T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

GÜNÜBİRLİK KEMOTERAPİ TEDAVİSİ ALAN GERİATRİK ONKOLOJİ HASTALARI İLE GENÇ ONKOLOJİ HASTALARI ARASINDAKİ SEMPTOM FARKLILIKLARI VE YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ

Büşra ÖZDOĞAN

ORCID: 0009-0001-9553-902X

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Onkoloji Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR

HAZİRAN 2024

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2021970129

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

GÜNÜBİRLİK KEMOTERAPİ TEDAVİSİ ALAN GERİATRİK ONKOLOJİ HASTALARI İLE GENÇ ONKOLOJİ HASTALARI ARASINDAKİ SEMPTOM FARKLILIKLARI VE YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ

Büşra ÖZDOĞAN

ORCID: 0009-0001-9553-902X

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Onkoloji Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Özlem UĞUR

ORCID: 0000-0002-1020-9962

İZMİR

HAZİRAN 2024

T.C

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

ETİK BEYAN

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırlayıp sunduğum "**GÜNÜBİRLİK KEMOTERAPİ TEDAVİSİ ALAN GERİATRİK ONKOLOJİ HASTALARI İLE GENÇ ONKOLOJİ HASTALARI ARASINDAKİ SEMPTOM FARKLILIKLARI VE YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ"** başlıklı Yüksek Lisans tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve teklif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Büşra ÖZDOĞAN

Tarih: 25.06.2024

İmza:

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca engin bilgileriyle yoluma ışık tutan, beni daima yüreklendiren sayın danışman hocam Prof. Dr. Özlem UĞUR'a,

Bu zor süreçte bana destek olan, motive eden, tüm stresimi azaltan, her daim desteğini hissettiğim hep yanımda olduğu için kendimi şanslı hissettiğim canım yol arkadaşım Fatih DİLEK'e,

Araştırmamı yaparken tüm yoğunluklarına rağmen bana yardımcı olan, destekleyen değerli meslektaşlarım, enerji dolu ekip arkadaşlarım Onkoloji Hemşirelerine,

Hayatımın her alanında olduğu gibi bu süreçte de beni yalnız bırakmayan biricik annem Nazife ÖZDOĞAN ve babam Mevlüt ÖZDOĞAN'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

BÜŞRA ÖZDOĞAN

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TABLOLAR DİZİNİ ..... **i**
ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **ii**
SİMGELER VE KISALTMALAR ..... **iii**
ÖZET ..... **iv**
ABSTRACT ..... **vi**
1.GİRİŞ ve AMAÇ 1
1.1. Problemin Tanımı 1
1.2. Araştırmanın Önemi 6
1.3. Araştırmanın Amacı 6
1.4. Araştırmanın Soruları 7
2. **GENEL BİLGİLER** 8
2.1. Kanser 8
2.2. Kanser Fizyopatolojisi 8
2.3. Gençlerde Kanser Epidemiyolojisi 9
2.4. Yaşlılarda Kanser Epidemiyolojisi 10
2.5. Yaşlılarda Kanser İnsidansı, Prevelansı, Mortalitesi ve Sağkalım 10
2.6. Yaşlanma ve Karsinogenezis 12
2.7. Yaşlı Kanser Hastalarında Geriatrik Değerlendirme 15
2.8. Genç ve Yaşlı Kanser Hastalarında Sıklıkla Görülebilecek Semptomlar ve Hemşirenin Sorumluluğu 17
2.8.1. Bulantı- Kusma 18
2.8.2. Ağrı 18
2.8.3. Yorgunluk 19
2.8.4. Diyare 21
2.8.5. Konstipasyon 22
2.8.6. Alopesi 23
2.8.7. Mukozit 24
2.8.8. İştah ve Kilo Kaybı 26
2.8.9. Psikolojik Sorunlar 26
2.8.10. Cinsel Sorunlar 27

2.9. Genç ve Yaşlı Kanser Hastasının Bakımında Hemşirenin Sorumlulukları 27
2.10. Kanserli Yaşlı Bireyin Hemşirelik Bakımı 28
2.11. Genç ve Yaşlı Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesinin İyileştirilmesinde Hemşirenin Sorumluluğu 29

3. GEREÇ YÖNTEM 30
3.1. Araştırma Tipi 30
3.2. Araştırmanın Evreni 30
3.3. Araştırma Örneklemi ve Planı 30
3.4. Veri Toplama Araçları 32
3.4.1. Hasta Tanılama Formu (EK-1) 32
3.4.2. ECOG Performans Skoru (EK-2) 32
3.4.3. Mini-Cog Testi (EK-3) 33
3.4.4. Rotterdam Semptom Kontrol Listesi (EK-4) 33
3.4.5. Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK-5) 34
3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması 35
3.6. Araştırmanın Değişkenleri 35
3.7. Verilerin Analizi 35
3.8. Etik Kurul Onayı 36
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları 36
4. BULGULAR 37
4.1. Genç ve Yaşlı Kanser Hastalarının Tanımlayıcı ve Demografik özelliklerine İlişkin Tablolar 37
Tablo 4.1.1. Genç ve Geriatrik Hastaların Sosyodemografik Özellikleri 37
Tablo 4.1.2. Genç ve Geriatrik Hastaların Tıbbi Bilgilerine İlişkin Özellikler 39
4.2. Genç ve Yaşlı Kanser Hastalarının Semptomlarına İlişkin Tablolar 43
Tablo 4.2.1. Genç ve Geriatrik Hastaların Rotterdam Semptom Kontrol Listesi ve Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları 43
Tablo 4.2.2. Genç ve Geriatrik Hastaların Cinsiyetlerine Göre Rotterdam Semptom Kontrol Listesi ve Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları 45
Tablo 4.2.3. Genç ve Geriatrik Hastaların Kanser Tipine Göre Rotterdam Semptom Kontrol Listesi ve Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları 50

Tablo 4.2.4. Genç ve Geriatrik Hastaların Aldıkları Tedavilere Göre Rotterdam Semptom Kontrol Listesi ve Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları 57

Tablo 4.2.5. Genç ve Geriatrik Hastaların Aldıkları Kür Sayısına Göre Rotterdam Semptom Kontrol Listesi ve Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları 62

4.3. Genç ve Yaşlı Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesine İlişkin Tablolar 66

Tablo 4.3.1. Genç Hastaların Rotterdam Semptom Kontrol Listesi ile Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki 66

Tablo 4.3.2. Geriatrik Hastaların Rotterdam Semptom Kontrol Listesi ile Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki 68

5. TARTIŞMA 70

5.1. Genç ve Yaşlı Kanser Hastalarının Tanıtıcı özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması 70

5.2. Genç ve Yaşlı Kanser Hastalarının Semptomlarına İlişkin Bulguların Tartışılması 71

5.3. Genç ve Yaşlı Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesine İlişkin Bulguların Tartışılması 75

6. SONUÇ ve ÖNERİLER 78

7. KAYNAKLAR 80

8. EKLER 89

TABLOLAR DİZİNİ

Sayfa No

4.1. Genç ve Yaşlı Kanser Hastalarının Tanımlayıcı ve Demografik özelliklerine İlişkin Tablolar 37

Tablo 4.1.1. Genç ve Geriatrik Hastaların Sosyodemografik Özellikleri 37

Tablo 4.1.2. Genç ve Geriatrik Hastaların Tıbbi Bilgilerine İlişkin Özellikler . 39

4.2. Genç ve Yaşlı Kanser Hastalarının Semptomlarına İlişkin Tablolar 43

Tablo 4.2.1. Genç ve Geriatrik Hastaların Rotterdam Semptom Kontrol Listesi ve Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları 43

Tablo 4.2.2. Genç ve Geriatrik Hastaların Cinsiyetlerine Göre Rotterdam Semptom Kontrol Listesi ve Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları 45

Tablo 4.2.3. Genç ve Geriatrik Hastaların Kanser Tipine Göre Rotterdam Semptom Kontrol Listesi ve Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları 50

Tablo 4.2.4. Genç ve Geriatrik Hastaların Aldıkları Tedavilere Göre Rotterdam Semptom Kontrol Listesi ve Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları 57

Tablo 4.2.5. Genç ve Geriatrik Hastaların Aldıkları Kür Sayısına Göre Rotterdam Semptom Kontrol Listesi ve Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları 62

4.3. Genç ve Yaşlı Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesine İlişkin Tablolar 66

Tablo 4.3.1. Genç Hastaların Rotterdam Semptom Kontrol Listesi ile Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki 66

Tablo 4.3.2. Geriatrik Hastaların Rotterdam Semptom Kontrol Listesi ile Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki 68

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 2.5.1. Dünya Geneli Erkek ve Kadınlarda Tahmini Yaşa Standardize Mortalite Hızı En Yüksek İlk 5 Kanser……..11

Şekil 2.5.2. Yaşla Birlikte Sık Görülen Tümörlerin Davranış Değişikliği……12

Şekil 3.3.1. Tabakalara Atanan Örneklem Sayı Dağılımları……..…31

Şekil 3.3.2. Araştırma Planı……...…31

Şekil 4.1. Geriatrik Kanser Hastaları ve Genç Kanser Hastalarının Yaşadıkları Semptomlar ……...42

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GLOBACAN: Küresel Kanser Gözlem Verisi- (Global Cancer Observatory)

SPSS: Sosyal Bilimler İstatistik Programı- (Statistical Package For The Social Sciences)

SEER: Gözetim, Epidemiyoloji ve Sonuçlar programı-(Surveillance, Epidemiology, and End Results)

WHOQOL: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Grubu

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

GÜNÜBİRLİK KEMOTERAPİ TEDAVİSİ ALAN GERİATRİK ONKOLOJİ HASTALARI İLE GENÇ ONKOLOJİ HASTALARI ARASINDAKİ SEMPTOM FARKLILIKLARI VE YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ

Yüksek Lisans Tezi

Büşra ÖZDOĞAN

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı

ÖZET

Araştırma, günübirlik kemoterapi tedavisi alan geriatrik onkoloji hastaları ile genç onkoloji hastaları arasındaki semptom farklılıkları ve yaşam kalitesinin incelenmesi amacıyla karşılaştırmalı, tanımlayıcı, korelasyonel ve kesitsel desene uygun olarak yapıldı. Araştırmanın verileri Aralık 2022-Nisan 2023 tarihleri arasında Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Günübirlik Servisi'nden toplanmıştır.

Çalışmaya meme, prostat, testis, akciğer, kolorektal, mide, jinekolojik kanser çeşitlerinden birine sahip olan, bilişsel işlevlerini sürdürebilen, tanısını en az 2 ay önce almış; 18-64 yaş aralığında 70 hasta ile 65 yaş üstü 70 hasta gönüllü olarak katıldı. Veri toplama araçlarından; Hasta Tanılama Formu, ECOG Performans Skoru, Mini-Cog Testi, Rotterdam Semptom Kontrol Listesi ve Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanıldı. Verilerin analizinde SPSS programı kullanıldı. Grupların ölçek puanları için Ki-kare, t testi, Mann Whitney U, Kruskal Wallis, Bonferroni Posthoc, Tek Yönlü Varyans Analizi ve Spearman's Korelasyon testleri kullanıldı. Araştırmada, p değerinin 0,05'in ($p<0,05$) altında yer aldığı sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Genç hastaların %48,6'sının bulantı-kusma, %47,1'inin yorgunluk, %30'unun ağrı, %30'unun saç dökülmesi, %28,6'sının iştah / kilo kaybı, %24,3'ünün kabızlık, %17,1'inin ishal, %11,4'ünün psikolojik sorunlar, %8,6'sının ağız yarası, %4,3'ünün ateş, %4,3'ünün solunum sıkıntısı, %2,9'unun cinsel sorunlar ve %1,4'ünün enfeksiyondan etkilendiği belirlenmiştir. Geriatrik hastaların %54,3'ünün yorgunluk, %38,6'sının bulantı-kusma, %34,3'ünün ağrı, %27,1'inin iştah / kilo kaybı, %21,4'ünün saç dökülmesi, %18,6'sının kabızlık, %17,1'inin ishal, %14,3'ünün psikolojik sorunlar, %8,6'sının ağız yarası, %7,1'inin solunum sıkıntısı, %2,9'unun enfeksiyon ve %1,4'ünün ateşten etkilendiği bulunmuştur.

Genç hastalar ile geriatrik hastalar arasında Rolls Royce Modeli Yaşam Klalitesi Ölçeği Genel İyilik alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=3,374$; $p<0,05$). Genç hastaların Genel İyilik alt boyutu puanlarının geriatrik hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Genç hastalar ile geriatrik hastalar arasında Fiziksel Semptom ve Aktivite alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=4,145$; $p<0,05$). Genç hastaların Fiziksel Semptom ve Aktivite alt boyutu puanlarının geriatrik hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Semptomların varlığı hem genç hastaların hem de yaşlı hastaların yaşam kalitesi ile ters orantılıdır.

Genç hastaların yaşam kalitelerinin geriatrik hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Anahtar Sözcükler: genç, geriatri, kanser, semptom, yaşam kalitesi

Tezin sayfa adedi: 120

Danışman: Prof. Dr. Özlem UĞUR

INVESTIGATION OF SYMPTOM DIFFERENCES AND QUALITY OF LIFE BETWEEN GERIATRIC ONCOLOGY PATIENTS RECEIVING DAILY CHEMOTHERAPY TREATMENT AND YOUNG ONCOLOGY PATIENTS

MSc Thesis

Büşra ÖZDOĞAN

DOKUZ EYLÜL UNIVERSITY HEALTH SCIENCES INSTITUTE
Department Of Nursing Master's Degree Program

ABSTRACT

The research was conducted in accordance with a comparative, descriptive, detailed and cross-sectional design to examine the symptoms and life changes between geriatric oncology areas and young oncology areas receiving outpatient treatment. The data of the study were collected from Atatürk Training and Research Hospital Oncology Day Service between December 2022 and April 2023.

Those who had one of the types of breast, prostate, testicular, lung, colorectal, stomach or gynecological cancer were included in the study, were able to continue the methods, had been diagnosed at least 2 months ago; 70 patients between the ages of 18-64 and 70 patients over the age of 65 participated voluntarily. Among the data collection tools; He rejected the Patient Diagnostic Form, ECOG Performance Score, Mini-Cog Test, Rotterdam Symptom Checklist, and Rolls Royce Model Quality of Life Scale. Recording in SPSS program for data analysis. Classification scores of the groups are compatible with Chi-square, t test, Mann Whitney U, Kruskal Wallis, Bonferroni Posthoc, One-Way Analysis of Variance and Spearman's Correlation tests. In the study, results with a p correlation below 0.05 ($p<0.05$) were considered significant.

%48,6 of young patients had nausea and vomiting, %47,1 had fatigue, %30 had pain, %30 had hair loss, %28,6 had appetite/weight loss, %24,3 had constipation, %17,1 diarrhea, %11,4 psychological problems, %8,6 mouth sores, %4,3 fever, %4,3 respiratory distress, %2,9 It was determined that %1,4 of the patients were affected by sexual problems and infection. %54,3 of geriatric patients had fatigue, %38,6 had nausea and vomiting, %34,3 had pain, %27,1 had appetite/weight loss, %21,4 had hair loss, %18,6 had constipation, %17,1 had diarrhea, %14,3 had psychological problems, %8,6 had mouth sores, %7,1 had respiratory distress, %2,9 had infection and %1,4 were found to be affected by fever.

A statistically significant difference was found between young patients and geriatric patients in terms of the Rolls Royce Model Quality of Life Scale General Well-being subscale scores ($t=3.374$; $p<0.05$). It was found that the General Well-being subscale scores of young patients were higher than geriatric patients. A statistically significant difference was found between young patients and geriatric patients in terms of Physical Symptom and Activity subscale scores ($t=4.145$; $p<0.05$).

It was found that young patients' Physical Symptom and Activity subscale scores were higher than geriatric patients.

The presence of symptoms is inversely proportional to the quality of life of both young patients and elderly patients.

It was determined that the quality of life of young patients was higher than that of geriatric patients.

Keywords: cancer, geriatrics, symptom, quality of life, young

Page number:120

Adsivor: Prof. Dr. Özlem UĞUR

1.GİRİŞ ve AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı

Kanser, anormal hücrelerin kontrolsüz şekilde büyümesiyle, vücudun hemen her organında veya dokusunda başlayabilen, normal sınırlarını aşarak vücudun bitişik kısımlarını istila edebilen ve diğer organlara yayılabilen geniş bir hastalık grubudur(1). Özellikle son yıllarda insan yaşamını tehdit eden önemli bir hastalık haline gelmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ); kalıtım, sigara ve alkol tüketimi, sağlıksız beslenme, mobilite azlığı, obezite gibi risk faktörlerinin son yıllarda artmasıyla birlikte kanser görülme sıklığında da artış meydana geldiğini bildirmektedir(1). Ölüm istatistikleri incelendiğinde kanser, dolaşım sistemi hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır (2). Dünya genelinde en çok karşılaşılan kanser türleri arasında kadınlarda birinci sırada %47.8 ile meme kanseri, ikinci %16.2 ile kolerektal kanseri, üçüncü sırada ise %14.6 ile akciğer kanseri yer alırken, erkeklerde birinci sırada %31.5 ile akciğer kanseri, ikinci sırada %30.7 ile prostat kanseri, üçüncü sırada ise %23.4 ile kolerektal kanser türleri bulunmaktadır(3). Bu kanser türleri arasında kadınlarda en çok mortaliteye sahip kanser türü %13.6 ile meme kanseri, erkeklerde en çok mortaliteye sahip kanser türü ise %25.9 ile akciğer kanseridir(3) .

Ülkemizde ise kadınlarda en çok karşılaşılan ilk 3 kanser çeşidi %46.6 ile meme, %22.4 ile tiroid ve %16.2 ile kolerektal kanser olurken; erkeklerde ise en çok karşılaşılan ilk 3 kanser %74.8 ile akciğer, %42.5 ile prostat ve %26.2 ile kolerektal kanser türleridir (3) . Mortaliteler incelendiğinde ise Türkiye' de kadınlarda en çok mortaliteye sebep olan kanser çeşidi %12.9 ile meme kanseriyken, erkeklerde %67.5 ile akciğer kanseri ilk sırada yer almaktadır(3).

Kanser yaşın ilerlemesiyle birlikte artan bir hastalık olup, günümüzde yaşlılarda kanser insidansı artmış bulunmaktadır. Kanser hastalarının %50 sinden fazlası 65 yaş ve üzeri bireylerdir(4,5). DSÖ 'ye göre 65 yaş ve üzeri yaşlı kabul edilmektedir. Bu tanıma göre 65-74 yaş genç yaşlılık, 75-84 yaş orta yaşlılık, 85 yaş ve üstü ise ileri yaşlılık olarak sınıflandırılmaktadır (6). Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 2018 yılında %8,8 iken, 2023 yılında %10,2 'ye yükselmiştir. Bu oranının 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 olması beklenmektedir (7). Karsinogenez sağlıklı bir hücrenin genetiğinin bozulması sonucu

kontrolsüz bir şekilde bölünerek kanser hücrelerine dönüşmesi sürecidir. Bu süreç yıllar içinde gelişir ve karsinojen maddelere maruziyetle birlikte hızlanabilir (8). DNA' da meydana gelen mutasyonlar kanserleşme sürecini oluşturur. Hücre döngüsü DNA' mız tarafından çok sıkı bir şekilde takip edilir. Karsinogenez zaman alıcı bir süreçtir ve daha uzun yaşayan kişilerde oluşması daha olası bir durumdur (9). Yaşın ilerlemesi ile birlikte metabolik atıkların hücre içinde birikmesi, immün sistem değişiklikleri, telomeraz teorisi, hücrelerdeki apoptozis yeteneğinin azalması gibi etkenlere bağlı olarak hücrelerin normal yapısını yitirmesiyle, tümörün gelişmesi ve mutasyonun birikmesi yaşlı bireylerde kansere neden olan mekanizmalardır (10).

Dünyada 65 yaş üstü kadınlarda en çok görülen kanserlerde ilk sırada 755.288 kişi meme kanseri, ikinci sırada 534.813 kişi ile kolerektal kanser ve üçüncü sırada 492.756 kişi ile akciğer kanseri sıralanmaktadır. Geriatrik erkek kanser hastalarında ise birinci sırada 999.296 kişi ile prostat kanseri, ikinci sırada 876.067 kişi ile akciğer kanseri ve üçüncü sırada 620.703 kişi ile kolerektal kanseri yer almaktadır (3). Ulusal Kanser Enstitüsüne göre adölesanlarda ve genç erişkinlerde kanser, 15 ila 39 yaşları arasında ortaya çıkan tanılar olarak tanımlanmaktadır. Diğer yaş gruplarına göre gençlerde kanser türleri farklılık göstermektedir(11). Dünya'da 15 ile 39 yaş arasındaki genç kadınlarda en çok görülen kanser türleri %15.1 ile meme kanseri, % 7.7 ile tiroid kanseri ve % 6.9 ile rahim ağzı kanseri yer almaktadır. 15-39 yaş arası genç erkeklerde ise %2.8 ile testis kanseri, %2.6 ile lösemi ve ardından % 2 ile non hodgin lenfoma takip etmektedir. Mortalite oranları da genç kadınlarda %2.6 ile meme kanseri, %1.9 ile rahim ağzı kanser, %1.3 ile lösemi bulunmaktadır. Genç erkeklerdeki mortalite oranları da %1.7 ile lösemi, %1.3 ile karaciğer, %1 ile beyin ve merkezi sinir sistemi kanserleri olarak sıralanmaktadır (3).

Türkiye verilerinde genç kadınlarda en çok görülen kanserler %20.6 ile meme kanseri, %19.4 ile tiroit kanseri, % 2.7 ile lösemi; genç erkeklerde en çok görülen kanserler ise %6.7 ile testis kanseri, %3.5 ile tiroit kanseri, % 3 ile lösemi olarak yer almaktadır. Mortalite oranları ise kadınlarda %3.1 ile meme kanseri, %1.5 ile lösemi, %1 ile beyin ve merkezi sinir sistemi kanserleridir. Erkeklerdeki mortalite ise % 1.8 ile lösemi, % 1.4 ile beyin ve merkezi sinir sistemi kanserleri, %1 ile akciğer kanseri bulunmaktadır (3).

Yaşlı bireyler genç bireylere göre birçok açıdan farklılık gösterir. İlk olarak, birçok yaşlı insan kronik hastalıklarla yaşamaktadır. 75 yaşın üzerindeki ortalama bir kişinin üç kronik hastalığı bulunmaktadır. İkinci olarak, kronik hastalığı olan hastalar, durumları tedavi edilemediği için işlevlerini sürdürmeye odaklanmaktadırlar. Üçüncüsü, yaşlı hastalar ilaçlara genç hastalardan farklı tepki vermektedirler. Atipik klinik tepkileri vardır ve ilaçları daha yavaş metabolize ederler. Yaşlı hastalar, çoklu ilaç kullanımına daha yatkındır ve birden fazla ilaç etkileşimleri için risk altındadırlar (12).

Yaşlı nüfusun yanında dünyada ki genç nüfus oranı %15,4 iken ülkemizin %15,2 sini genç nüfus oluşturmaktadır. Bu oranların 2030 yılında %14, 2040 yılında %13,4, 2060 yılında %11,8, 2080 yılında %11,1 olacağı öngörülmektedir. Giderek yaşlanan nüfus ile birlikte karşılaşılan kanser vakalarının yanı sıra genç bireylerde de kanser vakalarında önemli artışlar meydana gelmektedir. Bu vakaların artış nedenleri arasında birçok değişken olabilmektedir (13).

Yaşlanan yetişkinleri etkileme eğiliminde olan kanserler arasında, kanser riskinin çoğu, kopyalanan dokulardaki mutasyonların görünüşte sitotoksik ediniminden kaynaklanmaktadır. Buna karşılık, çocuklarda ve genç erişkinlerde kanserin nedenleri, kalıtsal kanser yatkınlığından kaynaklanabilmektedir. Gelişim sırasında gelişen mutasyonlar ve çevresel mutajenlere maruz kalma sonucu genç bireylerde kanser görülebilmektedir (14).

Genç kanser hastaları ve geriatrik kanser hastalarında kanser tanısının koyulmasıyla birlikte hastalarda bir çok semptom karşımıza çıkmaktadır. Kanser hastalarında sıkça karşılaşılan semptomlar arasında ağrı, yorgunluk, dispne, bulantı-kusma, konstipasyon vardır (15). Genç kanser hastaları ve geriatrik kanser hastaları arasında her ne kadar oransal değişimler olsa da baş gösteren semptomlar arasında benzerlikler bulunmaktadır. Sıklığı ise değişkenlik göstermektedir. Yaşlı bireylerde görme ve duyma yetisinin azalması, bilişsel algılamanın yavaşlaması sonucu semptom yönetimi zorlaşmaktadır. Yaşlı kanser hastaları semptom varlığını fark etmede sorun yaşayabilmekte bu sebeple de semptomların iyi yönetilmesi zorlaşmaktadır. Yaşlı kanser hastaları olumsuz inanışları nedeniyle radyasyon ve kemoterapi tedavisini daha az kabul etmekte olup, yaşam kaliteleri ve sağ kalım oranları bu inanışla doğru orantıda

azalmaktadır (16). Yaşlı kanser hastalarında sıklıkla yorgunluk %50-70, ağrı %80, depresyon %17-25, uyku bozuklukları gibi semptomlar görülmektedir (17). Genç kanser hastalarında ise yaşlı kanser hastalarına göre daha çok infertilite, kardiyovasküler hastalık, cinsel işlev bozukluğu ve ikincil kanserler görülmektedir (18). Bir araştırmada 2382 vakanın incelendiği bir çalışmada yaşlı grupta en çok ağrı, anksiyete ve bulantı görülürken, genç yetişkinlerde ise daha çok anksiyete görüldüğü bulunmuştur (19).

Genç yetişkinlerde, bağımsızlığın başladığı bir yaşta sosyal aktivitelerin, arkadaşlıkların, okul ve iş hayatının sağlık kaygısının önüne geçmesi, uygun maliyetli erken teşhis yöntemlerinin olmaması ve kanserin daha az görülmesi sonucu kanser teşhisi gecikmektedir. Gençler genellikle sağlıklı kabul edildiğinden hastaneye başvurma süreleri aksatılmaktadır. Bu sebeple tanı da gecikmektedir. Tanının gecikmesiyle birlikte genç kanser hastalarında kanser tedavisi zor olabilmektedir (20). Kanser hastalarında ortaya çıkan semptomlar; tedaviyi sürdürmeyi, yaşam kalitesini ve sağ kalımı etkilediği için onkoloji hemşireliğinde semptom yönetimi önemli bir alandır (21). Yaşlı ve genç hastaların semptom farklıları kanser sürecini etkilediği için mutlaka bilinmelidir. Bu aşamada onkoloji hemşirelerinin önemli rolü vardır. Semptom yönetiminde hem yaşlı kanser hastası popülasyonunu hem de genç kanser hastası popülasyonunun bilgilendirilmesi önemlidir. Bilgilendirme sayesinde onkoloji hastalarının tedaviye uyumları arttırılabilir ve böylelikle yaşadıkları semptomlar azaltılarak yaşam kalitesi arttırılabilir (22).

Yaşam kalitesinin, günümüzde tüm bilimler açısından kabul görecek tek bir tanımı bulunmamaktadır. DSÖ 'ye göre yaşam kalitesi sosyal, fiziksel ve duygusal bir duruma sahip olmak olarak tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Grubu (WHOQOL) yaşam kalitesini şu şekilde tanımlamaktadır: ‘Bireyin, hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi içinde, hem de kendi amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından, yaşamdaki durumu ile ilgili kişisel algısıdır (23). Yaşam kalitesi hayatı büyük ölçüde etkilemektedir. Kişiden kişiye farklılık gösterebilir ve çeşitli değerleri barındırabilir. Yaşam kalitesi, hayatı algılama şekline, kişiliğe, cinsiyete, yaşa, sosyokültürel alışkanlıklara, psikolojik durumuna, hastalık/ sağlık gibi durumlara göre farklı boyutlar kazanabilir (24). Yaşam kalitesini etkileyen

çok sayıda durumdan bahsedilebilir. Yaşam kalitesini arttıran durumlar; güvenli bir ortamda bulunmak, konfora sahip olmak, ekonomik güvencenin olması, bireyin eğlenceli bulduğu aktiviteleri yapabilmesi, aile ve arkadaş çevresiyle iyi ilişkilerin olması, mahremiyete sahip olmak, kendini ifade edebilmek, fonksiyonel olarak yeterli olmak vb. şekilde ifade edilebilir. Yaşam kalitesini azaltan durumlar ise temel ihtiyaçların karşılanamaması, yorgunluk, gelecek kaygısı, beden imajının değişmesi ve yaşanılan sağlık sorunları olarak ifade edilebilir (24). Yaşam kalitesi mutluluk ve sağlıkla ilgili kavramlara yönelik şekillenmektedir.

Kanser teşhisi sonucu bireylerde korku, endişe, stres gibi faktörler sonucu hasta ve ailesinin yaşam kalitesi önemli oranda değişmektedir. Hastaların kanser teşhisi alması ve tedaviye başlanması ile birey ve ailenin fiziksel, emosyonel, sosyal ve ekonomik değerleri olumsuz değişmekte ve yaşam kaliteleri de azalmaktadır. Yaşam kalitesi depresyon ve anksiyete ile de ilişkilendirilmiş olup hastalık ve tedavi sürecinde yaşam kalitesini olumsuz şekilde etkilemektedir (25).

Kanser tedavisinde; kanserin türü, kemoterapi, radyoterapi gibi tedaviler, enfeksiyonlar, bulantı, kusma ve oluşabilecek diğer komplikasyonlar hastanede uzun süre kalmayı gerektirmesi nedeniyle yaşam kalitesini bozmaktadır. Kanser hastalarının tedavisinde kullanılan cerrahi yöntemler de hastaların yaşam kalitelerini etkilemektedir. Örneğin, meme kanseri tanısı almış bir kadına uygulanacak mastektomi operasyonunun o hastanın yaşam kalitesini önemli oranda etkilemektedir. Radyoterapi; yorgunluk, cilt yanığı oluşumu, stres gibi önemli yan etkilere neden olmaktadır. Kemoterapi sonucu oluşan alopesi, bulantı, kusma, yorgunluk ve psikolojik problemler gibi önemli yan etkiler oluşturan bir tedavi şeklidir (26).

Yaşlı kanser hastalarında hem yaşla birlikte fizyolojik değişimlerin olmasıyla bağımsızlıklarının azalması, komorbiditenin artması, hem de rahatsız edici semptomların artması ve tedavi sürecinin komplikasyonlarına bağlı olarak yaşam kalitesi azalmaktadır (17). Psikolojik sıkıntılar, ağrı ve anksiyete gibi faktörler yaşlı kanser hastalarında azalmış yaşam kalitesi ile ilişkilendirilebilir (12).

Kanser hastalarında bütün yaşam alanları etkilenmektedir. Kanser tedavisinin özelliği ve bazen sınırlı tedaviye ait etkisinden dolayı onkoloji hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesi önem kazanmıştır. Bu nedenle onkoloji hemşireleri

kanser hastaların tüm yaşam alanlarını bilmeli ve yaşam kalitesini koruma, geliştirme ve iyileştirme sorumluluklarını yerine getirmelidirler (27).

1.2. Araştırmanın Önemi

Türkiye' de geriatri kanser hastaları için çalışmalar bulunmaktadır fakat çalışmalarda tek semptom üzerine yoğunlaşılmaktadır. Geriatrik kanser hastalarında çoğunlukla ağrı ve yorgunluk üzerine çalışılmıştır. Yaşlı bireylerin yanında gençlerin de kanser olma riskleri yüksektir fakat genç kanser hastalarının semptomları hakkında çalışmalar azdır. Yaşlı ve genç kanser hastası popülasyonunun karşılaştırıldığı çok fazla araştırma sonucu bulunamamıştır. Ayrıca ülkemizde geriatrik ve genç popülasyondaki yaşanan semptom farklılıklarını ve yaşam kalitelerini irdeleyen çalışma bulunmamaktadır. Klinikte yaşlı kanser hastaları ve genç kanser hastaları arasında oluşan semptom farklılıklarından kaynaklı hastaların yaşadığı sıkıntılar değişkenlik göstermekte ve hastaların bakım ihtiyaçları arasında farklar oluşabilmektedir. Hastalara verilen tedavi ve hemşirelik bakımları yaşın getirdiği fiziksel ve psikolojik semptomlara göre şekillendirilmelidir. Bu açıdan hastaların değişkenlik gösteren semptomları doğrultusunda tedavi ve bakım vermek hastalara yarar sağlayacaktır. Farklılaşan semptomlar hastaların yaşam kalitesini de etkilemektedir. Bu nedenle hastaların yaşa bağlı oluşan semptom farklılıklarının ayrımı iyi bir şekilde yapılarak hastalara daha kaliteli bakımlar verilmelidir. Yapılan bu çalışmanın alandaki boşluğu kapatacağı bu sayede uygun girişimlerin planlanması için yardımcı olacağı ve konunun öneminin fark edilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir (28).

1.3. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada günübirlik kemoterapi tedavisi alan geriatrik onkoloji hastaları ile genç onkoloji hastaları arasındaki semptom farklılıkları ve yaşam kalitesinin incelenmesi amaçlanmıştır.

1.4. Araştırmanın Soruları

1- Geriatrik onkoloji hastalarının yaşadıkları semptomlar nelerdir?

