Tanısı Almamış Bireylerin Kansere İlişkin Bulgu, Tutum ve Davranışları. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, 2014, Kayseri (Danışman: Prof. Dr. Fevziye Çetinkaya).

Norouznia S. Meme Kanseri Korkusunun Kadınların Erken Tanı Davranışları Üzerinde Etkisinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, 2014, İzmir (Danışman: Yard. Doç. Dr. Nihal Gördes Aydoğdu).

Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, McFadden ET, Carbone PP. Toxicity and response criteria of the eastern cooperative oncology group. Am J Clin Oncol. 1982, 5: 649-655.

Öğüt Düzen K. Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesi, Semptom Kontrolü ve Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanım Durumlarının İncelenmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, Isparta (Danışman Yrd. Doç. Dr. Medet Korkmaz).

Özden C, Özen U, Özdal ÖL, Aktaş BK, Yahşi S, Memiş A. Böbrek hücreli kanser ile üriner nükleer matriks proteini arasındaki ilişki. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2008, 15 (2): 75-78.

Özkan S. Kanserli Hastada Psikiyatrik ve Psikososyal Destek. İçinde: Kanser Hastasına Yaklaşım (Editör N. Molinas Mandel ve H. Onat). Nobel Tıp Kitapevleri. 2012.

Özlen B. Kemoterapi Uygulanan Akciğer Kanserli Hastalarda Tedaviye Yanıtın, Yan Etkilerin, Yaşam Kalitesinin ve Yaşam Süresinin Değerlendirilmesi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2007, Edirne (Danışman: Prof. Dr. Osman Nuri Hatipoğlu).

Öztürk E. Radyoterapi Alan Baş ve Boyun Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, İstanbul (Danışman: Yard. Doç. Dr. Zeliha Tülek).

Öztürk F. Melanoma Dışı Deri Kanserlerinde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Psoriasis ve Vitiligo Hastalarındaki Yaşam Kalitesi İle Karşılaştırılması. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2011, Manisa (Danışman: Prof. Dr. Serap Öztürkcan).

Perim A. Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algısının Belirlenmesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Bitirme Tezi, 2007, Edirne (Danışman: Doç. Dr. Muzaffer Eskiocak).

Pınar G, Algier L, Çolak M, Ayhan Ç. Jinekolojik hastalarda yaşam kalitesi. Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi. 2008, 3(18): 141-149.

Piper BF, Dibble SL, Dodd MJ, Weiss MC, Slaughter RE, Paul SM. The Revised Piper Fatigue Scale: Psychometric evaluation in women with breast cancer. Oncol Nurs Forum, 1998, 25 (4): 677-84.

Sarıhan E, Kadioğlu E, İğde FA. Kansere ağrısı, tedavi prensipleri ve dünya sağlık örgütü ağrı basamak tedavisi. Nobel Medicus. 2012, 8(1): 5-15.

Sarı Şıra F. Kemoterapi Alan Onkoloji Hastalarında Semptomların Değerlendirilmesi. T.C Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2007, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Nermin Olgun).

Savcı AB. Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesini ve Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Fakültesi, Yüksek Lisans Tezi, 2006, Erzurum (Danışman: Prof. Dr. Asuman Güraksın).

Saygılı Ü. Gastrointestinal Sistem Kanserli Hastalarda Yorgunluk ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, Gaziantep (Danışman Yrd. Doç. Dr. Serap Parlar Kılıç).

Sayın A, Candansayar S. Yorgunluk kavramı ve yorgun hastalara klinik yaklaşım. Gazi Tıp Dergisi.2007, 18(1): 1-8.

Schipper H, Clinch J, McMurray A, et al. Measuring the quality of life of cancer patient, the functional living Index-cancer: Development and validation. J Clin Oncol 1984, 2 (5):472-483.

Şahin Akgün Z, Tan M. Kemoterapi alan hastaların hemşirelik bakımından memnun olma durumlarının incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2009, 12 (3): 38-45.

