



T.C.

**HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANSER TANISI ALMIŞ YATAN
HASTALARDA UYKU ve YAŞAM KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**ÇAĞDAŞ ULUÇAY
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

HEMŞİRELİK

DANIŞMAN

Dr. Öğretim Üyesi Gülbahar KESKİN

İSTANBUL - 2019



T.C.

**HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANSER TANISI ALMIŞ YATAN
HASTALARDA UYKU ve YAŞAM KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**ÇAĞDAŞ ULUÇAY
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

HEMŞİRELİK

DANIŞMAN

Dr. Öğretim Üyesi Gülbahar KESKİN

İSTANBUL – 2019

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Çağdaş ULUÇAY tarafından hazırlanan **“Gastrointestinal Sistem Tanısı Almış Yatan Hastalarda Uyku ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi”** konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 16.01.2019

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Dr.Öğr.Üy.Gülbahar KESKİN
: Haliç Üniversitesi (Danışman)

Jüri Üyesi : Prof.Dr.Kubilay KORKUT
: Haliç Üniversitesi

Jüri Üyesi : Doç.Dr.Nurten GENÇTÜRK
: İstanbul Üniversitesi -Cerrahpaşa

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Nur TUNALI
Vekil Müdür

BEYAN

Haliç 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 ve özgün olduğunu,

Bu tezin herhangi bir bölümünü bu üniversiteden veya farklı bir üniversitede başka bir tez çalışması olarak sunmadığımı beyan ederim.

Çağdaş ULUÇAY

16/01/2019



I. TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans öğrenimim boyunca desteğini esirgemeyen ve tezimde emeği olan danışmanım; Sayın Dr. Öğretim Üyesi Gülbahar Keskin`e,

Tezim sırasında desteğini esirgemeyen, anneme, babama ve arkadaşım Sultan Kaba`a

TEŞEKKÜRLER.

II. İÇİNDEKİLER

I. TEŞEKKÜR.....	I
III. İÇİNDEKİLER	II
IV. KISALTMALAR.....	V
V. ŞEKİL, RESİM VE TABLOLARIN LİSTESİ.....	VI
i. ŞEKİLLERİN LİSTESİ.....	VI
ii. RESİMLERİN LİSTESİ.....	VI
iii. TABLOLARIN LİSTESİ.....	VI
1 ÖZET	IX
2 SUMMARY	X
3 GİRİŞ.....	1
4 GENEL BİLGİLER	2
4.1 KANSER	2
4.1.1 Kanserın Epidemiyolojisi.....	2
4.1.2 Kanser Etiyolojisi.....	3
4.2 GASTROİNTESTİNAL SİSTEMİN ANATOMİSİ VE FİZYOLOJİSİ.....	4
4.2.1 Ağız.....	4
4.2.2 Farinks.....	4
4.2.3 Özefagus.....	4
4.2.4 Mide	5
4.2.5 İnce Bağırsak.....	5
4.2.6 Kalın Bağırsak (Kolon).....	6
4.3 SİNDİRİM SİSTEMİNİN YARDIMCI ORGANLARININ ANATOMİ VE FONKSİYONLARI	6
4.3.1 Karaciğer:.....	6
4.3.2 Safra Kesesi:.....	7
4.3.3 Pankreas:	7

4.4 GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANSERLERİ	7
4.4.1 Özefagus Kanserleri	7
4.4.1.1 Özefagus Kanserinde Epidemiyoloji ve İnsidans	8
4.4.1.2 Özefagus Kanseri Etyolojisi ve Risk Faktörleri	8
4.4.1.3 Özefagus Kanserlerinin Patofizyolojisi	8
4.4.1.4 Özefagus Kanserlerinin Belirti ve Bulguları	9
4.4.1.5 Özefagus Kanserlerinin Evrelendirilmesi	9
4.4.1.6 Özefagus Kanserinin Tedavisi	10
4.4.1.7 Özefagus Kanserinde Hemşirelik Bakımı	10
4.4.2 Mide Kanserleri	10
4.4.2.1 Mide Kanserinin Epidemiyolojisi ve İnsidansı	11
4.4.2.2 Mide Kanserinde Etyoloji ve Risk Faktörleri	11
4.4.2.3 Mide Kanserlerinin Patofizyolojisi	11
4.4.2.4 Mide Kanserinin Belirti ve Bulguları	12
4.4.2.5 Mide Kanserinin Evrelendirilmesi	12
4.4.2.6 Mide Kanserinin Tedavisi	12
4.4.2.7 Mide Kanserinin Hemşirelik Bakımı	13
4.4.3 Kolorektal Kanserler	13
4.4.3.1 Kolorektal Kanserin Epidemiyoloji ve İnsidansı	13
4.4.3.2 Kolorektal Kanserin Etyolojisi ve Risk Faktörleri	14
4.4.3.3 Kolorektal Kanselerde Klinik Belirti ve Bulguları	14
4.4.3.4 Kolorektal Kanselerde Fizyopatoloji ve Evrelendirme	14
4.4.3.5 Kolorektal Kanserin Tedavisi	15
4.4.3.6 Kolorektal Kanserli Hastalarda Hemşirelik Bakımı	15
4.4.4 Diğer Gastrointestinal Sistem Kanseri	16
4.4.4.1 Pankreas Kanseri	16
4.4.4.2 Safra Kesesi Kanseri	16
4.4.4.3 Karaciğer Kanseri	16
4.5 UYKU	17
4.5.1 Uykunun Tanımı ve Önemi	17
4.5.2 Uykunun Fizyolojisi	18
4.5.3 Uykunun Evreleri	19
4.5.4 Uykunun İşlevi	20
4.5.5 Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler	20
4.5.6 Kansere Hastalarında Etkin Uyku Kalitesini Sağlamaya Yönelik Hemşirelik Girişimleri	21
4.6 YAŞAM KALİTESİ	22
4.6.1 Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler	24
4.6.2 Kansere ve Yaşam Kalitesi	25
4.6.3 Kansere Hastaların Yaşam Kalitesine Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları	26
4.7 GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANSER TANISI ALMIŞ HASTALARDA UYKU VE YAŞAM KALİTESİ	27

5	GEREÇ VE YÖNTEMLER	29
5.1	Araştırmanın Türü	29
5.2	Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	29
5.3	Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	29
5.4	Veri Toplama Araçları.....	30
5.5	Verilerin Toplanması.....	31
5.6	Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	31
5.7	Verilerin Değerlendirilmesi	32
5.8	Araştırmanın Etik Yönü	32
5.9	Araştırmanın Sınırlılıkları	33
6	BULGULAR	34
7	TARTIŞMA	81
8	SONUÇ VE ÖNERİLER	85
9	KAYNAKLAR	34
10	EKLER	94
11	ÖZGEÇMİŞ	109

III. KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GİS: Gastrointestinal Sistem

TNM: Primer Tümör (T) - Bölgesel Lenf Nodülleri (N) - Uzak Metastaz (M)

IARC: Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı

NREM: No Rapid Eye Movement

REM: Rapid Eye Movement

EORTC QLQ-C30 (versiyon 3.0): Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi Anketi (European Organization for Research and Treatment of Cancer Core QoL Questionnaire)

PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

RAS: Retiküler Aktive Edici Sistem

BSR: Bulber Senkronize Edici Bölge

LSD: Least Significant Difference

IV. ŞEKİL, RESİM VE TABLOLARIN LİSTESİ

i. ŞEKİLLERİN LİSTESİ

ii. RESİMLERİN LİSTESİ

iii. TABLOLARIN LİSTESİ

Tablo 1: Hastaların Sosyo Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	34
Tablo 2: Hastaların Hastalığı ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı.....	36
Tablo 3: Hastaların Uyku ve Yaşam Kalitesi ile İlgili Özelliklerin Dağılımı.....	38
Tablo 4: Hastaların Yaşına Göre EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalite Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 5: Hastaların Cinsiyetine Göre EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalite Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 6: Hastaların Medeni Durumuna Göre EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalite Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	43
Tablo 7: Hastaların Eğitim Durumuna Göre EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalite Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	44
Tablo 8: Hastaların Çalışma Durumuna Göre EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalite Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 9: Hastaların Aile Tipine Göre EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalite Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 10: Hastaların Gelir Durumuna Göre EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalite Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	47
Tablo 11: Hastaların Hastalık Tanısına Göre EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalite Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	48
Tablo 12: Hastaların Aile Kanser Öyküsüne Göre EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalite Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	50

Tablo 13: Hastaların Hastalık Süresine Göre EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalite Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	52
Tablo 14: Hastaların Tedavi Türüne Göre EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalite Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	53
Tablo 15: Hastaların Hastanede Yatış Sürelerine Göre EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalite Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	54
Tablo 16: Hastaların Hastanede Daha Önceden Hastaneye Yatma Durumlarına Göre EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalite Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması..	55
Tablo 17: Hastaların Sigara ve Alkol Kullanımına Göre EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalite Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	56
Tablo 18: Hastaların Hastalık Belirtilerinin Yaşam Kalitesine Etkisine Göre EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalite Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	58
Tablo 19: Hastaların Beslenme Alışkanlıklarında Değişim ve Ailede Uyku Sorunu Yaşama Durumuna Göre EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalite Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	59
Tablo 20: Hastaların Hastalık Öncesi ve Sonrası Uyku Değişim Durumuna Göre EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalite Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	61
Tablo 21: Hastaların Yaş ve Cinsiyetine Göre PUKİ Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	62
Tablo 22: Hastaların Medeni Durum ve Eğitim Durumuna Göre PUKİ Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	63
Tablo 23: Hastaların Çalışma Durumu, Gelir Durumuna ve Aile Tipine Göre PUKİ Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	65
Tablo 24: Hastaların Hastalık Tanısına ve Ailede Kansere Öyküsüne Göre PUKİ Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	66
Tablo 25: Hastaların Hastalığa Yakalanma Sürelerine ve Tedavi Türüne Göre PUKİ Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	67

Tablo 26: Hastaların Sigara ve Alkol Kullanımına Göre PUKİ Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	68
Tablo 27: Hastaların Hastalık Öncesi Döneminde Uyku Düzeninde Bozulma ve Beslenme Alışkanlıklarında Değişim Durumuna Göre PUKİ Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	70
Tablo 28: Hastaların Ailede Uyku Sorunu Durumu ve Hastalık Öncesi – Sonrası Uyku Değişime Göre PUKİ Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	72
Tablo 29: EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalite Ölçeğinin Alt Boyutlarını Skorlarının Ortalamaları.....	74
Tablo 30: PUKİ Uyku Kalite Ölçeğinin Alt Boyutlarının Skorlarının Ortalamaları.....	75
Tablo 31. PUKİ Uyku Kalite Ölçeği ile EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalite Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının İlişkisi.....	76
Tablo 32. EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalite Ölçeği Skorları.....	78
Tablo 33. Güvenirlik Analizi.....	79
Tablo 34. Normallik Testi.....	80

1 ÖZET

GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANSER TANISI ALMIŞ YATAN HASTALARDA UYKU VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu çalışma, Gastrointestinal Sistem (GİS) kanseri tanısı alan hastalarda uyku ve yaşam kalitesinin incelenmesi, değerlendirilmesi ve yükseltilmesi amacı ile tanımlayıcı nitelikte gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya, 01 Mart– 01 Haziran 2018 tarihleri arasında İstanbul ili Avrupa bölgesinde yer alan bir eğitim ve araştırma hastanesinin Genel Cerrahi servisinde GİS kanser tanısı almış 65 yatan hasta dâhil edildi. Örneklem grubunun hastaların min-max yaş sınırları 35-85 saptanmış olup; yaş ortalaması 62.87 ± 11.96 'dır. Hastaların %40'ı "i kadın, %60'ı ise erkektir. Hastaların hastalık süresi ortalaması 18.03 ± 34.20 'dir. Veriler, 21 sorudan oluşan anket formu, EORTC QLQ C-30 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi kullanılarak yüz yüze yapılan görüşme sonucunda toplanmıştır. EORTC-QLQ-C30 genel yaşam kalitesi ölçeğini güvenilirlik analizlerinde genel sağlık skoru Cronbach's Alpha katsayısı 0,857 yüksek derecede güvenilir olarak belirlenmiştir. PUKİ ölçeğinde ise Cronbach's Alpha katsayısı 0,636 oldukça güvenilir olarak belirlenmiştir. Hastaların fonksiyonel yaşam kalite skorlarının %64,78, genel sağlık skorlarının ise %40,38 olarak bulunmuştur. Uyku bozukluklarının, gastrointestinal kanser hastalık sürecinde, uyku-uyanıklık döngüsünde ve uyku kalitesi üzerinde etkisinin olduğu bilinmektedir. 45-64 yaş arası yatan hastalarda uyuma güçlüğüne yüksek olduğu saptanmıştır. Kanser tedavisinin yol açtığı bulantı, kusma, enfeksiyonlar ve tedavi sonucunda oluşabilecek komplikasyonlar ve hastanın uzun süreçte hastanede kalması yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır. Hastalarda bulantı ve kusmanın artmasıyla uyku sürelerinin kısaldığı bulunmuştur ($r: -.253, p: 0,042, p<0,05$). Genel iyilik durumunun azalması ile birlikte uykuya dalmada güçlük durumunu arttırdığını bulunmuştur ($r: -.261, p: 0,036, p<0,05$).

Anahtar kelimeler: Gastrointestinal Sistem Kanserleri, Yaşam Kalitesi, Uyku Kalitesi

2 SUMMARY

THE EVALUATION OF SLEEP AND LIFE QUALITY IN PATIENTS WHO HAVE GASTROINTESTINAL SYSTEM CANCER DIAGNOSIS

This study was conducted as a descriptive study in order to investigate, evaluate and improve sleep and quality of life in patients diagnosed with gastrointestinal system cancer. A total of 65 inpatients diagnosed with GIS cancer were included in the study at the General Surgery Department of a training and research hospital located in the European region of Istanbul between 01 March and 01 June 2018. The min-max age limits of the patients in the sample group were 35-85; the mean age was 62.87 ± 11.96 . 40% of the patients are women and 60% are men. The mean duration disease of patients was 18.03 ± 34.20 . The data were collected through a questionnaire consisting of 21 questions, face to face interview using EORTC QLQ C-30 Quality of Life Scale and Pittsburgh Sleep Quality Index. The Cronbach's Alpha coefficient was found to be highly reliable at 0.857 in the general health score in the reliability analysis of EORTC-QLQ-C30 general quality of life scale. On the PSQI scale, the Cronbach's Alpha coefficient was found to be highly reliable at 0.636. The functional quality of life scores of the patients was found 64.78% and the general health score was 40.38%. Sleep disorders are known to have a effect on gastrointestinal cancer disease process, sleep-wake cycle and sleep quality. It was found that the difficulty of sleeping in patients between 45-64 years of age was high. Nausea, vomiting, infections caused by cancer treatment, complications that may occur as a result of treatment and long term hospital stay were found to have a negative effect on the quality of life. It was found that the duration of sleep was shortened with increased nausea and vomiting ($r: -,253, p: 0,042, p<0,05$). It has been found that the decrease in general well-being together with the difficulty in falling a sleep has increased ($r: -,261, p: 0,036, p<0,05$).

Key words: Gastrointestinal System Cancers, Quality of Life, Sleep Quality

3 GİRİŞ

Vücutun herhangi bir doku ya da organında, kontrolsüz hücre çoğalması ve bunun sonucunda normal işleve sahip hücrelerin ilgili oldukları organ ya da dokularında fonksiyon kaybına sebep olabilen bir durumdur (Cingi ve Eroğlu, 2018). Kanser gelişmiş ülkelerde olduğu kadar, gelişmekte olan ülkelerde de giderek artmakta olup, her ülkede, her yaş grubunda ortaya çıkabilen, coğrafî sınırları olmayan evrensel bir sorun halini almıştır. Evrensel bir yer edinen bu kanser kavramı ülkemizde de önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (Çivi ve ark., 2011).

Azalmış ve artmış uyku süresinin kolon kanseri riskinde artışa neden olduğu ileri sürülmektedir. Uyku bozukluklarının, gastrointestinal sistem kanser hastalık sürecinde, uyku-uyanıklık döngüsünde ve uyku kalitesi üzerinde etkisinin olduğu bilinmektedir (Ozan & Ataseven, 2018). Ayrıca uyku bozukluklarının kanser hastalarında mortaliteyi arttıran bir neden olduğu bilinmektedir (Yavuzşen ve ark., 2014; Davidson et al. 2002).

Kanser tedavisinin yol açtığı bulantı, kusma, enfeksiyonlar, tedavinin yan etkileri ve hastanın tedavisinin uzun sürmesi yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca kanser tanısı alan bireylerde, ailelerinin stres durumlarının artması ile birlikte yaşam kalitelerinde bozulma yaşadığı bilinmektedir (Kaçan Softa ve ark., 2016)

Kanser tedavisinin temel amacı, hastanın kansere ilişkin semptomlardan kurtulmuş olarak beklenen yaşam süresini geçirmesi, semptomların azaltılması, yaşam süresinin bir miktar uzatılması ve daha kaliteli bir yaşam sürmesidir(Akdemir ve Birol, 2004) Günümüzde hala en ölümcül hastalık gruplarının başında gelen kanser, geç teşhis nedeniyle birçok kişinin yaşamını yitirmesine ya da ciddi yaşam kalitesi düşüklüğüne neden olabilmektedir (Akduran, 2015).

Bu çalışma; Gastrointestinal Sistem (GİS) kanser tanısı almış yatan hastaların yaşadıkları sorunların uyku ve yaşam kaliteleri üzerine etkilerini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

4 GENEL BİLGİLER

4.1 KANSER

Organ ve dokular oluşurken hücreler belli bir düzen içindedir ve belli bir iş bölümleri yaparak bir araya gelirler. Organizmanın temel birimi olan bu hücreler belirli bir hızda ve kontrol altında çoğalırlar. Kanseler köken aldıkları doku ve organlara göre isimlendirilirler. Belirti, bulgu ve tedavileri de kanserin çeşidine göre değişmektedir (Aylaz, 2016).

Kanser, hücre büyüme ve bölünmesini kontrol eden genlerin hasar görmesi ile ortaya çıkan vücudun çeşitli bölgelerine ve diğer organlara yayılabilen anormal hücre bölünmeleridir (Oylar ve Tekin, 2011).

4.1.1 Kanserin Epidemiyolojisi

Kanserin, sağlıksız beslenme ve hareketsiz yaşam tarzı, genetik özellikler, çevresel faktörler ve stres gibi etkenlere bağlı olarak hızla arttığı gözlenmiştir. Halen 32 milyonu aşkın kişi kanser tedavileri ile yaşamını sürdürmektedir.

Kanser, DSÖ 2012 yılı verilerine göre 8 milyon kanser kaynaklı ölümlerle birlikte önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Bu sebeple dünya genelinde hemen hemen tüm bölgelerde gelecek yıllara ait tahmin edilebilen kanser vakalarının artarak mortalite ve morbiditenin önemli nedeni olacağı ifade edilmektedir(Aylaz, 2016).

Erkeklerde 2018 yılında yeni kanser tanısı konan en yaygın kanser bölgeleri akciğer (%24,7), prostat (%14,6), kolorektal (% 9,7), mesane (%8,1), mide (%6,2), pankreas (% 3,1). Kadınlarda ise en sık rastlanan kanser bölgeleri meme (% 24,4), tiroid (%11,5), kolorektal kanser (%9,3), rahim kanseri (% 6) akciğer (% 5,8), mide (%4,9) (Globocan 2018).

2020 yılına kadar %50 artışla 15 milyon yeni vaka beklenmektedir. Bu vakaların yaklaşık 3/2 si düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana geleceği belirtilmektedir (Türkiye Kanser İstatistikleri , 2015). Kanser olgularındaki benzer seyir devam ettiği takdirde 2030 yılına gelindiğinde ise yıllık 22 milyon yeni vaka ortaya çıkması beklenmektedir (Aylaz, 2016; Erdem ve ark., 2017).

Dünyadaki genel tabloyu bir kenara koyup ülkemizin durumu değerlendirilecek olursa Türkiye'deki kanser insidansının hızlı şekilde artış gösterdiği görülmektedir. Kanser kayıtçılığı, kanser insidasındaki bu artışı etkileyen önemli bir etmendir. Son yıllarda toplanan sağlıklı verilerle ilerleme kaydedilmekte olduğu görülmüştür. Ancak kayıt konusundaki tüm bu ilerlemelere karşın etkin bir kayıtlama oluşturulamadığı için sonuçlar gerçek anlamda bir kanser epidemisi olgusunu yansıtmamaktadır. Bu nedenle Türkiye ve diğer ülkeler arasındaki kanser insidansı karşılaştırıldığı zaman, ülkemizde bu durumun daha düşük bir hızda ilerlemekte olduğu görülmektedir (Ulusal Kanser Kontrol Planı, 2018).

Gastrointestinal sistem kanser verileri ile ilgili olarak Uluslararası Kanser Ajansı (IARC) tarafından yayınlanan Globocan 2018 verileri dikkate alındığında erkeklerde kolorektal ve mide kanserleri Türkiye'de üçüncü ve beşinci sıralarda yer alırken kadınlarda ise kolorektal kanserler üçüncü ve mide kanseri altıncı sırada kendini göstermektedir (Globocan 2018).

4.1.2 Kanser Etiyolojisi

Kanseri ortaya çıkartan maddelere karsinojen adı verilir. Karsinogenezisin oluşumunda, genetik bir hasarın var olduğu bilinmektedir. Nedeni multifaktöriyel olarak tanımlanan kanser etiyojisinin birden fazla ve birbirinden farklı faktörlerin rol oynadığı nedenlerle ortaya çıktığı bilinmektedir. Bunlar;

- Virüsler, bakteriler ve parazitler
- Fiziksel Faktörler
- Sigara ve Kimyasal Faktörler
- Cinsel Sağlık ve Doğurganlık
- Genetik ve Ailesel Faktörler
- Beslenme Faktörü
- Hormonal Faktörler
- İmmünolojik Faktörler (Olgun ve ark., 2014; Akdemir ve Birol, 2004; Erdem ve ark., 2017)

4.2 GASTROİNTESTİNAL SİSTEMİN ANATOMİSİ VE FİZYOLOJİSİ

Ağızdan başlayan özefagus, mide ve bağırsaklar ile devam eden ve anüs ile sona eren yaklaşık sekiz metre uzunluğundaki yapı sindirim sistemi olarak adlandırılmaktadır. Karaciğer, pankreas, safra kesesi ve safra yolları ise bu sisteminin yardımcı organlarıdır. (Çınar, 2014; Saygılı, 2012).

4.2.1 Ağız

Ön kısımda dudaklar, yanlarda yanaklar ve alt kısımda ağız tabanı ile sınırlanan bölge ağız bölgesidir. Ağız tabanında sert damak ve devamını oluşturan yumuşak damak vardır. Ağız boşluğu içinde submandibular, sublingual ve parotis bezi olmak üzere üç çeşit salgı bezi, dil ve dişler bulunur. Ağız mukozası çizgili kas yapısında olan farinkste devam eder.

Sindirim başladığı ilk yer ağızdır. Ağızda dişler, dil ve salgı bezleri aracılığıyla alınan besinlerin mekanik olarak sindirimi gerçekleşmekte ve yutmaya elverişli hale getirilmektedir (Çınar, 2014; Saygılı, 2012).

4.2.2 Farinks

Özefagus ve trekanın başlangıç yeri olan farinks; burnun arkasında yer alan nasofarinks, ağızın arkasında yer alan orofarinks ve larenksin arka duvarında yer alan laringo farinks olmak üzere üç bölümden oluşan 12-14 mm uzunluğunda olup besinin özofagusa geçişini sağlayan bir organdır.

Sindirim sisteminin bu evresi istemsiz olarak gerçekleşmektedir. Besinler farinks duvarındaki kasların kasılmasıyla özefagusa itilir. Bu evrede yukarı doğru çekilen yumuşak damak burun boşluğunu kapatır. Ayrıca daha önce larinksin açık olan kısmının epiglot tarafından kapatılmasıyla besinlerin larenkse geçişi engellenir (Çınar, 2014; Saygılı, 2012).

4.2.3 Özefagus

Farinksten kardiya kadar devam eden kas ve zarlardan yapılmış sfinkter sistemiyle çalışan 23-25 uzunluğunda bir yutma organıdır. Besinin mideye taşınmasını

destekler. Bu işlemi ise istemsiz olarak yapmaktadır. Özefagusta iki çeşit peristaltik hareket görülür. Bunlar; primer ve sekonder peristaltizmdir.

Yutmanın farinks evresinde başlayıp özefagusa doğru devam eden dalgalı hareketlere primer peristaltizm denir. Bu peristaltik hareket, besinin tümünün mideye gönderilmesi sağlanmaktadır. Eğer özefagusta besin kalırsa, besinler özefagusa basınç yapar ve kalan içeriğin mideye boşalmasını sağlar. Bu hareket ise sekonder peristaltizm olarak tanımlanmaktadır. Bu dalgalı hareketler besinin tamamı mideye boşalınca kadar sürmektedir (Çınar, 2014; Saygılı, 2012).

4.2.4 Mide

Sindirim sisteminde özefagus ile duodenum arasında kalan bölümü mide oluşturmaktadır. Karnın sol yukarı kadranında konumlanmaktadır. Özefagus ile kesişim yerinde kardiyak sfinkter, duodenum ile kesişim yerinde ise pilorik sfinkter bulunmaktadır. Midenin boş durumda iken 15-16 cm uzunluğa ve 1.5 L hacme sahip olduğu bilinmektedir.

Midenin; besinlerin duodenum tarafından sindirilebilecek hale gelene kadar depolanması, bu besinlerin kimus haline gelene kadar gastrik sekresyonlarla karıştırılması ve ince bağırsaklarda sindirim ve absorpsiyonu için yeterli süreyi sağlamak amacıyla besinlerin yavaş bir şekilde mideden ince bağırsağa geçişini gerçekleştirmek gibi üç temel işlevi mevcuttur. Midenin sindirim sistemindeki görevi, pilor sfinkterin gevşemesi ve kimusun ince bağırsaklara geçmesiyle son bulmaktadır (Çınar, 2014; Saygılı, 2012).

4.2.5 İnce Bağırsak

Sindirim sisteminin yaklaşık 5-6 m uzunluğunda, 4 cm çapında olan organı ince bağırsak olarak tanımlanmaktadır. Bu organ duodenum, jejunum ve ileum olmak üzere üç anatomik bölüme oluşur. Ayrıca ince bağırsağın iç yüzeyinde bulunan ve emilim alanını genişleten çok sayıda girinti ve çıkıntı bulunmaktadır. Bu yapılara villi adı verilmektedir.

Bağırsaktaki mukus, safra ve pankreas enzimleriyle kimusun sindirimi, bağırsağın peristaltik hareketleri sonucu villuslarla temas etmesiyle ise absorpsiyonu

gerçekleşmektedir. Sodyum, potasyum, klor, bikarbonat, demir gibi elektrolitlerin ve A, D, E, K, C, B gibi kompleks vitaminlerin emilimi ince bağırsaklarda gerçekleşmektedir. Ancak B12 vitamininin emilimi için mideden salgılanan intrinsek faktöre ihtiyaç bulunmaktadır (Kaptan ve Dedeli, 2012; Çınar, 2014; Saygılı, 2012).

4.2.6 Kalın Bağırsak (Kolon)

İnce bağırsaklar ileoçekal sfinkter ile kalın bağırsaklara açılmaktadır. İleoçekal sfinkterin, kalın bağırsak içeriğinin geçişinin kontrolünü sağlamak ve bakterilerin ince bağırsağa geçişini engellemek olmak üzere iki temel görevi bulunmaktadır. Kalın bağırsak ortalama 150 cm uzunluğundadır. Anatomik yapı sırasıyla assendan, transfer, desendan, sigmoid kolon ve rektumdan oluşmaktadır. Rektum ise anüs ile sonlanır ve kas yapısında olan internal ve eksternal sfinkterler anal çıkışı kontrol eder.

