



**GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANSERİ OLAN HASTALARDA ANKSİYETE
DEPRESYON DÜZEYLERİ VE YAŞAM KALİTESİNİN BELİRLENMESİ**

Didem KAT BEKTAŞ

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK PROGRAMI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

AĞUSTOS 2014

Didem KAT BEKTAŞ tarafından hazırlanan “Gastrointestinal Kanseri Olan Hastalarda Anksiyete Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi” adlı tez çalışması aşığıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ/ OY ÇOKLUĞU ile Gazi Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç. Dr. Satı DEMİR

Hemşirelik Anabilim Dalı, Gazi  niversitesi

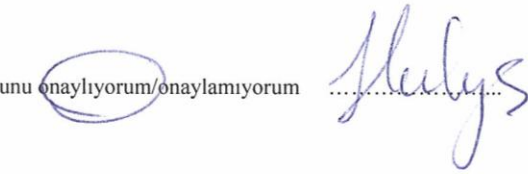
Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum/onaylamıyorum



Başkan : Doç. Dr. Hülya BULUT

Hemşirelik Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

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



 ye : Yrd. Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Hacettepe Üniversitesi

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



Tez Savunma Tarihi: 06/08/2014

Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

.....
Doç. Dr. Ufuk KOCA ÇALIŞKAN

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

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

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

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

Didem KAT BEKTAŞ

06/08/2014

**GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANSERİ OLAN HASTALARDA
ANKSİYETE DEPRESYON DÜZEYLERİ VE YAŞAM KALİTESİNİN BELİRLENMESİ
(Yüksek Lisans Tezi)**

Didem KAT BEKTAŞ

GAZİ ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Ağustos 2014

ÖZET

Tanımlayıcı nitelikteki bu araştırma, gastrointestinal sistem kanseri olan hastaların anksiyete-depresyon düzeylerinin ve yaşam kalitelerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma; Ankara Üniversitesi İbni Sina ve Cebeci Araştırma Uygulama Hastanelerinde, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinde, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesinde tedavi gören 335 GİS kanserli hasta ile yürütülmüştür. Veriler Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve araştırmacı tarafından hazırlanan hasta bilgi formu ile toplanmıştır. Hastaların yaş ortalaması $55,0 \pm 11,14$ (min:20 max:87) olup %35,5'i kadın, %64,5'i erkektir. Hastaların tanıları kolon kanseri (%44,4), rektum kanseri (%24,1), mide kanseri (%27,1) ve diğer (%4,5) şeklinde saptanmıştır. Ortalama hastalık süresi $13,31 \pm 15,07$ (min:3 ay, max.:120 ay)'dir. Hastaların ölçek puan ortalamaları "Genel İyilik Hali" için $58,03 \pm 24,67$, "Fonksiyonel Güçlükler" için, $69,94 \pm 21,00$, "Semptomlar" için $33,01 \pm 20,22$ "Anksiyete" için $6,59 \pm 4,91$, "Depresyon" için $6,34 \pm 4,85$ olarak bulunmuştur. Cinsiyet, eğitim ve ekonomik duruma göre hastaların "Genel İyilik Hali" puan ortalamaları arasında önemli bir fark bulunmamıştır. Erkek hastaların kadınlara oranla, ortaokul ve üstü eğitimi olanların okuryazar/ilkokul mezunu olanlara oranla "Fonksiyonel Güçlükler" puan ortalamaları yüksek saptanmıştır. Ekonomik durumu kötü olanların ise "Semptomlar" puan ortalamaları, ekonomik durumu orta olanlarınkinden yüksek bulunmuştur. Yaş ve çocuk sayısı ile yaşam kalitesi arasında önemli bir ilişki saptanmamıştır. Hastalığın süresi ile "Genel İyilik Hali" arasında; hastaneye yatış sayısı ile "Fonksiyonel Güçlükler" arasında negatif yönde önemli bir ilişki saptanmıştır. Yaş ile anksiyete arasında negatif yönde, hastalığın süresi ile anksiyete arasında ise pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Hastalığın süresi ile depresyon arasında pozitif yönde önemli bir ilişki saptanmıştır. Kadın, bekar/dul/boşanmış ve okur yazar/ilkokul mezunu hastaların "Anksiyete" ve "Depresyon" puan ortalamaları daha yüksek saptanmıştır. "Yaşam Kalitesi" ile "Anksiyete" ve "Depresyon" arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Hastalığın süresi arttıkça genel iyilik hali bozulmaktadır. Hastaneye yatış sayısı arttıkça fonksiyonel durum kötüleşmektedir. Erkek, ortaokul ve üstü düzeyde eğitimi olanlar daha çok fonksiyonel güçlük yaşamaktadırlar. Ayrıca ekonomik durumu kötü düzeyde olanlar daha çok semptom yaşamaktadırlar. Yaş azaldıkça anksiyete, hastalığın süresi arttıkça ise hem anksiyete hem de depresyon düzeyi artmaktadır. Kadın, bekar/dul/boşanmış ve okur yazar/ilkokul mezunu olan hastalar daha çok anksiyete yaşamaktadırlar. Genel iyilik hali, fonksiyonel güçlükler azaldıkça ve semptomlar arttıkça hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyi artmaktadır.

Bilim Kodu : 1032.7

Anahtar Sözcükler : Gastrointestinal sistem kanseri, anksiyete, depresyon, yaşam kalitesi

Sayfa Adedi : 95

Danışman : Doç. Dr. Satı Demir

DETERMINATION OF ANXIETY AND DEPRESSION LEVELS AND QUALITY OF LIFE FOR PATIENTS WHO HAS GASTROINTESTINAL SYSTEM CANCER

(M. Sc. Thesis)

Didem KAT BEKTAŞ

GAZİ UNIVERSITY

INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

August 2014

ABSTRACT

This descriptive study was performed to identify the anxiety and depression level and quality of life of patients with gastrointestinal system (GIS) cancer. The study was conducted on 335 patients with GIS cancer treated at the Ankara University İbni Sina and Cebeci Research and Application Hospitals, Gazi University Health Research and Application Center, and Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Oncology Training and Research Hospital. Data collection was with the Hospital Anxiety and Depression Scale, EORTC QLQ C-30 Quality of Life Scale and the patient information form prepared by the investigator. The mean age of the patients was 55.0 ± 11.14 (min: 20, max: 87) years; 35.5% were female and 64.5% male. The diagnoses were identified as colon cancer (44.4%), rectum cancer (24.1%), stomach cancer (27.1%) and other (4.5%). The mean disease duration was 13.31 ± 15.07 (min: 3, max: 120) months. The mean scale scores were 58.03 ± 24.67 for "Global Health Status", 69.94 ± 21.00 for "Functioning", 33.01 ± 20.22 for "Symptoms", 6.59 ± 4.91 for "Anxiety" and 6.34 ± 4.85 for "Depression". No significant difference was found between the mean "Global Health Status" scores of the patients by gender, education and economic condition. The mean "Functioning" scores were higher in males, and in secondary school graduates compared to literate/primary school graduate patients. Mean "Symptoms" scores of those in poor economic condition were higher than those with moderate economic condition. No relationship was found between quality of life and age or number of children. A negative significant relationship was present between disease duration and "Global Health Status", number of hospitalizations and "Functioning". There was a negative relationship between age and anxiety and a positive relationship between disease duration and anxiety. A significant positive relationship was found between disease duration and depression. The mean "Anxiety" and "Depression" scores were higher in females, single/widow/divorced patients and literate/primary school graduate patients. "Quality of Life" showed a negative relationship with "Anxiety" and "Depression". Global Health Status was more impaired as the disease duration increased. The functional situation worsened with increasing number of hospitalizations. Males and those with an educational level of secondary school and over experienced more functional difficulty. In addition, those with poor economic conditions experienced more symptoms. Anxiety increased with younger age while both anxiety and depression increased with increased duration of illness. Females, single/widow/divorced patients and literate/primary school graduate patients experienced more anxiety. The level of anxiety and depression increased with decreasing global health status and functioning, and increased symptoms.

Science Code : 1032.7

Key Words : Gastrointestinal system cancer, anxiety, depression, quality of life

Page Number : 95

Supervisor : Assoc. Prof. Dr. Satı Demir

TEŞEKKÜR

Çalışmanın planlanmasını ve yürütülmesini yönlendiren, çalışmanın her aşamasında değerli deneyim ve bilgilerinden faydalandığım, manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen danışmanım Sayın **Doç. Dr. Satı DEMİR'e**,

Değerli katkılarından dolayı Sayın **Doç. Dr. Hülya BULUT** ve Sayın **Yard. Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ'a**

Manevi destekleriyle beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan sevgili anne ve babam **Esmamehmet KAT'a**,

Çalışma boyunca bilgileri, tecrübeleri, katkıları ve manevi desteğiyle çalışmayı yürütmeyi kolaylaştıran sevgili eşim **Hüseyin BEKTAŞ'a** çok teşekkür ederim.

Oğlum Bulut'a

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	x
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. GİS Kanseri.....	5
2.2. GİS Kanseri ve Yaşam Kalitesi.....	8
2.3. GİS Kanseri Anksiyete ve Depresyon	10
2.4. GİS Kanseri Bireye Hemşirelik Yaklaşımı	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM	17
3.1. Araştırmanın Şekli.....	17
3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri	17
3.3. Araştırmanın Evreni	17
3.4. Araştırmanın Örneklemi	18
3.5. Veri Toplama Araçları.....	20
3.6. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması	24
3.7. Veri Toplama Araçlarının Uygulaması	24
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	25
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	25
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	25
4. ARAŞTIRMA BULGULARI	27
4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	27
4.2. Hastaların EORTC QLQ ve HAD Ölçek Puanları	29
4.3. Yaşam Kalitesi Düzeyi ile Anksiyete ve Depresyon Düzeyi İlişkisi	44
5. TARTIŞMA.....	47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	61

KAYNAKLAR	67
EKLER.....	77
EK-1. Hasta Bilgi Formu	78
EK-2. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	81
EK-3. EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği	83
EK-4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	85
EK-5. Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı.....	88
EK-6. Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği İzin Yazısı	89
EK-7. Ankara Üniversitesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi İzin Yazısı	90
EK-8. Ankara Üniversitesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi İzin Yazısı.....	91
EK-9. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi İzin Yazısı.....	92
EK-10. Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yazısı	93
ÖZGEÇMİŞ	95

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 3.1. Araştırma Evrenini ve Örneklemine Oluşturan Hastaların Hastanelere Göre Dağılımı	20
Çizelge 3.2. HAD alt ölçekleri, soru numaraları ve ölçekten alınabilecek minimum ve maximum puanlar	21
Çizelge 3.3. EORTC QLQ alt ölçekleri, soru numaraları ve ölçekten alınabilecek minimum ve maximum puanlar.....	23
Çizelge 4.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri	27
Çizelge 4.2. Hastaların hastalıkları ve tedavileri ile ilgili özellikler	28
Çizelge 4.3. Hastaların EORTC QLQ ve HAD puan ortalamaları	29
Çizelge 4.4. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre EORTC QLQ ve HAD puan ortalamaları	31
Çizelge 4.5. Hastaların hastalıkları ve tedavileri ile ilgili özelliklerine göre EORTC QLQ ve HAD puan ortalamaları	36
Çizelge 4.6. GİS kanserli bireylerin bazı özellikleri ile EORTC QLQ-C30 ve HAD ilişkisi.....	44

SİMGELER VE KISALTMALAR

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

Simgeler

Açıklama

p

Anlamlılık Düzeyi

$\bar{X}$

Ortalama Değer

X²

Kruskal Wallis H Testi

Z

Mann- Whitney U Testi

Kısaltmalar

Açıklama

EORTC QLQ

The European Organisation for Research and Treatment of Cancer

GİS

Gastrointestinal Sistem

HAD

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

Max

Maximum

Min

Minimum

QL2

Genel İyi Hali Alt Ölçeği

SPSS

Statistical Package for the Social Sciences

SS

Standart Sapma

1. GİRİŞ

Problem Durumu

Kanser, 2010 yılı itibarı ile ABD verilerine göre tüm ölüm nedenleri arasında 85 yaş altında birinci sırada yer almaktayken; Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2013 verilerine göre ölüme sebep olan hastalıklarda, kalp hastalıklarından sonra %21,3 ile ikinci sırada yer almaktadır. Ülkemizde kanser nedeniyle gerçekleşen ölümlerin %8,9'unu mide, %6,9'unu kolon, %5,9'unu pankreas kanseri oluşturmaktadır ve bu gastrointestinal kanser çeşitleri Türkiye'de en fazla ölüme sebebiyet veren ilk beş kanser çeşidi arasında yer almaktadır. [1,2]. Tüm kanser ölümlerinin %20'si gastrointestinal kanserler sebebiyle meydana gelmektedir [3]. ABD' de kolon kanseri, ölüme sebep olan kanser türleri arasında ikinci sırada yer almaktadır [4]. Dünya Sağlık Örgütünün 2014 kanser raporuna göre, gelecek 20 yıl içerisinde dünya üzerindeki kanserli hasta sayısının 22 milyona ulaşması beklenmektedir [5]. Günümüzde yaşam standartlarının yükselmesi, sağlık hizmetlerinin uzak bölgelere kadar gidebiliyor olması, toplumun bilgi düzeyinin artması ile daha çok kanserli bireye tanı konulabilmektedir. Türkiye'de son 10 yılda hastaneye yatan kanserli bireylerin sayısının iki kat arttığı bildirilmiştir [6]. Dehkordi ve diğerleri (2009) kanser hastalarıyla yaptıkları çalışmada, GİS kanserlerinin %35-40 oranında en çok görülen kanser türü olduğunu saptamışlardır [7].

Kanser, çok sayıda ölüme neden olmasıyla birlikte, psikiyatrik bozuklukların oluşum riskini de arttırmaktadır [8]. Kanser teşhisi ve prognozu, travmatik durumlara sebep olabilir ve bu durumların etkisiyle izolasyon, yetersizlik, savunmasızlık ve acı çekme gibi duygular tetiklenebilir [9]. Cerrahi girişimler, radyoterapi, kemoterapi gibi uzun ve yoğun süren tedaviler, hastalığın seyrindeki belirsizlikler hastalarda anksiyete, korku ve depresyon gibi belirtilerin ortaya çıkmasına neden olabilir [24]. Kanser tanısıyla başlayan psikolojik sarsıntı, uzun sürmekte ve defalarca hastaneye yatmayı gerektiren kemoterapi sürecinde artarak devam etmektedir. Hastalığın farkına varma ve tanı alma hastaneye yatma dönemlerinde günlük yaşantının kesintiye uğraması ve kemoterapinin yan etkileri gibi pek çok faktör hastanın psikolojisini olumsuz etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda, kanser hastalarında %29–47 oranında tanı konacak düzeyde ruhsal bozukluk varlığı, depresyon ve anksiyetenin sıklıkla yaşanan psikiyatrik problemler olduğu belirtilmiştir [10-13]. 2005 yılında Japonya'da, GİS kanserli hastaların anksiyete ve depresyon

düzeylerine bakılan bir araştırmada, operasyon sonrası depresyon skorlarında operasyon öncesine göre önemli bir artış olduğu ve bu yüksek skorun hastaneden taburcu olana kadar devam ettiği görülmüştür [17]. Tanı ve tedavi sürecinde yaşanan anksiyete ve depresyonun, fiziksel ve diğer psikolojik semptomları arttırarak, kanser hastalarının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği ve tedaviye uyumu azalttığı belirtilmektedir [15,16]. Kanserlin hasta ve ailesinde neden olduğu fiziksel, ruhsal ve sosyal değişiklikler, kanserli bireylerin uzun yaşamasından ziyade, kaliteli yaşamları gerektiği gerçeğini gündeme getirmiştir [24]. Hollanda’da 2009 yılında 1429 kanserli hastayla yapılan bir çalışmada, gastrointestinal kanserlerin, lenfomanın ve hematolojik kanserli hastaların diğer kanser türlerine göre daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu bulunmuştur [18]. Chen ve diğerlerinin (2007) GİS kanserli hastalarda yaptıkları bir çalışmada ise hastaların erken evre olması, iyi eğitim almış olması, hastalığa ait semptomların az yaşanması daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olduklarını göstermiştir [19]. Psikiyatrik bozuklukların tanınması ve tedavisi, hastaların tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini arttırabilecektir. Bu anlamda hastayı anlayabilmek, yeni duruma uyumunu kolaylaştırmak ve uygun yaklaşımı planlamak amacıyla ruhsal sorunların ve bu ruhsal sorunları etkileyen etmenlerin saptanması önemlidir.[16]. Kanser, hastaların yaşam kalitesini etkileyen bir stres kaynağıdır [22]. Kanser tanısının etkilerine bağlı olarak yaşam tarzı değişiklikleri ve tedavi skollarıyla uzun yıllar yaşayabilen hastalar için yaşam kalitesi önemli bir sonuçtur [23].

Hastanın tedavi ve bakım ekibindeki her bir çalışanla düzenli olarak konuşabilmesi, hastanın kendisini iyi hissetmesine neden olduğu gibi, sağlığıyla ilgili pozitif davranış değişikliğini de beraberinde getiren önemli bir gereksinimdir [94]. Hemşireler, onkoloji hastalarının tanı, tedavi ve hastalık süreci boyunca bakımında çok önemli rol oynarlar. Kanserli bireylerin fonksiyonel yetersizlikleri ve algıladıkları sosyal desteğin belirlenmesi bu hastalara verilecek bakımın planlanması, ailenin bakıma dahil edilmesi ve katılımının sağlanması, hasta ve ailesinin yaşam kalitesinin arttırılmasını böylelikle de bakımın da kalitesinin artmasını sağlayacaktır [24,87,88]. Hemşirenin kanser tedavisi alan hastalarda semptomları ele alması ve hastanın sosyal destek sistemlerine işlerlik kazandırması hastanın yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir [96,97].

Onkolojinin günlük sürecinde psikolojik sorunlar sıklıkla gözden kaçırılır ya da hastalar kendilerini ifade etmekte zorlanırlar. Sağlık ekibi, iş yükü ve personel eksikliği nedeniyle yalnızca tıbbi tedaviye yönelmekte ve hastaların psikolojik gereksinimlerinin farkına

varmamaktadırlar. Hastalar kendilerini ifade edemediklerinden, ya bu sorunları kendi yöntemleriyle gidermeye çalışmakta ya da sorunların birçoğunu yok saymaktadırlar. İleri düzeyde anksiyete ve depresyonun varlığı da hastanın sorunlarını konuşmasını engelleyebilir. Kansere ilgili çalışmaların çoğalmasa, gelecekteki kanser hastalarının tedavi sürecini, yaşanan sorunların sıklığını ve tedaviye uyumunu etkileyecektir. Ülkemizde ve dünyada kanser hastalarında, anksiyete-depresyon düzeylerini ve yaşam kalitesini inceleyen birçok araştırma yapılmıştır. Ancak birçoğu ya genel olarak kanser hastalarını almış ya da spesifikleşip tek hastalık üzerine odaklanmıştır. Ayrıca gastrointestinal sistem kanserlerinin psikolojik yönüyle ilgili az sayıda yapılmış çalışma vardır. Aynı zamanda anksiyete ve depresyon ile birlikte, yaşam kalitesini inceleyen çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, gastrointestinal sistem kanseri olan hastaların anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt bulmaya çalışılmıştır.

1. GİS kanserli bireylerin yaşam kalitesi düzeyleri nedir?
2. GİS kanserli bireylerde yaşam kalitesini etkileyen faktörler nelerdir?
3. GİS kanserli bireylerin anksiyete ve depresyon düzeyleri nedir?
4. GİS kanserli bireylerde anksiyete ve depresyon düzeylerini etkileyen faktörler nelerdir?
5. GİS kanserli bireylerin yaşam kalitesi düzeyi ile anksiyete-depresyon düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. GİS Kanserleri

Kanser görülme sıklığı ve hangi kanser türünün toplumda daha fazla görüldüğünün bilinmesi, etiyolojide rol oynayan faktörlerin araştırılması; kanserden korunma, erken teşhis ve tedavi yaklaşımlarını belirleme ve dolayısıyla kanser kontrol programını uygulayabilmek için önemlidir [25].

Kanser, tüm ölüm nedenleri arasında 2010 yılı itibarı ile ABD verilerine göre 85 yaş altında birinci sırada yer almaktadır. Kanser, Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2013 verilerine göre ölüme sebep olan hastalıklarda, kalp hastalıklarından sonra %21,3 ile ikinci sırada yer almaktadır. Ülkemizde kanser nedeniyle gerçekleşen ölümlerin %8,9'unu mide, %6,9'unu kolon, %5,9'unu pankreas kanseri oluşturmaktadır ve bu gastrointestinal kanser çeşitleri Türkiye'de en fazla ölüme sebebiyet veren ilk beş kanser çeşidi arasındadır [1,2]. Ülkemizde 2000-2006 yılları arasında 396 000 kanser hastasının olduğu, her yıl yaklaşık 150 000 yeni kanserli bireyin teşhis edildiği, 140 000 kişinin de kanser nedeniyle yaşamını kaybettiği belirtilmektedir [26]. Günümüzde yaşam standartlarının yükselmesi, sağlık hizmetlerinin uzak bölgelere kadar gidebiliyor olması, toplumun bilgi düzeyinin artması ile daha çok kanserli bireye tanı konulabilmektedir. Son 10 yılda hastaneye yatan kanserli bireylerin sayısının iki kat arttığı bildirilmektedir [27].

Tüm kanser ölümlerinin %20'si gastrointestinal kanserler sebebiyle meydana gelmektedir. Kolorektal kanserler, kanserle ilgili mortalite ve morbiditenin en önemli sebeplerindendir. Amerika Birleşik Devletleri'nde kolon kanseri, ölüme sebep olan kanser türleri arasında ikinci sırada yer almaktadır. ABD'de 2014 yılı içerisinde yeni tanı konmuş 136 830 kolorektal kanserli hasta, 46 420 pankreas kanserli hasta, 22 220 mide kanserli hasta ve 18 170 özefagus kanserli hasta bildirilmiştir [2]. Kolorektal kanserlerin en sık insidansı kuzey Amerika, Avustralya, Yeni Zelanda, batı Avrupa ve özellikle Japonya'da erkeklerde görülmektedir. Çin'de yapılan bir çalışmada ise, özefagus ve mide kanseri ilk iki sırada yer alırken kolorektal kanserinin beşinci sırada yer aldığı bildirilmiştir [28,29].

Kolorektal Kanserler

Kolorektal kanserler İngiltere’de en çok görülen üçüncü kanser türüdür. Tedavinin ilerlemesiyle birçok insan yalnızca tedavi olmakla kalmamakta; aynı zamanda bu hastalıkla daha uzun süre yaşamaktadır. [30]. Erken evrelerde tanı konduğunda 5 yıllık hayatta kalım süresi %90'lara ulaşmaktadır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda her iki cinsiyette de sağ kolonda (çekum, assenden kolon) ve sigmoid kolonda kanser sıklığı artarken, rektumda azaldığı gösterilmiştir [31,32]. Tedavi neredeyse her zaman stoma ile sonuçlanabilen cerrahi tedavidir ve buna sıklıkla kemoterapi, radyoterapi ya da ikisi birlikte eşlik etmektedir [30].

Kolorektal kanserlerde, primer tedavi cerrahi olmasına rağmen, tek başına cerrahi ile elde edilen sonuçların yüz güldürücü olmaması, adjuvan tedavileri gündeme getirmiştir. Adjuvan kemoterapinin kullanılabilmesi için, kullanılan ajanların tümör hücrelerini etkin bir şekilde yok edebilmesi ve risk-yarar oranının göz önünde bulundurulması gerekmektedir [33]. İnvaziv tümörlerde ve lenf düğümü yayılımında kemoterapi endikedir [34]. Rektum kanserlerinin tedavisinde radyoterapi önemli yer tutmaktadır [33]. Radyoterapi özellikle ağrı palyasyonu açısından yararlı bir yöntemdir. Rektum kanserli hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası ile birlikte cerrahideki gelişmelerle radyoterapi belirgin lokal kontrol sağlamıştır [34,35]. Kolorektal kanser nedeniyle rezeksiyon uygulanan hastaların çoğunda ameliyatı takip eden ilk beş yıl içinde karaciğer gibi uzak organlarda metastaz ortaya çıkmakta veya ilk ameliyatın yapıldığı bölgede lokal nüks gelişmektedir [35,36].

Mide Kanserleri

Mide kanseri dünyada yaygın olarak görülen, biyolojik olarak saldırgan tavrırlı bir tümördür. Erkeklerde kadınlardan iki kat daha sık görülür. Bu hastalarda tanı nonspesifik karın ağrısı ve dispepsi nedeniyle yapılan endoskopi sırasında konur [38,39]. Mide kanserinde şifa bulma şansı ancak küratif cerrahi rezeksiyon ile mümkündür. Küratif rezeksiyon peritoneal ve uzak organ metastazı olmayan hastalarda lenf bezlerinin tamamının mide piyesi ile birlikte ve temiz cerrahi sınırlarla birlikte çıkarılmasıdır [39]. Lokal ileri evre ve metastatik hastalıkta kür sağlamak mümkün değildir. Bu evrede hastalar palyatif cerrahi rezeksiyon, radyoterapi ve kemoterapi ile tedavi edilirler [37]. Mide

kanseri, prognozu kötü olan ve ileri evrelerde tespit edildiği zaman kür ihtimali olmayan bir kanser türüdür [39].

Özefagus Kanserleri

Özefagus kanseri geç belirti veren ve yüksek oranda ölümcül seyreden bir kanser türüdür. Özofagus kanserinin görülme sıklığı coğrafi olarak değişiklikler gösterir. Batı ülkelerinde 100 000’de 20 oranındayken uzakdoğuda 100 000’de 100 oranındadır. Ülkemizde Doğu Anadolu’da daha sık görülür [14].

Özefagus kanserinde tanı anında hastaların üçte ikisi inoperabl olarak değerlendirilmektedir [40]. Tanı anında hastaların %25-30’unda karaciğer, kemik ve akciğer metastazları vardır [41]. Erken evre dışında opere edilebilir hastalarda tek başına cerrahi ile 3 yıllık sağkalım %20 civarındadır. Benzer şekilde tek başına radyoterapiyle alınan sonuçlar da yüz güldürücü değildir. Buna karşılık, cerrahiye eş zamanlı kemoradyoterapinin neoadjuvan olarak eklenmesiyle sağkalım sonuçları ve patolojik tam cevap artmaktadır. Eş zamanlı definitif kemoradyoterapi (KRT) yapılan hastalarda sonuçlar iyileşmesine rağmen lokal yinleme oranları hâlâ %50 civarındadır. Beş yıllık sağkalım oranlarıysa %10-%20’yi geçememektedir [40].