Şenoğlu Y, Çam K. Prostat kanserinde hormonal tedaviye yaşam kalitesi açısından bir bakış. Bulletin of Urooncology. 2015,14: 317-320.

Tekbaş S. Jinekolojik Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Tedavi-Bakımın Etkileri. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2014, Edirne (Danışman: Prof. Dr. N. Cenk Sayın).

Tokgöz G, Yaluğ İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K, Aker T. Kanser hastalarında major depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2008, 9: 59-66.

Turan Kavradım S, Canlı Özer Z. Kanser tanısı alan hastalarda umut. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2014, 6(2):154-164.

Türkoğlu N. Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yüklerinin Yaşam Kalitesine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2010, Erzurum (Danışman: Yard. Doç. Dr. Dilek Kılıç).

Uğur Bilgin A. Kanser ilişkili halsizlik ve fiziksel egzersiz. Genel Tıp Dergi.2014, (24): 38-44.

Uğur Ö. Kanser hastasının semptom yönetimi. Türk Onkoloji Dergisi. 2014, 29 (3): 125-135.

Ulusal Kanser Programı. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı 2009-2015. Ed: M. Tuncer. Bakanlık Yayın No 760, Ankara, Nisan-2009.

Usta Yeşilbalkan Ö. Anemi ve Yorgunluk, İçinde: Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi. Editör; Can G, Pharma Publication Planning, 2007, İstanbul, 13-24.

Usta Yeşilbalkan Ö. Akciğer Kanserinde Hematolojik Toksisiteler. İçinde: Akciğer Kanserinde Tedavi ve Bakım. Editör. A. Aydın, G. Can. 1. Baskı: İstanbul, Haziran 2010.

Uysal N. Baş Boyun Kanserli Hastalarda Fonksiyonel Durum ve Sosyal Desteğin Belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2011, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Hatice Bostanoğlu).

Uysal N., Şenel G., Karaca Ş., Kadioğulları N., Koçak N., Oğuz G. Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalarda görölen semptomlar ve palyatif bakımın semptom kontrolüne etkisi. AğRI 2015, 27(2): 104-110.

Ünsar S, Yıldız Fındık Ü, Kurt S, Özcan H. Kanserli hastalarda evde bakım ve semptom kontrolü. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2006, 2(5): 89-106.

Üstündağ S. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Semptom Yönetiminde Kullandıkları Tamamlayıcı Tedavi Yaklaşımlarının Yaşam Kalitesine Etkisi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Ayten Demir Zencirci).

Yaranoğlu C. Kemoterapi Alan Akciğer Kanserli Hastalarda Yorgunluk ve Uyku Kalitesinin Fonksiyonel Durum Üzerine Etkisi. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü. Yüksek Lisans Tezi, 2012, Ankara (Danışman: Doç. Dr. Sağ. Yb. Belgüzar Kara).

Yıldız I. Stoması Olan ve Olmayan Kolorektal Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi Başa Çıkma Tarzı ve Psikososyal Uyum. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Güler Bahadır).

Yüce D. Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi Belirleyicileri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, Ankara (Danışman: Doç. Dr. K. Mutlu Hayran).

Zorba P. Radyoterapi Alan Bireylerin Uyku Kalitesi ve Yorgunluk Düzeyi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, Kayseri (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Semra Kocaöz).

## EKLER

### EK 1: ÖZGEÇMİŞ

<b>Adı</b>	Melike	<b>Soyadı</b>	ÖZKAN
<b>Doğum Yeri</b>	Ordu	<b>Doğum Tarihi</b>	20.05.1990
<b>Tel</b>	0534 969 96 60	<b>E-Mail</b>	<a href="mailto:melikeodabas90@gmail.com">melikeodabas90@gmail.com</a>

### Eğitim Durumu

	<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>Yüksek Lisans</b>	İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı	2013 -2016
<b>Lisans</b>	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi	2013
<b>Lise</b>	Ordu Anadolu Lisesi	2008

	<b>Sayısal</b>	<b>Eşit Ağırlık</b>	<b>Sözel</b>
<b>Ales Puanı</b>	61,68376	45,32461	45,32461