2- Genç onkoloji hastalarının yaşadıkları semptomlar nelerdir?

3- Geriatrik ve genç onkoloji hastalarının yaşadıkları semptomlar arasında fark var mıdır?

4- Geriatrik onkoloji hastalarının yaşadıkları semptomlar ile yaşam kalitesi puanları arasında fark var mıdır?

5- Genç onkoloji hastalarının yaşadıkları semptomlar ile yaşam kalitesi puanları arasında fark var mıdır?

6- Genç onkoloji hastaları ile geriatrik onkoloji hastalarının yaşam kalitesi arasında fark var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser

Kanser, anormal hücre büyümesi ve çoğalması ile karakterize multifaktoriyel bir hastalıktır (29). Kanser, hasta ve yakınları için tanı koyulması ardından tedavi süreci boyunca fiziksel, psikolojik, sosyal, maddi ve manevi birden fazla sorunla karşılaştıkları bir durumdur (30). Günümüzde kanser hızla artmaktadır. Kanserin artmasıyla birlikte hastaların yaşam kaliteleri etkilenme ve yaş gruplarına göre farklı semptomlar görülebilmektedir.

Kanser yaşlanmayla yakından ilişkili bir hastalıktır. Yaşa bağlı fizyolojik değişiklikler yalnızca yaşlı yetişkinlerde kanser gelişimine katkıda bulunmakla kalmayıp aynı zamanda tedaviye yanıtı da etkilemektedir (31).

Kanser tedavisinde genç bireyler ise benzersiz tıbbi ve psikososyal ihtiyaçları olan ayrı bir popülasyon olarak kabul edilmelidir. Bazı genç onkoloji hastaları, yaşlı yetişkinlerdeki tedavinin yoğunluğunu sınırlayan daha az komorbid duruma sahip olmalarında dolayı, yaşlı hastalara göre daha yoğun tedavileri tolere edebilirler. Yoğun doz tedavinin, bazı malignitelerde daha iyi sonuçlarla ilişkisi bulunmuştur (32).

2.2. Kanser Fizyopatolojisi

Kanser, her geçen gün artmakta olup yaşamı birçok yönden tehdit eden önemli bir sağlık sorunudur. Özellikle son yıllarda kanser hızla artmıştır. Ölüm istatistikleri incelendiğinde ise kanser, kardiyovasküler sistem hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır (2). Kanserin nedeni karmaşıktır fakat kanser sıklığının artması ile birlikte kanserin fizyolojisi daha çok anlaşılmaya başlanmıştır ve bunun sonucunda imkanların artışı sayesinde kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi tanı ve tedavi yöntemleriyle birlikte hastaların hem yaşam süreleri uzatılmaya hem de yaşam kaliteleri yükseltilmeye çalışılmıştır (33).

Kanserler DNA dizilimindeki bazı anormalliklerden oluşur. Kanser hücrelerinin oluşumunda, iki temel süreç önemlidir: kanser hücrelerinin kontrolsüz büyümesi (proliferasyon) ve yayılması (invazyon ve metastaz). Normal hücrelerde, büyüme ve bölünme, çevresel sinyaller tarafından kontrol edilir ve hücre döngüsü adı verilen bir süreçte düzenlenir ancak kanser hücreleri, bu düzenlemeyi kaybeder ve kontrolsüz bir şekilde çoğalır. Onkogenler; normalde hücre büyümesi ve bölünmesini kontrol eden genlerdir fakat bu genlerde meydana gelen mutasyonlar, onkogenlerin anormal bir şekilde aktive olmasına ve hücre büyümesinin kontrolsüz hale gelmesine neden olabilir. Tümör baskılayıcı genler; hücre büyümesini inhibe eder ve hücrelerin normal sınırlar içinde kalmasını sağlar. Tümör baskılayıcı genlerdeki mutasyonlar, bu genlerin fonksiyonlarının bozulmasına ve kanser hücrelerinin kontrolsüz büyümesine yol açabilir (29,34) . Bu genel baz da hem genç hem de yaşlı kaser hastalarında, kanserın oluşum mekanizmasını açıklamaktadır. Fakat yaşla birlikte kanserin oluş mekanizmasında da farklılıklar oluşmaktadır.

2.3. Gençlerde Kanser Epidemiyolojisi

Genç hastalarda kanser oluşma nedenleri incelendiğinde; çevresel faktörler, yaşam tarzı, kötüleşen beslenme (daha az sebze, daha fazla yağ ve işlenmiş et), egzersiz eksikliği, insan papilloma virüsü enfeksiyonları, sigara, radyasyon ve UV ışığına maruziyet gibi faktörler gençlerde kansere neden olabilmektedir. Ayrıca ebeveynlerden miras alınan gen mutasyonları erken yaşta kanser oluşturan faktörlerdendir (35). Meme ve kolorektal kanserde genç hastaların mutasyon yükü daha yüksek görünmektedir. Ayrıca son araştırmalar genç erişkinlerde kolorektal kanser görülme sıklığının artmasının obezitedeki paralel artışla ilişkili olabileceğini öne sürmektedir (36).

Yaşlı popülasyonda genç popülasyona göre kanser taraması daha sık yapılmaktadır. Bu nedenle gençlerin kanseri farketmesi gecikebilmektedir. İnsidans ve sağ kalımın değerlendirilmesi gözden kaçabilmektedir. Genel olarak gençlerin kanserle karşılaşmasında yaşlı hastalara göre daha iyi performasları olmasına rağmen genç hastalarda meme kanseri ve lösemilerde hayatta kalma oranı yaşlı hastalara göre düşüktür (37).

2.4. Yaşlılarda Kanser Epidemiyolojisi

İnsanlar yaşamlarında çocukluk, gençlik, yetişkinlik, yaşlılık gibi birinden farklı ama birbiriyle kesin bir çizgiyle ayrılmayan dönemler içerisinde yaşamaktadır ve yaşlılık terimi bu dönemlerin en sonuncusunu ifade etmek için kullanılmaktadır. Gençlikten yetişkinliğe, yetişkinlikten yaşlılığa geçiş sürecine ‘‘yaşlanma’’ süreci denir. DSÖ’ ye yaşlanma çevresel faktörlere uyumun azalmasıdır. Yaşlılık aşamasında bireylerin üretkenliği azalır, bağımlılık artar, bağışıklık sistemi bozulur, kronik hastalıklar ve buna bağlı çoklu ilaç kullanımı artar (38).

Günümüzde 65 yaş üstü bireyler yaşlı kabul edilmektedir. Bu tanıma göre 65-74 yaş genç yaşlılık, 75-84 yaş orta yaşlılık, 85 yaş ve üstü ise ileri yaşlılık olarak sınıflandırılmıştır (6). Ülkemizde 65 yaş üstü yaştaki nüfus, 2018 yılından 2023 yılına kadar %21,4 artarak 8 milyon 722 bin 806 kişi oldu. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2018 yılında %8,8 iken, 2023 yılında %10,2'ye yükselmiş bulunmaktadır (39). Kanser her yaşta görülmekle birlikte yaşın ilerlemesiyle artan bir kronik hastalıktır. Yaşlı nufüsün artmasıyla kanser görülme sıklığı da doğru orantılı artış gösterecektir (40).

2.5. Yaşlılarda Kanser İnsidansı, Prevelansı, Mortalitesi ve Sağkalım

Kanser insidansı her geçen yıl artmaktadır. Buna bağlı olarak mortalite oranında artış görmekte mümkündür. Genç bireylerde kansere bağlı mortalite oranı azalırken 65 yaş üstü bireylerde bu oran artmaktadır. İlerleyen yaş ile kanser mortalitesinin artması yaşlanan popülasyonun büyüdüğünü ifade etmektedir. Yaşlılarda mortalitenin artmasıyla sağ kalım oranları düşmektedir. Yaşlılarda kanser epidemiyolojisi araştırıldığında yaşlı bireylerin 65 yaş altındaki genç bireylere göre kansere yakalanma olasılığı 10 kat, ölüm olasılığı ise 15 kat fazladır. Dünya genelinde yaşlı bireylerin sayısının giderek artmasıyla birlikte kanser insidansında da artış meydana gelmektedir (40). Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER)’ in 2013-2015 yılları arasındaki verilerine göre Amerika’ da yaşayan 70 yaşın üstündeki kadınlarda her 4 kişiden birinde, erkeklerde ise her 3 kişiden birinde kanser gelişme riski olduğu tespit edilmiştir (41). GLOBACAN 2022 verilerine göre 65 yaş üstü hem kadın hem erkeklerde en çok mortaliteye neden olan kanser akciğer kanseridir (Şekil 2.5.1.) (3).

Şekil 2.5.1. Dünya Geneli Erkek ve Kadınlarda Tahmini Yaşa Standardize Mortalite Hızı En Yüksek İlk 5 Kanser

	Erkek		Kadın	
Yaş	**18-64 yaş**	**65 yaş üstü**	**18-64 yaş**	**65 yaş üstü**
1	Akciğer	Akciğer	Meme	Akciğer
2	Karaciğer	Prostat	Serviks	Meme
3	Kolorektal	Kolorektal	Akciğer	Kolorektal
4	Mide	Mide	Kolorektal	Pankreas
5	Özofagus	Karaciğer	Over	Mide

Kaynak: GLOBACAN 2022

Yaşın ilerlemesiyle kanserin izlediği yol gençlere göre farklılık göstermektedir. Örnek olarak yaşlılarda Non Hodgin Lenfoma daha ağır bir şekilde seyredebilir çünkü yaşın ilerlemesi lenfatik büyüme faktörlerinden olan IL-6 düzeyinin artması görülmektedir. Farklı kanser türlerinin yaşlanmayla birlikte yaşlılardaki doğal seyri için Şekil 2.5.2. örnek gösterilebilir (40) .

Şekil 2.5.2. Yaşla Birlikte Sık Görülen Tümörlerin Davranış Değişikliği

TÜMÖR	DAVRANIŞ DEĞİŞİKLİĞİ
Akut Miyeloid Lösemi	60 yaşından sonra kemoterapiye düşük yanıt Kemik iliği aplazisinden sonra remisyona girmeye daha az meyillidir çünkü pluripotent hematopeietik hücreler hastalık tarafından tutulmuştur
Non- Hodgin Lenfoma (düşük intermediate derece)	Kemoterapiye düşük yanıt Düşük remisyon süresi Kötü prognoz yaşlılıkta artan serum IL-6 düzeyi ile ilişkilidir
Meme Kanseri	Yaşlıda daha ileri evrede tanı alma Büyüme hızı daha az çünkü yavaş büyüyen hormon pozitif tümör prevelansı fazladır ve immun- endokrin yaşlanma bu duruma katkı yapar
Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri	70 yaştan sonra daha erken tanı alır 70 yaştan sonra daha düşük büyüme hızı Bu durumlara katkı yapan mekanizma bilinmiyor
Over Kanseri	Evre ve tedaviden bağımsız yaşın artmasıyla kötü prognoz Bu duruma katkı yapan mekanizma bilinmiyor
Kolon Kanseri	Yaş ve tümör davranışı arasında açık ilişki bulunmuyor

Kaynak: Karaoğlu A, Yavuzşen T. Geriatrik Onkoloji. İkinci Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri;2022 (40)

2.6. Yaşlanma ve Karsinogenezis

Yaş, kanser oluşumu için en büyük risk faktörlerinden birisidir. Yaşlı hastalardaki hücresel değişimler kanser riskini arttırmaktadır. Yaşlı bireylerde kansere yol açan gen değişiklikleri genellikle kişinin yaşamı boyunca edinilir. Yaşlı bireylerde hormonel ortamdaki değişiklikler, iltihaplanma, oksidatif stres, DNA hasarı ve bozulmuş DNA onarımı, genetik duyarlılık, beyin kan akışının azalması veya kan-beyin bariyerinin bozulması, doğrudan nörotoksisite, yaşa bağlı telomer uzunluğunun azalması ve hücre yaşlanması sonucu apoptozis yeteneğinin azalması kanser gelişimine yol açan mekanizmalardır (42). Epitalyal karsinomlarda 40 yaş ile 80 yaş

arasında gözle görülür bir artış söz konusudur. Yaşlılarda immün sistemin zayıflamaktadır. Genç yaşlarda lenfosit ve doğal öldürücü hücre fonksiyonları iyi olan bireylerin yaşlılık döneminde daha az kanser insidansı olduğu bulunmuştur (40).

Yaşlanma ile kanser görülmesindeki artışın çeşitli biyolojik nedenleri arasında;

- Genomik kararsızlık
- Telomer kısalması
- Epigenetik değişiklikler
- Proteom homeostazının kaybı
- Besin algısının bozulması
- Hücresel senesans
- Kök hücre
- İmmün sistem değişiklikleri sayılabilir (40).

Genomik kararsızlık: Hücreler DNA' daki hasarları DNA tamir mekanizmaları ile onarır fakat tamir eden mekanizmalar da bozuksa tamir gerçekleşemez ve mutasyon sonucu genlerde kararsızlık oluşur. Bunun sonucunda yaşlanma ve kanser meydana gelir. P53 geni insanlarda 17. kromozomda bulunur ve DNA zarar gördüğünde DNA tamir proteinlerini harekete geçirir. DNA tamir edilemeyecek kadar zarar görmüş ise apoptozu başlatır. P53 proteinini kodlayan gen mutasyona uğrayabilir. İlerleyen yaşla birlikte DNA mutasyonlarının oluşturduğu etki dolayısıyla kanser oluşumu görülme sıklığı artabilir. Yani genomik kararsızlık kanser de hücreye yaşama şansı sağlarken, yaşlanmada fizyolojik gerilemeye sebep olur (43).

Telomer Kısalması: Telomerler, kromozomların DNA ve protein içeren uç bölgeleridir. Her hücre bölünmesiyle birlikte telomerler kısalır ve kritik bir kısalığa ulaştığı zaman yaşlanmayla ilgili mekanizmalar uyarılır ve hücre ölümü tetiklenir. Kısalan ve işlevselliğini yitiren telomerler de kalıcı DNA hasarı ortaya çıkar ve tamiri gerçekleşemez. DNA hasar cevabı P53 üzrinden hücre bölünmesini durdurarak genomik kararsızlık engellenmeye çalışılır. Telomeraz kısalan telomerlerin onarılmasıdır. Eğer hücreler telomerlerini kaybetmesine rağmen çoğalmaya devam ederlerse kromozom uçları diğer kromozomlara yapışırak anormalliklere neden olur. Teorik olarak telomeraz aktivitesi ile hücrenin yaşam süresi uzayabilmekte fakat bu

sefer de neoplazm gelişme riski artmaktadır. Sigara, obezite, stres, depresyon gibi faktörler telomer kısalmasını etkilemektedir (38,40).

Epigenetik değişiklikler: Epigenetik, DNA dizisindeki değişikliklerden kaynaklanmayan ancak kalıtımsal olan, gen ifadesi değişikliklerini inceler. Epigenetik de 3 farklı değişiklik meydana gelebilmektedir; DNA metilasyonu, histon modifikasyonu ve kodlanmayan RNA'lar. DNA metilasyonu DNA'nın CpG adacıklarında meydana gelmektedir. Kanserli hücrelerde tümör baskılayıcı genlerde metilasyonun artması görülürken, protoonkogenlerde metilasyonun azalması yani gen ekspresyonu görülür bu da gen kararsızlığına neden olur ve sonuçta karsinogeneze katkı sağlar. Histon modifikasyonuyla kromatin yeniden modellenir (40).

Proteom homeostazının kaybı: Sağlıklı protein dönüşümü olarak açıklanabilir. Dönüşümün bozulması sonucu yanlış katlanmış ve proteo- toksik polipeptid agregatları birikirek yaşamı olumsuz etkiler (40).

Besin algısının bozulması: Organların yağlanması ve insülin direnci yaşlanmanın özelliklerindendir. Yaşlı hücrelerin besin alma yeteneği ve genetik hasarın tamiri azalmıştır. İnsülinin fazla salgılanması ise hücre çoğalmasını arttırırken aynı zamanda apoptizisi baskılar. Burada ortaya çıkan mutasyonlar sonucu hem yaşlanma hem kanser oluşumu tetiklenir (40).

Hücresel senesans: Hücresel yaşlanma, çeşitli uyaranlar ile hücre büyümesinin kalıcı olarak durmasıdır. Apoptoz senesansa giden hasarlı hücreleri yok eder. Bu sayede işlevini gerçekleştiremeyen ve neoplastik dönüşüme neden olabilecek hücreleri ortadan kaldırır fakat P53 gibi tümör baskılayıcı genin kaybı yeniden proliferasyona sokabilir. Bunlara ek olarak, yaşlanan hücrelerin hücre büyümesini kalıcı olarak durdurulduğu düşünülse de fenotipi değişen hücrelerin (SASP, senescence- associated secretory phenotype) metabolik olarak aktif olup diğer hücrelerle iletişim kurmak için çeşitli moleküller salgılarlar. Bu durumun vucüda yararlı ve zararlı etkileri olabilmektedir. Bu nedenle yaşlanmış hücrelerin miktarı ve yoğunluğu çok önemli olmakla beraber bu mekanizmayı düzenlemekle görevli p53 geninin önemini artmaktadır (40,44).

Kök hücre: kök hücreler yaşamın başından sonuna kadar büyüme, gelişme ve devamlılığı sağlamada rol üstlenir. Yaşla birlikte kök hücreler azalır ve işlevleri bozulur. Uzun süre yaşayan kök hücreler birçok mutasyonu biriktirmiş olur. Kök hücreler ölümsüz hale gelerek farklılıklaşamaz ve bu hücreler sürekli çoğalarak kanserleşmeye yol açar (40).

İmmün sistem değişiklikleri: Yaşlanma ile birlikte kendi hücreleriyle yabancı doku hücrelerini tanınması ve luzüm halinde kendini yok etme gibi özellikleri azalır. Organizmanın kendini tanıma özelliğini yitirmesiyle otoimmün reaksiyonlar gelişebilir. Stres, yanlış beslenme, uykusuzluk gibi birçok faktör bu bağışıklık sisteminin dengesini bozarak hastalıkların oluşumuna neden olur. Yaşlandıkça kendi içinde döngüye girerek birbirini tetikler ve tümörlerin oluşumu kolaylaşır (38).

Bunlar sonucu yaşlanma ile beraber kanser görülme sıklığının arttığı ve yaşlılık ile kanserin benzer özellikler gösterdiği söylenebilir. Yaşlanma ile kanserden kaçma amaçlanır fakat uzun yaşam sonucu biriken hücre hasarları kansere yol açar (40).

2.7. Yaşlı Kanser Hastalarında Geriatrik Değerlendirme

Yaşlı kanser hastalarının kendine özgü karmaşık sorunları bulunmaktadır. Yaşlı kanser hastaları genç hastalara göre hastalık ve tedaviye bağlı yan etkilerden daha çok etkilenir. Geriatrik hastalarının fiziksel, sosyal, duygusal sorunları kapsamlı bir şekilde değerlendirilmeli ve hastalar için uygun tedavi planlanmalıdır. Ayrıntılı geriatrik değerlendirme sayesinde gözden kaçan geriatrik problemlerin belirlenmesi, toksisite, komplikasyonlar, yan etkiler ve karşılaşılan sorunlara daha erken girişimde bulunma sağlanabilir. Böylece yüksek riskli hastalar belirlenir. Geriatrik değerlendirme yaşlı bireylerin yaşam süresinin uzaması, bağımlılığın en az seviyeye inmesi bunun sayesinde yaşam kalitelerinin artması amacıyla yapılabilmektedir (40) .

Geriatrik bakımın temel öğresini ayrıntılı geriatrik değerlendirme oluşturmaktadır. Ayrıntılı geriatrik değerlendirme şunları içermektedir.

- Medikal değerlendirme
- Fonksiyonel değerlendirme
- Psikolojik değerlendirme

- Kognitif değerlendirme
- Çevresel değerlendirme
- Komorbidite değerlendirilmesi
- Polifarmasi
- Nutrisyonel değerlendirme
- Mobilite değerlendirmesi
- Kırılganlığın değerlendirilmesi
- Finansal durum değerlendirmesi
- Ev güvenliği/ transport

Geriatrik bireylerin değerlendirilmesi hastaların medikal anamnez ve fiziksel muayeneleri ile başlamaktadır. Geriatrik hastaların kognitif fonksiyon bozuklukları nedeniyle anamnez almak zorlaştığı için hastanın yakınlarından da anamnez alınmalıdır. Medikal muayenede hastanın görmesi, duyması, konuşması, hareket yeteneği değerlendirilmelidir (45).

Yaşlı hastaların bilişsel işlevlerinde bozuluk çoğunlukla fark edilememektedir. Bu durumda hastaların tedaviye uyumu etkilenir, yaşam beklentisi düşebilir. Bu açıdan kognitif değerlendirme önem arz etmektedir. Kognitif değerlendirme için hastalara Mini Mental Durum Değerlendirme testi, Saat çizme testi gibi kısa tarama testleri uygulanabilir (40).

Depresyon yaşlılarda sık görülmekte ve tedavi sürecine uyumda zorluk yaratmaktadır. Yaşanılan zorluk sebebiyle mortalite ve mobidite artmaktadır. Bunu olabildiğince engellemek amacıyla yaşlı hastalarda psikolojik değerlendirme mutlaka yapılmalıdır (40).

Fonksiyonel durum için günlük yaşam aktivitelerinden beslenme, giyinme, tuvalet, yemek hazırlama, ulaşım, finansal işler değerlendirilmelidir. Performans durumunu değerlendirmek için ECOG, Karnofsky gibi performans skalası kullanılabilir (40).

Kanserli yaşlı hastaların düşme ve sakatlık riskinin azaltılması için mobilite değerlendirmesi yapılması hastaların fonksiyonlarının korunmasına yardımcı olur. Mobilite değerlendirmesinde hastaların yürüme hızı, postür, adım uzunluğu gibi faktörlere dikkat edilmelidir. Yürüme hızı 0,8 m/sn' nin altında olan hipertansiyona sahip geriatrik hastaların mortalitesinin arttığı bulunmuştur (46).

Geriatrik popülasyonda komorbid hastalıklar artmaktadır. Komorbid hastalıklar kanser hastaları için de önem arz etmektedir. Komorbidite kanserli hastalar için tedavi seçimi ve tedaviye yanıtını, hastalarda sağ kalımı çok etkilemektedir. Kanserli hastalarda komorbid sık karşılaşılan bir olgu olması ve hastanın sağ kalımını etkilemesinden dolayı mutlaka bilinçli yönetilmeli kar- zarar oranı göz önünde bulundurulmalıdır (40).

Polifarmasi yaşlılarda sık karşılaşılan dir durum olup ilaç ilaçlara bağlı yan etliler hastaneye yatışı ve mortalite oranlarını arttırmaktadır. Polifarmasi düşme, deliryum ve üriner inkontinans riskini de arttırabilmekte olup çoklu ilaç kullanımının azaltılması gerekmektedir. Bunun içinde her yaşlı uygun kriterler ile değerlendirilmelidir. Polifarmasinin neden olduğu durumlarının düzeltilmesi içinde başka ilaçlar kullanılacağı için hastaların mevcut ilaç tedavisi tekrar gözden geçirilmelidir. İlaç yönetiminin daha etkin olması amacıyla yaşlı ve yakınlarına ilaçların kullanımı, yan etkileri, saklama koşulları gibi konularda eğitim verilmelidir (45).

Fiziksel yetersizlik, duygudurum bozukluğu, çoklu ilaç kullanımı, çiğneme ve yutma ile ilgili problemler nedeniyle geriatrik popülasyonda beslenme sorunları yaşanmaktadır. Yaşlı hastalar bu sebeple kilo kaybı ile sık karşılaşmaktadır. Nutrisyonel değerlendirme için en sık kullanılan değerlendirme aracı olan Mini Nutrisyonel Değerlendirme Testi kullanılabilir. Hastaların mutlaka boy, kilo ölçümleri kayıt alıtında olmalı ve beden kitle indeksi hesaplanmalıdır (47).

2.8. Genç ve Yaşlı Kanser Hastalarında Sıklıkla Görülebilecek Semptomlar ve Hemşirenin Sorumluluğu

Kanserli hastalar onlara hem fizyolojik hem psikolojik ciddi sıkıntı veren bir çok semptom ile karşılaşmaktadır. Kanser hastalığında yaşanılan semptomlar kanser hastasının yaşı, cinsiyeti, kanser tipi, komorbitide varlığı, tedavi çeşiti gibi faktörlere göre farklılık göstermektedir (48). Aşağıda verilen semptomlar hem genç hem de yaşlı kanser hastalarında sıklıkla görebilen semptomlardandır.

2.8.1. Bulantı- Kusma

Bulantı, epigastrium ve boğazın arkasında gerçekleşen sonunda kusma olan ya da olmayan nahoş bir duygudur. Kusma ise mide, duodenum veya jejunumdaki içeriğinin ağız yoluyla güçlü bir şekilde dışarıya atılmasıdır. Bu iki olgu birbirinden bağımsız gerçekleştiği gibi birlikte de eşlik edebilir (29).

Onkoloji hastalarının tedavileri sonucu en çok karşılaşılan yan etkilerden biri olan bulantı- kusma, en rahatsız edici yan etkilerden olabilmekte ve yaşam kalitesine fazlasıyla etkisi olmaktadır (49).

Kemoterapiye bağlı bulantı- kusma, gastrointestinal sistemin çeşitli organlarının, periferik ve merkezi sinir sistemlerinin koordinasyonunu içermektedir. Bu süreçte pek çok nörotransmitter rol oynar ve baskın reseptörler serotonin, nörokinin-1 ve dopamin reseptörleridir. Kemoterapiye bağlı bulantı kusma için risk faktörleri arasında hastanın yaş ve cinsiyeti, geçmiş bulantı- kusma deneyimleri, kemoterapinin emetojenitesi, kemoterapinin dozu, veriliş hızı gibi unsurlar yer almaktadır (50).

Bulantısı olan hastalar, görsel bir analog ölçeği veya sayısal derecelendirme ölçeği ile değerlendirilmelidir. Sıklık, günün saati ve ilgili aktiviteler (yemekler, ilaçlar, efor) not edilmelidir (51).

2.8.2. Ağrı

Ağrı bireylerin günlük yaşamlarını olumsuz etkileyen soyut bir kavramdır. Doku veya organlarda hasar oluşması sonucu bireylerde ağrı hissedilebilir(52). Ağrı kanser hastalarında en sık görülen semptomların başında gelmektedir (53**).** Kanser ağrıları çoğunlukla akut ve kronik olmak üzere çeşitlenir. Akut ağrı aniden başlar ve kısa sürer. Hastalığı tanılamak için kullanılan yöntemler, cerrahi işlemler, radyoterapi ve kemoterapi gibi uygulamalar sonucu doku yaralanmasından kaynaklı akut ağrıyı hissedebilir ve buna takiben kan basıncının ve kalp hızının artması gibi objektif belirtiler gerçekleşebilir. Kronik ağrıda ise altı aydan uzun sürmekle birlikte aralıklı ve ya sürekli olarak karşımıza çıkabilir. Kronik ağrı, tümör infiltrasyonu ya da kemik, sinir, lenf, damar gibi yapıların basıya maruz kalması sonucu oluşabilmektedir (10). Etkin bir bakım için ağrıyı yönetmek ve değerlendirmek çok önemlidir. Bunun için

onkoloji hemşireleri ağrıyı tanılamak için hastaya en uygun ağrı değerlendirme ölçeğini kullanmalı ve hastasına fayda sağlamalıdır. Ağrı yönetiminde; farmakolojik, non-farmakolojik ve tamamlayıcı birçok uygulama bulunmaktadır. Farmakolojik olarak en yararlı yaklaşım DSÖ' nün merdiven basamak tedavisidir. Farmakolojik yaklaşıma ek olarak tamamlayıcı yöntemlerde kullanılabilir. Bunlara örnek olarak akupunktur, sıcak- soğuk uygulama, masaj, yoga, aromaterapi, transkütanoz elektrik sinir stimülasyonu (TENS), gevşeme, hayal kurma, müzik, psikoterapi gibi yöntemler verilebilir. (54).

2.8.3. Yorgunluk

Yorgunluk sübjektif bir tanım olmakla birlikte hastanın deneyimlediği şeyleri söylemesine dayanmaktadır. Kanser hastalarının en sık yaşadıkları semptomlardan biri olup kanserli hastaların yaşam kalitesine ciddi olumsuz etkiler yaratmaktadır (55).

Kanser sebebiyle yaşanılan yorgunluk için birçok tanım bulunmaktadır. Amerikan Ulusal Kanser Ağı; kanserle ilişkili yorgunluğu "kanser ve tedavisiyle ilgili, son aktiviteyle orantılı olmayan ve kişinin yaşam tarzını etkileyen, rahatsız edici, kalıcı ve subjektif bir yorgunluk veya bitkinlik duygusu" olarak tanımlamıştır (56). Kemoterapi gören hastaların yaklaşık %59-96'sı ve radyoterapi alan hastaların % 65-100'ü bir dereceye kadar yorgunluk yaşamaktadır. Kansere bağlı yorgunluk kanser tedavisinin bitiminden sonra beş ile on yıl boyunca dahi devam edebilmektedir. Kanserden kurtulanların %30 kadarı tedavilerini tamamladıktan sonra da yorgunluktan yaşamaya devam etmektedir (57).

Kanser bağlamında yapılan çalışmalarda, tümörlerin ve bunları yok etmek için kullanılan tedavilerin, proinflamatuar sitokin ağını aktive edebildiğini ve merkezi sinir sisteminde sitokin sinyalleşmesi yoluyla yorgunluk semptomlarına yol açabildiği fark edilmiştir. Tedavi öncesi dönemde tümörün kendisi proinflamatuar sitokinler için bir kaynak olabilmektedir. Tedavi sırasında ise sitokinler radyasyon veya kemoterapiden kaynaklanan doku hasarına yanıt olarak üretilebilmektedir. Konakçı kalıcı patogenez ve homeostazdaki değişikliklerle baş etmeye çalışırken, tedavi tamamlandıktan sonra inflamatuar yanıt uzun süre devam edebilir. Kanser ve tedavisi dışındaki faktörlerin; psikolojik, davranışsal, komorbid durumlar, ağrı, ilaçların yan

etkileri ve biyolojik risk faktörleri de dahil olmak üzere inflamatuar aktiviteyi etkileyerek yorgunluğu tetikleyebileceği dikkate alınmalıdır (55).

Kansere bağlı yorgunluk, hastaların refahı ve yaşam işleyişi üzerinde ciddi sonuçları vardır. Sosyal etkinliklere katılımı sınırlayabilir ve kanser tedavilerine uyumun zayıf olmasına neden olabilir. Tedavi edilmediği takdirde yorgunluk, artan depresyon, anksiyete ve sakatlık oranları nedeniyle önemli sağlık hizmetleri maliyetlerine ve toplumsal maliyetlere yol açabilir. Etkili yorgunluk değerlendirmesi sayesinde bireyler bu risklerden korunabilirler (58). Fakat zaman zaman yorgunluk yönetimini zorlaştıran faktörlerle karşılaşılabilmektedir. Bu faktörler arasında yorgunluğun göz ardı edilen, hafife alınan ve tedavi sürecinde karşılaşılması olağan olup tedavi edilemez bir semptom olarak görülmesi en büyük etkenlerdir. Diğer bir yandan da sağlık çalışanlarının yorgunluğu beklenen bir sonuç olarak görüp bu semptomu hastalar ile konuşmaması yorgunluğu tanılamayı ve tedavisini güçleştirmektedir (59). Sağlık çalışanlarının bu gibi engelleri bertaraf etmesi gerekmektedir. Bunun için hastalara uygun yöntemler ve yorgunluk değerlendirme araçları seçilmelidir.

Kansere bağlı yorgunluk için seçilen farmakolojik yöntemler yorgunluğa sebep olan faktörü belirleyip tedavi etmek amacıyla kullanılır. Literatür, hematopoietik ajanların kemoterapinin neden olduğu anemiye sekonder olarak ortaya çıkan yorgunluğun iyileştirilmesinde etkili olabileceğini düşünmektedir. Eritropoietin, anemi ile ilişkiliyse hemoglobin düzeylerini artırarak kansere bağlı yorgunluğun iyileştirilmesinde etkili olabilmektedir. Uyku bozukluklarıda yorgunluğa yol açabilmektedir. Bunun için kısa süreli benzodiazepin tedavisi kullanılabilmektedir (60).

Kansere bağlı yorgunluğun tedavisine yönelik farmakolojik olmayan tedaviler, çeşitli seçeneklerle birlikte farmakolojik yöntemlere göre daha yaygın olarak kabul edilmektedir. Fiziksel aktivite ve egzersiz kansere bağlı yorgunluğu azaltmak için en önemli bir etkiye sahiptir. Çünkü özellikle yaşlı kanser hastalarında egzersiz, kas kuvvetini korumakta ve depresyonu önlemeye yardımcı olmaktadır(61). Fiziksel aktivitenin yanında hastalara ve ailelerine konunun önemi hakkında bilgi verilmeli ve yorgunluğun değerlendirilmesi için teşvik edilmelidir. Hastalardan günlük işlerini

yaparken enerjilerini koruyarak, gereksiz işlerden kaçınarak aktivitelerini planlaması istenebilir. Uyku kalitesi iyileştirilerek hastaların yorgunluk seviyeleri en az düzeye indirilmeye çalışılmalıdır (61, 29).