Diğer GİS Kanserleri

Pankreas kanserleri çok hızlı ilerleyen tümörlerdir. Hastalığın hızlı ilerlemesi nedeniyle klinik evrelemenin tedaviyi yönlendirmede fazlaca bir katkısı olmamaktadır. Hastalarda tedavi olasılığı, ancak çok erken yakalanan tümörlerde sağlanabilmektedir [42].

Karaciğer kanserleri insidansı ülkemizde nispeten düşüktür. Hastaların %50-80’inde kanser siroz ile ilişkilidir. Erken evrede, standart tedavi cerrahi rezeksiyondur. Cerrahi rezeksiyonun mümkün olmadığı durumlarda ise kemoembolizasyondur. İlerlemiş evrelerde standart bir tedavi seçeneği bulunmamaktadır; hastalar daha çok palyatif tedavi almaktadır [42].

Safra kesesi kanserleri seyrek olarak görülür. Genellikle ileri yaşlarda ve kadınlarda görülür. Erken dönemde tedavisi cerrahidir. Cerrahi ile birlikte radyoterapinin de birlikte kullanılması sağkalımı arttırabilmektedir. Bu hastaların kemoterapi yanıtları oldukça

düşüktür. Diğer semptomların ve palyasyonun yanı sıra sarılığın azaltılması için internal ve eksternal safra yolları drenajı hastalarda yaşam kalitesini arttıran önemli bir unsurdur [42].

2.2. GİS Kanseri ve Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi tanımları

Yaşam kalitesi, bireylerin kendi kültürleri ve değerler sistemi içinde kendi durumlarını algılayış biçimidir. Kişinin fiziksel fonksiyonlarını, psikolojik durumunu, aile içindeki ve dışındaki sosyal ilişkilerini, çevre etkilerini ve inançlarını da kapsamaktadır. Yaşam kalitesi kavramı çok boyutludur, zaman içinde değişim gösterebilir, bireylerin beklentileriyle ve yaşantısıyla ilişkilidir, bu nedenle objektif olarak ölçülmesi zordur [43-45].

Yaşam kalitesi terimi fiziksel, duygusal ve sosyal fonksiyonları içeren çok boyutlu kavramı kastetmektedir [46]. Yaşam kalitesi, bireyin kendi yaşamının değerlendirilişine dayanan öznel algı, duygu ve biliş süreçlerinin bir bütünü olarak tanımlanırken aynı zamanda bireysel iyilik durumunun da bir anlatımıdır. Tıp alanında yaşam kalitesi hastalığın durumuna ve bu hastalığın tedavisine bağlı hasta kişinin fiziksel, emosyonel ve sosyal iyilik halinin etkilenmesidir [16,47,48]. Hastaların mevcut fonksiyonel düzeyine karşın, algılarının değerlendirilmesi ve bunlardan aldığı “doyum” şeklinde de yorumlanan yaşam kalitesi çok boyutlu bir kavram olup bireyin fiziksel, hastalık ya da tedavi ile ilgili hastalık semptomları, psikolojik ve sosyal yönlerine ilişkin yorumlar ve değerlendirmeler gerektirmektedir. Tedavinin amacı semptomların giderilmesi ile birlikte yaşam kalitesinde düzelme ve yaşam süresinin uzamasıdır [16,49,50].

Yaşam kalitesi, sağlık durumu ve tedavi etkilerinin değerlendirilmesinde önemli bir sonuç ölçümüdür. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, esas olarak kişinin sağlığı tarafından belirlenen, klinik girişimlerden etkilenebilen genel yaşam kalitesinin bir bileşenidir [51,52].

GİS kanserlerinde yaşam kalitesi

Kanser tedavisi geleneksel olarak hastanın yaşam süresini uzatmaya yöneliktir. Kanser tedavisinde kemoterapi, radyoterapi, enfeksiyon, bulantı-kusma ve tedaviler sonucunda oluşabilecek komplikasyonlar, uzun süreli hastanede kalmayı gerektirmesi nedeniyle yaşam kalitesini bozar. Kemoterapi, uzun zaman süresince uygulanabilen ve saçlarda dökülme, bulantı ve kusma, güçsüzlük ve psikolojik problemler gibi önemli yan etkiler oluşturan bir tedavi şeklidir. Radyoterapi; yorgunluk, cilt yanığı oluşumu ve emosyonel stres gibi önemli yan etkilere neden olur [51,54]. Tüm bunlar kanserli hastaların yaşam kalitelerini negatif yönde etkileyebilmektedir. Bazı çalışmalarda bu durumun tersi de görülmüştür. Gürlü ve diğerlerinin (2014) yaptıkları çalışmada, kemoterapi gören hastaların ortalama yaşam kalitesinde anlamlı bir artış olduğunu tespit etmişlerdir. Bu çalışma kemoterapinin sanıldığı gibi yaşam kalitesini düşüren bir tedavi yöntemi olmadığını, özellikle ilk üç kürde yaşam kalitesini artırdığının düşünülebileceğini belirtmiştir [54].

Kolorektal kanserler, kanser türleri arasında en çok görülenlerden biridir. Fiziksel ve psikososyal sorunlar açısından görülme sıklığı konusunda önemli bir yere sahiptir. Bu sebepten ötürü kolorektal kanser hastalarının ve ailelerinin yaşam kalitesi konusu da oldukça önemlidir [55].

Kolorektal kanserler ve tedavileri iş hayatını, arkadaş, akraba, eş ilişkilerini ve diğer sosyal aktiviteleri ve ilgileri içeren sosyal fonksiyonları kötü etkiler. Stomalı ve stomasız kolorektal kanserli hastalar sıklıkla yaşadıkları düzensiz bağırsak hareketleri, diyare, gaz ve yorgunluk ve uymak zorunda oldukları diyetlerden müzdaripierdir [46]. Rektal kanserli bireylerde, radyoterapi ve cerrahi operasyonun bir sonucu olan inkontinans nedeniyle yaşam kalitelerinde kötü fonksiyonel sonuçlar olduğu görülmektedir [56]. Yaşam kalitelerini yükseltmek için kanserle ilişkili çoklu faktörlerin tedavisini, diğer şartları, sosyal faktörleri, kişinin verdiği cevabı göz önünde bulundurmak gerekir. Bunun için öncelikle değiştirilebilir ve düzeltilebilir faktörleri, yaşam kalitesini iyi ya da kötü etkileyen durumlarını tanımlanması gereklidir. [30]. Dünya Sağlık Örgütü'nün raporunda, yararı kanıtlara dayalı olarak belgelenmiş ruh sağlığını koruyucu faktörün "ailenin ve dostların sosyal desteği" olduğu açıklanmaktadır [57,58]. Sosyal destek; ekonomik

olanaklar, iş ortamı, diğer sosyal ortamları ve benzeri unsurları da kapsamakla birlikte, kanserli hastaya etkisi en güçlü sosyal destek yakınlarının desteğidir [58].

Yaşam kalitesini sağlıklı bir insanınkinden daha iyi olarak yorumlayan kanser hastasının bu değerlendirmesi bir paradoks olarak yorumlanabilir. Bu paradoks hastalardaki yaşam memnuniyetinin anlaşılması ve değerlendirilmesini sağlayan ölçümlerin değişiminin bir sonucu olabilir. Yanıt değişimi bireyin değişen sağlık durumuna göre yaşam kalitesini algılamasıdır. Söz konusu bireyin deneyimlediği sürece bağlı olarak memnun olma tanımını çeşitli yaşam dönemlerine uyarlaması veya kendi yaşamıyla ilgili isteklerini azaltmasını kapsar. [59,61]. Kanserli hastalarda yaşam kalitesinin en üst düzeyde tutulması ve hastaların kendi tedavi ve bakımlarının sorumluluğunu alarak yaşamlarını sürdürmeleri büyük önem taşımaktadır [52].

Kanser hastalığının adı, adının verdiği korku, gelecek kaygısı, hastalık sürecinde yaşanabileceklerin yarattığı stres ve tedaviye bağlı istenmeyen etkiler, hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini önemli derecede etkilemektedir. Tüm bu olumsuzluklara ve tedavi nedeniyle olan yan etkilere rağmen tedavi süresince ve tedavi sonrasında hastaların yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi ve devamının sağlanması önemlidir [62].

2.3. GİS Kanserlerde Anksiyete ve Depresyon

Dünya Sağlık Örgütü'nün Ruhsal Sorunların Önlenmesi konulu 2004 Yılı Raporu (WHO, 2004) ruhsal bozuklukların ortaya çıkışını tetikleyen risk faktörlerini açıklamaktadır. Stresli yaşam olayları, fiziksel hastalıklar, aile düzeninde bozulma ve çatışmalar Dünya Sağlık Örgütü'nün sıralamış olduğu ruhsal sorunlar için risk faktörleri arasında yer almaktadır. Ruhsal problemlerin risk faktörlerinden biri olarak sıralanan uzun süren, yaşamı tehdit eden fiziksel sağlık problemlerinden biri de kanserdir [57,58].

Kanser, hastaları fiziksel, sosyal, emosyonel, psikolojik ve ekonomik olmak üzere birçok boyutta etkilemekte ve fonksiyonel yaşamlarında kısıtlılıklara neden olmaktadır. Cerrahi girişimler, radyoterapi, kemoterapi gibi uzun ve yoğun süren tedaviler, hastalığın seyrindeki belirsizlikler hastalarda anksiyete, korku ve depresyon gibi belirtilerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır [24].

Kanser tanısı almak hastanın, bir yandan fiziksel sorunlar ile baş etmeye çalışmasına, diğer yandan geleceğe ilişkin belirsizlik yaşamasına neden olabilmektedir. Bu süreç hastada ruhsal bozukluk gelişme riskini artırabilmektedir [63].

Psikiyatrik bozuklukların tanınması ve tedavisi, hastaların tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini arttırabilecektir. Bu anlamda hastayı anlayabilmek, yeni duruma uyumunu kolaylaştırmak ve uygun yaklaşımı planlamak amacıyla ruhsal sorunların ve bu ruhsal sorunları etkileyen etmenlerin saptanması önemlidir [16].

Onkoloji hastalarında psikolojik sorunlara yol açan durumlar hastalık kökenli, tedavi kökenli ve hastadan kaynaklanan durumlar olarak üçe ayrılır. Hastalık kökenli oluşan durumlar; kanserin ileri evrede olması, kötü prognoz, hastalık süreci, metastaz durumu ve hastada şiddetli psikosomatik belirtilerin ortaya çıkmasıdır. Tedavi kökenli oluşan durumlar; palyatif tedavi durumları, operasyon, kemoterapi ve radyoterapiden kaynaklanan tedaviye özel durumların yarattığı yan etkiler ve hastanın tedaviye beklenen yanıtı vermemesidir. Hastadan kaynaklanan durumlar ise psiko-sosyal faktörler (sıkıntı yaratan durumlar, çatışmalar, sosyal destek azlığı, sosyo-ekonomik sorunlar), öncesinde psikiyatrik bir hastalık öyküsünün olması, başa çıkma stratejilerinin azlığı ya da yanlış kullanımı, sosyo-demografik faktörler (yaş ve cinsiyet faktörü) [61,64,65].

Kanser hastalığı tanısı birçok kişi için akut bir kriz anlamına gelir. Özellikle hastalık sürecinin ilerleyen evrelerine ve zamana bağlı olarak hasta bireyde farklı derecelerde psikolojik sorunların ortaya çıkması beklenen bir durumdur. Hastalarda tanı aşamasından başlayarak tedavi aşamalarının tümünde değişik duygusal ve davranışsal tepkiler ortaya çıkar. Özellikle başlangıçta tanı aşamasında, test sonuçlarını beklerken, yeni bir tedavi öncesinde, nüks görülmesi durumunda anksiyete ataklarının sık görüldüğü saptanmıştır Bu hastalarda tanı aşamasıyla başlayan anksiyetenin yanı sıra depresyon en sık görülen sorunlardan birisidir [66].

Kanserin yarattığı etki, genel olarak yaşamı tehdit etme, pek çok zorlu yaşam deneyimlerini de beraberinde getirme bakımından her ne kadar tüm kanser türlerinde benzer olsa da, bazı kanser türleri için türe özgü sonuçlar da doğurduğu bilinmektedir [67]. Kolorektal kanserlerinin psikolojik etkileri hem kanserin kendisinden hem de sosyal ve cinsel yaşama etkisinden kaynaklanır. Kolorektal kanseri yenen bireyler tanıdan sonraki 3

yıl boyunca, sıklıkla depresyondan, negatif beden imajından ve gastrointestinal sorunlardan yakınmışlardır [68]. Özellikle cerrahi tedavilerin neden olabildiği sonuç ve zorlanmalar hem fiziksel olarak hem de psikolojik olarak kişileri etkilemekte ve çeşitli psikososyal sorunlara yol açmaktadır. Rektal kanserlerle yapılan çalışmalar bu hastaların kendilerini stigmatize edilmiş ve farklı hissettiklerini özellikle daha genç yaşın ve kolostominin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini göstermektedir [69].

Gastrointestinal kanserli hastaların, hastalığın kendisinden kaynaklanan ya da uygulanan farklı tedavi yöntemleri nedeniyle yorgunluk, kilo kaybı ve kolostomi gibi ameliyat, anksiyete ve depresyon, yaşadıkları ortak sonuçlardır [105]. Eun Sook ve Jinsun (2012) Kore’de mide kanserli bireyler üzerinde yaptıkları çalışmada psikolojik sorunların artmasıyla anksiyete ve depresyon düzeylerinin de arttığını ortaya koymuşlardır. [106]. Kolorektal kanserli hastalar halsizlik, gastarintestinal ve cinsel sorunlardan, kötü beden imajından (stoma) ve emosyonel güçlüklerden, uyku problemlerinden, hastalığın nüksetme korkusundan, anksiyete ve depresyondan, üriner inkontinanstan, nöropatiden kötü etkilenmektedir ve tedavileri uzun sürmektedir [30,70]. Stoma açılması, bireyin yaşam tarzını ve baş etme yeteneğini önemli ölçüde etkilemektedir. Bireyin beden imajında oluşan bu ani değişimi kabullenmeye çalışması zor olmaktadır. Stoma, beden imajının değişmesine yol açarak kişinin kendisini normal birisi olarak kabul etmemesine, işe yaramadığını, artık normal bir yaşam sürdüremeyeceğini düşünmesine ve yetersizlik duygusuna neden olabilir. Beden imajındaki değişiklik; suçluluk, utanma ya da nefret gibi duygulara yol açabilmektedir. Geçici ya da kalıcı stoma açılan hastalarda beden algısının değiştiği benlik saygısının azaldığı bulunmuş ve cinsel işlevlerde bozulma, eş uyumunda sorunların ortaya çıkması ve başta depresyon olmak üzere çeşitli psikiyatrik bozuklukların yer aldığını göstermiştir [122]. Özellikle depresyonun varlığı tedaviye uyumu bozarak hastanede kalış süresini ve tedavi masraflarını arttırmakta ve hastalığın gidişini olumsuz yönde etkileyebilmektedir [11].

Kanser hastalarında psikiyatrik bozuklukların görülme oranı yüksektir (%30-40). En sık görülen psikopatoloji major depresyondur (MD). MD, kanser hastalarında dikkat edilmesi gereken önemli bir psikiyatrik bozukluk olup hastanın yaşam kalitesini, tedaviye uyumunu, hastalığın şiddetini ve tedaviye yanıtı olumsuz yönde etkiler [71,72]. Kanserde depresyon açısından başlıca risk faktörleri psikiyatrik hastalık öyküsü, benlik saygısının düşüklüğü, tanı sırasında duygusal stres ve yetersiz sosyal destek, fonksiyonel kapasite düşüklüğü,

kötü fiziksel şartlar, eş veya yakın akraba kaybıdır [73]. Diğer risk faktörleri alkol bağımlılığı, ilerlemiş kanser, yetersiz ağrı kontrolü, eşlik eden fiziksel hastalıklar ve depresyon yan etkisine sahip kemoterapotiklerin kullanılmasıdır. Kanser kliniği ve kemoterapinin yan etkileri başlı başına depresif semptomlara benzer yakınmalara neden olabilir. Hastalığa ve tedaviye bağlı semptomları depresyondan ayırmak gerekir [74].

Son dönemde kanser hastalarındaki anksiyete insidansı %50'nin üzerindedir; kanser hastalarının yaklaşık %30'unda kronik anksiyete görülmektedir [75]. Kanser hastalarında anksiyete düzeyini belirleyip azaltmanın tedaviye uyumu ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemesi beklenmektedir [76].

Kanser tanı ve tedavileri, hastanın anksiyete düzeyi ve psikolojik durumu ile etkileşerek hastanın mevcut hastalığını kabullenme, hastalık ile mücadele etme, tedaviye uyum ve hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Genellikle genç ve orta yaştaki kanser hastaları, kadın cinsiyet ve kemoterapi tedavisi alanlarda anksiyete seviyeleri daha yüksektir [76,77].

Kanser hastalarındaki psikolojik bozuklukların görülme sıklığı %30 ile %60 arasındadır [61,78-80]. Onkolojinin günlük sürecinde psikolojik bozukluklar sıklıkla gözden kaçırılır [29,61]. Psikolojik sıkıntıları olan kanser hastalarının neden hemen tespit edilemeyip gerekli tedavilerinin sağlanamadığıyla ilgili çeşitli savlar vardır [61,81,82]. Bu savlardan ilki hastadan kaynaklanan sorunları içerir. Birçok hasta günlük onkolojik tedavileri sırasında, örneğin hastalarla yapılan görüşmelerde veya somatik belirtilerle ilgili muayenelerinde kendilerini tedavi eden ekiple kurdukları ilişkiye zarar vermekten korktuklarından psikolojik sorunlarıyla ilgili bir şey dile getirmez. Diğer yandan ağır depresyon durumları da (anksiyete, kendinden emin olamama ve içe dönüklüğün eşlik ettiği tablolarda) hastanın kendini ifade edip psikolojik problemleri üzerine konuşmasını engelleyebilir [61,83]. Ayrıca tedaviden kaynaklanan durumlarda bu tabloların belirlenmesini engelleyebilir [61].

Geliştirilen kanser tedavi yöntemleri ile hastaların yaşam sürelerinin uzatılması ve daha nitelikli yaşamları amaçlanmaktadır [84,85]. Ancak kullanılan yöntemle ilgili olarak tedavi ile ilgili zorluklar (tedaviye uyum ve tedaviyi sürdürmede yetersizlik gibi) ve toksik etkiler (saçlarda dökülme, bulantı, kusma ve kısırlık gibi) de söz konusudur. Tedavinin yan

etkileri ile birlikte kanserin de neden olduğu rahatsızlıklar sonucunda hastalar anksiyete, depresyon, ağrı, cinsel işlev bozukluğu, yorgunluk gibi semptomlar yaşamakta, varolan uyum mekanizmaları sarsılmakta, geleceğe yönelik beklenti ve planları bozulmaktadır [86,87].

2.4. GİS Kanserli Bireye Hemşirelik Yaklaşımı

Kanserin hasta ve ailesinde neden olduğu fiziksel, ruhsal ve sosyal değişiklikler, kanserli bireylerin uzun yaşamasından ziyade kaliteli yaşamaları gerektiği gerçeğini gündeme getirmiştir [24]. Kanserli bireylerin fonksiyonel yetersizlikleri ve algıladıkları sosyal desteğin belirlenmesi bu hastalara verilecek bakımın planlanması, ailenin bakıma dahil edilmesi ve katılımının sağlanması, hasta ve ailesinin yaşam kalitesinin artırılmasını böylelikle de bakımın kalitesinin artmasını sağlayacaktır [24,87,88]. Kanserli bireylerde tedavi yöntemleri, semptom kontrolü, fizyolojik, psikolojik ve sosyal iyilik halinin sürdürülmesi, hastalık ve tedavi nedeni ile ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarının önlenmesi ve sorunlarla baş etme, olumlu sağlık davranışı geliştirme, öz bakım gücünü artırma, sosyal destek ağını kuvvetlendirme, danışmanlık ve eğitim verme gibi konularda hemşirelikte sistematik yaklaşımın kullanılabilmesi için, bu hastaların fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin belirlenmesi gerekmektedir [24,88,89].

Kanser hastalarında psikiyatrik bozuklukların çoğu tedavi edilebilir nitelikte olsa da sağlık çalışanlarının bu popülasyonda psikiyatrik bozukluklara yeterince özen göstermedikleri, dolayısı ile bu bozuklukların yeterince tanı ve tedavi almadıkları ileri sürülmektedir [90]. Kanserlin ilerlemesi veya kanser tedavisinin lokal ve sistemik etkileri, vücudun tüm sistemleri üzerinde önemli etkiler yaratmaktadır. Hastalık veya tedavinin neden olduğu sorunlar, morbiditeyi, öz-bakım gücünü, tedaviyi sürdürmeyi ve yaşam kalitesini etkileyebilmektedir. Bu nedenle, hemşirelik bakımında bu komplikasyonları önleme, erken dönemde belirleme ve semptom kontrolü önem taşımaktadır. Hemşirelerin, semptom kontrolünde otonomileri artmaktadır. Semptom kontrolü, hasta bakımında yaratıcı olma ve hastaların yaşam kalitesinde önemli farklılıklar yaratabilme olanağı sağlayan bir alandır [91]. Hemşirelerin semptomların kontrol altına alınması, hastaların duygu ve düşüncelerinin paylaşılması, fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi, iyileştirilmesi ve yaşam kalitelerinin artırılmasında önemli rolleri olduğu bilinmektedir [92].

Hastaların bireysel ve kültürel özelliklerini dikkate alarak, biyopsikososyal gereksinimlerini tanıma, belirleme, bu gereksinimleri karşılamak için gereken bakımı yerine getirme, bakımın yönetilmesinde gerektiğinde hasta ve hasta yakınlarına yönelik eğitim ve danışmanlık rollerini de kullanarak onları “destekleme ve güçlendirmeyi” hedef edinmelidir. Bu hedefe ve hastaya ulaşmada da bireysel ya da grup müdahalelerini araç olarak kullanmalı, gerektiğinde uygun diğer sağlık profesyonellerine hastayı yönlendirmeli ve yardım almalıdır [67, 93].

Hastanın tedavi ve bakım ekibindeki her bir çalışanla düzenli olarak konuşabilmesi (hastalığıyla başa çıkmasına yardımcı olacak bilgi alma, tedavi sonucunda olası yan etkiler hakkında bilgilenmesi gibi) hastanın kendisini iyi hissetmesine neden olduğu gibi, sağlığıyla ilgili pozitif davranış değişikliğini de beraberinde getiren önemli bir gereksinimdir [94].

Hasta ve ailelerin kendine yardım ya da destek gruplarına katılım yönünde cesaretlendirilmesinin, sosyal destek ağlarının genişletilmesinde yararlı olduğu bildirilmiştir [95]. Hemşirenin kanser tedavisi alan hastalarda semptomları ele alması ve hastanın sosyal destek sistemlerine işlerlik kazandırması hastanın yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir [96,97].

Hemşireler, bu zorlu yolculukta hastaların yaşantısına daha anlamlı, sağlıklı, güçlü, mücadele etme ruhunu edinmiş/ kaybetmemiş olarak en az düzeyde yara almalarına, fiziksel ya da psikolojik acılarını dindirme, bu acılarına dayanabilir ve katlanabilir hale gelmelerine, mümkün olan en yüksek potansiyeli ile stresörlerini ve yaşamını yönetmesine yardımcı olabilir [67]. Onkolojide psikososyal müdahaleler hastaların ve ailelerin psikolojik sıkıntılar ile başa çıkabilmesine yardımcı olur [77]. Bu bakış açısı tüm klinik hemşirelerine kazandırılmalıdır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma gastrointestinal sistem kanserli hastalarda anksiyete-depresyon ve yaşam kalitesi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Bu araştırma Ankara Üniversitesi İbni Sina ve Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastaneleri Tıbbi Onkoloji kliniklerinde, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Tıbbi Onkoloji kliniğinde, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji kliniğinde yürütülmüştür. Ankara Üniversitesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi Tıbbi Onkoloji kliniği hastanenin 13. Katında A blokta yer almakta ve 17 hasta yatak kapasitesi bulunmaktadır. Bu klinikte 8 hemşire, 1 sorumlu hemşire, 2 asistan doktor ve 1 uzman doktor çalışmaktadır. Ankara Üniversitesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi Tıbbi Onkoloji kliniği; Cebeci Tıp Fakültesi kampüsü içinde yer almakta ve 2 kattan oluşmaktadır. Tıbbi Onkoloji kliniğinde 1. Katta 19, 2. Katta 13 olmak üzere toplamda 32 hasta yatak kapasitesi bulunmakta, 12 hemşire, 1 sorumlu hemşire, 4 asistan doktor ve 2 uzman doktor çalışmaktadır. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Tıbbi Onkoloji kliniğinde 27 hasta yatak kapasitesi bulunmakta, 10 hemşire, 1 sorumlu hemşire, 3 asistan doktor ve 2 uzman doktor çalışmaktadır. Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji kliniğini hastanenin 8. Katında yer almakta, kadın ve erkek katı diye ikiye ayrılmakta, toplamda 36 hasta yatak kapasitesi bulunmakta, 10 hemşire, 1 sorumlu hemşire, 2 asistan doktor ve 1 uzman doktor çalışmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Ankara Üniversitesi İbni Sina ve Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastaneleri Tıbbi Onkoloji kliniklerinde, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Tıbbi Onkoloji kliniğinde, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji kliniğinde yatan gastrointestinal sistem kanseri tanısı almış olan hastalar oluşturmuştur. Bütün sosyokültürel düzeylerden hastalara

ulaşabilmek için iki üniversite ve bir devlet hastanesi seçilmiştir. Bu hastanelere 2013 yılında toplam 2611 kanserli hasta yatış yapmıştır.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmaya alınacak örneklem sayısını elde etmek için “Evreni belli örnekleme yöntemi” kullanılmıştır ve örneklem sayısı 335 kişi olarak bulunmuştur. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde izlenen yol aşağıdaki gibidir.

"Evreni belli örnekleme yöntemi" ni kullanarak örneklem büyüklüğünün hesaplanması:

$$n = \frac{N t^2 p q}{d^2(N-1) + t^2 p q} \quad (3.1)$$

N= Evrendeki birey sayısı

n= Örnekleme alınacak birey sayısı

p= İncelenecek olayın görülüş sıklığı (olasılığı)

q= İncelenecek olayın görülmeyiş sıklığı (1-p)

t= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer (1,96)

d= Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ sapma olarak simgelenmiştir (0,05).

$$n = \frac{2611 \times (1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5}{(0,05)^2 \times 2610 + (1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5}$$

n=335

Her bir hastaneden alınacak hasta sayısı tabakalama yöntemi ile tabaka ağırlığına göre belirlenmiştir. Aşağıdaki işlem basamakları izlenerek her hastaneden alınacak hasta sayısı bulunmuştur. Her bir hastaneden örnekleme alınacak hasta sayıları Çizelge 3.1’de verilmiştir.