### Bilgisayar Bilgisi

<b>Program</b>	<b>Kullanma Becerisi</b>
Microsoft Office Word	Çok iyi
Microsoft Office Power Point	Çok iyi
Microsoft Office Excel	Çok iyi

### İş Deneyimi

<b>Görevi</b>	<b>Görevi Kurum</b>	<b>Süre (Yıl)</b>
Part Time Stajyer Hemşire	Acıbadem Maslak Hastanesi VIP Karma Cerrahi Servisi	(17/09/2013-07/02/2014)
Staff Hemşire	Acıbadem Maslak Hastanesi VIP Karma Cerrahi Servisi	(21/07/2014-12/05/2015)
Staff Hemşire	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Doğum Cerrahi Servisi	(02/07/2015-14/08/2015)
İş Yeri Hemşiresi	Med Akademi	(17/08/2015-12/10/2015)
Onkoloji Sorumlu Hemşire	T.C. İstanbul Bilim Üniversitesi Avrupa Florence Nightingale Hastanesi Araştırma ve Uygulama Merkezi Şişhane Kampüsü	(20/10/2015- .....)



## EK 2: ETİK KURUL ONAYI



T. C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

Sayı : 44140529 / 2015-19  
Konu : Tez çalışması

20.01.2015

Sayın Doç. Dr. Semiha AKIN  
İç Hastalıkları Hemşireliği

Aşağıda belirtilen çalışmanız 13.01.2015 tarihli Üniversitemiz Klinik Araştırmaları Etik Kurulu toplantısında incelenmiş, çalışmanın yapılmasında etik ve bilimsel açıdan bir sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir. Kurul kararı ilişikte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize saygılarımla rica ederim.

Prof. Dr. Reyhan DİZ KÜÇÜKKAYA  
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

**Çalışmanın Adı:** “ Kanserli Hastalarda Yorgunluğun Fonksiyonel Durum ve Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi “ başlıklı tez çalışması.

**Sorumlu Araştırmacı:** Doç. Dr. Semiha AKIN, İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi

**Diğer Araştırmacılar :** Melike (ODABAŞ) ÖZKAN, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi

**Proje İle İlgili Temas Kurulacak Kişi:** Doç. Dr. Semiha AKIN, İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi

**Merkez sayısı:** Tek merkez



T. C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

İstanbul Bilim Üniversitesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu

Karar No : 13.01.2015/27-204

Çalışmanın Adı: " Kanserli Hastalarda Yorgunluğun Fonksiyonel Durum ve Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi " başlıklı tez çalışması.

Sorumlu Araştırmacı: Doç. Dr. Semiha AKIN, İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi

Başkan

Prof. Dr. Reyhan DİZ KÜÇÜKKAYA

Başkan Yardımcısı  
Doç. Dr. Numan ERMUTLU

Üye

Prof. Dr. Tufan PAKER

Üye

Prof. Dr. Işın BARAL KULAKSIZOĞLU

Üye

Yard. Doç. Dr. Suzan BOZKURT

Üye

Ecz. Pınar DEMİR ÖZKER

Raportör  
Doç. Dr. Berrin TELATAR

Üye

Prof. Dr. Ali Seyfi Yalım YALÇIN

Üye

Doç. Dr. Demet AKIN

Üye

Av. Özlem ÖZTÜRK

Üye

Cafer KILIÇ

### EK 3: ANKET FORMLARI

#### HASTA TANITIM FORMU

#### 1.SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Cinsiyetiniz: a) Kadın b) Erkek

2. Yaşınız: \_\_\_\_\_

3. Medeni durumunuz: a) Evli b) Bekar c) Eşi Ölmüş d) Boşanmış

4. Eğitim durumunuz:

a) Okur-yazar Değil b) İlkokul c) Lise d) Ön lisans e) Lisans f) Yüksek lisans ve üstü

5. Çalışma durumunuz:

a) İşçi b) Memur c) Serbest meslek d) Ev hanımı e) Emekli f) Diğer.....