Kalın bağırsak mukozasındaki epitel hücrelerinden, bakteriyel aktiviteden bağırsak duvarını koruyan ve fekal maddeyi bir arada tutan yapışkan özelliğini sağlayan bikarbonatlı mukus salgılanır. Buraya çok az emilecek madde geçişi olur. Bu kısımda genellikle su ve elektrolitlerin geri emilimi sağlanır. Sindirilmemiş, emilmemiş besin maddeleri ve safra pigmentleri feçes şeklinde vücuttan atılır (Çınar, 2014; Saygılı, 2012; Kaptan ve Dedeli, 2012).

4.3 SİNDİRİM SİSTEMİNİN YARDIMCI ORGANLARININ ANATOMİ ve FONKSİYONLARI

4.3.1 Karaciğer

Karın boşluğunun üst sağ kısmında yer almakta olan bu organ 1.500 gram ağırlığında ve dört lobdan oluşmaktadır. Karaciğer özellikle glukoz ve protein metabolizmasının düzenlenmesi için çok önemli bir görev üstlenmektedir.

Karaciğer gastrointestinal sistem alanında bulunan yağların sindirilmesinde ve emilmesinde önemli rol oynayan safrayı üretmekte ve sindirim için kullanılabilecek kadar geçici olarak safra kesesinde depolanmasını sağlamaktadır. Ayrıca en vasküler organlardan biri olup dakikada 1500cc kanı süzmektedir (Kat Bektaş, 2014; Eti Aslan ve Yıldız Fındık, 2014; Kaptan ve Dedeli, 2012).

4.3.2 Safra Kesesi

İçi boş ve kese görünümünde olan bu organ 7.5-10 cm uzunluğunda, karaciğerin ön yüzünde, hafif alt kadranda bulunur ve bağ dokusuyla karaciğere bağlanmaktadır. Duvarı düz kaslardan oluşur. Safra için depolama görevi yapar. Yiyecekler duodenuma girdiğinde safra kesesi kasılır ve oddisfinkteri gevşer. Böylece safranın bağırsağa akışı sağlanır. Ayrıca safra tuzları ve kolesterol distal ileumda bulunan yağların emilmesine yardımcı olduğu bilinmektedir (Kat Bektaş, 2014; Eti Aslan ve Yıldız Fındık, 2014)

4.3.3 Pankreas

Üst abdominal bölgede konumlanmış olan bu organ 15 cm uzunluğunda, endokrin ve egzokrin fonksiyonlara sahiptir. Pankreasın egzokrin fonksiyonları pankreatik lipaz, amilaz ve tripsin enzim sekresyonlarından meydana gelmektedir ve bu enzimler pankreatik kanal ile GİS kanalına dökülmektedir. Pankreasın endokrin fonksiyonunu ise insülin, glukagon ve somastatin hormonlarının yapımından oluşmaktadır. Bu hormonlar direk kan akımına salınmaktadır (Kat Bektaş, 2014; Eti Aslan ve Yıldız Fındık, 2014; Kaptan ve Dedeli, 2012).

4.4 Gastrointestinal Sistem Kanseri

Tüm kanser ölümlerinin %20'sinin gastrointestinal kanserler sebebiyle meydana geldiği açıklanmıştır (Alicı ve ark., 2006). Kansere ilgili mortalite ve morbiditenin en önemli sebepleri arasında kolorektal kanserler yer almaktadır. 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 (Kat Bektaş, 2014).

4.4.1 Özefagus Kanseri

Özefagus kanseri; geç belirti veren, hızlı yayılabilen ve yüksek oranda ölümcül seyreden ve toplumlarda görülme durumu seyrek olan hastalıklar arasındadır (Ökten, 2003). Dünya geneline bakıldığında kanserden ölümler arasında 6. sırada yer almaktadır (Mao et al, 2011).

4.4.1.1 Özefagus Kanserinde Epidemiyoloji ve İnsidans

Özefagus kanserinin prevalansı, ülkeler arası ve aynı ülke içinde bölgeler arasında büyük değişiklik göstermektedir. Bu kanser türü büyük oranda epidermoid kanserdir. Sırasıyla (1) Türkiye'nin doğusundan başlayan eski Sovyetler Birliğinin güney ülkeleri, İran, Irak ve Çin'in kuzeyini içine alan "Asya Kemer", (2) Afrika'nın güney ve doğu bölgeleri, (3) Fransa'nın kuzeyi skuamöz karsinomun sık görüldüğü üç coğrafi bölgedir (Özbayır ve Çınar, 2014).

Bu kanserin erkeklerde görülme oranı kadınlara göre 2-5 kat daha sıktır. Kadın-erkek görülme oranının özellikle Çin ve İran gibi bazı yüksek riskli bölgelerde eşitlendiği görülmektedir. Yaş ilerledikçe görülme sıklığı artış göstermekte olup 70 yaşında pik yaptığı bilinmektedir. Hastaların %80'i 50 yaş üzerinde olduğu görülmektedir (Mao et al, 2011).

4.4.1.2 Özefagus Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Patogenezi tam olarak belli olmamakla birlikte bugüne kadar değişik risk etkenleri bildirilmiştir. Özefagus mukozasında irritasyona ve enflamasyona yol açan herhangi bir durum skuamöz karsinom gelişme riskini artırmaktadır. Gelişmiş ülkelerde kronik travma; alkol ve sigara içiciliği, sıcak yiyecekler-içecekler, A, C, E, B₁, B₂, Folik asit, riboflavin gibi vitaminlerden yetersiz beslenme ve yoksulluk önemli nedenler arasında yer aldığı bilinmektedir.

Ayrıca genetik nedenler, akalazya, Plummer-Vinson Sendromu, koroziv madde yanıkları, divertikül, lökoplaki, reflüözefajit, ektopikgastrik gibi hastalıklar mukoza ve epitelyum hücrelerinde hiperplazi, metaplazi, displaziye sebep olarak kansere yol açmaktadırlar (Özbayır ve Çınar, 2014; Fındıkçıoğlu ve Karadayı, 2013).

4.4.1.3 Özefagus Kanserlerinin Patofizyolojisi

Özefagus kanserlerinin %90'ından fazlası skuamöz karsinom ve adenokarsinom türündedir. Adenokarsinomların yaklaşık %75'i alt torasik özofagusta, skuamöz karsinomlar ise; özefagusun orta ve alt torasik kısmında görülür. Özefagus kanseri yavaş büyüme ve iyi huylu hücreler olarak ortaya çıkmaktadır. Özefagusun serozası

olmadığı için tümör kolayca büyür ve hızla yayılım gösterebilir. Ayrıca ilk önce lenf nodlarına yayılım göstermekte olduğu bilinmektedir.

Kanserin ileri evrelerinde ortaya çıkan pulmoner sorunların çoğu trakeaözefageal fistüle bağlı aspirasyon kaynaklı sorunlardır. Tedavi edilmediği takdirde, özefagusun tümü tıkanır ve hastalık müdahale edilemez hale gelmektedir. Kan damarları içine infiltrasyon nedeniyle birey kanamaya yatkındır. Metastaz ise lenf kanalları yoluyla olmaktadır (Özbayır ve Çınar, 2014; Candaş ve Yücel, 2012).

4.4.1.4 Özefagus Kanserlerinin Belirti ve Bulguları

Kanser ilk evrelerinde belirti vermemekle beraber ileri evrelerde belirtiler ortaya çıkmaya başlamaktadır. Özefagus kanserli hastalarda tüm belirtiler içinde, hayat kalitesi üzerindeki direkt etkisi göz önünde bulundurulduğunda en acı veren ve kuvvetten düşüren belirti disfajidir. Hastada yutma sorunları ortaya çıkmaya başlar ve ilk bulgular disfaji ve odinofaji ile kendini gösterir. Ardından hastalar bu sebeplerle tedavi için sağlık kuruluşlarına başvurur. Kanserin özefagusa hatta bronşlara ilerlemiş olduğu bilinmektedir. Kanserin başlangıç evresinde disfaji aralıklı, orta düzeyde olması ve sadece katı yiyeceklerin tüketilmesinden sonra sorunun görülmesi ve sonraki evrede ise özefagus obstrüksiyonu sonucu disfaji sürekli hale gelmeye başlamaktadır. İlerleyen tablo ile beraber hasta bireyler sıvı besinleri dahi yutamazlar. Bireylerde regürjitasyon, aspirasyon ve pityalizm görülmektedir (Özbayır ve Çınar, 2014; Reha Çelik, 2013).

Tüm bu bulgular sebebiyle hastalar beslenme yetersizliğine bağlı olarak sürekli kilo kaybederler ve derileri soluk, soğuk ve kuru bir görünüm alabilir. Kaşeksi hızla görülür. Ayrıca hastalarda nervus rekürrensinin filtrasyonuna bağlı olarak ses kısıklığı görülebilir (Özbayır ve Çınar, 2014).

4.4.1.5 Özefagus Kanserlerinin Evrelendirilmesi

TNM sistemine göre tanıdan elde edilen sonuçlar doğrultusunda hastalığın boyutları; klinik, cerrahi ve patolojik evreleri aynı anatomik kriterlerine göre değerlendirilerek evrelendirilmektedir (Özbayır ve Çınar, 2014; Yılmaz ve Artış, 2011).

4.4.1.6 Özefagus Kanserinin Tedavisi

Özefagus kanserinin tedavisi kanserin evresine, büyüklüğüne, metastaz varlığına ve hastanın genel durumuna göre değişim göstermektedir. Erken evrede saptanan kanser doğrudan tedavi edilmektedir. Eğer kansere geç dönemde rastlandıysa, hastanın beslenmesini desteklemek amacıyla palyatif tedavi uygulanmaktadır.

Özefagus kanser tedavileri öncelikli olarak beslenmenin devam ettirilmesini amaçlamaktadır. Tedavinin kısa döneminde özellikle ameliyata hazırlık süresince hastalar parenteral yolla beslenebilmektedirler. Hastalar genellikle gastrostomi ya da jejunostomi ile beslenir. Disfajiyi en erken dönemde sonlandıran yöntemin cerrahi olduğu ortaya konmuştur. Cerrahi yöntemin uygun olmadığı hastalarda ise radyoterapi ve kemoterapi uygulanmaktadır (Özbayır ve Çınar, 2014; Ürün ve Akbulut, 2013).

4.4.1.7 Özefagus Kanserinde Hemşirelik Bakımı

Bakımın temelini özefagus kanserinin ilerlemesi ve hızla artan yutma güçlüğüne bağlı beden gereksiniminden az beslenme sonucu oluşabilecek kilo kaybını ve komplikasyonları önlemek oluşturmaktadır.

Diğer bir önemli amaç ise kanserin özefagusu tıkaması, disfajinin artması ve hipersalivasyona bağlı olarak oluşabilecek riskler sebebiyle hava yolu tıkanıklığını önlemektir.

Klinik tablonun yanı sıra psikolojik ve emosyonel açıdan hastaların ele alınarak beden bilincinde değişim ve yaşamakta oldukları ölüm anksiyetisi gibi durumlara karşı etkili bir savunma mekanizması geliştirmelerini ve sosyal yaşantılarına devam etmelerini sağlamaya destek olmak bakımın önemli bir aşamasını oluşturmaktadır (Özbayır ve Çınar, 2014).

4.4.2 Mide Kanserleri

Mide kanserleri tüm dünyada sık görülmekte olan hastalıklar arasında yer almakta olup dünyada görülmekte olan tüm kanserlerin yaklaşık %10'unu mide kanserinin oluşturduğu bildirilmiştir. Çoğunluğu mide epitelini kaynaklı olup genellikle maligndir. Mide kanserlerinin %90'ı adenokarsinom tipindedir (Keçer, 2011; Polat ve Duran, 2018; Bilgin, 2011).

4.4.2.1 Mide Kanserinin Epidemiyolojisi ve İnsidansı

Dünya çapında erkeklerde ikinci, kadınlarda ise dördüncü sırada en sık görülen kanser türüdür. Türkiye’de tüm kanserler içinde erkeklerde ikinci ve kadınlarda altıncı sırada en sık görülen kanser olarak yer almaktadır. Türkiye’de mide kanserinden ölüm oranı erkeklerde 8-9/100.000, kadınlarda ise bu oran 4-5/100.000’dür. Erkek kadın dağılımı günümüzde eşit olup pik yaşı 60’tır (Polat ve Duran, 2018).

Mide kanseri insidansı coğrafi farklılıklar göstermekte olup dağılımı tekdüze değildir. Finlandiya, Polonya, İzlanda, Rusya, Şili, Çin ve Japonya’da sık görülür. Irk ve cins mide kanserinde sağ kalımı ve tanı sırasındaki tümörün yaygınlığını etkilememekte olduğu ortaya konmuştur (Keçer, 2011; Bilgin, 2011).

4.4.2.2 Mide Kanserinde Etiyoloji ve Risk Faktörleri

Mide adeno kanserinde displazi, famiyal adenomatöz polipozis, gastrik adenom gibi tarama önerilen risk faktörleri; intestinal metaplazi, helicobacter pylori enfeksiyonu, post gastrektomi, kronik atrofik gastrit

Kesin risk faktörleri; düşük doz aspirin kullanımı, pernizyöz anemi, sigara içilmesi, yeşil meyve ve sebzenin az yenilmesi ve düşük askorbat alımı gibi olası risk faktörleri; düşük sosyoekonomik durum, menetrier hastalığı ve gastrik ülser.

Düşük olasılıklı risk faktörleri; yüksek alkol tüketimi ve hiperplastik/fundik polipler gibi şüpheli risk faktörleri mevcuttur (Keçer, 2011; Polat ve Duran, 2018; Bilgin, 2011; Saygılı, 2012; Alacalı, 2012).

4.4.2.3 Mide Kanserlerinin Patofizyolojisi

Helicobacter pylori enfeksiyonu, beslenme alışkanlıkları ve mide çevresindeki değişiklikler mide kanserinin patogenezinin temel taşlarını oluşturmaktadır. Genel olarak, H. pylori’nin karsinogenezi başlattığı ve progressif olarak kronik atrofik gastrite ve displazik değişikliklere neden olduğu bildirilmektedir.

Pernisizyöz anemi gibi hastalıklar ya da parsiyel gastrektomi gibi girişimler sonucu gelişen hipoklorhidri ile mide içi anaerobik bakterileri aşırı çoğalmaktadır. Böylelikle displazi ve karsinom olasılığı artmaktadır (Keçer, 2011; Polat ve Duran, 2018).

4.4.2.4 Mide Kanserinin Belirti ve Bulguları

Hastalar kanserin erken evrelerinde çoğunlukla asemptomatiktir. Semptomların genellikle mide duvarının tamamının tutulması veya midedeki gıda akışının kanser tarafından engellenmesi ya da komşu organlara invazyon olduktan sonra ortaya çıkmakta olduğu bilinmektedir. Klinik belirtilerin ortaya çıktığı zamandan itibaren 6-9 aylık süre sonrasında tanı konmaktadır. İştahsızlık, kilo kaybı, inatçı hazımsızlık ve halsizlik gibi belirtiler en sık görülenler arasında yer almaktadırlar. Ayrıca mide yanması, şişkinlik, bulantı ve kusma da görülebilmektedir. Kardiyak kanserlerinde angina pectorisi andıran bir ağrı görülebilir. Ayrıca bu bölgedeki kanserlerde disfaji ve kusma da sık görülmektedir. Mide kanseri genellikle gizli kanama sonucu anemiye neden olmaktadır. Hematemez veya melena ise olguların ancak %5'inde görülmektedir. Karında ele gelen kitle, mide kanseri vakalarının yarısında bulunmaktadır (Keçer, 2011; Kaptan ve Dedeli, 2012; Alacalı, 2012).

4.4.2.5 Mide Kanserinin Evrelendirilmesi

Cerrahi olarak çıkarılabilen mide kanserinde sağ kalımı etkileyen faktörler; tümörün penetrasyon derecesi, lenf bezlerinin pozitif ya da negatif oluşu ve uzak metastazların olup olmama durumudur. Erken evrelerde prognoz iyi olabilir. Buna rağmen vakaların %60'ı tanı konulduğu andan itibaren radikal cerrahi şanslarını kaybeder. Bu hastaların çoğunda kanser Evre III veya IV aşamasındadır. 5 yıllık sağ kalım Evre IA de %90, evre IB de %80, evre II de %65, evre IIIA da %50, evre IIIB de %30 ve evre IV de %5'dir (Kızıltan, 2018; Kaptan ve Dedeli, 2012).

4.4.2.6 Mide Kanserinin Tedavisi

Gastrik adenokarsinomlu hastalarda 5 yıllık sağ kalım oranı %10-15'tir. Mide kanserinin erken evresinde bu oran daha yüksek olmakla birlikte bu olguların cerrahi işlem yapılan hastaların %5-16'sını oluşturmaktadır olduğu bilinir. Tanı konulan hastaların yaklaşık %15'ine hastalığın evresi ya da ameliyat riski nedeniyle cerrahi uygulanamamaktadır. Geriye kalan %85 hastanın ise ancak yarısına küratif rezeksiyon yapılabilmektedir. Diğer hasta grubunun kalan kısmına ise palyatif cerrahi, bypass ameliyatları veya sadece biyopsi yapılabilmektedir. Günümüzde mide kanserinin erken evre tedavisinin endoskopi mukozektomi (submukozal rezeksiyon) ile yapılmaya

başlanmıştır ve bu yöntemin prognozunun çok iyi olduğu görülmektedir. Tedavide radyoterapinin kullanımı oldukça sınırlıdır. Cerrahi sonrası özellikle lenf nodu tutulumu olan hastalarda nüks sıklığını azaltmak için adjuvan kemoterapinin faydalı olduğu bildirilmiştir (Kızıltan, 2018; Kaptan ve Dedeli, 2012).

4.4.2.7 Mide Kanserinin Hemşirelik Bakımı

- Mide ve duodenum mukozasının irritasyonuna bağlı ağrıyı gidermektir.
- Yetersiz besin alımına bağlı vücut gereksiniminden az beslenmeyi önlemek ve normal kilonun sürdürülmesini sağlamaktır.
- Kusma ile aşırı sıvı kayıpları ve sıvı alımında yetersizliğe bağlı sıvı volümünde dengesizlik riskini ortadan kaldırmak ve sıvı dengesini sürdürmektir.
- Hastalığa bağlı ilişkin bilgi eksikliğine bağlı anksiyeteyi gidermektir (Kaptan ve Dedeli, 2012; Şendir, 2006).

4.4.3 Kolorektal Kanserler

Kolon ve rektum kalın bağırsağın parçalarıdır. Kolorektal kanserlerin oluşum yerinin kalın bağırsağın en iç tabakası olan mukoza tabakasında olduğu bilinmektedir. Ayrıca 50 yaşından sonra ise bu kanserin gelişme riskinin artış gösterdiği ortaya konmuştur. Kolorektal polip, ailede kolorektal kanser öyküsü, ülseratif kolit ve Crohn hastalığı, yağlı beslenme ve sigara kullanımı bu kanserlerde riskin artışına neden olan etkenler arasında yer almaktadır. Hem Türkiye’de hem de dünyada gastrointestinal sistemin en sık görülen kanseri olarak tanımlanmaktadır (Demir Korkmaz ve Çınar, 2014).

4.4.3.1 Kolorektal Kanserin Epidemiyoloji ve İnsidansı

Türkiye’de 2015 yılında toplamda kanser insidansı ise yüz binde 212,6 ‘dir. Yaşa standardize kanser hızı erkeklerde yüz binde 247,6 kadınlarda ise yüz binde 177,5’tir. Son 5 yıl verileri değerlendirildiğinde; erkeklerde istatistiksel olarak kanser sıklığında azalma görülürken kadınlarda herhangi bir artma ya da azalma olmadığı görülmektedir (Türkiye Kanseri İstatistikleri , 2015).

Uluslararası Kanseri Araştırma Ajansı (IARC) tarafından yayınlanana Globocan 2018 verileri göz önünde bulundurulduğunda dünyada kolorektal kanserler hem

kadınlarda hem de erkeklerde en sık görülen kanser çeşitlerinde üçüncü sırada yer almaktadır. Erkeklerde yüz binde 27.4 ve kadınlar yüz binde 16,0 sıklığında görülmektedir (Globocan, 2018).

4.4.3.2 Kolorektal Kanserlerin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Kolorektal kanserlerin kesin sebebi bilinmemekle birlikte en bilinen bazı risk faktörleri şöyle sıralanabilir:

- İleri Yaş
- Ailede kolon kanseri veya polip öyküsü
- İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları
- Yüksek yağ, yüksek proteinli düşük lifli diyet
- Alkol ve sigara kullanımı
- Kolorektal Adenom ve karsinom varlığı (Akman, 2016; Türk, 2015).

4.4.3.3 Kolorektal Kanselerde Klinik Belirti ve Bulguları

Erken evrede kolorektal kanser belirtilerine rastlanmayabilir. Belirtiler ortaya çıkmaya başladığında ise en önemli belirti bağırsak alışkanlıklarındaki değişimdir. Ardından sağ kolon kanser vakalarında karın ağrısı ve melana görülürken sol kolon kanserlerinde ise dışkıda parlak renkli kırmızı kan görülmesi gibi bağırsak tıkanıklığı ile ilgili belirtiler ortaya çıkar. Ayrıca tenesmus ve rektal ağrı, dışkılama sonrası tam rahatlayamama hissi, konstipasyon, diyare ve melana rektal kanserlerde görülen belirtiler arasında yer almaktadır. Anemi, anoreksiya ve istemsiz kilo kaybı görülebilen diğer belirtiler arasında yer alır (Akman,2016; Demir Korkmaz ve Çınar, 2014).

4.4.3.4 Kolorektal Kanselerde Fizyopatoloji ve Evrelendirme

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre kolorektal kanser tipleri; adenokarsinom, müsinöz adenokarsinom, taşlı yüzük hücreli karsinom, adeno skuamöz karsinom, skuamöz hücreli karsinom ve indiferansiye karsinomdur. Kolorektal kanserlerin %95'ini adenokarsinomlar oluşturmaktadır. Bu kanserler normal dokulara ya da etrafındaki yapılara yayılım göstererek kanser oluşumuna neden olabilirler. Kanser yayılım derecesinin belirlenmesi ve buna bağlı olarak tedavi planının oluşturulması ve

hastalığın prognozunun belirlenmesi açısından tahmin yürütebilmek için TNM ve Dukes Evrelendirmesi kullanılmaktadır (Akduran, 2015; Türk, 2015).

4.4.3.5 Kolorektal Kanserlerin Tedavisi

Kolorektal kanserlerin tedavisinde başvuru ilk yöntem cerrahidir. Kolorektal kanserlerin büyüklüğü, yeri ve tipi belirlendikten sonra bu faktörler göz önünde bulundurularak küratif ya da palyatif cerrahi yöntemi uygulanabilir. Kemoterapi ve radyoterapi diğer tedavi yöntemleridir. Tedavide amaç; primer tümörün bölgesel lenf bezleriyle birlikte geniş olarak çıkarılmasıdır. Adjuvan tedavi yöntemi uygulanan vakalarda hastalığın tekrarlama oranının düşük olduğu bilinmektedir.

Total mezorektaleksizyon (TME), rekonstrüksiyon amaçlı ise rektal kanserde önemli bir tedavi seçeneğidir. Transanal endoskopik mikro cerrahi (TEM) çok daha güvenli bir tekniktir ve erken rektal kanserde karşılaştırılabilir sağ kalıma sahiptir.

Cerrahi işlemler:

- Segmental rezeksiyon yapılarak anostomoz sağlanması
- Abdominoperineal rezeksiyon ile birlikte kalıcı sigmoid kolostomi yapılması
- Segmental rezeksiyon ile birlikte anostomoz ve geçici kolostomi yapılması daha sonra yeniden anostomoz yapılması.
- Rezeke edilemeyecek fakat tıkanıklık oluşturmuş olan tümörlerde palyatif amaçla kalıcı kolostomi ya da ileostomi açılması
- 2 aşamada yapılan koloanal rezervuar oluşturulması (Doornebosch , 2007; Türk, 2015; Demir Korkmaz ve Çınar, 2014; Akman, 2016)

4.4.3.6 Kolorektal Kanserli Hastalarda Hemşirelik Bakımı

Kusma ve dehidrasyona bağlı sıvı volüm eksikliği riskini ortadan kaldırmak,

Bulantı veya iştahsızlık ile ilişkili vücut gereksinimlerinden daha az beslenmeyi önlemek,

Cerrahi insizyon, stoma oluşturulması ve stoma etrafına fekal kontaminasyon olması sebebiyle deri bütünlüğüne bozulma riskini önlemek,

Kolostomiyle ilişkili beden imajında bozulma ve öz algıdaki değişimler sebebiyle yetersiz seksüel düzenin riskini önlemektir (Akduran, 2015; Yılmaz Şahin ve ark., 2015).

4.4.4 Diğer Gastrointestinal Sistem Kanseri

4.4.4.1 Pankreas Kanseri

Pankreas kanseri, dünya geneline bakıldığında giderek artış göstermekte olduğu görülmektedir. 2015 yılı verilere göre ülkemizde erkeklerde yaşa standardize edilmiş hız dağılımı yüz binde 5,6 kadınlarda ise yüz binde 3,3'tür (Türkiye Kanser İstatistikleri , 2015). Kanserin yaşla birlikte artış göstermekte olduğu ve en çok 50-70 yaşlar arasında ortaya çıktığı görülmektedir. Diğer kanser çeşitlerinde olduğu gibi etiyojisi kesin olarak bilinmemektedir. Sigara, yağdan zengin gıdalarla beslenme, kronik pankreatit, obezite, diyabet, yüksek miktarda alkol ve kahve tüketimi önemli risk faktörleri arasında bulunmaktadır. Günümüzdeki tedavi yöntemleri incelenecek olursa geçerli tedavi yönteminin cerrahi rezeksiyon ve ardından adjuvan amaçlı radyo-kemoterapi olduğu görülmektedir (Kat Bektaş, 2014; Bilge, 2011).

4.4.4.2 Safra Kesesi Kanseri

Toplumalarda safra kesesi kanseri seyrek olarak görülmekte ve safra taşları ile beraber bulunmaktadır. İleri yaşlarda görülme sıklığının daha fazla olduğu bilinmektedir. Görülme sıklığı incelendiğinde kadınlarda erkeklere oranla dört kat daha fazla bulunmakta olduğu görülmektedir. Kanserin klinik belirtileri ortaya çıkmaya başladığında hastalığın genellikle ilerlemiş evresine denk gelmektedir. Diğer kanser tedavilerinde olduğu gibi erken dönemde cerrahi tedavi yönteminin yanı sıra adjuvan tedavi yöntemleri ve palyatif tedavi uygulanmaktadır (Kat Bektaş, 2014; Durgun, 2011)

4.4.4.3 Karaciğer Kanseri

Karaciğer kanserleri selim ya da habis olabilmektedir. 2015 yılı verileri dikkate alındığında ülkemizde erkeklerde yaşa standardize edilmiş hız dağılımı yüz binde 4,4 kadınlarda ise yüz binde 1,6'dır (Türkiye Kanser İstatistikleri , 2015). Karaciğer kanserinin ortaya çıkma nedeni tam olarak bilinmemektedir. Fakat kronik hepatit B ve hepatit C enfeksiyonları, ailede hepatit B ve karaciğer kanseri öyküsünün bulunması,

siroz ve obezite gibi faktörlerin önemli bir risk durumu oluşturduğu bilinmektedir. Kanserin erken evresinde, başlıca tedavi yöntemi cerrahi rezeksiyondur. Ayrıca radyoterapi ve kemoterapi gibi farklı tedavi uygulamaları da kullanılan diğer yöntemler arasındadır (Kat Bektaş, 2014; Perek ve Sarıbeyoğlu, 2011).