1. Her tabakadaki birey sayısı evrendeki birey sayısına bölünerek her tabakanın ağırlığı bulunur.

$$N_i/N = a_i$$

i =Tabaka numarası

N_i = i nolu tabakadaki birey sayısı

N = Evrendeki birey sayısı

a_i = i nolu tabakanın ağırlığı

2. Tabaka ağırlıkları örnekleme alınacak birey sayısı ile çarpılarak her tabakadan kaç hasta alınacağı hesaplanır.

$$a_i \times n = n_i$$

i =Tabaka numarası

a_i = i nolu tabakanın ağırlığı

n =Örnekleme alınacak birey sayısı

n_i : i nolu tabakadan alınacak birey sayısı

Araştırmaya dahil olma kriterleri; “bilişsel yetilerinde sorun olmama, GİS kanseri tanısı almış olma, en az 3 ay önce tanı almış olma, 18 yaş ve üstü olma, okur yazar olma ve çalışmaya katılmaya gönüllü olma” şeklindedir.

Çizelge 3.1. Araştırma evrenini ve örneklemini oluşturan hastaların hastanelere göre dağılımı

Hastane Adı	Yıllık Hasta Sayısı	Evren İçerisindeki Ağırlığı $N_i/N = a_i$	Örnekleme Seçilen Hasta Sayısı $a_i \times n = n_i$
Ankara Üniversitesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi	363	$363/2611=0,1193$	$0,1390 \times 335=46$
Ankara Üniversitesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi	458	$458/2611=0,1907$	$0,1754 \times 335=59$
Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi	786	$786/2611=0,2600$	$0,3010 \times 335=101$
Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi	1004	$1004/2611=0,4298$	$0,3845 \times 335=129$
Toplam	2611		335

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada verilerin toplanması amacıyla “Hasta Bilgi Formu”, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır.

Hasta Bilgi Formu (EK-1):

Hasta bilgi formu ilgili literatür incelenerek araştırmacı tarafından hazırlanmıştır [13,17,46,51,52,62,111-113]. Formda hastaların sosyodemografik, hastalık ve tedavi özelliklerine yönelik hasta tarafından doldurulan 14, hemşire tarafından doldurulan 3 soru yer almaktadır.

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)(EK-2):

Hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla Zigmond ve Snaith tarafından (1983) geliştirilen, dörtlü likert tipi bir ölçektir. 7’si depresyon, 7’si anksiyete belirtilerini araştıran toplam 14 soru içermekte ve tek sayılar anksiyeteyi, çift sayılar depresyonu ölçmektedir. Ölçeğin kesim noktası anksiyete ve depresyon için 7 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin puanlandırılması ise 0-7 arası normal, 8-10 arası şüpheli, 11 ve üzeri depresif olarak ifade edilmiştir [99].

Formun Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Aydemir (1997) tarafından yapılmış, ölçeğin bedensel hastalığı olanlarda depresyon ve anksiyete belirtilerini tarama açısından güvenli olduğu belirlenmiştir. Anksiyete (HAD-A) ve depresyon (HAD-D) alt ölçekleri vardır [98]. Ölçekte her maddenin puanlaması farklıdır. 1., 3., 5., 6., 8., 10., 11. ve 13. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Öte yandan 2., 4., 7., 9., 12. ve 14. maddeler ise 0, 1, 2, 3, biçiminde puanlanmaktadır. Anksiyete alt ölçeği için 1., 3., 5., 7., 9., 11. ve 13. maddeler toplanırken; depresyon alt ölçeği için 2., 4., 6., 8., 10., 12. ve 14. maddelerin puanları toplanmaktadır. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0, en yüksek puan 21'dir (Çizelge 3.2). Ölçeğin kesim noktası anksiyete için 10, depresyon için 7 olarak belirlenmiştir. Anksiyete için 11 ve üzerinde, depresyon için 8 ve üzerinde puan alınması durumunda anksiyete ve depresyondan söz edilmektedir. Ölçeğin amacı; tanı koymak değil, bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu kısa sürede tarayarak risk grubunu belirlemektedir. Ayrıca ölçek, hastanın emosyonel durum değişikliğinin değerlendirilmesinde de kullanılmaktadır. Bu nedenle ölçek hiçbir bedensel belirti içermemektedir. Anksiyete değerlendirilmesinde, hasta 0-10 puan aldığı anda anksiyetesi yok, 11 ve üzerinde puan aldığı anda anksiyetesi var; depresyon değerlendirilmesinde 0-7 puan aldığı anda hastanın depresyonu yok, 8 ve üzerinde puan aldığı anda ise depresyonu var olarak tanımlanmıştır. Bu ölçek başka ölçeklerle karşılaştırılmalı olarak kullanılmış olup bedensel hastalığı olanlarda, anksiyete ve depresyonu değerlendirme yönünden yeterli olduğu bulunmuştur. HAD bedensel belirtilere ilişkin madde içermemesi nedeniyle tercih edilmiştir [98].

Çizelge 3.2. HAD alt ölçekleri, soru numaraları ve ölçekten alınabilecek minimum ve maximum puanlar

HAD Alt Ölçekleri	Soru Numaraları	Minimum Puan	Maximum Puan
Anksiyete	1, 3, 5, 7, 9, 11, 13	0.00	21.00
Depresyon	2, 4, 6, 8, 10, 12, 14	0.00	21.00

EORTC-QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK-3):

EORTC QLQ-C30 Version 3.0 (European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire) bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Güzelant tarafından (2004) yapılmıştır [100]. EORTC QLQ-C30 versiyon 3.0; yaşam kalitesi

ölçeğinin “Genel İyilik Hali”, “Fonksiyonel Güçlükler” ve “Semptomlar” olmak üzere 3 alt ölçeği vardır. Fonksiyonel Güçlükler alt ölçeği “fiziksel, rol, emosyonel, bilişsel ve sosyal fonksiyonları” değerlendirmektedir. Semptomlar alt ölçeğinde ise “yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı, solunum güçlüğü, uyuma güçlüğü, iştah kaybı, konstipasyon, diyare, ekonomik güçlük” değerlendirilmektedir (Çizelge3.3). “Ölçekteki 30 maddeden ilk 28’i dördümlük likert tipi ölçektir ve maddeler “Hiç: 1, Biraz: 2, Oldukça: 3, Çok: 4 puan” olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin 29. sorusunda hastadan 1’den 7’ye kadar aralık olan (1: çok kötü ve 7: mükemmel arası) ölçek ile sağlığını ve 30. Soruda yine (1:çok kötü ve 7: mükemmel) genel yaşam kalitesini değerlendirmesi istenmektedir. 29. ve 30. sorular genel İyilik Hali alanını oluşturan sorulardır. Genel İyilik Hali alt ölçeğinden alınan düşük puanlar yaşam kalitesinin düşük olduğunu, yüksek puanlar ise yaşam kalitesinin arttığını ifade etmektedir. Fonksiyonel Güçlükler ve Semptomlar alt ölçeklerinden alınan puanların yüksek olması yaşam kalitesinin düşük, puanların düşük olması ise yaşam kalitesinin yüksek olduğunu göstermektedir [100].

Çizelge 3.3. EORTC QLQ alt ölçekleri, soru numaraları ve ölçekten alınabilecek minimum ve maximum puanlar

EORTC QLQ alt ölçekleri	Soru numaraları	Minimum Puan	Maximum Puan
Genel İyilik Hali	29,30	0.00	100.00
Fonksiyonel Güçlükler		0.00	100.00
Fiziksel Fonksiyonlar	1,2,3,4,5	0.00	100.00
Rol Fonksiyonları	6,7	0.00	100.00
Emosyonel Fonksiyonlar	21,22,23,24	0.00	100.00
Bilişsel Fonksiyonlar	20,25	0.00	100.00
Sosyal Fonksiyonlar	26,27	0.00	100.00
Semptomlar		0.00	100.00
Yorgunluk	10,12,18	0.00	100.00
Bulantı, Kusma	14,15	0.00	100.00
Ağrı	9,19	0.00	100.00
Solunum Güçlüğü	8	0.00	100.00
Uyuma Güçlüğü	11	0.00	100.00
İştah Kaybı	13	0.00	100.00
Konstipasyon	16	0.00	100.00
Diyare	17	0.00	100.00
Ekonomik güçlük	28	0.00	100.00

Fonksiyonel Güçlükler alt ölçek skoru, semptomlar alt ölçek skoru ve genel iyilik hali alt ölçek skoru aşağıdaki formüllerle hesaplanmaktadır:

Fonksiyonel skor (FS) hesaplanırken hastanın 15 sorudan aldığı toplam puan, toplam soru sayısına (15) bölünerek ham skor (HS) hesaplanır. Cevaplara verilen en yüksek puan (4) ve en düşük puan (1) arasındaki fark (3) aralık değerini verir. Bu değerler kullanılarak;

$$FS = \{1 - (HS - 1) / \text{aralık}\} \times 100 \text{ formülü ile hesaplanır.} \quad (3.2)$$

Semptom ölçek skoru (SS) hesaplanırken 13 sorudan alınan toplam puan, toplam soru sayısına (13) bölünerek ham skor (HS) hesaplanır. Cevaplara verilen en yüksek puan (4) ve en düşük puan (1) arasındaki fark (3) aralık değerini verir. Bu değerler kullanılarak;

$$SS=\{(HS-1)/aralık\}x100 \text{ formülü ile hesaplanır.} \quad (3.3)$$

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

$$GSS=\{(HS-1)/aralık\}x100 \text{ formülü ile hesaplanır.} \quad (3.4)$$

3.6. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması

Ön uygulama Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesinde yatan 30 kişi üzerinde yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda hasta bilgi formunda gerekli değişiklikler yapılmış olup ön uygulamaya alınan hastalar araştırmanın örneklemine alınmamıştır.

3.7. Veri Toplama Araçlarının Uygulaması

Araştırma, izin alınan hastanelerin tıbbi onkoloji kliniğinde yatan gastrointestinal sistem kanserli hastalarla yürütülmüştür. Bireylere araştırma hakkında bilgi verildikten ve yazılı onamları alındıktan sonra Hasta Bilgi Formu, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve EORTC-QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği verilerek ya da okunarak doldurmaları istenmiştir (görme sorunu olan, yorgunluk ve halsizlik yaşayan hastalara destek olmak amaçlı 25 hastaya okunarak doldurulmuştur.). Veri toplama araçlarının katılımcı tarafından doldurulması 15-20 dk sürmüştür. Araştırmanın uygulaması Ekim 2013 - Mayıs 2014 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Örneklem grubuna ulaşmak için verilerin toplanmasında anketör kullanılmıştır. Veriler araştırmacı ve bir anketör tarafından toplanmıştır. Anketöre çalışmanın amacı, veri toplama araçlarının özellikleri ve uygulama ile ilgili eğitim verilmiştir. İlk hafta araştırmacı ve anketör birlikte çalışmıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi amacıyla SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versiyon 15 kullanılmıştır. Nicel değişkenlerin sunulması amacıyla ortalama, minimum, maximum değerler; nitel değişkenlerin sunumu için ise frekans ve yüzde değerler kullanılmıştır. Nitel değişkenlerin istatistiksel değerlendirilmesinde Ki-kare testi kullanılmıştır. Nicel değişkenlerin değerlendirilmesinde ise Parametrik test koşulları sağlanmadığından parametrik olmayan testlerden ikiden çok grup karşılaştırmalarında Kruskal wallis testi, gruplar arasında fark bulunduğu takdirde farkı yaratan grupların belirlenmesinde ise Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki korelasyonlara ise Spearman korelasyon testi ile bakılmıştır. Bütün istatistiksel analizlerde önemlilik seviyesi olarak $p < 0,05$ değeri kabul edilmiştir [101].

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmaya başlamadan önce çalışmaya katılacak hastalara çalışmanın amacı, nerelerde yapıldığı, elde edilen verilerin nasıl ve nerede kullanılacağı açıklanarak hastalardan bilgilendirilmiş sözlü ve yazılı onam alınmıştır (EK-4). Araştırmanın uygulanabilmesi için Ankara Üniversitesi İbni Sina ve Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanelerinin başhekimliklerinden ve ilgili ana bilim dalı başkanlığından, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi başhekimliğinden ve ilgili ana bilim dalı başkanlığından, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji ana bilim dalı başkanlığından, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumundan ve Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan gerekli izin yazıları alınmıştır (EK-5,6,7,8,9,10).

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler, hastalığın farklı evrelerinde olup çeşitli tedaviler almaktadırlar. Hastalığın evreleri ve alınan tedavilerin yaşam kalitesi ve hastalığa tepkileri farklı etkileyeceğinden örneklem grubunun aynı evrede olmaması ve farklı tedaviler alıyor olmaları bu çalışmanın önemli bir sınırlılığıdır.

4. ARAŞTIRMA BULGULARI

4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çizelge 4.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri (N=335)

Sosyodemografik özellikler	n	%
Yaş*		
≤44	64	19,1
45-69	246	73,4
≥70	25	7,5
Cinsiyet		
Kadın	119	35,5
Erkek	216	64,5
Eğitim Durumu		
Okur yazar/İlkokul mezunu	201	60,0
Ortaokul mezunu	39	11,7
Lise mezunu	53	15,8
Üniversite ve üstü**	42	12,5
Medeni Durum		
Evli	295	88,1
Bekar/Dul/Boşanmış	40	11,9
Çocuk		
Var	317	94,6
Yok	18	5,4
Çocuk sayısı (n=317)		
1 çocuklu	27	8,5
2 çocuklu	115	36,3
3 çocuklu	74	23,4
4 ve üzeri çocuklu	101	31,8
Birlikte Yaşanan Kişiler		
Tek yaşayan	9	2,6
Çekirdek aile	300	89,6
Geniş aile	26	7,8
Çalışma Durumu		
Evet	64	19,2
Hayır	271	80,8
Ekonomik Durum		
İyi	37	11,0
Orta	262	78,3
Kötü	36	10,7

* Hastaların yaş ortalaması 55,0±11,14 (min:20 max:87) olarak saptanmıştır.

**Üniversite ve üstü = 40 kişi üniversite, 2 kişi yüksek lisans mezunudur.

Çizelge 4.1’de hastaların sosyodemografik özellikleri yer almaktadır. Hastaların %73,4’ü 45-69 yaş grubunda, %64,5’i erkek, %60,0’ı okur yazar/İlkokul mezunu ve %88,1’i evlidir. Hastaların %94,6’sı çocuk sahibi olup, %36,3’ü 2 çocuklu, %89,6’sı çekirdek ailede yaşamakta, %80,8’i çalışmamakta ve %78,3’ü ekonomik durumunu orta olarak değerlendirmektedir.

Çizelge 4.2. Hastaların hastalıkları ve tedavileri ile ilgili özellikler (N=335)

Hastalık ve tedavi ile ilgili özellikler	n	%
Tıbbi tanı		
Kolon Ca	138	44,4
Rektum Ca	75	24,1
Mide Ca	84	27,0
Diğer*	14	4,5
Metastaz durumu		
Var	192	57,3
Yok	143	42,7
Tedavi öyküsü**		
Kemoterapi	310	47,3
Radyoterapi	109	16,7
Ameliyat	236	36,0
Hastanede bulunma durumu		
Destek tedavi için***	60	17,9
Kemoterapi için	274	82,1
Hastanın hastalığını bilme durumu		
Biliyor	311	92,8
Bilmiyor****	24	7,2
Hastalık ile ilgili düşüncesi		
Tedavi edilebilir	224	66,8
Tedavi edilemez	21	6,4
Uzun süre tedavi gerektirir	90	26,8
Hastanın hastalıkla ilgili yaşadığı sorunlar*****		
Ekonomik güçlük	107	12,5
Fiziksel sorun	272	31,8
Sosyal güçlükler	174	20,4
Beslenme problemleri	196	22,9
Cinsel sorunlar	26	3,1
Psikolojik sorunlar	79	9,3

* Diğer = Özefagus(9 kişi), dil(1 kişi), pankreas(2 kişi), safra kesesi(1 kişi) ve karaciğer (1 kişi) kanseri olan hastalar yer almaktadır.

**Birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır, yüzdeler alınan toplam cevap sayısı n=655 üzerinden alınmıştır.

***Destek tedavi= Tedavi yan etkilerine bağlı destek tedavi alanlar (n=55), terminal dönem olan (n=1), kemoembolizasyon ve benzer tedavi için bekleyenler (n=4).

****Enfeksiyon, yutkunmada zorluk çekme, konstipasyon, ağrı nedeniyle yattığını düşünenler ve neden hastaneye yatış yapıldığına dair hiçbir fikri olmayanlar

*****Birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır, yüzdeler alınan toplam cevap sayısı n=854 üzerinden alınmıştır.

Çizelge 4.2’de hastaların hastalıkları ve tedavileri ile ilgili özellikler yer almaktadır. Hastaların %44,4’ünün tanısı Kolon Ca olup %57,3’ünde metastaz vardır. Hastaların %47,3’ü kemoterapi almış olup ve %82,1’i şu anda hastanede kemoterapi almak için yatmaktadır. Hastaların %92,8’i hastalığının ne olduğunu bilmekte, %66,8’i hastalığını tedavi edilebilir bulmaktadır. Hastaların hastalıkla ilgili yaşadığı sorunlarda, fiziksel sorun %31,8 ile birinci, beslenme problemleri %22,9 ile ikinci, sosyal güçlükler %20,4 ile üçüncü sırada yer almaktadır.

4.2. Hastaların EORTC QLQ ve HAD Ölçek Puanları

Çizelge 4.3. Hastaların EORTC QLQ ve HAD puan ortalamaları (N=335)

EORTC QLQ C30	$\bar{X} \pm SS$	Minimum Puan	Maksimum Puan
Genel İyilik Hali (QL2)	58,03±24,67	0,00	100,00
Fonksiyonel Güçlükler	69,94±21,00	0,00	100,00
Fiziksel Fonksiyonlar	61,47±26,60	0,00	100,00
Rol Performansı	67,66 ±32,20	0,00	100,00
Emosyonel Durum	75,89± 25,46	0,00	100,00
Bilişsel Durum	17,06±22,18	0,00	100,00
Sosyal Durum	68,50±27,64	0,00	100,00
Semptomlar	33,01±20,22	0,00	100,00
Yorgunluk	49,75±29,89	0,00	100,00
Bulantı, Kusma	27,26±31,32	0,00	100,00
Ağrı	28,45±30,40	0,00	100,00
Solunum Güçlüğü	15,82±27,87	0,00	100,00
Uyuma Güçlüğü	35,02±36,93	0,00	100,00
İştah Kaybı	42,18±38,74	0,00	100,00
Konstipasyon	27,26±32,92	0,00	100,00
Diyare	22,58±32,17	0,00	100,00
Ekonomik güçlük	25,67±29,70	0,00	100,00
HAD			
Anksiyete	6,59±4,91	0,00	21,00
Depresyon	6,34±4,85	0,00	21,00

Çizelge 4.3’de hastaların EORTC QLQ ve HAD puan ortalamaları yer almaktadır. Çalışmaya katılan GİS kanserli hastaların Genel İyilik Hali (QL2) alt ölçeği puan ortalaması 58,03±24,67 (min,=0,00; max,=100,00), Fonksiyonel Güçlükler alt ölçeği puan ortalaması 69,94±21,00 (min,=0,00; max,=100,00) ve Semptomlar alt ölçeği puan

ortalaması $33,01 \pm 20,22$ (min,=0,00; max,=100,00) olarak saptanmıştır. EORTC QLQ'nun Fonksiyonel Güçlükler'e ait alt ölçeklerinden alınan puan ortalamaları en yüksekten en düşüğe doğru sırasıyla Emosyonel Durum, Sosyal Durum, Rol Performansı, Fiziksel Fonksiyonlar ve Bilişsel Durum gelmektedir. EORTC QLQ'nun Semptomlar'a ait alt ölçeklerinden alınan puan ortalamaları ise en yüksekten en düşüğe doğru sırasıyla Yorgunluk, İştah Kaybı, Uyuma Güçlüğü, Ağrı, Konstipasyon, Bulantı-Kusma, Ekonomik Güçlük, Diyare ve Solunum Güçlüğü gelmektedir.

Hastaların Anksiyete alt ölçeği puan ortalaması $6,59 \pm 4,91$ (min,=0,00; max,=21,00) ve Depresyon alt ölçeği puan ortalaması $6,34 \pm 4,85$ (min,=0,00; max,=21,00) olarak saptanmıştır.

Çizelge 4.4. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre EORTC QLQ ve HAD puan ortalamaları

Sosyodemografik özellikler		EORTC QLQ-C30										HAD						
		Genel İyilik Hali (QL2)				Fonksiyonel Güçlükler			Semptomlar			Anksiyete			Depresyon			
		n	$\bar{X}$	SS	İstatistik	$\bar{X}$	SS	İstatistik	$\bar{X}$	SS		İstatistik	$\bar{X}$	SS	İstatistik	$\bar{X}$	SS	
Yaş	20-44	64	55,33	20,10	$X^2=9,927$ $p=0,007$	66,94	19,81	$X^2=6,072$ $p=0,048$	37,21	21,79	$X^2=5,413$ $p=0,067$	7,65 ^a	4,14	$X^2=7,766$ $p=0,021$	7,01	4,47	$X^2=3,075$ $p=0,215$	
	44-69	246	60,06 ^a	25,45		71,27	21,21		31,54	19,90		6,27 ^a	5,03		6,15	4,95		
	70 ve üstü	25	45,00 ^a	23,6		64,53	21,00		36,82	17,74		7,00	5,25		6,52	4,84		
Cinsiyet	Kadın	119	58,68	24,31	$Z=-0,388$ $p=0,698$	65,22	19,58	$Z=-3,714$ $p=0,000$	37,06	19,22	$Z=-3,167$ $p=0,002$	7,36	5,08	$Z=-2,277$ $p=0,023$	7,21	4,75	$Z=-2,856$ $p=0,004$	
	Erkek	216	57,67	24,91		77,46	24,58		30,79	20,45		6,16	4,77		5,86	4,85		
Eğitim durumu	Okur yazar / İlkokul mezunu	201	55,88	25,08	$X^2=5,432$ $p=0,143$	67,12 ^{ab}	20,85	$X^2=11,744$ $p=0,008$	35,96 ^{ab} _c	19,75	$X^2=13,107$ $p=0,004$	7,16 ^{ab}	5,01	$X^2=9,096$ $p=0,028$	7,03 ^{abc}	4,81	$X^2=13,608$ $p=0,003$	
	Ortaokul mezunu	39	62,82	24,24		75,27 ^a	21,30		27,67 ^a	22,30		5,23 ^a	4,05		5,02 ^c	4,51		
	Lise mezunu	53	57,86	24,20		73,20	21,11		29,26 ^b	19,94		6,45	5,31		5,75 ^a	5,06		
	Üniversite / üstü	42	64,08	22,80		74,39 ^b	19,59		28,63 ^c	18,79		5,26 ^b	4,24		5,00 ^b	4,59		
Medeni durum	Evli	295	58,27	25,04	$Z=-0,484$ $p=0,628$	70,59	20,62	$Z=-1,296$ $p=0,195$	32,67	20,24	$Z=-0,880$ $p=0,379$	6,39	4,87	$Z=-2,264$ $p=0,024$	6,14	4,79	$Z=-2,085$ $p=0,037$	
	bekar/dul/boşanmış	40	56,25	21,90		65,1	23,3		35,6	20,1		8,05	4,99		7,80	5,10		

Çizelge 4.4. (devam) Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre EORTC QLQ ve HAD puan ortalamaları

Sosyodemografik özellikler		EORTC QLQ-C30										HAD							
		Genel İyilik Hali (QL2)				Fonksiyonel Güçlükler			Semptomlar				Anksiyete			Depresyon			
		n	$\bar{X}$	SS		İstatistik	$\bar{X}$		SS	İstatistik			$\bar{X}$	SS		İstatistik	$\bar{X}$		
Çocuk sayısı	Hiç çocuğu olmayan	18	46,75	19,83	$X^2=5,617$ $p=0,132$	70,61	16,41	$X^2=2,070$ $p=0,558$	33,47	17,46	$X^2=3,205$ $p=0,361$	7,50	4,47	$X^2=2,520$ $p=0,472$	8,16	3,98	$X^2=2,375$ $p=0,498$		
	1 çocuklu	27	55,24	23,01		70,28	22,02		37,79	21,01		7,44	3,77		7,22	7,00			
	2 çocuklu	115	63,51	23,93		69,62	22,39		31,46	21,67		6,53	5,17		6,16	5,15			
	3 çocuklu	74	56,75	23,87		67,65	21,09		33,88	20,00		6,54	4,86		6,04	5,07			
	4 ve üzeri çocuklu	101	55,94	26,44		71,77	21,09		32,80	19,02		6,30	5,03		6,20	4,56			
Birlikte yaşayan kişiler	Tek yaşayan	9	51,85	24,21	$X^2=0,402$ $p=0,818$	58,27	24,98	$X^2=4,229$ $p=0,121$	33,04	20,92	$X^2=0,311$ $p=0,856$	9,00	6,06	$X^2=3,558$ $p=0,169$	9,77	6,20	$X^2=3,443$ $p=0,179$		
	Çekirdek aile	300	58,22	24,94		70,58	20,95		32,77	20,05		6,45	4,92		6,22	4,81			
	Geniş aile	26	58,01	22,04		66,58	19,36		35,79	22,45		7,38	4,29		6,53	4,59			
Çalışma durumu	Evet	64	59,37	22,68	$Z=-0,415$ $p=0,678$	73,15	26,16	$Z=-1,353$ $p=0,176$	30,44	20,16	$Z=-1,273$ $p=0,203$	6,64	4,90	$Z=-0,093$ $p=0,926$	5,48	4,72	$Z=-1,767$ $p=0,077$		
	Hayır	271	57,71	25,14		69,18	21,21		33,62	20,22		6,57	4,92		6,54	4,87			
Ekonomik durum	İyi	37	60,81	29,25	$X^2=1,350$ $p=0,509$	73,21	21,15	$X^2=3,258$ $p=0,196$	31,46	22,55	$X^2=6,512$ $p=0,039$	6,16	4,76	$X^2=0,282$ $p=0,868$	5,89	5,02	$X^2=4,654$ $p=0,098$		
	Orta	262	57,82	24,27		70,22	20,76		31,93 ^a	19,08		6,59	4,91		6,20	4,83			
	Kötü	36	56,71	22,87		64,50	22,14		42,52 ^a	23,63		6,97	5,19		7,77	4,68			

X^2 = Kruskal Wallis H Testi, Z = Mann- Whitney U Testi

a,b, c= Bonferroni düzeltilmeli Mann- Whitney U testine göre aralarında istatistiksel açıdan önemli fark vardır; $p < 0,05$

Çizelge 4.4.'te hastaların sosyodemografik özelliklerine göre EORTC QLQ ve HAD puan ortalamaları yer almaktadır. Hastaların yaş gruplarına göre Genel iyilik hali (QL2) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=9,927$; $p=0,007$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U testine göre 70 ve üstü yaş grubundakilerin QL2 puan ortalamaları, 44-69 yaş grubundakilerden anlamlı ölçüde daha düşüktür ($Z=-2,818$; $p=0,005$). Hastaların yaşına göre Fonksiyonel Güçlükler ($p=0,04$) ve Semptomlar ($p=0,067$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Cinsiyet ile QL2 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,698$). Cinsiyete göre hastaların Fonksiyonel Güçlükler puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Erkeklerin Fonksiyonel Güçlükler puan ortalamaları kadınlarınkinden anlamlı ölçüde daha yüksektir ($Z=-3,714$; $p=0,000$). Cinsiyete göre hastaların Semptomlar puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Kadınların Semptomlar puan ortalamaları erkeklerinkinden anlamlı ölçüde daha yüksektir ($Z=-3,167$; $p=0,002$).