6. Şu anda çalışıyor musunuz?

a) Çalışmıyorum c) Yarım gün ya da belirli saatlerde çalışma e) Tam gün çalışma

b) Ücretli izin kullanıyorum d) Ücretsiz izin kullanıyorum

7. Ailenin gelir gider durumu nasıl?

a) Gelir giderine göre az b) Gelir giderini dengeler c) Gelir giderine göre fazla

8. Evde kiminle yaşıyorsunuz?

a) Yalnız b) Çocuklarla c) Eşimle d) Diğer (.....)

#### 2.SAĞLIK DURUMU VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ ALIŞKANLIKLARI

9. Tedavi gördüğünüz sağlık sorunu dışında kronik bir hastalığınız var mı?

Hayır  Var: \_\_\_\_\_

10. Ailede kronik hastalık öyküsü var mı?

Hayır  Evet \_\_\_\_\_ kim: \_\_\_\_\_

11. Sigara içiyor musunuz?

Hayır  Evet ise süresi.....miktarı.....bıraktım.....

12. Alkol kullanıyor musunuz?

Hayır  Evet ise süresi.....miktarı.....bıraktım.....

13. Son bir yıldaki sağlık durumunuz sizce nasıl? Aşağıdaki çizgi üzerinde işaretleyiniz.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Kötü Orta İyi

**14. Sağlık kontrollerinizi hangi sıklıkta yaptırırsınız**

3 ayda bir      6 ayda bir      Yılda bir      Hekim önerileri doğrultusunda

Bir sağlık sorunu/şikayetlerim olduğu zaman      Yaptırmam

**15. Boyunuz\_\_\_\_\_Kilonuz\_\_\_\_\_**

**3. HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLER**

**16. Hastalık tanısı nedir? Belirtiniz\_\_\_\_\_ Hastalığın evresi:\_\_\_\_\_**

**17. Tanı tarihi \_\_\_\_\_ay**

**18. Kemoterapi Protokolü: \_\_\_\_\_**

**19. Toplam kür\gün sayısı: \_\_\_\_\_**

**20. Şimdiki kemoterapi protokolü haricinde size en son uygulanan tedavi nedir?**

a) Cerrahi    b) Radyoterapi    c) Cerrahi+Kemoterapi    d) Cerrahi+Radyoterapi  
e) Cerrahi+Kemoterapi+Radyoterapi    f) Kemoterapi+Radyoterapi

**21. Tedavinizin uygulanma yeri neresidir? a) Hastanede yatarak b) Ayaktan**

**22. Ne kadar süredir hastanede kalıyorsunuz? \_\_\_\_\_**

**23. Hastalık tanısı aldıktan sonra yaşadığınız sorunlar nelerdir?**

Fiziksel sorunlar:		Sosyal sorunlar:		Psikolojik sorunlar:	
Soluk alıp vermekte zorluk	<input type="checkbox"/>	Sosyal aktivitelerden uzaklaşma	<input type="checkbox"/>	Görünümüm ile ilgili değişiklikler	<input type="checkbox"/>
Oral mukozit	<input type="checkbox"/>	Çalışma statüsünde değişme	<input type="checkbox"/>	Özgüven kaybı	<input type="checkbox"/>
Enerji\canlılıkta azalma	<input type="checkbox"/>	Ekonomik sorunlar	<input type="checkbox"/>	Gelecek ile ilgili korku, endişe	<input type="checkbox"/>
Konuşma, ses değişimi	<input type="checkbox"/>	Sosyal çevreniz ile görüşme sıklığınızda azalma	<input type="checkbox"/>	Sorunlarla baş etmede yetersizlik	<input type="checkbox"/>
Ağrı	<input type="checkbox"/>	Aile ve\veya toplum içinde rol kaybı	<input type="checkbox"/>	Yarar sağlayamama, faydasızlık hissi	<input type="checkbox"/>
Yorgunluk, halsizlik	<input type="checkbox"/>	Diğer_____	<input type="checkbox"/>	Diğer_____	<input type="checkbox"/>
Kilo kaybı	<input type="checkbox"/>	Sosyal sorun yaşamadım	<input type="checkbox"/>	Psikolojik sorun yaşamadım	<input type="checkbox"/>
Mide bulantısı	<input type="checkbox"/>	Diğer_____	<input type="checkbox"/>	Diğer_____	<input type="checkbox"/>
Diğer_____	<input type="checkbox"/>	Diğer_____	<input type="checkbox"/>	Diğer_____	<input type="checkbox"/>
Fiziksel sorun yaşamadım	<input type="checkbox"/>	Diğer_____	<input type="checkbox"/>	Diğer_____	<input type="checkbox"/>