4.5 UYKU

4.5.1 Uykunun Tanımı ve Önemi

Uyku; organizmanın çevreyle iletişiminin, farklı şiddette uyarılarla, geri döndürebilir biçimde geçici, kısmi ve periyodik olarak kaybolması durumudur. İnsanı fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarda etkileyen, yaşam kalitesi ve insan sağlığında önemli bir yeri olan uyku; günlük, temel ve vazgeçilmez bir yaşam aktivitesidir (Fışkın ve ark. , 2013; Demir, 2012)

Kişiden kişiye göre değişmekte ve farklılık göstermekte olan yaş, cinsiyet, beslenme, aktivite düzeyi, sağlık durumu, çevresel ortam ve bireysel özellikler bireylerin ihtiyaç duydukları uyku kavramını da etkilemektedir (Orwelius et al, 2008). Normal bir yetişkin bireyin ihtiyaç duyduğu günlük uyku süresi ortalama 7-8 saattir, fakat bu gereksinim yukarıda belirtilen sebeplerle kişiden kişiye göre farklılık gösterir. Örneğin; Günde 3-4 saat uykunun yeterli olduğu ve sağlıklı yaşayan bireyler bulunduğu gibi 8-9 saat uykunun yeterli olmadığı bireyler de mevcuttur (Yüksel Deniz, 2014; Günaydın , 2014).

Uyku bozuklukları, bilişsel, psikolojik ve fiziksel işlevlerde ki azalmanın yanı sıra işten ya da sosyal etkinliklerden zevk almama ile ilişkilendirilmiş olup bu durum kişinin yaşam kalitesinde hızlı bir düşüşe ve kişinin yaşamını sürdürebilmesi ve yaşam doyumunu elde etmesi üzerinde olumsuz bir etkiye yol açabilmektedir (Beck et al 2004). Kanseri ile ilgili yaşam kalitesini etkileyen en önemli semptomlar; ağrı, depresyon, uyku bozuklukları ve yorgunluktur. Kanseri hastalarında görülen uykusuzluk, uykuya dalmada zorluk, gece boyunca çoğu kereler uyanma ve uykuya tekrar dönmede zorluk, sabah çok erken uyanma ve korkulu rüyalar daha sıklıkla saptanan sorunlardır. Primer uyku bozuklukları (uyku apne), periyodik ekstremitte hareketleri, huzursuz bacak sendromu, gebelik ve ilaç kullanımı uykusuzluğa yol açabileceği gibi, kanseri hastalarında var olan bu durum birtakım sorunlara da yol açmaktadır. Örneğin; akut veya kronik ağrı,

anksiyete, bulantı-kusma, depresyon, halsizlik, enfeksiyonlar ve yüksek ateş uyku bozukluklarına yol açabilmektedir (Yavuzşen ve ark., 2014). Uyku zorluklarının derecesi, kanserlerin klinik özellikleriyle (tip, evre ve yer) ilişkili olabilir (Hugel et al, 2004; Mystakidou K. et al 2007).

Maslow'un hiyerarşik ihtiyaçları dikkate alındığında bireyler için uykunun ne derece önemli bir yere sahip olduğu görülmekte ve yeterli uykunun insanın en temel ihtiyacı olduğu anlaşılmaktadır. İnsan fiziksel, sosyal, duygusal ve entelektüel olarak tüm yönleriyle iyilik haline sahip olduğu zaman sağlıklı bir birey olarak kabul edilmektedir. Bu iyilik hali ise bireylerin temel ihtiyaçlarının sağlanmasına bağlıdır. Bireyin bu temel ihtiyaçları karşılanmadığı zaman iyilik halinin bozulduğu bilinmektedir (Günaydın, 2014; Lafçı, 2009).

4.5.2 Uykunun Fizyolojisi

Doğal uyku siklusunda, beyin sapının kontrol ettiği iki özel alan vardır. Bu alanlar;

1. Beyin sapında, spinal kordda ve serebral kortekste yer alan Retiküler Aktivi Edici Sistem (RAS)
2. Medullada yer alan Bulber Senkronize Edici Bölge (BSR)

RAS, uyanıklıkla ilişkili kortikal aktivitelerin yanı sıra refleks ve istemli hareketlerin oluşumunu sağlamaktadır. Uyku sırasında vücudun periferinden ve serebral korteksten gelen bazı uyarımları algılayabilir ve bu durumda uyanıklık haline geçer. Uyarımların azalması RAS'ın aktivasyonunu azaltmaktadır. Ağrı, gürültü, basınç gibi dış uyarımlar RAS'ı uyarmakta ve vücudun uyku halinden uyanıklığa geçmesine neden olmaktadır.

Bulber senkronize edici bölgenin aktivasyonunun artması ise uykuyu başlatır. Yani RAS aktivitesinin azalması ve BSR aktivasyonunun artma durumu uyanıklıktan uyku sürecine geçişi sağlamaktadır (Demir, 2012; Yüksel Deniz, 2014).

Melatonin üretimi yüksek kaliteli uyku için önemli olan kesintisiz karanlığı sağlayarak sirkadiyen ritimleri, uyku / uyanıklık döngüsü ve bağışıklık fonksiyonunun güçlendirilmesini destekleyerek kanser önleme mekanizması oluşturur (David, 2009) .

4.5.3 Uykunun Evreleri

Uykunun fizyolojik süreci yavaş göz hareketlerinin olduğu uyku NREM (Non-RapidEyeMovement) dönemi ve hızlı göz hareketlerinin olduğu uyku REM (RapidEyeMovement) dönemi olmak üzere iki majör evreden oluşmaktadır (Algın ve ark., 2016) .

NREM (No RapidEyeMovement) : Uykunun ilk saatlerinde görülen dinlendirici tipteki uyku, rüyasız uyku olarak da bilinmektedir. Fakat bu sırada yine de rüya görülebilir. REM uykusu sırasında görülen rüyaların hatırlanması, NREM uykusu sırasında görülen rüyaların ise hatırlanmaması, NREM ve REM arasındaki önemli bir farkı ortaya koymaktadır. NREM, EEG dalgaları ile belirlenmiş 4 evreden oluşmaktadır. Bunlar:

- Evre 1: Uyanıklık ile uyku arasındaki geçiş süresidir. Kalp atımı, ısı, solunum ve metabolizma yavaşlamaya başlar. Uykuya dalışla sonlanır.
- Evre 2: Uykuya dalma dönemidir. Kas tonüsü azalmaya devam eder. Kişiyi rahatsız eden bir durum yoksa hemen 2.nci evreye girilir.
- Evre 3: Uykunun derinliğinin arttığı dönemdir. Kişinin uyanması zordur, kas tonüsü diğer evrelere göre daha da azalmıştır. Beyin dalgaları düzensizdir. Nabız ve solunum hızı düzenli ve oldukça yavaştır.
- Evre 4: Derin uyku halidir. Uyanmak bu evrede zordur. Kan basıncı, nabız, solunum hızı ve oksijen tüketimi normalin altına düşer.

REM (RapidEyeMovement) : Bu uyku evresinde kalp atımı, solunum, kan basıncı ve bazal metabolizma artmaktadır. Baş- boyun, kas- iskelet tonüsü ve derin tendon refleksi baskılanmakta ve gastrik sekresyon artmaktadır. Bu dönemde göz hareketleri başladığı görülmektedir. Ayrıca uykunun bu evresinde solunum ve göz kasları dışındaki iskelet kaslarında da tonüs kaybı olduğu görülmektedir. Erkeklerde ereksiyon, kadınlarda ise vajinal akıntı görülebilir (Demir, 2012; Yüksel Deniz, 2014;Kalender, 2015; Ertuğrul ve Rezaki, 2004; Şahin ve Aşçıoğlu, 2013).

4.5.4 Uykunun İşlevi

Uyku, sinir sistemine olan etkisi ve vücudun diğer yapıları üzerine olan etkisi olmak üzere iki önemli etkiye sahiptir. Uykunun koruyucu ve yenileyici bir görevi bulunmaktadır. İnsanlar uyku ve dinlenme dönemlerinde fiziksel ve mental olarak rahatlık hissederler. NREM uykusunun fiziksel, REM uykusunun ise mental iyilik durumunu sağlar. NREM uykusu sırasında beyin dokusu gibi özel hücreler ve epitelyum yenilenirken fiziksel olarak ise böbreklerden fosfat atılımı, büyüme ve adrenal hormonların salınım vitamin kullanımı, deri onarımı, epitel hücre çoğalması ve protein sentezi gerçekleşmektedir. Bu evrede rahat bir uyku sürecinin geçirilmesinin, kardiyak işlevleri koruma üzerinde yararlı etkileri bulunmaktadır. Öğrenme, hafıza ve davranışsal uyum gibi beyin aktiviteleri açısından REM uykusu önemli bir yere sahiptir. Bu evrede gün boyunca yaşanan olaylar gözden geçirilir ve önemli bilgiler depolanır. Eğer birey yeterli REM uykusu uyuyamazsa, gün içinde gergin ve anksiyeteli olabilir (Demir, 2012; Yüksel Deniz, 2014).

4.5.5 Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler

Kaliteli bir uyku uyumak bireylerin uyandıktan sonra kendini zinde, formda ve yeni bir günü yaşamaya hazır hissetmelerini sağlamaktadır. Uykunun kalitesi ve süresini bozan birçok faktör bulunmaktadır. Uyku sorunlarının yaşanmasına neden olan fiziksel, psikolojik ve çevresel gibi bazı faktörler bulunmaktadır. Bunlar;

- Yaş
- Cinsiyet
- Hastalıklar
- Çevre
- Beslenme durumu
- Sigara, alkol ve diğer uyarıcıların tüketimi
- Egzersiz ve yorgunluk
- Yaşam biçimi
- Huzursuz Bacak (RestlessLeg) Sendromu (Demir, 2012;

Kalender, 2015; Yüksel Deniz, 2014).

4.5.6 Kanser Hastalarında Etkin Uyku Kalitesini Sağlamaya Yönelik Hemşirelik Girişimleri

Hemşirelik, uyku gereksinimini de içeren temel insan gereksinimlerinin karşılanmasını sağlayan bir meslektir. Hemşireler, hastaların uyku ile ilgili olarak yaşadıkları sorunları bilmeli, uyku kalitesini arttırabilmek için gerekli düzenlemeleri ve uygulamaları yapabilmelidirler (Atar ve ark., 2011).

Kanserin ve kanser tedavisinin hastanın uyku sorunlarını nasıl ve hangi alanlarda etkilediğinin belirlenmesi ve böylelikle elde edilen verilerden yararlanılarak tedavinin ve bakımın planlanmasının kanser hastalarının yaşam kalitesini arttıracığı düşünülmektedir (Arslan & Fadıloğlu, 2009).

Bakım planlamaları yapılırken uyku bozukluğu yaşayan kanser hastalarının planlamalarının bireye özgü olarak yapılması önemlidir. Bakımı planı hazırlanırken uyku bozuklukları veya değişikliklerine yol açan gerçek nedenin belirlenmesi önemli bir yere sahiptir. Yaşam tarzı alışkanlıkları ile iç içe olan uyku düzeni doğal bir alışkanlıktır ve bu tip bozuklukların tedavisi için uzun dönemli müdahalelere gereksinim duyulmaktadır.

Uyku ile ilgili hemşirelik girişimlerinin amacı;

- Bireyin uykusunu engelleyen faktörleri tanımlayabilmesi,
- Düzenli uyku periyodu oluşturabilmesi,
- Bireyin, uyku sorununa neden olan etkenleri ortadan kaldıracak davranışları kazanması,
- Uyku sonrası bireyin kendisini enerjik hissetmesidir (Demir, 2012; Kalender, 2015; Yüksel Deniz, 2014).

Hemşirelik Girişimleri:

- İşlemler uygulanmadan önce açıklanmalı, hastaların duygularını ifade etmesi ve soru sorması için cesaretlendirilmeli ve iletişimi geliştirmek için yeterli zaman ayrılmalıdır.

- Renkler, ışık, ses, sıcaklık, koku, gürültü gibi çevresel etkilerden hangisinin hastanın uykusunu olumsuz etkilediği belirlenmeli ve kontrol altına alınmaya çalışılmalıdır.
- Gündüz uyuklamalarını önlemek için gündüz aktivitelerinin bir liste halinde planlanması ve hastaların bu aktivitelere uymak için cesaretlendirilmesi, hastanın gece boyunca uyumasını kolaylaştırabilir.
- Hastanın rahat uyuması için derin solunum ve yürüyüş egzersizleri yapması önerilmelidir.
- Hastanın uyuma ve uyanma saatlerinin düzenli olması sağlanmalı, çok gerekmedikçe hasta uyandırılmamalı, uygulanacak işlemler uyku saati dikkate alınarak planlanmalıdır.
- Solunum güçlüğü, ağrı gibi herhangi bir fiziksel rahatsızlığı varsa bu durumun ortadan kaldırılmasına yönelik girişimler uygulanmalıdır.
- Uyku sorunu konusunda ilaç kullanımı en son başvurulacak yöntem olmalıdır. Gerekli durumlarda hastanın hekimi ile iletişime geçilerek hastanın kaliteli bir uyku sürdürebilmesi için ilaçların kullanımı sağlanmalıdır. (Demir, 2012; Kalender, 2015; Yüksel Deniz, 2014).

4.6 YAŞAM KALİTESİ

Yaşam kalitesi her bireyin kendisinin belirlediği kişisel bir bakış açısıdır (Burkhardt ve Nathaniel, 2013). Bu doğrultuda yaşam kalitesi; bireyin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları ve sosyal ilişkilerinden etkilenmektedir. Yaşam kalitesi genel olarak iyi olma durumunu ifade etmektedir (Pınar ve ark., 2008; Taş ve Yılmaz Bal, 2008).

1970'lerden sonra tıp alanında, 1980'lerden sonra da hemşirelik alanında yaşam kalitesi kavramı kullanılmaya başlamıştır. Artık 21. yüzyıl dünyasında ülkelerin gelişmişlik düzeyini ekonomik ve askeri güçle değil "yaşam kalitesi" ile değerlendirildiği görülmektedir (Yönt, 2009).

Yaşam kalitesi; çok yönlü olması, sürekli gelişim ve değişim göstermesi, kişiden kişiye değişebilmesi, bireyin yaşamda nelerden zevk aldığını, ne olmak ve nasıl

yaşamak istediğini ifade etmesi, sosyal, psikolojik, ekonomik ve kültürel faktörlerden etkilenmesi nedeniyle tanımlanması zor ve son yıllarda önemi artan bir konumda olup sıkça kullanılan bir terim haline gelmektedir. Bu sebeple tanımı konusunda farklı yorumlar bulunmaktadır. Patric ve Erickson'a göre yaşam kalitesi; ölüm ve yaşam süresi, özürlülük, fonksiyonel durum, sosyal, psikolojik veya fiziksel sağlığın algılanması ve sosyo-kültürel dezavantajları içeren temel bir kavramdır (Top ve ark., 2003).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan yaşam kalitesi tanımına göre; yaşam kalitesi, kişinin kendi durumunu kültürü ve değerler sistemi içinde algılayış biçimidir. (Taş ve Yılmaz Bal, 2008). DSÖ'nün yaşam kalitesi tanımında; fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkiler, çevresel özellikler ve maneviyat olmak üzere 6 alan bulunmaktadır. Yaşam kalitesinin değerlendirildiği bu alanların kapsadığı maddeler:

1. Fiziksel Sağlık;

- Ağrı, rahatsızlık
 - Enerji, halsizlik, yorgunluk
 - Uyku, dinlenme

2. Psikolojik Durum;

- Pozitif düşünceler
- Düşünme, öğrenme, hafıza, konsantrasyon
- Kendine güven
- Beden imajı ve dış görünüş
- Negatif düşünceler

3. Bağımsızlık Düzeyi;

- Hareket edebilme
- Günlük yaşam aktiviteleri
- İlaçlara ve tedaviye bağımlı olma durumu
- Çalışma kapasitesi

4. Sosyal İlişkiler;

- Kişisel ilişkiler
- Sosyal destek

- Seksüel aktivite

5. Çevresel Özellikler;

- Fiziksel güvenlik
- Ev çevresi
- Finansal kaynaklar
- Sağlık ve sosyal bakıma ulaşılabilirlik ve kalite
- Yeni bilgilere ve becerilere ulaşma fırsatı
- Fiziksel çevre (hava kirliliği, gürültü, trafik, iklim)

6. Maneviyat İle İlgili Özellikler;

- Ruhsal/dinsel/ kişisel inançlardır (Varol ve Karaca Sivrikaya, 2018; Perim , 2007).

4.6.1 Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

1. Yaşam kalitesini azaltan faktörler

- Akut sağlık sorunları
- Kronik sağlık sorunları
- Öz bakım davranışlarının ve günlük yaşam aktivitelerinin yetersizliği
- Seksüel fonksiyonlarda bozulma
- Gelecek ile ilgili kaygılar
- Beden imgesinin değişmesi
- Destek sistemlerindeki yetersizlik
- Kronik yorgunluk ve bitkinlik
- Temel gereksinimlerinin karşılanmaması

2. Yaşam Kalitesini arttıran durumlar

- Anlamlı ve aktif bir yaşantı içinde olma
- Güven içinde yaşama
- Ekonomik ve sosyal güvence içinde olma
- Rahatlık ve gereken konfora sahip olma
- Eğlence ve zevk aldığı aktivitelerinin olması

- Yakın çevresi ile olumlu ilişkiler içinde olma
- İtibar görme
- Otonomi sahibi olma ve kendini ifade edebilme
- Özgün bir birey olarak algılanma
- Fonksiyonel olarak yeterli olma
- Mahremiyetine değer verilmesi
- Huzur içinde olma inanç ve değerlerine saygı gösterilmesi (Perim , 2007).

4.6.2 Kanser ve Yaşam Kalitesi

Kanser tanısı, bireyler için çok travmatik bir yaşantıdır. Kanser gibi insan yaşamını tehdit eden bir hastalığa sahip olma, bireylerde umutsuzluk, dayanılması güç ağrılar, korku ve ölüm ile özdeşleştirilebilen ciddi psikolojik semptomlar gelişmesine neden olabilmektedir. Bununla birlikte kanser tedavisinin yol açtığı yan etkiler ve komplikasyonlar hastaların öz bakım ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kalmalarına, hastanede yatış sürelerinin uzaması sebebiyle hastaların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (Çivi ve ark., 2011).

Kanser hastalığının tedavisinde yaşanan gelişmeler ve kanser hastalarının yaşam süresinin uzamasına, kısa ama kaliteli bir şekilde yaşama konusuna dikkat çekmiştir. Bu bağlamda yaşam kalitesi diğer sağlık bakım alanlarında olduğu gibi onkoloji alanında da tartışılmaya başlandığı gözlenmiştir (Kurt ve Savaşer, 2013).

Bağırsak kanserine yakalanmış hastalarda, barsak ve cinsel işlevlerde azalma yaşam kalitesi için çok önemlidir (Jutta Engel et al, 2003). Yapılan bazı araştırmalara göre kolorektal kanser hastalarında stoma varlığı yaşam kalitesinde bozulmaya özellikle cinsel işlev fonksiyonlarında problemlere neden olmuştur (Christian et al, 2005; Pachler et al, 2004; Bae et al, 2006).

Kolorektal kanser yaşlılarda yaygın bir tanıdır. Cerrahiden sonraki sonuçlar konusunda sıkça endişe duyulur ve bu yaşlı grupta büyük barsak cerrahisi sonrası postoperatif yaşam kalitesi hakkında çok az şey bilinmektedir. Kolorektal kanser cerrahisi geçiren yaşlı hastaların (yaş 80 yaşından büyük) yaşları ve fonksiyonel durumlarını, daha genç (yaş 70 yaşından küçük) hastalar ile karşılaştıran bir araştırmada ameliyat için seçilen 80 yaşından büyük yaşlı hastaların, stoma bakımının daha büyük

bir endişe kaynağı olduğunu ifade etmesine karşın çoğu açıdan genç hastalar ile kıyaslanabilir bir yaşam kalitesine sahip olduğu bulunmuştur. Bu nedenle, kolorektal kanser cerrahisi, oldukça fonksiyonel yaşlılara postoperatif yaşam kalitesi beklentisi sunabilir sonucuna varılmıştır (Tara et al. 2006).

Kanser hastalarının yaşam kalitesini belirlemeye yönelik yapılan bir çalışmada; hastaların en sık yaşadıkları sorunların ağrı ve halsizlik olduğu, bunların dışında bulantı, iştahsızlık, alopesi, dispne, kusma, diyare, uykusuzluk, mide yanması, sindirim problemleri, görme kaybı ve baş ağrısından yakındıkları gözlenmiştir (Kurt Kroenke et al, 2010).

Özefajiyal veya mide kanserli hastalarda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ile ilgili kesin bir değerlendirme, hastanın hastalığın ve onun tedavilerinin fiziksel, sosyal ve duygusal sağlık üzerindeki etkilerine dair deneyimler saptayarak klinik kararları bilgilendirmek için gereklidir (Conroy et al,2006).

Kanser hastasında, yaşamın kendisinden daha önemli hale gelen yaşam kalitesini sağlamak ve sürdürebilmek için öncelikle hastanın yaşam kalitesini bozan sorunların çok iyi bir şekilde ortaya konulması gerekmektedir. Bu konuyla ilgili olarak sağlık profesyonellerinin kanser hastalarında yaşam kalitelerinin iyileştirmesi ve geliştirmesine yönelik girişimlerde bulunması ise oldukça önemlidir.

4.6.3 Kanserli Hastaların Yaşam Kalitesine Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları

Hastalık durumunun ortaya çıkardığı önemli stres faktörleriyle hastanın baş edebilmesine yardım etmeyi amaçlamak iyi bir hemşirelik bakımı gerektirmektedir. Bu amaç çerçevesinde hemşirelerin öncelikle yaşam kalitesini koruma, geliştirme ve iyileştirme sorumlulukları ve yaşam kalitesini etkileyen etmenleri belirlemeleri gereklidir. Sorunları ortadan kaldırmak için gerekli çözümleri planlayıp uygulamalıdır (Arslan ve Bölükbaş, 2003; Öğüt Düzen, 2012).

Kanser hastalarında yaşamın bütün alanları etkilenmektedir. Bu sebeple hastalara bakım veren hemşirelerin yaşam kalitesinin önemini ve kapsadığı alanları bilmeleri önemli olmaktadır. Örneğin ameliyat geçirmiş veya geçirmemiş kanserli hastalarda yaşam kalitesinin hangi alanlarının nasıl etkilendiğinin belirlenmesi ve hastalara eksikliği belirlenen alanlarda destek sağlanması gerekmektedir (Arslan ve

Bölükbaş, 2003). Ayrıca kanser hastalarının kemoterapiye bağlı yaşam kalitesini etkileyen semptomları belirlemeye yönelik yapılan araştırma sonuçlarında; hastaların en sık ağrı, bulantı ve halsizlik, yanı sıra alopesi, iştahsızlık, diyare, kusma, uykusuzluk ve sindirim sorunları deneyimledikleri bulunmuştur (Taş ve Yılmaz Bal, 2008; Kurt Kroenke et al, 2010).

Hemşirelikte yaşam kalitesinin uygulama alanları geniş bir alanı kapsamaktadır. Başlıca uygulamalar; yaşam süresinin öngörülmesi, tedavi şeklinin hastaya göre planlanması, standart tedavilerin yerine yeni bir ilaç tercih edilmesi, maliyet-etkili tedavilerin tespit edilmesi, hastaların desteğe gereksinim duydukları alanlarda desteklenmesi, klinik uygulamalarda iletişimi başlatma ve sürdürmenin kolaylaştırılması yer almaktadır (Akduran, 2015).

4.7 GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANSER TANISI ALMIŞ HASTALARDA UYKU VE YAŞAM KALİTESİ

Kanser tanısı konması, bireylerde olağan uyum mekanizmalarının tümünün sarsılması ve bu mekanizmaların yeterli bir biçimde kullanılmaması, geleceğe yönelik beklentilerin ve planların değişmesi, bozulması ve bireylerin bu imkânlara sahip olma gücünün yitirilmesi anlamını taşır. Kanser bireylerin yaşam dengelerinin psikolojik, sosyal, ekonomik ve benzeri alanda her türlü değişmesine veya alt üst olmasına neden olabilir. Bu durumların varlığı da bireyin yaşam kalitesini önemli düzeyde etkilemektedir (Ağargün ve ark., 1996; Öğüt Düzen, 2012) Örneğin kolorektal kanserlerde hastaların sıklıkla yaşadıkları düzensiz bağırsak hareketleri, diyare, gaz, yorgunluk ve uymak zorunda oldukları diyetler; kolorektal kanser tedavisine bağlı olarak oluşan stomalar hastanın bağırsak kontrolünün kaybına ilişkin anksiyete ve stoma torbalarının varlığına bağlı beden imajında bozulma, bedenlik saygısında azalma sebebiyle iş hayatını, arkadaş, akraba, eş ilişkilerini ve diğer sosyal aktiviteleri ve ilgileri içeren sosyal fonksiyonları kötü yönde etkiler (Akduran, 2015).

Yetersiz uyuyan insanlarda fiziksel, bilişsel ve duygusal çökkünlük meydana gelebilir. Bu bireylerde yorgunluk, bezginlik, dikkatte azalma, ağrıya karşı duyarlılığın artması, konfüzyon, irritabilite, sinirlilik, mantık dışı düşünceler, halüsinasyon,

iştahsızlık ve boşaltımda güçlük gibi durumlar görülebilir. Ayrıca bu bireylerde yaşamı tehdit eden kazalar, iş ve günlük hayatta uyumsuzluklar görülebilir. Bu nedenle uyku bireyin yaşam kalitesini ve iyilik durumunu etkileyen, sağlığın önemli bir değişkeni olarak görölmektedir (Arslan ve Fadıloğlu, 2009).

Hemşireler hastaların uyku ile ilgili olarak yaşadıkları sorunları bilmeli, uyku kalitesini arttırabilmek için gerekli düzenlemeleri ve uygulamaları yapabilmelidirler. Hemşireler uykuya bağlı olarak ortaya çıkabilecek sorunlara müdahale ederek, uykusuzluk ve bunun sonucunda gelişebilecek sorunları önleyebilecektir (Arslan ve Fadıloğlu, 2009).

Böylece hastanın uyku sorunlarının nasıl ve hangi alanlarda etkilediğinin belirlenmesiyle elde edilecek verilerden yararlanılarak planlanacak tedavinin ve bakımın kanser hastalarının yaşam kalitesini arttıracadı düşünölmektedir.

5 GEREÇ VE YÖNTEMLER

5.1 Araştırmanın Türü

Bu çalışma bir eğitim Araştırma hastanesinin Genel Cerrahi kliniğinde yatan gastrointestinal sistem kanseri olan hastalarda uyku ve yaşam kalitesini değerlendirmek amacı ile tanımlayıcı olarak planlanmış bir çalışmadır.

5.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışma 01 Mart– 01 Haziran 2018 yılı arasında İstanbul ili Avrupa bölgesinde bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesinde genel cerrahi servisinde yatan hastalar ile gerçekleştirildi.