Eğitim durumuna göre hastaların Genel İyilik Hali puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,143$) Eğitim durumuna göre hastaların Fonksiyonel Güçlükler ($X^2=11,744$; $p=0,008$) ve Semptomlar ($X^2=13,107$; $p=0,004$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U testine göre ortaokul mezunu olanların Fonksiyonel Güçlükler puan ortalamaları okur yazar/ilkokul mezunu olanlarınkinden anlamlı ölçüde daha yüksektir ($Z=-2,607$; $p=0,009$). Üniversite/üstü düzeyde eğitimi olanların Fonksiyonel Güçlükler puan ortalamaları, okur yazar/ ilkokul mezunu olanlarınkinden anlamlı ölçüde daha yüksektir ($Z=-2,361$; $p=0,018$). Okur yazar/ilkokul mezunu olanların Semptomlar puan ortalamaları ortaokul mezunu ($Z=-2,742$; $p=0,006$), lise mezunu ($Z=-2,194$; $p=0,028$) ve üniversite/üstü düzeyde eğitimi olanlarınkinden anlamlı ölçüde daha yüksektir ($Z=-2,299$; $p=0,022$).

Medeni durum, çocuk sayısı, birlikte yaşanan kişiler ve çalışma durumu ile QL2, Fonksiyonel Güçlükler ve Semptomlar alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Ekonomik duruma göre hastaların QL2 ($p=0,509$) ve Fonksiyonel Güçlükler ($p=0,196$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ekonomik durum ile Semptomlar puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=6,512$; $p=0,039$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U testine göre ekonomik durumunu kötü olarak tanımlayanların Semptomlar puan ortalamaları, ekonomik durumunu orta olarak tanımlayanlarından anlamlı ölçüde daha yüksektir ($Z=-2,343$; $p=0,019$).

Yaş ile Anksiyete puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=7,766$; $p=0,021$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U testine göre 20-44 yaş grubundakilerin Anksiyete puan ortalaması, 45-69 yaş grubundakilerden anlamlı ölçüde daha yüksektir ($Z=-2,778$, $p=0,006$). Yaş ile Depresyon puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,215$). Cinsiyete göre hastaların HAD alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Kadınların Anksiyete ($Z=-2,277$; $p=0,023$) ve Depresyon ($Z=-2,856$; $p=0,004$) puan ortalaması erkeklerinden anlamlı ölçüde daha yüksektir.

Hastaların eğitim durumuna göre Anksiyete ($X^2=9,096$; $p=0,028$) ve Depresyon ($X^2=13,608$; $p=0,003$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U testine göre okur yazar/ilkokul mezunu olanların Anksiyete ($Z=-2,261$; $p=0,024$) puan ortalaması ortaokul mezunu olanlarından anlamlı ölçüde daha yüksektir. Okur yazar/ilkokul mezunu olanların Anksiyete puan ortalamaları üniversite ve üstü olanlarından anlamlı ölçüde daha yüksektir ($Z=-2,276$; $p=0,023$). Okur yazar/ilkokul mezunu olanların Depresyon puan ortalaması, ortaokul mezunu ($Z=-2,544$; $p=0,011$), lise mezunu ($Z=-2,068$; $p=0,039$) ve üniversite/üstü düzeyde eğitimi olanlarından ($Z=-2,740$; $p=0,006$) anlamlı ölçüde daha yüksektir.

Medeni duruma göre hastaların HAD alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bekar/dul/boşanmış olanların Anksiyete ($Z=-2,264$; $p=0,024$) ve Depresyon ($Z=-2,085$; $p=0,037$) puan ortalamaları evli olanlarından anlamlı ölçüde daha yüksektir. Çocuk sayısı, birlikte yaşanan kişiler, çalışma durumu ve ekonomik

durum ile HAD alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre Genel İyi Hali incelendiğinde yalnızca yaşa göre puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ve 44-69 yaş grubunda olan hastaların Genel İyi Hali, 70 ve üstü yaş grubunda olan hastalarından daha yüksektir. Erkek cinsiyette olan, ortaokul ve üniversite/üstü mezun olan hastalar daha fazla Fonksiyonel Güçlük yaşamaktadırlar. Kadın cinsiyette olanlar, okuryazar/ilkokul mezunu olanlar ve ekonomik durumu kötü olanlar daha fazla semptom yaşamaktadırlar. 20-44 yaş grubunda olanlar daha fazla anksiyete, kadın cinsiyette olanlar, okur yazar/ilkokul mezunu olanlar, bekar/dul/boşanmış olanlar daha fazla anksiyete ve depresyon yaşamaktadırlar.

Çizelge 4.5. Hastaların hastalıkları ve tedavileri ile ilgili özelliklerine göre EORTC QLQ ve HAD puan ortalamaları

Hastalık ve tedavi ile ilgili özellikler	EORTC QLQ-C30										HAD						
	Genel İyilik Hali (QL2)				Fonksiyonel Güçlükler			Semptomlar				Anksiyete			Depresyon		
	n	$\bar{X}$	SS	İstatistik	$\bar{X}$	SS	İstatistik	$\bar{X}$	SS		İstatistik	$\bar{X}$	SS	İstatistik	$\bar{X}$	SS	
Tıbbi tanı																	
Kolon Ca	138	65,03 ^{bc}	23,28	X ² =22,172 p=0,000	75,45 ^{ab}	17,99	X ² =15,526 p=0,001	27,20 ^{ab}	18,42	X ² =18,702 p=0,000	5,79	4,27	X ² =2,618 p=0,454	4,98 ^a	4,27	X ² =16,571 p=0,001	
Rektum Ca	75	58,77 ^a	24,31		68,59	23,61		35,11 ^b	20,57		6,98	5,68		6,82	5,33		
Mide Ca	84	50,79 ^{ac}	22,54		67,48 ^a	19,35		37,21 ^a	20,59		6,63	4,73		7,04 ^a	4,48		
Diğer*	14	51,19 ^b	25,70		60,15 ^b	22,23		39,37	17,32		7,42	5,01		8,07	5,28		
Metastaz durumu																	
Var	192	54,38	24,34	Z=-3,198 p=0,001	65,64	22,59	Z=-4,052 p=0,000	36,88	21,14	Z=-3,847 p=0,000	7,05	4,95	Z=-2,001 p=0,045	7,15	4,99	Z=-3,603 p=0,000	
Yok	143	62,93	24,33		75,71	17,09		27,82	17,69		5,97	4,80		5,25	4,44		
Tedavi öyküsü																	
Kemoterapi																	
Alan	310	58,14	24,55	Z=-0,147 p=0,883	69,82	21,10	Z=-0,197 p=0,844	32,97	20,02	Z=-0,073 p=0,942	6,60	4,90	Z=-0,205 p=0,838	6,36	4,90	Z=-0,129 p=0,897	
Almayan	25	56,66	26,57		71,37	19,98		33,53	22,94		6,40	5,19		6,04	4,33		
Radyoterapi																	
Alan	109	50,38	23,85	Z=-3,987 p=0,000	66,93	21,47	Z=-2,021 p=0,043	37,33	21,06	Z=-2,778 p=0,005	6,91	4,78	Z=-1,137 p=0,256	6,95	5,10	Z=-1,468 p=0,142	
Almayan	226	61,72	24,25		71,39	24,96		30,93	19,51		6,43	4,97		6,04	4,71		
Ameliyat																	
Olan	236	58,68	24,47	Z=-0,665 p=0,506	70,42	20,61	Z=-0,523 p=0,601	31,93	20,03	Z=-1,525 p=0,127	6,32	4,74	Z=-1,396 p=0,163	5,88	4,66	Z=-2,646 p=0,008	
Olmayan	99	56,48	25,18		68,79	21,95		35,61	20,52		7,23	5,27		7,44	5,14		
Şu anki hastanede bulunma nedeni																	
Destek tedavi için**	60	39,72	24,22	Z=-6,131 p=0,000	54,74	25,59	Z=-5,410 p=0,000	48,88	22,05	Z=-6,120 p=0,000	8,31	6,04	Z=-2,331 p=0,019	9,43	5,85	Z=-4,685 p=0,000	
Kemoterapi için	274	62,25	22,66		73,34	18,27		29,47	18,05		6,20	4,56		5,64	4,33		

*Diğer = Özefagus, dil, pankreas, safra kesesi ve karaciğer kanseri olan hastalar yer almaktadır.

**Destek tedavi= Tedavi yan etkilerine bağlı destek tedavi alanlar (n=55), terminal dönem olan (n=1), kemoembolizasyon ve benzer tedavi için bekleyenler (n=4).

X²= Kruskal Wallis H Testi, Z= Mann- Whitney U Testi

a,b, c= Bonferroni düzeltilmeli Mann- Whitney U testine göre aralarında istatistiksel açıdan önemli fark vardır; p<0,05

Çizelge 4.5. (devam) Hastaların hastalıkları ve tedavileri ile ilgili özelliklerine göre EORTC QLQ ve HAD puan ortalamaları

Hastalık ve tedavi ile ilgili özellikler	EORTC QLQ-C30										HAD						
	Genel İyi Hali (QL2)				Fonksiyonel Güçlükler			Semptomlar				Anksiyete			Depresyon		
	n	$\bar{X}$	SS	istatistik	$\bar{X}$	SS	istatistik	$\bar{X}$	SS		istatistik	$\bar{X}$	SS	istatistik	$\bar{X}$	SS	
Hastanın hastalığını bilme durumu																	
Biliyor	311	59,05	24,11	Z=-2,433 p=0,015	70,96	20,40	Z=-2,985 p=0,003	32,36	19,98	Z=-2,011 p=0,044	6,38	4,81	Z=-2,680 p=0,007	6,12	4,74	Z=-2,768 p=0,006	
Bilmiyor	24	44,79	28,31		56,75	24,49		41,55	21,73		9,29	5,54		9,16	5,48		
Hastalık ile ilgili düşünceler																	
Tedavi edilebilir	224	60,34	24,13	X ² =5,282 p=0,071	72,43 ^a	19,85	X ² =9,429 p=0,009	30,40 ^b	19,15	X ² =10,229 p=0,006	5,85 ^a _b	4,56	X ² =15,676 p=0,000	5,32 ^a	4,36	X ² =30,302 p=0,000	
Tedavi edilemez	21	54,36	28,33		63,28	25,85		37,24	22,77		8,38 _b	6,67		9,90 ^a	6,05		
Uzun süre tedavi gerektirir	90	53,14	24,56		65,30 ^a	21,67		38,54 ^b	21,12		8,01 ^a	4,91		8,05	4,89		
Hastanın hastalıkla ilgili yaşadığı sorunlar																	
Ekonomik güçlük																	
Yaşayan	107	54,12	24,26	Z=-1,948 p=0,051	64,46	21,95	Z=-3,352 p=0,001	39,92	21,27	Z=-4,072 p=0,000	7,76	5,07	Z=-2,797 p=0,005	8,11	4,98	Z=-4,650 p=0,000	
Yaşamayan	228	59,86	24,70		72,51	20,07		29,77	18,90		6,03	4,74		5,51	4,57		
Fiziksel sorun																	
Yaşayan	272	56,8	24,38	Z=-2,622 p=0,009	67,10	21,23	Z=-5,569 p=0,000	35,43	19,64	Z=-5,002 p=0,000	7,08	4,98	Z=-3,930 p=0,000	6,77	4,92	Z=-3,428 p=0,001	
Yaşamayan	63	65,60	24,66		82,18	14,71		22,58	19,51		4,46	3,98		4,47	4,06		
Sosyal güçlük																	
Yaşayan	174	52,58	25,47	Z=-4,277 p=0,000	63,46	21,70	Z=-6,154 p=0,000	38,96	21,11	Z=-5,46 p=0,000	7,59	5,09	Z=-3,851 p=0,000	7,44	5,05	Z=-4,410 p=0,000	
Yaşamayan	161	63,92	22,39		76,94	17,78		26,59	17,07		5,50	4,47		5,15	4,34		

Çizelge 4.5. (devam) Hastaların hastalıkları ve tedavileri ile ilgili özelliklerine göre EORTC QLQ ve HAD puan ortalamaları

Hastalık ve tedavi ile ilgili özellikler	EORTC QLQ-C30										HAD						
	Genel İyilik Hali (QL2)				Fonksiyonel Güçlükler			Semptomlar				Anksiyete			Depresyon		
	n	$\bar{X}$	SS	istatistik	$\bar{X}$	SS	istatistik	$\bar{X}$	SS		istatistik	$\bar{X}$	SS	istatistik	$\bar{X}$	SS	
Beslenme problemi																	
Yaşayan	196	51,40	23,49	Z=-6,108 p=0,000	63,32	20,88	Z=-7,606 p=0,000	40,68	19,57	Z=-8,764 p=0,000	7,83	5,06	Z=-5,526 p=0,000	7,77	4,90	Z=-6,748 p=0,000	
Yaşamayan	139	67,38	23,30		79,28	17,34		22,20	15,72		4,83	4,12		4,32	4,00		
Cinsel sorun																	
Yaşayan	26	49,35	20,12	Z=-1985 p=0,047	56,49	25,76	Z=-2,898 p=0,004	44,08	25,85	Z=-2,332 p=0,020	7,50	4,67	Z=-1,260 p=0,208	7,15	5,05	Z=-0,916 p=0,359	
Yaşamayan	309	58,76	24,90		71,07	20,19		32,08	19,44		6,51	4,93		6,27	4,84		
Psikolojik sorun																	
Yaşayan	79	49,05	21,92	Z=-3,998 p=0,000	56,62	22,09	Z=-6,303 p=0,000	44,43	20,36	Z=-5,587 p=0,000	9,44	5,14	Z=-5,747 p=0,000	9,10	4,79	Z=-5,879 p=0,000	
Yaşamayan	256	60,80	24,84		74,05	18,88		29,49	18,86		5,71	4,49		5,49	4,55		

a,b = Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney U testine göre aralarında istatistiksel açıdan önemli fark vardır; p< 0,05

Çizelge 4.5'te hastaların hastalıkları ve tedavileri ile ilgili özelliklerine göre EORTC QLQ ve HAD puan ortalamaları yer almaktadır. Hastaların tıbbi tanısına göre QL2 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=22,172$; $p=0,000$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U testine göre mide ca olan hastaların QL2 puan ortalamaları, rektum ca olan hastalarından anlamlı ölçüde daha düşüktür ($Z=-2,478$; $p=0,013$). Diğer tanı grubunda yer alan hastaların QL2 puan ortalamaları, kolon ca tanılı hastalarından anlamlı ölçüde daha düşüktür ($Z=-2,066$; $p=0,039$). Mide ca olan hastaların QL2 puan ortalamaları kolon ca olan hastalarından anlamlı ölçüde daha düşüktür ($Z=-4,496$; $p=0,000$). Hastaların tıbbi tanısına göre Fonksiyonel Güçlükler puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=15,526$; $p=0,001$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U testine göre kolon ca olan hastaların Fonksiyonel Güçlükler puan ortalamaları mide ca olan ($Z=-3,315$; $p=0,001$) ve diğer tanı grubunda ($Z=-2,832$; $p=0,001$) yer alan hastalarından anlamlı ölçüde daha yüksektir. Hastaların tıbbi tanısına göre Semptomlar puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=18,702$; $p=0,000$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U testine göre mide ca olan hastaların Semptomlar puan ortalamaları kolon ca olan hastalarından anlamlı ölçüde daha yüksektir ($Z=-3,744$; $p=0,000$). Rektum ca olan hastaların Semptomlar puan ortalamaları kolon ca olan hastalarından anlamlı ölçüde daha yüksektir ($Z=-2,776$; $p=0,005$).

Metastaz durumuna göre hastaların EORTC QLQ-C30 alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Metastazı olan hastaların QL2 puan ortalamaları olmayan hastalarından daha düşüktür ($Z=-3,198$; $p=0,001$) ve Fonksiyonel Güçlükler puan ortalamaları metastazı olmayan hastaların, metastazı olan hastalarından daha yüksektir ($Z=-4,052$; $p=0,000$). Metastazı olan hastaların Semptomlar puan ortalamaları metastazı olmayan hastalarından daha yüksektir ($Z=-3,847$; $p=0,000$).

Tedavi öyküsünde, kemoterapi alan ve almayan hastaların QL2, Fonksiyonel Güçlükler ve Semptomlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,883$). Radyoterapi alan hastaların QL2 puan ortalamaları, almayan hastalarinkine göre anlamlı ölçüde daha düşüktür ($Z=-3,987$; $p=0,000$). Radyoterapi almayan hastaların Fonksiyonel Güçlükler puan ortalamaları alan hastalarinkinden anlamlı ölçüde daha yüksektir ($Z=-2,021$; $p=0,043$).

Radyoterapi alan hastaların Semptomlar puan ortalamaları, almayan hastalarinkine göre anlamlı ölçüde daha yüksektir ($Z=-2,778$; $p=0,005$). Ameliyat olan ve olmayan hastaların QL2 ($p=0,506$), Fonksiyonel Güçlükler ($p=0,601$) ve Semptomlar ($p=0,127$) arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Hastanede destek tedavi için bulunanların QL2 puan ortalamaları, hastanede kemoterapi almak için bulunanlara göre anlamlı ölçüde daha düşüktür ($Z=-6,131$; $p=0,000$). Hastanede kemoterapi almak için bulunanların Fonksiyonel Güçlükler puan ortalamaları, hastanede destek tedavi için bulunanlara göre anlamlı ölçüde daha yüksektir ($Z=-5,410$; $p=0,000$). Hastanede destek tedavi için bulunanların Semptomlar puan ortalamaları, hastanede kemoterapi almak için bulunanlara göre anlamlı ölçüde daha yüksektir ($Z=-6,120$; $p=0,000$).

Hastaların tıbbi tanısına göre Anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,454$). Hastaların tıbbi tanısına göre Depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=16,571$; $p=0,001$). Mide ca tanısı olan hastaların Depresyon puan ortalamaları kolon ca tanılı hastalarinkinden anlamlı ölçüde daha yüksektir ($Z=-3,656$; $p=0,000$).

Metastaz durumuna göre hastaların HAD alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Metastazı olan hastaların Anksiyete ($Z=-2,001$; $p=0,045$) ve Depresyon ($Z=-3,603$; $p=0,000$) puan ortalamaları, metastazı olmayan hastalarinkinden anlamlı ölçüde daha yüksektir.

Tedavi öyküsünde kemoterapi ve radyoterapi alma durumuna göre hastaların Anksiyete ve Depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Tedavi öyküsüne göre ameliyat olmayan hastaların Depresyon puan ortalamaları, ameliyat olan hastalarinkinden anlamlı ölçüde daha yüksektir ($Z=-2,646$; $p=0,008$).

Şu anki hastanede bulunma nedenine göre destek tedavisi alanların Anksiyete ($Z=-2,331$; $p=0,019$) ve Depresyon puan ortalamaları, kemoterapi alanlara göre anlamlı ölçüde daha yüksektir ($Z=-4,685$; $p=0,000$).

Hastaların hastalığını bilme durumuna göre EORTC QLQ-C30 alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Hastalığını bilmeyen hastaların QL2 puan ortalamaları, bilen hastalarinkinden anlamlı ölçüde daha düşüktür ($Z=-2,433$;

$p=0,015$). Hastalığını bilen hastaların Fonksiyonel Güçlükler puan ortalamaları, bilmeyen hastalarinkinden anlamlı ölçüde daha yüksektir ($Z=-2,985$; $p=0,003$). Hastalığını bilmeyen hastaların Semptomlar puan ortalamaları, bilen hastalarinkinden anlamlı ölçüde daha yüksektir ($Z=-2,011$; $p=0,044$).

Hastaların hastalık ile ilgili düşüncesine göre, QL2 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,071$). Hastaların hastalık ile ilgili düşüncesine göre, Fonksiyonel Güçlükler puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=9,429$; $p=0,009$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U testine göre “tedavi edilebilir” diye düşünen hastaların Fonksiyonel Güçlükler puan ortalamaları, “uzun süre tedavi gerektirir” diye düşünenlerinkinden anlamlı ölçüde daha yüksektir ($Z=-2,854$; $p=0,004$). Hastaların hastalık ile ilgili düşüncesine göre, Semptomlar puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=10,229$; $p=0,006$). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U testine göre “uzun süre tedavi gerektirir” diye düşünen hastaların Semptomlar puan ortalamaları “tedavi edilebilir” diye düşünenlerinkinden anlamlı ölçüde daha yüksektir ($Z=-3,110$; $p=0,002$).

Hastalıkla ilgili yaşanan sorunlardan hastaların ekonomik güçlük yaşama durumuna göre QL2 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,051$). Ekonomik güçlük yaşama durumuna göre hastaların Fonksiyonel Güçlükler puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Ekonomik güçlük yaşamayan hastaların Fonksiyonel Güçlükler puan ortalamaları yaşayanlarinkinden anlamlı ölçüde daha yüksektir ($Z=-3,352$; $p=0,001$). Ekonomik güçlük yaşama durumuna göre hastaların Semptomlar puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Ekonomik güçlük yaşayan hastaların Semptomlar puan ortalamaları yaşamayanlarinkinden anlamlı ölçüde daha yüksektir ($Z=-4,072$; $p=0,000$). Hastalıkla ilgili yaşanan sorunlardan fiziksel sorun yaşayan hastaların QL2 puan ortalamaları yaşamayanlarinkinden anlamlı ölçüde daha düşüktür ($Z=-2,622$; $p=0,009$). Fiziksel sorun yaşamayan hastaların Fonksiyonel Güçlükler puan ortalamaları yaşayanlarinkinden anlamlı ölçüde daha yüksektir ($Z=-5,569$; $p=0,000$). Fiziksel sorun yaşayan hastaların Semptomlar puan ortalamaları yaşamayanlarinkinden anlamlı ölçüde daha yüksektir ($Z=-5,002$; $p=0,000$). Hastalıkla ilgili yaşanan sorunlardan sosyal güçlük yaşayan hastaların QL2

puan ortalamaları yaşamayanlarınkinden anlamlı ölçüde daha düşüktür ($Z=-4,277$; $p=0,000$). Sosyal güçlük yaşamayan hastaların Fonksiyonel Güçlükler puan ortalamaları yaşayanlarınkinden anlamlı ölçüde daha yüksektir ($Z=-6,154$; $p=0,000$). Sosyal güçlük yaşayan hastaların Semptomlar puan ortalamaları yaşamayanlarınkinden anlamlı ölçüde daha yüksektir ($Z=-5,46$; $p=0,000$). Hastalıkla ilgili yaşanan sorunlardan beslenme problemi yaşayan hastaların QL2 puan ortalamaları yaşamayanlarınkinden anlamlı ölçüde daha düşüktür ($Z=-6,108$; $p=0,000$). Beslenme problemi yaşamayan hastaların Fonksiyonel Güçlükler puan ortalamaları yaşayanlarınkinden anlamlı ölçüde daha yüksektir ($Z=-7,606$; $p=0,000$). Beslenme problemi yaşayan hastaların Semptomlar puan ortalamaları yaşamayanlarınkinden anlamlı ölçüde daha yüksektir ($Z=-8,764$; $p=0,000$). Hastalıkla ilgili yaşanan sorunlardan cinsel sorun yaşayan hastaların QL2 puan ortalamaları yaşamayanlarınkinden anlamlı ölçüde daha düşüktür ($Z=-1,985$; $p=0,047$). Cinsel sorun yaşamayan hastaların Fonksiyonel Güçlükler puan ortalamaları yaşayanlarınkinden anlamlı ölçüde daha yüksektir ($Z=-2,898$; $p=0,004$). Cinsel sorun yaşayan hastaların Semptomlar puan ortalamaları yaşamayanlarınkinden anlamlı ölçüde daha yüksektir ($Z=-2,332$; $p=0,020$). Hastalıkla ilgili yaşanan sorunlardan psikolojik sorun yaşayan hastaların QL2 puan ortalamaları yaşamayanlarınkinden anlamlı ölçüde daha düşüktür ($Z=-3,998$; $p=0,000$). Psikolojik sorun yaşamayan hastaların Fonksiyonel Güçlükler puan ortalamaları yaşayanlarınkinden anlamlı ölçüde daha yüksektir ($Z=-6,303$; $p=0,000$). Psikolojik sorun yaşayan hastaların Semptomlar puan ortalamaları yaşamayanlarınkinden anlamlı ölçüde daha yüksektir ($Z=-5,587$; $p=0,000$).

Hastaların hastalığını bilme durumuna göre Anksiyete ve Depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Hastalığını bilmeyen hastaların Anksiyete ($Z=-2,680$; $p=0,007$) ve Depresyon ($Z=-2,768$; $p=0,006$) puan ortalamaları, hastalığını bilenlerinkinden anlamlı ölçüde daha yüksektir. Hastaların hastalık ile ilgili düşüncelerine göre, Anksiyete ($X^2=15,676$; $p=0,000$) ve Depresyon ($X^2=30,302$; $p=0,000$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U testine göre “Uzun süre tedavi gerektirir” diyen hastaların Anksiyete ($Z=-3,833$; $P=0,000$) ve Depresyon ($Z=-4,726$; $p=0,000$) puan ortalamaları “tedavi edilebilir” diyen hastalarınkinden anlamlı ölçüde daha yüksektir. “Tedavi edilemez” diyen hastaların Depresyon puan ortalamaları, “tedavi edilebilir” diyen hastalarınkinden anlamlı ölçüde daha yüksektir ($Z=-3,459$; $p=0,001$).