2.8.4. Diyare

Diyare; Acil olarak gevşek dışkıların sık sık çıkması veya birey için normalden daha sık dışkılamasıdır. Nesnel olarak tanımlanırsa, 24 saat içinde üçten fazla şekillenmemiş dışkının çıkmasıdır (62).

Bağırsak semptomları kanserli hastalarda ya tümörün bir sonucu olarak ya da ameliyat, radyoterapi, kemoterapi veya immünoterapi gibi kanserle ilişkili tedavinin bir sonucu olarak ortaya çıkabilmektedir (63). Kanseri tedavi etmek için kullanılan birçok kemoterapötik ajan, hızla bölünen hücreleri hedef alarak gastrointestinal sistemin epitelindeki hücreleri etkileyerek çeşitli gastrointestinal semptomlara yol açabilmektedir. İshal, bağırsakta emilimin bozulmasına ve gastrointestinal sistem boyunca sıvı ve elektrolitlerin aşırı salgılanmasına neden olabilir. Bu bozukluklar genellikle biyokimyasal toksisiteden ve gastrointestinal sistemin hızla bölünen crypt hücrelerinin hücre ölümünden kaynaklanır. Bu, salgılayıcı olan olgunlaşmamış crypt hücrelerinin oranının artmasına yol açar. Görevi normalde sıvıyı emmek olan bağırsak villusunun buna bağlı olarak hasar görmesi, sıvının emilimi ve salgılanması arasında bir dengesizliğe neden olur. Ek olarak inflamasyon, prostaglandinler, lökotrienler ve sitokinler gibi ilave sıvı sekresyonunu uyaran faktörlerin salgılanmasına yol açar. Bu nedenle, kemoterapiye bağlı ishal kemoterapötik ajanın infüzyonundan sonraki 24 ila 96 saat içinde ortaya çıkan bir sekretuar ishaldir. Çoğunlukla ishalle ilişkilendirilen kemoterapötik ajanlar arasında fluorourasil ve irinotekan yer almaktadır (64).

Diyare hastaların yaşam kalitelerini negatif yönde etkilemektedir. Hastalar aniden dışkılama ihtiyacı duyma korkusu nedeniyle eve kapanabilir ve bunun sonucunda sosyal izolasyon yaşayabilir. Kemoterapinin neden olduğu ishal hastalarda depresyon, anksiyete, düşük özgüven, uyku düzeninin bozulması, yetersiz beslenme, ağrı, halsizlik, uyuşukluk, dehidrasyon, kilo kaybı, elektrolit dengesizliği gibi semptomlarla hastalara etkilerde bulunmaktadır. Onkoloji hemşireleri bu süreçte hastaların boşaltım sorunlarını değerlendirmelidir. Bunun için Bristol Dışkı Tablosu

gibi değerlendirme araçlarını kullanabilir. Sağlık profesyonelleri iletişime açık olmalı, dehidrasyon belirtilerini fark etmeli, hastaların diyetlerini düzenlemeli ve gerekli eğitimleri vermelidir (65).

2.8.5. Konstipasyon

Kabızlık sübjektif bir semptomdur. Bunun için her birey farklı algılayabilir. Konstipasyon, kanser hastalarında sık görülen bir sorundur ve bu grup hasta profili için ciddi morbidite nedenidir (66). Kabızlık, düzensiz ve seyrek (haftada üç veya daha az hareket) veya zor bağırsak tahliyesi ile karakterize edilen bir bağırsak bozukluğudur (67). Kanser hastalarında konstipasyon nedenleri; primer, sekonder ve tersiyer olmak üzere üç grupta ayrılabilir (68).

Primer kabızlık için risk faktörleri arasında yaş, pozitif aile öyküsü, düşük diyet lifi seviyeleri, fiziksel aktivite yetersizliği, sıvı alımında azalma, yetersiz tuvalet olanakları yer almaktadır. Sekonder kabızlığın, karın boşluğunda veya rektumda bulunan ve bağırsak hareketliliğini engelleyen tümör, eşlik eden gastrointestinal hastalıklar (örn. divertiküloz, irritabl bağırsak sendromu, bağırsak obstrüksiyonu), diğer sistemik hastalıklar (örn. diyabet, hipotiroidizm) veya ilaçlar (örn. antiasitler) dahil olmak üzere çok çeşitli farklı nedenleri olabilmektedir. Tersiyer konstipasyon ise daha kanser tedavisinde kullanılan farmakolojik ajanların ve uygulanan tıbbi girişimlerin birer sonucudur. Radyoterapi, opioidler, kemoterapik ajanlar, antiemetikler ve cerrahi işlemler buna örnek verilebilir (69).

Kanser hastalarının birçoğu kanser sürecinde opioid ihtiyacı duyabilmektedir. Opioidler gastrointestinal sistemde delta-, kappa- ve mu-opioid (OP1, OP2 ve OP3) reseptörleri, kas aktivitesinin opiat kaynaklı inhibisyonuna katkıda bulunmaktadır. Opioidlerin peptidlerin salınımı üzerindeki inhibitör etkisi iki yönlüdür. Birincisi, normal itici hareketlilik ve peristaltizmde zayıflama ile sonuçlanır. İkincisi, ince bağırsaklarda ve kolonda tonik spazmları ve itici olmayan hareketlilik modellerini uyandırır. Bu, mide boşalmasının gecikmesine, bağırsak geçişinde yavaşlamaya, karın kramplarına ve kabızlığa neden olur (70). Bununla birlikte, opioid kaynaklı kabızlığın, kullanılan opioid dozundan özellikle etkilendiği görülmemektedir. Opioid kaynaklı kabızlık, kronik bir yan etki olma eğilimindedir (63).

Talidomid, sisplatin, vinkristin, vinblastin ve vinorelbin gibi kemoterapötik ajanlar, kanser hastalarında kemoterapinin neden olduğu kabızlık vakalarının büyük çoğunluğundan (%80-90) sorumludur (71).

Kabızlığın değerlendirilmesi öncelikle ayrıntılı bir öykü alınmasını ve uygun fiziksel muayenenin yapılmasını içermektedir. Kabızlık hastaların yaşam kalitesini etkilediği için onkoloji hemşireleri uygun değerlendirme araçlarını kullanarak yüksek risk grubundaki hastaları belirlemelidir. Bu değerlendirme araçları arasında Bristol Dışkı Skalası, Roma III Kriterleri gibi araçlar kullanılabilmektedir (69,70).

2.8.6. Alopesi

Onkoloji hastalarının kullandıkları tedaviler kanser hücrelerini öldürmenin yanı sıra, saç folikülü keratinositleri de dahil olmak üzere hızla çoğalan sağlıklı hücrelere de zarar verebilmektedir. Bu tedaviler anagen adı verilen büyüme evresi sırasında çoğalan sağlıklı hücreleri öldürür ve saçlar dökülmeye başlar. Kemoterapi sonrası gelişen alopesi çoğunlukla iki hafta sonra başlamakta, tedaviyi takiben ilk 4 haftada yaygın saç kaybı olmaktadır. Tedavi bittikten sonra ise genellikle üç ile altı ay arasında saçlar yeniden çıkmaktadır ancak rejenere olan saç yeniden çıkarken saçın yapısında renginde farklılıklar olabilmektedir (72). Kanser hastaları beden imajlarına ve başkalarıyla olan etkileşimlerine yönelik tutumlarını etkileyebilecek çok fazla fiziksel değişim yaşamaktadırlar ve durum sonucu hastaların psikososyal düzeylerinin ve yaşam kalitelerinin değiştiği göz ardı edilemez. Alopesi hastalar tarafından kanser tedavisinin en travmatik yan etkisi olarak kabul edilmektedir (73).

Alopesi riski ve saç dökülmesinin derecesi, ilaca, doza, sıklığa, uygulanan süreye ve uygulama yoluna bağlı olarak büyük ölçüde farklılık göstermektedir. Alopesi insidansı antimikrotübül ajanlar (paklitaksel) için %80'den fazla; topoizomeraz inhibitörleri (doksorubisin, etoposid vb.) için %60-100; alkilleyici ajanlar (ifosfamid, siklofosfamid) için %60'tan fazla ve antimetabolitler (5-florourasil vb.) için %10-50'dir (74).

Günümüzde kemoterapi nedenli oluşan alopesinin önlenmesi için çeşitli teknikler kullanılmaktadır ve bu yöntemlerin asıl amacı saç dökülmesini azaltarak hastaların beden imajlarını ve psikolojilerini korumaktır.

Bu yöntemlerden kafa derisini soğutma, gerçek etkinliğine ilişkin kesin olmayan kanıtlara rağmen alopesinin önlenmesi için en yaygın kullanılan standart haline gelmiştir. Teorik olarak soğutma, saç köklerine kan akışını azaltarak ve saç folikülü metabolizmasını yavaşlatarak alopesiyi önler. Böylece saçın sitotoksik ilaç hasarına karşı genel duyarlılığını azaltır (75). Saçlı deriyi soğutma yöntemi olan, buz paketleri, soğutulmuş başlıklar ve soğutulmuş başlıklı cihazlar (Penguin Cold Caps, Medical Specialties of California, London, UK) 1970 yıllardan beri kullanılmaktadır. Saçlı derinin ısısı 20 ºC' ye ulaşınca kan akışı %20' nin altına düşmekte ve böylece saça koruyucu etki sağlamaktadır. Saçlı deriye turnike uygulaması ise basınç sayesinde kan damarlarına kan akımı azalmakta ve antineoplastik ilaç kıl foliküllerine daha az ulaşmaktadır (76). Farmakolojik yöntem olarak minoxidil yapılan çalışmalarda alopesinin tedavisinde etkili olabileceği belirlenmiş (77).

Onkoloji hemşireleri saç dökülmesi sürecinde hastalara emosyonel destekte bulunmalıdır. Hastalara saç dökülmesinin oluşabileceği, ne kadar süreceği, geri dönüşümünün olup olmayacağı, psikososyal etkileri gibi bilgiler vermelidir. Uygun hastaları peruk veya başörtüsü için teşvik ederek tekrar iyilik haline kavuşmaları sağlanmalıdır (73).

2.8.7. Mukozit

Mukozit, kanser hastalarında kemoterapiye bağlı toksisitenin tedavi sırasında erken dönemde gelişebilen ağrılı ve rahatsız edici bir komplikasyonudur. Bazen stomatit olarak da adlandırılan bu hastalık, doku hasarına bağlı olarak ağız mukozasında lezyonların gelişmesiyle karakterize ülser ve kanamaya dönüşen ağız boşluğunun bir iltihabıdır. Bu lezyonlar çok ağrılı olabilir ve hastaların fonksiyonel yeteneklerinde ciddi bozulmaya neden olabilmektedir. Hastalar sözlü iletişim ve beslenmeyle ilgili zorluklar yaşayabilmektedir. Bunlara sekonder olarak hastalar yetersiz beslenme, dehidrasyon ile karşılaşmakta ve yaşam kalitelerinde ciddi bir azalma olmaktadır. Bu olumsuz etki aynı zamanda hastaları tedaviye devam etmekten caydırabilir, dolayısıyla tedavinin gecikmesine veya eksik kalmasına neden olabilmektedir ve kanserin iyileşme olasılığını azalmaktadır. Bu bulgular ışığında, kanser hastalarında etkili oral mukozit tedavisini amaçlayan müdahalelerin geliştirilmesinin yaşam kalitelerini arttıracağı öngörülmektedir (78).

Oral mukozit patofizyolojisine ilişkin mevcut anlayış beş aşamadan oluşmaktadır:

1. *Kemoterapi veya radyoterapi ile oral mukozal hasarın başlatılması*: Bu aşama mukozanın radyasyon ve kemoterapiye maruz kalması sonucu DNA hasarı oluşmasıyla başlar. Mukoza bütünlüğü bozulmamış gözükür.
2. *Birincil yıkım yanıtı*: Epitel hücrelerde apopitoz oluşur. Bu durumla proinflamatuar sitokinlerin üretimine neden olan genlerin artmasına neden olmaktadır. Sitokinlerin serbest kalması ise bağ dokuları hedef alarak doku hasarı ve apoptozise neden olmaktadır. Sonuçta, mukoza incelmeye, eritemli hale gelmeye başlamaktadır.
3. *Belirtilerin ortaya çıkması ve konakçı inflamasyon tepkisine bağlı hasarın artması*: Submukozada sitokin TNF-α artmaktadır. TNF-α dokuda bir kez artınca doğrudan doku yaralanmasına neden olmaktadır. Hastalar ağrıyı hissetmeye başlarlar.
4. *Epitelyal apoptoz ve nekrozun bir sonucu olarak ülserasyon*: Semptomların en belirgin hissedildiği aşamadır ve hastayı olumsuz etkiler. Bakteriler submukozayı etki ederek, vasküler yapıların içine girmekte, bakteriyemi ve sepsise neden olmaktadır. Hastalar ağrı nedeniyle yutkunma güçlüğü, beslenme yetersizliği, konuşma zorluğu ve kanama gibi sorunlarla karşılaşabilmektedir.
5. *İyileşme*: Ağız mukozasında rejenerasyon oluşur. Lökosit üretimi artar ve bakteriler azalmaya başlar (79,80).

Oral mukozit gelişimi açısından risk faktörleri tedaviye özgü ve hastaya özgüdür. Hastaya özgü faktörler incelendiğinde, oral mukozit gelişmesinde yaş ve cinsiyet önemlidir. Çocukların epitel hücrelerinin kemoterapiye daha duyarlı olması ile yaşlıların epitel iyileşme hızlarının az olması sebebiyle yaş mukozit riski arttırmaktadır. Kadınlarda mukozit gelişme riski erkeklere göre daha fazladır (81). Genetik faktörlere bağlı sitokin yüksekliği, kötü ağız hijyeni, tütün kullanımı, beden kitle indeksinin düşük olması, B12 eksikliği, diyette yetersiz protein alımı, ağız kuruluğu mukozit riskini arttırır. Aynı zamanda böbrek işlevlerin bozulması için sonucu kemoterapi ajanlarının vücuttan atılması zorlaşmakta ve kan dolaşımında daha fazla kaldığı için mukozit riski artmaktadır (82).

Tedaviye ilişkin risk faktörlerine baktığımızda ise hastalığın türü, kemoterapinin türü ve dozu önem arz etmektedir. Siklofosfomid, etoposid, 5- florourasil (5-FU), metotreksat alan hastalarda mukozit gelişme riski fazladır. Kemoterapinin yüksek doz uygulanması da riski arttırır. Radyasyon tedavisinin baş- boyun bölgesine doğrudan uygulanması yüksek risk teşkil eder. Kemoterapi ve radyoterapinin kombine uygulanması riski arttıran diğer faktörlerdendir (81).

2.8.8. İştah ve Kilo Kaybı

Kilo kaybı ve iştahsızlık, özellikle ileri evre kanser hastalarında yetersiz beslenmenin sık görülen semptomlarıdır. İştah kaybı sonucunda enerji alımında meydana gelen azalma ile kanser sürecinde yetersiz beslenme ve kaşeksi ile ilişkili kilo kaybına neden olmaktadır. İştahsızlık, yaşam kalitesinin azalması, genel semptom sıkıntısı ve kaşeksiyi içeren diğer semptomları da beraberinde getirmektedir. Tedavi edilmediği takdirde tedaviye yanıt oranı düşer ve yaşamı ciddi anlamda tehdit edebilir (83).

Kanser hücreleri vücuttaki besin kaynaklarını tüketmesiyle sağlıklı hücrelerin besin almasını engelleyebilir. Ayrıca kanser hücrelerinin salgıladığı sitokinler sonuca da primer kaşeksi oluşmaktadır.

Sekonder kaşeksi ise kemoterapi, radyoterapi, cerrahi vb. kanser tedavilerinin yan etkisi sonucu oluşan mide bulantısı, kusma, mukozit, ağrı gibi faktörlerden kaynaklı oluşabilmektedir. Aynı zamanda psikolojik durum hastalarda iştahsızlığa yol açabilmektedir (84).

2.8.9. Psikolojik Sorunlar

Kanser ve tedavisi çok çeşitli fiziksel ve psikososyal sorunlara yol açmaktadır. Bunlar fiziksel olarak ağrı, yorgunluktan; kaygı psikolojik olarak anksiyet, depresyon ve kişisel ilişkilerdeki zorlanmaya kadar uzanır ve yaşam kalitesi üzerinde derin bir etki bırakır. Günümüzde kanser kelimesi dahi olumsuzlukları çağrıştırmaktadır ve hastalarda yıkım gibi algılanır. Bu duruma istinaden bireyler hastalık sürecinde birçok farklı tepki gösterirler. Kanser hastalarının yaklaşık %50'sinin, kanser gidişatının bir noktasında kanserin bir sonucu olarak duygusal sıkıntı veya tedavi edilmemiş psikososyal durumlar dahil olmak üzere psikiyatrik bozukluklara sahip olduğu

gösterilmiştir. Bu sorunlar hastanın yaşam kalitesinin düşmesi, sosyal ilişkilerinde bozulma, rehabilitasyon süresinin uzaması, tedaviye uyumun az olması ve anormal hastalık davranışlarıyla ilişkilendirilmiştir (85).

2.8.10. Cinsel Sorunlar

Cinsellik insanlar için karmaşık, çeşitli, değişken ve belirsiz bir alanıdır ve tanımlanması zordur. Her birey için ayrı anlam taşımakla birlikte bireylerin kimliklerinin bir parçasıdır (86).

Kanser cinselliği doğrudan ve dolaylı yollardan etkileyebilmektedir. Kanserin kendisi (özellikle testis, prostat, penis, meme veya jinekolojik tümörler) ve uygulanan cerrahi tedavi, cinsel işlev için gerekli olan fiziksel yapılara zarar verebilmektedir. Hastalıkla ilişkili hormonal değişiklikler veya hastaya verilen kemoterapötik ajanlar, cinsel işlevi olumsuz etkiler. Dolaylı yoldan yaşanan ise beden imajı ve benlik saygısındaki değişiklikler, kansere bağlı yorgunluk, ağrı, bulantı-kusma veya duygusal sorunlar cinsel partnerlerle ilişkilerde gerginliğe sebep olabilmektedir (87).

Kanserli bireyler için cinsel işlev bozukluğu yaygın bir sorundur ve partner olup olmadığına bakılmaksızın hastaların yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir fakat sağlık çalışanları tarafından çoğu zaman ihmal edilen bir konudur. Hemşireler hastalarla en sık ve doğrudan etkileşimde bulunan sağlık profesyoneli olarak hastanın cinsel sorunlarını tespit edip çözüme kavuşturulmasında rol almalıdır. Bunun için hastalarla güven ilişkisi kurularak sorunlar değerlendirilmelidir (87.)

2.9. Genç ve Yaşlı Kanser Hastasının Bakımında Hemşirenin Sorumlulukları

Kanser hastalarının fiziksel, sosyal, psikolojik, günlük yaşam aktiviteleri, çevre, bilgi ve spiritüel alanları içeren çok boyutlu gereksinimlerinin olmasından kaynaklı hastaların onkoloji hemşireleri tarafından ihtiyaçları belirlenmelidir. Hastaların gereksinimleri doğrultusunda hastalarla iş birliği içinde bireylere bakım sunmalı ve eğitim vermelidir (88).

2.10. Kanserli Yaşlı Bireyin Hemşirelik Bakımı

Kanser, tanı koyulmasından terminal döneme kadar geçen sürede hastalık seyri ve tedavi şekli nedeniyle hem hastanın hem de hastaya bakım verenlerin zorlandığı bir hastalıktır. Kanser hastalarına bakım verirken hastanın yaşı, almış olduğu tedavi şekli, hastalığın süresi gibi faktörler bakım sürecini etkileyebilmektedir (89). Özellikle bireylerin yaşlanmasıyla birlikte vücutlarında fizyolojik değişiklikler meydana gelmekte, kronik hastalıklar artmaktadır ve bunun sonucunda iyileşme süreci etkilenmektedir. Komorbiditenin yanı sıra çoklu ilaç kullanımı yaşlı hastaların bakımını medikal olarak karmaşık hale getirmektedir çünkü yaşa bağlı karaciğer ve böbreklerde değişiklikler meydana gelmektedir. Yaşın ilerlemesi karaciğerin, böbreklerin kütlesinin ve kan akışının azalması ile toksisite artışına neden olmaktadır. Örneğim karaciğerde metabolize olup böbrek yoluyla atılan morfin gibi ilaçlar daha dikkatli kullanılmalıdır. Hastaların kullandıkları tüm ilaçların etkileşimleri değerlendirilmelidir, hasta ve yakınları ilaç yan etkileri, uygunsuz ilaç kullanımı hakkında bilgilendirilmelidir. Hemşireler kronolojik yaş ve biyolojik yaşın ayrımını yapmalıdır. 65 yaş üstü tüm bireylerin gereksinimleri farklıdır. Onkoloji hemşireleri bunu göz önünde bulundurmalıdır. Hasta için planan tedavinin uygunluğu yaşam yılına değil fizyolojik parametrelere bakılarak karar verilmelidir (40).

Yaşlı hastalarda demans ve deliryum gibi kognitif bozukluklar mortalite ile yüksek oranda ilişkilidir. Hastaların bilişsel işlev durumları tedaviye başlamadan önce değerlendirilmelidir (90).

Kanserli yaşlı hastalar tedavinin devamı, komplikasyonların daha uygun yönetilmesi ya da cerrahi girişimler amacıyla hastanede yatmak durumunda kalabirler. Hastalarda hastaneye yatışa bağlı sosyal izolasyon, malnütrisyon, düşmeler, deliryum, ilaç yan etkileri, immobilizasyon ve basınç ülseri gibi bir çok sorun meydana gelmektedir. Onkoloji hemşireleri bu faktörler açısından hastaların psikolojik durumunu ve semptom yönetimini kolaylaştırıcı girişimlerde bulunmalıdır (90).

2.11. Genç ve Yaşlı Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesinin İyileştirilmesinde Hemşirenin Sorumluluğu

Yaşam kalitesi birçok farklı şekilde tanımlanmaktadır. Yaşam kalitesi genel olarak bireylerin hayattan zevk alması, fiziksel, psikolojik, ekonomik açılardan kendine yetebilmesidir (91).

Yapılan çalışmalarda yaşın yaşam kalitesini etkilediğini belirlenmiştir: 25 ila 50 yaş arasındaki hastalarda ilk altı ayda sosyal alanda bir düşüş görülürken, 50 yaş üstü hastalarda daha çok fiziksel alanda bir düşüş görülmüştür (92).

Mide bulantısı, kusma, mukozit, alopesi, iştah kaybı, kanama ve enfeksiyon gibi akut toksisitelerle baş etmek genellikle genç hastalar için yaşlı hastalara göre daha zordur. Gençlerde amaç bağımsızlıktır, istihdam veya eğitim her şeyden önemlidir ve eş ve aile sorumlulukları önceliklerdir. Kanserden kurtulan birçok genç, doğurganlığın yaşam kalitesini etkileyen temel bir sorun olduğunu belirtmektedir (93). Gençlerin sosyal ve mesleki işlevsellikleri yaşlı bireylerden daha fazladır ve bunun sonucunda hastalık süreci sebebiyle işlevselliklerinin bozulmasından kaynaklı daha çok endişe duymaktadırlar (94).

Yaşlı bireyler ise genellikle kanser tedavisinden etkili bir şekilde kurtulmak için gereken fizyolojik rezervlere sahip olmadığından, yaşlılık, kanser ve çoklu hastalıkların birleşimi yaşam kalitesi ile ilişkili olarak incelenmesi önem arz etmektedir. Komorbitidelerin yaşın ilerlemesiyle görülme sıklığı artmaktadır. Bu da yaşlı bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir (95). Kanser tanısı alan ve almayan 65 yaş ve üzeri bireylerle yapılan bir çalışmada, kanser tanısı ve kırılganlık, daha kötü yaşam kalitesi ile ilişkilendirilmiştir (96).

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ve yükseltilmesinde onkoloji hemşireleri önemli sorumluluğa sahiptir. Hemşireler kanser ve kanser tedavisi sonucu oluşan yorgunluk, ağrı, bulantı, enfeksiyon gibi semptomlara odaklanıp hastaların yaş, cinsiyet, sosyokültürel vb. faktörlerini değerlendirerek semptomları yönetmek için hastalara eğitim vermekte ve hastalara destek olmaktadır (97). Onkoloji alanındaki çalışmalar incelendiğinde onkoloji hastaların yaş ve semptomları ile birlikte yaşam kalitesini inceleyen çalışma bulunamamıştır. Çalışmamızın bu alan için literatüre destek vereceği ve sonraki araştırmalar için yardımcı olabileceği düşünülmektedir.

3. GEREÇ YÖNTEM

3.1. Araştırma Tipi

Bu araştırma geriatrik onkoloji kanser hastaları ile genç onkoloji kanser hastaları arasında semptom farklılıkları ve yaşam kalitesinin incelenmesi amacıyla karşılaştırmalı tanımlayıcı, korelasyonel ve kesitsel desene uygun olarak yürütülmüştür.

3.2. Araştırmanın Evreni

Bu çalışmanın evrenini İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Günübirlik Kemoterapi Servisine başvuran hastalar oluşturmuştur.

Hastanede 1 tane Günübirlik Kemoterapi Servisi bulunmaktadır ve bu birimde toplamda 33 hasta koltuğu bulunmaktadır. Günübirlik Kemoterapi Servisinde toplamda 10 hemşire çalışmaktadır. Hemşirelerden bir tanesi hastalara ihtiyaç duydukları konular hakkında eğitim vermektedir. Hemşirelerin çalışma saatleri 08:00-16:00 arasındadır. Bu birime başvuran hasta sayısı günlük ortalama 90 kişidir.

3.3. Araştırma Örneklemi ve Planı

Çalışmanın örneklemi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Günübirlik Kemoterapi Servisine başvuran hastalar tarafından oluşturulmuştur. Araştırmanın örneklem büyüklüğü hesabı için G-Power istatistik programı kullanılmıştır. Örneklem belirlemesinde evreni bilinmeyen örneklem hesaplama yöntemi ve araştırmanın örneklem büyüklüğü hesabı için G-Power istatistik programı kullanılmıştır. Buna göre orta etki büyüklüğü temel alınarak ve gruplarda aynı sayıda örneklem olacağı varsayılarak, %80 güç ve 0.05 anlamlılık düzeyinde ulaşılması gereken toplam örneklem sayısı 128 olarak saptanmıştır. Ancak çalışma sırasında kayıp olabileceği öngörülerek örneklem sayısı toplamda 140 olarak alınmıştır. Örneklem belirlenmesinde yaş, cinsiyet, kanser tipi baz alınarak tabakalı örneklem yöntemi kullanılmıştır. Çalışmada yaş ve genç kanser hastası popülasyonu incelendiğinden ve bu gruplardaki verilerin olabildiğince dengeli gelmesi adına her tabakaya eşit sayıda örneklem alınmıştır. Hastalar tabakalara basit rastgele örneklem yöntemi kullanılarak

atanmıştır. Tabakalara atanan hasta sayısı Şekil 3.3.1.'de verilmiştir. Araştırma verileri Nisan 2023 ve Haziran 2023 tarihleri arasında onkolojik kanser tanısı almış geriatrik ve genç hastalardan elde edilmiştir. Araştırma planı Şekil 3.3.2.' de verilmiştir.

Şekil 3.3.1. Tabakalara Atanan Örneklem Sayı Dağılımları

Tabakalandırma (n:140)	Geriatrik Kanser Hastaları	Genç Kanser Hastaları
Yaş	70	70

Şekil 3.3.2. Araştırma Planı

Haziran- Ağustos 2022	**Literatür taramasının yapılması**
Eylül 2022	Tez öneri sınavına girilmesi
Şubat- Nisan 2023	Etik kurul ve kurum izinlerinin alınması
Nisan- Haziran 2023	Verilerin toplanması
Temmuz- Ekim 2023	Verilerin analiz edilmesi ve bulguların yazılması
Ekim 2023- Mayıs 2024	Tez yazım süreci
Haziran 2024	Tez bitirme sınavına girilmesi

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Örnekleme dahil edilme kriterleri; Genç hastalarda 18-64 yaş aralığında olmak, geriatrik hastalarda ise 65 yaş ve üstü olmak, araştırmaya katılmaya gönüllü olmak, okur-yazar olmak, meme, prostat, testis, akciğer, kolorektal, mide, jinekolojik

kanser çeşitlerinden bir tanesinin tanısını almak, bilişsel işlevleri sürdürebilmek, genel durumu görüşmeye uygun olmak, tanısını en az 2 ay önce almak olarak belirlenmiştir.

Dışlanma Kriterleri

Örneklemden dışlanma kriterleri ise; 18 yaş altında olmak, araştırmaya katılmayı kabul etmemek, hematolojik kanser hastalığına sahip olmak, beklenen yaşam ömrü 4 aydan az olmak, mini-cog test sonucunun 3' ün altında olması, ECOG puanının 3'ün üstünde olması olarak belirlenmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada Hasta Tanılama Formu (EK-1), ECOG Performans Skoru (EK-2), Mini- Cog Testi (EK-3), Rotterdam Semptom Kontrol Listesi (EK-4) , Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK-5) kullanılmıştır.

3.4.1. Hasta Tanılama Formu (EK-1)

Bu form literatürden faydalanılarak araştırmacı tarafından geliştirilmiştir (28). Bu formda hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma durumu ve meslek gibi sosyodemografik bilgileri ile hastanın tanısı, metastaz durumu, kanser dışında kronik hastalığının varlığı, hastanın hangi tedavileri aldığı, kemoterapi kür sayısı ve hastalık süresince etkilendiği semptomlar gibi klinik özellikleri bulunmaktadır. Formda 5 tane açık uçlu soru 8 tane çoktan şeçmeli olmak üzere 13 tane soru vardır.

3.4.2. ECOG Performans Skoru (EK-2)

ECOG Oken ve arkadaşları tarafından 1982 yılında yayınlanmıştır. Bu ölçek kanser hastalarının iyilik halini ve bağımlılık düzeyini değerlendirmek amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadır. Ölçek 0 ila 5 arasında kategorize edilmektedir. "0" hastanın tamamen işlevsel ve asemptomatik (belirtisiz) olduğunu; "1" fiziksel aktivitelerde zorlandığını; "2" hastanın semptomatik ve kendi bakımını yapabildiğini; "3" hastanın semptomatik, kendi bakımını yapmakta zorlandığını %50'den daha fazla yatakta olduğunu; "4" hastanın kendi bakımını yapamadığını,

sandalye veya yatağa bağımlı olduğunu; "5" ise "ölüm" durumunu ifade etmektedir (98 ,99). ECOG Performans Skoru hasta seçme kriterini belirlemek amacıyla kullanılmıştır.

3.4.3. Mini-Cog Testi (EK-3)

Mini-cog testi bilişsel bozukluğu değerlendirmek için kullanılan saat çizme testi (CDT) ve 3 kelime hatırlama testinin birleşiminden oluşan bir testtir. Mini-cog testi yakşalık 3 dakika içerisinde uygulanabilmektedir. Hiçbir özel ekipman ve eğitim gerektirmez. Dil değişimlerinden nispeten etkilenmediği için kolay uygulanabilen bir testtir ve toplumda demansı tespit etmek amacıyla kullanılmaktadır. Mini-cog testinde öncelikle hastaya 3 kelime okunur ve tekrar etmesi istenir. Ardından saat çizmesi istenir. Saat çiziminden sonra kelimelerin tekrar edilmesi beklenir. Hasta 3 kelimeyi tekrar ederse, demans olmadığına karar verilerek, saat çizimine bakılmaksızın tarama dışı tutulur; hasta hiçbir kelimeyi tekrar edemezse saat çizimine bakılmaksızın demans kabul edilir; hasta 1-2 kelime tekrar ederse saat çizimine bakılarak demans olup olmadığına karar verilir. Hasta ipucu olmadan hatırlanan her kelime için 1 puan alır. Normal saat çiziminden ise 2 puan alır. Hastalar bu testten toplamda 5 puan alabilir. Sonuçta 3 puanın altında olası kognitif bozukluk, 3 puan ve üzerinde kognitif fonksiyon normal olarak kabul edilmektedir. Testin geçerlilik-güvenirliliği 2015 yılında Gülsüm Gedik tarafından yapılmıştır. Mini-cog testinin sensitivite ve spesifitesi sırasıyla %87 ve %95 olarak bulunmuştur (100,101). Mini- cog Testi hasta seçme kriterini belirlemek amacıyla kullanılmıştır.

3.4.4. Rotterdam Semptom Kontrol Listesi (EK-4)

De Haes ve arkadaşları tarafından 1983 yılında geliştirilen Rotterdam semptom kontrol listesinin geçerlik ve güvenirliği Gülbeyaz Can tarafından 2001 yılında meme kanserli hastalarda yapılmıştır. Kanserli hastaların yaşadıkları semptomlara bağlı gelişen sıkıntıyı değerlendirmek için kullanılmaktadır. Toplam 39 maddeden oluşan ölçeğin 3 adet alt boyutu vardır. Bunlar kanser ve tedavisinin neden olduğu fiziksel semptomlardan etkilenme düzeyini değerlendiren fiziksel semptom rahatsızlığı alt boyutu (23 madde), psikolojik durum değişikliklerinden etkilenme

düzeyini değerlendiren psikolojik rahatsızlık alt boyutu (7 madde), günlük yaşamsal aktivitelerinin etkilenme düzeyini değerlendiren aktivite düzeyi alt boyutudur (8 madde). Ölçek maddeleri sıfırdan üçe kadar değişen Likert tipinde puanlanmaktadır. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları farklı hasta gruplarında ve farklı kültürlerde geniş olarak yapılmıştır. Rotterdam Semptom Kontrol Ölçeğinin güvenilirliğini test etmek için cronbach alpha değerleri hesaplanmış olup; fiziksel semptomlar için 0.842, psikolojik semptomlar için 0.818, günlük yaşam aktivitesi için 0.882 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınan puan arttıkça yaşanılan sıkıntı da artmaktadır (102).