**24. Hastalığınız ve \veya tedavi nedeniyle oluşan sorunlarla ne düzeyde baş etme becerilerinizi nasıl nitelendiriyorsunuz?**

- a) Çok iyi                      b) İyi                      c)Orta düzeyde                      d) Yetersiz

**25. Performans skoru (ECOG performans skalası):**

<input type="checkbox"/>	0 -Asemptomatik (Tam aktif, tüm hastalık öncesi aktivitelerini kısıtlama olmaksızın yapabilir)
<input type="checkbox"/>	1 - Semptomatik fakat tamamen ayakta (Zorlu fizik aktivitede kısıtlama var, ancak ayakta ve hafif işleri yapabilir. Örneğin hafif ev ve ofis işleri)
<input type="checkbox"/>	2 - Semptomatik, %50'den daha az yatakta (Ayakta ve kendi bakımını yapabilir, ancak herhangi bir işte çalışamaz ve gündüz saatlerinin %50'sinden fazlasını ayakta geçirebilir)
<input type="checkbox"/>	3 - Semptomatik, %50'den daha fazla yatakta (Kendi bakımını yapmakta zorlanıyor, gündüz saatlerinin %50'sinden fazlasında yatakta)
<input type="checkbox"/>	4 - Yatalak (Kendi bakımını yapamıyor, tam olarak sandalye veya yatağa bağımlı)

## PIPER'IN YORGUNLUK ÖLÇEĞİ

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

1) Dakika .....

2) Saat .....

3) Gün .....

4) Hafta .....

5) Ay .....

6) Diğer (lütfen açıklayınız) .....

- Şu an hissettiğiniz yorgunluk sizde ne derecede sıkıntıya sebep oluyor?

Sıkıntıya neden olmuyor

Pek çok sıkıntıya neden oluyor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Engellemez

Çok engeller

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Engellemez

Çok engeller

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Engellemez

Çok engeller

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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

Engellemez

Çok engeller

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Şu an hissettiğiniz yorgunluğun şiddetini veya derecesini nasıl tanımlarsınız?

Hafif

Şiddetli

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Şu an yaşadığınız yorgunluğun derecesini nasıl tanımlarsınız?

Hoş

Hoş değil

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Kabul edilebilir

Kabul edilemez

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

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

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

• Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Güçlü Zayıf

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

• Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Uyanık Uyukulu

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

• Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Canlı Cansız

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

• Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Dinlenmiş Yorgun

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

• Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Kuvvetli Kuvvetsiz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

• Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Tahammül edilebilir Tahammül edilemez

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

• Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Rahat Gergin

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

• Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Mutlu Mutsuz

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

• Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Konsantre olabiliyorum Konsantre olamıyorum

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

• Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Hatırlayabiliyorum

0

1

2

3

4

5

6

7

Hatırlayamıyorum

8

9

10

- Kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

İyi düşünabiliyorum

0

1

2

3

4

5

6

7

İyi düşünemiyorum

8

9

10

- Yorgunluğunuza doğrudan katkıda bulunan veya sebep olduğuna inandığınız en önemli neden nedir? (nedeni tanımla) .....

- Yorgunluğunuzu azaltmak için bulduğunuz en iyi şey .....

- Yorgunluğunuzu bize daha iyi açıklayacak başka bir şey eklemek ister misiniz?