Hastalıkla ilgili yaşanan sorunlardan ekonomik güçlük yaşama durumuna göre hastaların Anksiyete ve Depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Ekonomik güçlük yaşayan hastaların Anksiyete ($Z=-2,797$; $p=0,005$) ve Depresyon ($Z=-4,650$; $p=0,000$) puan ortalamaları yaşamayanlarınkinden anlamlı ölçüde daha yüksektir.

Hastalıkla ilgili yaşanan sorunlardan fiziksel sorun yaşama durumuna göre hastaların Anksiyete ve Depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Fiziksel sorun yaşayan hastaların Anksiyete ($Z=-3,930$; $p=0,000$) ve Depresyon ($Z=-3,428$; $p=0,001$) puan ortalamaları yaşamayanlarınkinden anlamlı ölçüde daha yüksektir. Hastalıkla ilgili yaşanan sorunlardan sosyal güçlükler yaşayan hastaların Anksiyete ($Z=-3,851$; $p=0,000$) ve Depresyon ($Z=-4,410$; $p=0,000$) puan ortalamaları yaşamayanlarınkinden anlamlı ölçüde daha yüksektir. Hastalıkla ilgili yaşanan sorunlardan beslenme problemleri yaşayan hastaların Anksiyete ($Z=-5,526$; $p=0,000$) ve Depresyon ($Z=-6,748$; $p=0,000$) puan ortalamaları yaşamayanlarınkinden anlamlı ölçüde daha yüksektir. Hastalıkla ilgili yaşanan sorunlardan cinsel sorun yaşama durumuna göre hastaların Anksiyete ($p=0,208$) ve Depresyon ($p=0,359$) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Hastalıkla ilgili yaşanan sorunlardan psikolojik sorun yaşama durumuna göre hastaların Anksiyete ve Depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Psikolojik sorun yaşayan hastaların Anksiyete ($Z=-5,747$; $p=0,000$) ve Depresyon ($Z=-5,879$; $p=0,000$) puan ortalamaları yaşamayanlarınkinden anlamlı ölçüde daha yüksektir. Ayrıca tabloda yer almamakla birlikte hastaların hastalık süresi ortalaması $13,31 \pm 15,07$ (min:3 ay, max.:120 ay); hastaneye yatış sayısı minimum 1 kez, maksimum 40 kez olarak bulunmuştur.

Hastalık ve tedavi ile ilgili özelliklere göre hastaların yaşam kalitesi ve anksiyete depresyon düzeyleri şu şekilde özetlenebilir. Hastaların Genel İyi Hali en düşükten en yüksek olana doğru Mide ca, diğer (özefagus, dil, pankreas, safra kesesi ve karaciğer kanseri) tanı grubu, rektum ca, kolon ca sıralanmaktadır. Metastazı olan, radyoterapi alan, hastanede destek tedavisi için bulunan, hastalığını bilmeyen, fiziksel sorun yaşayan, sosyal güçlük yaşayan, beslenme problemi olan ve psikolojik sorun yaşayan hastaların Genel İyi Hali daha düşüktür. Kolon ca olan, metastazı olmayan, hastanede şu anda kemoterapi almak için bulunan, hastalığını bilen, hastalığının “tedavi edilebilir” olduğunu düşünen; ekonomik, fiziksel, sosyal, beslenme, cinsel ve psikolojik sorun yaşamadığını belirten

hastalar daha çok fonksiyonel güçlük yaşamaktadırlar. Rektum ve mide ca olan hastalar kolon ca olanlara oranla daha fazla semptom yaşamaktadırlar. Metastazı olan, radyoterapi alan, hastanede destek tedavisi almakta olan hastalar hastalığını bilmeyen, hastalığının uzun süre tedavi gerektirğini düşünen; ekonomik, fiziksel, sosyal, beslenme, cinsel ve psikolojik sorun yaşayan hastalar daha çok semptom yaşamaktadırlar. Mide ca olan, metastazı olan, ameliyat olmayan hastalar daha fazla depresyon; şu anda hastanede destek tedavisi için bulunan, hastalığını bilmeyen, hastalığının tedavi edilemez olduğunu düşünen; ekonomik, fiziksel, sosyal, beslenme ve psikolojik sorunlar yaşayan hastalarda daha fazla anksiyete ve depresyon görülmektedir.

4.3. Yaşam Kalitesi Düzeyi ile Anksiyete ve Depresyon Düzeyi İlişkisi

Çizelge 4.6. GİS kanserli bireylerin bazı özellikleri ile EORTC QLQ-C30 ve HAD ilişkisi

Özellikler	EORTC QLQ-C30						HAD			
	Genel İyilik Hali (QL2)		Fonksiyonel Güçlükler		Semptomlar		Anksiyete		Depresyon	
	r*	p	r*	p	r*	p	r*	p	r*	p
Yaş (n=335)	0,041	0,455	0,083	0,130	-0,101	0,066	-0,015	0,006	-0,099	0,069
Çocuk sayısı (n=317)	-0,064	0,258	0,038	0,495	0,000	0,996	-0,036	0,526	-0,005	0,932
Hastalığın süresi (n=335)	-0,123	0,025	-0,094	0,085	0,076	0,163	0,141	0,010	0,140	0,010
Hastaneye yatış sayısı (n=335)	-0,015	0,783	-0,117	0,032	0,002	0,975	0,054	0,322	0,048	0,380
HAD										
Anksiyete	-0,380	0,000	-0,605	0,000	0,490	0,000	-	-	-	-
Depresyon	-0,454	0,000	-0,667	0,000	0,602	0,000	-	-	-	-

* Spearman korelasyonu yapılmıştır.

Çizelge 4.6’da GİS kanserli bireylerin bazı özellikleri ile EORTC QLQ C30 ve HAD ilişkisi yer almaktadır. Hastaların yaşı, sahip olunan çocuk ve hastaneye yatış sayısı ile Genel İyilik Hali (QL2) alt ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Hastalığın süresi ile Genel İyilik Hali (QL2) alt ölçeği puan ortalamaları

arasında negatif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,123$, $p=0,025$). Hastaların yaş, sahip olunan çocuk sayısı ve hastalığın süresi ile Fonksiyonel Güçlükler alt ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Hastaneye yatış sayısı ile Fonksiyonel Güçlükler alt ölçeği puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,117$, $p=0,032$). Yaş, çocuk sayısı, hastalığın süresi ve hastaneye yatış sayısı ile Semptomlar arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Hastaların çocuk sayısı ve hastaneye yatış sayısı ile Anksiyete alt ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yaş ile Anksiyete puan ortalamaları arasında negatif yönde ($r=-0,015$, $p=0,006$); hastalığın süresi ile Anksiyete puan ortalamaları arasında ise pozitif yönde ($r=0,141$, $p=0,010$) anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Yaş, çocuk sayısı ve hastaneye yatış sayısı ile Depresyon alt ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Hastalığın süresi ile Depresyon alt ölçeği puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0,140$, $p=0,010$). Hastaların Anksiyete ve Depresyon puan ortalamaları ile Genel İyi Hali ($r=0,380$; $p=0,000$); ($r=0,454$; $p=0,000$) ve Fonksiyonel Güçlükler ($r=0,605$; $p=0,000$); ($r=0,667$; $p=0,000$) puan ortalamaları arasında negatif yönde; Semptomlar ($r=0,490$; $p=0,000$); ($r=0,602$; $p=0,000$) puan ortalamaları arasında ise pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde hastaların yaşam kalitesi, anksiyete, depresyon düzeyleri ve etkileyen faktörler ile yaşam kalitesi anksiyete-depresyon ilişkisi tartışılmıştır. Çalışmamızda GİS kanserli hastaların genel iyilik hali alt ölçeği puan ortalaması $58,03 \pm 24,67$ fonksiyonel güçlükler alt ölçeği puan ortalaması $69,94 \pm 21,00$ ve semptomlar alt ölçeği puan ortalaması $33,01 \pm 20,22$ olarak saptanmıştır. Literatürde yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar elde edilmiştir. Arndt ve diğerlerinin (2004) kolorektal kanserli bireylerle yaptıkları çalışmada genel iyilik hali alt ölçeği puan ortalaması $62,8 \pm 22,4$ bulunmuştur [46]. Esbensen ve diğerleri (2011) Danimarka’da yaptıkları çalışmada iyilik hali alt ölçeği puan ortalaması $66,67 \pm 33,33$, fonksiyonel güçlükler alt ölçeği puan ortalaması $77,78 \pm 25,56$ ve semptomlar alt ölçeği puan ortalaması $23,08 \pm 20,51$ olarak bulunmuştur [102].

Çalışmamızda hastaların genel iyilik halinin hastaneye yatış sayısı ile ilişkili olmadığı, hastalığın süresi ile de negatif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. Fonksiyonel güçlüklerin hastalığın süresi ile ilişkili olmadığı; hastaneye yatış sayısı ile negatif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır. Semptomlar ile hastalığın süresi ve hastaneye yatış sayısı ile arasında bir ilişki saptanmamıştır. Bizim çalışmamıza benzer olarak, Ünsal ve diğerlerinin (2006) rektal kanserli hastalarla yaptıkları bir araştırmada kısa takip süreli hastaların (3 yıldan az) yaşam kalitesinin daha iyi olduğunu saptamışlardır [103]. Dehkordi ve diğerleri ise (2009) hastalığın süresinin yaşam kalitesini etkilemediğini saptanmıştır [7].

Çalışmamızda hastaların yaşı ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki saptanmamıştır. Ancak 70 ve üstü yaş grubundakilerin, 44-69 yaş grubundakilere göre genel iyilik hali daha düşük bulunmuştur. Hastaların yaşı ile fonksiyonel güçlük ve semptomlar arasında bir ilişki saptanmamıştır. 45-69 yaş grubundaki bireylerin sosyal fonksiyonları 20-44 yaş grubundakilere göre daha yüksek bulunmuştur. 20-44 yaş grubundakilerin bulantı-kusma ve ağrı semptomları 45-69 yaş grubundaki bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Aynı şekilde Dehkordi ve diğerleri (2009) tarafından yapılan çalışmada ise hastaların yaşının yaşam kalitesini etkilemediği saptanmıştır [7]. Benzer şekilde, Arndt ve diğerlerinin (2004) yaptıkları bir çalışmada 60 yaş üstü hastaların fonksiyonel güçlüklerinin daha yüksek olduğu, semptomların ise yaş arttıkça azaldığı saptanmıştır [46].

Çalışmamızda cinsiyete göre genel iyilik hali puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı; ancak fonksiyonel güçlükler ve semptomlar puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır. Erkekler fiziksel, rol ve sosyal fonksiyon ile ilgili fonksiyonel güçlükleri; kadınlar ise yorgunluk, bulantı ve kusma şeklindeki semptomları daha çok yaşamaktadırlar. Erkeklerin fonksiyonel güçlüklerinin kadınlara göre daha düşük çıkmasının nedeninin, erkek egemen olan toplumumuzda erkek cinsiyete yüklenen roller ile ilgili olduğu düşünülebilir. Literatürde yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar elde edilmiştir. Ünsal ve diğerleri (2006) rektal kanserli hastalarla yaptıkları bir araştırmada; erkeklerin kadınlara oranla daha çok emosyonel fonksiyon güçlüğü ve semptom yaşadıklarını belirtmişlerdir [103]. Gray ve diğerlerinin (2011) kolorektal kanserli hastalarda yaptıkları çalışmada kadınların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu görülmüştür [30]. Perez ve diğerleri (2004) rektum kanserli hastalarla yaptıkları çalışmada kadın hastalarda, normal popülasyona kıyasla yaşam kalitesinin çok daha kötü olduğu gösterilmiştir[104]. Dehkordi ve diğerleri (2009) yaptıkları çalışmada hastaların cinsiyetinin yaşam kalitesini etkilemediği saptanmıştır [7].

Çalışmamızda eğitim durumuna göre hastaların genel iyilik hali puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı; ancak fonksiyonel güçlük ve semptom puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür. Üniversite/üstü düzeyde eğitimi olanların ve ortaokul mezunu olanların, okur yazar/ilkokul mezunu olanlara göre daha çok fonksiyonel güçlük yaşadıkları bulunmuştur. Okur yazar/ilkokul mezunu olanların ise daha üst düzeyde eğitimi olanlara oranla daha çok semptom yaşadıkları saptanmıştır. Ortaokul mezunu olanların lise mezunu olanlara göre bilişsel fonksiyon güçlüğü ve ağrı semptomunu daha çok yaşadıkları bulunmuştur. Okur yazar/ilkokul mezunu olanların lise mezunu olanlara göre ağrı ve ekonomik güçlük semptomunu daha çok yaşadıkları görülmüştür. Okur yazar/ilkokul mezunu olanların; ortaokul ve üniversite mezunu olanlara göre daha çok ekonomik güçlük yaşadıkları bulunmuştur. Çalışmamızda eğitim düzeyi yüksek olan hastaların daha çok fonksiyonel güçlük yaşıyor olmaları yaşamdan beklentilerinin ve hedeflerinin daha ileri düzeyde olması ve hastalığın bunlara ulaşmayı engellemesiyle ilgili olabilir. Eğitim düzeyi düşük olanların daha çok semptom yaşamaları ise bu grubun semptom yönetimi ve bununla ilgili bilgiye ulaşma konusunda daha çok zorlandıklarını düşündürmektedir. Çalışmamızdan farklı olarak Matsushita ve diğerlerinin (2005) yaptıkları çalışmada ise eğitim düzeyi düşük olanların (zorunlu eğitim almış olanlar, teknik okul ve lise mezunu olanlar), eğitim düzeyi yüksek olanlara (üniversite

mezunu olanlara) göre daha fazla fonksiyonel güçlük yaşadıkları bulunmuştur [17]. Buna karşın Ünsal ve diğerleri (2006) rektal kanserli bireylerle yaptıkları bir araştırmada eğitim durumunun yaşam kalitesini etkilemediğini ifade etmişlerdir [103]. Aynı zamanda Dehkordi ve diğerleri (2009) kanser hastalarıyla yaptıkları çalışmada hastaların eğitim seviyeleri ile yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır [7].

Çalışmamızda hastaların medeni durum, birlikte yaşadıkları kişiler ve çalışma durumlarına göre yaşam kalitesi alt ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmamıza benzer olarak, Dehkordi ve diğerleri (2009) yaptıkları çalışmada da hastaların evlilik durumlarının yaşam kalitesini etkilemediği saptanmıştır [7]. Benzer şekilde Arndt ve diğerlerinin (2004) yaptıkları bir çalışmada hastaların eşleriyle ya da tek başlarına yaşamalarının yaşam kalitesini etkilemediğini saptamışlardır. Yine aynı çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak hastaların çalışma durumunun yaşam kalitesini etkilediği, kanser tanısı konulduğu sırada çalışan hastaların çalışmayanlara göre rol fonksiyonlarının daha iyi olduğu saptanmıştır [46]. Bizim çalışmamıza benzer olarak Schlesinger ve diğerlerinin (2014) kolorektal kanserini yenmiş bireylerle yaptıkları çalışmada, tek yaşayan bireylerin eşleriyle ya da partnerleriyle yaşayanlara kıyasla yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. [121].

Çalışmamızda çocuk sayısı ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki bulunmamıştır. Çalışmamızda ekonomik duruma göre hastaların genel iyilik hali ve fonksiyonel güçlük puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamış, buna karşın semptomlar puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Ekonomik durumunu kötü olarak tanımlayanların, ekonomik durumunu orta olarak tanımlayanlarınkinden daha çok semptom yaşadıkları bulunmuştur. Ekonomik durumu kötü olan hastalar, iştah kaybı ve ekonomik güçlük semptomlarını; ekonomik durumu orta düzeyde olanlara göre daha çok yaşadıkları bulunmuştur. Çalışmamızın bu bulgusuna benzer şekilde Gray ve diğerlerinin (2011) İngiltere’de yaptıkları çalışmada da düşük gelir seviyesine sahip hastaların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır [30]. Dehkordi ve diğerleri (2009) yaptıkları çalışmada ise bizim çalışmamızdan farklı olarak hastaların ekonomik durumlarının yaşam kalitesini etkilemediği bulunmuştur [7].

Bu çalışmada hastaların tıbbi tanısına göre yaşam kalitesi alt ölçekleri puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Mide ca olan hastaların genel iyilik hali, rektum ve

kolon ca olan hastalarinkinden daha düşük bulunmuştur. “Diğer” tanı grubunda yer alan hastaların (Özefagus, dil, pankreas, safra kesesi ve karaciğer kanserli hastalar) genel iyilik hali, kolon ca tanılı hastalarinkinden daha düşük bulunmuştur. Kolon ca olan hastaların, fonksiyonel güçlükleri mide ca ve diğer tanı grubunda yer alan hastalarinkinden daha yüksek bulunmuştur. Kolon ca’lı hastaların daha çok bilişsel ve sosyal fonksiyon güçlüğü yaşamaları, bu hastaların büyük çoğunluğunun kolostomili hastalar olduğunu düşündürmektedir. Mide ca olan hastaların semptomları, kolon ca olan hastalarinkinden daha yüksek bulunmuştur. Rektum ca olan hastaların semptomları kolon ca olan hastalarinkinden daha yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızdan farklı olarak, Sawada ve diğerlerinin (2008) gastrointestinal, meme, prostat kanserli ve metastatik kanserli hastalarla yaptıkları çalışmada tanının yaşam kalitesini etkilemediği; ancak metastatik kanserli hastaların yaşam kalitesinin semptomlarından, iştah kaybı yönünden oldukça etkilendiklerini saptamışlardır [107]. Van Everdingen ve diğerlerinin (2009) kanser hastalarında yaptıkları çalışmada ise kanser türünün yaşam kalitesini etkilemediği saptanmıştır [18].

Çalışmamızda metastaz durumuna göre yaşam kalitesi alt ölçekleri puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Metastazı olan hastaların genel iyilik hali daha düşüktür ve daha çok semptom (yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı, iştah kaybı, daire, konstipasyon) yaşamaktadırlar. Metastazı olmayan hastalar ise metastazı olan hastalara oranla daha çok fonksiyonel güçlük (fiziksel, emosyonel, rol, sosyal fonksiyonlar) yaşamaktadırlar. Metastazı olan hastaların daha çok semptom yaşamaları yaşam kalitelerini düşük yorumlamalarının en büyük nedenlerindendir. Çalışmamıza benzer şekilde Gray ve diğerlerinin (2011) İngiltere’de yaptıkları çalışmada metastazı olan ya da henüz hastalığı evrelendirilmemiş hastaların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu bulunmuştur [30].

Çalışmamızda tedavi öyküsünde, kemoterapi alan ve almayan hastalar arasında genel iyilik hali, fonksiyonel güçlük ve semptom yaşama açısından anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Radyoterapi alan hastaların genel iyilik hali ise, almayan hastalarinkinden daha düşük bulunmuştur. Radyoterapi almayan hastaların alan hastalara oranla fiziksel fonksiyona yönelik fonksiyonel güçlüğü daha çok yaşadıkları bulunmuştur. Radyoterapi alan hastalar ise almayanlara göre daha çok yorgunluk ve ağrı şeklindeki semptomları daha çok yaşadıkları bulunmuştur. Ameliyat olan ve olmayan hastalar arasında genel iyilik hali, fonksiyonel güçlük ve semptom yaşama açısından bir fark olmadığı saptanmıştır. Yapılan

bir çalışmada ameliyat olmamış hastaların daha düşük yaşam kalitesine sahip oldukları saptanmıştır [30]. Buna karşın Kataria ve diğerleri (2012) özefagus kanserli hastalarla yaptıkları çalışmada ise ameliyat sonrası yaşam kalitesinin ameliyat öncesine göre daha iyi olduğunu saptamışlardır [108]. Bunun nedenini disfajinin ameliyat sonrası geçmesiyle açıklamışlardır. Dehkordi ve diğerleri (2009) yaptıkları çalışmada kemoterapi alan hastaları 3 gruba ayırmışlar (2 den daha az kür, 3-5 arası kür, ve 6 ve daha fazla kür kemoterapi alan hastalar) ve bu 3 grubun da yaşam kalitelerinin kemoterapi sonrası daha iyi olduğunu belirtmişlerdir [7].

Çalışmamızda hastanede destek tedavi (tedavi yan etkilerine bağlı destek tedavi alanlar, terminal dönem olan, kemoembolizasyon ve benzer tedavi için bekleyenler) için bulunanların genel iyilik hali, hastanede kemoterapi almak için bulunanlarınkinden daha düşük; semptomları (ağrı, yorgunluk, bulantı-kusma, solunum güçlüğü, iştah kaybı ve ekonomik güçlük) ise daha yüksek bulunmuştur. Hastanede kemoterapi almak için bulunanların fonksiyonel güçlükleri (emosyonel, fiziksel, rol ve sosyal fonksiyolar) hastanede destek tedavi için bulunanlardan daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamıza benzer şekilde Van Everdingen ve diğerlerinin (2009) Hollanda'da 1429 kanser hastası üzerinde yaptıkları çalışmada destek tedavi alan hastaların yaşam kalitesi, kemoterapi (küratif tedavi) alan hastalarınkinden daha düşük bulunmuştur [18]. Çalışmamızda destek tedavi grubuna alınan hastaların daha çok semptom yaşamaları; bu hastaların terminal dönem hastalar olması, kan değerlerinin düşük olması, nötropenik olması, metastaz tedavisi alması, karaciğer yetmezliği yaşamaları, enfeksiyon ve diyaresi olan hastalar olmasıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda hastaların hastalığını bilme durumuna göre yaşam kalitesi alt ölçekleri puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Hastalığını bilmeyen hastaların genel iyilik hali bilen hastalarınkinden daha düşük olmakla birlikte daha az fonksiyonel güçlük (fiziksel, emosyonel, rol, sosyal fonksiyonlar) yaşamaktadırlar. Hastalığını bilmeyen hastalar ise bilen hastalara göre daha çok (yorgunluk, ağrı, solunum güçlüğü, iştah kaybı) semptom yaşamaktadırlar. Hastalığını bilmeyen hastaların yaşam kalitelerini daha düşük yorumlamaları ve daha çok semptom yaşamaları, bilinmezliğin yarattığı endişe ve stres nedeni ile olabilir. Yapılan bir çalışmada (Gray ve diğerleri 2011) henüz tanı konulmamış hastaların yaşam kalitelerinin daha düşük olması bizim çalışmamızdaki tanısını bilmeyen

hastaların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu yönündeki bulgu ile benzerlik göstermektedir [30].

Çalışmamızda hastaların hastalık ile ilgili düşüncesine göre genel iyilik hali puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır; buna karşın fonksiyonel güçlükler ve semptomlar puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. “Tedavi edilebilir” diye düşünen hastaların, “uzun süre tedavi gerektirir” diye düşünenlerden daha çok fonksiyonel güçlükleri (fiziksel ve emosyonel fonksiyonları) bulunmuştur. “Uzun süre tedavi gerektirir” diye düşünen hastaların ise “tedavi edilebilir” diye düşünenlere oranla daha çok semptom (bulantı-kusma, ağrı, iştah kaybı, ekonomik güçlük) yaşadıkları bulunmuştur.

Çalışmamızda hastalıkla ilgili yaşanan sorunlarla ilgili olarak hastaların ekonomik güçlük yaşama durumuna göre genel iyilik hali puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmazken; fonksiyonel güçlükler ve semptomlar puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Ekonomik güçlük yaşamayan hastaların yaşayanlara oranla daha çok fonksiyonel güçlük (emosyonel, bilişsel, sosyal fonksiyonları) karşılaştıkları bulunmuştur. Ekonomik güçlük yaşayan hastaların yaşamayanlara göre daha çok (iştah kaybı, ağrı, solunum ve uyuma güçlüğü) semptomla karşılaştığı bulunmuştur. Bu bulgu, çalışmamızın bir başka bulgusu olan ekonomik durumun hastalarda genel iyilik hali ve fonksiyonel güçlük yaşamada farklılık yaratmadığı, buna karşın yaşanan semptomu arttırdığı yönündeki bulgu ile benzerlik göstermektedir. Yapılan bir çalışmada (Gray ve diğerleri 2011) kendi evlerine sahip olmayan hastaların yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur. Bu da çalışmamızdaki ekonomik güçlüğün yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bulgusu ile benzerlik göstermektedir [30]. Buna karşın Dehkordi ve diğerleri (2009) yaptıkları çalışmada ekonomik şartların yaşam kalitesine etkisi olmadığını saptamışlardır [7].

Bu çalışmada hastalıkla ilgili yaşanan sorunlardan fiziksel sorun yaşayan hastaların genel iyilik hali yaşamayanlarınkinden daha düşük bulunmuştur. Fiziksel sorun yaşamayan hastalar ise yaşayan hastalara oranla daha çok fonksiyonel güçlük (emosyonel, fiziksel, rol ve sosyal fonksiyonları) yaşamaktadırlar. Bununla birlikte fiziksel sorun yaşayan hastalar daha çok semptomla (iştah kaybı, yorgunluk, ağrı ve uyuma güçlüğü) karşı karşıya kalmaktadır. Van Everdingen ve diğerleri (2009) yaptıkları çalışmada en çok görülen

fiziksel sorunların kendini zayıf hissetme, yorgun hissetme ve dinlenme isteği olduğunu; yorgunluğun ise genellikle GİS kanserli bireylerde görüldüğünü ve tüm yaşam kalitesi ölçeklerini negatif yönde etkilediğini saptamışlardır [18]. Redeker ve diğerlerinin (2000) kemoterapi alan kanser hastalarında yaptıkları çalışmada uykusuzluk ve yorgunluğun arttıkça yaşam kalitesinin azaldığını saptamışlardır. Bu çalışma bulguları çalışmamızın fiziksel sorun yaşayan hastaların genel iyilik halinin daha düşük olduğu yönündeki bulgusu ile benzerlik göstermektedir [109].

Çalışmamızda hastalıkla ilgili yaşanan sorunlardan sosyal güçlük yaşayan hastaların genel iyilik halinin daha düşük olduğu ve daha çok semptom (yorgunluk, solunum güçlüğü, iştah kaybı) yaşadıkları bulunmuştur. Sosyal güçlük yaşamayan hastaların ise daha çok fonksiyonel güçlük (fiziksel, rol, emosyonel ve sosyal fonksiyonlar) yaşadıkları saptanmıştır. Çalışmamızda sosyal güçlük yaşayanların genel iyilik halinin daha kötü olması ve daha çok semptom yaşadığı bulgusu, sosyal güçlük yaşayan hastaların yaşam kalitesinin düştüğünü gösteren başka bir çalışma bulgusu ile benzerlik göstermektedir [30].