5.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın İstanbul ili Avrupa bölgesinde bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesinde Genel Cerrahi servisine 1 yıl (2017 / 2018) içinde GIS kanser tanısı hastaların evreni toplam 670, örneklemini ise çalışmaya katılmayı kabul eden 01 Mart – 01 Haziran 2018 tarihleri arasında en az 61 gönüllü hasta oluşturacaktır. Çalışmanın örneklemini aşağıda belirtilen evreni belli örneklem sayısını hesaplama formülü ile elde edilmiştir. Yıllık örneklem sayısı 244 olup 3 aylık periyotlarda en 61 olması beklenmektedir. Amacımız 61 örneklem sayısının üzerine çıkabilmektir.

$$n = \frac{N \cdot t \cdot p \cdot q}{d^2(N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$
$$n = \frac{670 \times (1.96)^2 \times 0.50 \times 0.50}{(0.05)^2 \times (670-1) + (1.96)^2 \times 0.50 \times 0.50} = \frac{643,463}{2,6329} = 244,393$$

(N=Evrendeki birey sayısı,

n=Örnekleme alınacak birey sayısı,

p= incelenen olayın görüş sıklığı=0.5,

q= incelenen olayın görülme sıklığı (1-p) = 0.5,

t= Belirli Serbestlik Derecesinde ve Saptanan Yanılma düzeyinde bulunan t tablosunda bulunan teorik değer=1.96

d=Olayın görüş sıklığına göre yapılmak istenen=0.05)

5.4 Veri Toplama Araçları

Çalışmada gerekli olan veriler üç şekilde toplandı. Birinci veri toplama aracı olarak, çalışma grubundaki hastalar hakkında bilgi sahibi olmak ve uygulama sürecini etkileyebilecek dışsal faktörleri belirleyebilmek için “Kişisel Bilgi Formu” kullanıldı. Bu formda kişisel bilgiler (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, hastalık tanısı, uyku ve yaşam kalite özellikleri) ile ilgili maddeler bulunmaktadır(Ek - 1).

İkinci veri toplama aracı Yaşam Kalitesi Ölçeği, Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu (EORTC) tarafından 1987 yılında geliştirmiş olup son olarak EORTC QLQ-C30 versiyon 3.0 kanser tanısı almış hastaların yaşam kalitesini belirlemek için yaygın olarak kullanılan bir yaşam kalitesi ölçeğidir.1992 yılında Aaronson ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, 2003 yılında Beser ve Öz tarafından Türkçe 'ye uyarlanmış olup kapsam geçerliği ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Cronbach alfa katsayısı, r: 0,9014 olarak bulunmuştur.

EORTC QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeği 30 sorudan oluşmuş olup genel iyilik hali, fonksiyonel güçlükler ve semptom kontrolü olmak üzere 3 alt başlıktan oluşmaktadır. İlk 28 soru 4 'lü likert tipi bir ölçektir. 29. soruda hastadan 1'den 7'ye kadar olan skala ile sağlık durumunu, 30. soruda ise genel sağlık kalitesini değerlendirmesi istenmiştir. 29. ve 30. soruları genel iyilik halini oluşturan sorular olup bu bölümden alınan yüksek puanlar yaşam kalitesinin yüksek olduğunu, alınan düşük puanlar ise yaşam kalitesinin düşük olduğunu ifade etmektedir. Diğer sorular ise fonksiyonel alan ve semptomlar bölümüne ait sorulardır. Bu bölümlerde alınan

puanların düşük olması yaşam kalitesinin yüksek olduğunu, yüksek olması ise yaşam kalitesinin düşük olduğunu ifade etmektedir (Beser N ve Öz F., 2003; Aaronson N. K. et al., 1993; Ertem G ve ark., 2009).

Üçüncü veri toplama aracı Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) 1989 yılında Buysse ve arkadaşları tarafından hastaların uyku kalitesini değerlendirmek için geliştirilmiş olup ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları 1996 yılında Ağargün ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı r: 0.804 olarak bulunmuştur (Ağargün ve ark., 1996).

PUKİ son 4 hafta içerisindeki uyku kalitesini değerlendirmektedir. Ölçekte toplam 24 soru bulunmaktadır. Soruların 19'u kendini değerlendirme ve 5 tanesi ise eşi, aynı odada kalan arkadaşı veya refakatçisi tarafından cevaplanan sorulardan oluşmaktadır. Ölçekte yer alan kendini değerlendirme sorularından 19.soru bir oda arkadaşının veya eşin bulunup bulunmadığını sorgular ve ölçeğin toplam ve bileşen puanlarının hesaplanmasına dâhil edilmez. PUKİ toplam ve bileşen puanlarının hesaplanmasında bireyin kendisinin tarafından cevaplanan ilk 18 soru kullanılmaktadır.

PUKİ'nin öznel uyku kalitesi (bileşen 1), uyku latensi (bileşen 2), uyku süresi (bileşen 3), alışılmış uyku etkinliği (bileşen 4), uyku bozukluğu (bileşen 5), uyku ilacı kullanımı (bileşen 6) ve gündüz uyku işlev bozukluğu (bileşen 7) olmak üzere 7 farklı bileşeni vardır. Her bileşen 0-3 puan arasında değerlendirilmektedir. Toplam puan 0-21 arasında değişmektedir. PUKİ toplam puanının 5 ve üzerinde olması uyku kalitesinin kötü olduğunu göstermektedir. (Buysse et al, 1988)

5.5 Verilerin Toplanması

Araştırmada verileri etik kurul onayı, kurum izin onayı ve katılımcı onam formları alınarak toplandı.

5.6 Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bağımlı değişken: GİS kanser tanısı alan yatan hastaların vermiş olduğu yanıtlar

Bağımsız değişkenler: Hastaların demografik özellikleri, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ve EORTC QLQ C-30 (Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi) Ölçeği

5.7 Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 22.0 İstatistik paket programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) yanı sıra normal dağılımın incelenmesi için Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk dağılım testi kullanıldı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup durumunda, parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Bağımsız örnekler (Independentsamples) t testi kullanıldı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında ikiden fazla grup durumunda, parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Tek yönlü (Oneway) Anova testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde LSD (Least Significant Difference) testi kullanıldı. Ölçek alt boyutları arası ilişkilerin incelenmesi için Pearson Korelasyon Analizi kullanıldı. Bağımsız Sonuçlar % 95 güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

5.8 Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için izlenen izin aşamaları;

- Araştırmada kullanılacak “Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ve EORTC QLQ C-30 (Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu Yaşam Kalitesi) Ölçeği” nin Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik analizlerini yapan araştırmacılardan kullanım izni alındı (EK 8 ve EK9).
- Haliç Üniversitesinin Etik kurulundan izin alındı (EK5).
- Araştırmanın yapılacağı ilgili kurum ve kuruluşlardan gerekli izinler alındı(EK-7).
- Araştırmanın örneklem grubundaki yatan hastalara araştırmanın amacı açıklanarak kendilerinden alınacak olan bilgilerin gizliliği esasına uyulacağı beyan edilerek, çalışmaya gönüllü olarak katılımları sağlandı.
- Çalışmaya katılmayı kabul ettiklerine dair onam formuna imzaları alındı (EK4).

5.9 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya gönüllü katılanlar,

- 25 – 85 yaş arası
- Zaman ve yer oryantasyonu olan
- GIS kanser tanısı yatan hastalar çalışmaya dâhil edilmiştir.



6 BULGULAR

Tablo 1. Hastaların Sosyo Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N: 65)

Sosyo Demografik Özellikler	n	%
Yaş		
25-44	3	4,6
45-64	35	53,8
65 ve üzeri	27	41,5
Yaş Ortalaması X±SD	62.87±11.99	
Cinsiyet		
Kadın	26	40,0
Erkek	39	60,0
Medeni Durum		
Evli	48	73,8
Bekâr	17	26,2
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	9	13,8
Okuryazar / İlkokul	47	72,3
Ortaokul / Lise	5	7,7
Üniversite	4	6,2

Çalışma Durumu		
Çalışıyor	14	21,5
Çalışmıyor	51	78,5
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	43	66,2
Geniş Aile	22	33,8
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	12	18,5
Gelir gider eşit	49	75,4
Gelir giderden fazla	4	6,2

Araştırma kapsamına alınan hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 1’da verilmiştir. Hastaların %40’ı kadın %60’ı erkektir, %73,8’i evli, %26,2’si bekâr olup yaş gruplarına göre incelendiğinde % 4.7’si 25- 44 yaş, %53.8 ’i 45-64 yaş, %41.5’i 65 yaş ve üzerindedir ve hastaların yaş ortalaması 62.87 ± 11.96 ’dır. Eğitim düzeylerine bakıldığında %13.8’i okuryazar değil, %11.6’sı okuryazar/ilkokul, %5’ü ortaokul/lise, %4’ü üniversite mezunudur. Çalışma durumları için hastaların %21.5’i çalışıyor, %78,5’i çalışmamaktadır. Gelir durumları için hastaların %6,2’i gelir giderden fazla, %18,5’i gelir giderden az, %75,4’unun gelir durumu giderine eşit olarak cevap vermiştir. Hastaların aile tipine bakıldığında %66,2’ü çekirdek aile, %33.8’i geniş ailedir.

Tablo 2: Hastaların Hastalığı ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı (N: 65)

Hastaların Hastalık Özellikleri	n	%
Hastalık Tanısı		
Kolon Kanseri	40	61,5
Mide Kanseri	17	26,2
Özefagus Kanseri	2	3,1
Pankreas Kanseri	6	9,2
Aile Kanser Öyküsü		
Var	27	41,5
Yok	38	58,5
Hastalık Süresi (ay)		
1 – 6 ay	32	49,4
7 - 12 ay	16	24,6
13 - 18 ay	5	7,7
19 ay ve üstü	12	18,2
Hastalık Süresi X±SD	18.03±34.20	
Tedavi Türü		
Kemoterapi	6	9,2
Radyoterapi	1	1,5
Cerrahi	58	89,3
Yatış Süresi (gün)		

1 – 6 gün	30	46,2
7 – 12 gün	31	47,8
13 gün ve üzeri	4	6,0
Yatış Süresi X±SD	7.44±3.47	
Daha Önce Hastaneye Yatma		
Evet	52	80,0
Hayır	13	20,0
Sigara Kullanımı		
Evet	12	18,5
Hayır	53	81,5
Alkol Kullanımı		
Evet	7	10,8
Hayır	48	89,2

Araştırma kapsamına alınan hastaların hastalığı ile ilgili özelliklerinin dağılımı Tablo 2’de verilmiştir. Hastaların %65’i kolon kanseri %26,2’si mide kanseri, %3.1’i özefagus kanseri, %9.2’si pankreas kanseri olup ailede kanser öyküsü incelendiğinde %41.5’u var, %58.5 ’i yok yanıtı vermiştir. Hastalık sürelerine bakıldığında %49.4’ü 1-6 ay, %24,6’sı 7-12 ay, %7.7’si 13-18 ay, %12.8’i 19 ay ve üzerindedir ve hastaların hastalığa yakalanma süresi ortalaması 18.03±34.20’dir. Hastalığın tedavi türüne bakıldığında %9,2’si kemoterapi, %1,5’u radyoterapi, %89,3’si cerrahi tedavi görmüştür. Hastane yatış süreleri incelendiğinde %46.2’si 1-6 gün, %47.8’i 7-12 gün, %6 ’sı 13gün ve üzerindedir ve hastaların hastanede yatış süresi ortalaması 7.44±3.47’dir. Önceden hastanede yatma durumları incelendiğinde %80.0’ı evet, %20.0’ı hayır yanıtını vermiştir. Hastaların sigara kullanımına bakıldığında %18,5’i evet, %81,5’i hayır cevabını vermiş ve alkol kullanımında ise %10.8’i evet, %89.2’si hayır kullanmadığını ifade etmiştir.

Tablo 3: Hastaların uyku ve yaşam kalitesi ile ilgili özelliklerin dağılımı:

Hastalık Uyku ve Yaşam Kalitesi	n	%
Hastalık Döneminde Uyku Düzeninde Bozulma		
Evet	52	80,0
Hayır	13	20,0
Hastalık Belirtilerinin Yaşam Kalitelerine Etki Etme Durumu		
Evet	57	87,7
Hayır	8	12,3
Hastalık Öncesi Döneminde Uyku Düzeninde Bozulma Durumu		
Evet	17	26,2
Hayır	48	73,8
Beslenme Alışkanlıklarında Değişim		
Evet	51	78,5
Hayır	14	21,5
Ailelerin Uyku Sorunu		
Evet	10	15,4
Hayır	55	84,6
Hastalık Öncesi – Sonrası Uykuları Arasındaki Değişim		
Evet	53	81,5
Hayır	12	18,5

Araştırma kapsamına alınan hastaların uyku ve yaşam kalitesi ile ilgili özelliklerin dağılımı Tablo 3'te verilmiştir. Hastaların hastalık döneminde uyku düzeninde bozulma durumlarına bakıldığında %80.0'ı evet, %20.0'ı; hastalık öncesi dönemde uyku düzeninde bozulma durumunda %26,2'si evet, %73.8'i hayır yanıtını vermiştir. Hastalık öncesi ve sonrası uykudaki değişim durumları incelendiğinde %81.5'u evet, %18.5'i hayır yanıtı vermiştir ve ailede uyku sorunları bakıldığında ise %15.4'ü evet, %84.6'sı hayır şeklinde ifade etmiştir. Hastaların hastalığa yakalandıktan sonraki beslenme alışkanlıklarının değişimi durumuna bakıldığında %78,5'i evet, %21,5'i hayır değişim olmadığını belirtmiştir. Hastaların hastalık belirtilerinin yaşam kalitelerine etki etme durumunda ise %87,7 'si evet, %12,3'ü hayır yanıtını vermiştir.

Tablo 4: Hastaların Yaşına Göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalite Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (X± SD)

		Yaş	25-44	45-64	65 ve üzeri	F	p
Genel iyilik Durumu		X± SD	4,66 ± ,76	3,55 ± 1,21	3,11 ± ,92	3,343	0,042
Fonksiyonel Durum	Fiziksel fonksiyonlar	X± SD	1,46 ± ,30	2,08 ± ,63	2,03 ± ,66	1,273	0,287
	Rol performans	X± SD	1,83 ± 1,44	1,91 ± ,76	2,09 ± 1,00	0,346	0,709
	Emosyonel durum	X± SD	1,41 ± ,144	1,98 ± ,73	1,76 ± ,60	1,508	0,229
	Bilişsel durum	X± SD	1,16 ± ,288	1,97 ± ,84	1,59 ± ,55	3,188	0,048
	Sosyal durum	X± SD	2 ± 1,73	1,82 ± ,60	1,77 ± ,65	0,153	0,858
Semptom Kontrolü	Yorgunluk	X± SD	1,77 ± ,83	2,55 ± ,62	2,4 ± ,78	1,746	0,183
	Bulantı ve Kusma	X± SD	1 ± ,00	1,58 ± ,65	1,75 ± ,82	1,635	0,203
	Ağrı	X± SD	2,16±1,25	2,3± ,86	2,46 ± ,84	0,344	0,71
	Solunum Güçlüğü	X± SD	1 ± ,00	1,37 ± ,59	1,77 ± 1,05	2,564	0,085
	Uyuma Güçlüğü	X± SD	1 ± ,00	2,37 ± ,94	2,37± ,88	3,304	0,043
	İştah Kaybı	X± SD	1 ± ,00	2,51 ± 1,01	2,22 ± 1,05	3,327	0,042
	Kabızlık	X± SD	1,33 ± ,57	1,74 ± ,98	2,22 ± 1,05	2,297	0,109
	İshal	X± SD	1 ± ,00	1,57 ± ,77	1,81± ,83	1,778	0,178
	Ekonomik Güçlük	X± SD	1,33 ± ,57	1,94 ± ,87	1,88± 1,01	0,598	0,553

Çalışmadaki hastaların sosyodemografik özelliklerine göre yaşam kalitesinin alt boyut puanlarının karşılaştırması incelendiğinde: yaşa göre genel iyilik alt boyut puanları arasında fark olduğu farkın da istatistiksel olarak anlamlı (F:3,343, p:0,042, p<0.05) olduğu ve 25-44 yaş arasındaki hastaların genel puan ortalamalarının (X±SD: 4,66 ± ,76) diğer yaş gruplarına göre yüksek olduğu saptanmıştır.

Yaş'a göre fonksiyonel durumun alt boyut puanları bakıldığında bilişsel durum boyut puanları arasında fark olduğu farkında istatistiksel olarak anlamlı ($F:3,188$, $p:0,048$, $p<0.05$) olduğu ve 45-64 yaş arasındaki hastaların genel puan ortalamalarının ($X\pm SD: 1,97\pm,84$) diğer yaş gruplarına göre yüksek olduğu saptanmıştır. Fonksiyonel durumun alt boyutları (Fiziksel durum, rol performans, emosyonel durum, sosyal durum) incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ve rol performans alt boyutunda 65 yaş ve üzeri puan ortalaması diğer yaş gruplarına göre genel puan ortalamasının yüksek olduğu görülmüştür. Yaş'a göre semptom kontrolünün alt boyut puanları bakıldığında uyuma güçlüğü boyut puanları arasında fark olduğu, farkında istatistiksel olarak anlamlı ($F:3,304$, $p:0,043$, $p<0.05$) olduğu ve 45-64 yaş arasındaki hastaların genel puan ortalamalarının ($X\pm SD: 2,37\pm,94$) diğer yaş gruplarına göre yüksek olduğu saptanmıştır.

Yaş'a göre semptom kontrolünün alt boyut puanları bakıldığında iştah kaybı boyut puanları arasında fark olduğu, farkında istatistiksel olarak anlamlı ($F:3,304$, $p:0,043$, $p<0.05$) olduğu ve 45-64 yaş arasındaki hastaların puan ortalamalarının ($X\pm SD: 2,51\pm 1,01$) diğer yaş gruplarına göre yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer semptom kontrolünün alt boyutları yaş'a göre bir anlamlılık olmadığı ve ağrı alt boyutuna 65 yaş üzeri genel puan ortalaması diğer yaş gruplarına göre yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 5: Hastaların Cinsiyetine Göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalite Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (X± SD)

		Cinsiyet	Erkek	Kadın	F	p
Genel iyilik Durumu		X± SD	3,11 ± ,92	3,55 – 1,15	0,096	0,758
Fonksiyonel Durum	Fiziksel fonksiyonlar	X± SD	2,03 ± ,66	2,00 ± ,64	0,223	0,637
	Rol performans	X± SD	2,09 ± 1,0	1,96 ± ,90	0,232	0,632
	Emosyonel durum	X± SD	1,76 ± ,60	1,89 ± ,66	0,097	0,757
	Bilişsel durum	X± SD	1,59 ± ,55	1,75 ± ,78	1,081	0,303
	Sosyal durum	X± SD	1,77 ± ,65	1,87 ± ,71	0,006	0,941
Semptom Kontrolü	Yorgunluk	X± SD	2,41 ± ,78	2,43 ± ,73	0,063	0,802
	Bulantı ve Kusma	X± SD	1,75 ± ,82	1,62 ± ,79	1,049	0,31
	Ağrı	X± SD	2,46 ± ,84	2,29 ± ,87	0,232	0,632
	Solunum Güçlüğü	X± SD	1,77 ± 1,05	1,35 ± ,66	7,191	0,009
	Uyuma Güçlüğü	X± SD	2,37 ± ,88	2,20 ± ,86	1,714	0,195
	İştah Kaybı	X± SD	2,22 ± 1,05	2,25 ± 1,16	5,675	0,020
	Kabızlık	X± SD	2,22 ± 1,05	2,02 ± 1,06	0,039	0,844
	İshal	X± SD	1,81 ± ,83	1,53 ± ,68	1,721	0,194
	Ekonomik Güçlük	X± SD	1,88 ± 1,01	1,92 ± ,92	0,266	0,608

Hastaların cinsiyete göre genel iyilik boyutu ve fonksiyonel durum alt boyut puanlarına bakıldığında anlamlı bir fark olmadığı gözlenmiştir. Semptom kontrolü alt boyutlarına göre bakıldığında solunum güçlüğü boyutu cinsiyete göre karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı (F:7,191, p:0,009, p<0.05) olduğu ve erkek cinsiyeti genel puan ortalaması (X±SD: 1,77±1,05) kadın cinsiyetine göre yüksek olduğu saptanmıştır. İştah kaybı alt boyutu cinsiyete göre incelendiğinde ise farkın istatistiksel olarak anlamlı (F: 5,565, p:0,020, p<0.05) olduğu ve kadın cinsiyetinin genel puan ortalaması (X± SD: 2,25 ± 1,16) erkeklere göre yüksek olduğu görülmüştür. Diğer semptom kontrolü alt boyutlarında cinsiyete göre anlamlı bir fark bulunmamaktadır

Tablo 6: Hastaların Medeni Durumuna Göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalite Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (X± SD)

		Medeni Durum	Evli	Bekâr	F	p
Genel iyilik Durumu		X± SD	3,56 ± 1,10	3,02 ± 1,12	0,07	0,792
Fonksiyonel Durum	Fiziksel fonksiyonlar	X± SD	2,04 ± ,60	2,01 ± ,74	0,847	0,361
	Rol performans	X± SD	2,08 ± ,88	1,7 ± ,86	0,002	0,969
	Emosyonel durum	X± SD	1,86 ± ,68	1,86 ± ,67	0,009	0,925
	Bilişsel durum	X± SD	1,71 ± ,72	1,94 ± ,82	0,656	0,421
	Sosyal durum	X± SD	1,76 ± ,68	1,97 ± ,67	0,113	0,738
Semptom Kontrolü	Yorgunluk	X± SD	2,45 ± ,67	2,47 ± ,84	1,521	0,222
	Bulantı ve Kusma	X± SD	1,56 ± ,69	1,82 ± ,80	0,691	0,409
	Ağrı	X± SD	2,35 ± ,92	2,38 ± ,69	2,928	0,092
	Solunum Güçlüğü	X± SD	1,47 ± ,79	1,64 ± ,93	0,821	0,368
	Uyuma Güçlüğü	X± SD	2,33 ± ,88	2,23 ± 1,09	1,2	0,277
	İştah Kaybı	X± SD	2,33 ± 1,07	2,29 ± ,98	0,594	0,444
	Kabızlık	X± SD	2 ± 1,05	1,70 ± ,91	0	0,986
	İshal	X± SD	1,56 ± ,74	1,88 ± ,92	0,612	0,437
	Ekonomik Güçlük	X± SD	1,83 ± ,85	2,05 ± 1,08	1,994	0,163

Hastaların medeni durumuna göre yaşam kalite ölçeğinin alt boyut puanları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Tablo 7: Hastaların Eğitim Durumuna Göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalite Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (X± SD)

	Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	Okuryazar / İlkokul	Ortaokul / Lise	Üniversite	F	p	
Genel iyilik Durumu	X± SD	3,11 ± ,65	3,45 ± 1,23	3,7 ± 1,03	3,37 ± ,75	0,337	0,798	
Fonksiyonel Durum	Fiziksel fonksiyonlar	X± SD	2,11 ± ,67	2,03 ± ,63	1,92 ± ,65	1,95 ± ,9	0,114	0,951
	Rol performans	X± SD	2,22 ± ,93	1,93 ± ,87	1,9 ± ,54	2,12±1,43	0,3	0,826
	Emosyonel durum	X± SD	2 ± ,53	1,82 ± ,72	2,15±,37	1,68 ± ,71	0,535	0,66
	Bilişsel durum	X± SD	1,66 ± ,82	1,71 ± ,66	2,2 ± ,97	2,25±1,19	1,255	0,298
	Sosyal durum	X± SD	1,88 ± ,65	1,78 ± ,67	1,8 ± ,90	2 ± ,81	0,154	0,927
Semptom Kontrolü	Yorgunluk	X± SD	2,62 ± ,73	2,39 ± ,71	2,73 ± ,54	2,5 ± 1	0,528	0,665
	Bulantı ve Kusma	X± SD	2,11 ± ,96	1,54 ± ,67	1,7 ± ,75	1,5 ± ,57	1,631	0,192
	Ağrı	X± SD	2,55 ± ,72	2,39 ± ,87	1,7 ± ,67	2,37 ± 1,1	1,159	0,333
	Solunum Güçlüğü	X± SD	1,77 ± ,83	1,46 ± ,80	1,2 ± ,44	2 ± 1,41	1,043	0,38
	Uyuma Güçlüğü	X± SD	2,22 ± ,44	2,34 ± ,93	1,8 ± 1,09	2,75 ± 1,5	0,829	0,483
	İştah Kaybı	X± SD	2,88 ± ,78	2,17 ± 1,02	3 ± 1	2 ± 1,41	2,141	0,1
	Kabızlık	X± SD	1,77 ± ,97	1,95 ± 1,02	2,4 ± 1,34	1,25 ± ,5	1,024	0,388
	İshal	X± SD	1,66 ± ,70	1,59 ± ,77	1,8 ± 1,3	2 ± ,81	0,376	0,77
	Ekonomik Güçlük	X± SD	2,33 ± 1,11	1,80 - ,82	1,6 ± 0,89	2,25 ± 1,5	1,199	0,318

Hastaların eğitim durumuna göre yaşam kalite ölçeğinin alt boyut puanları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Tablo 8: Hastaların Çalışma Durumuna Göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalite Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (X± SD)

		Çalışma Durumu	Çalışıyor	Çalışmıyor	F	p
Genel iyilik Durumu		X± SD	3,42 ± 1,42	3,42 ± 1,04	3,97	0,051
Fonksiyonel Durum	Fiziksel fonksiyonlar	X± SD	2,02 ± ,75	2,03 ± ,61	0,534	0,468
	Rol performans	X± SD	1,64 ± ,84	2,07 ± ,88	0,002	0,964
	Emosyonel durum	X± SD	1,82 ± ,78	1,88 ± ,65	2,736	0,103
	Bilişsel durum	X± SD	1,85 ± ,79	1,75 ± ,74	0,009	0,926
	Sosyal durum	X± SD	1,78 ± ,67	1,82 ± ,69	0,012	0,912
Semptom Kontrolü	Yorgunluk	X± SD	2,5 ± ,68	2,45 ± ,72	0,051	0,822
	Bulantı ve Kusma	X± SD	1,60 ± ,9	1,63 ± ,68	3,578	0,063
	Ağrı	X± SD	2,25 ± ,77	2,39 ± ,89	0,231	0,633
	Solunum Güçlüğü	X± SD	1,42 ± ,75	1,54 ± ,85	0,279	0,599
	Uyuma Güçlüğü	X± SD	1,85 ± ,94	2,43 ± ,9	0,043	0,836
	İştah Kaybı	X± SD	2,14 ± 1,23	2,37 ± ,99	1,39	0,243
	Kabızlık	X± SD	1,85 ± ,86	1,94 ± 1,06	3,733	0,058
	İshal	X± SD	1,64 ± ,74	1,64 ± ,82	0,111	0,74
	Ekonomik Güçlük	X± SD	1,85 ± ,94	1,9 ± ,92	0,002	0,961

Hastaların çalışma durumuna göre yaşam kalite ölçeğinin alt boyut puanları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Tablo 9: Hastaların Aile Tipine Göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalite Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (X± SD)

		Aile Tipi	Çekirdek Aile	Geniş Aile	F	p
Genel iyilik Durumu		X± SD	3,44 ± 1,22	3,38 ± ,92	1,645	0,204
Fonksiyonel Durum	Fiziksel fonksiyonlar	X± SD	1,9 ± ,52	2,29 ± ,77	5,359	0,024
	Rol performans	X± SD	1,97 ± ,89	2 ± ,89	0	0,987
	Emosyonel durum	X± SD	1,81 ± ,63	1,96 ± ,76	1,769	0,188
	Bilişsel durum	X± SD	1,83 ± ,76	1,65 ± ,71	0,412	0,523
	Sosyal durum	X± SD	1,79 ± ,71	1,86 ± ,62	0,694	0,408
Semptom Kontrolü	Yorgunluk	X± SD	2,51 ± ,71	2,36 ± ,71	0,225	0,637
	Bulantı ve Kusma	X± SD	1,62 ± ,70	1,63 ± ,78	0,014	0,905
	Ağrı	X± SD	2,44 ± ,83	2,2 ± ,9	0,366	0,547
	Solunum Güçlüğü	X± SD	1,46 ± ,82	1,63 ± ,84	0,124	0,726
	Uyuma Güçlüğü	X± SD	2,39 ± ,95	2,1 ± ,88	1,386	0,243
	İştah Kaybı	X± SD	2,41 ± 1,07	2,1 ± ,99	1,868	0,177
	Kabızlık	X± SD	1,76 ± ,97	2,22 ± 1	0,391	0,534
	İshal	X± SD	1,69 ± ,88	1,54 ± ,5	3,691	0,059
	Ekonomik Güçlük	X± SD	1,88 ± ,95	1,9 ± ,86	0,715	0,401

Aile tiplerine göre fonksiyonel durumun alt boyutu olan fiziksel fonksiyonların puanları karşılaştırıldığında aralarında fark olduğu, farkında istatistiksel olarak anlamlı (F:5,359, p:0,024, p<0.05) olduğu ve geniş aile tipinin genel puan ortalaması (X±SD: 2,29 ± ,77) diğer aile tiplerine göre yüksek olduğu görülmüştür. Diğer alt boyutları ile karşılaştırıldığında anlamlı bir fark gözlenmemiştir.