.....

- Şu an başka herhangi bir şikayetiniz var mı?

Hayır Evet. Lütfen açıklayınız .....

Peki siz yorgunluğunuzu nasıl tanımlarsınız?.....

.....









## BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

‘KANSER HASTALARINDA YORGUNLUĞUN FONKSİYONEL DURUM VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ’ isimli çalışmamız bir araştırma çalışmasıdır. Çalışmanın amacı, kanser tanısı ile kemoterapi alan hastalarda oluşan yorgunluğun, fonksiyonel durum ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Bu çalışmaya 18 yaş ve üstü kanser tedavisi alan hastalar gönüllü olarak dahil edilecektir. Araştırma 150 kanser tedavisi alan hastalar üzerinde yapılması planlanmaktadır. Gönüllerin araştırma gruplarına alınması dahil olma kriterlerine göre belirlenecektir. Çalışmada istatistiksel veri elde edilmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın yöntemi, öncelikle çalışmaya katılacak gönüllülerin kanser tedavisi alan hastalar ve 18 yaş üstü olanlar belirlenecektir. Sonrasında gönüllerin özelliklerini belirleme ve kanser tedavisinin neden olduğu yorgunluk düzeylerinin belirlenmesi ve bunun fonksiyonel yaşam durumlarını nasıl etkilediğini, ne gibi sıkıntılar meydana getirdiğini belirlemek amacıyla sorular yöneltilecektir. Çalışmada gönüllerin ismi kullanılmayacak olup sadece sonuçları istatistiksel olarak bilimsel yazı şeklinde yayımlanacaktır. Sağlık otoriterleri, Bakanlık, Etik Kurul gerektiğinde gönüllülerin kayıtlarına ulaşabilir, ancak bu bilgiler gizli tutulacaktır. Gönüllüler isterlerse çalışmanın sonuçları hakkında bilgilendirileceklerdir, ayrıca istedikleri anda çalışmadan ayrılma hakkına sahiptirler. Gönüllülere bu çalışma için çalışmadan ayrılırsalar dahi herhangi bir tazminat ve ek bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışma sırasında ve sonrasında da ek bir tedavi uygulanmayacaktır.

Bilgilendirilmiş gönüllü onam formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli ya da gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

1.Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı

Kabul Ediyorum

Kabul Etmiyorum

2.Bu çalışma için alınan bilgilerin ileride yapılacak başka bir çalışmada kullanılmasını

Kabul Ediyorum

Kabul Etmiyorum

Gönüllünün Ad/ Soyadı/ İmzası / Tarih / Telefon Numarası

Sorumlu Araştırmacının Adı / Soyadı / İmzası / Tarih



## EK 4: Tez Çalışması İzin

18.03.2016 Gmail - Piper'in Yorgunluk Ölçeği

 **melike odabaş <melikeodabas90@gmail.com>**

---

**Piper'in Yorgunluk Ölçeği**  
2 ileti

---

**melike odabaş <melikeodabas90@gmail.com>** 27 Ekim 2014 15:45  
Alıcı: gulbeyaz@istanbul.edu.tr

Sayın Doç. Dr. Gülbeyaz Can,

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisiyim. Yüksek lisans tezimi kanser hastaları üzerinde yapmayı planlıyorum. Çalışmamda sizin geçerlik güvenirlik çalışması yaptığınız "Piper'in Yorgunluk Ölçeği" isimli ölçeği kullanmak istiyorum. Çalışmamda bu ölçeği kullanmak üzere izin verirseniz çok mutlu olurum.