Çalışmamızda hastalıkla ilgili yaşanan sorunlardan beslenme problemi yaşayan hastaların genel iyilik halinin daha düşük olduğu ve daha çok semptom (yorgunluk, ağrı, iştah kaybı, konstipasyon, solunum ve uyuma güçlüğü) yaşadıkları bulunmuştur. Beslenme problemi yaşamayan hastaların ise daha çok fonksiyonel güçlükleri (fiziksel, rol, emosyonel, sosyal fonksiyonları) olduğu saptanmıştır. Çalışmamızdan farklı olarak, Daster ve diğerlerinin (2014) özefagus kanserli bireylerde yaptıkları çalışmada; beslenme problemi yaşayan hastaların, bu problemi tedavilerinin ve hastalıklarının bir parçası olarak gördükleri ve bu nedenle de yaşam kalitelerinin etkilenmediği saptanmıştır [110].

Çalışmamızda hastalıkla ilgili yaşanan sorunlardan cinsel sorun yaşayan hastaların genel iyilik halinin daha düşük olduğu ve daha çok semptom (yorgunluk, ağrı, konstipasyon) yaşadıkları bulunmuştur. Cinsel sorun yaşamayan hastaların ise fonksiyonel güçlükleri (rol, emosyonel ve sosyal fonksiyonlar) daha çok yaşadıkları saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada da cinsel sorun yaşayan hastaların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır [30]. Rektal kanserli hastalarla yapılan başka bir araştırmada, kadınların cinsel hayattan zevk alma durumunun erkeklere kıyasla daha az olduğu ve bu durumun düşük yaşam kalitesine sebep olabileceği belirtilmiştir [103].

Çalışmamızda hastalıkla ilgili yaşanan sorunlardan psikolojik sorun yaşayan hastaların genel iyilik halinin daha düşük olduğu ve daha çok semptom (konstipasyon, yorgunluk, ağrı, iştah kaybı, solunum ve uyuma güçlüğü) yaşadıkları bulunmuştur. Psikolojik sorun yaşamayan hastaların fonksiyonel güçlükleri (emosyonel, fiziksel, rol ve sosyal fonksiyonlar) yaşayanlarıkinden daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu çalışmamızın diğer bir bulgusu olan anksiyete ve depresyon düzeyi arttıkça genel iyilik hali ve yaşanan fonksiyonel güçlüklerin düştüğünü; yaşanan semptomların arttığını gösteren bulgularla paralellik göstermektedir. Dehkordi ve diğerleri (2009) kanser hastalarıyla yaptıkları çalışmada hastaların %17,5'inin depresif olduğu ve bu hastaların yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu bulunmuştur [7]. Mystakidou ve diğerlerinin (2005) yaptıkları çalışmada, psikolojik sorunlarla emosyonel, sosyal fonksiyonlar ve genel iyilik hali arasında yüksek bir ilişki saptamışlardır. Psikolojik sorunlar arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı söylenebilir [111].

Çalışmamızda hastaların anksiyete alt ölçeği puan ortalaması $6,59 \pm 4,91$ ve depresyon alt ölçeği puan ortalaması $6,34 \pm 4,85$ olarak saptanmıştır. Karabulutlu ve diğerleri (2010) tarafından GİS, solunum sistemi ve ürogenital sistemi kanser hastalarında yapılan çalışmada hastaların anksiyete alt ölçeği puan ortalaması $11,06 \pm 5,08$ ve depresyon alt ölçeği puan ortalaması $11,44 \pm 5,26$ olarak saptanmıştır [112]. Tavoli ve diğerlerinin (2007) GİS kanserler üzerinde yaptıkları çalışmada hastaların anksiyete alt ölçeği puan ortalaması $7,6 \pm 4,5$ ve depresyon alt ölçeği puan ortalaması $8,7 \pm 3,8$ olarak saptanmıştır [113].

Çalışmamızda hastaların hastaneye yatış sayısına göre anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı; hastalığın süresi arttıkça anksiyetenin azaldığı depresyonun ise arttığı görülmüştür. Bizim çalışmamızın aksine Özkan ve diğerlerinin (2007) yaptıkları çalışmada hastalık süresi 1 yılın altında olan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri yüksek bulunmuştur [13]. Ateşçi ve diğerleri (2003) yaptıkları çalışmada ise hastalık süresi 1 yıldan fazla olan hastaların 1 yıldan az olanlara göre anksiyete ve depresyon düzeyleri yüksek bulunmuştur [11]. Nordin ve diğerleri (2001) yaptıkları çalışmada hastalık süresi uzadıkça anksiyete ve depresyon düzeylerinin arttığı saptanmıştır [114]. Matsushita ve diğerleri (2005) yaptıkları çalışmada depresyonun, hastanede uzun süre yatan hastalarda, standart sürede yatan hastalara oranla daha yüksek olduğunu bulmuşlardır [17].

Çalışmamızda yaş ile anksiyete arasında negatif bir ilişki saptanmıştır. 20-44 yaş grubundakilerin anksiyetesi, 45-69 yaş grubundakilerden daha yüksektir. Yaş ile depresyon arasında bir ilişki saptanmamıştır. Lieratürde yaşı anksiyete ve depresyonu etkilediğine ilişkin çalışmalar bulunmaktadır. Bazı çalışmalarda yaş azaldıkça anksiyete ve depresyon artmaktayken, bazılarında yaş arttıkça azalmaktadır. Özkan ve diğerlerinin (2007) yaptıkları çalışmada GİS kanserli hastalarda orta yaş ve yaşlı hastaların anksiyete düzeyleri daha yüksek bulunmuştur; aynı zamanda hastaların yaşının ilerlemesinin anksiyete ve depresyonu arttırdığı görülmüştür [13]. Tavoli ve diğerleri (2007) İran’da yaptıkları çalışmada kanser tanılı orta genç yaş grubundaki bireylerin (30-39 yaş grubu) anksiyeteleri diğer yaş grubundakilere (19-29; 40-49; 50-59; 60 ve üstü) göre daha yüksek bulunmuştur [113]. Yine aynı çalışmada yaşı depresyonu etkilemediği bulunmuştur. Nikbakhsh ve diğerlerinin (2014) İran’da yaptıkları çalışmada yaşlı bireylerin anksiyete ve depresyon düzeyleri daha yüksek bulunmuştur [115].

Çalışmamızda cinsiyete göre hastaların anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Kadınların anksiyete ve depresyon düzeyleri erkeklerinkinden daha yüksek bulunmuştur. Bu duruma, toplumda kadınlara yüklenen sorumlulukların fazla olmasının etkisi olduğu söylenebilir. Benzer şekilde Ateşçi (2003), Mystakidou (2005), Doğar (2009) ve Karabulutlu ve diğerleri (2010) tarafından yapılan çalışmalarda kadın hastaların anksiyete düzeyi erkeklerinkinden daha yüksek bulunmuştur [11,111,112,116].

Çalışmamızda hastaların eğitim durumuna göre anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Okur yazar/ilkokul mezunu olanların anksiyete düzeyi, ortaokul mezunu ve üniversite/üstü eğitimi olanlarınkinden daha yüksek bulunmuştur. Okur yazar/ilkokul mezunu olanların depresyon düzeyi ortaokul, lise mezunu ve üniversite/üstü düzeyde eğitimi olanlarınkinden daha yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızın aksine, Özkan ve diğerleri (2007) ve Tavoli ve diğerleri (2007) yaptıkları çalışmalarda hastaların eğitim seviyelerinin anksiyete ve depresyon düzeylerini etkilemediği bulunmuştur [13, 113].

Çalışmamızda hastaların medeni durumuna göre anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Bekar/dul/boşanmış olanların anksiyete ve depresyon düzeyleri evli olanlarınkinden daha yüksektir. Bizim çalışmamızın aksine,

Özkan ve diğerleri (2007) ve Tavoli ve diğerleri (2007) yaptıkları çalışmalarda anksiyete ve depresyon düzeylerinin medeni durumu etkilemediği görülmüştür [13,113]. Çalışmamıza benzer şekilde, Mystakidou ve diğerleri (2005) evli olmayan bireylerin evli olanlara göre daha fazla anksiyete yaşadıklarını bulunmuşlardır [111].

Çalışmamızda çocuk sayısı, birlikte yaşanan kişiler, çalışma durumu ve ekonomik duruma anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Özkan ve diğerleri (2007) yaptıkları çalışmada çalışma durumunun depresyon ve anksiyete düzeyini etkilemediği; Karabulutlu ve diğerleri (2010) yaptıkları çalışmada birlikte yaşanan kişilerin anksiyete ve depresyon düzeylerini etkilemediği; Mystakidou ve diğerlerinin (2005) yaptıkları çalışmada ise ekonomik durumun depresyonla ilişkili olduğu bulunmuştur [13,111,112].

Çalışmamızda hastaların tıbbi tanısına göre anksiyete puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı, depresyon puan ortalamaları arasında ise anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Mide ca tanılı hastaların depresyon düzeyi kolon ca tanılı hastalarından daha yüksek bulunmuştur. Karabulutlu ve diğerleri (2010) yaptıkları çalışmada kanser türünün hastaların hastalıkla başa çıkma stratejilerini olumsuz etkileyerek kaygı ve depresyon bozukluklarına neden olduğunu belirtilmektedir [112]. GİS kanserli hastaların, hastalığın kendisinden kaynaklanan ya da uygulanan farklı tedavi yöntemleri nedeniyle yaşadıkları (yorgunluk, kilo kaybı ve operasyon sonuçları (kolostomi gibi)) anksiyetenin ve depresyonun, bu hastalarda ortak sonuç olduğu görülmüştür [105]. Van Everdingen ve diğerlerinin Hollanda’da (2009) yaptıkları çalışmada pankreas kanserli hastaların tüm kanser tipleri arasında en yüksek anksiyete ve depresyon düzeylerine sahip oldukları görülmüştür[18]. Nikbakhsh ve diğerleri (2014) kanser hastalarında yaptıkları çalışmada mide ve meme kanserli hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri diğer kanser türlerinden daha yüksek bulunmuştur [115]. Matsushita ve diğerleri (2005) Japonya ‘da; Tavoli ve diğerleri (2007) İran’da GİS kanserli bireylerde yaptıkları çalışmada ise, hastaların tıbbi tanısının anksiyete ve depresyon düzeylerini etkilemediği bulunmuştur [17,113].

Çalışmamızda metastaz durumuna göre anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Metastazı olan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri, metastazı olmayan hastalarından daha yüksek bulunmuştur. Literatürde yapılan

çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. zkan ve diğlerleri (2007) yaptıkları çalışmada hastalığı lokal olanların anksiyete ve depresyon düzeyleri, hastalığı ilerlemiş ve metastatik olanlara göre oldukça düşük bulunmuş ve hastalığı ilerlemiş olanların anksiyete ve depresyon düzeyleri lokalize olanlara göre oldukça yüksek bulunmuştur [13]. Matsushita ve diğlerinin (2005) yaptıkları çalışmada ileri evre grubundaki hastaların, erken evre ve kontrol (safra taşı tanısı almış grup) grubundaki hastalara göre anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır [17].

Çalışmamızda tedavi öyküsünde kemoterapi ve radyoterapi alma durumuna göre anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı görölmüştür. Buna karşın zkan ve diğlerinin (2007) yaptıkları çalışmada kemoterapi alanların kemoterapi almayanlara göre anksiyete ve depresyon düzeyleri daha yüksek bulunmuştur [13]. Tedavi öyküsüne göre ameliyat olmayan hastaların depresyon düzeyleri ameliyat olan hastalarinkinden daha yüksek bulunmuştur. Matsushita ve diğleri (2005) GİS kanserli bireylerde yaptıkları çalışmada depresyon seviyelerinde ameliyat öncesinden taburculuk öncesine kadar olan dönemde artış meydana geldiği, anksiyete düzeylerinde ise değişiklik olmadığını bulmuşlardır [17]. Pereira ve diğlerinin (2012) yaptıkları çalışmada ameliyat olup aynı zamanda kemoterapi alan grubun anksiyete ve depresyon düzeyleri yalnızca ameliyat olmuş gruptan daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Yine aynı çalışmada ameliyat olup radyoterapi almış olan grubun anksiyete ve depresyon düzeyleri yalnızca ameliyat olmuş gruptan daha yüksek bulunmuştur [117].

Çalışmamızda hastanede destek tedavisi (tedavi yan etkilerine bağlı destek tedavi alanlar, terminal dönem olan, kemoembolizasyon ve benzer tedavi için bekleyenler) için bulunanların, anksiyete ve depresyon düzeyleri, kemoterapi almak için bulunanlardan daha yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde Nikbakhsh ve diğlerinin (2014) İran’da yaptıkları çalışmada yalnızca kemoterapi alan ve bunu destek tedavi olarak alan hastaların terminal dönem hastalarının anksiyete ve depresyon düzeyleri oldukça yüksek bulunmuştur [115]. Buna karşın Mystakidou ve diğleri (2005) Atina’da yaptıkları çalışmada, anti-kanser tedavisi (kemoterapi, radyoterapi) alan hastaların almayan hastalara göre (yalnızca destek tedavisi alanlar) anksiyeteden daha fazla yakındıkları görölmüştür [111].

Çalışmamızda hastaların hastalığını bilme durumuna göre, anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Hastalığını bilmeyen hastaların

anksiyete ve depresyon düzeyleri, hastalığını bilenlerinkinden daha yüksek bulunmuştur. Hastalık yaşantısının bireylere belirsizlik yaşattığı ve bu yaşanan belirsizliğin bireylerde stres ve negatif duygulara neden olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda da hastalığını bilmeyen hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha yüksek olması, belirsizlik nedeniyle hastaların yaşadıklarını anlamlandıramamaları ile ilgili olabilir. Çalışmamızdan farklı olarak Ateşçi ve diğerleri (2003) yaptıkları çalışmada kanser tanısını bilen hastalarda psikiyatrik bozukluk oranı bilmeyenlere oranla daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgularında “tanısını bilen hastalarda bilgilenme, sağlık çalışanlarının desteğiyle açıklanmaktan çok sezgisel ve dolaylı yollarla olmuştur. Bu durum olasılıkla kansere atfedilen tüm olumsuz düşüncelerle birlikte psikiyatrik bozuklukların kanser tanısını bilmeyen hastalarda daha yüksek oranda saptanmasına neden olmuştur” şeklinde açıklamışlardır [11]. Tavoli ve diğerleri (2007) GİS kanserli bireylerde yaptıkları çalışmada, hastalığını bilen hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerini hastalığını bilmeyenlerinkinden daha yüksek bulmuşlardır. Yine aynı şekilde bu bulgularını, hastaların tanılarını sağlık personelinin değil de dolaylı olarak öğrenmelerinden kaynaklı duygusal stres oluşmasına bağlamışlardır [113].

Çalışmamızda hastaların hastalık ile ilgili düşüncelerine göre anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. “Uzun süre tedavi gerektirir” diyen hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri “tedavi edilebilir” diyen hastalarinkinden daha yüksek bulunmuştur. “Tedavi edilemez” diyen hastaların depresyon düzeyleri “tedavi edilebilir” diyen hastalarinkinden daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda hastalıkla ilgili yaşanan sorunlardan ekonomik güçlük yaşayan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri yaşamayanlarinkinden daha yüksek bulunmuştur. Nordin ve diğerleri (2001) kanser hastalarında maddi destek yetersizliğinin, anksiyete ve depresyon için risk etmeni olduğunu bildirmişlerdir [114].

Çalışmamızda hastalıkla ilgili yaşanan sorunlardan fiziksel sorun yaşayan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri yaşamayanlarinkinden daha yüksek bulunmuştur. Seven ve diğerlerinin (2013) yaptıkları çalışmada kanser tanı ve tedavisine bağlı olarak, hastaların en yüksek oranda yorgunluk (%87,3), nefes darlığı (%76,1) ve uykusuzluk (%67,6) şikâyeti yaşadıkları belirlenmiştir [118]. Redeker ve diğerlerinin (2000) kemoterapi alan kanser hastalarında yaptıkları çalışmada uykusuzluk ve yorgunluğun arttıkça anksiyete ve

depresyon düzeylerinin de arttığını saptamışlardır [109]. Mystakidou ve diğerleri (2005) yaptıkları çalışmada uykusuzluğun anksiyetenin ve depresyonun belirleyicisi olduğunu saptamışlardır [111].

Çalışmamızda hastalıkla ilgili yaşanan sorunlardan sosyal güçlükler yaşayan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri yaşamayanlarınkinden daha yüksek bulunmuştur. Nordin ve diğerleri (2001) yaptıkları çalışmada özellikle duygusal yetersizliğinin, anksiyete ve depresyon için risk etmeni olduğunu bildirmişlerdir [114]. Ateşçi ve diğerleri (2003) yaptıkları çalışmada hastaların %46,6'sının psikososyal sorun tanımladığı saptanmıştır [11]. Psikososyal sorun tanımlayan hastalar duygusal destek kaynağı olan eş veya çocuklarının kendilerini yeterince anlamadıklarını, tedavi aşamasında yardımcı olmadıklarını ve yalnız bırakıldıklarını ifade etmişlerdir. Psikososyal desteği arttırmanın, kanser hastalarındaki anksiyeteyi, depresyonu ve ağrıyı azalttığı kanıtlanmıştır [120].

Çalışmamızda hastalıkla ilgili yaşanan sorunlardan beslenme problemleri yaşayan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri yaşamayanlarınkinden daha yüksek bulunmuştur. Mystakidou ve diğerleri (2005) yaptıkları çalışmada iştah kaybının anksiyetenin belirleyicisi olduğunu saptamışlardır. Aynı çalışmada bulantı-kusmanın da depresyonun belirleyicisi olduğu görülmüştür [111].

Çalışmamızda hastalıkla ilgili yaşanan sorunlardan cinsel sorun yaşama durumuna göre anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çalışmamızla doğrudan ilgili olmamakla birlikte Schmidt ve diğerlerinin (2005) rektal kanserli hastalarla yaptıkları çalışmada, 65 yaşın altındaki kadınların cinsel azalmadan dolayı yakındıklarını ve cinsel bozukluktan dolayı acı duydukları bulunmuştur. Bu durum erkeklerde gözlenmemiştir. Rektum kanserli bireylerle yapılan çalışmada kadınların daha çok cinsel sorun yaşamaları; rektumun üreme organlarına komşuluğu ve bu bölgeye uygulanan radyoterapinin vaginal kuruluk gibi yan etkileri ile açıklanabilir [119]. Bizim çalışmamızda ise rektum kanserli hasta sayısı düşüktür.

Çalışmamızda hastalıkla ilgili yaşanan sorunlardan psikolojik sorun yaşayan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri, yaşamayanlarınkinden daha yüksek bulunmuştur. Eun Sook ve Jinsun (2012) Kore'de mide kanserli bireyler üzerinde yaptıkları çalışmada psikolojik sorunların artmasıyla anksiyete ve depresyon düzeylerinin de arttığı görülmüştür

[106]. Yapılan bir çalışmada psikiyatrik tanı ile HAD ilişkisine bakıldığında; psikiyatrik tanı grubun HAD puanları, psikiyatrik tanısı olmayanlardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Yine aynı çalışmada stres etmeni tanımlayan hastaların tanımlamayanlara göre anksiyete ve depresyon düzeyleri de yüksek bulunmuştur [11].

Çalışmamızda hastaların anksiyete ve depresyon düzeyi arttıkça yaşanan semptomların arttığı, genel iyilik halinin ve yaşanan fonksiyonel güçlüğü azaldığı bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada anksiyete bozukluğu ve depresyonu olan hastaların yaşam kalitesinin, anksiyete ve depresyonu olmayanlarınkinden daha düşük olduğu ifade edilmiştir [18]. Anksiyete ve depresyonun hastalığın tedavi sürecinde yaşanması olası semptomları daha çok artırdığı ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği söylenebilir.

Çalışmamızda elde edilen bulgular ışığında hastaların sosyodemografik, hastalık ve tedavi ile ilgili özelliklerine göre yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeylerinin değişimi ve birbiri ile ilişkisi yukarıda tartışılmıştır. Buna göre 70 ve üstü yaş grubunda, mide ca ve metastazı olan, radyoterapi alan, hastanede destek tedavisi için bulunan, hastalığını bilmeyen; fiziksel, sosyal, beslenme ve psikolojik sorun yaşayan hastalar genel iyilik hali açısından belirli aralıklarla takip edilmeli ve değerlendirilmeli, gerektiğinde ilgili birimlere yönlendirilmelidir. Erkek, ortaokul ve üniversite/üstü mezun olan hastalar fonksiyonel güçlük; kadın, okuryazar/ilkokul mezunu ve ekonomik durumu kötü olanlar semptomlar; 20-44 yaş grubunda, kadın, okur yazar/ilkokul mezunu ve bekar/dul/boşanmış olanlar anksiyete ve depresyon; kolon ca olan, hastanede şu anda kemoterapi almak için bulunan, hastalığını bilen, hastalığının “tedavi edilebilir” olduğunu düşünen, ekonomik/fiziksel/sosyal/beslenme/cinsel ve psikolojik sorun yaşamayanlar fonksiyonel güçlük açısından desteklenmelidir. Ayrıca metastazı olan, radyoterapi alan, şu anda hastanede destek tedavisi almakta olan, hastalığını bilmeyen, hastalığın uzun süre tedavi gerektirdiğini düşünen; ekonomik, fiziksel, sosyal, beslenme, cinsel ve psikolojik sorun yaşayan hastalar semptomlar açısından gözlenmeli ve yardım alabileceği birimlere yönlendirilmelidir. Mide ca olan, metastazı olan, ameliyat olmayan hastalar depresyon; şu anda hastanede destek tedavisi için bulunan, hastalığını bilmeyen, hastalığının tedavi edilemez olduğunu düşünen; ekonomik, fiziksel, sosyal, beslenme ve psikolojik sorunlar yaşayan hastalar anksiyete ve depresyon görülme açısından riskli gruplardır. Bu açıdan hastalar desteklenmeli, takip edilmeli ve gerektiğinde psikolojik destek birimlerinden yardım alınmalıdır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

GİS kanseri olan hastalarda anksiyete depresyon düzeylerini ve yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Hastaneye yatış sayısının hastaların genel iyilik halini etkilemediği; fonksiyonel güçlükleri negatif yönde etkilediği saptanmıştır. Hastalığın süresinin genel iyilik halini negatif yönde etkilediği; fonksiyonel güçlükleri etkilemediği saptanmıştır. Hastalığın süresi ve hastaneye yatış sayısının hastaların semptomlarını etkilemediği saptanmıştır.

Cinsiyetin genel iyilik halini etkilemediği; ancak fonksiyonel güçlükler ve semptomları etkilediği saptanmıştır. Erkekler fiziksel, rol ve sosyal fonksiyon ile ilgili fonksiyonel güçlükleri; kadınlar ise yorgunluk, bulantı ve kusma şeklindeki semptomları daha çok yaşamaktadırlar.

Eğitim durumunun hastaların genel iyilik halini etkilemediği; ancak fonksiyonel güçlük ve semptom yaşamayı etkilediği görülmüştür. Üniversite/üstü düzeyde eğitimi olanların ve ortaokul mezunu olanların, okur yazar/ilkokul mezunu olanlara göre daha çok fonksiyonel güçlük yaşadıkları bulunmuştur. Okur yazar/ilkokul mezunu olanlar ise daha üst düzeyde eğitimi olanlara oranla daha çok semptom yaşadıkları saptanmıştır. Ortaokul mezunu olanların lise mezunu olanlara göre bilişsel fonksiyon güçlüğü ve ağrı semptomunu daha çok yaşadıkları bulunmuştur. Okur yazar/ilkokul mezunu olanların lise mezunu olanlara göre ağrı ve ekonomik güçlük semptomunu daha çok yaşadıkları görülmüştür. Okur yazar/ilkokul mezunu olanların; ortaokul ve üniversite mezunu olanlara göre daha çok ekonomik güçlük yaşadıkları bulunmuştur.

Hastaların yaşının, medeni durumunun, birlikte yaşadıkları kişilerin, çocuk sayısının ve çalışma durumlarının yaşam kalitesini etkilemediği bulunmuştur.

Ekonomik durumun hastalarda genel iyilik hali ve fonksiyonel güçlük yaşamayı etkilemediği, buna karşın semptom yaşamayı etkilediği bulunmuştur. Ekonomik durumunu kötü olarak tanımlayanların, ekonomik durumunu orta olarak tanımlayanlarından daha çok semptom yaşadıkları bulunmuştur. Ekonomik durumu kötü olan hastalar, iştah kaybı

ve ekonomik güçlük semptomlarını; ekonomik durumu orta düzeyde olanlara göre daha çok yaşadıkları bulunmuştur.

Hastaların tıbbi tanısının yaşam kalitesini etkilediği saptanmıştır. Mide ca olan hastaların genel iyilik hali, rektum ve kolon ca olan hastalarından daha düşük bulunmuştur. “Diğer” tanı grubunda yer alan hastaların (Özefagus, dil, pankreas, safra kesesi, periton ve karaciğer kanserli hastalar) genel iyilik hali, kolon ca tanılı hastalarından daha düşük bulunmuştur. Kolon ca olan hastaların, fonksiyonel güçlükleri mide ca ve diğer tanı grubunda yer alan hastalarından daha yüksek bulunmuştur.

Metastaz durumunun yaşam kalitesini etkilediği saptanmıştır. Metastazı olan hastaların genel iyilik hali daha düşük ve daha çok semptom (yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı, iştah kaybı, diare, konstipasyon) yaşamaktadırlar. Metastazı olmayan hastalar ise metastazı olan hastalara oranla daha çok fonksiyonel güçlük (fiziksel, emosyonel, rol, sosyal fonksiyonlar) yaşamaktadırlar.

Tedavi öyküsünde, kemoterapi alan ve almayan hastalar arasında genel iyilik hali, fonksiyonel güçlük ve semptom yaşama açısından bir fark olmadığı saptanmıştır. Radyoterapi alan hastaların genel iyilik hali ise, almayan hastalarından daha düşük bulunmuştur. Radyoterapi almayan hastaların, alan hastalara oranla fiziksel fonksiyona yönelik fonksiyonel güçlüğü daha çok yaşadıkları bulunmuştur. Radyoterapi alan hastalar ise almayanlara göre yorgunluk ve ağrı şeklindeki semptomları daha çok yaşadıkları bulunmuştur. Ameliyat olan ve olmayan hastalar arasında genel iyilik hali, fonksiyonel güçlük ve semptom yaşama açısından bir fark olmadığı saptanmıştır.

Hastanede destek tedavi için bulunanların genel iyilik hali, hastanede kemoterapi almak için bulunanlarından daha düşük; semptomları (ağrı, yorgunluk, bulantı-kusma, solunum güçlüğü, iştah kaybı ve ekonomik güçlük) ise daha yüksek bulunmuştur. Hastanede kemoterapi almak için bulunanların fonksiyonel güçlükleri (emosyonel, fiziksel, rol ve sosyal fonksiyonlar) hastanede destek tedavi için bulunanlardan daha yüksek bulunmuştur.