Tablo 10: Hastaların Gelir Durumuna Göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalite Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (X± SD)

		Gelir Durumu	Gelir giderden az	Gelir gider eşit	Gelir giderden fazla	F	p
Genel iyilik Durumu		X± SD	3,54± 1,15	3,38± 1,16	3,5 ± ,4	0,097	0,908
Fonksiyonel Durum	Fiziksel fonksiyonlar	X± SD	1,75 ± ,7	2,09 ± ,62	2,15 ± ,57	1,475	0,237
	Rol performans	X± SD	1,87 ± 1,0	1,96 ± ,85	2,5 ± 1,08	0,766	0,469
	Emosyonel durum	X± SD	1,97 ± ,67	1,81 ± ,66	2,25 ± ,81	0,968	0,386
	Bilişsel durum	X± SD	1,79 ± ,58	1,7 ± ,74	2,62 ± ,85	2,96	0,059
	Sosyal durum	X± SD	1,83 ± ,61	1,78 ± ,72	2,12 ± ,25	0,455	0,637
Semptom Kontrolü	Yorgunluk	X± SD	2,13 ± ,52	2,53 ± ,7	2,58 ± 1,19	1,54	0,223
	Bulantı ve Kusma	X± SD	1,25 ± ,39	1,71 ± ,77	1,75 ± ,64	2,072	0,135
	Ağrı	X± SD	2,29 ± ,78	2,42 ± ,89	1,75 ± ,5	1,197	0,309
	Solunum Güçlüğü	X± SD	1,33 ± ,65	1,55 ± ,89	1,75 ± ,5	0,482	0,62
	Uyuma Güçlüğü	X± SD	2,08 ± ,9	2,4 ± 93	1,75 ± ,95	1,357	0,265
	İştah Kaybı	X± SD	2,08 ± ,99	2,3 ± 1,04	3,25 ± ,95	1,943	0,152
	Kabızlık	X± SD	2,08 ± 1,08	1,87 ± ,99	2 ± 1,41	0,203	0,817
	İshal	X± SD	1,16 ± ,38	1,79 ± ,84	1,25 ± ,5	3,823	0,027
	Ekonomik Güçlük	X± SD	2 ± 1,04	1,87 ± ,92	1,75 ± ,5	0,132	0,876

Gelir durumuna göre semptom kontrolünün alt boyutu olan ishal puanları karşılaştırıldığına istatistiksel olarak fark olduğu, farkında anlamlı (F:3,823, p:0,027, p<0.05) olduğu ve gelirin gidere eşit olduğu hastaların genel puan ortalaması (X± SD: 1,79 ± ,84) diğer gelir durumlarına göre yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer alt boyutları ile karşılaştırıldığında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. %95 güven düzeyinde yapılan fark analizleri sonucunda p<0.05 için istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır sonucuna varılmaktadır.

Tablo 11: Hastaların Hastalık Tanısına Göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalite Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (X± SD)

	Hastalık Tanısı	Kolon Kanseri	Mide Kanseri	Özefagus Kanseri	Pankreas Kanseri	F	p	
Genel iyilik Durumu	X± SD	3,37 ± 1,23	3,52 ± ,75	2,25 ± 1,06	3,83 ± 1,21	1,068	0,37	
Fonksiyonel Durum	Fiziksel fonksiyonlar	X± SD	2,01 ± ,70	2,01 ± ,51	2,4 ± ,56	2,1 ± ,67	0,28	0,839
	Rol performans	X± SD	1,82 ± ,84	1,97 ± ,73	3 ± 1,41	2,75 ± 1,03	3,058	0,035
	Emosyonel durum	X± SD	1,92 ± ,69	1,60 ± ,46	2,25 ± 1,41	2,12 ± ,78	1,495	0,225
	Bilişsel durum	X± SD	1,81 ± ,73	1,67 ± ,72	2,5 ± 1,41	1,58 ± ,73	0,879	0,457
	Sosyal durum	X± SD	1,8 ± ,62	1,64 ± ,52	2 ± 1,41	2,33 ± 1,08	1,597	0,199
Semptom Kontrolü	Yorgunluk	X± SD	2,36 ± ,711	2,6 ± ,64	3 ± ,0	2,5 ± ,93	0,853	0,47
	Bulantı ve Kusma	X± SD	1,56 ± ,71	1,64 ± ,6	2 ± ,0	1,91 ± 1,2	0,585	0,627
	Ağrı	X± SD	2,27 ± ,76	2,67 ± ,84	3 ± ,0	1,83 ± 1,35	2,102	0,109
	Solunum Güçlüğü	X± SD	1,57 ± ,78	1,41 ± ,87	2,5 ± 2,1	1,16 ± ,4	1,474	0,23
	Uyuma Güçlüğü	X± SD	2,25 ± ,95	2,41 ± ,61	4 ± ,0	1,83 ± 1,16	3,104	0,033
	İştah Kaybı	X± SD	2,22 ± ,99	2,52 ± 1,12	2,5 ± ,7	2,3 ± 1,3	0,345	0,793
	Kabızlık	X± SD	1,87 ± ,91	1,94 ± 1,19	1 ± ,0	2,5 ± 1,2	1,23	0,307
	İshal	X± SD	1,65 ± ,76	1,58 ± ,87	2,5 ± ,7	1,5 ± 0,8	0,852	0,471
	Ekonomik Güçlük	X± SD	1,87 ± ,88	1,82 ± ,88	2,5 ± 2,1	2 ± 1,09	0,343	0,794

Çalışmadaki hastaların hastalık özelliklerine göre yaşam kalitesinin alt boyut puanlarının karşılaştırması incelendiğinde: hastalık tanısına göre fonksiyonel durumun

alt boyutu olan rol performans puanları karşılaştırıldığına aralarında istatistiksel olarak fark olduğu, farkında anlamlı (F:3,058 p:0,035, p<0.05) olduğu ve genel olarak özefagus kanserinin puan ortalamasının (X±SD: 3±1,41) diğer kanser türlerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Semptom kontrolünün alt boyutu olan uyuma güçlüğü ile puanları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak fark olduğu, farkında anlamlı (F: 3,104, p:0,033, p<0.05) olduğu ve özefagus kanserinin genel puan ortalamasının (X±SD: 4±0,0) diğer kanser türlerine göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Diğer alt boyutlarıyla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir.



Tablo 12: Hastaların Aile Kanser Öyküsüne Göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalite Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (X± SD)

		Aile Kanser Öyküsü	Var	Yok	F	p
Genel iyilik Durumu		X± SD	3,74 ± 1,31	3,19 ± ,91	7,854	0,007
Fonksiyonel Durum	Fiziksel fonksiyonlar	X± SD	2,02 ± ,60	2,04 ± ,67	1,871	0,176
	Rol performans	X± SD	1,9 ± ,96	2,03 ± ,84	0,868	0,355
	Emosyonel durum	X± SD	1,74 ± ,71	1,96 ± ,64	0,294	0,589
	Bilişsel durum	X± SD	1,62 ± ,64	1,88 ± ,80	3,924	0,052
	Sosyal durum	X± SD	1,68 ± ,81	1,90 ± ,56	6,349	0,014
Semptom Kontrolü	Yorgunluk	X± SD	2,48 ± ,73	2,44 ± ,70	0,012	0,912
	Bulantı ve Kusma	X± SD	1,62 ± ,82	1,63 ± ,66	3,946	0,051
	Ağrı	X± SD	2,16 ± ,91	2,5 ± ,8	1,88	0,175
	Solunum Güçlüğü	X± SD	1,48 ± ,89	1,55 ± ,79	0,005	0,943
	Uyuma Güçlüğü	X± SD	2,18 ± ,87	2,39 ± ,97	1,094	0,3
	İştah Kaybı	X± SD	2,22 ± 1,12	2,39 ± 1,0	0,449	0,505
	Kabızlık	X± SD	1,62 ± ,83	2,13 ± 1,0	4,057	0,048
	İshal	X± SD	1,70 ± ,86	1,6 ± ,75	0,783	0,38
	Ekonomik Güçlük	X± SD	1,74 ± ,90	2 ± ,92	0,029	0,865

Aile kanser öyküsüne göre genel iyilik hali puanları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak fark olduğu, farkında anlamlı (F:7,854, p:0,007, p<0.05) olduğu ve genel olarak ailede kanser öyküsü olanlarını genel puan ortalamasınının (X±SD: 3,74±1,31) diğerlerine göre yüksek olduğu saptanmıştır. Fonksiyonel durumun

alt boyutu olan sosyal duruma göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak fark olduğu, farkında anlamlı (F:6,349, p:0,014, p<0.05) olduğu ve ailede kanser öyküsünün olmayanlarının genel puan ortalamasının (X±SD: 1,90±,56) olanlara göre yüksek olduğu görülmüştür. Diğer alt gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Semptom kontrolünün alt boyutlarına bakıldığında ise kabızlık alt boyutunun ailede kanser öyküsüne göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak fark olduğu, farkında anlamlı (F:4,057, p:0,048, p<0.05) olduğu ve ailede kanser öyküsü var olanların genel puan ortalaması (X±SD: 2,13±1,0) olmayanlara göre yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer alt gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur



Tablo 13: Hastaların Hastalık Süresine Göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalite Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (X± SD)

		Hastalık Süresi	1 - 6ay	7 - 12ay	13 -18 ay	18 ay ve üstü	F	p
Genel iyilik Durumu		X± SD	3,8 ± 1,03	3,1 ± ,54	4,25 ± 1,19	2,93 ± ,49	1,395	0,176
Fonksiyonel Durum	Fiziksel fonksiyonlar	X± SD	1,5 ± ,66	2,20 ± ,67	2,25 ± ,52	1,72 ± ,45	1,361	0,194
	Rol performans	X± SD	1,25 ± ,5	1,9 ± 1,02	2,12 ± 1,43	2,37 ± ,69	1,293	0,234
	Emosyonel durum	X± SD	2 ± ,73	1,95 ± ,89	1,37 ± ,59	1,93 ± ,60	0,684	0,82
	Bilişsel durum	X± SD	1,25 ± ,288	2,1 ± 1,08	1,87 ± 1,10	1,68 ± ,59	0,703	0,802
	Sosyal durum	X± SD	1,62 ± ,47	1,9 ± ,74	1,85 ± 1,03	2,06 ± ,17	1,468	0,143
Semptom Kontrolü	Yorgunluk	X± SD	1,58 ± ,78	2,4 ± 1,06	2,5 ± ,79	2,58 ± ,66	1,047	0,433
	Bulantı ve Kusma	X± SD	1 ± ,0	1,6 ± ,65	1,62 ± ,75	1,56 ± ,49	1,263	0,254
	Ağrı	X± SD	1,5 ± ,70	2,2 ± 1,25	1,87 ± ,85	2,93 ± ,67	1,778	0,056
	Solumun Güçlüğü	X± SD	1 ± ,0	1,4 ± ,54	2 ± 1,41	1,62 ± ,91	1,162	0,329
	Uyuma Güçlüğü	X± SD	2,25 ± ,50	2 ± 1	1,75 ± 1,5	2,75 ± 1,03	1,465	0,144
	İştah Kaybı	X± SD	1 ± ,0	2,6 ± 1,3	2,25 ± 1,25	2,12 ± ,99	1,601	0,096
	Kabızlık	X± SD	2,5 ± 1,29	2 ± 1	1,25 ± ,5	1,75 ± ,88	1,601	0,096
	İshal	X± SD	1,5 ± ,57	1,4 ± ,54	1,5 ± ,57	1,34 ± ,74	0,617	0,878
	Ekonomik Güçlük	X± SD	1,5 ± ,57	1,6 ± ,54	1,75 ± 1,5	2,25 ± ,88	0,994	0,488

Hastalık süresi ile yaşam kalite ölçeğinin alt boyut puanları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Tablo 14: Hastaların Tedavi Türüne Göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalite Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (X± SD)

		Tedavi Türü	Kemoterapi	Radyoterapi	Cerrahi	F	p
Genel iyilik Durumu		X± SD	3,16 ± 1,43	5,5	3,41 ± 1,07	1,912	0,156
Fonksiyonel Durum	Fiziksel fonksiyonlar	X± SD	2 ± ,028	2,2	2,03 ± ,67	0,041	0,96
	Rol performans	X± SD	2,75 ± 1,08	1	1,92 ± ,83	3,189	0,048
	Emosyonel durum	X± SD	1,87 ± ,98	1	1,88 ± ,64	0,832	0,44
	Bilişsel durum	X± SD	1,66 ± ,51	1	1,8 ± ,77	0,625	0,538
	Sosyal durum	X± SD	2 ± ,63	1	1,81 ± ,68	0,934	0,399
Semptom Kontrolü	Yorgunluk	X± SD	2,66 ± ,76	1,66	2,45 ± ,71	0,868	0,425
	Bulantı ve Kusma	X± SD	1,33 ± ,51	1	1,67 ± ,74	0,964	0,387
	Ağrı	X± SD	3 ± ,63	1,5	2,31 ± ,86	2,331	0,106
	Solunum Güçlüğü	X± SD	1,83 ± 1,32	2	1,48 ± ,77	0,644	0,529
	Uyuma Güçlüğü	X± SD	3,33 ± ,81	1	2,2 ± ,87	5,509	0,006
	İştah Kaybı	X± SD	2,16 ± 1,16	1	2,36 ± 1,03	0,902	0,411
	Kabızlık	X± SD	1,33 ± ,81	2	1,98 ± 1,03	1,108	0,377
	İshal	X± SD	1,66 ± ,51	2	1,63 ± ,83	0,1	0,905
	Ekonomik Güçlük	X± SD	2,66 ± 1,21	1	1,82 ± ,86	2,898	0,063

Hastaların tedavi türüne göre fonksiyonel durumun alt boyutu olan rol performans karşılaştırıldığında istatistiksel olarak fark olduğu, farkında anlamlı (F:3,189, p:0,048, p<0.05) olduğu ve kemoterapi alan hastaların genel puan ortalaması (X±SD: 2,75±1,08) diğer tedavi türlerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer alt gruplarla istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir

Tablo 15: Hastaların Hastanede Yatış Sürelerine Göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalite Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (X± SD)

		Yatış Süresi	1 – 6 gün	7 – 12 gün	12 gün ve üzeri	F	p
Genel iyilik Durumu		X± SD	3,63 ± 1,27	3,15 ± ,76	3,64 ± 1,59	1,352	0,266
Fonksiyonel Durum	Fiziksel fonksiyonlar	X± SD	1,94 ± ,67	2,13 ± ,63	2 ± ,56	0,258	0,773
	Rol performans	X± SD	1,98 ± ,96	2,03 ± ,85	1,78 ± ,75	0,215	0,807
	Emosyonel durum	X± SD	1,76 ± ,65	1,89 ± ,68	2,17 ± ,71	0,829	0,441
	Bilişsel durum	X± SD	1,70 ± ,78	1,81 ± ,71	1,92 ± ,83	0,16	0,852
	Sosyal durum	X± SD	1,77 ± ,73	1,91 ± ,59	1,57 ± ,78	0,547	0,582
Semptom Kontrolü	Yorgunluk	X± SD	2,41 ± ,65	2,48 ± ,80	2,57 ± ,56	0,131	0,878
	Bulantı ve Kusma	X± SD	1,41 ± ,51	1,91 ± ,77	1,35 ± ,94	4,566	0,014
	Ağrı	X± SD	2,32 ± ,95	2,34 ± ,84	2,57 ± ,53	0,264	0,739
	Solunum Güçlüğü	X± SD	1,34 ± ,72	1,62 ± ,82	1,85 ± 1,21	1,249	0,294
	Uyuma Güçlüğü	X± SD	2,31 ± 1,13	2,24 ± ,63	2,57 ± 1,13	0,423	0,657
	İştah Kaybı	X± SD	2,10 ± 1,11	2,51 ± ,94	2,42 ± 1,13	1,305	0,278
	Kabızlık	X± SD	1,89 ± 1,08	1,96 ± 1,05	1,85 ± ,69	0,016	0,984
	İshal	X± SD	1,68 ± ,76	1,65 ± ,85	1,42 ± ,78	0,286	0,752
	Ekonomik Güçlük	X± SD	1,62 ± ,90	2,13 ± ,83	2 ± 1,15	2,369	0,102

Yatış süresi göre semptom kontrolünün alt boyutu olan bulantı ve kusma boyutu ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak fark olduğu, farkında anlamlı (F:4,566 p:0,014, p<0.05) olduğu ve genel olarak 7-12 gün yatan hastaların genel puan ortalamasının (X±SD: 1,91 ±,77) diğer gün gruplarına bakıldığında daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 16: Hastaların Hastanede Daha Önceden Hastaneye Yatma Durumlarına Göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalite Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (X± SD)

		Daha Önce Hastaneye Yatma	Evet	Hayır	F	p
Genel iyilik Durumu		X± SD	3,55 ± 1,04	2,88 ± 1,32	0,616	0,435
Fonksiyonel Durum	Fiziksel fonksiyonlar	X± SD	2,06 ± ,67	1,89 ± ,46	2,094	0,153
	Rol performans	X± SD	1,98 ± ,85	2 ± 1,04	1,396	0,242
	Emosyonel durum	X± SD	1,81 ± ,68	2,09 ± ,63	0,548	0,462
	Bilişsel durum	X± SD	1,70 ± ,76	2,07 ± ,64	1,254	0,267
	Sosyal durum	X± SD	1,76 ± ,68	2 ± ,67	0,544	0,463
Semptom Kontrolü	Yorgunluk	X± SD	2,41 ± ,75	2,66 ± ,50	3,423	0,069
	Bulantı ve Kusma	X± SD	1,60 ± ,68	1,73 ± ,90	2,067	0,156
	Ağrı	X± SD	2,25 ± ,84	2,80 ± ,80	0,191	0,664
	Solunum Güçlüğü	X± SD	1,48 ± ,80	1,69 ± ,94	0,43	0,514
	Uyuma Güçlüğü	X± SD	2,17 ± ,92	2,84 ± ,80	0,25	0,619
	İştah Kaybı	X± SD	2,25 ± ,98	2,61 ± 1,26	2,584	0,113
	Kabızlık	X± SD	1,76 ± ,92	2,53 ± 1,19	2,791	0,1
	İshal	X± SD	1,59 ± ,74	1,84 ± ,98	1,168	0,284
	Ekonomik Güçlük	X± SD	1,80 ± ,84	2,23 ± 1,16	5,005	0,029

Hastaların daha önceden hastaneye yatma durumuna göre semptom kontrolü alt grubunda olan ekonomik güç boyutu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak fark olduğu, farkında anlamlı (F:5,005, p:0,029, p<0.05) olduğu ve daha önceden hastanede yatmayanların genel puan ortalaması (X±SD: 2,23±1,16) diğerlerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer alt boyutları ile karşılaştırıldığında anlamlı bir fark gözlenmemiştir.

Tablo 17: Hastaların Sigara ve Alkol Kullanımına Göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalite Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (X± SD)

		Sigara Kullanımı	Evet	Hayır	F	p	Alkol Kullanımı	Evet	Hayır	F	p
	Genel iyilik Durumu	X± SD	3,16 ± 1,23	3,48 ± 1,10	0,036	0,849	X± SD	3,64 ± 1,72	3,39 ± 1,05	3,009	0,088
Fonksiyonel Durum	Fiziksel fonksiyonlar	X± SD	2,05 ± ,70	2,03 ± ,63	0,059	0,81	X± SD	1,62 ± ,33	2,08 ± ,65	3,406	0,07
	Rol performans	X± SD	2 ± ,95	1,98 ± ,88	0,219	0,614	X± SD	1,78 ± 1,07	2,00 ± ,87	0,15	0,7
	Emosyonel durum	X± SD	1,83 ± ,67	1,87 ± ,68	0,116	0,735	X± SD	2,03 ± ,72	1,84 ± ,67	0,043	0,837
	Bilişsel durum	X± SD	1,58 ± ,63	1,82 ± ,77	2,469	0,121	X± SD	1,78 ± ,56	1,77 ± ,77	1,357	0,248
	Sosyal durum	X± SD	2 ± ,76	1,77 ± ,66	0,131	0,719	X± SD	1,71 ± ,75	1,82 ± ,67	0,195	0,66
Semptom Kontrolü	Yorgunluk	X± SD	2,41 ± ,40	2,47 ± ,76	3,67	0,06	X± SD	2,52 ± ,37	2,45 ± ,74	3,187	0,079
	Bulantı ve Kusma	X± SD	1,91 ± 1,04	1,56 ± ,63	5,054	0,028	X± SD	1,92 ± 1,01	1,59 ± ,69	1,995	0,163
	Ağrı	X± SD	2,45 ± ,72	2,33 ± ,88	0,335	0,565	X± SD	2,57 ± ,88	2,33 ± ,86	0,083	0,775
	Solunum Güçlüğü	X± SD	1,41 ± ,51	1,54 ± ,88	2,549	0,115	X± SD	1,42 ± ,78	1,53 ± ,84	0,131	0,718
	Uyuma Güçlüğü	X± SD	2,08 ± ,90	2,35 ± ,94	0,02	0,889	X± SD	2,28 ± 1,11	2,31 ± ,92	0,43	0,515
	İştah Kaybı	X± SD	2,41 ± ,99	2,30 ± 1,06	0,356	0,553	X± SD	2,28 ± 1,11	2,32 ± 1,04	0	0,987
	Kabızlık	X± SD	2,25 ± ,75	1,84 - 1,06	2,579	0,113	X± SD	1,71 - ,95	1,94 - 1,03	0,023	0,88
	İshal	X± SD	1,58 ± ,90	1,66 - ,78	0,003	0,955	X± SD	1,42 - 1,13	1,67 - ,75	0,234	0,63
	Ekonomik Güçlük	X± SD	2,08 ± 1,08	1,84 - ,88	0,106	0,746	X± SD	2,28 - 1,38	1,84 - ,85	6,211	0,015

Sigara kullanıma bakıldığında bulantı ve kusma alt boyut puan karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak fark olduğu, farkında anlamlı (F:5,054, p: 0,028, p<0.05) olduğu ve sigara kullananların genel puan ortalamasının (X±SD:1,91±1,04) kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer alt boyutları ile karşılaştırıldığında anlamlı bir fark gözlenmemiştir.

Alkol kullanımında ile ekonomik güçlük alt boyutu puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak aralarında fark olduğu, farkında anlamlı (F:6,211, p:0,015, p<0.05) olduğu saptanmıştır ve alkol kullananlarda genel puan ortalamasının (X±SD:2,28±1,38) kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer alt boyutları ile karşılaştırıldığında anlamlı bir fark gözlenmemiştir.

%95 güven düzeyinde yapılan fark analizleri sonucunda p<0.05 için istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır sonucuna varılmaktadır.

Tablo 18: Hastaların Hastalık Belirtilerinin Yaşam Kalitesine Etkisine Göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalite Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (X± SD)

		Hastalık Belirtilerinin Yaşam Kalitesine Etkisi	Evet	Hayır	F	p
Genel İyi Durumu		X± SD	3,39 ± 1,10	3,62 ± 1,32	0,265	0,618
Fonksiyonel Durum	Fiziksel fonksiyonlar	X± SD	2,04 ± ,65	1,95 ± ,57	0,115	0,741
	Rol performans	X± SD	2,02 ± ,88	1,68 ± ,88	0,284	0,606
	Emosyonel durum	X± SD	1,84 ± ,67	2,03 ± ,69	0,027	0,872
	Bilişsel durum	X± SD	1,77 ± ,73	1,81 ± ,88	5,929	0,035
	Sosyal durum	X± SD	1,82 ± ,68	1,75 ± ,70	0,19	0,672
Semptom Kontrolü	Yorgunluk	X± SD	2,5 ± ,72	2,16 ± ,56	0,22	0,649
	Bulantı ve Kusma	X± SD	1,65 ± ,76	1,43 ± ,41	1,034	0,333
	Ağrı	X± SD	2,37 ± ,88	2,25 ± ,70	3,378	0,096
	Solunum Güçlüğü	X± SD	1,52 ± ,86	1,5 ± ,53	0,435	0,525
	İştah Kaybı	X± SD	2,31 ± 1,07	2,37 ± ,91	1,5	0,249
	Kabızlık	X± SD	1,85 ± 1,02	2,37 ± ,91	0,053	0,822
	İshal	X± SD	1,66 ± ,83	1,5 ± ,53	0,13	0,736
	Ekonomik Güçlük	X± SD	1,89 ± ,91	1,87 ± ,99	0	1

Çalışmadaki hastaların uyku ve yaşam kalitesi özelliklerine göre yaşam kalitesinin alt boyut puanlarının karşılaştırması incelendiğinde: hastalık belirtilerinin yaşam kalitesine etkisi göre fonksiyonel durumun alt boyutu olan bilişsel puanları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak fark olduğu, farkında anlamlı (F:5,929, p:0,035, p<0.05) olduğu ve hastalık belirtilerinin yaşam kalitesine göre etkisi olmadığını belirtenlerin genel puan ortalaması (X±SD:1,81±,88) belirtmeyenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer alt boyut puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır

Tablo 19: Hastaların Beslenme Alışkanlıklarında Değişim ve Ailede Uyku Sorunu Yaşama Durumuna Göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalite Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (X± SD)

		Beslenme Alışkanlıklarında Değişim					Ailelerin Uyku Sorunu			
			Evet	Hayır	F	p	Evet	Hayır	F	p
Genel iyilik Durumu		X± SD	3,34±1,08	3,71 ± 1,25	0,009	0,927	3,5 ± 1,55	3,4 ± 1,04	0,255	0,625
Fonksiyonel Durum	Fiziksel fonksiyonlar	X± SD	2,03 ± ,63	2,04 ± ,69	1,569	0,239	1,8 ± ,028	2,07 ± ,68	0,258	0,623
	Rol performans	X± SD	2 ± ,88	1,92 ± ,91	0,688	0,426	1,6 ± ,84	2,05 ± ,88	0,893	0,367
	Emosyonel durum	X± SD	1,88 ± ,66	1,82 ± ,76	0,215	0,653	1,9 ± ,80	1,86 ± ,65	13,75	0,004
	Bilişsel durum	X± SD	1,82 ± ,75	1,60 ± ,73	0,089	0,772	1,95 ± ,89	1,74 ± ,72	0,926	0,359
	Sosyal durum	X± SD	1,88 ± ,71	1,57 ± ,51	0,099	0,759	1,8 ± ,75	1,81 ± ,67	1,683	0,224
Semptom Kontrolü	Yorgunluk	X± SD	2,50 ± ,74	2,28 ± ,55	0,704	0,421	2,53 ± ,59	2,44 ± ,73	0,044	0,838
	Bulantı ve Kusma	X± SD	1,71 ± ,76	1,32 ± ,50	0,839	0,381	2 ± ,97	1,56 ± ,66	0,366	0,559
	Ağrı	X± SD	2,43 ± ,87	2,10 ± ,81	10,459	0,009	1,95 ± ,86	2,43 ± ,85	2,121	0,176
	Solunum Güçlüğü	X± SD	1,54 ± ,87	1,42 ± ,64	3,182	0,105	1,4 ± ,51	1,54 ± ,87	0,047	0,832
	İştah Kaybı	X± SD	2,29 ± 1,0	2,42 ± 1,22	0,486	0,502	2,4 ± 1,07	2,30 ± 1,05	0,624	0,448
	Kabızlık	X± SD	1,74 ± ,93	2,57 ± 1,08	0,008	0,932	2,2 ± ,91	1,87 ± 1,03	4,623	0,057
	İshal	X± SD	1,70 ± ,85	1,42 ± ,51	0,065	0,804	1,5 ± ,70	1,67 ± ,81	0,007	0,936
	Ekonomik Güçlük	X± SD	2 ± ,97	1,5 ± ,51	0,002	0,963	1,8 ± ,91	1,90 ± ,92	1,111	0,317

Beslenme alışkanlıklarında değişime göre ağrı alt boyutu puanları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak fark olduğu, farkında anlamlı (F:10,459, p:0,009, p<0.05) olduğu ve beslenme alışkanlıklarında değişim olduğunu belirtenlerin genel puan ortalaması (X±SD:2,43±,87) diğerlerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer alt boyut puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır.