3.4.5. Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK-5)

Rolls Royce Yaşam Kalitesi Ölçeği; Genel İyilik, Fiziksel Semptom ve Aktivite, Uyku Bozukluğu, İştah, Seksüel Bozukluk, Algılama Fonksiyonu, Tıbbi Etkileşim, Sosyal İlişkiler ve İş Performansı olarak isimlendirilen 8 alt boyut ve 49 sorudan oluşmaktadır. Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışması Özyılkan ve arkadaşları tarafından (1995) 10 hekim, 19 sağlıklı gönüllü, 18 hasta yakını, 28 kemoterapi alan hasta ve 25 kemoterapisi bitmiş hasta olmak üzere toplam 47 sağlıklı birey ve 53 kanser tedavisi alan hasta birey üzerinde gerçekleştirilmiştir. Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği"nin Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışmasında 7 soru çıkarılarak 42 soruluk yeni ölçeğin geçerliliği test edilmiştir. Soruların yapı geçerliliği r=0.996, p <0.0001 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada, Rolls Royce Ölçeğinin güvenilirliğini test etmek için cronbach alpha değerleri hesaplanmış olup; genel iyilik için 0.756, fiziksel semptom ve aktivite için 0.631, uyku bozukluğu için 0.840, iştah için 0.615, algılama işlevi için 0.454, cinsel işlev bozukluğu için 0.765, tıbbi etkileşim için 0.343, sosyal ilişki ve iş performansı için 0.556 olarak bulunmuştur. Ölçekteki her soru 5 seçenek üzerinden değerlendirilmekte olup, bu seçenekler olumlu sorular için 5, 4, 3, 2,1 ve olumsuz sorular için 1, 2, 3, 4, 5 olarak puanlandırılmaktadır. Bu seçenekler "Evet bana tamamen uygun", "Bana oldukça uygun", "Kısmen uygun- Kısmen değil", "Bana pek uygun değil", "Hayır bana hiç uygun değil" şeklinde sıralanmaktadır. Ölçeğin 1, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 16, 20, 22, 24, 27, 29, 31, 33, 35, 40 ve 42 numaralı sorular olumlu, 2, 3, 6, 8, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 23, 25, 26, 28, 30, 32, 34, 36, 37, 38, 39 ve 41 numaralı sorular olumsuz olarak değerlendirilmektedir (34.35,36). Ölçekten alınan

toplam puanın yüksek olması, yaşam kalitesinin yüksek olduğunu göstermektedir (103,104).

3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırma öncesinde hastalara araştırma konusu hakkında bilgi verilerek araştırmaya katılma konusunda sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Çalışmanın verileri İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Günübirlik Kemoterapi Servisinde tedavi gören kanser hastaları ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Veri toplama aşamasında hastalarla iletişim kurulurken sosyal mesafe, maske ve hijyen kurallarına riayet edilerek veriler elde edilmiştir. Araştırma sürecinde; örneklem kriterlerine uyan kişiler belirlenerek, araştırmanın amacı açıklanmış ve çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcıların yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. Anket formlarındaki veriler ortalama 45 dakika içerisinde toplanmıştır.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler: Geriatrik ve genç kanser hastanın yaşı, yaşadığı yer, eğitim durumu, mesleği, kronik hastalıklarının varlığı, Mini-Cog puanı, ECOG puanı, hastalığın klinik evresi ve tedavi yöntemleri hastalara ait değişkenlerdir.

Bağımlı Değişkenler: Hastanın, Rotterdam Semptom Kontrol Listesi puanı, Roll Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği puanı

3.7. Verilerin Analizi

Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiklerde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 24.0 istatistik programı ile yapılmıştır. Araştırmada grupların ölçek puanları Ki-kare, t testi, Mann Whitney U, Kruskal Wallis, Bonferroni Posthoc, Tek Yönlü Varyans Analizi ve Spearman's Korelasyon testleri kullanılmıştır. Araştırmada, p değerinin 0,05'in ($p < 0,05$) altında yer aldığı sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.8. Etik Kurul Onayı

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 26.04.2023 tarih, 2023/13-07 karar no'lu,etik kurul izni alınmıştır (Ek-6).

Araştırmanın yapılabilmesi için araştırmanın gerçekleşeceği yer İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul Komitesi'nden, araştırmanın yapılacağı ilgili kliniğin bölüm başkanlıklarından izin alınmıştır (Ek-7).

Araştırmanın amacı açıklandıktan sonra araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve dahil olma kriterlerine uygun hastalardan ölçek uygulamalarından yazılı ve sözlü onamları alınmıştır(Ek-8). Ölçeklerin kullanımında Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapan araştırmacılardan gerekli izinler alınmıştır (Ek-9, Ek-10, Ek-11).

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya dahil edilmek istenen hastaların bazılarının araştırmaya katılmayı reddetmesi ve hastaların bazılarının psikolojik durumlarının veri toplama aşamasında bilgi edinmeye elverişli olmaması araştırmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır.

4. BULGULAR

Bu bölümde bulgular yaşlı ve genç kanser hastalarının tanımlayıcı ve demografik özellikleri, görülen semptomlar ve yaşam kalitesi başlıkları olmak üzere 3 başlık altında sunulmuştur.

4.1. Genç ve Yaşlı Kanser Hastalarının Tanımlayıcı ve Demografik özelliklerine İlişkin Tablolar

Genç ve yaşlı kanser hastalarının tanımlayıcı ve demografik özelliklerine ilişkin tablolar aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.1.1. Genç ve Geriatrik Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

	Genç Hasta (N=70)		Geriatrik Hasta (N=70)		X^2	p
	n (%)	% (Sütun)	n (%)	% (Sütun)		
Cinsiyet						
Kadın	35 (25,0)	50,0	32 (22,9)	45,7	0,258	0,612
Erkek	35 (25,0)	50,0	38 (27,1)	54,3		
Medeni Durum						
Evli	53 (37,9)	75,7	55 (39,3)	78,6	0,162	0,687
Bekar	17 (12,1)	24,3	15 (10,7)	21,4		
Çocuk						
Var	57 (40,7)	81,4	66 (47,1)	94,3	5,423	**0,020***
Yok	13 (9,3)	18,6	4 (2,9)	5,7		
Çocuk Sayısı						
1 - 2	43 (35,0)	75,4	25 (20,3)	37,9	17,454	**0,000***
3 ve Üstü	14 (11,4)	24,6	41 (33,3)	62,1		
Eğitim Durumu						
İlkokul	28 (20,0)	40,0	39 (27,9)	55,7		
Ortaokul	9 (6,4)	12,9	23 (16,4)	32,9	24,982	**0,000***
Lise	23 (16,4)	32,9	3 (2,1)	4,3		
Lisans ve Lisansüstü	10 (7,1)	14,3	5 (3,6)	7,1		
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	20 (14,3)	28,6	2 (1,4)	2,9	17,473	**0,000***
Çalışmıyor	50 (35,7)	71,4	68 (48,6)	97,1		
Toplam	**70 (50,0)**	**100**	**70 (50,0)**	**100**		

*Ki-Kare Testi, *p<0,05*

Araştırmada yer alan genç ve geriatrik hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1.1' de değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre; genç hastaların %50'sinin kadın, %50'sinin erkek; geriatrik hastaların %45,7'sinin kadın, %54,3'ünün

erkek olduğu saptanmıştır. Genç hastaların %75,7'sinin evli, %24,3'ünün bekar; geriatrik hastaların %78,6'sının evli, %21,4'ünün bekar olduğu tespit edilmiştir. Genç hastalar ile geriatrik hastalar arasında cinsiyet ve medeni durum dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Genç hastaların %81,4'ünün; geriatrik hastaların %94,3'ünün çocuğa sahip olduğu belirlenmiştir. Genç hastalar ile geriatrik hastalar arasında çocuk sahibi olma oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=5,423$; $p<0,05$). Geriatrik hastaların çocuk sahibi olma oranlarının genç hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Genç hastaların %75,4'ünün 1 – 2, %24,6'sının 3 ve üstünde; geriatrik hastaların %37,9'unun 1 – 2, %62,1'inin 3 ve üstünde çocuğa sahip olduğu saptanmıştır. Genç hastalar ile geriatrik hastalar arasında sahip oldukları çocuk sayıları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=17,454$; $p<0,05$). Genç hastaların sahip oldukları çocuk sayısının 1 – 2 olma oranlarının geriatrik hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Genç hastaların sahip oldukları çocuk sayısının 3 ve üstünde olma oranlarının geriatrik hastalara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Genç hastaların %40'ının ilkokul, %12,9'unun ortaokul, %32,9'unun lise, %14,3'ünün lisans / lisansüstü mezunu; geriatrik hastaların %55,7'sinin ilkokul, %32,9'unun ortaokul, %4,3'ünün lise, %7,1'inin lisans / lisansüstü mezunu olduğu tespit edilmiştir. Genç hastalar ile geriatrik hastalar arasında eğitim durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=24,982$; $p<0,05$). Genç hastaların lise ve lisans / lisansüstü mezunu oranlarının geriatrik hastalara göre daha yüksek; ilkokul ve ortaokul mezunu oranlarının ise geriatrik hastalara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Genç hastaların %28,6'sının; geriatrik hastaların %2,9'unun çalıştığı belirlenmiştir. Genç hastalar ile geriatrik hastalar arasında çalışma oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=17,473$ $p<0,05$). Genç hastaların çalışma oranlarının geriatrik hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.1.2. Genç ve Geriatrik Hastaların Tıbbi Bilgilerine İlişkin Özellikler

	Genç Hasta (N=70)		Geriatrik Hasta (N=70)		X^2	p
	N (%)	% (Sütun)	N (%)	% (Sütun)		
Tanı						
Akciğer Kanseri	12 (8,6)	17,1	20 (14,3)	28,6		
Kolon Kanseri	13 (9,3)	18,6	18 (12,9)	25,7		
Meme Kanseri	30(21,4)	42,9	16 (11,4)	22,9		
Mide Kanseri	6 (4,3)	8,6	3 (2,1)	4,3	21,067	**0,007***
Prostat Kanseri	0	0	4 (2,9)	5,7		
Rektum Kanseri	2 (1,4)	2,9	6 (4,3)	8,6		
Testis Kanseri	5 (3,6)	7,1	0	0		
Uterus Kanseri	2 (1,4)	2,8	3 (2,1)	4,3		
Metastaz						
Var	18(12,9)	25,7	15 (10,7)	21,4	0,357	0,550
Yok	52(37,1)	74,3	55 (39,3)	78,6		
Metastaz Yeri						
Mide	2 (1,4)	2,9	5 (3,6)	7,1		
Akciğer	2 (1,4)	2,9	5 (3,6)	7,1		
Beyin	1 (0,7)	1,4	1 (0,7)	1,4		
Karaciğer	4 (2,9)	5,7	1 (0,7)	1,4	-	-
Lenf	3 (2,1)	4,3	1 (0,7)	1,4		
Pankreas	1 (0,7)	1,4	2 (1,4)	2,9		
Kemik	2 (1,4)	2,9	2 (1,4)	2,8		
Kolon	3 (2,1)	4,3	1 (0,7)	1,4		
Ek Hastalık						
Var	21(15,0)	30,0	42 (30,0)	60,0	12,727	**0,000***
Yok	49(35,0)	70,0	28 (20,0)	40,0		
Ek Hastalıklar						
Hipertansiyon	12 (8,6)	17,1	35 (25,0)	50,0		
Diyabet	12 (8,6)	17,1	19 (13,6)	27,1		
Kronik Böbrek Yetersizliği	1 (0,7)	1,4	0	0	-	-
Hipertiroidi	1 (0,7)	1,4	0	0		
Kalp Hastalığı	0	0	1 (0,7)	1,4		
KOAH	5 (3,6)	7,1	4 (2,9)	5,7		
Alınan Tedavi						
Kemoterapi	37 (26,6)	53,6	38 (27,3)	54,3		
Kemoterapi + Radyoterapi	8 (5,8)	11,6	11 (7,9)	15,7	1,655	0,647
Kemoterapi + Cerrahi	15 (10,8)	21,7	16 (11,5)	22,9		
Kemoterapi + Radyoterapi + Cerrahi	9 (6,5)	13,0	5 (3,6)	7,1		
Kür Sayısı						
4 Altı	26(18,7)	37,7	20 (14,4)	28,6	2,176	0,337
4 - 8	29(20,9)	42,0	29 (20,9)	41,4		

8 Üstü	14(10,1)	20,3	21 (15,1)	30,0		
Etkileyen Semptom						
Bulantı - Kusma	34(24,3)	48,6	27 (19,3)	38,6		
Ağrı	21(15,0)	30,0	24 (17,1)	34,3		
Ateş	3 (2,1)	4,3	1 (0,7)	1,4		
Yorgunluk	33(23,6)	47,1	38 (27,1)	54,3		
İshal	12 (8,6)	17,1	12 (8,6)	17,1		
Kabızlık	17(12,1)	24,3	13 (9,3)	18,6		
Ağız Yarası	6 (4,3)	8,6	6 (4,3)	8,6	-	-
Saç Dökülmesi	21(15,0)	30,0	15 (10,7)	21,4		
İştah / Kilo Kaybı	20(14,3)	28,6	19 (13,6)	27,1		
Enfeksiyon	1 (0,7)	1,4	2 (1,4)	2,9		
Solunum Sıkıntısı	3 (2,1)	4,3	5 (3,6)	7,1		
Psikolojik Sorunları	8 (5,7)	11,4	10 (7,1)	14,3		
Cinsel Sorunlar	2 (1,4)	2,9	0	0		
Diğer	19(13,6)	27,1	15 (10,7)	21,4		
Toplam	**70(50,0)**	**100**	**70 (50,0)**	**100**		

*Ki-Kare Testi, *p<0,05*

Genç ve geriatrik hastaların tıbbi bilgileri Tablo 4.1.2.' de değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre; genç hastaların %17,1'inin akciğer kanseri, %18,6'sının kolon kanseri, %42,9'unun meme kanseri, %8,6'sının mide kanseri, %2,9'unun rektum kanseri, %7,1'inin testis kanseri ve %2,8'sinin Uterus kanseri tanısı aldığı belirlenmiştir. Geriatrik hastaların %28,6'sının akciğer kanseri, %25,7'sinin kolon kanseri, %22,9'unun meme kanseri, %4,3'ünün mide kanseri, %5,7'sinin prostat kanseri, %8,6'sının rektum kanseri ve %4,3'ünün Uterus kanseri tanısı aldığı saptanmıştır. Genç hastalar ile geriatrik hastalar arasında aldıkları tanıların dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (X^2=21,067; p<0,05). Genç hastaların meme kanseri ve mide kanseri tanı oranlarının geriatrik hastalara göre daha yüksek; akciğer kanseri, kolon kanseri, rektum kanseri ve uterus kanseri oranlarının geriatrik hastalara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Genç hastaların %25,7'sinde, geriatrik hastaların ise %21,4'ünde metastaz geliştiği belirlenmiştir. Genç hastalar ile geriatrik hastalar arasında metastaz gelişme oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Genç hastaların %2,9'unda mide, %2,9'unda akciğer, %1,4'ünde beyin, %5,7'sinde karaciğer, %4,3'ünd lenf, %1,4'ünde pankreas, %2,9'unda kemik, %4,3'ünde kolon metastazı geliştiği saptanmıştır. Geriatrik hastaların %7,1'inde mide, %7,1'inde

akciğer, %1,4'ünde beyin, %1,4'ünde karaciğer, %1,4'ünde lenf, %2,9'unda pankreas, %1,4'ünde kolon metastazı geliştiği belirlenmiştir.

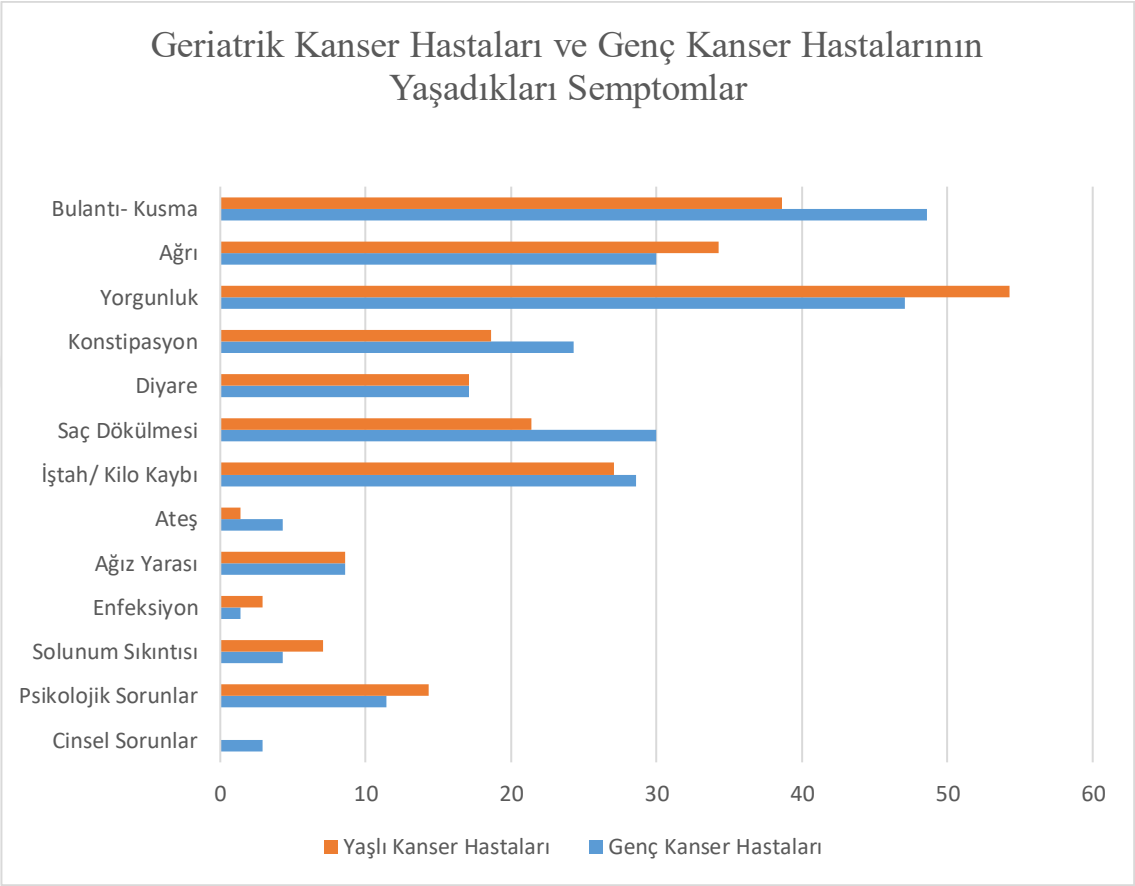
Genç hastaların %30'unda, geriatrik hastaların ise %60'ında ek hastalık olduğu belirlenmiştir. Genç hastalar ile geriatrik hastalar arasında ek hastalık bulunma oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (X^2=12,727; p<0,05). Genç hastaların ek hastalık bulunma oranlarının geriatrik hastalara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Genç hastaların %17,1'inde hipertansiyon, %17,1'inde diyabet, %1,4'ünde kronik böbrek yetersizliği, %1,4'ünde hipertiroidi ve %7,1'inde KOAH olduğu belirlenmiştir. Geriatrik hastaların %50'sinde hipertansiyon, %27,1'inde diyabet, %1,4'ünde kalp hastalığı ve %5,7'sinde KOAH olduğu saptanmıştır.

Genç hastaların %53,6'sının kemoterapi, %11,6'sının kemoterapi + radyoterapi, %21,7'sinin kemoterapi + cerrahi tedavi ve %13'ünün kemoterapi + radyoterapi + cerrahi tedavi aldığı belirlenmiştir. Geriatrik hastaların %54,3'ünün kemoterapi, %15,7'sinin kemoterapi + radyoterapi, %22,9'unun kemoterapi + cerrahi tedavi ve %7,1'inin kemoterapi + radyoterapi + cerrahi tedavi aldığı saptanmıştır. Genç hastalar ile geriatrik hastalar arasında aldıkları tedavi oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Genç hastaların %37,7'sinin 4 kürün altında kemoterapi, %42'sinin 4 – 8 kür kemoterapi ve %20,3'ünün 8 kürün üstünde kemoterapi aldığı saptanmıştır. Geriatrik hastaların %28,6'sının 4 kürün altında kemoterapi, %41,4'ünün 4 – 8 kür kemoterapi ve %30'unun 8 kürün üstünde kemoterapi aldığı belirlenmiştir. Genç hastalar ile geriatrik hastalar arasında aldıkları kemoterapi kür sayısı oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Genç hastaların %48,6'sının bulantı-kusma, %47,1'inin yorgunluk, %30'unun ağrı, %30'unun saç dökülmesi, %28,6'sının iştah / kilo kaybı, %24,3'ünün kabızlık, %17,1'inin ishal, %11,4'ünün psikolojik sorunlar, %8,6'sının ağız yarası, %4,3'ünün ateş, %4,3'ünün solunum sıkıntısı, %2,9'unun cinsel sorunlar ve %1,4'ünün enfeksiyondan etkilendiği belirlenmiştir. Geriatrik hastaların %54,3'ünün yorgunluk, %38,6'sının bulantı-kusma, %34,3'ünün ağrı, %27,1'inin iştah / kilo kaybı, %21,4'ünün saç dökülmesi, %18,6'sının kabızlık, %17,1'inin ishal, %14,3'ünün

psikolojik sorunlar, %8,6'sının ağız yarası, %7,1'inin solunum sıkıntısı, %2,9'unun enfeksiyon ve %1,4'ünün ateşten etkilendiği bulunmuştur.



Şekil 4.1. Geriatrik Kanser Hastaları ve Genç Kanser Hastalarının Yaşadıkları Semptomlar

4.2. Genç ve Yaşlı Kanser Hastalarının Semptomlarına İlişkin Tablolar

Tablo 4.2.1. Genç ve Geriatrik Hastaların Rotterdam Semptom Kontrol Listesi ve Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları

	Genç Hasta (N=70)		Geriatrik Hasta (N=70)		t/Z	p
	X ± SS	M (Min -Max)	X ± SS	M (Min - Max)		
Rotterdam Semptom Kontrol Listesi						
Fiziksel Semptomlar	17,13 ± 10,22	14,0 (1 - 47)	17,26 ± 11,15	15,0 (2 - 57)	Z=-0,136	0,892
Psikolojik Semptomlar	6,39 ± 5,56	5,0 (0 - 25)	4,47 ± 5,04	3,0 (0 - 21)	Z=-2,494	**0,013***
Günlük Yaşam Aktivitesi	7,21 ± 4,96	7,0 (0 - 20)	11,97 ± 4,98	11,0 (3 - 24)	Z=-4,973	**0,000***
RRM Yaşam Kalitesi Ölçeği						
Genel İyilik	27,13 ± 4,43	27,0 (18 - 35)	24,31 ± 5,39	24,0 (13 - 34)	t=3,374	**0,001***
Fiziksel Semptom ve Aktivite	27,57 ± 5,20	28,0 (15 - 39)	24,00 ± 4,99	24,0 (11 - 34)	t=4,145	**0,000***
Uyku Bozukluğu	10,54 ± 4,12	11,5 (3 - 15)	11,80 ± 3,76	13,0 (3 - 15)	Z=-2,011	**0,044***
İştah	7,61 ± 2,27	8,0 (2 - 10)	7,37 ± 2,16	8,0 (3 - 10)	Z=-0,845	0,398
Seksüel Bozukluk	12,13 ± 4,98	12,0 (4 - 20)	11,44 ± 4,30	12,0 (4 - 20)	Z=-0,829	0,407
Algılama Fonksiyonu	21,34 ± 4,63	22,0 (11 - 30)	22,31 ± 8,35	22,0 (7 - 79)	Z=-0,583	0,560
Tıbbi Etkileşim	12,57 ± 2,50	13,0 (6 - 18)	11,87 ± 2,99	12,0 (4 - 16)	Z=-1,101	0,271
Sosyal İlişkiler ve İş Performansı	24,73 ± 4,60	24,5 (14 - 36)	21,54 ± 4,05	21,0 (14 - 30)	Z=-4,010	**0,000***
RRM Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam	143,63 ± 21,04	144,5 (96 - 185)	134,66 ± 24,98	135,0 (70 - 195)	t=2,298	**0,023***

*RRM: Rolls Royce Modeli, t: Bağımsız Örneklem t Testi, Z: Mann Whitney U Testi, *p<0,05*

Genç ve geriatrik hastaların Rotterdam Semptom Kontrol Listesi ve Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları Tablo 4.2.1.'de değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre; Rotterdam Semptom Kontrol Listesi'nin Psikolojik Semptomlar alt boyutu puanlarının ortalaması genç hastalarda 6,39 ± 5,56, geriatrik hastalarda 4,47 ± 5,04 olarak belirlenmiştir. Genç hastalar ile geriatrik hastalar arasında Psikolojik Semptomlar alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Z=-2,494; p<0,05). Genç hastaların Psikolojik Semptomlar

alt boyutu puanlarının geriatrik hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Rotterdam Semptom Kontrol Listesi'nin Günlük Yaşam Aktivitesi alt boyutu puanlarının ortalaması genç hastalarda 7,21 ± 4,96, geriatrik hastalarda 11,97 ± 4,98 olarak belirlenmiştir. Genç hastalar ile geriatrik hastalar arasında Günlük Yaşam Aktivitesi alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Z=-4,973; p<0,05). Genç hastaların Günlük Yaşam Aktivitesi alt boyutu puanlarının geriatrik hastalara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Genel İyilik alt boyutu puanlarının ortalaması genç hastalarda 27,13 ± 4,43, geriatrik hastalarda 24,31 ± 5,39 olarak belirlenmiştir. Genç hastalar ile geriatrik hastalar arasında Genel İyilik alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (t=3,374; p<0,05). Genç hastaların Genel İyilik alt boyutu puanlarının geriatrik hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Fiziksel Semptom ve Aktivite alt boyutu puanlarının ortalaması genç hastalarda 27,57 ± 5,20, geriatrik hastalarda 24,00 ± 4,99 olarak belirlenmiştir. Genç hastalar ile geriatrik hastalar arasında Fiziksel Semptom ve Aktivite alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (t=4,145; p<0,05). Genç hastaların Fiziksel Semptom ve Aktivite alt boyutu puanlarının geriatrik hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Uyku Bozukluğu alt boyutu puanlarının ortalaması genç hastalarda 10,54 ± 4,12, geriatrik hastalarda 11,80 ± 3,76 olarak belirlenmiştir. Genç hastalar ile geriatrik hastalar arasında Uyku Bozukluğu alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Z=-2,011; p<0,05). Genç hastaların Uyku Bozukluğu alt boyutu puanlarının geriatrik hastalara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Sosyal İlişkiler ve İş Performansı alt boyutu puanlarının ortalaması genç hastalarda 24,73 ± 4,60, geriatrik hastalarda 21,54 ± 4,05 olarak belirlenmiştir. Genç hastalar ile geriatrik hastalar arasında Sosyal İlişkiler ve İş Performansı alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Z=-4,010; p<0,05). Genç hastaların Sosyal İlişkiler ve İş Performansı alt boyutu puanlarının geriatrik hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin toplam puanlarının ortalaması genç hastalarda 143,63 ± 21,04, geriatrik hastalarda 134,66 ± 24,98 olarak belirlenmiştir. Genç hastalar ile geriatrik hastalar arasında Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (t=2,298; p<0,05). Genç hastaların Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanlarının geriatrik hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2.2. Genç ve Geriatrik Hastaların Cinsiyetlerine Göre Rotterdam Semptom Kontrol Listesi ve Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları

		Cinsiyet	Genç Hasta (N=70)		Geriatrik Hasta (N=70)		t/Z	p
			X ± SS	M (Min - Max)	X ± SS	M (Min - Max)		
Rotterdam Semptom Kontrol Listesi	Fiziksel Semptomlar	Kadın	18,83 ± 10,89	17,0 (1 - 44)	21,47 ± 12,56	19,0 (5 - 57)	-0,921	0,360
		Erkek	15,43 ± 9,34	13,0 (4 - 47)	13,71 ± 8,44	12,5 (2 - 43)	Z=-0,824	0,410
			Z=-1,340 / p=0,180		Z=-3,022 / **p=0,003***			
	Psikolojik Semptomlar	Kadın	7,09 ± 5,37	6,0 (0 - 18)	5,75 ± 5,43	5,0 (0 - 21)	Z=-1,177	0,239
		Erkek	5,69 ± 5,73	4,0 (0 - 25)	3,39 ± 4,48	1,5 (0 - 17)	Z=-2,379	**0,017***
			Z=-1,338 / p=0,181		Z=-2,260 / **p=0,024***			
	Günlük Yaşam Aktivitesi	Kadın	8,23 ± 4,69	8,0 (0 - 19)	14,06 ± 5,04	16,0 (4 - 24)	Z=-4,162	**0,000***
		Erkek	6,20 ± 5,07	5,0 (0 - 20)	10,21 ± 4,24	10,0 (3 - 20)	t=-3,673	**0,000***
			t=1,737 / p=0,087		Z=-3,205 / **p=0,001***			
RRM Yaşam Kalitesi Ölçeği	Genel İyilik	Kadın	26,63 ± 4,50	27,0 (18 - 35)	22,50 ± 4,72	23,0 (13 - 32)	t=3,666	**0,000***
		Erkek	27,63 ± 4,37	27,0 (19 - 34)	25,84 ± 5,50	26,5 (15 - 34)	Z=-1,417	0,156
			t=-0,943 / p=0,349		Z=-2,404 / **p=0,016***			
	Fiziksel Semptom ve Aktivite	Kadın	26,49 ± 5,34	27,0 (15 - 37)	22,25 ± 4,23	22,5 (11 - 29)	t=-3,576	**0,001***
		Erkek	28,66 ± 4,89	28,0 (19 - 39)	25,47 ± 5,16	26,0 (15 - 34)	Z=-2,429	**0,015***
			t=-1,773 / p=0,081		Z=-2,595 / **p=0,009***			
	Uyku Bozukluğu	Kadın	10,17 ± 4,45	11,0 (3 - 15)	10,53 ± 4,16	11,0 (3 - 15)	Z=-0,388	0,698
		Erkek	10,91 ± 3,79	12,0 (4 - 15)	12,87 ± 3,04	15,0 (5 - 15)	Z=-2,404	**0,016***
			Z=-0,742 / p=0,458		Z=-2,441 / **p=0,015***			
	İştah	Kadın	8,00 ± 2,04	9,0 (2 - 10)	7,09 ± 2,05	7,0 (3 - 10)	Z=-1,937	0,053
		Erkek	7,23 ± 2,45	7,0 (2 - 10)	7,61 ± 2,25	8,0 (3 - 10)	Z=-0,538	0,590
			Z=-1,242 / p=214		Z=-1,212 / p=0,225			
	Seksüel Bozukluk	Kadın	11,57 ± 5,46	11,0 (4 - 20)	10,19 ± 4,13	10,0 (4 - 20)	Z=-1,008	0,313
		Erkek	12,69 ± 4,46	12,0 (4 - 20)	12,50 ± 4,20	12,0 (4 - 20)	t=-0,183	0,855
			Z=-0,785 / p=0,432		t=-2,313 / **p=0,024***			
	Algılama Fonksiyonu	Kadın	20,20 ± 4,60	19,0 (11 - 30)	20,06 ± 4,75	21,0 (7 - 27)	Z=-0,290	0,772
		Erkek	22,49 ± 4,43	22,0 (12 - 30)	24,21 ± 10,15	24,0 (13 - 79)	Z=-0,498	0,618
			Z=-2,149 / **0,032***		Z=-2,406 / **p=0,016***			
	Tıbbi Etkileşim	Kadın	12,17 ± 2,58	12,0 (8 - 18)	11,09 ± 3,09	11,0 (4 - 16)	t=-1,551	0,125
		Erkek	12,97 ± 2,38	13,0 (6 - 18)	12,53 ± 2,77	13,0 (6 - 16)	Z=-0,446	0,655
			Z=-1,605 / p=0,109		Z=-2,004 / **p=0,045***			

Sosyal İlişkiler Ve İş Performansı	Kadın	24,03 ± 4,38	23,0 (15 - 36)	20,72 ± 3,59	20,5 (14 - 27)	t=-3,368	**0,001***
	Erkek	25,43 ± 4,77	25,0 (14 - 35)	22,24 ± 4,32	22,5 (14 - 30)	t=-3,001	**0,004***
		t=-1,280 / p=0,205		t=-1,581 / p=0,119			
RRM Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam	Kadın	139,26 ± 22,10	139,0 (96 – 185)	124,44 ± 21,16	127,5 (70 – 170)	t=2,798	**0,007***
	Erkek	148,00 ± 19,26	149,0(106 – 179)	143,26 ± 24,94	143,0 (87 – 195)	t=0,903	0,370
		t=-1,765 / p=0,082		t=-3,369 / **p=0,001***			

*RRM: Rolls Royce Modeli, t: Bağımsız Örneklem t Testi, Z: Mann Whitney U Testi, *p<0,05*