Saygılarımla,

Melike Odabaş

İstanbul Bilim Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi

---

**Doç.Dr. Gülbeyaz Can <gulbeyaz@istanbul.edu.tr>** 27 Ekim 2014 16:49  
Alıcı: melike odabaş <melikeodabas90@gmail.com>

[Kolay gelsin Melike](#)

[Sevgiler](#)

[Gülbeyaz](#)

---

**From:** melike odabaş [mailto:melikeodabas90@gmail.com]  
**Sent:** Monday, October 27, 2014 3:46 PM  
**To:** gulbeyaz@istanbul.edu.tr

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=aa7675e923&view=pt&q=gulbeyaz%40istanbul.edu.tr&q&s=true&search=query&th=14951db1348c0e45&siml=149...> /2

## **DOÇ.DR. GÜLBAYAZ CAN**

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

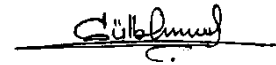
İç Hastalıkları Hemşireliği ABD

Abide-i Hürriyet cad. Çağlayan/İstanbul

Tarih: 27.10.2014

Sayın Melike Odabaş,

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



Doç. Dr. Gülbeyaz Can

18.03.2016

Gmail - Fonksiyonel Yaşam Ölçeği/kanser(FYÖ)



melike odabaş <melikeodabas90@gmail.com>

## Fonksiyonel Yaşam Ölçeği/kanser(FYÖ)

2 ileti

melike odabaş <melikeodabas90@gmail.com>  
Alıcı: hbaydin@akdeniz.edu.tr

27 Ekim 2014 16:33

Sayın Doç Dr. Hicran Aydın Bektaş ,

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisiyim. Yüksek lisans tezimi kanser hastaları üzerinde yapmayı planlıyorum. Çalışmamda sizin geçerlik güvenilirlik çalışması yaptığınız "Fonksiyonel Yaşam Ölçeği/kanser" isimli ölçeği kullanmak istiyorum. Çalışmamda bu ölçeği kullanmak üzere izin verirseniz çok mutlu olurum.

Saygılarımla,

Melike Odabaş

İstanbul Bilim Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi

Hicran Aydın Bektaş <hbaydin@akdeniz.edu.tr>  
Alıcı: melike odabaş <melikeodabas90@gmail.com>

27 Ekim 2014 16:54

Sayın Melike Odabaş,  
Yüksek Lisans tez çalışmanızda geçerlik güvenilirliğini yapmış olduğumuz Fonksiyonel Yaşam Ölçeği-Kanser adlı ölçeği kullanabilirsiniz.  
İyi çalışmalar ve başarılar dilerim.

Doç.Dr. Hicran BEKTAŞ  
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi  
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Samsung Mobile tarafından gönderildi

----- Orjinal mesaj -----

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ui=2&ik=aa7675e923&view=pt&search=inbox&th=1495206ae97eb610&siml=1495206ae97eb610&siml=149521a0e25b5458> 1/2





T. C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI : 50400462/90  
KONU: Anket hk.

TARİH :12/03/2015

T.C. İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
AVRUPA FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ ARAŞTIRMA VE  
UYGULAMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜ'NE,

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Melike ÖZKAN'ın "Kanserli Hastalarda Yorgunluğun Fonksiyonel Durum ve Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışmasını ilişikte belirtilen anket formunu uygulayarak gerçekleştirebilmesi için müsaadelerinizi saygılarımla rica ederim.

Prof. Dr. Vildan KARPUZ  
Müdür

Ek : 1) Anket Formu.

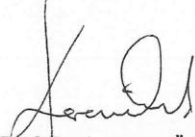


T.C.  
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
AVRUPA FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ  
ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZ MÜDÜRLÜĞÜ

TARİH : 20.03.2015

TC İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Melike ÖZKAN'ın 'Kanserli Hastalarda Yorgunluğun Fonksiyonel Durum ve Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi' başlıklı tez çalışmasını ilişikte belirtilen anket formunu uygulayarak gerçekleştirebilmesi uygundur.  
Bilgilerinize arz ve rica ederim

  
Prof. Dr. Ş. Kerem ÖZEL  
Avrupa Florence Nightingale Hastanesi  
Başhekim

İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ GELEN EVRAK	
Tarih	20.03.15
Sayı	163

Adres: Büyükdere Cad. No: 120 Esentepe-Şişli/İSTANBUL 34394 Tel: 0212- 213 64 86  
Faks: 0212- 272 34 61