Ailede uyku sorunu durumuna bakıldığında emosyonel durum alt boyut puanları aralarında istatistiksel olarak fark olduğu, farkında anlamlı (F:13,750, p:0,004, p<0.05) olduğu ve Ailede uyku sorunu olanların genel puan ortalaması (X±SD:1,9±,80) olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer alt boyut puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır.

Tablo 20: Hastaların Hastalık Öncesi ve Sonrası Uyku Değişim Durumuna Göre EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalite Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (X± SD)

		Uykuları Arasındaki Değişim	Evett	Hayır	F	p
Genel iyilik Durumu		X± SD	3,41 ± 1,09	3,45 ± 1,28	1,422	0,238
Fonksiyonel Durum	Fiziksel fonksiyonlar	X± SD	1,96 ± ,62	2,31 ± ,67	0,001	0,98
	Rol performans	X± SD	2,02 ± ,90	1,79 ± ,81	0,173	0,678
	Emosyonel durum	X± SD	1,89 ± ,62	1,77 ± ,90	7,93	0,006
	Bilişsel durum	X± SD	1,80 ± ,78	1,66 ± ,61	2,416	0,125
	Sosyal durum	X± SD	1,82 ± ,70	1,79 ± ,62	0,298	0,587
Semptom Kontrolü	Yorgunluk	X± SD	2,50 ± ,71	2,27 ± ,72	0,228	0,634
	Bulantı ve Kusma	X± SD	1,64 ± ,73	1,58 ± ,73	0,008	0,93
	Ağrı	X± SD	2,44 ± ,82	2 ± ,97	0,451	0,504
	Solunum Güçlüğü	X± SD	1,54 ± ,86	1,41 ± ,66	0,93	0,339
	İştah Kaybı	X± SD	2,37 ± 1,04	2,08 ± 1,08	0,415	0,522
	Kabızlık	X± SD	1,75 ± ,95	2,66 ± ,98	0,002	0,961
	İshal	X± SD	1,60 ± ,79	1,83 ± ,83	0,85	0,36
	Ekonomik Güçlük	X± SD	1,90 ± ,96	1,83 ± ,71	1,846	0,179

Hastaların hastalık öncesi-sonrası uyku durumuna göre emosyonel durum alt boyut puanları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak fark olduğu, farkında anlamlı (F:7,930, p:0,006, p<0.05) olduğu ve uyku arasındaki değişimin olduğunu belirtenlerin genel puan ortalaması (X±SD:1,89±,62) olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastalık döneminde ve hastalık öncesi döneminde uyku düzeninde bozulma, yaşam kalitesi alt boyutları puanları ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. %95 güven düzeyinde yapılan fark analizleri sonucunda p<0.05 için istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır sonucuna varılmaktadır.

Tablo 21: Hastaların Yaş ve Cinsiyetine Göre PUKİ Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (X± SD)

	Öznel Uyku Kalitesi	Uyku Latansı	Uyku Süresi	Alışılmış Uyku Etkinliği	Uyku Bozukluğu	Uyku İlacı Kullanımı	Gündüz İşlev Bozukluğu
Sosyo demografik özellikler	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD
Yaş							
25-44	2,33 ± ,57	2 ± ,0	5,33 ± 1,15	,0 ± ,0	2,33 ± ,57	1 ± ,0	1,66 ± 1,15
45-64	2,45 ± ,70	2,05 ± ,83	6,22 ± 1,92	,0 ± ,0	2,68 ± ,47	1,31 ± ,75	1,85 ± ,84
65 ve üzeri	2,55 ± ,69	2,25 ± ,76	5,59 ± 1,67	,0 ± ,0	2,62 ± ,49	1,29 ± ,72	1,70 ± ,86
F	0,235	0,542	1,118	-	0,76	0,256	0,268
p	0,792	0,584	0,334	-	0,472	0,775	0,766
Cinsiyet							
Erkek	2,46 ± ,71	2,0 ± ,79	5,97 ± ,185	,00 ± ,00	2,64 ± ,485	1,25 ± ,715	1,76 ± ,872
Kadın	2,53 ± ,64	2,34 ± ,74	5,84 ± ,175	,00 ± ,00	2,65 ± ,485	1,34 ± ,745	1,80 ± ,849
F	0,531	0,551	0,065	-	0,044	0,396	0,225
p	0,469	0,461	0,8	-	0,834	0,532	0,637

Yaş, cinsiyet ve gelir durumuna göre PUKİ alt boyut puanları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Tablo 22: Hastaların Medeni Durum ve Eğitim Durumuna Göre PUKİ Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (X± SD)

	Öznel Uyku Kalitesi	Uyku Latansı	Uyku Süresi	Alışılmış Uyku Etkinliği	Uyku Bozukluğu	Uyku İlacı Kullanımı	Gündüz İşlev Bozukluğu
Sosyo demografik özellikler	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD
Medeni Durum							
Evli	2,47 ± ,68	2,14 ± ,74	5,95 ± 1,79	,00 ± ,00	2,68 ± ,46	1,35 ± ,81	1,77 ± ,88
Bekâr	2,52 ± ,71	2,11 ± ,92	5,82 ± 1,87	,00 ± ,00	2,52 ± ,51	1,11 ± ,33	1,82 ± ,80
F	0,003	0,886	0,172	-	2,54	6,644	1,504
p	0,957	0,35	0,68	-	0,116	0,012	0,225
Eğitim Durumu							
Okur-yazar değil	2,77 ± ,44	2,44 ± ,52	4,55 ± ,72	,00 - ,00	2,88 ± ,33	1,22 ± ,44	1,77 ± ,83
Okuryazar / İlkokul	2,44 ± ,71	2,08 ± ,85	6,08 ± 1,77	,00 - ,00	2,61 ± ,49	1,34 ± ,81	1,76 ± ,86
Ortaokul / Lise	2,40 ± ,89	2,40 ± ,54	5,8 ± 2,38	,00 - ,00	3 ± ,0	1 ± ,0	2 ± 1
Üniversite	2,50 ± ,87	1,75 ± ,05	7,25 ± 1,89	,00 - ,00	2 ± ,0	1,25 ± ,5	1,75 ± ,95
F	0,605	1,033	2,792	-	4,859	0,363	0,11
p	0,614	0,384	0,048	-	0,004	0,78	0,954

Çalışmadaki hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre PUKİ alt boyut puanlarının karşılaştırması incelendiğinde: medeni durumuna göre PUKİ alt boyutu olan uyku ilaç kullanımı boyutu ile karşılaştırıldığı aralarında istatistiksel olarak fark olduğu, farkında anlamlı (F:6,644, p:0,012, p<0.05) olduğu ve hastaların evli olanlarının genel

puan ortalamasının ($X \pm SD: 1,35 \pm,81$) bekâr olanlara oranla yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer alt boyut puanlarıyla karşılaştırıldığında istatiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür.

Eğitim durumuna bakıldığında uyku süresi alt boyut puanlarıyla karşılaştırıldığında aralarında istatiksel olarak fark olduğu, farkında anlamlı ($F: 2,792$, $p: 0,048$, $p < 0.05$) olduğu ve hastaların okuryazar olmayanların genel puan ortalaması ($X \pm SD: 7,25 \pm 1,89$) diğer eğitim gruplarına göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Uyku süresinin okuryazar olmayan hastaların diğer eğitim grubundaki hastalara göre daha çok azaldığı saptanmıştır.

Eğitim durumuna göre uyku bozukluğu alt boyut puanları karşılaştırıldığında aralarında istatiksel olarak fark olduğu, farkında anlamlı ($F: 4,859$, $p: 0,004$, $p < 0.05$) olduğu saptanmıştır. Okuryazar olmayanların genel puan ortalaması ($X \pm SD: 2,88 \pm,33$) diğer eğitim gruplarına göre daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 23: Hastaların Çalışma Durumu, Gelir Durumuna ve Aile Tipine Göre PUKİ Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (X± SD)

	Öznel Uyku Kalitesi	Uyku Latansı	Uyku Süresi	Alışılmış Uyku Etkinliği	Uyku Bozukluğu	Uyku İlacı Kullanımı	Gündüz İşlev Bozukluğu
Çalışma Durumu	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD
Çalışıyor	2,5 ± ,94	2,07 ± ,91	5,85 ± 1,83	,00 ± ,00	2,64 ± ,49	1,07 ± ,26	1,5 ± ,75
Çalışmıyor	2,49 ± ,61	2,15 ± ,75	5,94 ± 1,81	,00 ± ,00	2,64 ± ,48	1,35 ± ,79	1,86 ± ,87
F	6,284	0,063	0,108	,00 ± ,00	0,003	8,226	1,428
p	0,015	0,802	0,743	,00 ± ,00	0,955	0,006	0,237
Gelir Durumu	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD
Gelir giderden az	2,75 ± ,45	2,08 - ,66	5,5 ± 2,06	,00 ± ,00	2,83 ± ,38	1,25 ± ,86	1,66 ± ,98
Gelir gider eşit	2,44 ± ,70	2,20 - ,81	5,97 ± 1,74	,00 ± ,00	2,63 ± ,48	1,32 ± ,71	1,85 ± ,84
Gelir giderden fazla	2,25 ± ,95	1,5 - ,57	6,5 ± 1,91	,00 ± ,00	2,25 ± ,5	1 ± ,0	1,25 ± ,5
F	1,196	1,537	0,55	-	2,374	0,395	1,07
p	0,309	0,223	0,58	-	0,102	0,675	0,349
Aile Tipi	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD
Çekirdek Aile	2,53 ± ,70	2,11 ± ,76	5,97 ± 1,89	,00 ± ,00	2,55 ± ,50	1,32 ± ,80	1,93 ± ,88
Geniş Aile	2,40 ± ,66	2,18 ± ,85	5,81 ± 1,65	,00 ± ,00	2,81 ± ,39	1,22 ± ,52	1,5 ± ,74
F	0,067	1,957	0,048	-	23,914	1,571	2
p	0,797	0,167	0,827	-	0,000	0,214	0,162

Çalışma durumuna göre öznel uyku kalitesi alt boyutu puanları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak fark olduğu, farkında anlamlı (F:6,284, p:0,015, p<0,05) olduğu ve çalışan hastaların genel puan ortalaması (X±SD:2,5±,94) çalışmayanlara göre yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışma durumuna göre uyku ilacı kullanımı alt boyut puanlarıyla karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak fark olduğu, farkında anlamlı (F:8,226, p:0,006, p<0,05) olduğu ve çalışmayan hastaların genel puan ortalaması (X±SD:1,35±,79) çalışan hastalara göre yüksek olduğu saptanmıştır. Aile tipine göre uyku bozukluğu alt boyutu puanları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak fark olduğu, farkında anlamlı (F: 23,914 p: 0,000, p<0,005) olduğu ve geniş ailesi olanların genel puan ortalaması (X±SD:2,81±,39) çekirdek ailesi olanlara göre yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer PUKİ alt boyut puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Gelir durumuna göre PUKİ alt boyut puanları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Tablo 24: Hastaların Hastalık Tanısına ve Ailede Kanser Öyküsüne Göre PUKİ Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (X± SD)

	Öznel Uyku Kalitesi	Uyku Latansı	Uyku Süresi	Alışılmış Uyku Etkinliği	Uyku Bozukluğu	Uyku İlacı Kullanımı	Gündüz İşlev Bozukluğu
Hastalık Tanısı	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD
Kolon Kanseri	2,55 ± ,71	2,20 ± ,85	5,97 ± 1,88	,00 ± ,00	2,7 ± ,46	1,25 ± ,66	1,77 ± ,86
Mide Kanseri	2,41 ± ,71	1,94 ± ,65	6,11 ± 1,72	,00 ± ,00	2,64 ± ,49	1,47 ± ,94	1,82 ± ,88
Özefagus Kanseri	3 ± ,0	2,5 ± ,70	5,50 ± 2,12	,00 ± ,00	2,50 ± ,70	1,5 ± ,70	1,5 ± ,70
Pankreas Kanseri	2,16 ± ,40	2,16 ± ,75	5,16 ± 1,60	,00 ± ,00	2,33 ± ,51	1 ± ,0	1,83 ± ,98
F	0,983	0,567	0,453	-	1,074	0,764	0,089
p	0,407	0,639	0,716	-	0,367	0,519	0,966
Aile Kanser Öyküsü	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD
Var	2,51 - ,80	2,03 ± ,89	6,22 ± 1,94	,00 ± ,00	2,55 ± ,50	1,18 ± ,55	1,85 ± ,86
Yok	2,47 - ,60	2,21 ± ,70	5,71 ± 1,69	,00 ± ,00	2,71 ± ,45	1,36 ± ,81	1,73 ± ,86
F	2,786	1,358	1,373	-	4,607	3,701	0,04
p	0,1	0,248	0,246	-	0,036	0,059	0,842

Hastalık tanısı göre Puki alt boyut puanları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak fark olduğu, farkında anlamlı olmadığı saptanmıştır. Çalışmadaki hastaların hastalık ile özelliklerine göre PUKİ alt boyut puanlarının karşılaştırması incelendiğinde: ailede kanser öyküsüne göre PUKİ alt boyutu olan uyku bozukluğu boyutu puanlarıyla karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak bir fark olduğu, farkında anlamlı (F:4,607, p:0,036, p<0.05) olduğu ve aile kanser öyküsü olmayanların genel puan ortalaması (X±SD:2,71±,45) olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer PUKİ alt boyut puanlarıyla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak fark olduğu, farkında anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Tablo 25: Hastaların Hastalığa Yakalanma Sürelerine ve Tedavi Türüne Göre PUKİ Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (X± SD)

	Öznel Uyku Kalitesi	Uyku Latansı	Uyku Süresi	Alışmış Uyku Etkinliği	Uyku Bozukluğu	Uyku İlacı Kullanımı	Gündüz İşlev Bozukluğu
Hastalık Süresi	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD
1 - 6ay	2,46 ± ,67	2,12 - ,79	5,90 ± 1,88	,00 ± ,00	2,59 ± ,49	1,15 ± ,44	1,71 ± ,81
7 - 12ay	2,43 ± ,72	1,93 - ,77	6,62 ± 1,89	,00 ± ,00	2,56 ± ,51	1,25 ± ,77	1,68 ± ,87
13 -18 ay	2,75 ± ,5	2,25 - ,95	5,75 ± ,170	,00 ± ,00	2,75 ± ,5	2,25 ± 1,5	2,25 ± ,95
18 ay ve üstü	2,53 ± ,77	2,38 - ,76	5,15 ± 1,28	,00 ± ,00	2,84 ± ,37	1,38 ± ,76	1,92 ± ,95
F	0,244	0,791	1,655	-	1,1	3,081	0,627
p	0,865	0,503	0,186	-	0,356	0,034	0,6
Tedavi Türü	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD
Kemoterapi	2,66 ± ,81	2,33 - ,81	7,16 ± 2,04	,00 ± ,00	2,66 ± ,51	1,66 ± ,81	2,33 ± ,51
Radyoterapi	1	1	8	,00 ± ,00	3	1	1
Cerrahi	2,5 ± ,65	2,13 - ,78	5,75 ± 1,74	,00 ± ,00	2,63 ± ,48	1,25 ± ,71	1,74 ± ,86
F	2,687	1,236	2,43	-	0,277	0,948	1,765
p	0,076	0,298	0,096	-	0,759	0,393	0,18

Hastalık süresine göre uyku ilacı kullanımı alt boyutu puanları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak bir fark olduğu, farkında anlamlı (F:3,081, p:0,034, p<0,05) olduğu ve genel olarak 13-18 ay hastalık süresi olanların genel puan ortalaması (X±SD:2,25±1,5) diğer gruplara oranla daha yüksek olduğu görülmüştür. Diğer PUKİ alt boyut puanlarıyla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak fark olduğu, farkında anlamlı olmadığı saptanmıştır. Tedavi türüne göre PUKİ alt boyut puanları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak fark olduğu, farkında anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Tablo 26: Hastaların Sigara ve Alkol Kullanımına Göre PUKİ Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (X± SD)

	Öznel Uyku Kalitesi	Uyku Latansı	Uyku Süresi	Alışılmış Uyku Etkinliği	Uyku Bozukluğu	Uyku İlacı Kullanımı	Gündüz İşlev Bozukluğu
Sigara Kullanımı	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD
Evet	2,41 ± ,66	2,00 ± ,85	6,25 ± 2,30	,00 ± ,00	2,66 ± ,49	1,25 ± ,86	2,08 ± ,66
Hayır	2,50 ± ,69	2,16 ± ,77	5,84 ± 1,69	,00 ± ,00	2,64 ± ,48	1,30 ± ,69	1,71 ± ,88
F	0,083	1,135	5,663	-	0,116	0,034	9,348
p	0,774	0,291	0,02	-	0,734	0,855	0,003
Alkol Kullanımı	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD
Evet	2,85 ± ,377	1,71 ± ,95	6,42 ± 2,36	,00 ± ,00	2,71 ± ,48	1,42 ± 1,13	2,42 ± ,78
Hayır	2,44 ± ,70	2,18 ± ,75	5,86 ± 1,70	,00 ± ,00	2,63 ± ,48	1,27 ± ,66	1,70 ± ,83
F	8,663	0,094	4,344	-	0,888	1,746	0,543
p	0,005	0,761	0,041	-	0,35	0,191	0,464

Sigara kullanım durumuna göre gündüz uyku süresi alt boyut puanları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak fark olduğu, farkında anlamlı (F:5,663, p:0,02, p<0.05) olduğu ve sigara kullananların genel puan ortalaması (X±SD:5,84±1,69) kullanmayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Sigara kullanmayanların uyku süresi kullananlara göre daha kısa olduğu görülmüştür. Sigara kullanım durumuna göre gündüz işlev bozukluğu alt boyut puanları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak fark olduğu, farkında anlamlı (F:9,348, p:0,003, p<0.05) olduğu ve sigara kullananların genel puan ortalaması (X±SD:2,08±,66) kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer PUKİ alt boyut puanlarıyla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak fark olduğu, farkında anlamlı olmadığı görülmüştür.

Alkol kullanımına göre öznel uyku kalitesi alt boyut puanları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak fark olduğu, farkında anlamlı (F:8,663, p:0,005, p<0.05) olduğu ve alkol kullananların genel puan ortalamasının ($X\pm SD:2,85\pm,377$) kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer PUKİ alt boyut puanlarıyla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak fark olduğu, farkında anlamlı olmadığı görülmüştür.

Alkol kullanımına göre uyku süresi alt boyut puanları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak fark olduğu, farkında anlamlı fark (F: 4,344, p:0,041, p<0.05) olduğu ve alkol kullananların genel puan ortalamasının ($X\pm SD:5,86\pm 1,70$) kullanmayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Alkol kullanmayan hastaların uyku süresi kullananlara göre daha kısa olduğu görülmüştür.

Tablo 27: Hastaların Hastalık Öncesi Döneminde Uyku Düzeninde Bozulma ve Beslenme Alışkanlıklarında Değişim Durumuna Göre PUKİ Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (X± SD)

	Öznel Uyku Kalitesi	Uyku Latansı	Uyku Süresi	Alışılmış Uyku Etkinliği	Uyku Bozukluğu	Uyku İlacı Kullanımı	Gündüz İşlev Bozukluğu
Hastalık Öncesi Döneminde Uyku Düzeninde Bozulma	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD
Evet	2,76 ± ,56	2,47± ,62	5 – 1,06	,00 ± ,00	2,70 ± ,46	1,64 ± 1,05	1,94 ± ,89
Hayır	2,39 ± ,70	2,02± ,81	6,25 – 1,9	,00 ± ,00	2,62 ± ,48	1,16 ± ,51	1,72 ± ,84
F	1,161	0,417	0,099	-	1,529	14,703	0,003
p	0,285	0,521	0,754	-	0,221	0,000	0,959
Beslenme Alışkanlıklarında Değişim	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD
Evet	2,66 ± ,62	2,17± ,76	5,84 – 1,86	,00 ± ,00	2,62 ± ,48	1,37 ± ,79	1,92 ± ,89
Hayır	1,85 ± ,53	2 ± ,87	6,21 - ,157	,00 ± ,00	2,71 ± ,46	1 ± ,0	1,28 ± ,46
F	2,32	0,537	0,217	-	1,876	16,294	12,966
p	0,133	0,466	0,643	-	0,176	0,000	0,001

Çalışmadaki hastaların hastalık ile özelliklerine göre PUKİ alt boyut puanlarının karşılaştırması incelendiğinde: beslenme alışkanlıklarındaki değişime göre PUKİ alt boyutu olan gündüz işlev bozukluğu boyutu puanlarıyla karşılaştırıldığı aralarında istatistiksel olarak bir fark olduğu, farkında anlamlı (F:12,966, p:0,001, p<0.05) olduğu ve beslenme alışkanlıklarında değişim olanların genel puan ortalaması (X±SD:1,92±,89) olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Beslenme alışkanlıklarındaki değişime göre PUKİ alt boyutu olan uyku ilaç kullanımı alt boyutu puanlarıyla karşılaştırıldığına aralarında istatistiksel olarak bir fark olduğu, farkında anlamlı (F:16,294, p:0,000, p<0.05) olduğu ve beslenme alışkanlarında değişim olanların genel puan ortalaması (X±SD:1,37±,79) olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Uyku ilacı kullanım puanıyla karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı (F:14,703, p:0,001, p<0.05) olduğu ve hastalık öncesi uyku düzeninde bozulma olanların genel puan ortalamasının (X±SD:1,64±1,05) yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların hastalık öncesi uyku düzeninde bozulma durumu ile Puki alt boyut puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır.



Tablo 28: Hastaların Ailede Uyku Sorunu Durumu ve Hastalık Öncesi – Sonrası Uyku Değişime Göre PUKİ Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (X± SD)

	Öznel Uyku Kalitesi	Uyku Latansı	Uyku Süresi	Alışılmış Uyku Etkinliği	Uyku Bozukluğu	Uyku İlacı Kullanımı	Gündüz İşlev Bozukluğu
Ailelerin Uyku Sorunu	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD
Evet	2,6 ± ,96	1,8 ± 1,03	6,3 ± 2,16	,00 ± ,00	2,60 ± ,51	1,5 ± 1,08	1,7 ± ,82
Hayır	2,47±,63	2,2 ± ,73	5,85 ± 1,74	,00 ± ,00	2,65 ± ,47	1,25 ± ,64	1,8 ± ,86
F	4,887	2,586	2,047	-	0,32	4,506	0,482
p	0,031	0,113	0,157	-	0,574	0,038	0,49
Uykuları Arasındaki Değişim	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD	X± SD
Evet	2,54 ± ,60	2,07 ± ,78	5,84 ± 1,82	,00 ± ,00	2,60 ± ,49	1,28 ± ,68	1,88 ± ,86
Hayır	2,25 ± ,96	2,41 ± ,79	6,25 ± 1,76	,00 ± ,00	2,83 ± ,38	1,33 ± ,88	1,33 ± ,65
F	6,181	0,327	0,218	-	19,291	0,251	4,674
p	0,016	0,569	0,642	-	0,00	0,618	0,034

Ailelerin uyku sorunu durumuna göre uyku ilacı kullanımı alt boyutu puanları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak bir fark olduğu, farkında anlamlı (F: 4,887 p:0,031, p<0.05) olduğu ve ailede uyku sorunu olanların genel puan ortalaması (X±SD:2,6±,96) olmayanlara oranla daha yüksek olduğu görülmüştür.

Ailelerin uyku sorunu durumuna göre uyku ilacı kullanımı alt boyutu puanları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak bir fark olduğu, farkında anlamlı (F: 4,506, p:0,038, p<0.05) olduğu ve ailede uyku sorunu olanların genel puan ortalaması (X±SD:1,5±1,08) olmayanlara oranla daha yüksek olduğu görülmüştür.

Hastaların hastalık öncesi - sonraki değişim durumuna göre öznel uykusu alt boyut puanları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak fark olduğu, farkında

anlamlı (F:6,181, p:0,016, p<0.05) olduğu ve uykuları arasında değişim olanların genel puan ortalaması ($X \pm SD: 2,54 \pm,60$) olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer alt boyutları puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak bir fark olduğu, farkında anlamsız olduğu saptanmıştır.

Hastaların hastalık öncesi - sonraki değişim durumuna göre uyku bozukluğu alt boyut puanları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak fark olduğu, farkında anlamlı (F:19,291, p:0,00, p<0.05) olduğu ve uykuları arasında değişim olmayanların genel puan ortalaması ($X \pm SD: 2,83 \pm,38$) olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastaların hastalık öncesi - sonraki durumuna göre gündüz işlev bozukluğu alt boyut puanları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak fark olduğu, farkında anlamlı (F:4,674, p:0,034, p<0.05) olduğu ve uykuları arasında değişim olanların genel puan ortalaması ($X \pm SD: 1,88 \pm,86$) olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 29: EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalite Ölçeğinin Alt Boyutlarını Skorlarının Ortalamaları

	Min.	Max.	X± SD
1.Genel iyilik Durumu	1	7	3,42 ± 1,12
2.Fonksiyonel Durum	1	4	1,89 ± 0,43
Fiziksel fonksiyonlar	1	4	2,03 ± 0,64
Rol performans	1	4	1,98 ± 0,88
Emosyonel durum	1	4	1,86 ± 0,67
Bilişsel durum	1	4	1,77 ± 0,75
Sosyal durum	1	4	1,81 ± 0,68
3.Semptom Kontrolü	1	4	2,00 ± 0,45
Yorgunluk	1	4	2,46 ± 0,71
Bulantı ve kusma	1	4	1,63 ± 0,73
Ağrı	1	4	2,36 ± 0,86
Solunum güçlüğü	1	4	1,52 ± 0,83
Uyuma güçlüğü	1	4	2,30 ± 0,93
İştah kaybı	1	4	2,32 ± 1,04
Kabızlık	1	4	1,92±1,02
İshal	1	4	1,64 ± 0,79
Ekonomik güçlük	1	4	1,89 ± 0,92

Yaşam kalite ölçeğinin genel iyilik durumu genel puan ortalaması (X±SD:3,42±1,12) diğer alt boyutlara göre yüksek olduğu saptanmıştır.