Genç ve Geriatrik hastaların cinsiyetlerine göre Rotterdam Semptom Kontrol Listesi ve Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları Tablo 4.2.2.' de değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre; genç hastaların genç hastaların Rotterdam Semptom Kontrol Listesi'nin Psikolojik Semptomlar alt boyutu puanlarının ortalamasının kadınlarda 7,09 ± 5,37, erkeklerde 5,69 ± 5,73; geriatrik hastaların Psikolojik Semptomlar alt boyutu puanlarının ortalamasının kadınlarda 5,75 ± 5,43, erkeklerde 3,39 ± 4,48 olarak belirlenmiştir. Geriatrik kadın hastalar ile geriatrik erkek hastalar arasında Psikolojik Semptomlar alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Z=-2,260; p<0,05). Geriatrik kadın hastaların Psikolojik Semptomlar alt boyutu puanlarının geriatrik erkek hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Genç erkek hastalar ile geriatrik erkek hastalar arasında Psikolojik Semptomlar alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Z=-2,379; p<0,05). Genç erkek hastaların Psikolojik Semptomlar alt boyutu puanlarının geriatrik erkek hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Genç hastaların Rotterdam Semptom Kontrol Listesi'nin Günlük Yaşam Aktivitesi alt boyutu puanlarının ortalamasının kadınlarda 8,23 ± 4,69, erkeklerde 6,20 ± 5,07; geriatrik hastaların Günlük Yaşam Aktivitesi alt boyutu puanlarının ortalamasının kadınlarda 14,06 ± 5,04, erkeklerde 10,21 ± 4,24 olarak belirlenmiştir. Genç kadın hastalar ile geriatrik kadın hastalar arasında Günlük Yaşam Aktivitesi alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Z=-4,162; p<0,05). Genç kadın hastaların Günlük Yaşam Aktivitesi alt boyutu puanlarının geriatrik kadın hastalara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Genç erkek hastalar ile geriatrik erkek hastalar arasında Günlük Yaşam Aktivitesi alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (t=-3,673; p<0,05). Genç erkek hastaların Günlük Yaşam Aktivitesi alt boyutu puanlarının geriatrik erkek hastalara

göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Geriatrik kadın hastalar ile geriatrik erkek hastalar arasında Günlük Yaşam Aktivitesi alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Z=-3,205; p<0,05). Geriatrik kadın hastaların Günlük Yaşam Aktivitesi alt boyutu puanlarının geriatrik erkek hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Genç hastaların Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Genel İyilik alt boyutu puanlarının ortalamasının kadınlarda 26,63 ± 4,50, erkeklerde 27,63 ± 4,37; geriatrik hastaların Genel İyilik alt boyutu puanlarının ortalamasının kadınlarda 22,50 ± 4,72, erkeklerde 25,84 ± 5,50 olarak belirlenmiştir. Genç kadın hastalar ile geriatrik kadın hastalar arasında Genel İyilik alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (t=3,666; p<0,05). Genç kadın hastaların Genel İyilik alt boyutu puanlarının geriatrik kadın hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Geriatrik kadın hastalar ile geriatrik erkek hastalar arasında Genel İyilik alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Z=-2,404; p<0,05). Geriatrik kadın hastaların Genel İyilik alt boyutu puanlarının geriatrik erkek hastalara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Genç hastaların Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Fiziksel Semptom ve Aktivite alt boyutu puanlarının ortalamasının kadınlarda 26,49 ± 5,34, erkeklerde 28,66 ± 4,89; geriatrik hastaların Fiziksel Semptom ve Aktivite alt boyutu puanlarının ortalamasının kadınlarda 22,25 ± 4,23, erkeklerde 25,47 ± 5,16 olarak belirlenmiştir. Genç kadın hastalar ile geriatrik kadın hastalar arasında Fiziksel Semptom ve Aktivite alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (t=3,576; p<0,05). Genç kadın hastaların Fiziksel Semptom ve Aktivite alt boyutu puanlarının geriatrik kadın hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Genç erkek hastalar ile geriatrik erkek hastalar arasında Fiziksel Semptom ve Aktivite alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Z=-2,429; p<0,05). Genç erkek hastaların Fiziksel Semptom ve Aktivite alt boyutu puanlarının geriatrik erkek hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Geriatrik kadın hastalar ile geriatrik erkek hastalar arasında Fiziksel Semptom ve Aktivite alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Z=-2,595;

p<0,05). Geriatrik kadın hastaların Fiziksel Semptom ve Aktivite alt boyutu puanlarının geriatrik erkek hastalara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Genç hastaların Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Uyku Bozukluğu alt boyutu puanlarının ortalamasının kadınlarda 10,17 ± 4,45, erkeklerde 10,91 ± 3,79; geriatrik hastaların Uyku Bozukluğu alt boyutu puanlarının ortalamasının kadınlarda 10,53 ± 4,16, erkeklerde 12,87 ± 3,04 olarak belirlenmiştir. Genç erkek hastalar ile geriatrik erkek hastalar arasında Uyku Bozukluğu alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Z=-2,404; p<0,05). Genç erkek hastaların Uyku Bozukluğu alt boyutu puanlarının geriatrik erkek hastalara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Geriatrik kadın hastalar ile geriatrik erkek hastalar arasında Uyku Bozukluğu alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Z=-2,441; p<0,05). Geriatrik kadın hastaların Uyku Bozukluğu alt boyutu puanlarının geriatrik erkek hastalara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Genç hastaların Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Seksüel Bozukluk alt boyutu puanlarının ortalamasının kadınlarda 11,57 ± 5,46, erkeklerde 12,69 ± 4,46; geriatrik hastaların Seksüel Bozukluk alt boyutu puanlarının ortalamasının kadınlarda 10,19 ± 4,13, erkeklerde 12,50 ± 4,20 olarak belirlenmiştir. Geriatrik kadın hastalar ile geriatrik erkek hastalar arasında Seksüel Bozukluk alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (t=-2,313; p<0,05). Geriatrik kadın hastaların Seksüel Bozukluk alt boyutu puanlarının geriatrik erkek hastalara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Genç hastaların Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Algılama Fonksiyonu alt boyutu puanlarının ortalamasının kadınlarda 20,20 ± 4,60, erkeklerde 22,49 ± 4,43; geriatrik hastaların Algılama Fonksiyonu alt boyutu puanlarının ortalamasının kadınlarda 20,06 ± 4,75, erkeklerde 24,21 ± 10,15 olarak belirlenmiştir. Genç kadın hastalar ile genç erkek hastalar arasında Algılama Fonksiyonu alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Z=-2,149; p<0,05). Genç kadın hastaların Algılama Fonksiyonu alt boyutu puanlarının genç erkek hastalara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Geriatrik kadın hastalar ile geriatrik erkek hastalar arasında Algılama Fonksiyonu alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı

fark bulunmuştur (Z=-2,406; p<0,05). Geriatrik kadın hastaların Algılama Fonksiyonu alt boyutu puanlarının geriatrik erkek hastalara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Genç hastaların Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Tıbbi Etkileşim alt boyutu puanlarının ortalamasının kadınlarda 12,17 ± 2,58, erkeklerde 12,97 ± 2,38; geriatrik hastaların Tıbbi Etkileşim alt boyutu puanlarının ortalamasının kadınlarda 11,09 ± 3,09, erkeklerde 12,53 ± 2,77 olarak belirlenmiştir. Geriatrik kadın hastalar ile geriatrik erkek hastalar arasında Tıbbi Etkileşim alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Z=-2,004; p<0,05). Geriatrik kadın hastaların Tıbbi Etkileşim alt boyutu puanlarının geriatrik erkek hastalara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Genç hastaların Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Sosyal İlişkiler ve İş Performansı alt boyutu puanlarının ortalamasının kadınlarda 24,03 ± 4,38, erkeklerde 25,43 ± 4,77; geriatrik hastaların Sosyal İlişkiler ve İş Performansı alt boyutu puanlarının ortalamasının kadınlarda 20,72 ± 3,59, erkeklerde 22,24 ± 4,32 olarak belirlenmiştir. Genç kadın hastalar ile geriatrik kadın hastalar arasında Sosyal İlişkiler ve İş Performansı alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (t=-3,368; p<0,05). Genç kadın hastaların Sosyal İlişkiler ve İş Performansı alt boyutu puanlarının geriatrik kadın hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Genç erkek hastalar ile geriatrik erkek hastalar arasında Sosyal İlişkiler ve İş Performansı alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (t=-3,001; p<0,05). Genç erkek hastaların Sosyal İlişkiler ve İş Performansı alt boyutu puanlarının geriatrik erkek hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Genç hastaların Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanlarının ortalamasının kadınlarda 139,26 ± 22,10, erkeklerde 148,00 ± 19,26; geriatrik hastaların Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanlarının ortalamasının kadınlarda 124,44 ± 21,16, erkeklerde 143,26 ± 24,94 olarak belirlenmiştir. Genç kadın hastalar ile geriatrik kadın hastalar arasında Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (t=2,798; p<0,05). Genç kadın hastaların Rolls Royce Modeli Yaşam

Kalitesi Ölçeği toplam puanlarının geriatrik kadın hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Geriatrik kadın hastalar ile geriatrik erkek hastalar arasında Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (t=0,903; p<0,05). Geriatrik kadın hastaların Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanlarının geriatrik erkek hastalara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.2.3. Genç ve Geriatrik Hastaların Kanser Tipine Göre Rotterdam Semptom Kontrol Listesi ve Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları

		Tanı	Genç Hasta (N=70)		Geriatrik Hasta (N=70)		Z	p
			X ± SS	M (Min - Max)	X ± SS	M (Min - Max)		
Rotterdam Semptom Kontrol Listesi	Fiziksel Semptomlar	Akciğer Kanseri (1)	17,17 ± 9,75	15,0 (5 - 37)	22,00 ± 16,17	18,0 (2 - 57)	-0,604	0,546
		Kolon Kanseri (2)	17,69 ± 10,94	13,0 (5 - 47)	16,11 ± 6,84	17,5 (5 - 29)	-0,161	0,872
		Meme Kanseri (3)	17,33 ± 11,00	14,5 (1 - 44)	14,81 ± 7,43	13,0 (5 - 29)	-0,624	0,532
		Mide Kanseri (4)	11,00 ± 4,34	11,5 (4 - 17)	20,33 ± 9,24	15,0 (15 - 31)	-1,815	0,070
		Prostat Kanseri (5)	-	-	19,00 ± 16,15	12,5 (8 - 43)	-	-
		Rektum Kanseri (6)	25,50 ± 16,26	25,5 (14 - 37)	10,50 ± 3,62	10,0 (6 - 16)	-1,667	0,096
		Testis Kanseri (7)	15,60 ± 7,33	11,0 (10 - 27)	-	-	-	-
		Uterus Kanseri (8)	15,00 ± 0,00	15,0 (15 - 15)	13,67 ± 4,51	14,0 (9 - 18)	-0,447	0,655
			KW=3,637 / p=0,726		KW=5,755 / p=0,451			
	Psikolojik Semptomlar	Akciğer Kanseri (1)	5,67 ± 6,54	5,0 (0 - 25)	5,90 ± 7,00	3,0 (0 - 21)	-0,454	0,649
		Kolon Kanseri (2)	4,15 ± 4,52	4,0 (0 - 17)	3,61 ± 3,70	3,0 (0 - 11)	-0,245	0,807
		Meme Kanseri (3)	7,10 ± 5,09	6,5 (0 - 18)	4,75 ± 3,82	4,0 (0 - 14)	-1,482	0,138
		Mide Kanseri (4)	3,00 ± 0,89	3,0 (2 - 4)	3,67 ± 6,35	0 (0 - 11)	-0,788	0,431
		Prostat Kanseri (5)	-	-	5,25 ± 6,08	3,5 (0 - 14)	-	-
		Rektum Kanseri (6)	7,50 ± 10,61	7,5 (0 - 15)	0,50 ± 1,22	0 (0 - 3)	-1,091	0,275
		Testis Kanseri (7)	10,00 ± 6,44	9,0 (1 - 18)	-	-	-	-
		Uterus Kanseri (8)	11,00 ± 0,00	11,0 (11 - 11)	6,33 ± 2,08	7,0 (4 - 8)	-1,342	0,180
			KW=0,618 / p=0,142		KW=9,551 / p=0,145			
	Günlük Yaşam Aktivitesi	Akciğer Kanseri (1)	9,50 ± 4,48	9,0 (3 - 20)	13,95 ± 4,33	14,0 (7 - 24)	-2,762	**0,006***
		Kolon Kanseri (2)	6,38 ± 4,87	5,0 (0 - 15)	11,56 ± 5,59	10,5 (3 - 20)	-2,530	**0,011***
		Meme Kanseri (3)	7,93 ± 4,88	7,0 (0 - 19)	12,62 ± 4,88	12,0 (4 - 21)	-2,718	**0,007***
		Mide Kanseri (4)	5,17 ± 5,56	4,5 (0 - 15)	7,33 ± 1,53	7,0 (6 - 9)	-1,172	0,241
		Prostat Kanseri (5)	-	-	12,00 ± 3,16	11,5 (9 - 16)	-	-
		Rektum Kanseri (6)	2,00 ± 2,83	2,0 (0 - 4)	7,83 ± 4,22	8,5 (3 - 13)	-1,341	0,180
		Testis Kanseri (7)	3,80 ± 5,22	0 (0 - 10)	-	-	-	-
		Uterus Kanseri (8)	9,00 ± 0,00	9,0 (9 - 9)	10,67 ± 6,43	8,0 (6 - 18)	-0,447	0,655
			KW=8,915 / p=0,178		KW=10,354 / 0,111			
RRM Yaşam Kalitesi Ölçeği	Genel İyilik	Akciğer Kanseri (1)	26,50 ± 4,78	26,0 (21 - 34)	22,20 ± 5,22	21,5 (13 - 32)	-2,324	**0,020***
		Kolon Kanseri (2)	27,00 ± 4,81	27,0 (18 - 33)	24,11 ± 5,99	23,5 (14 - 34)	-1,323	0,186
		Meme Kanseri (3)	27,57 ± 4,43	27,5 (19 - 35)	25,44 ± 4,82	26,0 (13 - 34)	-1,400	0,162
		Mide Kanseri (4)	29,50 ± 2,88	28,5 (27 - 34)	27,33 ± 5,51	30,0 (21 - 31)	-0,259	0,795
		Prostat Kanseri (5)	-	-	20,50 ± 1,73	21,0 (18 - 22)	-	-
		Rektum Kanseri (6)	20,50 ± 2,12	20,5 (19 - 22)	30,17 ± 2,56	30,0 (27 - 33)	-2,012	**0,044***
		Testis Kanseri (7)	27,20 ± 3,90	30,0 (22 - 30)	-	-	-	-
		Uterus Kanseri (8)	26,00 ± 0,00	26,0 (26 - 26)	24,00 ± 3,61	25,0 (20 - 27)	-0,447	0,655
			KW=6,259 / p=0,395		KW=15,168 / **p=0,019*** 1<6 [a]			
	Fiziksel Semptom ve Aktivite	Akciğer Kanseri (1)	27,58 ± 5,05	28,5 (19 - 35)	22,15 ± 5,03	20,5 (11 - 32)	-2,583	**0,010***
		Kolon Kanseri (2)	27,77 ± 4,53	26,0 (22 - 35)	24,56 ± 5,33	24,0 (15 - 34)	-1,708	0,088
		Meme Kanseri (3)	27,50 ± 5,43	28,0 (15 - 37)	24,12 ± 4,32	24,0 (14 - 31)	-2,208	**0,027***
		Mide Kanseri (4)	28,33 ± 5,09	26,5 (24 - 36)	27,00 ± 5,29	29,0 (21 - 31)	-0,259	0,795
		Prostat Kanseri (5)	-	-	20,50 ± 4,20	20,5 (16 - 25)	-	-

	Rektum Kanseri (6)	25,00 ± 4,24	25,0 (22 - 28)	29,17 ± 1,72	29,0 (27 - 32)	-1,518	0,129
	Testis Kanseri (7)	30,80 ± 5,89	28,0 (26 - 39)	-	-	-	-
	Uterus Kanseri (8)	19,00 ± 0,00	19,0 (19 - 19)	23,67 ± 4,51	24,0 (19 - 28)	-0,943	0,346
		KW=4,458 / p=0,615		KW=13,305 / **p=0,038*** 1<6 [a]			
Uyku Bozukluğu	Akciğer Kanseri (1)	10,75 ± 3,86	11,5 (5 - 15)	9,75 ± 4,33	10,0 (3 - 15)	-0,634	0,526
	Kolon Kanseri (2)	10,23 ± 4,51	11,0 (3 - 15)	11,83 ± 4,02	14,0 (3 - 15)	-0,909	0,363
	Meme Kanseri (3)	10,63 ± 4,25	11,5 (3 - 15)	12,56 ± 2,85	13,5 (7 - 15)	-1,503	0,133
	Mide Kanseri (4)	12,17 ± 3,82	13,5 (5 - 15)	13,33 ± 2,89	15,0 (10 - 15)	-0,539	0,590
	Prostat Kanseri (5)	-	-	13,50 ± 3,00	15,0 (9 - 15)	-	-
	Rektum Kanseri (6)	5,50 ± 2,12	5,5 (4 - 7)	13,83 ± 1,83	15,0 (11 - 15)	-2,131	**0,033***
	Testis Kanseri (7)	11,00 ± 3,08	13,0 (6 - 13)	-	-	-	-
	Uterus Kanseri (8)	14,00 ± 0,00	14,0 (14 - 14)	13,33 ± 2,89	15,0 (10 - 15)	-0,471	0,637
		KW=4,121 / p=0,660		KW=9,185 / p=0,163			
İştah	Akciğer Kanseri (1)	7,42 ± 3,09	9,0 (2 - 10)	6,95 ± 1,93	6,0 (4 - 10)	-0,910	0,363
	Kolon Kanseri (2)	7,23 ± 2,28	7,0 (4 - 10)	7,50 ± 2,04	8,0 (3 - 10)	-0,224	0,823
	Meme Kanseri (3)	8,13 ± 1,93	9,0 (2 - 10)	7,81 ± 2,34	8,5 (3 - 10)	-0,248	0,804
	Mide Kanseri (4)	8,67 ± 1,03	9,0 (7 - 10)	7,00 ± 1,73	6,0 (6 - 9)	-1,490	0,136
	Prostat Kanseri (5)	-	-	6,25 ± 2,22	7,0 (3 - 8)	-	-
	Rektum Kanseri (6)	5,50 ± 2,12	5,5 (4 - 7)	8,67 ± 2,80	10,0 (3 - 10)	-1,421	0,155
	Testis Kanseri (7)	5,60 ± 1,82	5,0 (4 - 8)	-	-	-	-
	Uterus Kanseri (8)	5,00 ± 0,00	5,0 (5 - 5)	6,33 ± 2,52	6,0 (4 - 9)	-0,447	0,655
		KW=9,959 / p=0,126		KW=7,225 / p=0,301			
Seksüel Bozukluk	Akciğer Kanseri (1)	12,58 ± 3,99	12,0 (8 - 20)	12,25 ± 3,04	12,0 (7 - 20)	-0,119	0,906
	Kolon Kanseri (2)	11,54 ± 4,98	11,0 (4 - 20)	11,83 ± 4,51	13,0 (5 - 20)	-0,181	0,857
	Meme Kanseri (3)	11,73 ± 5,41	11,0 (4 - 20)	10,56 ± 5,01	11,0 (4 - 20)	-0,671	0,502
	Mide Kanseri (4)	14,67 ± 5,61	16,0 (4 - 20)	11,33 ± 5,03	12,0 (6 - 16)	-1,050	0,294
	Prostat Kanseri (5)	-	-	9,25 ± 2,06	9,5 (7 - 11)	-	-
	Rektum Kanseri (6)	14,00 ± 2,83	14,0 (12 - 16)	13,67 ± 5,24	14,0 (5 - 20)	-0,172	0,864
	Testis Kanseri (7)	12,00 ± 4,69	14,0 (4 - 16)	-	-	-	-
	Uterus Kanseri (8)	16,00 ± 0,00	16,0 (16 - 16)	7,00 ± 4,36	5,0 (4 - 12)	-1,342	0,180
		KW=3,170 / p=0,787		KW=7,718 / p=0,259			
Algılama Fonksiyonu	Akciğer Kanseri (1)	22,67 ± 4,19	22,0 (16 - 30)	23,25 ± 14,18	20,5 (7 - 79)	-0,878	0,380
	Kolon Kanseri (2)	23,15 ± 3,44	22,0 (17 - 29)	21,83 ± 4,08	23,5 (13 - 26)	-0,503	0,615
	Meme Kanseri (3)	20,60 ± 4,58	19,5 (13 - 30)	21,19 ± 4,48	22,0 (9 - 27)	-0,729	0,466
	Mide Kanseri (4)	23,50 ± 3,27	23,5 (18 - 28)	22,33 ± 6,43	25,0 (15 - 27)	-0,130	0,896
	Prostat Kanseri (5)	-	-	19,75 ± 1,71	19,5 (18 - 22)	-	-
	Rektum Kanseri (6)	20,00 ± 9,90	20,0 (13 - 27)	27,50 ± 1,97	28,5 (25 - 29)	-1,375	0,169
	Testis Kanseri (7)	18,60 ± 5,46	20,0 (12 - 25)	-	-	-	-
	Uterus Kanseri (8)	18,00 ± 0,00	18,0 (18 - 18)	18,00 ± 2,65	19,0 (15 - 20)	-0,447	0,655
		KW=7,135 / p=0,309		KW=14,874 / **p=0,021*** 5<6 [a]			
Tıbbi Etkileşim	Akciğer Kanseri (1)	12,83 ± 2,82	13,5 (8 - 18)	10,90 ± 2,81	11,0 (6 - 16)	-1,762	0,078
	Kolon Kanseri (2)	13,31 ± 1,44	13,0 (11 - 15)	11,94 ± 2,67	12,0 (7 - 16)	-1,486	0,137
	Meme Kanseri (3)	12,57 ± 2,73	13,0 (8 - 18)	12,38 ± 3,42	13,5 (4 - 16)	-0,151	0,880
	Mide Kanseri (4)	13,00 ± 2,00	13,0 (11 - 16)	11,33 ± 4,62	14,0 (6 - 14)	-0,271	0,786
	Prostat Kanseri (5)	-	-	10,75 ± 2,63	11,0 (8 - 13)	-	-
	Rektum Kanseri (6)	9,50 ± 4,95	9,5 (6 - 13)	15,00 ± 1,26	15,5 (13 - 16)	-1,890	0,059
	Testis Kanseri (7)	11,60 ± 1,82	11,0 (10 - 14)	-	-	-	-
	Uterus Kanseri (8)	12,00 ± 0,00	12,0 (12 - 12)	11,00 ± 2,00	11,0 (9 - 13)	-0,447	0,655
		KW=3,967 / p=0,681		KW=12,241 / p=0,057			
Sosyal İlişkiler ve İş Performansı	Akciğer Kanseri (1)	25,17 ± 4,51	25,0 (19 - 34)	21,55 ± 4,52	20,5 (14 - 28)	-1,880	0,060
	Kolon Kanseri (2)	24,85 ± 5,67	24,0 (14 - 35)	21,33 ± 4,43	20,5 (15 - 30)	-1,870	0,062
	Meme Kanseri (3)	24,40 ± 4,26	23,0 (17 - 36)	20,94 ± 3,30	21,5 (15 - 27)	-2,531	**0,011***
	Mide Kanseri (4)	25,17 ± 3,19	25,0 (20 - 29)	22,33 ± 4,73	24,0 (17 - 26)	-0,911	0,362
	Prostat Kanseri (5)	-	-	19,25 ± 2,06	19,5 (17 - 21)	-	-
	Rektum Kanseri (6)	22,00 ± 5,66	22,0 (18 - 26)	25,50 ± 3,27	25,0 (22 - 30)	-1,006	0,314
	Testis Kanseri (7)	27,40 ± 4,51	28,0 (21 - 32)	-	-	-	-
	Uterus Kanseri (8)	27,00 ± 0,00	27,0 (27 - 27)	20,33 ± 1,53	20,0 (19 - 22)	-1,342	0,180
		KW=3,563 / p=0,736		KW=8,075 / p=0,233			
RRM Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam	Akciğer Kanseri (1)	145,50 ± 21,94	144,5(114-177)	129,00 ± 28,07	129,0(70-195)	-1,890	0,058
	Kolon Kanseri (2)	145,08 ± 20,09	151,0(109-172)	134,94 ± 24,44	132,5(87-180)	-1,321	0,186
	Meme Kanseri (3)	143,13 ± 21,68	144,0(102-185)	135,00 ± 22,20	138,0(75-170)	-1,004	0,316
	Mide Kanseri (4)	155,00 ± 15,53	152,0(140-179)	142,00 ± 34,64	162,0(102-162)	-0,260	0,795

Prostat Kanseri (5)	-	-	119,75 ± 8,30	11,5(113-131)	-	-
Rektum Kanseri (6)	122,00 ± 22,63	122,0(106-138)	163,50 ± 11,48	162,0(152-177)	-2,000	**0,046***
Testis Kanseri (7)	144,20 ± 15,51	145,0(125-166)	-	-	-	-
Uterus Kanseri (8)	137,00 ± 0,00	137,0(137-137)	123,67 ± 10,50	124,0(113-134)	-1,342	0,180
	KW=4,086 / p=0,665		KW=13,688 / **p=0,033*** 5<6 [a]			

*RRM: Rolls Royce Modeli, Z: Mann Whitney U Testi, KW: Kruskal Wallis H Testi, *p<0,05, a: Bonferroni Posthoc Testi*

Genç ve Geriatrik hastaların tanılarına göre Rotterdam Semptom Kontrol Listesi ve Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları Tablo 4.2.3.' de değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre; genç hastaların Rotterdam Semptom Kontrol Listesi'nin Günlük Yaşam Aktivitesi alt boyutu puanlarının ortalamasının akciğer kanseri tanısı alanlarda 9,50 ± 4,48, kolon kanseri tanısı alanlarda 6,38 ± 4,87, meme kanseri tanısı alanlarda 7,93 ± 4,88, mide kanseri tanısı alanlarda 5,17 ± 5,56, rektum kanseri tanısı alanlarda 2,00 ± 2,83, testis kanseri tanısı alanlarda 3,80 ± 5,22 ve uterus kanseri tanısı alanlarda 9,00 ± 0,00; geriatrik hastaların Günlük Yaşam Aktivitesi alt boyutu puanlarının ortalamasının akciğer kanseri tanısı alanlarda 13,95 ± 4,33, kolon kanseri tanısı alanlarda 11,56 ± 5,59, meme kanseri tanısı alanlarda 12,62 ± 4,88, mide kanseri tanısı alanlarda 7,33 ± 1,53, prostat kanseri tanısı alanlarda 12,00 ± 3,16, rektum kanseri tanısı alanlarda 7,83 ± 4,22 ve uterus kanseri tanısı alanlarda 10,67 ± 6,43 olarak belirlenmiştir. Akciğer kanseri tanısı almış genç hastalar ile geriatrik hastalar arasında Günlük Yaşam Aktivitesi alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Z=-2,762; p<0,05). Akciğer kanseri tanısı almış olan genç hastaların Günlük Yaşam Aktivitesi alt boyutu puanlarının akciğer kanseri tanısı almış olan geriatrik hastalara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Kolon kanseri tanısı almış genç hastalar ile geriatrik hastalar arasında Günlük Yaşam Aktivitesi alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Z=-2,530; p<0,05). Kolon kanseri tanısı almış olan genç hastaların Günlük Yaşam Aktivitesi alt boyutu puanlarının kolon kanseri tanısı almış olan geriatrik hastalara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Meme kanseri tanısı almış genç hastalar ile geriatrik hastalar arasında Günlük Yaşam Aktivitesi alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Z=-2,718; p<0,05). Meme kanseri tanısı almış olan genç hastaların Günlük Yaşam Aktivitesi alt boyutu

puanlarının meme kanseri tanısı almış olan geriatrik hastalara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Genç hastaların Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Genel İyilik alt boyutu puanlarının ortalamasının akciğer kanseri tanısı alanlarda 26,50 ± 4,78, kolon kanseri tanısı alanlarda 27,00 ± 4,81, meme kanseri tanısı alanlarda 27,57 ± 4,43, mide kanseri tanısı alanlarda 29,50 ± 2,88, rektum kanseri tanısı alanlarda 20,50 ± 2,12, testis kanseri tanısı alanlarda 27,20 ± 3,90 ve uterus kanseri tanısı alanlarda 26,00 ± 0,00; geriatrik hastaların Genel İyilik alt boyutu puanlarının ortalamasının akciğer kanseri tanısı alanlarda 22,20 ± 5,22, kolon kanseri tanısı alanlarda 24,11 ± 5,99, meme kanseri tanısı alanlarda 25,44 ± 4,82, mide kanseri tanısı alanlarda 27,33 ± 5,51, prostat kanseri tanısı alanlarda 20,50 ± 1,73, rektum kanseri tanısı alanlarda 30,17 ± 2,56 ve uterus kanseri tanısı alanlarda 24,00 ± 3,61 olarak belirlenmiştir. Akciğer kanseri tanısı almış genç hastalar ile geriatrik hastalar arasında Genel İyilik alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($Z=-2,324$; $p<0,05$). Akciğer kanseri tanısı almış olan genç hastaların Genel İyilik alt boyutu puanlarının akciğer kanseri tanısı almış olan geriatrik hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Rektum kanseri tanısı almış genç hastalar ile geriatrik hastalar arasında Genel İyilik alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($Z=-2,012$; $p<0,05$). Rektum kanseri tanısı almış olan genç hastaların Genel İyilik alt boyutu puanlarının rektum kanseri tanısı almış olan geriatrik hastalara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Geriatrik hastaların aldıkları tanıya göre Genel İyilik alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($KW=15,168$; $p<0,05$). Uygulanan Posthoc test sonuçlarına göre; akciğer kanseri tanısı almış olan geriatrik hastaların Genel İyilik alt boyutu puanlarının rektum kanseri tanısı almış olan geriatrik hastalara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Genç hastaların Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Fiziksel Semptom ve Aktivite alt boyutu puanlarının ortalamasının akciğer kanseri tanısı alanlarda 27,58 ± 5,05, kolon kanseri tanısı alanlarda 27,77 ± 4,53, meme kanseri tanısı alanlarda 27,50 ± 5,43, mide kanseri tanısı alanlarda 28,33 ± 5,09, rektum kanseri tanısı alanlarda 25,00 ± 4,24, testis kanseri tanısı alanlarda 30,80 ± 5,89 ve uterus kanseri tanısı alanlarda 19,00 ± 0,00; geriatrik hastaların Fiziksel Semptom ve Aktivite

alt boyutu puanlarının ortalamasının akciğer kanseri tanısı alanlarda 22,15 ± 5,03, kolon kanseri tanısı alanlarda 24,56 ± 5,33, meme kanseri tanısı alanlarda 24,12 ± 4,32, mide kanseri tanısı alanlarda 27,00 ± 5,29, prostat kanseri tanısı alanlarda 20,50 ± 4,20, rektum kanseri tanısı alanlarda 29,17 ± 1,72 ve uterus kanseri tanısı alanlarda 23,67 ± 4,51 olarak belirlenmiştir. Akciğer kanseri tanısı almış genç hastalar ile geriatrik hastalar arasında Fiziksel Semptom ve Aktivite alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($Z=-2,583$; $p<0,05$). Akciğer kanseri tanısı almış olan genç hastaların Fiziksel Semptom ve Aktivite alt boyutu puanlarının akciğer kanseri tanısı almış olan geriatrik hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Meme kanseri tanısı almış genç hastalar ile geriatrik hastalar arasında Fiziksel Semptom ve Aktivite alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($Z=-2,208$; $p<0,05$). Meme kanseri tanısı almış olan genç hastaların Fiziksel Semptom ve Aktivite alt boyutu puanlarının meme kanseri tanısı almış olan geriatrik hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Geriatrik hastaların aldıkları tanıya göre Fiziksel Semptom ve Aktivite alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($KW=13,305$; $p<0,05$). Uygulanan Posthoc test sonuçlarına göre; akciğer kanseri tanısı almış olan geriatrik hastaların Fiziksel Semptom ve Aktivite alt boyutu puanlarının rektum kanseri tanısı almış olan geriatrik hastalara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Genç hastaların Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Uyku Bozukluğu alt boyutu puanlarının ortalamasının akciğer kanseri tanısı alanlarda 10,75 ± 3,86, kolon kanseri tanısı alanlarda 10,23 ± 4,51, meme kanseri tanısı alanlarda 10,63 ± 4,25, mide kanseri tanısı alanlarda 12,17 ± 3,82, rektum kanseri tanısı alanlarda 5,50 ± 2,12, testis kanseri tanısı alanlarda 11,00 ± 3,08 ve uterus kanseri tanısı alanlarda 14,00 ± 0,00; geriatrik hastaların Uyku Bozukluğu alt boyutu puanlarının ortalamasının akciğer kanseri tanısı alanlarda 9,75 ± 4,33, kolon kanseri tanısı alanlarda 11,83 ± 4,02, meme kanseri tanısı alanlarda 12,56 ± 2,85, mide kanseri tanısı alanlarda 13,33 ± 2,89, prostat kanseri tanısı alanlarda 13,50 ± 3,00, rektum kanseri tanısı alanlarda 13,83 ± 1,83 ve uterus kanseri tanısı alanlarda 13,33 ± 2,89 olarak belirlenmiştir. Rektum kanseri tanısı almış genç hastalar ile geriatrik hastalar arasında Uyku Bozukluğu alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($Z=-2,131$; $p<0,05$). Rektum kanseri tanısı almış olan genç hastaların