Hastaların hastalığını bilme durumunun yaşam kalitesini etkilediği saptanmıştır. Tanısını bilmeyen hastaların genel iyilik hali, bilen hastalarından daha düşük olmakla birlikte

daha az fonksiyonel güçlük (fiziksel, emosyonel, rol, sosyal fonksiyonlar) yaşamaktadırlar. Hastalığını bilmeyen hastalar ise bilen hastalara göre daha çok (yorgunluk, ağrı, solunum güçlüğü, iştah kaybı) semptom yaşamaktadırlar.

Hastaların hastalık ile ilgili düşüncesinin genel iyilik halini etkilemediği buna karşın fonksiyonel güçlük ve semptom yaşamayı etkilediği saptanmıştır. “Tedavi edilebilir” diye düşünen hastaların, “uzun süre tedavi gerektirir” diye düşünenlerden daha çok fonksiyonel güçlük yaşadıkları (fiziksel ve emosyonel fonksiyonları) bulunmuştur. “Uzun süre tedavi gerektirir” diye düşünen hastaların ise “tedavi edilebilir” diye düşünenlere oranla daha çok semptom (bulantı-kusma, ağrı, iştah kaybı, ekonomik güçlük) yaşadıkları bulunmuştur.

Hastalıkla ilgili yaşanan sorunlardan hastaların ekonomik güçlük yaşama durumunun genel iyilik halini etkilemediği, fonksiyonel güçlük ve semptom yaşamayı etkilediği saptanmıştır. Hastalıkla ilgili yaşanan sorunlardan fiziksel sorun yaşayan hastaların genel iyilik hali yaşamayanlarınkinden daha düşük; semptomları daha yüksek bulunmuştur. Fiziksel sorun yaşamayan hastalar ise yaşayan hastalara oranla daha çok fonksiyonel güçlük (emosyonel, fiziksel, rol ve sosyal fonksiyonları) yaşamaktadırlar. Hastalıkla ilgili yaşanan sorunlardan sosyal güçlük yaşayan hastaların genel iyilik halinin daha düşük olduğu ve daha çok semptom (yorgunluk, solunum güçlüğü, iştah kaybı) yaşadıkları bulunmuştur. Sosyal güçlük yaşamayan hastaların ise daha çok fonksiyonel güçlük yaşadıkları saptanmıştır. Hastalıkla ilgili yaşanan sorunlardan beslenme problemi yaşayan hastaların genel iyilik halinin daha düşük olduğu ve daha çok semptom (yorgunluk, ağrı, iştah kaybı, konstipasyon, solunum ve uyuma güçlüğü) yaşadıkları bulunmuştur. Beslenme problemi yaşamayan hastaların ise daha çok fonksiyonel güçlük yaşadıkları saptanmıştır. Hastalıkla ilgili yaşanan sorunlardan cinsel sorun yaşayan hastaların genel iyilik halinin daha düşük olduğu ve daha çok semptom (yorgunluk, ağrı, konstipasyon) yaşadıkları bulunmuştur. Cinsel sorun yaşamayan hastaların ise fonksiyonel güçlükleri (rol, emosyonel ve sosyal fonksiyonlar) daha çok yaşadıkları saptanmıştır. Hastalıkla ilgili yaşanan sorunlardan psikolojik sorun yaşayan hastaların genel iyilik halinin daha düşük olduğu ve daha çok semptom (konstipasyon, yorgunluk, ağrı, iştah kaybı, solunum ve uyuma güçlüğü) yaşadıkları bulunmuştur. Psikolojik sorun yaşamayan hastaların fonksiyonel güçlükleri (emosyonel, fiziksel, rol ve sosyal fonksiyonlar) yaşayanlarınkinden daha yüksek bulunmuştur.

Hastaların hastaneye yatış sayısının anksiyeteyi ve depresyonu etkilemediği; hastalığın süresi arttıkça anksiyetenin azaldığı, depresyonun ise arttığı görülmüştür

Yaş ile anksiyete arasında negatif bir ilişki saptanmıştır. 20-44 yaş grubundakilerin anksiyetesi, 45-69 yaş grubundakilerden daha yüksektir. Yaş ile depresyon arasında bir ilişki saptanmamıştır. Yaşın depresyon düzeyini etkilemediği görülmüştür.

Cinsiyetin anksiyete ve depresyon düzeyini etkilediği bulunmuştur. Kadınların anksiyete ve depresyon düzeyleri erkeklerinkinden daha yüksek bulunmuştur.

Hastaların eğitim durumularının anksiyete ve depresyon düzeyini etkilediği bulunmuştur. Okur yazar/ilkokul mezunu olanların anksiyete düzeyi, ortaokul mezunu ve üniversite/üstü eğitimi olanlarınkinden daha yüksek bulunmuştur. Okur yazar/ilkokul mezunu olanların depresyon düzeyi ortaokul, lise mezunu ve üniversite/üstü düzeyde eğitimi olanlarınkinden daha yüksek bulunmuştur.

Medeni durumun anksiyete ve depresyon düzeylerini etkilediği saptanmıştır. Bekar/dul/boşanmış olanların anksiyete ve depresyon düzeyleri evli olanlarınkinden daha yüksektir.

Çocuk sayısı, birlikte yaşanan kişiler, çalışma durumu ve ekonomik durumun anksiyete ve depresyon düzeylerini etkilemediği saptanmıştır.

Hastaların tıbbi tanısının anksiyeteyi etkilemediği, depresyonu etkilediği saptanmıştır. Mide ca tanılı hastaların depresyonu kolon ca tanılı hastalarinkinden daha yüksek bulunmuştur.

Metastaz durumunun anksiyete ve depresyon düzeyini etkilediği saptanmıştır. Metastazı olan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri, metastazı olmayan hastalarinkinden daha yüksek bulunmuştur.

Tedavi öyküsünde kemoterapi ve radyoterapi alma durumunun anksiyete ve depresyon düzeylerini etkilemediği bulunmuştur. Ameliyat olmayan hastaların ise depresyon düzeyleri, ameliyat olan hastalarinkinden daha yüksek bulunmuştur.

Hastanede destek tedavisi için bulunanların, anksiyete ve depresyon düzeyleri, kemoterapi almak için bulunanlardan daha yüksek bulunmuştur.

Hastaların hastalığını bilme durumunun anksiyete ve depresyon düzeylerini etkilediği saptanmıştır. Hastalığını bilmeyen hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri, hastalığını bilenlerinkinden daha yüksek bulunmuştur.

Hastaların hastalık ile ilgili düşüncelerinin anksiyete ve depresyon düzeylerini etkilediği saptanmıştır. “Uzun süre tedavi gerektirir” diyen hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri “tedavi edilebilir” diyen hastalarinkinden daha yüksek bulunmuştur. “Tedavi edilemez” diyen hastaların depresyon düzeyleri “tedavi edilebilir” diyen hastalarinkinden daha yüksek bulunmuştur.

Hastalıkla ilgili yaşanan sorunlardan ekonomik güçlük, fiziksel sorun, sosyal güçlük, beslenme problemi ve psikolojik sorun yaşayan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri bu sorunları yaşamayan hastalarinkinden daha yüksek bulunmuştur. Hastalıkla ilgili yaşanan sorunlardan cinsel sorun yaşama durumunun ise anksiyete ve depresyon düzeylerini etkilemediği saptanmıştır.

Çalışmamızda hastaların anksiyete ve depresyon düzeyi arttıkça yaşanan semptomların arttığı, genel iyilik halinin ve yaşanan fonksiyonel güçlüğü azaldığı bulunmuştur.

Araştırmadan elde edilen bu sonuçlar ışığında;

- Hastaneye yatış sayısının fonksiyonel güçlükleri negatif yönde etkilemesi göz önünde bulundurularak bireylerin mümkün olduğunca hastaneye yatmadan ayaktan kemoterapi ünitelerinde tedavilerini almalarının desteklenmesi,
- Genç yaş grubundaki bireylerin ve kadın hastaların anksiyete-depresyonu daha çok yaşadıkları ve daha çok semptom yaşamaları göz önünde bulundurularak, hemşireler ve sağlık ekibi tarafından anksiyete ve depresyon düzeylerinin belli aralarla değerlendirilmesi, sorun yaşayanların erken evrede tedavisi ve yönlendirilmesi;
- Metastazı olan hastaların ve hastanede destek tedavisi için bulunan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha yüksek ve yaşam kalitelerinin de daha düşük

olduğu göz önüne alınarak, hemşireler ve sağlık ekibi tarafından bu gruplardaki bireylerin anksiyete ve depresyon durumlarının değerlendirilmesi, bu bireylere erken tedavi ve desteğin sağlanması;

- Radyoterapi alan hastaların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu göz önüne alınarak, bu bireylere semptom kontrolünde gerekli tedavi ve bakımın sağlanması;
- Hastalığın süresi arttıkça depresyonun arttığı göz önünde bulundurularak, özellikle uzun süredir hastanede yatan bireylerin hemşireler ve sağlık ekibi tarafından depresyon yönünden gözlenmesi ve takip edilmesi;
- Hastalığını bilmeyen hastaların anksiyete-depresyon düzeylerinin daha yüksek olması ve yaşam kalitelerinin daha düşük olması göz önünde bulundurularak, kültürel ve ailevi özelliklerin de dikkate alınması ile ailenin hastanın tanısı konusunda bilgilendirilmesi, desteklenmesi ve hastanın bilgilendirilmesi yönünde bir kültürün benimsenmesi;
- Hastalıkla ilgili yaşanan sorunlardan ekonomik güçlük, fiziksel sorun, sosyal güçlük, beslenme problemi ve psikolojik sorun yaşayan bireylerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha yüksek olması nedeniyle, hemşireler ve sağlık ekibi tarafından bu sorunların varlığının düzenli aralarla değerlendirilmesi ve bireylerin de bu konularda desteklenmesi, gerekirse sosyal hizmetlere yönlendirilmesi;
- Yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon açısından riskli grupların onkoloji kliniklerinde çalışan sağlık ekibi tarafından sık aralarla değerlendirilmesi ve desteklenmesi;
- Onkoloji hastanelerinde ve kliniklerinde sağlık çalışanlarının yetemediği hastalık ve tedavi kaynaklı durumlara fiziksel ve psikolojik destek sağlamak için hastaların yönlendirilebilecekleri, yalnızca onkoloji hastalarına yönelik, 24 saat açık, destek hizmet birimlerinin kurulması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Jemal, A., Siegel, R., Xu, J., and Ward, E. (2010). Cancer statistics. *CA Cancer Journal for Clinicians*, 60(5), 277-300.
2. İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu
<http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.tuik.gov.tr%2FPreHaberBultenleri.do%3Fid%3D16162+&date=2014-07-21>, Son Erişim Tarihi: 21.05.2014
3. Alıcı, S., İzmirli, M., ve Doğan, E. (2006). Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi tıbbi onkoloji bilim dalına başvuran kanser hastalarının epidemiyolojik değerlendirilmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 21(2), 87-97.
4. İnternet: National Cancer Institute
<http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.cancer.gov%2Fcontent%2Ftypes%2Fcancersbodylocation%2Fdigestive&date=2014-07-21>, Son Erişim Tarihi: 21.05.2014
5. Stewart, C.W. and Wild, C.P. (Editors). (2014). *World Cancer Report 2014*, IARC Nonserial Publication.
6. Yardım, N., Mollahaliloğlu, S., ve Çakır E. (2007). Evaluation of Turkey Ministry of Health 1983-2001 cancer incidences and cancer death rates in the burden of disease study data. *Turkish Journal of Cancer*, 37(4), 148-153.
7. Dehkordi, A., Heydarnejad, M. S., ve Fatehi D. (2009, July). Quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy, *Oman Medical Journal*, 24(3), 204-207.
8. Tokgöz, G., Yaluğ, İ., Özdemir, S., Yazıcı, A., Uygun, A., ve Aker T. (2008). Kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9, 59-66.
9. Gurevich, M., Devins, G. M., and Rodin, G. M. (2002). Stress response syndromes and cancer: conceptual and assessment issues. *Psychosomatics*, 43, 259–281.
10. Friedman, L.C., Kalidas, M., Elledge, R. Chang, J., Romero, C., Husain, I., Dulay, M. F., and Liscum K. R. (2005). Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15(7), 595-603.
11. Ateşçi, F. C., Oğuzhanoglu, N. K., Baltarlı, B., Karadağ, F., Özdel, O., ve Karagöz N. (2003). Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(2), 145-152.
12. Wong-Kim, E. C., and Bloom, J. R. (2005). Depression experienced by young women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*. 14, 564-573.

13. Özkan, S., Ögce, F., Koca, A. K. (2007). Meme ve gastrointestinal sistem kanserli hastaların depresyon, anksiyete ve yetiyitimi durumlarının belirlenmesi, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 23(2), 69-80.
14. Ökten İ. (2003). *Özefagus Kanserleri*. Göğüs Cerrahisi, Ankara: Göğüs Cerrahisi Derneği, Sim Matbaacılık: 1247-308.
15. Stein, K. D., Denniston, M., Baker, F., Dent, M., Hann, D., M., Bushhouse, S. and West, M. (2003). Validation Of Modified Rotterdam Symptom Checklist For Use With Cancer Patients In The United States. *Journal of Pain and Symptom Management*, 26(5), 975-989.
16. Kutlu, R., Çivi, S., Börüban, M. C., ve Demir, A. (2011). Kanserli Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi*, 27(3),149-153.
17. Matsushita, T., Matsushima, E., and Maruyama, M. (2005). Psychological state, quality of life and coping style in patients with digestive cancer. *General Hospital Psychiatry*, 27(2), 125-132.
18. Van Everdingen, M., Janneke, M., Kessels, A. G., Schouten, H. C., Van Kleef, M., and Patijn, J. (2009, August). Quality of life and non-pain symptoms in patients with cancer. *Journal of Pain and Symptom Management* 38(2), 216-233.
19. Chen, P., Wang, H.,J., Zhu, L., Jia, R., and Jian, H.,Y. (2007) Factors affecting quality of life of patients with gastrointestinal cancer. *Ai Zheng =Chinese journal of cancer*, 26(10), 1116–1121.
20. Alacacıoğlu, A., Öztop, İ., ve Yılmaz, U. (2012, Haziran). Türk küçük hücre dışı akciğer kanser hastalarında anksiyete ve depresyonun yaşam kalitesine etkisi. *Türk Toraks Dergisi*, 13(2), 50-55.
21. Hutter, N., Vogel, B., Alexander, T., Baumeister, H., Helmes, A., and Bengel, J. (2013). Are depression and anxiety determinants or indicators of quality of life in breast cancer patients?. *Psychology, Health & Medicine*, 18(4), 412–419.
22. Cheng, C., Chan, N., Chio, J. H., Chan, P., Chan, A. O., and Hui W. M. (2012). Being active or flexible? Role of control coping on quality of life among patients with gastrointestinal cancer. *Psycho-onkology*, 21(2), 211-218.
23. Zullo, F., Palomba, S., Russo, T., Falbo, A., Constantino, M., and Tolino, A., Zuppi, E., Taqliaferri, F., and Venuta, S. (2005). A prospective randomized comparison between laparoscopic and laparotomic approaches in women with early stage endometrial cancer: a focus on the quality of life. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 193(4), 1344-1352.
24. Dedeli, Ö., Fadiloğlu, Ç., ve Uslu, R. (2009). Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 23(2), 132-139.

25. Karaca, H., Berk, V., İnanç, M., Dikilitaş, M. ve Özkan, M. (2011). Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi tıbbi onkoloji bilim dalı'na 2006–2009 yılları arasında başvuran kanser hastalarının epidemiyolojik değerlendirmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(1), 1-8.
26. Mollahaliloglu, S., Basara, B. B. and Eryılmaz, Z. (Ed). *The Ministry of Health of Turkey, Health Statistics Yearbook*, Ankara: Ministry of Health of Turkey, 2011.
27. Yardım, N., Mollahaliloğlu, S., ve Çakır E. (2007). Evaluation of Turkey ministry of health 1983-2001 cancer incidences and cancer death rates in the burden of disease study data. *Turkish Journal of Cancer* , 37(4), 148-53.
28. Alıcı, S., İzmirli, M., ve Doğan E. (2006). Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı'na başvuran kanser hastalarının epidemiyolojik değerlendirilmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 21(2), 87-97.
29. Lu, J. B., Sun, X. B., Dai, D. X., Zhu, S. K., Chang, Q. L., and Liu, S. Z. (2003). Epidemiology of gastroenterologic cancer in Henan Province, China. *World Journal of Gastroenterology*, 9(11), 2400-2403.
30. Gray, N. M., Hall, S. J., Browne, S., Macleod, U., Mitchell, E., Lee, A. J., Johnston, M., Wyke, S., Samuel, L., Weller, D., and Campbell N. C. (2011). Modifiable and fixed factors predicting quality of life in people with colorectal cancer. *British Journal of Cancer*, 104(11), 1697-1703.
31. Rothwell, P., Wilson, M., Rlvin, C., Norrving, B., Algra, A., Warlow, C., Meade, T. (2010). Long-term effect of aspirin on colorectal cancer incidence and mortality: 20-year follow-up of five randomised trials. *The Lancet*, 376(9754), 1741-1750.
32. Gürsoy, Ş., Er, Ö., Canöz, Ö., Güven, M., Başkol, M., Güven, K., Özbakır, Ö., ve Yücesoy, M. (2003). Kayseri ve yöresindeki kolon kanserlerinin özellikleri. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*, 2(2), 60-63.
33. Libutti, S. K., Saltz, L. B., Rustgi, A. K. and Tepper J. E. (2005). *Cancer of The Colon. Cancer Principles and Practice of Oncology* (7th edition). Philadelphia: Lippicott Williams&Wilkins, 1061- 1125.
34. Çıtıl, R. (2011). *Kolorektal Kanserler*. Halk Sağlığı Genel Bilgiler Kitabı, Ankara: 1128-1142.
35. Rodel, C., Gerhard, G., Grabenbauer, G., Papadopoulos, T., Hohenberger, W., Schmoll, H., and Sauer R. (2003). Phase I/II Trial of Capecitabine, Oxaliplatin, and Radiation for Rectal Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 21(16), 3098-3104.
36. Sarıtaş, Ü. (2007). *Hepatobiliyer Hastalıklar Metastatik Karaciğer Tümörleri*. Bursa: Nobel&Güneş Kitabevi :73-74.
37. Erzurumlu, K. (2008). *Genel Cerrahiye Giriş*. İstanbul: Nobel Matbaacılık, 9-20.

38. Oscar, J. T., Jhon, L., Peter, D., and Thoms, C. (1987). Diagnostic and prognostic problems in early gastric cancer. *American Journal of Surgery*, 154, 516-519.
39. Erikoğlu, M., Yol, S., Tavlı, Ş., Belviranlı, M., Özer, Ş., Pekin, C., ve Kaynak A. (2005). Mide kanserleri: On beş yıllık deneyimlerimiz. *Genel Tıp Dergisi*, 15(2), 71-75.
40. Çetin, İ. A., Yumuk, F. Ö., Atasoy, B. M., Dane, F., Çağlar, H. B., İbrahimov, R., Batirel, H. F., ve Abacioğlu U. (2012). Lokal İleri Evre Özefagus Kanserinde Kemoradyoterapi Deneyimimiz. *Marmara Medical Journal*, 25, 74-77
41. Dolar E.(2005). *İç Hastalıkları*. Bursa: Nobel-Güneş Kitabevi, 624-636
42. Ankara Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı. (2005). *Tıbbi Onkoloji*. Ankara: Antıp A.Ş. 274-281.
43. The WHOQOL Group: The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties.(1998). *Social Science and Medicine*, 46 (12), 1569-85.
44. Carr, J. A., Gibson, B. and Robinson, P. G. (2001). Measuring of life is quality of life determined by expectations or experience. *British Medical Journal*, 322, 1240-1243.
45. Avcı, K. ve Pala, K. (2004). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(2), 81-85.
46. Arndt, V., Merx, H., Stegmaier, C., Ziegler, H., and Brenner, H. (2004). Quality of life in patients with colorectal cancer 1 year after diagnosis compared with the general population: A population-based study. *Journal of Clinical Oncology*, 22(23), 4829-4835.
47. Lazovich, D., Robien, K., Cutler, G., Virnig, B., and Sweeney, C. (2009). Quality of life in a prospective cohort of elderly women with and without cancer. *Cancer*, 115(18), 4283-97.
48. Myrdal, G., Valtysdotir, S., Lambe, M. and Stahle, E. (2003). Quality of life following lung cancer surgery. *Thorax*, 58, 194-7.
49. Gültekin, Z., Pınar, G., Pınar, T., Kızıltan, G., Doğan, N., Algier, L., (2008). Akciğer kanserli hastaların yaşam kaliteleri ve sağlık bakım hizmet beklentileri. *Uluslar arası Hematoloji Onkoloji Dergisi*, 18(2), 99-106.
50. Yeşilbalkan, O. U., Akyol, A. D., Cetinkaya, Y., Altın, T., ve Ünlü, D. (2005). Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 21, 13-31.

51. Ertem, G., Kaklım, A., Bulut, S., ve Sevil, Ü. (2009). Radyoterapi alan hastaların evde bakım gereksinimleri ve yaşam kaliteleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2, 3-11.
52. Altıparmak, S., Fadıloğlu, Ç., Gürsoy, S., T. ve Altıparmak, O. (2011). Kemoterapi tedavisi alan akciğer kanserli hastalarda öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. *Ege Tıp Dergisi*, 50(2), 95-102.
53. Özyılkan, Ö. (2004, Nisan). *Kanser hastalarında yaşam kalitesinin önemi*. I. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumunda sunuldu, İzmir.
54. Gürler, M. Y., Demir, G., Moueminoglou, F., Apaydın, S. ve Lüy, N. (2014). Kanser hastalarında kemoterapinin C-reaktif protein düzeyine ve yaşam kalitesine olan etkileri. *Türk Onkoloji Dergisi*, 29(1), 1-10.
55. Dunn, J., Lynch, B., Rinaldis, M., Pakenham, K., Mcpherson, L., Owen, N., Leggett, B., Newman, B., and Aitken J. (2006). Dimensions of quality of life and psychosocial variables most salient to colorectal cancer patients. *Psycho-Oncology*, 15, 20-30.
56. Allal, A. S., Gervaz, P., Gertsch, P., Bernier, J., Roth, A. D., Morel, P., and Bieri S. (2005). Assessment of quality of life in patients with rectal cancer treated by preoperative radiotherapy: a longitudinal prospective study. *International Journal of Radiation Oncology*, 61(4), 1129-1135.
57. World Health Organization (WHO). (2004). *Prevention of Mental Disorders, Effective Interventions and Policy Options*.
58. Terakye, G., (2011). Kanserli Hasta Yakınlarıyla Etkileşim. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(2), 78-82.
59. Weis, J., and Faller H. (2012). Psychosoziale Folgen bei langzeitüberlebenden einer Krebserkrankung. *Bundesgesundheitsbl* 55,501-508.
60. Özkan, S., Oğce, F. ve Koca, A. K. (2007). Meme ve gastrointestinal sistem kanserli hastaların depresyon, anksiyete ve yetiyitimi durumlarının belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 23(2), 69-80.
61. Bag, B. (2013). Kanser hastalarında uzun dönemde görülen psikososyal sorunlar. *Psikiyatriye Güncel Yaklaşımlar*, 5(1), 109-126.
62. Beser, N., Öz, F. (2003). Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7, 47-58.
63. Jadoon, N. A., Munir, W., Shahzad, M. A. and Choudhry, Z. S. (2010). Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: a cross-sectional study, *BMC Cancer*, 10,594.

64. Cameron, J. I., Franche, R. L., Cheung, A. M. and Stewart, D. E. (2002). Lifestyle interference and emotional distress in family caregivers of advanced cancer patients. *Cancer*, 94,521-527.
65. Weis, J.,Koch, U., Matthey, K., and Bedarf. (1998) Psychoonkologischer versorgung in Deutschland – Ein Ist-Soll-Vergleich. *Psychother Psychosom Medical Psychology*, 48,417-424.
66. Shell, J. A., and Kirsch, S. (2001). *Psychosocial issues, outcomes, and quality of life. In Oncology Nursing*, (4th edition). Philadelphia: Mosby, 948-972.
67. Hallaç, S., ve Öz, F.(2011). Genital kanser tanı sürecinde varoluşsal kaygı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(4), 595-610.
68. Shun, S., Hsiao, F., Lai, Y., Liang, J., Yeh, K. and Huang, J., (2011). Personality trait and quality of life in colorectal cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 38(3), 221-228.
69. İnternet: Özkan S. (2010). Kolorektal kanserli hastaya psikiyatrik ve psikososyal destek.
http://www.webcitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.tkrcd.org.tr%2FKolorektalKanserleri%2F048_ozkan.pdf&date=2014-07-22, Son Erişim Tarihi: 21.05.2014.
70. Denlinger, C., S., Barsevick, A. M. (2009). The challenges of colorectal cancer survivorship. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 7(8), 883– 893.
71. Tokgöz, G., Yalu, İ., Özdemir, S., Yazıcı, A., Uygun, A. ve Aker T. (2008). Kanser hastalarında major depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9, 59-66.
72. Berard, R. M., (2001). Depression and anxiety in oncology: the psychiatrist's perspective. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(8). 58-63.
73. Breitbart, W., Rosenfeld, B., Pessin, H. (2000). Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *Journal of the American Medical Association*, 284, 2907-11.
74. Sertöz, O. O., Mete, H. E. (2004). Bedensel hastalıklarda depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 2, 63-69.
75. Marrs, J. A. (2006). Stress, fears, and phobias: the impact of anxiety. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 10, 319-22.
76. Alacacioğlu, A., Yavuzşen, T., Dirioz, M., Yeşil L., Bayrı D. ve Yılmaz U. (2007). Kemoterapi alan kanser hastalarında anksiyete düzeylerindeki değişiklikler. *International Journal of Hematology and Oncology*, 17, 87-93.
77. Güleç, G., Büyükkınacı, A. (2011). Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 343-367.