Yaşam kalite ölçeğinin semptom kontrolünün alt boyutu olan solunum güçlüğü'nün genel puan ortalaması (X± SD:1,52±0,83) diğer alt boyutlara göre en düşük olduğu, yorgunluk alt boyutu genel puan ortalamasının (X± SD: 2,46 ± 0,71) da en yüksek değer olarak saptanmıştır.

Yaşam kalite ölçeğinin fonksiyonel durumun alt boyutu olan bilişsel durumun genel puan ortalaması (X±SD:1,77±0,75) diğer alt boyutlara göre en düşük olduğu, fiziksel fonksiyonların alt boyut genel puan ortalaması (X±SD:2,03±0,64) da en yüksek değer olarak saptanmıştır.

Tablo 30. PUKİ Uyku Kalite Ölçeğinin Alt Boyutlarının Skorlarının Ortalamaları

	Min.	Max.	X± SD
Öznel Uyku Kalitesi	1	4	2,49 - ,68
Uyku Latansı	0	3	2,13 - ,78
Uyku Süresi	4	10	5,92 – 1,80
Alışılmış Uyku Etkinliği	0	0	,0 - ,0
Uyku Bozukluğu	2	3	2,64 - ,48
Uyku İlacı Kullanımı	1	4	1,29 - ,72
Gündüz İşlev Bozukluğu	1	3	1,78 - ,85

Araştırmaya katılan hastaların PUKİ kesme puanı (≤ 5 – uyku sorunu yok; >5 – uyku sorunu var) temel alınarak genel uyku kalitesini incelediğimizde, hastaların uyku süresinin genel puan ortalamasının yüksek ($5,92 \pm 1,80$) olması sebebiyle hastaların uykusuzluk kaldığı görülmüştür.

Tablo 31. PUKİ Uyku Kalite Ölçeği ile EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalite Ölçeğinin Alt Boyut Puanlarının İlişkisi

	Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Alt Boyutları						
EORTC-QLQ-C30 Yaşam Kalite Ölçeği Alt Boyutları	Öznel Uyku Kalitesi	Uyku Dalmada Güçlük	Uyku Süresi	Alışılmış Uyku Etkinliği	Uyku Bozukluğu	Uyku İlacı Kullanımı	Gündüz İşlev Bozukluğu
	r: p:	r: p:	r: p:	r:- p:-	r: p:	r: p:	r: p:
Genel iyilik Durumu	r:-,162 p:,196	r:-,261 p:,036	r:,170 p:,176	r:- p:-	r:-,065 p:,605	r:,028 p:,824	r:,104 p:,409
Fonksiyonel Durum							
Fiziksel fonksiyonlar	r:,025 p:,841	r:,120 p:,340	r:-,057 p:,652	r:- p:-	r:,070 p:,581	r:,093 p:,462	r:-,117 p:,352
Rol performans	r:,064 p:,614	r:-,019 p:,879	r:-,069 p:,585	r:- p:-	r:-,141 p:,264	r:-,102 p:,417	r:,232 p:,063
Emosyonel durum	r:,174 p:,166	r:,130 p:,304	r:-,178 p:,157	r:- p:-	r:,083 p:,509	r:,039 p:,755	r:,193 p:,124
Bilişsel durum	r:,186 p:,138	r:,000 p:,999	r:-,013 p:,919	r:- p:-	r:,059 p:,640	r:-,008 p:,952	r:,082 p:,516
Sosyal durum	r:-,036 p:,773	r:-,024 p:,847	r:,052 p:,682	r:- p:-	r:-,059 p:,639	r:,032 p:,801	r:,131 p:,297
Semptom Kontrolü							
Yorgunluk	r:,326 p:,008	r:,153 p:,223	r:-,146 p:,246	r:- p:-	r:-,002 p:,985	r:,098 p:,438	r:,148 p:,239
Bulantı ve kusma	r:,259 p:,037	r:,144 p:,251	r:-,253 p:,042	r:- p:-	r:,156 p:,215	r:,267 p:,032	r:-,029 p:,817
Ağrı	r:,182 p:,146	r:,143 p:,255	r:-,152 p:,226	r:- p:-	r:,068 p:,590	r:,253 p:,042	r:,276 p:,026
Solunum güçlüğü	r:,089 p:,480	r:,031 p:,807	r:-,004 p:,975	r:- p:-	r:,040 p:,750	r:,002 p:,990	r:,095 p:,452
Uyuma güçlüğü	r:,247 p:,047	r:,196 p:,118	r:-,051 p:,689	r:- p:-	r:,037 p:,768	r:,027 p:,833	r:,201 p:,108
İştah kaybı	r:,253 p:,042	r:,077 p:,540	r:-,111 p:,380	r: p:	r:,044 p:,726	r:,059 p:,640	r:,166 p:,187
Kabızlık	r:-,057 p:,655	r:,208 p:,097	r:-,071 p:,573	r: p:	r:,198 p:,114	r:,158 p:,209	r:-,055 p:,663
İshal	r:,151 p:,229	r:-,045 p:,722	r:,143 p:,255	r: p:	r:-,006 p:,965	r:,020 p:,877	r:,070 p:,582
Ekonomik güçlük	r:,233 p:,062	r:-,087 p:,492	r:,051 p:,685	r: p:	r:,124 p:,325	r:,118 p:,347	r:,188 p:,134

Yapılan korelasyon analizi neticesinde %95 güven düzeyinde p değeri 0,05'ten küçük olan sonuçların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Buna göre genel iyilik durumu ile uykuya dalmada güçlük arasında negatif yönlü zayıf bir ilişki ($r:-,261$ $p:036$) , yorgunluk ile öznel uyku kalitesi arasında pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki ($r:326$ $p:0008$), bulantı ve kusma ile öznel uyku kalitesi arasında pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki ($r:259$ $p:037$), bulantı ve kusma ile uyku süresi arasında negatif yönlü çok zayıf bir ilişki ($r:-,253$ $p:042$), bulantı ve kusma ile uyku ilacı kullanımı arasında pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki ($r:267$ $p:032$) , uyuma güçlüğü ile öznel uyku kalitesi ($r:247$ $p:047$) ve kabızlık ile öznel uyku kalitesi arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ($r:253$ $p:042$) vardır.

Tablo 32. EORTC Ölçeği Skorları

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	Std. Sapma
Fonksiyonel	65	33,33	97,78	64,7863	15,88068
Yorgunluk	65	,00	100,00	48,7179	23,78955
Semptom	65	5,13	64,10	30,6114	14,34005
GSS	65	,00	83,33	40,3846	18,76335
Gözlem	65				

Skorlara ilişkin tanımlayıcı istatistikler incelendiğinde hastaların fonksiyonel skorlarının 64,78, genel sağlık skorlarının ise 40,38 olduğu görülmektedir. Fonksiyonel skorun ortalaması katılımcıların yaşam kalitelerinin iyi düzeyde olduğu yüksek olduğu sonucunu ortaya çıkartırken, genel sağlık skoru ise yaşam kalitelerinin normalin altında kaldığını ortaya koymaktadır. Semptom skoru oldukça düşüktür ki bu da katılımcıların yaşam kalitelerinin yüksek olduğuna dair bir bulgu iken yorgunluk skoru da normale yakın seviyededir.

Tablo 33. Güvenirlik Analizi

Reliability Statistics

Ölçek	Cronbach's Alpha	N of Items
PUKİ	,636	18
GSS	,857	2
Yorgunluk	,776	3
Semptom	,731	13
Fonksiyonel	,807	15

Cronbach's Alpha değerinin yorumu şu şekildedir:

- $0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise ölçek güvenilir değildir.
- $0,40 \leq \alpha < 0,60$ ise ölçek düşük güvenilirliğe sahiptir.
- $0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir.
- $0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilirdir.

Yapılan güvenirlik analizi neticesinde PUKİ ölçeği, yorgunluk skoru ve semptom skoru oldukça güvenilir olarak elde edilirken, fonksiyonel skor ve genel sağlık skoru yüksek derecede güvenilir olarak belirlenmiştir.

Tablo 34. Normallik Testi

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	p	Statistic	df	p
Fonksiyonel	,087	65	,200*	,982	65	,484
Yorgunluk	,152	65	,001	,957	65	,024
Semptom	,131	65	,007	,965	65	,060
GSS	,170	65	,000	,957	65	,024
Puki	,097	65	,200*	,983	65	,533

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

H_0 : %95 güven düzeyinde seri normal dağılıma sahiptir.

H_A : %95 güven düzeyinde seri normal dağılıma sahip değildir

Hem Kolmogorov-Smirnov hem de Shapiro-Wilk değerleri incelendiğinde yorgunluk, semptom ve genel sağlık skorlarına ait p değerlerinin 0,05'ten küçük olduğu görülmektedir. Bu sebeple H_0 RED, %95 güven düzeyinde seri normal dağılıma sahip değildir sonucuna varılmaktadır. Fonksiyonel skoru ve PUKİ ölçeği için ise p değeri 0,05'ten büyük olduğundan H_0 REDDEDİLEMEZ, %95 güven düzeyinde seri normal dağılıma sahiptir sonucuna varılmaktadır.

7 TARTIŞMA

Araştırma kapsamındaki hastaların min-mak. yaş sınırları 35-85 saptanmış olup; yaş ortalaması 62.87 ± 11.96 'dir. Hastaların %40'ı kadın, %60'ı ise erkektir. Hastaların %73,8 oranı ile çoğunluğunun evli olduğu saptandı. Hastaların eğitim durumları ise %72,3'ünün okuryazar ya da ilkokul mezunu olduğu görülürken, %13,8'inin okuryazar olmadığı, %7,7'sinin ortaokul ya da lise mezunu, %6,2'sinin ise üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Hastaların aile tipine bakıldığında %66,2'ü çekirdek aile olduğu saptanmıştır.

Akman'ın 2016 yılında yaptığı çalışmada ailede kanser öyküsü olup olmama durumunun, yaşam kalitesinin alt boyutlarının hiçbir faktörü ile anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür. Çalışmamızda ise ailede kanser öyküsü varlığı ile genel iyilik hali puanları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak fark olduğu, farkında anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Ailede kanser öyküsü olmayanların genel puan ortalamasının ($X \pm SD: 3,19 \pm ,91$) olanlara göre düşük olduğu saptanmıştır. Yani ailede kanser öyküsü olmayanların genel iyilik durumunun kötü olduğu görülmüştür. Ayrıca bu çalışmada ailede kanser öyküsü mevcut olmayanların fonksiyonel durumun alt boyutu olan sosyal duruma ve semptom kontrolünün alt boyutları arasında yer alan kabızlığa göre karşılaştırıldığında ise anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür. Gelir durumuna göre semptom kontrolünün alt boyutu olan diyare puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak fark olduğu, farkında anlamlı ($F:3,823, p:0,027, p < 0.05$) olduğu, gelirin gidere eşit olduğu hastaların genel puan ortalaması ($X \pm SD: 1,79 \pm ,84$) diğer gelir durumlarına göre yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, Gülşah Akman'ın 2016 yılında yaptığı aynı çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Kılıçkap'ın 2009 yılında yaptığı çalışmada ise ailede kanser öyküsü ile yaşam kalitesi alt boyut puanları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve ailede kanser öyküsü olmayanların olanlara göre daha yüksek puanlara sahip olduğu görülmüştür (Kılıçkap S., 2009).

Kılıçkap'ın 2009 yılında yaptığı aynı çalışmada medeni durum ile semptom kontrolünün alt boyutu olan diyare puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak fark olduğu, farkında anlamlı olduğu ve bekar olanların evli olanlara göre puanlarının

yüksek olduğu bulunmuştur (Kılıçkap S., 2009). Bu sonuç, çalışmamız ile benzerlik göstermemektedir ($p<0.05$). Kılıçkap'ın yaptığı çalışmanın sonucu göz önünde bulundurulduğunda bekar olan bireylerin sosyo-ekonomik durum ve bu durumun beraberinde getirebileceği yeterli beslenememe probleminin diyareye yatkınlığı düşünülebilmektedir.

Hastaların hastalık öncesi- sonraki durumuna göre uyku bozukluğu alt boyut puanları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak fark olduğu, farkında anlamlı ($F:19,291$ $p:0,00$) olduğu ($p<0.05$) ve hastalık öncesi-sonrası arasında uyku değişimi olmayanların ($X\pm SD: 2,83 \pm ,38$) olanlara göre puanının yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuca göre Yüksel Deniz'in 2014 yılında yaptığı çalışmada istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır (Yüksel Deniz S. , 2014).

Güngörmüş ve Erdem Bulut'un 2014 yılında yaptığı çalışmada, 121 hastanın %37,2'sinin 19-49 yaş, %62,8'inin 50-80 yaş aralığında olduğu ve yaş arttıkça yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği belirtmektedir (Güngörmüş ve Erdem Bulut 2014). Gürel'in (2007) çalışmasında da; yaşam kalitesinin genel iyilik alt boyutu puanlarının yaş arttıkça azaldığı, ekonomik güçlük alt boyutunda yaş arttıkça yaşam kalitesinin arttığı tespit edilmiştir (Gürel 2007). Çalışmamızda ise yaşa göre genel iyilik alt boyut puanları arasında fark olduğu farkın da istatistiksel olarak anlamlı ($F:3,343$; $p:0,042$) olduğu ($p<0.05$) ve 25-44 yaş arasındaki hastaların genel puan ortalamalarının ($X\pm SD: 4,66 \pm ,76$) diğer yaş gruplarına göre yüksek olduğu saptanmıştır. 25-44 yaş arasındaki hastaların aktif olarak iş hayatında bulunduğu düşünülürse sosyo-ekonomik durumun diğer yaş gruplarındaki hastalara göre daha iyi düzeyde olması yaşam kalitesinin artmasına sebep gösterilebileceği düşünülmektedir.

Ülkü Saygılı'nın 2012 yılında yaptığı çalışmada hastaların hastanede kalma sürelerine göre yaşam kalitesi genel iyilik hali alt boyut ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş olup ($p<0.05$), hastanede uzun süre kalan hastaların yaşam kalitesinin düştüğü, hastanede az süre kalanların ise fonksiyonel durumunun daha iyi olduğu belirlenmiştir (Saygılı, Ü., 2012). Bu çalışmada ise elde edilen sonuçlar ile anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur ($p: 0,266$).

Ülkü Saygılı'nın 2012 yılında yaptığı aynı çalışmada hastaların yaşam kalitesi ile uyuma güçlüğü alt boyutu karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu

çalışmada özefagus kanseri olan hastaların uyuma güçlüğü yaşadığı belirlenmiştir (Saygılı, Ü., 2012). Bu sonucun çalışmamız ile benzerlik gösterdiği; uyuma güçlüğü ile puanları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak fark olduğu, farkında anlamlı (F: 3,104 p:0,033) olduğu ve özefagus kanserinin genel puan ortalamasının ($X \pm SD$: $4 \pm 0,00$) diğer kanser türlerine göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Özefagus kanserinin klinik belirtileri göz önünde bulundurulduğunda diğer kanser türlerine göre daha fazla uyuma güçlüğüne sebep olabileceği düşünülmektedir.

Didem Kat Bektaş'ın 2014 yılında çalışmada cinsiyet, eğitim ve ekonomik duruma göre hastaların "Genel İyilik Hali" puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Kat Bektaş, D. 2014). Bu sonuç, çalışmamız ile benzerlik göstermektedir ($p < 0.05$). Bu araştırmalardan çıkan sonuçlara göre cinsiyet, eğitim ve ekonomik durum incelendiğinde genel iyilik haline etkisinin olmadığı düşünülmektedir.

Didem Kat Bektaş'ın 2014 yılında yaptığı aynı çalışmada hastaların hastalık tanısına göre yaşam kalitesi "Genel İyilik Hali" alt boyut puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Mide kanseri olan hastaların genel iyilik hali, rektum ve kolon kanseri olan hastalarinkinden daha düşük bulunmuştur (Kat Bektaş, D. 2014). Çalışmamızda anlamlı bir fark bulunmamıştır. Özefagus Kanseri puan ortalamasının diğer kanser türlerine göre daha düşük olduğu saptanmıştır ($X \pm SD$: $2,25 \pm 1,06$; p : 0,37).

Kızılcı'nın 1997 yılında yaptığı kemoterapi alan kanser hastalarının yaşam kalitesini belirlemek üzere yaptığı çalışmada, yaşın yaşam kalitesinin fonksiyonel alan ve semptomlar üzerinde etkili olmadığı, ancak 65 yaş ve üzerindeki hastaların iştah kaybı ve uyuma güçlüğü yaşadıkları saptanmıştır. Çalışmamızda ise 45-64 yaş arası hastaların iştah kaybı yaşadığı ve hastalarda uyuma güçlüğü puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmamızda iştah kaybı ve uyuma güçlüğü puanları yüksek olan hastaların 45-64 yaş arasındaki hasta sayısının diğer yaş gruplarına göre fazla olmasında kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kalender'in 2015 yılında yaptığı çalışmada yaş ve uyku ilacı kullanımı arasındaki ilişki incelediğimizde, 66 yaş altı olan hastalara kıyasla 66 yaş ve üstü olan hastaların ve 18-45 yaş grubunda olan hastalara kıyasla 46-65 yaş grubunda olan

hastaların uyku ilacı kullanımının arttığı saptanırken çalışmamızda yaş ve uyku ilacı kullanımı arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Kalender'in 2015 yılında yaptığı çalışmada cinsiyete göre PUKİ alt boyut puanları karşılaştırıldığında kadın ve erkek hastalar arasında istatistiksel açıdan önemli bir fark olmadığı saptanmıştır (Kalender, 2015). Çalışmamızda da cinsiyete göre PUKİ alt boyut puanları karşılaştırıldığında aynı sonuca varılmıştır. Bu araştırmalardan çıkan sonuçlara göre cinsiyetin uyku kalitesi üzerinde etkisi bulunmadığı düşünülmektedir.

Yüce'nin 2012 yılında yaptığı çalışmada cinsiyete göre EORTC-QLQ-C30 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanları karşılaştırıldığında iştah kaybı ve solunum güçlüğü alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmamızda ise kadın hastalarda iştah kaybı alt boyut puanları yüksek olarak saptanırken erkek hastalarda ise solunum güçlüğü alt boyut puanları yüksek olarak bulunmuştur (Yüce, 2012).

8 SONUÇ VE ÖNERİLER

Artan nüfus, büyüyen şehirler ve yüksek rekabet ile birlikte hem iş dünyası gündelik yaşamda çok daha geniş bir zaman kaplamaya başlamış, hem de trafik gibi her şehrin ortak sorunu ortaya çıkmıştır. Ortalama bir insan vücudu günde 8 saatlik bir uykuya ihtiyaç duymaktadır. Bununla birlikte günümüz çalışma koşullarında iş hayatı ulaşım ile birlikte ortalama günün 10 saatlik bir dilimini kapsar hale gelmiştir. Bu süre büyük şehirlerde ve sahip olunan mesleğe göre 12 saatlere kadar da çıkmaktadır. Bu durum şüphesiz bireylerin artan sosyal ihtiyaçları ile birlikte uykuya ayrılacak zamanın minimize edilmesine neden olmaktadır. Vücudun temel ihtiyaçlarından olmasına karşın birçok insan uykuyu zaman kaybı olarak görmekte ve uykusunu bölmekte ya da kısaltmaktadır. Bu durum şüphesiz vücudun ihtiyaçlarının eksik karşılanmasına yol açmakta ve yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır. Yaşa ve hastalığa bağlı olarak da uyku kalitesinin birçok bireyde düştüğü görülmektedir ve çalışma kapsamında bu durumda göz önüne alınmıştır. Kanser tanısı alan hastaların yaşam ve uyku kalitesinin bozulması, günlük yaşam aktivitelerinin ve psikososyal durumlarını olumsuz yönde etkilendiği bilinmektedir.

Araştırmadan çıkan genel sonuçlar:

- Yaş arttıkça genel iyilik durumu olumsuz yönde etkilenmiştir.
- Erkek hastaların kadın hastalara oranla daha fazla uyuma güçlüğü yaşadığı görülmüştür.
- Özefagus kanserinin diğer kanser türlerine göre uyuma güçlüğü puanının yüksek olduğu görülmüştür.
- GİS kanserli hastalarda hastalığın semptomlarına bağlı olarak bulantı-kusmanın yoğun yaşanması nedeniyle uyku süresinin azaldığı ve uyku ilacı kullanımda artış olduğu görülmüştür.
- Genel iyilik durumu azaldıkça uykuya dalmada güçlük çektikleri görülmüştür.

Genel olarak uyku kalitesinin yükselmesi yaşam kalitesinin yükselteceğini düşündürmektedir. Hastaların uyku ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi için servislerde:

gerekli önlemleri alarak servis çalışanlarının ve hemşirelerin dikkat etmesi gerekenler ise:

- GİS kanser hastalarının hastalık semptomlarının azaltılması, bakım ve tedavinin sürdürülmesi için gerekli girişimlerin hemşireler tarafından planlanması ve uygulanmasıdır.
- Hastalara uyku ve yaşam kalitesi bozan etkenleri hakkında verileri değerlendirerek ona uygun hemşirelik girişimleri uygulanmalıdır.
- Hastalara uygulanan tedavi ve bakım girişimlerinin hastaların uyku ve yaşam kalitesini bozmayacak şekilde hemşireler tarafından planlanmalıdır.
- Hastalarda uyku düzenini bozulmasına neden olan çevresel faktörlerin azaltılması için hemşirelik girişimleri uygulanmalıdır (Örn; hastaların 4-6 kişilik koşullar yerine tek kişilik odalarda kalması, gece gürültünün azaltılarak sessizlik sağlanması, ışıklandırmanın uygun hale getirilmesi, Oda ısılarının standart seviyelerde tutulması).
- Hastaların yaşam kalitesinin yükseltilmesi için multidisipliner sağlık ekipleriyle iş birliği sağlanmalıdır.
- Cerrahi işlem sonrası yaşam kalitesinin düşmesi sebebiyle gerekli hemşirelik girişim ve eğitimlerinin planlanarak verilmesidir.
- Hasta yakınları ve ziyaretçilerin hastane refakat kurallarına uygun davranmalarını sağlamak için gerekli eğitim ve broşürlerin hasta/hasta yakınlarına yatıştan önce verilmesidir.

9 KAYNAKLAR

1. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B. (1993) The european organization for research and treatment of cancer QLQ-C30:A quality-of-life, International Clinical Trials In Oncology, 85:365–376.
2. Ağargün, M., Kara, H., Anlar, Ö. (1996) Pittsburgh uyku kalitesi indeksi'nin geçerlilik ve güvenilirliği, Türk Psikiyatri Dergisi, (2):107-115.
3. Akdemir, N., Birol, L. (2004) N. Akdemir, L. Birol içinde, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Ankara, Akademisyen Kitabevi. (s. 243-306)
4. Akduran, F. (2015) Kolorektal Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Zehra Durna) .
5. Akman, G. (2016) Kolorektal Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya, (Danışman:Doç. Dr. Dilek Aygin) .
6. Alacalı M. (2012) Mide Kanseri, Mide Kanseri Taramaları ve Mide Kanserinden Korunma, Ankara Medical Journal, 12(4):195-198
7. Alıcı, S., İzmirli, M., Doğan, E. (2006) Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi tıbbi onkoloji bilim dalına başvuran kanser hastalarının epidemiyolojik değerlendirilmesi, Türk Onkoloji Dergisi, 87-97.
8. Arslan, S., Bölükbaş, N. (2003) Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(3):38-47.
9. Arslan, S., Fadıloğlu, Ç. (2009). Kanserde Uyku Sorunlarının Yaşam Kalitesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, (2):17-27.
10. Aslan, F. E., Yıldız Fındık, Ü. (2014). Safra Kesesi ve Pankreas Hastalıkları. İçinde: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Eds: Eti Aslan, F., A. Karadakovan, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, s: 745-768.
11. Atar Y. A., Kırbıyık E., Kaya N., Kaya H., Turan N., Palloş A., Eskimez Z. (2012) Bir Üniversite Hastanesinin Cerrahi Kliniğinde Yatan Hastaların Uyku Kalitesi ve Uyku Durumunu Etkileyen Faktörler, Türkiye Klinikleri J Nurs, 4(2):74-84
12. Aylaz, R. (2016). Kronik Hastalıklar-Kanser İçinde,: Halk Sağlığı Hemşireliği. Eds: B. Erci, Anadolu Nobel Tıp Kitabevleri. Elazığ, s: 341-348.
13. Bae JM, Kim S, Kim YW, Ryu KW, Lee JH, Noh JH, Sohn TS, Hong SK, Park SM, You CH, Kim JH, Lee MK, Yun YH. (2006) Health-Related Quality Of

Life Among Disease-Free Stomach Cancer Survivors in Korea, Quality Of Life Research, (10):1587-96

14. Beck SL, Schwartz AL, Towsley G, Uddley W, Barsevick A. (2004) Psychometric Evaluation Of The Pittsburgh Sleep Quality Index İn Cancer Patients, J Pain Symptom Manage, 27:140–8
15. Beser N., Öz F. (2003) Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete, Depresyon Düzeyleri Ve Yaşam Kalitesi, Celal Bayar Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7(1):47-58.
16. Bilge, O. (2011). Pankreas Hastalıkları. İçinde: Cerrahi Gastroenteroloji. Eds: Değerli Ü., Erbil Y., Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, s: 267-170.
17. Bilgin, S. (2011). Mide Kanserli Hastalara ve Aile Bakım Vericilerine Evde Verilen Hemşirelik Bakımının Yaşam Kalitesine Etkisi, Doktora Tezi, Erzurum, (Danışman: Prof. Dr. Sebahat GÖZÜM) .
18. Burkhardt A. M, Nathaniel K. A. (2013). Çağdaş hemşirelikte etik. Çeviri Editörleri: Alpar, Ecevit, Ş, Bahçecik, N, Karabacak, Ü., 3. Baskı, İstanbul Tıp Kitabevi.; 230-268.
19. Buysse, D., C. Reynolds et al. (1988) The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric research and practice, Psychiatry Research 28(2):193-213.
20. Christian E. Schmidt, H., Beate Bestmann, Thomas Kuchler, Walter E. Longo, Bernd Kremer (2005) Ten-Year Historic Cohort of Quality of Life and Sexuality in Patients With Rectal Cancer. Diseases of the Colon & Rectum 48(3):483-92
21. Conroy T., Marchal F., Blazeby J.M. (2006) Quality of Life in Patients with Oesophageal and Gastric Cancer: An Overview Oncology, 70:(6);391-402
22. Çınar, S. (2014). Sindirim Sisteminin Değerlendirilmesi. İçinde: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Eds: Eti Aslan F., Karadakovan A., Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, s: 627-637.
23. Çivi, S., Kutlu, R., Çelik, H. (2011) Kanserli Hasta Yakınlarında Depresyon ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, Gülhane Tıp Dergisi, (53):248-253.
24. David E. Blask (2009) Melatonin, Sleep Disturbance And Cancer Risk Sleep Medicine Reviews 13(4):257-264.
25. Davidson JR, MacLean AW, Brundage MD, Schulze K. (2002) Sleep Disturbance İn Cancer Patients, Social Science & Medicine 54(9):1309-21
26. Demir Korkmaz, F., & Çınar, S. (2014). Bağırsak ve Rektum Hastalıkları. İçinde: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Eds: F. Eti Aslan, A. Karadakovan, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, s:681-690

27. Demir, Y. (2012). Uyku ve Uyku ile Uygulamalar. İçinde: Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. Eds: F. Akça Ay, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s. 682-694.
28. Doornebosch P.,M. Tollenaar M. P. Gosselink L. P. Stassen C. M. Dijkhuis W. R. Schouten C. J. Van De Velde E. J. R. De Graaf (2007) Quality Of Life After Transanal Endoscopic Microsurgery and Total Mesorectal Excision in Early Rectal Cancer. *Colorectal Disease* 9:(6);553-558
29. Durgun , V. (2011). Safra Kesesi ve Safra Yolları Hastalıkları. İçinde: Cerrahi Gastroenteroloji. Eds: Ü. Değerli, Y. Erbil, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, s: 239-254.
30. Erdem, S. S., Yılmaz, M., Yıldırım, H., Mayda, A. S., Bolu, F., Durak, A. A., & Şener, Ö. (2017). Düzce'de Yaşayanların Kanser ve Kanser Risk Faktörleri Hakkında Bilgi Düzeyi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 01-10.
31. Ertem G, Kalkım A, Bulut S, Sevil Ü. (2009) Radyoterapi Alan Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri Ve Yaşam Kaliteleri, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, 2(2):3-11.
32. Ertuğrul, A., Rezaki, M. (2004) Uykunun Nörobiyolojisi ve Bellek Üzerine Etkileri, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 4(15):300-308.
33. Fındıkçioğlu, A. ve Karadayı Ş., (2013) Özefagus Kanserinde Etiyoloji Ve Risk Faktörleri (s: 6-10), İnternet Adresi: <http://www.toraks.org.tr>. Erişim tarihi: 10 Aralık 2018
34. Fışkın , A., Bayık Temel, A., Yıldırım, J. G. (2013) Hemşirelerde Uyku Sorunları ve Etkili Etmenler, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, (29):13-32.
35. Globocan 2018. International Agency for Research on Cancer: <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx> adresinden alındı. Erişim tarihi: 10 Aralık 2018
36. Graci G. (2005) Pathogenesis And Management Of Cancer-Related İnsomnia. *J Support Oncol.*, (3):349–59
37. Gürel KD (2007) Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi erişkin Onkoloji, Hematoloji Kliniklerinde Kemoterapi Uygulanan Hastaların Yaşam Kalitesinin Ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, Adana, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. G Öztunç).
38. Günaydın , N. (2014) Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Uyku Kalitesi ve Genel Ruhsal Durumlarına Etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 35(1):33-40.