Uyku Bozukluğu alt boyutu puanlarının rektum kanseri tanısı almış olan geriatrik hastalara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Genç hastaların Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Algılama Fonksiyonu alt boyutu puanlarının ortalamasının akciğer kanseri tanısı alanlarda 22,67 ± 4,19, kolon kanseri tanısı alanlarda 23,15 ± 3,44, meme kanseri tanısı alanlarda 20,60 ± 4,58, mide kanseri tanısı alanlarda 23,50 ± 3,27, rektum kanseri tanısı alanlarda 20,00 ± 9,90, testis kanseri tanısı alanlarda 18,60 ± 5,46 ve uterus kanseri tanısı alanlarda 18,00 ± 0,00; geriatrik hastaların Algılama Fonksiyonu alt boyutu puanlarının ortalamasının akciğer kanseri tanısı alanlarda 23,25 ± 14,18, kolon kanseri tanısı alanlarda 21,83 ± 4,08, meme kanseri tanısı alanlarda 21,19 ± 4,48, mide kanseri tanısı alanlarda 22,33 ± 6,43, prostat kanseri tanısı alanlarda 19,75 ± 1,71, rektum kanseri tanısı alanlarda 27,50 ± 1,97 ve uterus kanseri tanısı alanlarda 18,00 ± 2,65 olarak belirlenmiştir. Geriatrik hastaların aldıkları tanıya göre Algılama Fonksiyonu alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($KW=14,874$; $p<0,05$). Uygulanan Posthoc test sonuçlarına göre; prostat kanseri tanısı almış olan geriatrik hastaların Algılama Fonksiyonu alt boyutu puanlarının rektum kanseri tanısı almış olan geriatrik hastalara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Genç hastaların Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Sosyal İlişkiler ve İş Performansı alt boyutu puanlarının ortalamasının akciğer kanseri tanısı alanlarda 25,17 ± 4,51, kolon kanseri tanısı alanlarda 24,85 ± 5,67, meme kanseri tanısı alanlarda 24,40 ± 4,26, mide kanseri tanısı alanlarda 25,17 ± 3,19, rektum kanseri tanısı alanlarda 22,00 ± 5,66, testis kanseri tanısı alanlarda 27,40 ± 4,51 ve uterus kanseri tanısı alanlarda 27,00 ± 0,00; geriatrik hastaların Sosyal İlişkiler ve İş Performansı alt boyutu puanlarının ortalamasının akciğer kanseri tanısı alanlarda 21,55 ± 4,52, kolon kanseri tanısı alanlarda 21,33 ± 4,43, meme kanseri tanısı alanlarda 20,94 ± 3,30, mide kanseri tanısı alanlarda 22,33 ± 4,73, prostat kanseri tanısı alanlarda 19,25 ± 2,06, rektum kanseri tanısı alanlarda 25,50 ± 3,27 ve uterus kanseri tanısı alanlarda 20,33 ± 1,53 olarak belirlenmiştir. Meme kanseri tanısı almış genç hastalar ile geriatrik hastalar arasında Sosyal İlişkiler ve İş Performansı alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($Z=-2,531$; $p<0,05$). Meme kanseri tanısı almış olan

genç hastaların Sosyal İlişkiler ve İş Performansı alt boyutu puanlarının meme kanseri tanısı almış olan geriatrik hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Genç hastaların Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanlarının ortalamasının akciğer kanseri tanısı alanlarda 145,50 ± 21,94, kolon kanseri tanısı alanlarda 145,08 ± 20,09, meme kanseri tanısı alanlarda 143,13 ± 21,68, mide kanseri tanısı alanlarda 155,00 ± 15,53, rektum kanseri tanısı alanlarda 122,00 ± 22,63, testis kanseri tanısı alanlarda 144,20 ± 15,51 ve uterus kanseri tanısı alanlarda 137,00 ± 0,00; geriatrik hastaların Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanlarının ortalamasının akciğer kanseri tanısı alanlarda 129,00 ± 28,07, kolon kanseri tanısı alanlarda 134,94 ± 24,44, meme kanseri tanısı alanlarda 135,00 ± 22,20, mide kanseri tanısı alanlarda 142,00 ± 34,64, prostat kanseri tanısı alanlarda 119,75 ± 8,30, rektum kanseri tanısı alanlarda 163,50 ± 11,48 ve uterus kanseri tanısı alanlarda 123,67 ± 10,50 olarak belirlenmiştir. Rektum kanseri tanısı almış genç hastalar ile geriatrik hastalar arasında Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($Z=-2,000$; $p<0,05$). Rektum kanseri tanısı almış olan genç hastaların Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanlarının rektum kanseri tanısı almış olan geriatrik hastalara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Geriatrik hastaların aldıkları tanıya göre Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($KW=13,688$; $p<0,05$). Uygulanan Posthoc test sonuçlarına göre; prostat kanseri tanısı almış olan geriatrik hastaların Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanlarının rektum kanseri tanısı almış olan geriatrik hastalara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.2.4. Genç ve Geriatrik Hastaların Aldıkları Tedavilere Göre Rotterdam Semptom Kontrol Listesi ve Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları

		Alınan Tedavi	Genç Hasta (N=70)		Geriatrik Hasta (N=70)		t/Z	p
			X ± SS	M (Min - Max)	X ± SS	M (Min - Max)		
Rotterdam Semptom Kontrol Listesi	Fiziksel Semptomlar	Kemoterapi (1)	15,59 ± 10,85	13,0 (1 - 44)	18,95 ± 11,31	15,5 (5 - 55)	Z=-1,618	0,106
		Kemoterapi + Radyoterapi (2)	23,13 ± 9,31	19,5 (13 - 39)	16,09 ± 16,69	12,0 (2 - 57)	Z=-1,984	**0,047***
		Kemoterapi + Cerrahi (3)	17,20 ± 10,21	15,0 (5 - 47)	14,75 ± 7,10	13,0 (5 - 29)	t=0,780	0,442
		Kemoterapi + Radyoterapi + Cerrahi (4)	16,22 ± 5,76	14,0 (8 - 26)	15,00 ± 3,39	14,0 (11 - 19)	t=0,430	0,675
			KW=6,002 / p=0,112		KW=3,120 / p=0,374			
	Psikolojik Semptomlar	Kemoterapi (1)	6,65 ± 6,39	5,0 (0 - 25)	5,00 ± 5,30	3,5 (0 - 21)	Z=1,154	0,248
		Kemoterapi + Radyoterapi (2)	5,12 ± 3,36	4,5 (1 - 11)	3,82 ± 6,26	0 (0 - 17)	Z=1,638	0,101
		Kemoterapi + Cerrahi (3)	6,67 ± 4,61	5,0 (2 - 17)	4,31 ± 4,08	4,0 (0 - 14)	t=1,509	0,142
		Kemoterapi + Radyoterapi + Cerrahi (4)	4,67 ± 3,67	3,0 (0 - 10)	2,40 ± 3,05	1,0 (0 - 7)	t=1,168	0,265
			KW=1,165 / p=0,761		KW=2,376 / p=0,498			
	Günlük Yaşam Aktivitesi	Kemoterapi (1)	6,65 ± 4,38	8,0 (0 - 15)	12,11 ± 5,04	12,0 (3 - 23)	Z=4,172	**0,000***
		Kemoterapi + Radyoterapi (2)	9,38 ± 6,30	7,5 (0 - 20)	12,55 ± 5,15	13,0 (7 - 24)	t=-1,208	0,244
		Kemoterapi + Cerrahi (3)	7,67 ± 5,58	7,0 (0 - 19)	11,81 ± 5,00	10,0 (4 - 21)	t=-2,183	**0,037***
		Kemoterapi + Radyoterapi + Cerrahi (4)	6,89 ± 5,46	5,0 (0 - 18)	10,20 ± 5,26	10,0 (3 - 17)	t=-1,100	0,293
			KW=1,356 / p=0,716		KW=0,519 / p=0,915			
RRM Yaşam Kalitesi Ölçeği	Genel İyilik	Kemoterapi (1)	27,62 ± 4,56	28,0 (18 - 35)	22,87 ± 5,00	22,0 (14 - 34)	Z=3,859	**0,000***
		Kemoterapi + Radyoterapi (2)	24,88 ± 3,60	25,5 (21 - 30)	26,64 ± 6,71	29,0 (13 - 34)	t=-0,672	0,0511
		Kemoterapi + Cerrahi (3)	28,73 ± 3,99	28,0 (22 - 34)	26,00 ± 4,93	26,0 (13 - 34)	t=1,691	0,102
		Kemoterapi + Radyoterapi + Cerrahi (4)	24,89 ± 4,23	24,0 (20 - 32)	24,80 ± 4,49	23,0 (21 - 31)	t=0,037	0,971
			F=2,393 / p=0,076		KW=7,474 / p=0,058			
	Fiziksel Semptom ve Aktivite	Kemoterapi (1)	28,24 ± 5,61	28,0 (15 - 39)	23,47 ± 4,65	23,0 (15 - 34)	t=4,010	**0,000***
		Kemoterapi + Radyoterapi (2)	23,25 ± 3,20	23,5 (19 - 28)	24,18 ± 7,00	25,0 (11 - 32)	t=-0,349	0,731
		Kemoterapi + Cerrahi (3)	29,33 ± 4,19	28,0 (22 - 36)	24,56 ± 4,62	24,5 (14 - 31)	t=3,007	**0,005***
		Kemoterapi + Radyoterapi + Cerrahi (4)	26,56 ± 4,13	27,0 (20 - 33)	25,80 ± 4,32	26,0 (21 - 31)	t=0,323	0,752
			F=3,017 / **p=0,036*** 2<4 [a]		F=0,420 / p=0,740			
	Uyku Bozukluğu	Kemoterapi (1)	10,78 ± 3,89	11,0 (4 - 15)	12,16 ± 3,62	15,0 (3 - 15)	Z=1,728	0,084
		Kemoterapi + Radyoterapi (2)	10,50 ± 5,50	13,5 (3 - 15)	11,73 ± 4,24	15,0 (4 - 15)	Z=0,743	0,457
		Kemoterapi + Cerrahi (3)	11,00 ± 3,48	12,0 (4 - 15)	10,75 ± 3,92	11,0 (3 - 15)	Z=0,261	0,794
		Kemoterapi + Radyoterapi + Cerrahi (4)	9,56 ± 4,85	11,0 (3 - 15)	12,60 ± 3,58	15,0 (7 - 15)	Z=1,298	0,194
			KW=0,585 / p=0,900		KW=2,057 / p=0,561			
	İştah	Kemoterapi (1)	7,51 ± 2,24	8,0 (2 - 10)	6,68 ± 2,11	6,0 (3 - 10)	Z=1,811	0,070
		Kemoterapi + Radyoterapi (2)	7,38 ± 2,92	8,5 (3 - 10)	8,00 ± 2,19	9,0 (5 - 10)	Z=0,602	0,547
		Kemoterapi + Cerrahi (3)	7,87 ± 2,13	8,0 (4 - 10)	8,31 ± 1,54	9,0 (5 - 10)	Z=0,364	0,716
		Kemoterapi + Radyoterapi + Cerrahi (4)	7,56 ± 2,35	8,0 (2 - 10)	8,20 ± 2,95	9,0 (3 - 10)	Z=1,170	0,242
			KW=0,324 / p=0,956		KW=9,035 / **p=0,029*** 1<3 [a]			

Seksüel Bozukluk	Kemoterapi (1)	12,78 ± 4,81	12,0 (4 - 20)	11,24 ± 4,53	12,0 (4 - 20)	Z=1,416	0,157
	Kemoterapi + Radyoterapi (2)	9,25 ± 4,46	9,0 (4 - 16)	12,55 ± 2,73	12,0 (7 - 16)	t=-1,998	0,062
	Kemoterapi + Cerrahi (3)	11,87 ± 5,29	10,0 (4 - 20)	10,81 ± 4,74	11,0 (4 - 17)	t=0,585	0,563
	Kemoterapi + Radyoterapi + Cerrahi (4)	13,33 ± 4,82	16,0 (4 - 20)	12,60 ± 4,34	12,0 (9 - 20)	Z=0,475	0,635
		KW=3,899 / p=0,273		KW=1,389 / p=0,708			
Algılama Fonksiyonu	Kemoterapi (1)	21,30 ± 4,24	21,0 (13 - 30)	21,08 ± 4,36	21,5 (13 - 29)	t=0,220	0,827
	Kemoterapi + Radyoterapi (2)	19,13 ± 5,57	18,5 (12 - 26)	27,55 ± 18,06	25,0 (7 - 79)	Z=1,454	0,146
	Kemoterapi + Cerrahi (3)	22,33 ± 5,12	22,0 (13 - 30)	21,38 ± 5,08	23,0 (9 - 26)	t=0,523	0,605
	Kemoterapi + Radyoterapi + Cerrahi (4)	23,00 ± 2,78	23,0 (18 - 27)	23,20 ± 4,49	24,0 (17 - 29)	t=-0,104	0,919
		F=1,295 / p=0,284		KW=3,332 / p=0,343			
Tıbbi Etkileşim	Kemoterapi (1)	12,57 ± 2,47	13,0 (6 - 18)	11,21 ± 2,87	11,5 (6 - 16)	Z=1,932	0,053
	Kemoterapi + Radyoterapi (2)	12,00 ± 1,51	12,0 (10 - 14)	12,64 ± 3,04	14,0 (7 - 16)	t=-0,542	0,595
	Kemoterapi + Cerrahi (3)	13,47 ± 2,83	13,0 (9 - 18)	12,69 ± 3,16	12,0 (4 - 16)	t=0,722	0,476
	Kemoterapi + Radyoterapi + Cerrahi (4)	12,00 ± 2,60	13,0 (8 - 15)	12,60 ± 2,88	12,0 (9 - 16)	t=-0,399	0,697
		KW=2,397 / p=0,494		KW=4,850 / p=0,183			
Sosyal İlişkiler ve İş Performansı	Kemoterapi (1)	25,81 ± 4,40	26,0 (17 - 36)	21,13 ± 4,02	21,0 (14 - 30)	Z=4,161	**0,000***
	Kemoterapi + Radyoterapi (2)	21,63 ± 2,92	20,0 (20 - 28)	22,55 ± 4,95	25,0 (14 - 30)	Z=0,126	0,900
	Kemoterapi + Cerrahi (3)	24,40 ± 4,22	24,0 (14 - 29)	21,75 ± 3,77	22,0 (15 - 27)	t=1,846	0,075
	Kemoterapi + Radyoterapi + Cerrahi (4)	24,67 ± 5,41	23,0 (18 - 34)	21,80 ± 3,70	22,0 (17 - 27)	t=1,048	0,315
		KW=6,954 / p=0,073		F=0,366 / p=0,777			
RRM Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam	Kemoterapi (1)	146,62 ± 20,32	147,0(106-178)	129,84 ± 22,45	131,0(87-180)	t=3,391	**0,001***
	Kemoterapi + Radyoterapi (2)	128,00 ± 15,63	133,0(102-149)	145,82 ± 34,59	162,0(70-195)	t=1,352	0,194
	Kemoterapi + Cerrahi (3)	149,00 ± 21,98	151,0(109-185)	136,25 ± 22,80	141,0(75-164)	t=1,583	0,124
	Kemoterapi + Radyoterapi + Cerrahi (4)	141,56 ± 16,55	138,0(122-164)	141,60 ± 22,90	138,0(117-177)	t=0,004	0,997
		F=2,312 / p=0,084		F=1,375 / p=0,258			

*RRM: Rolls Royce Modeli, t: Bağımsız Örneklem t Testi, Z: Mann Whitney U Testi, F: Tek Yönlü Varyans Analizi, KW: Kruskal Wallis H Testi, *p<0,05, a: Bonferroni Posthoc Testi*

Genç ve Geriatrik hastaların aldıkları tedavilere göre Rotterdam Semptom Kontrol Listesi ve Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları Tablo 4.2.4.'de değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre; genç hastaların Rotterdam Semptom Kontrol Listesi'nin Fiziksel Semptomlar alt boyutu puanlarının ortalamasının kemoterapi alanlarda 15,59 ± 10,85, kemoterapi + radyoterapi alanlarda 23,13 ± 9,31, kemoterapi + cerrahi tedavi alanlarda 17,20 ± 10,21 ve kemoterapi + radyoterapi + cerrahi tedavi alanlarda 16,22 ± 5,76; geriatrik hastaların Fiziksel Semptomlar alt boyutu puanlarının ortalamasının kemoterapi alanlarda 18,95 ± 11,31, kemoterapi + radyoterapi alanlarda 16,09 ± 16,69, kemoterapi + cerrahi tedavi alanlarda 14,75 ± 7,10 ve kemoterapi + radyoterapi + cerrahi tedavi alanlarda 15,00 ± 3,39 olarak belirlenmiştir. Kemoterapi + radyoterapi alan genç hastalar ile kemoterapi +

radyoterapi alan geriatrik hastalar arasında Fiziksel Semptomlar alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Z=-1,984; p<0,05). Kemoterapi + radyoterapi alan genç hastaların Fiziksel Semptomlar alt boyutu puanlarının kemoterapi + radyoterapi alan geriatrik hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Genç hastaların Rotterdam Semptom Kontrol Listesi'nin Günlük Yaşam Aktivitesi alt boyutu puanlarının ortalamasının kemoterapi alanlarda 6,65 ± 4,38, kemoterapi + radyoterapi alanlarda 9,38 ± 6,30, kemoterapi + cerrahi tedavi alanlarda 7,67 ± 5,58 ve kemoterapi + radyoterapi + cerrahi tedavi alanlarda 6,89 ± 5,46; geriatrik hastaların Günlük Yaşam Aktivitesi alt boyutu puanlarının ortalamasının kemoterapi alanlarda 12,11 ± 5,04, kemoterapi + radyoterapi alanlarda 12,55 ± 5,15, kemoterapi + cerrahi tedavi alanlarda 11,81 ± 5,00 ve kemoterapi + radyoterapi + cerrahi tedavi alanlarda 10,20 ± 5,26 olarak belirlenmiştir. Kemoterapi alan genç hastalar ile kemoterapi alan geriatrik hastalar arasında Günlük Yaşam Aktivitesi alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Z=-4,172; p<0,05). Kemoterapi alan genç hastaların Günlük Yaşam Aktivitesi alt boyutu puanlarının kemoterapi alan geriatrik hastalara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Kemoterapi + cerrahi tedavi alan genç hastalar ile kemoterapi + cerrahi tedavi alan geriatrik hastalar arasında Günlük Yaşam Aktivitesi alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Z=-2,183; p<0,05). Kemoterapi + cerrahi tedavi alan genç hastaların Günlük Yaşam Aktivitesi alt boyutu puanlarının kemoterapi + cerrahi tedavi alan geriatrik hastalara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Genç hastaların Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Genel İyilik alt boyutu puanlarının ortalamasının kemoterapi alanlarda 27,62 ± 4,56, kemoterapi + radyoterapi alanlarda 24,88 ± 3,60, kemoterapi + cerrahi tedavi alanlarda 28,73 ± 3,99 ve kemoterapi + radyoterapi + cerrahi tedavi alanlarda 24,89 ± 4,23; geriatrik hastaların Genel İyilik alt boyutu puanlarının ortalamasının kemoterapi alanlarda 22,87 ± 5,00, kemoterapi + radyoterapi alanlarda 26,64 ± 6,71, kemoterapi + cerrahi tedavi alanlarda 26,00 ± 4,93 ve kemoterapi + radyoterapi + cerrahi tedavi alanlarda 24,80 ± 4,49 olarak belirlenmiştir. Kemoterapi alan genç hastalar ile kemoterapi alan

geriatrik hastalar arasında Genel İyilik alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Z=-3,859; p<0,05). Kemoterapi alan genç hastaların Genel İyilik alt boyutu puanlarının kemoterapi alan geriatrik hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Genç hastaların Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Fiziksel Semptom ve Aktivite alt boyutu puanlarının ortalamasının kemoterapi alanlarda 28,24 ± 5,61, kemoterapi + radyoterapi alanlarda 23,25 ± 3,20, kemoterapi + cerrahi tedavi alanlarda 29,33 ± 4,19 ve kemoterapi + radyoterapi + cerrahi tedavi alanlarda 26,56 ± 4,13; geriatrik hastaların Fiziksel Semptom ve Aktivite alt boyutu puanlarının ortalamasının kemoterapi alanlarda 23,47 ± 4,65, kemoterapi + radyoterapi alanlarda 24,18 ± 7,00, kemoterapi + cerrahi tedavi alanlarda 24,56 ± 4,62 ve kemoterapi + radyoterapi + cerrahi tedavi alanlarda 25,80 ± 4,32 olarak belirlenmiştir. Kemoterapi alan genç hastalar ile kemoterapi alan geriatrik hastalar arasında Fiziksel Semptom ve Aktivite alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (t=4,010; p<0,05). Kemoterapi alan genç hastaların Fiziksel Semptom ve Aktivite alt boyutu puanlarının kemoterapi alan geriatrik hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kemoterapi + cerrahi tedavi alan genç hastalar ile kemoterapi + cerrahi tedavi alan geriatrik hastalar arasında Fiziksel Semptom ve Aktivite alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (t=3,007; p<0,05). Kemoterapi + cerrahi tedavi alan genç hastaların Fiziksel Semptom ve Aktivite alt boyutu puanlarının kemoterapi + cerrahi tedavi alan geriatrik hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Genç hastaların aldıkları tedavilere Fiziksel Semptom ve Aktivite alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (F=3,017; p<0,05). Uygulanan Posthoc test sonuçlarına göre; kemoterapi + radyoterapi alan genç hastaların Fiziksel Semptom ve Aktivite alt boyutu puanlarının kemoterapi + radyoterapi + cerrahi tedavi alan genç hastalara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Genç hastaların Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin İştah alt boyutu puanlarının ortalamasının kemoterapi alanlarda 7,51 ± 2,24, kemoterapi + radyoterapi alanlarda 7,38 ± 2,92, kemoterapi + cerrahi tedavi alanlarda 7,87 ± 2,13 ve kemoterapi + radyoterapi + cerrahi tedavi alanlarda 7,56 ± 2,35; geriatrik hastaların

İştah alt boyutu puanlarının ortalamasının kemoterapi alanlarda 6,68 ± 2,11, kemoterapi + radyoterapi alanlarda 8,00 ± 2,19, kemoterapi + cerrahi tedavi alanlarda 8,31 ± 1,54 ve kemoterapi + radyoterapi + cerrahi tedavi alanlarda 8,20 ± 2,95 olarak belirlenmiştir. Geriatrik hastaların aldıkları tedavilere İştah alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (KW=9,035; p<0,05). Uygulanan Posthoc test sonuçlarına göre; kemoterapi alan geriatrik hastaların İştah alt boyutu puanlarının kemoterapi + cerrahi tedavi alan geriatrik hastalara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.

Genç hastaların Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Sosyal İlişkiler ve İş Performansı alt boyutu puanlarının ortalamasının kemoterapi alanlarda 25,81 ± 4,40, kemoterapi + radyoterapi alanlarda 21,63 ± 2,92, kemoterapi + cerrahi tedavi alanlarda 24,40 ± 4,22 ve kemoterapi + radyoterapi + cerrahi tedavi alanlarda 24,67 ± 5,41; geriatrik hastaların Sosyal İlişkiler ve İş Performansı alt boyutu puanlarının ortalamasının kemoterapi alanlarda 21,13 ± 4,02, kemoterapi + radyoterapi alanlarda 22,55 ± 4,95, kemoterapi + cerrahi tedavi alanlarda 21,75 ± 3,77 ve kemoterapi + radyoterapi + cerrahi tedavi alanlarda 21,80 ± 3,70 olarak belirlenmiştir. Kemoterapi alan genç hastalar ile kemoterapi alan geriatrik hastalar arasında Sosyal İlişkiler ve İş Performansı alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Z=-4,161; p<0,05). Kemoterapi alan genç hastaların Sosyal İlişkiler ve İş Performansı alt boyutu puanlarının kemoterapi alan geriatrik hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Genç hastaların Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanlarının ortalamasının kemoterapi alanlarda 146,62 ± 20,32, kemoterapi + radyoterapi alanlarda 128,00 ± 15,63, kemoterapi + cerrahi tedavi alanlarda 149,00 ± 21,98 ve kemoterapi + radyoterapi + cerrahi tedavi alanlarda 141,56 ± 16,55; geriatrik hastaların Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanlarının ortalamasının kemoterapi alanlarda 129,84 ± 22,45, kemoterapi + radyoterapi alanlarda 145,82 ± 34,59, kemoterapi + cerrahi tedavi alanlarda 136,25 ± 22,80 ve kemoterapi + radyoterapi + cerrahi tedavi alanlarda 141,60 ± 22,90 olarak belirlenmiştir. Kemoterapi alan genç hastalar ile kemoterapi alan geriatrik hastalar arasında Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı açısından istatistiksel olarak

anlamlı fark bulunmuştur (t=3,391; p<0,05). Kemoterapi alan genç hastaların Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanlarının kemoterapi alan geriatrik hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2.5. Genç ve Geriatrik Hastaların Aldıkları Kür Sayısına Göre Rotterdam Semptom Kontrol Listesi ve Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları

		Kür Sayısı	Genç Hasta (N=70)		Geriatrik Hasta (N=70)		t/Z	p
			X ± SS	M (Min - Max)	X ± SS	M (Min - Max)		
Rotterdam Semptom Kontrol Listesi	Fiziksel Semptomlar	4 Altı (1)	16,35 ± 10,88	13,0 (3 - 44)	15,55 ± 11,33	12,0 (2 - 43)	Z=-0,344	0,731
		4 - 8 (2)	16,79 ± 9,92	14,0 (1 - 47)	17,86 ± 10,98	16,0 (5 - 57)	Z=-0,210	0,833
		8 Üstü (3)	19,71 ± 10,13	18,5 (8 - 39)	18,05 ± 11,57	15,0 (4 - 55)	t=0,438	0,664
			F=0,525 / p=0,594		KW=1,469 / p=0,480			
	Psikolojik Semptomlar	4 Altı (1)	7,81 ± 5,95	7,0 (0 - 25)	3,95 ± 4,71	3,0 (0 - 14)	Z=-2,452	**0,014***
		4 - 8 (2)	5,86 ± 5,62	4,0 (0 - 18)	4,10 ± 3,65	4,0 (0 - 15)	Z=-0,861	0,389
		8 Üstü (3)	4,29 ± 3,75	3,5 (0 - 11)	5,48 ± 6,82	2,0 (0 - 21)	Z=-0,239	0,811
			KW=4,521 / p=0,104		KW=0,500 / p=0,779			
	Günlük Yaşam Aktivitesi	4 Altı (1)	6,62 ± 5,12	7,0 (0 - 19)	9,95 ± 3,80	10,0 (3 - 16)	t=-2,437	**0,019***
		4 - 8 (2)	7,07 ± 4,83	7,0 (0 - 18)	11,41 ± 4,57	11,0 (3 - 19)	t=-3,520	**0,001***
		8 Üstü (3)	9,14 ± 4,59	9,5 (3 - 20)	14,67 ± 5,52	16,0 (6 - 24)	t=-3,096	**0,004***
			F=1,278 / 0,285		F=5,549 / **p=0,006*** 1<3 [a]			
RRM Yaşam Kalitesi Ölçeği	Genel İyilik	4 Altı (1)	28,31 ± 3,81	28,5 (22 - 35)	25,30 ± 5,09	26,0 (15 - 32)	t=2,293	**0,027***
		4 - 8 (2)	26,62 ± 4,42	27,0 (19 - 34)	24,41 ± 5,08	24,0 (14 - 34)	t=1,765	0,083
		8 Üstü (3)	25,79 ± 5,32	24,0 (18 - 34)	23,24 ± 6,11	23,0 (13 - 34)	t=1,271	0,213
			F=1,774 / p=0,178		F=0,752 / p=0,475			
	Fiziksel Semptom ve Aktivite	4 Altı (1)	27,42 ± 4,60	26,0 (20 - 37)	25,50 ± 4,15	25,0 (20 - 32)	t=1,466	0,150
		4 - 8 (2)	28,24 ± 5,27	28,0 (17 - 39)	23,90 ± 4,29	24,0 (16 - 31)	t=3,444	**0,001***
		8 Üstü (3)	25,93 ± 5,92	25,0 (15 - 36)	22,71 ± 6,31	22,0 (11 - 34)	t=1,513	0,140
			F=0,948 / p=0,393		F=1,637 7 p=0,202			
	Uyku Bozukluğu	4 Altı (1)	10,81 ± 3,81	11,5 (4 - 15)	11,80 ± 4,10	14,5 (3 - 15)	Z=-1,224	0,221
		4 - 8 (2)	11,38 ± 4,02	13,0 (4 - 15)	12,34 ± 3,06	15,0 (6 - 15)	Z=-0,917	0,359
		8 Üstü (3)	8,36 ± 4,53	7,0 (3 - 15)	11,05 ± 4,31	11,0 (3 - 15)	Z=-1,670	0,093
			KW=4,804 / p=0,091		KW=0,816 / p=0,665			
	İştah	4 Altı (1)	8,35 ± 1,79	9,0 (4 - 10)	7,70 ± 2,15	8,5 (3 - 10)	Z=-1,079	0,281
		4 - 8 (2)	7,24 ± 2,50	8,0 (2 - 10)	6,86 ± 2,17	7,0 (3 - 10)	Z=-0,832	0,405
		8 Üstü (3)	7,07 ± 2,46	7,0 (3 - 10)	7,76 ± 2,12	8,0 (3 - 10)	Z=-0,821	0,412
			KW=3,699 / p=0,157		KW=2,849 / p=0,241			
	Seksüel Bozukluk	4 Altı (1)	11,77 ± 5,08	11,5 (4 - 20)	12,65 ± 3,90	12,5 (6 - 20)	Z=-0,892	0,372
		4 - 8 (2)	12,79 ± 4,68	14,0 (4 - 19)	11,31 ± 4,29	12,0 (4 - 20)	Z=-1,383	0,167
		8 Üstü (3)	12,00 ± 5,36	13,0 (4 - 20)	10,48 ± 4,58	12,0 (4 - 20)	t=0,901	0,374
			KW=0,677 / p=0,713		F=1,349 / p=0,267			
	Algılama Fonksiyonu	4 Altı (1)	21,12 ± 4,91	21,0 (11 - 30)	25,05 ± 13,30	22,5 (15 - 79)	Z=-0,999	0,318
		4 - 8 (2)	21,55 ± 4,11	22,0 (13 - 30)	22,00 ± 3,59	21,0 (15 - 29)	Z=-0,203	0,839
		8 Üstü (3)	21,43 ± 5,54	21,0 (13 - 30)	20,14 ± 6,48	23,0 (7 - 29)	Z=-0,489	0,625
			KW=0,198 / p=0,906		KW=1,177 / p=0,555			

Tıbbi Etkileşim	4 Altı (1)	12,69 ± 2,69	13,0 (8 - 18)	12,10 ± 2,69	12,0 (6 - 16)	t=0,739	0,464
	4 - 8 (2)	12,48 ± 2,59	13,0 (6 - 18)	12,14 ± 2,53	13,0 (7 - 16)	t=0,513	0,610
	8 Üstü (3)	12,50 ± 2,18	12,0 (8 - 16)	11,29 ± 3,80	11,0 (4 - 16)	Z=-0,898	0,369
		F=0,052 / p=0,949		KW=0,451 / p=0,798			
Sosyal İlişkiler ve İş Performansı	4 Altı (1)	25,00 ± 4,71	24,0 (15 - 36)	22,05 ± 3,30	22,0 (17 - 27)	t=2,385	**0,021***
	4 - 8 (2)	25,21 ± 4,99	26,0 (14 - 35)	22,28 ± 3,52	22,0 (15 - 28)	t=2,584	**0,012***
	8 Üstü (3)	22,79 ± 2,86	21,5 (20 - 27)	20,05 ± 5,03	18,0 (14 - 30)	Z=-2,064	**0,039***
		KW=3,451 / p=0,178		F=2,135 / p=0,126			
RRM Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam	4 Altı (1)	145,46 ± 20,10	146,5(96-178)	142,15 ±24,91	138,5(101-195)	t=0,499	0,620
	4 - 8 (2)	145,52 ± 19,56	145,0(106-185)	135,24 ±18,48	135,0(102-175)	t=2,057	**0,044***
	8 Üstü (3)	135,86 ± 25,81	126,5(102-179)	126,71 ±31,01	128,0(70-180)	t=0,911	0,369
		F=1,160 / p=0,320		F=2,028 / p=0,140			

*RRM: Rolls Royce Modeli, t: Bağımsız Örneklem t Testi, Z: Mann Whitney U Testi, F: Tek Yönlü Varyans Analizi, KW: Kruskal Wallis H Testi, *p<0,05, a: Bonferroni Posthoc Testi*