78. Chah, P, Bond A. (2009). 'I'm sorry but you've got cancer': the role of psycho-oncology. *British Journal of Hospital Medicine*, 70, 514-517.
79. Arolt, V., Rothermundt, M. (2003). Depressive Störungen bei körperlich Kranken. *Nervenarzt*, 74,1033-1052.
80. Tada, Y., Matsubara, M., Kawada, S., Ishida, M., Wada, M., Wada, T. (2012). Psychiatric disorders in cancer patients at a university hospital in Japan: descriptive analysis of 765 psychiatric referrals. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 42, 183-188.
81. Fallowfield, L., Ratcliffe, D., Jenkins, V. and Saul, J. (2001). Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *British Journal of Cancer*, 84, 1011-1015.
82. Tünel, M., Vural, A., Evlice, Y.E., ve Tamam, L. (2012). Meme kanserli hastalarda psikiyatrik sorunlar. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 21,189-219.
83. Breitbart, S. W. ve Alici, Y. (2009). Psycho-oncology. *Harvard Review of Psychiatry*, 17, 361-365.
84. Abeloff, M. D., Armitage, J. O., Niederhuber, J. E. (2004). *Clinical Oncology*. (3rd ed). USA: Elsevier Inc, 535- 583.
85. Onat, H. ve Mandel, M. N. (Editörler). (2002). *Kanser Hastasına Yaklaşım. Tanı, tedavi, takipte sorunlar*, İzmir: Nobel Tıp Kitabevleri.
86. Yarbro, C. H., Frogge, H. M., Goodman, M., Groenwald, S.L., (Editors). (2006). *Cancer nursing principles and practice*, (5th ed.) London: Jones and Barlett Publishers, 352-486.
87. Uyer, M., Uslu, R., Yıldırım-Kuzeyli, Y. (Editörler). (2006). *Kanser ve palyatif bakım*, İzmir: Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri
88. Yarbro, C. H., Frogge, H. M., Goodman, M., Groenwald, S. L., (Editors). (2006). *Cancer nursing principles and practice*, (5th ed). London: Jones and Barlett Publishers, 352-486.
89. Fadiloğlu, Ç. (editör). (2003) *Kronik hastalıklarda bakım II*, İzmir: İnertip Tıbbi Yayıncılık & Bilgisayar.
90. Kadan-Lottick, N. S., Vanderwerker, L. C., Bkock, S. D., Zhang, B., Prigerson, H. G. (2005). Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer. *Cancer*, 104, 2872 -2881.
91. Jenner, G. (2001). Career Opportunities in Childhood Cancer Nursing. *Nursing Standard*, 15(21),58-59.

92. Bektaş, H. A., Akdemir, N. (2006). Kanseri bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 26, 488-499.
93. Shives, L. R. (2008). *Basic Concepts of Psychiatric Mental Health Nursing*, (7th edition). Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins.
94. Lam, W. W. T., AHY, A., Wong, J. H. F., Lehmann, C., Koch U., Fielding, R. (2011). Unmet supportive care needs: a cross-cultural comparison between Hong Kong Chinese and German Caucasian women with breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 130, 531-541.
95. Özkan, S. (2006). Kanserde Psikososyal Destek Ve Psikiyatri, *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri*, 2(10), 20-25.
96. Fadiloğlu, C (2003) *Kanser Ve Bakım II Ege Dahiliye Günleri*, İzmir: Meta Basım Matbaacılık, 123.
97. Lin, C. C., Chang, A. P., Cleeland, C. S., Mendoza T. R., Wang X. S., (2007) Taiwanese Version of the M.D. Anderson Symptom Inventory: Symptom Assessment in Cancer Patients, *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(2), 180-188.
98. Aydemir, Ö. (1997). Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8(4), 280-28.
99. Zigmond, A. S., Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.
100. Güzelant, A., Göksel, T., Özkök, S., Taşbakan, S., Aysan, T., Bottomley, A. (2004). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: an examination into the cultural validity and reliability of the Turkish version of the EORTC QLQ-C30, *European Journal of Cancer Care*, 13, 135-144.
101. Alpar R. (2014). *Spor, sağlık, eğitim bilimlerinden örneklerle uygulamalı istatistik ve geçerlilik- güvenilirlik* (üçüncü baskı). Ankara: Detay Anatolia Akademik Yayıncılık.
102. Esbensen, B. A., Thomsen, T. (2011). Quality of life and hope in elderly people with cancer. *Open Journal of Nursing*, 1, 12-18.
103. Ünsal, D., Tunç, E., Pak, Y. (2006). Rektal Kanser Tanılı Olgularda Adjuvant Tedavinin Uzun Dönem Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi*, 16(3), 108-120.
104. Pérez Lara, F. J., Navarro, A., Piñero, A., Peruchó, F. (2004). Study of factors related to quality of life in patients with locally advanced rectal cancer. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 96(11), 746-757.
105. Bullen, T. L., Sharpe, L., and Laws, C. (2012). Body Image as a Predictor of Psychopathology in Surgical Patients with Colorectal Disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 73, 459-63.

106. Eun Sook, Y. and Jinsun, W. (2012). Distress, Depression, Anxiety, and Spiritual Needs of Patients with Stomach Cancer. *Asian Oncology Nursing*, 12(4), 314-322.
107. Sawada, N. O., Nicolussi, A. C., Okino, L., Cardozo, F. M. C., Zago, M. M. F. (2009). Quality of life evaluation in cancer patients to submitted to chemotherapy *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(3), 578-84.
108. Kataria, K., Verma, G.R., Malhotra, A., and Yadav, R. (2012). Comparison of Quality of Life in Patients Undergoing Transhiatal Esophagectomy with or without Chemotherapy. *The Saudi Journal of Gastroenterology*, 18(3), 195-200.
109. Redeker, N. S., Lev, E. L., Ruggiero, J. (2000). Insomnia, Fatigue, Anxiety, Depression, and Quality of Life of Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. : *Research and Theory for Nursing Practice*, 14(4), 275-290.
110. Daster, S., Soysal, S. D., Stoll, L., Peterli, R., Flue, M. and Ackermann, C. (2014). Long-Term Quality of Life after Ivor Lewis Esophagectomy for Esophageal Cancer. *World Journal of Surgery*.
111. Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Katsouda, E., Galanos, A. and Vlahos, L. (2005). Assessment of anxiety and depression in advanced cancer patients and their relationship with quality of life. *Quality of Life Research*, 14, 1825–1833.
112. Karabulutlu, E. Y., Bilici, M., Çayır, K., Tekin, S. B., Kantarcı, R. (2010). Coping, Anxiety and Depression in Turkish Patients with Cancer. *European Journal of General Medicine*, 7(3), 296-302.
113. Tavoli, A., Mohagheghi, M. A., Montazeri, A., Roshan, R., Tavoli, Z., and Omidvari, S. (2007). Anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer: does knowledge of cancer diagnosis matter?. *BMC Gastroenterology*, 7(28).
114. Nordin, K, Berglung, G., and Glimelius, B. (2001). Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model. *European Journal of Cancer*, 37, 376-384.
115. Nikbakhsh, N., Moudi, S., Abbasian, S., Khafri, S. (2014). Prevalence of depression and anxiety among cancer patients. *Caspian Journal of Internal Medicine*, 5(3), 167-170.
116. Dogar, İ. A., Azeem, M. W. (2009). Depression and anxiety in cancer patients in outpatient department of a tertiary care hospital in Pakistan. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 25(5), 734-737.
117. Pereira, M. G., Figueiredo, A. P., and Fincham, F. D. (2012). Anxiety, depression, traumatic stress and quality of life in colorectal cancer after different treatments: A study with Portuguese patients and their partners. *European Journal of Oncology Nursing*, 16, 227-232.
118. Seven, M., Akyüz, A., Sever, N., Dinçer, Ş. (2010). Kanser Tanısı Alan Hastaların Yaşadığı Fiziksel ve Psikolojik Semptomların Belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(3), 219-224.

- 119.Schmidt, C. E., Bestmann, B., Küchler, T., Longo, W. E., and Kremer, B. (2005). Ten Year Historic Cohort of Quality of Life and Sexuality in Patients With Rectal Cancer. *Diseases of The Colon and Rectum*, 48, 483–492.
- 120.Spiegel, D., Giese-Davis, J. (2003). Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Biological Psychiatry*, 54(3),269-82.
- 121.Schlesinger, S., Walter, J., Hampe, J., Von Schönfels, W., Hinz, S., Küchler, T., Jacobs, G., Schafmayer C., Nöthlings U. (2014). Lifestyle factors and health-related quality of life in colorectal cancer survivors. *Cancer Causes Control*, 25(1), 99-110.
- 122.Szczepkowski, M. (2002) Do we still need a permanent colostomy in 21th century?. *Acta Chirurgica Iugoslavica*, 49(2), 45-55.

EKLER

EK-1. Hasta Bilgi Formu

HASTA BİLGİ FORMU

Sayın katılımcı; bu çalışma hastalarımızın ruhsal durumlarını ve yaşam kalitelerini değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. Çalışmada kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Tüm katılımcıların cevapları isim kullanılmadan genel olarak değerlendirilecektir. Katkılarınız için teşekkür ederim.

Hemşire Didem KAT BEKTAŞ

Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi Tıbbi Onkoloji

1. Yaş: Dosya No:
2. Cinsiyet: (1) Kadın (2) Erkek
3. Medeni durum: (1) Evli (2) Bekar (3) Dul (4) Boşanmış
4. Eğitim durumunuz nedir?
 - 1) Okur-yazar 2) İlkokul mezunu 3) Ortaokul mezunu 4) Lise mezunu
 - 5) Üniversite mezunu 6) Diğer (yazınız).....
5. Çocuğunuz var mı? (1) Evet (sayısını yazınız).....
 - (2) Hayır
6. Evde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz, yazınız:.....
7. Çalışıyor musunuz? (1) Evet (2) Hayır
8. Size göre ekonomik durumunuz nasıl? 1. İyi 2. Orta 3. Kötü
9. Şu anki hastalığınızın adını biliyor musunuz?
 - (1) Evet (hastalığınızın adını yazınız):
 - (2) Hayır
10. Hastalığınız ne kadar süre önce başladı? yıl, ...ay
11. Şu ana kadar hangi tedavileri aldınız?
 - 1) Kemoterapi 2) Radyoterapi 3) Ameliyat
 - 4) Diğer (açıklayınız):.....
12. Hastaneye kaçınıcı yatışınız?.....

EK-1. (devam) Hasta Bilgi Formu

13.Hastalığınız nedeniyle yaşadığınız sorunlar nelerdir? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1) Ekonomik güçlük
- 2) Fiziksel sorunlar (halsizlik, yorgunluk, boşaltım güçlüğü....vb)
- 3) Sosyal güçlükler (ev ziyaretleri, yakın çevre ile görüşme, yolculuk yapma gibi)
- 4) Beslenme problemleri
- 5) Cinsel sorunlar
- 6) Psikolojik sorunlar
- 7) Diğer (açıklayınız)
-

14. Hastalığınızla ilgili ne düşünüyorsunuz?

- 1) Tedavi edilebilir
- 2) Tedavi edilemez
- 3) Uzun süre tedavi gerektirir
- 4) Diğer (açıklayınız).....

EK-1. (devam) Hasta Bilgi Formu

BU SAYFA HEMŞİRE TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.

1)-Metastazı var mı?

- Var.....
- Yok.

2)-Hasta şu anda ne için yatıyor?

- Destek tedavi için.
- Kemoterapi almak için.

3)-Hasta dosya no:

Bu sayfa hemşire tarafından doldurulduktan sonra hastadan alınan formların üstüne eklenecektir.....

EK-2. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

A 1. Kendimi gergin ya da huzursuz hissediyorum

3 () Çoğu zaman

2 () Sıklıkla

1 () Bazen

0 () Hiçbir zaman

D 2. Daha önceden zevk aldığım hoşlandığım şeylerden hala zevk alıyorum

0 () Tamamen eskisi gibi

1 () Pek o kadar değil

2 () Yalnızca biraz

3 () Hemen hemen hiç

A 3. Sanki kötü bir şey olacaktı gibi bir duyguya kapılıyorum

3 () Çok belirgin ve oldukça kötü

2 () Evet fakat çok şiddetli değil

1 () Biraz, fakat beni endişelendirmiyor

0 () Böyle bir korku hiç olmuyor

D 4. Gülebiliyor ve olayların iyi yönlerini görebiliyorum

0 () Eskisi gibi

1 () Su sıralar eskisi gibi değil

2 () Eskisine göre çok az

3 () Artık gülemiyorum bile

A 5. Aklımdan endişeli düşünceler geçiyor

3 () Zamanın büyük kısmında

2 () Sık olarak

1 () Zaman zaman ama sık değil

0 () Nadiren

D 6. Kendimi iyi hissediyorum

0 () Çoğu zaman

2 () Sık değil

1 () Bazen

3 () Hiçbir zaman

A 7. Sakin oturabiliyor ve kendimi rahat hissediyorum

0 () Her zaman

1 () Genellikle

2 () Bazen

3 () Hiçbir zaman

D 8. Üzerimde bir durgunluk var

3 () Hemen her zaman

2 () Sıklıkla

1 () Ara sıra

0 () Hiçbir zaman

EK-2. (devam) Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

A 9. Yüreğim pır pır ediyor huzursuzum

- 3 () Çok sık
2 () Sıklıkla
1 () Bazen
0 () Hiç bir zaman

D 10. Görünümüme ilgimi kaybettim

- 3 () Kesinlikle
2 () Kendime gerektiği kadar ilgi duymuyorum
1 () Kendime eskisi kadar ilgi gösterecek durumda değilim
0 () Görünüşüme her zaman ki gibi dikkat ediyorum

A 11. Huzursuzum, yerimde duramıyorum

- 3 () Gerçekten çok fazla
2 () Oldukça fazla
1 () Fazla değil
0 () Hiç

D 12. Her şeye neşe ile yaklaşıyorum

- 0 () Her zamanki gibi
1 () Eskisinden biraz daha az
2 () Eskisinden kesinlikle daha az
3 () Artık hiç bir zaman

A 13. Birden paniğe kapılıyorum

- 3 () Çok sık, her zaman
2 () Oldukça sık
1 () Pek sık değil, nadiren
0 () Hiç bir zaman

D 14. İyi bir kitap veya radyo-televizyon programından hoşlanıyorum

- 0 () Her zaman
1 () Ara sıra eskisinden biraz daha az
2 () Pek sık değil, nadiren
3 () Oldukça seyrek

EK-3. EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği

TURKISH

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

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

Lütfen ad ve soyadınızın başharflerini yazınız:

Doğum gününüz (Gün, Ay, Yıl):

Bugünkü tarih (Gün, Ay, Yıl):

31 

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
1. Ağır bir alışveriş torbası veya valiz taşımak gibi zorlu hareketler yaparken güçlük çeker misiniz?	1	2	3	4
2. <u>Uzun</u> bir yürüyüş yaparken herhangi bir zorluk çeker misiniz?	1	2	3	4
3. Evin dışında <u>kısa</u> bir yürüyüş yaparken zorlanır mısınız?	1	2	3	4
4. Günü büyük bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4
5. Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tuvaleti kullanırken yardıma ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4

Geçtiğimiz hafta zarfında:

Geçtiğimiz hafta zarfında:		Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
6.	İşinizi veya günlük aktivitelerinizi yapmaktan sizi alıkoyan herhangi bir engel var mıydı?	1	2	3	4
7.	Boş zaman aktivitelerinizi sürdürmekten veya hobilerinizle uğraşmaktan sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	1	2	3	4
8.	Nefes darlığı çektiniz mi?	1	2	3	4
9.	Ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
10.	Dinlenme ihtiyacınız oldu mu?	1	2	3	4
11.	Uyumakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
12.	Kendinizi güçsüz hissettiniz mi?	1	2	3	4
13.	İştahınız azaldı mı?	1	2	3	4
14.	Bulantınız oldu mu?	1	2	3	4
15.	Kustunuz mu?	1	2	3	4

Lütfen arka sayfaya geçiniz

EK-3. (devam) EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği

TÜRKİŞH

Geçtiğimiz hafta zarfında:

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

Aşağıdaki sorular için 1 ile 7 arasındaki size en uygun rakamı daire içine alınız29. Geçen haftaki sağlığınıza genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok kötü

Mükemmel

30. Geçen haftaki hayat kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

1 2 3 4 5 6 7

Çok kötü

Mükemmel

EK-4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

GAZİ ÜNİVERSİTESİ “*GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR*” İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırma Projesinin Adı: Gastrointestinal sistem kanseri olan hastalarda anksiyete depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesinin belirlenmesi

Sorumlu Araştırmacının Adı: Doç. Dr. Satı DEMİR

Diğer Araştırmacıların Adı: Didem KAT BEKTAŞ

“Gastrointestinal sistem kanseri olan hastalarda anksiyete depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesinin belirlenmesi” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni sizde gastrointestinal sistem kanser hastalığının görülmüş olmasıdır. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Psikiyatri Hemşireliği anabilim Dalında, Doç.Dr. Satı DEMİR’in sorumluluğu altındadır.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Bu çalışmada, gastrointestinal sistem kanseri olan hastaların anksiyete-depresyon düzeylerinin ve yaşam kalitelerinin belirlenmesini amaçlamıştır. Çalışmada 335 hastaya ulaşılması planlanmıştır. Bu çalışma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci ve İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastaneleri, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Demetevler Onkoloji Hastanelerinde Tıbbi Onkoloji Kliniğine başvuran hastalar üzerinde yapılacaktır.

Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?

- Bu çalışma size verilen anketler ve araştırmacının sorduğu sorular doğrultusunda gerçekleştirilecektir.
- Araştırmanın süresi yaklaşık 1 yıldır.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?

Çalışma sizin için hiçbir risk barındırmamaktadır. Herhangi bir rahatsızlığa sebep olmayacaktır.

EK-4. (devam) Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Çalışmada yer almamın yararları nelerdir?

Bu çalışmanın sonucu gelecekteki kanser hastalarının tedavi sürecini kısaltabilir ve tedaviye uyumunu arttırabilir. Aynı zamanda bu konuda yapılacak diğer çalışmalara rehberlik edecektir.

Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Çalışmada kişisel bilgileriniz, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanılacaktır; ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Didem KAT BEKTAŞ

GÖREVİ : Hemşire

TELEFON : 0505.....75

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

GÜTF Tıbbi Onkoloji Anabilim dalında, Hemş. Didem KAT BEKTAŞ tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim).* Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

EK-4. (devam) Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum. Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Katılımcı ile görüşen hemşire

Adı soyadı, unvanı: Hemşire Didem Kat Bektaş

Adres: Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği

Tel: 0505.....75

İmza:

Tarih:15.11.2013

EK-5. Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı: 14574941.300/ 2731
Konu:

30/09/2013

**DR.ABDURRAHMAN YURTASLAN ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE**

Enstitümüz Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Öğrencisi **Didem KAT BEKTAŞ**'ın Doç.Dr.Satı DEMİR'in danışmanlığında yürütmekte olduğu "**Gastrointestinal Sistem Kanseri Olan Hastalarda Anksiyete Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi**" konulu tez çalışmasının uygulamasını hastaneniz Tıbbi Onkoloji Kliniğinde yapabilmesi için gerekli iznin verilmesini rica ederim.

Yrd.Doç.Dr.İhsan YIKILGAN
Müdür Adına
Enstitü Müdür Yardımcısı

25.10.2013
Tıbbi Onkoloji Servisinde
gözetim yapıldı
Dr. A.Y. Onkoloji Eğ. Arş. Hastanesi
Doç.Dr. Berna Öksüzöçü
Tıbbi Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi
No: Tescilli No: 67606

Sn. Doç.Dr. Berna Öksüzöçü

DR. A. Y. ANKARA ONKOLOJİ EĞ. VE ARAŞT. BSHK	
TARİH	İSAD
25.10.2013 1240	

G.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü 06330 Etiler, Ankara
Tel: 0 312 222 62 08, Faks: 0 312 212 49 85, <http://www.saglikb.gazi.edu.tr>

EK-6. Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği İzin Yazısı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Dr.Abdurahman Yurtarslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi

SAYI : 20033663/ 11798

30.11.2013

KONU :

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

İlgi: 30.09.2013 tarih ve 14574941.300/2731 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınız ile talep edilen, Enstitünüz Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Öğrencisi Didem KAT BEKTAŞ' ın, Doç. Dr. Satı DEMİR' in danışmanlığında yürütmekte olduğu " Gasrointestinal Sistem Kanseri Olan Hastalarda Anksiyete Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasının uygulamasını hastanemiz Tıbbi Onkoloji Kliniğinde yapması Hastane Yöneticiliğimizce uygun görölmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Uz. Dr. Burçin BUDAKOğLU
Hastane Yöneticisi Adına
Başhekim Yardımcısı

EK-7. Ankara Üniversitesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi İzin Yazısı



T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Cebeci Araştırma Ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 45374779-773.02/6629

01/11/2013

Konu : Didem KAT BEKTAŞ hk.

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

İlgi:30.09.2013 tarih ve 14574941.300/2729 sayılı yazınız.

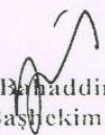
İlgi sayılı yazınızda bahsi geçen Enstitünüz Hemşirelik Programı Yüksek Lisans öğrencisi Didem KAT BEKTAŞ'ın Doç. Dr. Satı DEMİR danışmanlığında yürütmekte olduğu "Gastrointestinal Sistem Kanseri Olan Hastalarda Anksiyete Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını yapmasının uygun görüldüğü hakkında Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Başkanlığı'ndan alınan 31.10.2013 tarih ve 744 sayılı yazı ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.

Prof. Dr. Rüstü GÜNER
 Başhekim

Eki: 1

EK-8. Ankara Üniversitesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi İzin Yazısı

	T.C ANKARA ÜNİVERSİTESİ İbni Sina Araştırma Ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği	
Sayı : 62873195-622.01-5593	<u>Ankara</u>	
Konu :	07 Kasım 2013	
GAZİ ÜNİVERSİTESİ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne		
İlgi: 30.09.2013 tarih ve 14574941.300/2728 sayılı yazınız.		
Enstitünüz Hemşirelik programı Yüksek Lisans öğrencisi Didem KAT BEKTAŞ'ın Doç. Dr. Satı DEMİR'in danışmanlığında yürütmekte olduğu "Gastrointestinal Sistem Kanseri Olan Hastalarda Anksiyete Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını, Hastanemiz Tıbbi Onkoloji Bilim Dalında yapabilmesi uygun görülmüştür.		
Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.		
 Prof.Dr.M.Behaeddin GÜZEL Başhekim		
Santral:0(312) 310 33 33 - 0 (312) 310 34 12 Faks: 0(312) 310 63 71 06100 Sıhhiye ANKARA E-Posta: baskimlikhl@medicina.ankara.edu.tr		

EK-9. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi İzin Yazısı



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



Sayı : 90005124 / 4609
Konu : İzin hk.

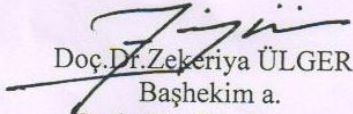
14.../11.../2013

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

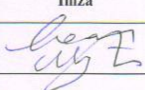
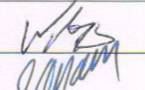
İlgi: 30.10.2013 tarih ve 3071 sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Programı Yüksek Lisans öğrencisi Didem KAT BEKTAŞ'ın "Gastrointestinal Sistem Kanseri Olan Hastalarda Anksiyete – Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını Hastanemiz Tıbbi Onkoloji Bilim Dalında yapması uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.


Doç.Dr. Zekeriya ÜLGER
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

EK-10. Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yazısı

GAZİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR KARAR FORMU									
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUNUN ADI	Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu							
	AÇIK ADRES	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası 06500 Beşevler/Ankara							
	TELEFON	0312 202 69 58							
	FAKS	0312 202 46 73							
	E-POSTA	tipetikkurul@gazi.edu.tr							
BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gastrointestinal sistem kanseri olan hastalarda anksiyete depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesinin belirlenmesi							
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Satı DEMİR							
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI /UZMANLIK ALANI/ BULUNDUĞU MERKEZ	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi							
	DESTEKLEYİCİ (Varsa)								
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Anket çalışmaları-Hemşirelik faaliyetlerinin sınırları içerisinde yapılacak çalışmalar-Yüksek Lisans Tezi							
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐				
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Ver.No	Dili					
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	17.03.2014	0.1	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐			
	AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	17.03.2014	0.1	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐			
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı				Açıklama				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒							
	BİYOLOJİK MATERİYAL TRANSFER FORMU	☐							
	DİĞER	☐							
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 171	Toplantı tarihi: 24.03.2014							
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, araştırma dosyasında belirtilen merkez/merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına, G.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oybirliği ile karar verilmiştir.								
GAZİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik (13.04.2013), İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu							
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof.Dr.Canan ULUOĞLU							
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza	
Prof.Dr.Canan ULUOĞLU BAŞKAN	Tıbbi Farmakoloji A.D	G.Ü.T.F	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐		
Uzm.Dr.Cemal GÜVERCİN BAŞKAN YARD.	Tıp Etiği	Y.mah. Prof.Dr. Yunus Müftü AÇS/AP Merk.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐		
Prof.Dr.Gonca AKBULUT RAPORTÖR	Fizyoloji A.D	G.Ü.T.F	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	Katılmadı	
Prof.Dr.Bülent BOYACI ÜYE	Kardiyoloji A.D	G.Ü.T.F	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐		
Prof.Dr.Sefer AYCAN ÜYE	Halk Sağlığı A.D	G.Ü.T.F	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐		

EK-10. (devam) Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yazısı

Prof.Dr.Mehmet Akif ÖZTÜRK ÜYE	İç Hastalıkları A.D	G.Ü.T.F	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Elvan İŞERİ ÜYE	Çocuk Psikiyatrisi A.D	G.Ü.T.F	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Arzu BAKIRTAŞ ÜYE	Çocuk Sağlığı ve Hast.A.D	G.Ü.T.F	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Nilüfer TURAN DURAL ÜYE	Farmakoloji A.D	G.Ü.E.F	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr.Hakan KAYIR ÜYE	Tıbbi Farmakoloji A.D	G.A.T.A	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr.Mustafa ARSLAN ÜYE	Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D	G.Ü.T.F	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr.Murat AKIN ÜYE	Genel Cerrahi A.D	G.Ü.T.F	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	Katılmadı
Doç.Dr.Sercan AKSOY ÜYE	İç Hastalıkları AD.	H.Ü.T.F	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Av.Arzu BUZKIRAN KAYA ÜYE	Avukat	G.Ü.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	Katılmadı
Emine ŞEKER ÜYE	Sivil Temsilci	-	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

* :Araştırma ile İlişki

** :Toplantıda Bulunma

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : KAT BEKTAŞ, Didem

Uyruğu : T.C.

Doğum tarihi ve yeri : 09/03/1986 Ankara

Medeni hali : Evli

Telefon : 0312 508 20 13

e-posta : didemkat@gmail.com



Eğitim Derecesi	Okul/Program	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi/ Hemşirelik Bölümü	Devam Ediyor
Lisans	Gazi Üniversitesi/ Hemşirelik Bölümü	2010
Lise	Kaya Beyazıtöğlü YDA Lisesi	2004

İş Deneyimi, Yıl	Çalıştığı Yer	Görev
2010-devam ediyor	Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği	Klinik Hemşire

Yabancı Dili : İngilizce



GAZİ GELECEKTİR..