39. Güngörmüş Z, Erdem B. Ö. (2014) Kanserli Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Oral Mukozit, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, (1):24-30.
40. Gürel KD (2007). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi erişkin Onkoloji, Hematoloji Kliniklerinde Kemoterapi Uygulanan Hastaların Yaşam Kalitesinin Ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, Adana, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. G Öztunç).
41. Hugel H, Ellershaw JE, Cook L, Skinner J, Irvine C. (2004). The Prevalence, Key Causes And Management Of İnsomnia İn Palliative Care Patients. J Pain Symptom Manage, 27:316–21
42. İlhan Algın D., Akdağ G., Erdiñç O.O. (2016). Kaliteli Uyku ve Uyku Bozuklukları, Osmangazi Tıp Dergisi, 38(1):29-34
43. Jutta Engel,, Jacqueline Kerr, Anne Schlesinger-Raab, Renate Eckel, Hansjörg Sauer, Dieter Hölzel, (2003) Quality of Life in Rectal Cancer Patients: A Four-Year Prospective Study, Annals of Surgery 238(2): 203–213
44. Kaçan Softa H., Çelik A., Başbilen H. (2016). Kemoterapi Alan Hasta Yakınlarında Depresyon. Kastamonu Sağlık Akademisi, 1(1):56-80
45. Kalender, Ş. (2015). Kanser Hastalarında Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi,. İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Gülbeyaz Can) .
46. Kalkım, A., Dağhan, Ş., Taşkın, C. (2014). Yaşlı Bireylerin Kolorektal Kanser Riskleri ve Erken Tanısına Yönelik Bilgi Düzeylerinin Ve Bu Kanserle İlişkili Risklerinin İncelenmesi. SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 5(3):88-93.
47. Kaptan, G. ve Dedeli, Ö. (2012). Sindirim Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İçinde: Temel İç Hastalıkları Hemşireliği. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, s: 263-320.
48. Karahasanoğlu, T. (2001). Kolorektal Kanserler: Tanı ve Cerrahi Tedavi. İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Tıp Eğitim Etkinlikleri, İstanbul, s. 271-279.
49. Kat Bektaş, D. (2014) Gastrointestinal Sistem Kanseri Olan Hastalarda Anksiyete Depresyon Düzeyleri Ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. Satı Demir) .
50. Keçer, M. (2011) Mide Kanseri. İçinde: Cerrahi Gastroenteroloji. Eds: Ü. Değerli, Y. Erbil. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, s. 97-104.
51. Kılıçkap S. (2009), Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi ile Hastalığın Klinikopatolojik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. K. Mutlu HAYRAN)
52. Kızılcı, S. (1999). Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,3(2):18-26.

53. Kızıltan, H. Gastrointestinal sistem kanserleri, Google Akademik: <http://scholar.googleusercontent.com>. Erişim tarihi: 10 Aralık 2018
54. Kurt Kroenke, Dale Theobald, Jingwei Wu, Julie K. Loza, Janet S. Carpenter, Wanzhu Tu, (2010) The Association of Depression and Pain with Health-Related Quality of Life, Disability and Health Care Use in Cancer Patients *Journal of Pain and Symptom Management*, 40(3):327-341
55. Kurt SA, Savaşer S. (2013) Kanserli Adölesanların Yaşam Kalitesi Düzeyine Re-Mission Video Oyununun Etkisi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 28(2):51-58.
56. Lafçı, D. (2009). Müziğin Kanserli Hastaların Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Adana, (Doç. Dr. Gürsel Öztunç) .
57. Mao WM, Zheng WH, Ling ZQ. (2011). Epidemiologic risk factors for esophageal cancer development. *Asian Pac J Cancer Prev*, 12(10):2461-6.
58. Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E, Pathiaki M, Gennatas K, Smyrniotis V, Vassiliou I. (2007) The relationship of subjective sleep quality, pain, and quality of life in advanced cancer patients. *Sleep and cancer*,30(6):737-42.
59. Olgun, N., Uzun, Ö., Uslu, Y., Eti Aslan, F. (2014). Onkoloji. İçinde: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Eds: F. Eti Aslan, A. Karadakovan, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, s. 189-191.
60. Orwelius L, Nordlund A, Nordlund P, Edéll-Gustafsson U, Sjöberg F. (2008) Prevalence Of Sleep Disturbances and Long-Term Reduced Health-Related Quality Of Life After Critical Care: A Prospective Multicenter Cohort Study. *Critical Care*, 12(4):1-11
61. Oylar, Ö., Tekin, İ. (2011). Kanser Teşhis ve Tedavisinde Nanoteknolojinin Önemi. *Uludağ Üniversitesi Mühendislik - Mimarlık Fakültesi Dergisi*, 16(1): 147-153.
62. Ozan, Z. T., & Ataseven, H. (2018). Uyku Bozuklukları ve Gastrointestinal Sistem. *Bozok Tıp Dergisi*, (8):26-33.
63. Öğüt Düzen, K. (2012). Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesi, Semptom Kontrolü ve Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanım Durumlarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Isparta, (Yrd. Doç. Dr. Medet KORKMAZ) .
64. Ökten, İ. (2003). Özefagus Kanserleri. *Göğüs Cerrahisi Derneği Yayınları*, 1247-308.
65. Özbayır , T., Çınar, S. (2014). Ağız ve Üst Gastrointestinal Sistem Hastalıkları. İçinde: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Eds: F. Eti Aslan, A. Karadakovan, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, s: 639-656.
66. Pachler J, Wille-Jørgensen P (2004) Quality Of Life After Rectal Resection For Cancer, With Or Without Permanent Colostomy. *Cochrane Database Syst Rev*.

67. Perek, S., Sarıbeyoğlu, K. (2011). Karaciğer Hastalıkları. İçinde: Cerrahi Gastroenteroloji. Eds: Ü. Değerli, Y. Erbil, Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul, s: 211-225.
68. Perim , A. (2007). Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde alışan Hemşirelerin Kaliteli Yaşam Algının Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Edirne (Danışman: Doç. Dr. Muzaffer Eskiocak) .
69. Pınar G, Algier L, olak M, Ayhan A. (2008) Jinekolojik Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi. Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi, 3(18).
70. Polat F. R. ve Duran Y. (2018), Mide Kanseri ve Erken Tanımın Önemini, Namık Kemal Tıp Dergisi s:32-35.
71. Reha elik M. (2013). Özefagus Kanserinde Semptom ve Klinik Bulgular (s: 11-14), İnternet Adresi: <http://www.toraks.org.tr>. Erişim Tarihi: 10 Aralık 2018
72. Saygılı, Ü. (2012). Gastrointestinal Sistem Kanserli Hastalarda Yorgunluk ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, (Danışman:Yrd. Doç. Dr. Serap Parlar Kılıç) .
73. şahin, L., & Aşioğlu, M. (2013). Uyku ve Uykunun Düzenlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi, s: 93-98.
74. şendir M. (2006). Mide kanserinde beslenme, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(2);76-84.
75. Tara M. Mastracci Samantha HendrenBrenda O'ConnorRobin S. McLeod (2006) The Impact of Surgery for Colorectal Cancer on Quality of Life and Functional Status in the Elderly Diseases of the Colon & Rectum, 49:(12);1878–1884
76. Taş F, Yılmaz Bal H. (2008). Pediatrik onkoloji hastalarında yaşam kalitesi kavramı. Türk Onkoloji Dergisi, 23(2):104-107
77. Top M.ř., Özden S.Y. ve Efe Sevim M. (2003). Psikiyatride Yaşam Kalitesi, Düşünen Adam, 16(1):18-23
78. Türk S. (2015). Kolon Kanserinin Erken Tanısına Yönelik Tutumların “Sağlık İnanç Modeline” Temellendirilerek İncelenmesi, Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Manisa (Danışman: Doç. Dr. Dilek Özmen).
79. Türkiye Kanseri İstatistikleri . (2015, Kasım 11). Kanseri Daire Başkanlığı: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2015.pdf. Erişim tarihi: 10 Aralık 2018
80. Ulusal Kanseri Kontrol Planı, 31-36. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu(2018). İnternet adresi: <https://www.iccp-portal.org>, Erişim Tarihi: 10 Aralık 2018

81. Ürün Y. ve Akbulut H. (2013) Özefagus Kanserinde İndüksiyon Ve Adjuvan Tedavi (s: 47-52), İnternet Adresi: <http://www.toraks.org.tr>. Erişim tarihi: 10 Aralık 2018
82. Varol, E., & Karaca Sivrikaya, S. (2018). Kronik Böbrek Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2(8):89-96.
83. Yalçın Atar, N., Kırbıyık , E., Kaya, N., Kaya, H., Palloş, A., & Eskimez, Z. (2011). Bir Üniversite Hastanesinin Cerrahi Kliniğinde Yatan Hastaların Uyku Kalitesinin ve Uyku Durumunu Etkileyen Faktörler. Türkiye Klinikleri, 4(2): 74-84.
84. Yavuzşen, T., Alacacıoğlu, A., Çeltik, A., Yılmaz, U. (2014). Kanser ve Uyku Bozuklukları. Türk Onkoloji Dergisi, s: 112-119.
85. Yılmaz Şahin, S., İyigün, E., Açikel, C. (2015). Kolorektal Kanser Cerrahisi Uygulanan Hastaların Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi. TAF Prev Med Bull, 5(14):401-405.
86. Yılmaz Z., Artış T. (2011) Özefagus Hastalıkları İçinde: Cerrahi Gastroenteroloji. Eds: Değerli Ü. ve Erbil Y. Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul, (s. 49-69).
87. Yönt hakverdioğlu G. (2009). İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Türk Toplumunu İçin Geçerlik Ve Güvenirliğinin İncelenmesi, Doktora Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Leyla KHORSHID)
88. Yüce D. (2012). Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi Belirleyicileri, Yüksek Lisans Tezi, Ankara (Danışman: Doç. Dr. K. Mutlu HAYRAN)
89. Yücel O. ve Candaş F. H. (2012), Özefagus Kanseri, Göğüs Cerrahisi Ders Notları. Ankara, s:59-64
90. Yüksel Deniz, S. (2014). Hastanede Yatan Hastaların Uyku Kalitesi ve Uyku Durumlarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Ahsen Şirin) .

10 EKLER

EK 1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Bu araştırma, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı kapsamında "Gastrointestinal Sistem Kanser Tanısı Almış Yatan Hastalarda Uyku ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" amacıyla yürütülen bir tez çalışmasıdır. Ankette, katılımcıların kimlik bilgileri talep edilmemektedir. Kişisel bilgilerinizle ilgili sorulara verdiğiniz cevaplar araştırmacı tarafından gizli tutulacaktır. Katılımınız için teşekkürler.

*Anketin Yapıldığı Yer:

1- Yaşınız?

2- Cinsiyetiniz? (1) Kadın (2) Erkek

3- Medeni durumunuz? (1) Evli (2) Bekâr

4- Eğitim durumunuz?

(1) Okur - yazar değil (2) Okur - yazar / İlkokul (3) Ortaokul / Lise (4) Üniversite (5) Diğer...

5- Çalışıyor musunuz?

(1) Evet (2) Hayır

6- Aile tipiniz? (1) Çekirdek aile (2) Geniş aile

7- Gelir durumu (1) Gelir- Giderden az (2) Gelir-Gidere eşit (3) Gelir- Giderden fazla

8- Hastalığınızın tanısı nedir?

9- Ailenizde kanser tanısı almış yakınınız var mı?

10-Hastalığınız ne kadar süre önce başladı? ...yıl, ...ay

11- Hastalığınız için ne tür bir tedavi uygulanıyor?

(1) Kemoterapi (2) Radyoterapi (3) Cerrahi (4) Diğer...

12- Kaç günden beri hastanede yatıyorsunuz?

13- Daha önce hastanede yattınız mı?

(1) Evet (2)Hayır

14- Sigara kullanıyor musunuz? (1) Evet (2) Hayır

15- Alkol kullanıyor musunuz? (1) Evet (2) Hayır

16- Hastalık döneminde uyku düzeniniz bozuldu mu?

(1) Evet (2)Hayır

17- Hastalığın belirtileri yaşam kalitenizi etkiledi mi?

(1) Evet (2)Hayır

18- Hastalık öncesi uyku düzeninizde bozukluk yaşıyor muydunuz?

(1) Evet (2)Hayır

19- Hastalık döneminde beslenme alışkanlıklarınız değişti mi?

(1) Evet (2)Hayır

20. Ailenizde uyku sorunu olanlar var mı? (1) Evet_____ (2) Hayır

21. Hastalık öncesi uykunuz ile şimdiki uykunuz arasında fark var mı?

(1) Evet (2) Hayır

EK2. PITTSBURG UYKU KALİTESİ İNDEKSİ

İsim:.....
Tarih

Yaş:

Açıklamalar

Aşağıdaki sorular yalnızca geçen ayki mutad uyku alışkanlıklarınızla ilgilidir. Cevaplarınız geçen ay içindeki gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

1. Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız?.....
2. Geçen ay geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika olarak) aldı?
3. Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız?
4. Geçen ay, geceleri kaç saat gerçekten uyudunuz? (Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir)

Aşağıdaki soruların her biri için uygun cevabı seçiniz. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

5. Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne kadar sıklıkla yaşadınız?

- a. 30 dakika içinde uykuya dalamadınız.
 1. Geçen hafta boyunca hiç 3. Haftada bir veya iki kez
 2. Haftada birden az 4. Haftada üç veya daha fazla
- b. Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız.
 1. Geçen hafta boyunca hiç 3. Haftada bir veya iki kez
 2. Haftada birden az 4. Haftada üç veya daha fazla
- c. Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız.
 1. Geçen hafta boyunca hiç 3. Haftada bir veya iki kez
 2. Haftada birden az 4. Haftada üç veya daha fazla
- d. Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz.
 1. Geçen hafta boyunca hiç 3. Haftada bir veya iki kez
 2. Haftada birden az 4. Haftada üç veya daha fazla

e. Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız.

1. Geçen hafta boyunca hiç 3. Haftada bir veya iki kez
2. Haftada birden az 4. Haftada üç veya daha fazla

f. Aşırı derecede üşüdünüz.

1. Geçen hafta boyunca hiç 3. Haftada bir veya iki kez
2. Haftada birden az 4. Haftada üç veya daha fazla

g. Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz.

1. Geçen hafta boyunca hiç 3. Haftada bir veya iki kez
2. Haftada birden az 4. Haftada üç veya daha fazla

h. Kötü rüyalar gördünüz.

1. Geçen hafta boyunca hiç 3. Haftada bir veya iki kez
2. Haftada birden az 4. Haftada üç veya daha fazla

i. Ağrı duydunuz.

1. Geçen hafta boyunca hiç 3. Haftada bir veya iki kez
2. Haftada birden az 4. Haftada üç veya daha fazla

j. Diğer neden(ler). Lütfen belirtiniz _____.

Geçen ay bu neden(ler)den dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız?

1. Geçen hafta boyunca hiç 3. Haftada bir veya iki kez
2. Haftada birden az 4. Haftada üç veya daha fazla

6. Geçen ay, uyku kalitenizi tümüyle nasıl değerlendirebilirsiniz?

1. Çok iyi 2. Oldukça iyi 3. Oldukça kötü 4. Çok kötü

7. Geçen ay, uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?

1. Geçen hafta boyunca hiç 3. Haftada bir veya iki kez
2. Haftada birden az 4. Haftada üç veya daha fazla

8. Geçen hafta, araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

1. Geçen ay boyunca hiç 3. Haftada bir veya iki kez
2. Haftada birden az 4. Haftada üç veya daha fazla

9. Geçen hafta, bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

1. Hiç problem oluşturmadı
2. Yalnızca çok az problem oluşturdu
3. Bir dereceye kadar problem oluşturdu
4. Çok büyük bir problem oluşturdu

10. Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?

1. Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok
2. Diğer odada bur yatak partneri veya oda arkadaşı var
3. Partner aynı odada fakat aynı yatakta değil
4. Partner aynı yatakta

11. Eğer bir oda arkadaşınız veya yatak partneriniz varsa ona geçen ay aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkla yaşadığınızı sorun

a. Gürültülü horlama.

1. Geçen hafta boyunca hiç 3. Haftada bir veya iki kez
2. Haftada birden az 4. Haftada üç veya daha fazla

b. Uykuda iken nefes alıp vermeler arasında uzun aralıklar.

1. Geçen hafta boyunca hiç 3. Haftada bir veya iki kez
2. Haftada birden az 4. Haftada üç veya daha fazla

c. Uyumken bacaklarda seğirme veya sıçrama.

1. Geçen hafta boyunca hiç 3. Haftada bir veya iki kez
2. Haftada birden az 4. Haftada üç veya daha fazla

d. Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık.

1. Geçen hafta boyunca hiç 3. Haftada bir veya iki kez
2. Haftada birden az 4. Haftada üç veya daha fazla

e. Uyumken olan diğer huzursuzluklarınız, lütfen belirtiniz.

1. Geçen hafta boyunca hiç 3. Haftada bir veya iki kez
2. Haftada birden az 4. Haftada üç veya daha fazla

EK 3. EORTC QLQ C-30 YAŞAM KALİTE ÖLÇEĞİ

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

Lütfen adınızın ve soyadınızın baş harflerini yazınız:

Doğum gününüz (Gün/Ay/Yıl):

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

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 ila 7 arasındaki size en uygun rakamı daire içine alınız.

29. Geçen haftaki sağlığınızı genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

					6	7
1	2	3	4	5		
Çok kötü						Mükemmel

30. Geçen haftaki hayat kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?

					6	7
1	2	3	4	5		
Çok kötü						Mükemmel

EK 4.

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME VE ONAY FORMU

GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın Katılımcı

Gastrointestinal sistem kanser tanısı alan hastaların hastalıklarından dolayı oluşan semptomlara bağlı olarak gelişen uyku ve yaşam kalitesindeki değişimler konusunda hastaya rehberlik, danışmanlık ve destek almalarını sağlamak önemlidir. Bu süreç içinde hastaya bakım, tedavi ve sağlık kalitesini yükseltmek önem taşımaktadır. Bu gerekçe doğrultusunda bu çalışma gastrointestinal sistem kanser tanısı alan hastaların uyku ve yaşam kalitesi değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi servisinde 01 Mart – 01 Haziran 2018 tarihleri arasında yapılacaktır. Çalışmaya en az 61 ve üzeri gönüllü hastalar ile yapılması öngörülmektedir. Size vereceğimiz anketteki soruları cevaplayıp cevaplamama konusunda tamamen özgürsünüz.

Araştırmaya katılanlar için gönüllülük esastır. Katılma reddedildiği takdirde hiçbir zorlama ya da baskı yapılmayacaktır. Araştırmayı kabul etmediğiniz durumda hastalığınızla ilgili tedavinizde bir aksama olmayacaktır. Araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra istediğiniz zaman çalışmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek ya da size ödeme yapılmayacaktır. Bu süreçte bizimle paylaştığınız tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırma sonucu ile ilgili bilgi edinme hakkına sahipsiniz.

İkinci bölüm: Katılımcının/Hastanın Beyanı

Sayın Gülbahar Keskin, Çağdaş Uluçay, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi servisinde 01 Mart – 01 Haziran 2018 tarihleri arasında tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına 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.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

EK 5.



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

SAYI : 12
KONU: Etik Kurul İzni

27.02.2018

Sayın; Çağdaş ULUÇAY




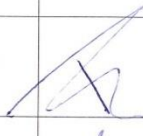
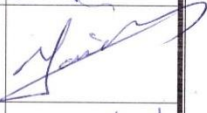




Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından yapılmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup Çağdaş ULUÇAY'ın Yrd. Doç. Dr. Gülbahar KESKİN'in danışmanlığında yaptığı''**Gastrointestinal Sistem Kanseri Tanısı Alan Yatan Hastalarda Uyku ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi**'' isimli araştırma kurulumuzun 24.01.2018 tarihli toplantısında etik yönden uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof. Dr. Melek Güneş YAVUZER
Etik Kurul Başkan Yardımcısı

EK.Etik Kurul Kararı

EK 6.

	TC HALIÇ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLAR		Yayın Tarihi :10.12.2015 Revizyon Tarihi :25.01.2016 Revizyon No : 01 Sayfa No : 1 / 1		
	Karar No :02 Tarih: 27 Şubat 2018 Toplantı Sayısı:02	Çağdaş ULUÇAY'ın Yrd. Doç. Dr. Gülbahar KESKİN'in danışmanlığında yaptığı "Gastrointestinal Sistem Kanseri Tanısı Alan Yatan Hastalarda Uyku ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" konulu çalışması,			
ÜYELER					
Adı-Soyadı	Alanı	Kurumu	Araştırma ile ilişkisi	Toplantıya Katılma	İmza
Prof. Dr. Abdurrahman EREN (Başkan)	Hukuk	Haliç Üniversitesi Rektör Vekili	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Güneş YAVUZER	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Kut SARPYENER	Antrenörlük	Haliç Üniversitesi Beden Eğt. ve Spor Yük. Okulu	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Filiz AÇKURT	Beslenme ve Diyetetik	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Feridun VURAL	Tıp Fakültesi	Haliç Üniversitesi Tıp Fakültesi	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Burcu IRMAK YAZICIOĞLU	Moleküler Biyoloji ve Genetik	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Moleküler Biyoloji ve Genetik Bölümü	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Leman KUTLU (Yürütücü Sekreter)	Ebelik	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlhan ODABAŞ	Spor Yöneticiliği	Haliç Üniversitesi Beden Eğt. ve Spor Yük. Okulu	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Atilla TEKİN	Psikoloji	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi	Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
ETKU:10					

EK 7.



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

İSTANBUL OKMEYDANI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ - İSTANBUL OKMEYDANI EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ



Sayı : 48670771-799
Konu : Araştırma İzni (Çağdaş ULUÇAY)

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
(Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı -4)

İlgi: 16.03.2018 tarih ve 16867222-604.01.01.-E.828 sayılı yazınız

İlgide kayıtlı yazı ile Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Çağdaş ULUÇAY'ın, Yrd. Doç. Dr. Gülbahar KESKİN danışmanlığında yürütülen; "Gastrointestinal Sistem Kanseri Tanısı Alan Yatan Hastalarda Uyku ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" konulu çalışmayı hastanemizde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Prof. Dr. Hakan GÜRBÜZ
Başhekim

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim ve AR-GE Birimi
Faks No:0212 221 78 00
e-Posta:hacer.ozel1@saglik.gov.tr İnt.Adresi: hacerozkulozel@hotmail.com

Bilgi için:Hacer ÖZEL
Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0212 314 55 55

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden de1746b5-e088-475b-b800-7132d8b01c2c kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 8.

Gönderen: MEHMET YÜCEL AĞARGÜN <myagargun@medipol.edu.tr>

Gönderildi: 5 Şubat 2018 Pazartesi 19:43

Kime: cagdasulucay3452@hotmail.com

Konu: Re: PUKİ Ölçeği Kullanım İzni Hakkında

Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz.

Selamlar

5 Şubat 2018 23:04 tarihinde

cagdasulucay3452@hotmail.com<cagdasulucay3452@hotmail.com> yazdı:

Merhaba,

Çağdaş ULUÇAY

Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliğinin 'de Yüksek Lisans yapmaktayım. Kanser tanısı almış hastalarda uyku kalitesini değerlendirmek amacıyla sizin geçerliliği ve güvenilirliği yapmış olduğunuz Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksini izniniz olursa araştırmamda kullanmak istiyorum.

Bilgilerinize arz ederim.

Saygılarımla.

İyi Günler

İyi Çalışmalar.

EK 9.

Gönderen: Nalan Gördeles Beşer <ngbeser@ohu.edu.tr>

Gönderildi: Monday, June 4, 2018 3:46:51 PM

Kime: Çağdaş Uluçay

Konu: Re: EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanım İzni Hakkında

sevgili meslektaşım;

EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğini araştırmanızda kullanabilirsiniz. iyi çalışmalar dilerim.

Nalan GÖRDELES BEŞER

----- Orijinal Mesaj -----

Kimden: "Çağdaş Uluçay" <cagdasuluçay3452@hotmail.com>

Kime: ngbeser@ohu.edu.tr

Gönderilenler: 30 Mayıs Çarşamba 2018 16:11:47

Konu: EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanım İzni Hakkında

Merhaba Hocam,

Çağdaş ULUÇAY

Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliğinin 'de Yüksek Lisans yapmaktayım. Kanser tanısı almış hastalarda yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla sizin geçerliliği ve güvenilirliği yapmış olduğunuz EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeğini izniniz olursa araştırmamda kullanmak istiyorum.

Bilgilerinize arz ederim.

Saygılarımla.

İyi Günler

İyi Çalışmalar.

İNTİHAL RAPORU

GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANSER TANISI ALMIŞ YATAN HASTALARDA UYKU VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ORIJINALLIK RAPORU

% 15	% 12	% 6	% 9
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BIRINCIL KAYNAKLAR

1	Submitted to Haliç Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1
2	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	% 1
3	assobrafir.com.br İnternet Kaynağı	% 1
4	www.medicorium.com İnternet Kaynağı	% 1
5	www.saglikcalisanisagligi.org İnternet Kaynağı	% 1
6	dspace.trakya.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
7	www.tjfmpe.gen.tr İnternet Kaynağı	% 1
8	Submitted to Inonu University Öğrenci Ödevi	<% 1

11 ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: Çağdaş Uluçay

Doğum Yeri ve Tarihi: Ordu / 1994

Yabancı Dili: Orta Düzey

E- Posta Adresi : cagdasulucay3452@gmail.com

Tel: -

Eğitim ve Akademik Durumu

Lise: İstanbul Şişli Halil Rıfat Paşa Lisesi 2012

Lisans: İstanbul Haliç Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu -Hemşirelik2016

İş tecrübesi

Koç Üniversitesi Hastanesi - Genel Cerrahi Servis Hemşiresi.....2016-2017

T.C. S.B.Ü. Okmeydanı EAH – Genel Cerrahi Servis Hemşiresi.....2017- Devam