Genç ve Geriatrik hastaların aldıkları kemoterapi kür sayısına göre Rotterdam Semptom Kontrol Listesi ve Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları Tablo 4.2.5.' de değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre; genç hastaların Rotterdam Semptom Kontrol Listesi'nin Psikolojik Semptomlar alt boyutu puanlarının ortalamasının 4 kür altında kemoterapi alanlarda 7,81 ± 5,95, 4 – 8 kür kemoterapi alanlarda 5,86 ± 5,62, 8 kür üstünde kemoterapi alanlarda 4,29 ± 3,75; geriatrik hastaların Psikolojik Semptomlar alt boyutu puanlarının ortalamasının 4 kür altında kemoterapi alanlarda 3,95 ± 4,71, 4 – 8 kür kemoterapi alanlarda 4,10 ± 3,65, 8 kür üstünde kemoterapi alanlarda 5,48 ± 6,82 olarak belirlenmiştir. 4 kür altında kemoterapi alan genç hastalar ile 4 kür altında kemoterapi alan geriatrik hastalar arasında Psikolojik Semptomlar alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Z=-2,452; p<0,05). 4 kür altında kemoterapi alan genç hastaların Psikolojik Semptomlar alt boyutu puanlarının 4 kür altında kemoterapi alan geriatrik hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Genç hastaların Rotterdam Semptom Kontrol Listesi'nin Günlük Yaşam Aktivitesi alt boyutu puanlarının ortalamasının 4 kür altında kemoterapi alanlarda 6,62 ± 5,12, 4 – 8 kür kemoterapi alanlarda 7,07 ± 4,83, 8 kür üstünde kemoterapi alanlarda 9,14 ± 4,59; geriatrik hastaların Günlük Yaşam Aktivitesi alt boyutu puanlarının ortalamasının 4 kür altında kemoterapi alanlarda 9,95 ± 3,80, 4 – 8 kür kemoterapi alanlarda 11,41 ± 4,57, 8 kür üstünde kemoterapi alanlarda 14,67 ± 5,52 olarak

belirlenmiştir. 4 kür altında kemoterapi alan genç hastalar ile 4 kür altında kemoterapi alan geriatrik hastalar arasında Günlük Yaşam Aktivitesi alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (t=-2,437; p<0,05). 4 kür altında kemoterapi alan genç hastaların Günlük Yaşam Aktivitesi alt boyutu puanlarının 4 kür altında kemoterapi alan geriatrik hastalara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. 4 – 8 kür kemoterapi alan genç hastalar ile 4 – 8 kür kemoterapi alan geriatrik hastalar arasında Günlük Yaşam Aktivitesi alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (t=-3,520; p<0,05). 4 – 8 kür kemoterapi alan genç hastaların Günlük Yaşam Aktivitesi alt boyutu puanlarının 4 – 8 kür kemoterapi alan geriatrik hastalara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. 8 kür üstünde kemoterapi alan genç hastalar ile 8 kür üstünde kemoterapi alan geriatrik hastalar arasında Günlük Yaşam Aktivitesi alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (t=-3,096; p<0,05). 8 kür üstünde kemoterapi alan genç hastaların Günlük Yaşam Aktivitesi alt boyutu puanlarının 8 kür üstünde kemoterapi alan geriatrik hastalara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Geriatrik hastaların aldıkları kemoterapi kür sayısına göre Günlük Yaşam Aktivitesi alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (F=5,549; p<0,05). Uygulanan Posthoc test sonuçlarına göre; 4 kür altında kemoterapi alan geriatrik hastaların Günlük Yaşam Aktivitesi alt boyutu puanlarının 8 kür üstünde kemoterapi alan geriatrik hastalara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Genç hastaların Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Genel İyilik alt boyutu puanlarının ortalamasının 4 kür altında kemoterapi alanlarda 28,31 ± 3,81, 4 – 8 kür kemoterapi alanlarda 26,62 ± 4,42, 8 kür üstünde kemoterapi alanlarda 25,79 ± 5,32; geriatrik hastaların Genel İyilik alt boyutu puanlarının ortalamasının 4 kür altında kemoterapi alanlarda 25,30 ± 5,09, 4 – 8 kür kemoterapi alanlarda 24,41 ± 5,08, 8 kür üstünde kemoterapi alanlarda 23,24 ± 6,11 olarak belirlenmiştir. 4 kür altında kemoterapi alan genç hastalar ile 4 kür altında kemoterapi alan geriatrik hastalar arasında Genel İyilik alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (t=2,293; p<0,05). 4 kür altında kemoterapi alan genç hastaların Genel İyilik alt boyutu puanlarının 4 kür altında kemoterapi alan geriatrik hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Genç hastaların Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Fiziksel Semptom ve Aktivite alt boyutu puanlarının ortalamasının 4 kür altında kemoterapi alanlarda 27,42 ± 4,60, 4 – 8 kür kemoterapi alanlarda 28,24 ± 5,27, 8 kür üstünde kemoterapi alanlarda 25,93 ± 5,92; geriatrik hastaların Fiziksel Semptom ve Aktivite alt boyutu puanlarının ortalamasının 4 kür altında kemoterapi alanlarda 25,50 ± 4,15, 4 – 8 kür kemoterapi alanlarda 23,90 ± 4,29, 8 kür üstünde kemoterapi alanlarda 22,71 ± 6,31 olarak belirlenmiştir. 4 – 8 kür kemoterapi alan genç hastalar ile 4 – 8 kür kemoterapi alan geriatrik hastalar arasında Fiziksel Semptom ve Aktivite alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=3,444$; $p<0,05$). 4 – 8 kür kemoterapi alan genç hastaların Fiziksel Semptom ve Aktivite alt boyutu puanlarının 4 – 8 kür kemoterapi alan geriatrik hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Genç hastaların Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Sosyal İlişkiler ve İş Performansı alt boyutu puanlarının ortalamasının 4 kür altında kemoterapi alanlarda 25,00 ± 4,71, 4 – 8 kür kemoterapi alanlarda 25,21 ± 4,99, 8 kür üstünde kemoterapi alanlarda 22,79 ± 2,86; geriatrik hastaların Sosyal İlişkiler ve İş Performansı alt boyutu puanlarının ortalamasının 4 kür altında kemoterapi alanlarda 22,05 ± 3,30, 4 – 8 kür kemoterapi alanlarda 22,28 ± 3,52, 8 kür üstünde kemoterapi alanlarda 20,05 ± 5,03 olarak belirlenmiştir. 4 kür altında kemoterapi alan genç hastalar ile 4 kür altında kemoterapi alan geriatrik hastalar arasında Sosyal İlişkiler ve İş Performansı alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=2,385$; $p<0,05$). 4 kür altında kemoterapi alan genç hastaların Sosyal İlişkiler ve İş Performansı alt boyutu puanlarının 4 kür altında kemoterapi alan geriatrik hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. 4 – 8 kür kemoterapi alan genç hastalar ile 4 – 8 kür altında kemoterapi alan geriatrik hastalar arasında Sosyal İlişkiler ve İş Performansı alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=2,584$; $p<0,05$). 4 – 8 kür altında kemoterapi alan genç hastaların Sosyal İlişkiler ve İş Performansı alt boyutu puanlarının 4 – 8 kür altında kemoterapi alan geriatrik hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. 8 kür üstünde kemoterapi alan genç hastalar ile 8 kür üstünde kemoterapi alan geriatrik hastalar arasında Sosyal İlişkiler ve İş Performansı alt boyutu puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($Z=-2,064$; $p<0,05$). 8 kür üstünde kemoterapi alan genç hastaların Sosyal

İlişkiler ve İş Performansı alt boyutu puanlarının 8 kür üstünde kemoterapi alan geriatrik hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Genç hastaların Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanlarının ortalamasının 4 kür altında kemoterapi alanlarda 145,46 ± 20,10, 4 – 8 kür kemoterapi alanlarda 145,52 ± 19,56, 8 kür üstünde kemoterapi alanlarda 135,86 ± 25,81; geriatrik hastaların Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanlarının ortalamasının 4 kür altında kemoterapi alanlarda 142,15 ± 24,91, 4 – 8 kür kemoterapi alanlarda 135,24 ± 18,48, 8 kür üstünde kemoterapi alanlarda 126,71 ± 31,01 olarak belirlenmiştir. 4 – 8 kür kemoterapi alan genç hastalar ile 4 – 8 kür kemoterapi alan geriatrik hastalar arasında Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (t=2,057; p<0,05). 4 – 8 kür kemoterapi alan genç hastaların Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanlarının 4 – 8 kür kemoterapi alan geriatrik hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

4.3. Genç ve Yaşlı Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesine İlişkin Tablolar

Tablo 4.3.1. Genç Hastaların Rotterdam Semptom Kontrol Listesi ile Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki

	Rotterdam Semptom Kontrol Listesi					
	Fiziksel Semptomlar		**Psikolojik Semptomlar**		**Günlük Yaşam Aktivitesi**	
	r	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
RRM Yaşam Kalitesi Ölçeği						
Genel İyilik	-0,484	**0,000***	-0,178	0,140	-0,201	0,096
Fiziksel Semptom ve Aktivite	-0,582	**0,000***	-0,062	0,610	-0,420	**0,000***
Uyku Bozukluğu	-0,537	**0,000***	-0,300	**0,012***	-0,146	0,228
İştah	-0,403	**0,001***	0,055	0,649	0,112	0,356
Seksüel Bozukluk	-0,296	**0,013***	-0,153	0,207	-0,157	0,193
Algılama Fonksiyonu	-0,344	**0,004***	-0,665	**0,000***	0,025	0,838
Tıbbi Etkileşim	-0,451	**0,000***	-0,215	0,073	-0,148	0,221
Sosyal İlişkiler ve İş Performansı	-0,370	**0,002***	0,016	0,899	-0,569	**0,000***
RRM Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam	-0,668	**0,000***	-0,286	**0,016***	-0,346	**0,003***

*RRM: Rolls Royce Modeli, Spearman's Korelasyon, *p<0,05*

Genç hastaların Rotterdam Semptom Kontrol Listesi ile Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları arasındaki ilişki Tablo 4.3.1.' de değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre; hastaların Fiziksel Semptomlar alt boyutu puanları ile

Genel İyilik alt boyutu (r=-0,484), Fiziksel Semptom ve Aktivite alt boyutu (r=-0,582), Uyku Bozukluğu alt boyutu (r=-0,537), İştah alt boyutu (r=-0,403) ve Tıbbi Etkileşim alt boyutu (r=-0,451) puanları arasında negatif yönlü orta düzey ilişki bulunmuştur (p<0,05). Genç hastaların Fiziksel Semptomlar alt boyutu puanları ile Seksüel Bozukluk alt boyutu (r=-0,296), Algılama Fonksiyonu alt boyutu (r=-0,344) ve Sosyal İlişkiler ve İş Performansı alt boyutu (r=-0,370) puanları arasında negatif yönlü zayıf düzey ilişki saptanmıştır. (p<0,05). Genç hastaların Fiziksel Semptomlar alt boyutu puanları ile Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanları arasında negatif yönlü yüksek düzey ilişki saptanmıştır (r=-0,668; p<0,05).

Genç hastaların Psikolojik Semptomlar alt boyutu puanları ile Algılama Fonksiyonu alt boyutu puanları arasında negatif yönlü yüksek düzey ilişki tespit edilmiştir (r=-0,665; p<0,05). Genç hastaların Psikolojik Semptomlar alt boyutu puanları ile Uyku Bozukluğu alt boyutu (r=-0,300) puanları arasında negatif yönlü zayıf düzey ilişki saptanmıştır (p<0,05). Genç hastaların Psikolojik Semptomlar alt boyutu puanları ile Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanları arasında negatif yönlü zayıf düzey ilişki tespit edilmiştir (r=-0,286; p<0,05).

Genç hastaların Günlük Yaşam Aktivitesi alt boyutu puanları ile Fiziksel Semptom ve Aktivite alt boyutu (r=-0,420) ve Sosyal İlişkiler ve İş Performansı alt boyutu (r=-0,569) puanları arasında negatif yönlü orta düzey ilişki saptanmıştır (p<0,05). Genç hastaların Günlük Yaşam Aktivitesi alt boyutu puanları ile Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanları arasında negatif yönlü zayıf düzey ilişki tespit edilmiştir (r=-0,346; p<0,05).

Tablo 4.3.2. Geriatrik Hastaların Rotterdam Semptom Kontrol Listesi ile Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki

	Rotterdam Semptom Kontrol Listesi					
	Fiziksel Semptomlar		Psikolojik Semptomlar		Günlük Yaşam Aktivitesi	
	r	p	r	p	r	p
RRM Yaşam Kalitesi Ölçeği						
Genel İyilik	-0,650	**0,000***	-0,450	**0,000***	-0,610	**0,000***
Fiziksel Semptom ve Aktivite	-0,567	**0,000***	-0,287	**0,016***	-0,634	**0,000***
Uyku Bozukluğu	-0,557	**0,000***	-0,261	**0,029***	-0,326	**0,006***
İştah	-0,365	**0,002***	-0,347	**0,003***	-0,294	**0,013***
Seksüel Bozukluk	-0,235	0,050	-0,266	**0,026***	-0,362	**0,002***
Algılama Fonksiyonu	-0,491	**0,000***	-0,666	**0,000***	-0,285	**0,017***
Tıbbi Etkileşim	-0,505	**0,000***	-0,319	**0,007***	-0,485	**0,000***
Sosyal İlişkiler ve İş Performansı	-0,354	**0,003***	-0,306	**0,010***	-0,615	**0,000***
RRM Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam	-0,682	**0,000***	-0,506	**0,000***	-0,628	**0,000***

*RRM: Rolls Royce Modeli, Spearman's Korelasyon, *p<0,05*

Geriatrik hastaların Rotterdam Semptom Kontrol Listesi ile Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları arasındaki ilişki Tablo 4.3.2.' de değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre; geriatrik hastaların Fiziksel Semptomlar alt boyutu puanları ile Genel İyilik alt boyutu puanları arasında negatif yönlü yüksek düzey ilişki bulunmuştur (r=-0,650; p<0,05). Geriatrik hastaların Fiziksel Semptomlar alt boyutu puanları ile Fiziksel Semptom ve Aktivite alt boyutu (r=-0,567), Uyku Bozukluğu alt boyutu (r=-0,557) ve Tıbbi Etkileşim alt boyutu (r=-0,505) puanları arasında negatif yönlü orta düzey ilişki saptanmıştır (p<0,05). Geriatrik hastaların Fiziksel Semptomlar alt boyutu puanları ile İştah alt boyutu (r=-0,365) ve Sosyal İlişkiler ve İş Performansı alt boyutu (r=-0,354) puanları arasında negatif yönlü zayıf düzey ilişki tespit edilmiştir (p<0,05). Geriatrik hastaların Fiziksel Semptomlar alt boyutu puanları ile Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanları arasında negatif yönlü yüksek düzey ilişki saptanmıştır (r=-0,682; p<0,05).

Geriatrik hastaların Psikolojik Semptomlar alt boyutu puanları ile Algılama Fonksiyonu alt boyutu puanları arasında negatif yönlü yüksek düzey ilişki tespit edilmiştir (r=-0,666; p<0,05). Geriatrik hastaların Psikolojik Semptomlar alt boyutu puanları ile Genel İyilik alt boyutu puanları arasında negatif yönlü orta düzey ilişki saptanmıştır (r=-0,450; p<0,05). Geriatrik hastaların Psikolojik Semptomlar alt boyutu puanları ile Fiziksel Semptom ve Aktivite alt boyutu (r=-0,287), Uyku Bozukluğu alt boyutu (r=-0,261), İştah alt boyutu (r=-0,347), Seksüel Bozukluk alt boyutu (r=-

0,266), Tıbbi Etkileşim alt boyutu (r=-0,319) ve Sosyal İlişkiler ve İş Performansı alt boyutu (r=-0,306) puanları arasında negatif yönlü zayıf düzey ilişki bulunmuştur (p<0,05). Geriatrik hastaların Psikolojik Semptomlar alt boyutu puanları ile Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanları arasında negatif yönlü orta düzey ilişki tespit edilmiştir (r=-0,506; p<0,05).

Geriatrik hastaların Günlük Yaşam Aktivitesi alt boyutu puanları ile Genel İyilik alt boyutu (r=-0,610), Fiziksel Semptom ve Aktivite alt boyutu (r=-0,634) ve Sosyal İlişkiler ve İş Performansı alt boyutu (r=-0,615) puanları arasında negatif yönlü yüksek düzey ilişki bulunmuştur (p<0,05). Geriatrik hastaların Günlük Yaşam Aktivitesi alt boyutu puanları ile Tıbbi Etkileşim alt boyutu puanları arasında negatif yönlü zayıf düzey ilişki saptanmıştır (r=-0,485; p<0,05). Geriatrik hastaların Günlük Yaşam Aktivitesi alt boyutu puanları ile Uyku Bozukluğu alt boyutu (r=-0,326), İştah alt boyutu (r=-0,294), Seksüel Bozukluk alt boyutu (r=-0,362) ve Algılama Fonksiyonu alt boyutu (r=-0,285) puanları arasında negatif yönlü zayıf düzey ilişki belirlenmiştir (p<0,05). Geriatrik hastaların Günlük Yaşam Aktivitesi alt boyutu puanları ile Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanları arasında negatif yönlü yüksek düzey ilişki tespit edilmiştir (r=-0,628; p<0,05).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde günübirlik kemoterapi tedavisi alan genç onkoloji hastaları ve geriatrik onkoloji hastaları arasındaki semptom farklılıklarını ve yaşam kalitelerine etkisini incelemek amacıyla elde edilen bulgular literatür ile üç başlık altında tartışılmıştır.

5.1. Genç ve Yaşlı Kanser Hastalarının Tanıtıcı özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda yaşlı kanser hastalarında en çok görülen kanser tipi akciğer kanseri ve kolon kanseri olurken; genç hastalarda en çok karşılaşılan kanser tipinin ise meme kanseri ve kolon kanseri olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.1.2). GLOBACAN verileri ile karşılaştırıldığında yaşlı kanser hastalarında en çok karşılaşılan kanser tipi akciğer kanseri ve kolon kanseri iken genç hastalarda en çok karşılaşılan kanser tipi meme kanseri ve akciğer kanseri olarak bildirilmiştir (3). Bu boyutta çalışma bulgularımız literatürle benzerdir.

Bu çalışmada genç ve geriatrik hastaların eğitim durumları arasında anlamlı fark bulunmuş olup genç hastaların eğitim düzeyleri daha yüksek, geriatrik hastaların eğitim düzeylerinin ise düşük olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.1.1). Bu durumun sebebinin günümüz koşullarında eğitim imkanlarının artması, ulaşımın kolaylaşması ve teknolojik gelişmelerin ilerlemesine bağlı olarak genç hastaların eğitim düzeylerinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Bu düşüncemizi destekler nitelikte olan, Yates ve arkadaşları 2015'de yapmış oldukları çalışmada da, genç hastaların yaşlı hastalara göre eğitim düzeylerini daha yüksek bulmuşlardır (105).

Çalışmamızdaki diğer bir tanıtıcı özellik olan metastaz durumunu incelediğimizde gençler ve yaşlılar arasında metastaz için anlamlı fark bulunamamış olup genç hastalarda metastaz yaşlı hastalara göre daha fazla görülmüştür (Tablo 4.1.2). Literatür incelendiğinde 2024 yılında Morse ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada ise geriatrik hastalarda metastaz oranı daha yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ki bu sonucun alınan örneklem grubundan kaynaklandığı

düşünülmektedir. Verilerimizi topladığımız yaşlı hastaların %50' sinde hipertansiyon bulunurken takibinde %27 ile diabetes mellutus varlığı saptanmıştır. Genç hastalarda bu oran %17,1 hipertansiyon ve %17,1 diabetes mellutus şeklinde karşımıza çıkmaktadır (Tablo 4.1.2). Bireylerin yaş alması ile birlikte fizyolojik süreçte bozulma yaşamasından kaynaklı yaşlı hastalar genç hastalara göre daha fazla ek hastalığa sahip olmaktadırlar. Morse ve arkadaşlarının yapmış olduğu aynı çalışmada yaşlı hastalarda komorbidite yükü daha fazla bulunmuştur. Bu çalışmaya bakıldığında ise sonuçlar benzer çıkmış ve yaşlı hastalarda genç hastalara göre daha fazla ek hastalık olduğu bulunmuştur (106). Bu boyutta çalışma bulgularımız literatürle benzerdir.

5.2. Genç ve Yaşlı Kanser Hastalarının Semptomlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda Rotterdam Semptom Kontrol Listesi'nin Günlük Yaşam Aktivitesi alt boyutu sonucu genç ve yaşlı hastalar arasında karşılaştırıldığında genç hastaların Günlük Yaşam Aktivitesi alt boyutu puanları yaşlı hastalara göre daha düşük olduğu saptanmış olup literatür incelendiğinde benzer sonuçla karşılaşılmıştır (Tablo 4.2.1). Çelik E.' nin 2023' te yapmış olduğu çalışmada yaşın ilerlemesiyle günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmenin hastalar için zorlaşlaştığını saptamıştır (109) . Bu durumun nedeninin yaş faktörüne, hastalığın kendisine, kronik hastalık varlığına, farklı tedavilere ve yan etkilerine bağlı, yaşlı hastaların kas kütlesinin azalmasıyla birlikte güç kaybı yaşadığı düşülmekte ve bunun sonucu olarak günlük yaşam aktivitelerini yapmakta zorlandığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda Rotterdam Semptom Kontrol Listesinin Günlük Yaşam Aktivitesi alt boyutundan alınan toplam puanın, kür sayısına bağlı olmaksızın genç hastalarda geriatrik hastalara göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu sonuca göre genç hastaların yaşlı hastalara göre günlük yaşamda daha az semptom yaşadığı ifade edilebilir. Bu sonucu, çalışmamızda elde etmiş olduğumuz kür sayısına bakılmaksızın genç hastalarla yaşlı hastalar arasında günlük yaşam aktivitesinin, gençlerdeki alt boyut puanının yaşlılara göre daha düşük olduğu bulgusu desteklemektedir (Tablo 4.2.1,). Ayrıca geriatrik hastalarda kür sayısının artması sonucu günlük yaşam aktivitelerinde yaşanılan sıkıntının arttığı saptanmıştır (Tablo 4.2.5). Bu durumun kür

sayısının artmasıyla birlikte hastaların semptomlarla karşılaşma risklerinin artabileceğinden kaynaklı olabileceği düşünülmüştür.

Yaşlı bireylerin kas iskelet sistemlerinin daha çok deformeye uğraması ve vücuttaki fizyolojik değişiklikler sonucu kas-eklem ağrıları yaşayabilmektedir. Yaşanılan ağrı ve güçsüzlük gibi faktörlerden kaynaklı yorgunluk hissedilmektedir. Yorgunluğun yoğun yaşanmasından dolayı yaşlı hastaların günlük aktivitelerini yapmaktan kaçındığı ve ayrıca yorgunluk, ağrı, hastalık süreci gibi faktörlerin hastalarda psikolojik sorunlara yol açtığı bununda hastalarda günlük aktivitelerini en aza indirgeme isteğine neden olduğu düşünülmektedir. Hasta grupları incelendiğinde bizim çalışmamızda Hasta Tanılama Formu'nda gençlerde yorgunluk %47,1 iken yaşlı hastalarda bu oran % 54,3 olarak bulunmuştur. Hasta Tanılama Formu'nda psikolojik sorunların sonucu incelendiğinde ise genç hastaların %11,4'ünün, yaşlı hastaların ise %14,3'ünün etkilendiği bulunmuştur(Tablo 4.1.2). Bu sonuçlar da literatür verileriyle benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda genç hastaların Rotterdam Semptom Kontrol Listesi Psikolojik Semptomlar alt boyutu puanlarının geriatrik hastalardan daha yüksek olduğu bulunmuş olup gençlerin psikolojik sıkıntıları daha çok yaşadığı saptanmıştır (Tablo 4.2.1) . 4 kür altında kemoterapi alan genç ve yaşlı hastaların Psikolojik alt boyut puanlarını incelediğimizde de genç hastaların yaşlı hastalara göre daha fazla psikolojik semptom yaşadığı saptanmıştır (Tablo 4.2.5). Literatür incelendiğinde hem çalışmamızı destekleyen hem de desteklemeyen araştırmalar bulunmaktadır. 2005' de Yeşilbalkan ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada genç hastaların psikolojik semptom puanının yaşlı hastalardan daha fazla olduğu ve genç hastaların psikolojik semptomları daha çok yaşadığı belirlenmiştir (110). Saracino ve arkadaşlarının 2019' da yapmış olduğu çalışmada ise geriatrik hastaların azalan bağışıklık ile sosyal izolasyonu daha sık yaşaması, artan morbitide gibi faktörlerden dolayı psikolojik sorunları daha çok yaşadıklarını bulmuşlardır. Yaşlı hastalarda bedensel ve zihinsel işlevlerin yaşlanma sürecine bağlı olarak azalması sonucu psikolojik belirtileri tespit etmek zorlaşabilir ve yaşlı hastalar için psikolojik semptomlar hızla ilerleyebilir (111). Bu durumda genç ve yaşlı hastaların psikolojik sorunları arasındaki farkların incelenmesi için daha geniş örneklem gruplarıyla çalışılabilir.

Rottherdam Semptom Kontrol Listesi'nin psikolojik semptomlar alt boyutunda çıkan sonuçlarımız cinsiyetler arasında incelendiğinde geriatrik kadın hastaların puanlarının geriatrik erkek hastalara göre daha yüksek çıktığı bulunmuştur (Tablo 4.2.2). Geriatrik kadın hastalar geriatrik erkek hastalara göre daha fazla sıkıntı yaşamaktadır. Genç erkek ve geriatrik erkek arasındaki puanda da anlamlı fark bulunmuş olup genç erkek hastaların yaşadığı psikolojik sorunları, yaşlı erkek hastaların yaşadığı psikolojik sorunlara göre daha fazla etkilemektedir (Tablo 4.2.2). Bu durumun genç erkeklerin yaşlı erkeklere göre aktif çalışma hayatında daha fazla bulunmaları ve aile içindeki rolleri nedeniyle toplumdaki beklentinin fazla olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Boyes ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada kadın cinsiyette olmanın ve yaşın ilerlemesinin yaşanılan psikolojik sorunları arttırdığını saptamıştır (112). Bu çalışmada cinsiyet faktörünün psikolojik ihtiyaçları arttırmış olduğu bizim çalışmamızı destekler niteliktedir fakat yaşın artmasının psikolojik sorunları arttırmış olması sonucu ise çalışmamızı desteklememektedir. Fakat Saracino ve arkadaşlarının 2019' da yapmış olduğu çalışmada ise geriatrik hastaların hastalığa ve tedavilerin yan etkilerine bağlı yaşadıkları sosyal izolasyonun, genç hastalara göre daha sık yaşadıkları ve dolayısıyla psikolojik sorunları daha sık deneyimledikleri belirtilmektedir. Bu bulgular çalışma sonuçlarımızı destekler niteliktedir.

Psikolojik sorunlar, yorgunluk ve ağrı arasında güçlü bir ilişki vardır (113). Semptomlar birbirini tetiklemektedir. Çalışmamızda Hasta Tanılama Formu'ndan elde edilen verilere göre yaşlı kanser hastalarında (%54,3) yorgunluk, genç hastalara (%47,1) göre daha yüksek bulunmuş ve yaşlı hastaların en çok bildirdiği semptom yorgunluk olmuştur (Tablo 4.1.2). Literatürde yaşlı ve genç kanser hastalarının yorgunluğunun birlikte incelendiği bir çalışmaya rastlanılmamış olup çoğunlukla geriatrik hastalarda yorgunluk ve diğer semptomlar arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Rao A ve arkadaşının 2004'te yapmış olduğu çalışmada yaşlılarda yorgunluk ile depresyon, ağrı ve fiziksel fonksiyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (114). Yorgunluk sübjektif bir olgudur ve hastalar bunu kanser tedavisinin bir parçası olarak görebilmektedir. Özellikle yaşlı hastalar yorgunluğu bildirme konusunda geri planda kalmaktadır. Bunun nedeni olarak artan yaş ile birlikte yaşlı kanser hastalarının yorgunluğu hastalığın ve tedavilerin doğal bir süreci olarak benimsemiş olabilecekleri düşünülmüştür. 2012'de Bag'da yapmış olduğu çalışamada

da yaşlı hastaların genç hastalara göre yorgunluğu daha az sorun olarak gördüğünü bulmuştur (115).

Genç hastalarda ağrı %30, yaşlı hastalarda %34,3 oranla yaşlı hastaların ağrıyı daha fazla deneyimlediği saptanmıştır (Tablo 4.1.2). Bizim çalışmamızdaki sonuçlara benzer şekilde Kutlutürkan ve arkadaşlarının 2019' da yapmış oldukları çalışmada geriatrik onkoloji hastalarının en sık yaşadıkları semptomları sırasıyla %83 ile yorgunluk ve %62,3 ile ağrı olarak bulmuşlardır (17). Yaşlı hastalarda genç hastalara oranla daha karmaşık sağlık sorunları bulunmasından kaynaklı ağrının değerlendirilmesi zorlaşmaktadır. Kötü yönetilen ağrı ve analjezik kullanımı sonucunda hastalar depresyon, deliryum, uykusuzluk, konstipasyon gibi diğer semptomları da beraberinde deneyimlemektedir (116). Mercadante ve arkadaşlarının 2007' de yapmış oldukları çalışmada da yaşlıların gençlere göre daha fazla ağrı yaşadığı ancak bunu daha az dile getirdiklerini bulmuşlardır. Ağrıyı ifade etmeme yaşlı kanser hastalarında hastalığın doğasına, hastalığın tekrarlama korkusuna, ilaç kullanmama isteğine, ağrı kesicilere bağlı yaşanılan yan etki nedenlerine bağlı olabilir şeklinde yorumlanmıştır (117). Bu boyutta çalışma bulgularımız literatürle benzerdir.

Çalışmamızda genç kanser hastalarının en çok etkilendiği semptom bulantı-kusma olarak bulunmuş olup genç kanser hastalarının yaşlı kanser hastalarından daha çok bulantı-kusma yaşadığı saptanmıştır. Genç hastaların %48,6'sı, yaşlı hastaların da %38,6'sı bulantı-kusma tariflemiştir (Tablo 4.1.2). Herrstedt ve arkadaşlarının 2022' de yapmış olduğu araştırma bizim çalışmamızın bulgularını desteklemektedir. Herrstedt ve arkadaşları kemoterapi alan genç kanser hastalarının bulantı-kusma yaşama risklerinin yaşlı hastalara göre daha yüksek olduğunu fakat yaşlı hastalarda bulantı-kusmanın oluşması durumunda dehidrasyon ve elektrolit bozukluğundan daha ciddi etkilenebileceklerini belirtmişlerdir. Bu boyutta yaşlı kanser hastaları sıvı-elektrolit dengesizliği yönünden sıkı takip edilmelidirler (118).

5.3. Genç ve Yaşlı Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmamız da uyku bozukluğunun genç hastaların yaşam kalitesini yaşlı hastalara göre daha çok olumsuz etkilediği saptanmıştır (Tablo 4.2.1). Literatür ile karşılaştırıldığında ise Lindsey ve arkadaşlarının 2016' da yapmış olduğu çalışmada çalışmamıza benzer olarak uyku sorunlarının genç hastaları, yaşlı hastalara göre daha fazla etkilediğini bulmuşlardır (122). Çalışmamızda ki genç hastaların uyku sorunlarının daha fazla olmasının sebebini gençlerin iş hayatlarına devam edişi, çocuk bakımı gibi yetişkin sorumluluklarına devam edişi, uyku kalitelerini düşürerek ve uyku bölünmelerine yol açarak sorunları tetiklediği düşünülmektedir.

Çalışmamızın sonuçları incelendiğinde kanser tipinin ve cinsiyetin yaşlı ve genç hastalarda uyku bozukluğunu etkilediği bulunmuştur. Rektum kanseri tanısı almış genç hastaların uyku bozukluğu alt boyutu, rektum kanseri tanısı almış olan geriatrik hastalara göre düşük olduğu tespit edilmiş olup genç erkek hastalarda yaşlı erkek hastalara göre uyku bozukluğu yaşam kalitesini daha fazla etkilemiştir. Yaşlı kadın ve erkek hastalar arasında da anlamlı fark bulunmuş olup yaşlı erkek hastaların uyku bozukluğunun, yaşlı kadınlara göre yaşam kalitelerini daha az etkilediği bulunmuştur (Tablo 4.2.3). Literatür araştırıldığında ise Loh ve arkadaşlarının 2016'da yapmış olduğu çalışma destekleyici nitelikte olup kanser tipi, yaş, cinsiyet gibi faktörlerin uyku bozukluklarını ve dolayısıyla yaşam kalitesini etkilediği belirtilmektedir (107).

Çalışmamızdaki Tablo 4.2.1. incelendiğinde genç hastaların hem Genel İyilik alt boyutu puanlarının hem de Fiziksel Semptom ve Aktivite alt boyut puanlarının geriatrik hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanlarını incelediğimizde yine genç hastaların puanlarının yaşlı hastalardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmamızın sonuçlarına göre genç hastaların yaşam kalitesinin, yaşlı hastalara göre daha iyi olduğu bulunmuştur. Ginzac ve arkadaşlarının 2020'de yapmış olduğu çalışmada sonucumuzu destekler nitelikte olup, yaşlı hastaların çok sayıda semptoma sahip olduğu bulunmuş ve yaşam kalitesi puanları daha düşük olduğu saptanmıştır (123).

Meme kanseri tanısı alan genç hastalar ve yaşlı hastaların fiziksel semptom ve aktivite alt boyutu incelendiğinde genç hastaların puanlarının, yaşlı hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.2.3). Ayrıca meme kanseri tanısı almış genç hastaların Sosyal İlişkiler ve İş Performansı alt boyutu puanı yaşlı hastalardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.3). Literatür incelendiğinde benzer sonuçlar ile karşılaşılmıştır. Ceylan'nın 2009' da yapmış olduğu çalışmada meme kanserinde yaşın ilerlemesiyle birlikte aktivitede azalma, bağımsızlığın azalması ve fiziksel semptomlar da artma gibi durumlar yaşanmakta ve yaşlı hastaların bu durumdan daha çok etkilendiği belirtilmektedir (124). Williams ve arkadaşlarının 2019' da yapmış olduğu çalışmada da yaşlı meme kanserli hastalarının fiziksel işlevlerinin önemli ölçüde azaldığını ve daha kötü sosyal ilişkilere sahip olduğunu bulmuşlardır (125).

Araştırmamız sonuçlarında Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Genel İyilik alt boyut puanları genç hastalarda yaşlı hastalara göre daha fazla bulunmuştur (Tablo 4.2.1). Genç ve yaşlı hastaların aldıkları tedavi ve Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği genel iyilik alt boyutu sonuçlarına bakıldığında ise yine genç hastaların puanlarının yaşlı hastalara göre daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.4). Bu sonuçlara göre yaşlı hastaların gençlere kıyasla genel iyilik ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu söylenebilir. Literatüre bakıldığında ise bizim çalışmamızı destekler nitelikte olarak Pınar ve arkadaşlarının 2008'de yapmış oldukları çalışmada da benzer şekilde yaşın ilerlemesiyle birlikte genel iyilik halinin bozulduğu bulunmuştur (126).

Genç ve yaşlı hastaların aldıkları kür sayısı ile Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği sosyal ilişkiler ve iş performansı alt boyut puanları incelendiğinde alınan kür sayısından bağımsız olarak genç hastaların puanlarının yaşlı hastalardan daha fazla olduğu bulunmuştur (Tablo 4.2.5). Bu durumun nedeni olarak genç hastaların yaşlı hastalara göre daha fazla iş hayatında bulunması ve sosyal ilişkiler kurmak zorunda kalması ile bu durumu daha kolay benimseyebilmiş olabilecekleri şeklinde düşünülmektedir. Williams ve arkadaşlarının 2019' da yapmış olduğu çalışmada da yaşlı meme kanserli hastaların daha kötü sosyal ilişkilere sahip olduğu belirtilmektedir (125).

Genç hastaların Rotterdam Semptom Kontrol Listesi Fiziksel Semptomlar alt boyutu puanları ile Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde negatif yönlü zayıf ilişki bulunmuş olup, aynı şekilde geriatrik hastaları incelediğimizde de negatif yönlü zayıf ilişki olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.3.1, 4.3.2). Bu durumda hem genç hastalar hem yaşlı hastalar için Fiziksel Semptomlar alt boyut puanlarının artması hastaların yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır. Lewandowska ve arkadaşlarının 2020'de yapmış oldukları çalışma, bizim çalışmamızı destekler niteliktedir. Fiziksel semptomlar arttıkça kanser hastalarının yaşam kalitesinin düştüğünü, günlük işlerini yapmakta zorlandıklarını bulmuşlardır (127).

Genç hastaların ve yaşlı hastaların Rotterdam Semptom Kontrol Listesi Günlük Yaşam Aktivitesi alt boyut puanları ile Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puanları arasındaki ilişki de ise genç hastalarda negatif yönlü zayıf düzey ilişki tespit edilmiş, yaşlı hastalar da ise negatif yönlü yüksek düzey ilişki olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3.1, 4.3.2). Sonuçlar incelendiğinde hem genç hem yaşlı hastaların günlük yaşam aktiviteleri alt boyut toplam puanlarının artmasıyla Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeğinin toplam puanları azalarak yaşam kalitesinin düştüğü tespit edilmiştir. Fakat yaşlı hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememe sonucu yaşam kaliteleri genç hastalara oranla daha fazla düşmektedir. 2019' da Kutlutürkan ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma da bulgularımızı destekler niteliktedir (17).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Genç onkoloji hastaları ile yaşlı onkoloji hastaları arasındaki semptom farklıları ve yaşam kalitesinin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışma doğrultusunda aşağıdaki sonuçlar bulunmuştur.

- Araştırmamız sonucunda genç ve yaşlı onkoloji hastaları arasında semptom farklılıları saptanmıştır.
- Çalışma sonucumuzda yaşlı kanser hastalarında en çok görülen kanser tipi akciğer kanseri ve kolon kanseri olurken; genç hastalarda en çok karşılaşılan kanser tipinin ise meme kanseri ve kolon kanseri olduğu tespit edilmiştir.
- Çalışmamızda hem genç hastalarda hem yaşlı hastalarda en çok yaşanılan ortak semptomlar bulantı- kusma, ağrı ve yorgunluk olup sıralaması genç ve yaşlılarda farklılık göstermektedir. Genç hastalarda birinci sırada bulantı varken yaşlı hastalarda ilk sırada yorgunluk yer almaktadır.
- Çalışmamızda genç kanser hastaları psikolojik sorunları yaşlı kanser hastalarına göre daha fazla yaşadığı saptanmıştır.
- Çalışmamız sonucu incelendiğinde genç ve geriatrik hastaların yaşam kalitesi arasında fark olduğu saptanmış olup yaşlı hastaların yaşam kalitesinin genç hastalara göre daha olumsuz etkilendiği bulunmuştur.
- Uyku sorunları genç hastaların yaşam kalitesini daha çok etkilemektedir.
- Yaşlı hastalarda kanser tipi ve cinsiyet uyku bozukluğunu etkilemektedir. Yaşlı kadın hastaları uyku bozukluğu, yaşlı erkek hastalara göre yaşamlarını daha fazla etkilemektedir.

Çalışma sonuçları doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunabiliriz:

- Geriatrik ve genç popülasyonda girişimsel çalışmalar yapılılabilir.
- Hem yaşlı kanser hastaları hem genç kanser hastaları için semptomlar arasında farklılık olmasından dolayı hastaların hemşirelik bakımları bu farklar göz önünde bulundurularak yapılmalıdır.
- Kanser hastaların yaşam kalitesini yükseltmek için hastalara uygun tedavi, bakım ve eğitim verilmelidir. Ayrıca onkoloji hemşirelerine hizmet içi eğitimler verilerek farkındalıkları daha da arttırılmalı ve bu sayede hastaların yaşam kalitelerinin olumlu yönde ilerlemesine yardımcı olunmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. World Health Organization (WHO (Erişim tarihi: 03.07.2022). Erişim Adresi: https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_
2. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Ölüm Nedeni İstatistikleri (Erişim Tarihi:03.07.2022). Erişim Adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710#
3. New Global Cancer Data: GLOBOCAN (Erişim Tarihi: 04.07.2022). Erişim adresi: https://gco.iarc.who.int
4. Wedding, U, Pientka, L, Höffken K. Quality-of-life in elderly patients with cancer: a short review. European journal of cancer, 43(15), 2007; 2203-2210.
5. American Cancer Society, Cancer Facts & Figures 2012. Atlanta: American Cancer Society, 2012.
6. Yerli G. Yaşlılık Dönemi Özellikleri Ve Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler. Journal of International Social Research, 2017; 10(52).
7. Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK). İstatistiklerle Yaşlılar, 2023 (Erişim Tarihi:02.04.2024)
8. Aslan A, Can Mİ. Yaşlanmanın moleküler temelleri. Erciyes Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 30(2):107-112.
9. Balducci L, Beghe C. Cancer and age in the USA, Critical Reviews in Oncology/Hematology, 2001; 37 (2), 137-145.
10. Mutluay E. Yaşlı kanser hastalarında ağrı. Türk Onkoloji Dergisi, 2015; 30(1).
11. Miller KD, Fidler-Benaoudia M, Keegan, TH, Hipp HS, Jemal A, Siegel RL. Cancer statistics for adolescentents and young adults, 2020 CA: A Cancer Journal For Clinicians, 2020; 70 (6), 443-459.
12. Garrison CM, Overcash J, McMillan SC. Predictors of Quality of Life in Elderly Hospice Patients with Cancer. J Hosp Palliat Nurs 2011; 13(5): 288-297.
13. Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2021 (Erişim Tarihi:12.07.2022) Erişim adresi: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=45500.
14. Kentsis A. Why do young people get cancer? Pediatr Blood Cancer. 2020 Jul;67(7).
15. Sürmeli ZG, Arslan G. Palyatif bakımda yaşlılar ve onkolojik sorunlar, Türkiye Klinikleri J Geriatr-Özel Konular. 2018;4(1):67-71.
16. Cataldo JK, Paul S, Cooper B, Skerman, H, Alexander K, Aouizerat, B ve ark. Differences in the symptom experience of older versus younger oncology outpatients: a cross-sectional study. BMC cancer, 2013; 13(1), 1-16.
17. Kutlutürkan, S, Öztürk ES, Erdoğan, SB, İyimaya Ö, Bay F, Gül F. Yaşlı kanser hastalarında yaşam kalitesinin ve semptomların değerlendirilmesi. Van Tıp Dergisi, 2019; 26(4), 418-426.
18. Hahn EE, Wu YL, Munoz-Plaza CE, Garcia Delgadillo J, Cooper RM, Chao CR. Use of recommended posttreatment services for adolescent and young adult survivors of Hodgkin lymphoma. Cancer, 2019; 125(9), 1558-1567.
19. Taylor HO, Taylor RJ, Nguyen AW, Chatters L. Social Isolation, Depression, and Psychological Distress Among Older Adults. J Aging Health. 2018; 30(2):229-246.

20. American Cancer Society. Cancer facts & figures. The Society. 2022. (Erişim Tarihi: 02.11.2022). Erişim adresi: https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2022/2022-cancer-facts-and-figures.pdf
21. Çelik GHT. Onkoloji hemşireliğinde semptom yönetimi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2016; 5(4): 93-100.
22. Szubski KL. The evolving role of the nurse during the cancer treatment decision making process: a literature review. Clinical Journal of Oncology Nursing, 2015; 19(5): 548.
23. WHOQoL Grubu. Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi değerlendirme aracının (WHOQOL) geliştirilmesi. Yaşam kalitesi değerlendirmesinde: Uluslararası perspektifler. Berlin, Heidelberg. 1994; 41-57.
24. Karaman M. Adölesan hematoloji-onkoloji hastalarında uyku ve yaşam kalitesinin belirlenmesi Yüksek Lisans Tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi; 2022
25. Çalışkan T, Duran S, Karadaş A, Tekir Ö. Kanser hastalarının yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2015; 17(1): 27-36.
26. Bıkmaz Z. Lösemili hastaların yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.
27. Arslan S. Kanserli hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2000; 6(3).
28. Kök N. 65 yaş üzeri kemoterapi alan kanser hastalarının semptom, semptom kümelemesi ve fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2021.
29. Can G. Onkoloji hemşireliği: 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi;2019.
30. Ayar T. Onkoloji Hastalarının Algıladıkları Yalnızlık Ve Sosyal Destek Düzeyinin Yaşam Kalitesi Ve Semptom Kontrolü Üzerine Etkisi Yüksek Lisans Tezi. Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi; 2018.
31. Bond SM. Crossing the threshold of cancer and aging: integrating gerontological and oncological nursing knowledge and skills. J Gerontol Nurs. 2010; 36(2):3-4
32. Coccia PF, Pappo AS, Beaupin L, Borges VF, Borinstein SC, Chugh R ve ark.. Adolescent and Young Adult Oncology NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2018;16(1):66-97.
33. Akkanat Karagil FM, Harmancı H. Kanser Tanısı Alan Birey Ve Ailesinde Ruh Sağlığı. Karatay Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2022; -(9): 63-90.
34. Yokuş B, Çakır DÜ. Kanser Biyokimyası. Dicle Üniv Vet Fak Derg 2012; 1(2): 7-18.
35. Scott AR, Stoltzfus KC, Tchelebi LT. Trends in Cancer Incidence in US Adolescents and Young Adults, 1973-2015. JAMA Netw Open. 2020; 3(12).
36. Close AG, Dreyzin A, Miller KD, Seynnaeve BKN, Rapkin LB. Adolescent and young adult oncology-past, present, and future. CA Cancer J Clin. 2019; 69(6): 485-496.
37. Lewis DR, Seibel NL, Smith AW, Stedman MR. Adolescent and young adult cancer survival. J Natl Cancer Inst Monogr. 2014; (49): 228-35.
38. Bölüktaş Rb. Yaşlanma Teorileri Ve Geriatrik Değerlendirme. İstanbul; 2019.

39. Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK). İstatistiklerle Yaşlılar, 2023 (Erişim Tarihi:12.04.2024.
40. Karaoğlu A, Yavuzşen T. Geriatrik Onkoloji. İkinci Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri;2022.
41. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2019. CA Cancer J Clin 2019;69(1):7-34.
42. Mandelblatt JS, Hurria A, McDonald BC, Saykin AJ, Stern RA, VanMeter JW ve ark. Thinking and Living With Cancer Study. Cognitive effects of cancer and its treatments at the intersection of aging: what do we know; what do we need to know? Semin Oncol. 2013; 40(6): 709-25.
43. Öksüzokyar MM, Eryiğit SÇ, Düzen KÖ, Mergen BE, Sökmen ÜN, Öğüt S. Biyolojik Yaşlanma Nedenleri ve Etkileri MAKÜ Sağlık Bilimleri Enstisü. Dergisi 2016; 4(1): 34-41.
44. Mijit M, Caracciolo V, Melillo A, Amicarelli F, Giordano A. Role of p53 in the Regulation of Cellular Senescence. Biomolecules. 2020; 10(3):420
45. Bektaş H. Kalav S. Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi. 2017; (11): 202-214.
46. Odden MC, Peralta CA, Haan MN, Covinsky KE. Rethinking the association of high blood pressure with mortality in elderly adults: the impact of frailty. Arch Intern Med. 2012; 172(15):1162-8.
47. Yavuzer H, Cengiz M. Çok Yönlü Geriatrik Değerlendirme. Türkiye Klinikleri J Intern Med. 2016; 1(1): 17-23.
48. Cleeland CS. Symptom Burden: Multiple Symptoms and Their Impact as Patient Reported Outcomes. J Natl Cancer Inst Monogr. 2007; (37): 16-21.
49. Hawkins R, Grunberg S. Chemotherapy induced nausea and vomiting: challenges and opportunities for improved patient outcomes. Clin J Oncol Nurs. 2009; 13(1): 54-64.
50. Lohr L. Chemotherapy induced nausea and vomiting. Cancer J. 2008; 14(2): 85-93.
51. Navari RM. Nausea and Vomiting in Advanced Cancer. Curr Treat Options Oncol. 2020; 5,21(2):14.
52. Yangöz ŞT. Kanser Ağrısı Olan Hastaların Ve Bakım Verenlerin Ağrıya İlişkin Görüşleri Ve Bakım Yüklerinin Belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi; 2013.
53. Van den Beuken-van Everdingen MHJ, De Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, Van Kleef M, Patijn J. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. Annals of Oncology. 2007; 18: 1437–1449.
54. Karakaya Duman D. Geriatri Kanser Hastalarında Ağrı Ve Günlük Yaşam Aktiviteleri Arasındaki İlişki [Yüksek Lisans Tezi]. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2017.
55. Bower JE. Cancer-related fatigue mechanisms, risk factors, and treatments. Nat Rev Clin Oncol. 2014;11(10): 597-609.
56. NCCN Guidelines Version 1.2014 Cancer related fatigue [İnternet]. 2014 [Erişim Tarihi:18 Eylül 2023]. Erişim Adresi: https://paulatakacsfoundation.org/resources/nccn-the-national-comprehensive-cancer-network

57. Sadeghian M, Rahmani S, Zendehdel M, Hosseini SA, Zare Javid A. Ginseng and Cancer-Related Fatigue: A Systematic Review of Clinical Trials. Nutr Cancer. 2021; 73(8): 1270-1281.
58. Jones G, Gollish M, Trudel G, Rutkowski N, Brunet J, Lebel S. A perfect storm and patient provider breakdown in communication: two mechanisms underlying practice gaps in cancer-related fatigue guidelines implementation. Support Care Cancer. 2021; 29(4): 1873-1881.
59. Karakuş Z, Canlı Özer Z. Kanserle İlişkili Yorgunluk Yönetiminde Güncel Stratejiler ve Hemşirelik Girişimleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2022; 15 (3): 376-386.
60. Thong MSY, van Noorden CJF, Steindorf K, Arndt V. Cancer Related Fatigue: Causes and Current Treatment Options. Curr Treat Options Oncol. 2020. 5;21(2): 17.
61. Karadağ E. Yaşlı Kanser Hastalarında Yorgunluk. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2018; 11(4) 328-333
62. Cherny N, Catane R, Chasen M, Grigorescu Ac, Hassan Aa, Kloke M. İlerlemiş Kanserli Hastalar İçin Bir Kılavuz; Onkoloğunuzdan En Fazlasını Almak .Avrupa Tıbbi Onkoloji Derneği [Esmo].2011; 1-8
63. Moschen AR, Sammy Y, Marjenberg Z, Heptinstall AB, Pooley N, Marczewska AM. The Underestimated and Overlooked Burden of Diarrhea and Constipation in Cancer Patients. Curr Oncol Rep. 2022 Jul;24(7):861-874.
64. Viele CS. Overview of chemotherapy-induced diarrhea. Semin Oncol Nurs. 2003; 19;4(3): 2-5.
65. Andreyev J, Ross P, Donnellan C, Lennan E, Leonard P, Waters C. ve ark. Guidance on the management of diarrhoea during cancer chemotherapy. Lancet Oncol. 2014;15(10):e447-60.
66. Laugsand EA, Jakobsen G, Kaasa S, Klepstad P. Inadequate symptom control in advanced cancer patients across Europe. Support Care Cancer. 2011; 19(12): 2005-14.
67. Ulusal Kanser Enstitüsü. Olumsuz Olaylara İlişkin Ortak Terminoloji Kriterleri [İnternet]. 2017 [Erişim Tarihi 24 Eylül 2023] Erişim Adresi: https://ctep.cancer.gov/protocoldevelopment/electronic_applications/docs/ctcae_v5_quick_reference_8.5x11.pdf
68. Wickham RJ. Managing constipation in adults with cancer. J Adv Pract Oncol 2017; 8(2): 149-61.
69. Davies A, Leach C, Caponero R. MASCC recommendations on the management of constipation in patients with advanced cancer. Support Care Cancer. 2020; 28: 23–33
70. Rumman E, Gallinger ZR, Liu LT. Opioid induced constipation in cancer patients: pathophysiology, diagnosis and treatment, Expert Review of Quality of Life in Cancer Care. 2016; 1(1); 25-35.
71. McQuade RM, Stojanovska V, Abalo R, Bornstein JC, Nurgali K. Chemotherapy-induced constipation and diarrhea: pathophysiology, current and emerging treatments. Front Pharmacol. Frontiers Media S.A. 2016: 3(7); 414.
72. Dayanç İ. Kemoterapiye Bağlı Alopesi Gelişen Hastaların Beden İmajı Ve Benlik Saygısının Belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi; 2017.

73. Dua P, Heiland MF, Kracen AC, Deshields, TL. Cancer-related hair loss: a selective review of the alopecia research literature. Psycho-Oncology. 2017: 26(4); 438–443.
74. Wikramanayake TC, Haberland NI, Akhundlu A, Laboy Nieves A, Miteva M. Prevention and Treatment of Chemotherapy-Induced Alopecia: What Is Available and What Is Coming? Curr Oncol. 2023; 30(4): 3609-3626.
75. Shah VV, Wikramanayake TC, DelCanto GM, Hurk CVD. Wu S, Lacouture ME. Scalp hypothermia as a preventative measure for chemotherapy-induced alopecia: a review of controlled clinical trials. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. 2018: 32(5); 720-734.
76. Özüsağlam E. Kemoterapiye Bağlı Alopesi Algısının Psikososyal Yaşama Etkisi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2018.
77. Chon SY, Champion RW, Geddes ER, Rashid RM. Chemotherapy-induced alopecia. Journal of the American Academy of Dermatology. 2012: 67(1); e37–e47
78. Chan CWH, Law BMH, Wong MMH. Oral mucositis among Chinese cancer patients receiving chemotherapy: effects and management strategies. Asia-Pac J Clin Oncol. 2021: 17; e10–e17.
79. Çakmak S. Kemoterapi Alan Hastalarda Oral Mukozit Sıklığı Ve Risk Faktörleri [Yüksek Lisans Tezi]. Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi; 2015.
80. Chaveli-López B. Oral toxicity produced by chemotherapy: A systematic review. J Clin Exp Dent. 2014:1; 6(1); e81-90.
81. Abalı Pilas S. Kemoterapi Alan Kanserli Hastalarda Oral Mukozit Düzeyi Ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Edirne: Trakya Üniversitesi; 2023.
82. Oronsky B, Goyal S, Kim MM, Cabrales P, Lybeck M, Caroen S. A Review of Clinical Radioprotection and Chemoprotection for Oral Mucositis. Translational oncology. 2018: 11(3); 771–778
83. Oakvik J, Ready D. Updates in Cancer-Related Symptom Management of Anorexia and Cachexia Syndrome. Semin Oncol Nurs. 2022: 38(1); 151254.
84. Kubrak C, Olson K, Jha N, Jensen L, McCargar L, Seikaly H. Nutrition impact symptoms: Key determinants of reduced dietary intake, weight loss, and reduced functional capacity of patients with head and neck cancer before treatment. Head &Neck. 2010: 32(3); 290-300.
85. Grassi L. Psychiatric and psychosocial implications in cancer care: the agenda of psycho-oncology. Epidemiol Psychiatr Sci. 2020: 9(29); e89.
86. Lavin M, Hyde A. Sexuality as an aspect of nursing care for women receiving chemotherapy for breast cancer in an Irish context. European journal of oncology nursing.2006: 10(1); 10-18.

87. Chow KM, Chan CWH, Choi KC. A practice model of sexuality nursing care: a concept mapping approach. Support Care Cancer. 2021: 29;1663–1673.

88. Ayaktan Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Karşılanmamış Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Yaş Bağlamında İncelenmesi İrem Ayvat Psikiyatri Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi Ankara 2019.

89. Lafçı D, Yıldız E, Toru F, Karakaya D. Kanser hastalarında bakım yükü ve bakım verenlere etkisi. Sağlık Akedemisyenleri Dergisi. 2020; 7(2): 105-111.

90. Shahrokni A, Kim SJ, Bosl GJ, Korc-Grodzicki B. How We Care for an Older Patient With Cancer. J Oncol Pract. 2017 Feb;13(2):95-102.

91. Menekli T, Doğan F, Elkıran ET. Kanserli Hastalarda Hastalık Algısı Ve Yaşam Kalitesi. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2020:17(3); 467-74.

92. Ertin B, Kurt S. Evaluation of symptom control and functional quality of life in Turkish patients with cancer during chemotherapy. Eur J Oncol Nurs. 2022 Dec;61:102239.

93. Bleyer A, Barr R. Cancer in young adults 20 to 39 years of age: overview. Semin Oncol. 2009 Jun;36(3):194-206.

94. Smith AW, Seibel NL, Lewis DR, Albritton KH, Blair DF, Blanke CD ve ark. Next steps for adolescent and young adult oncology workshop: An update on progress and recommendations for the future. Cancer. 2016 Apr 1;122(7):988-99.

95. Drageset J, Sandvik RK, Eide LSP, Austrheim G, Fox M, Beisland EG. Quality of life among cancer inpatients 80 years and older: a systematic review. Health Qual Life Outcomes. 2021: 20;19(1); 98.

96. Hjelmeland IHH, Drageset J, Nordvik Ø, Beisland EG. Quality of life in home-dwelling cancer patients aged 80 years and older: a systematic review. Health Qual Life Outcomes. 2022: 28;20(1);154.

97. Karaman M. Adölesan Hematoloji- Onkoloji Hastalarında Uyku Ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Bursa: Uludağ Üniversitesi; 2022.

98. West HJ, Jin, JO. Performance status in patients with cancer. JAMA oncology,2015; 1(7), 998-998.

99. Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, McFadden ve ark. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol. 1982;5(6):649-55.

100. Özdemir SD. Toplumda yaşayan yaşlılarda mini-cog testinin demans taramasındaki etkinliğinin Mmse, Q-Mcı ve Moca testleriyle kıyası: Bir Saha Çalışması [Uzmanlık Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2019.

101. Gedik G. Kognitif fonksiyonların değerlendirilmesinde minicog testinin minimental teste göre türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi [Uzmanlık Tezi]. Ankara: Gazi Üniversitesi; 2015.

102. Can G, Durna, Z, Aydıner A. Meme kanserli Türk kadınlarının yorgunluk ve bakım ihtiyaçlarının değerlendirilmesi. Kanser hemşireliği. 2004; 27 (2), 153-161.

103. Arslan, S, Fadıloğlu Ç. Kanserde uyku sorunlarının yaşam kalitesi üzerine etkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2009; 11 (2), 16-27.

104. Ozyilkan O, Karaagaoglu E, Topeli A, Kars A, Baltali E, Tekuzman G, ve ark. A questionnaire for the assessment of quality of life in cancer patients in Turkey. Materia Medica Polona. 1995;27(4):153-6.

105. Yates P, Miaskowski C, Cataldo JK, Paul SM, Cooper BA, Alexander K ve ark. Differences in Composition of Symptom Clusters Between Older and Younger Oncology Patients. J Pain Symptom Manage. 2015 Jun;49(6):1025-34.

106. Morse L, Cooper BA, Ritchie CS, Wong ML, Kober KM, Harris C ve ark. Stability and consistency of symptom clusters in younger versus older patients receiving chemotherapy. BMC Geriatr. 2024 Feb 16;24(1):164).

107. Loh KP, Janelsins MC, Mohile SG, Holmes HM, Hsu T ve ark. Chemotherapy-related cognitive impairment in older patients with cancer. J Geriatr Oncol. 2016 Jul;7(4):270-80.

108. Lange M, Heutte N, Rigal O, Noal S, Kurtz JE, Lévy C ve ark. Decline in Cognitive Function in Older Adults With Early-Stage Breast Cancer After Adjuvant Treatment. Oncologist. 2016 Nov;21(11):1337-1348.

109. Çelik E. Kanser Tedavisi Gören Yaşlı Kanser Hastalarında Yaşın, Duygu-Durumun Ve Aktivite Düzeyinin Yaşam Kalitesine Etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2023.

110. Yeşilbakan Usta Ö, Akyol Durmaz A, Çetinkaya Y ve ark. Kemoterapi Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye Bağlı Yaşadıkları Semptomlar ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2005: 21(1); 13-31.

111. Saracino RM, Nelson CJ. Identification and treatment of depressive disorders in older adults with cancer. J Geriatr Oncol. 2019 Sep;10(5):680-684).

112. Boyes AW, Clinton-McHarg T, Waller AE, Steele A, D'Este CA, Sanson-Fisher RW. Prevalence and correlates of the unmet supportive care needs of individuals diagnosed with a haematological malignancy. Acta Oncol. 2015;54(4):507-14.

113. Thong MSY, van Noorden CJF, Steindorf K, Arndt V. Cancer-Related Fatigue: Causes and Current Treatment Options. Curr Treat Options Oncol. 2020 Feb 5;21(2):17

114. Rao A, Cohen HJ. Symptom management in the elderly cancer patient: fatigue, pain, and depression. J Natl Cancer Inst Monogr. 2004;(32):150-7.

115. Bağ B. Kanser Hastalarında Yorgunluğa Bağlı Psikososyal Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2012: 21(4); 253-273.

116. Alexander K, Goldberg J, Korc-Grodzicki B. Palliative Care and Symptom Management in Older Patients with Cancer. Clin Geriatr Med. 2016 Feb: 32(1); 45-62.

117. Mercadante S, Arcuri E. Yaşlılarda Kanser Ağrısının Farmakolojik Yönetimi. Yaşlanma İlaçları. 2007: 24 ;761–776.

118. Herrstedt J, Lindberg S, Petersen PC. Prevention of Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting in the Older Patient: Optimizing Outcomes. Drugs Aging. 2022 Jan;39(1):1-21.

119. Günal N, Gülbahar G, Öztürk EB, Sakıncı Ünal, Dural K. Akciğer kanserinde prognostik faktörler. Turk J Clin Lab 2016: 7(2); 39-47.

120. Braun DP, Gupta D, Staren ED. Quality of life assessment as a predictor of survival in non-small cell lung cancer. BMC Cancer. 2011: 15(11); 353.

121. Ritchie C, Dunn LB, Paul SM, Cooper BA, Skerman H, Merriman JD, Differences in the symptom experience of older oncology outpatients. J Pain Symptom Manage. 2014: 47(4); 697-709.

122. Bischel LE, Ritchie C, Kober KM, Paul SM, Cooper BA, Chen LM, ve ark. Age differences in fatigue, decrements in energy, and sleep disturbance in oncology patients receiving chemotherapy, European Journal of Oncology Nursing. 2016: 115-123.

123. Ginzac A, Dubois S, Hager MO, Kwiatkowski F, Passildas J, Biau J ve ark. Quality of life for older patients with cancer: a review of the evidence supporting melatonin use. Aging Clin Exp Res. 2020 Dec: 32(12); 2459-2468.

124. Ceylan MV. Psikiyatri Anabilim Dalı Meme Kanseri Olan Hastalarda Tanı Sonrası Psikososyal Sorunlar [Uzmanlık Tezi].Diyarbakır: Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi;2009.

125. Williams GR, Deal AM, Sanoff HK, Nyrop KA, Guerard EJ, Pergolotti M ve ark. Frailty and health-related quality of life in older women with breast cancer. Support Care Cancer. 2019: 27(7); 2693-2698.

126. Pınar G, Cezayir L, Çolak M, Ayhan A. Jinekolojik Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi. Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi. 2008: 3(18).

127. Lewandowska A, Rudzki G, Lewandowski T, Próchnicki M, Rudzki S, Laskowska B. Quality of Life of Cancer Patients Treated with Chemotherapy. Int J Environ Res Public Health. 2020 Sep 23;17(19):6938.

8. EKLER

Ek- 1. Hasta Tanılama Formu

1) Yaş: …….

2) Cinsiyet: ( )Kadın ( )Erkek

3) Medeni Durum: ( )Evli ( )Bekar

4) Çocuk Sayısı: ……

5) Eğitim Durumu: ( )İlkokul ( )Ortaokul ( )Lise ( )Lisans ( )Lisansüstü

6) Çalışma Durumu: ( )Çalışıyorum ( )Çalışmıyorum

7) Meslek: ( )İşçi ( )Memur ( )Emekli ( )Serbest ( )Diğer...

8) Tanı (Kanser Tipi): ……..

9) Hastalığın Metastaz Durumu: ( )Var …….. ( )Yok

10) Hastalığınız dışında tanı aldığınız başka bir hastalığınız var mı? (HT, KOAH, DM, vb.):……

11) Hastalığınız Sürecinde Hangi Tedavileri Aldınız? (Bırden fazla seçenek işaretlenebilir)

( )Kemoterapi ( )Radyoterapi ( )Hormon Tedavi ( )Cerrahi Tedavi ( )Diğer……

12) Kemoterapi Kür Sayısı: ……

13) Hastalık ve Tedavi Sürecinde En Çok Etkilendiğiniz Semptom Nedir? (Birden fazla şık işaretlenebilir)

( )Bulantı- Kusma ( )Ağrı ( )Ateş ( )Yorgunluk ( )İshal ( )Kabızlık ( )Ağız yarası ( )Saç dökülmesi ( )Kanama ( )İştah/ kilo kaybı

( )Enfeksiyon ( )Solunum sıkıntısı ( )Psikolojik sorunlar ( )Cinsel sorunlar

( )Diğer (Açıklayınız) …….

Ek- 2. Ecog Performans Skoru (Ecog Performance Status Scale)

0 - Asemptomatik (Tam aktif, tüm hastalık öncesi aktivitelerini kısıtlama olmaksızın yapabilir)

1 - Semptomatik fakat tamamen ayakta (Zorlu fizik aktivitede kısıtlama var, ancak ayakta ve hafif işleri yapabilir. Örneğin hafif ev ve ofis işleri)

2 - Semptomatik, %50'den daha az yatakta (Ayakta ve kendi bakımını yapabilir, ancak herhangi bir işte çalışamaz ve gündüz saatlerinin %50'sinden fazlasını ayakta geçirebilir)

3 - Semptomatik, %50'den daha fazla yatakta (Kendi bakımını yapmakta zorlanıyor, gündüz saatlerinin %50'sinden fazlasında yatakta)

4 - Yatalak (Kendi bakımını yapamıyor, tam olarak sandalye veya yatağa bağımlı)

5- Ölüm

ECOG Performans Skoru değeri:…….

( ) 0 ( ) 1 ( )2 ( ) 3 ( ) 4 ( )5

Ek- 3. Mini- Cog Testi

Birinci bölüm: 3 nesnenin yenden hatırlanması Lütfen dikkatli bir şekilde dinleyin ve aşağıdakileri tekrarlatın.

ELMA, SAAT, KURUŞ

İkinci bölüm: Saat çizme testi

Saat çizme testini yaptırın.

Üçüncü bölüm:
Yukardaki 3 maddenin isimlerini tekrarlamasını isteyin. ---------- ---------- ----------

Skorlama Doğru hatırlanmış madde sayısı ----------
(3 ise negatif tarama, Durdurun)

Yanıt 1-2 ise →Saat çizme testine bakın. Saat çizimi anormal mi?

Yanıt "hayır" ise tarama negatif

Yanıt "Evet ise bilişsel bozulma pozitif

Ek- 4. Rotterdam Semptom Checklisti

Son bir hafta içinde ne derecede……. yaşadınız?

	Hiç	**Biraz**	**Nadiren**	**Çok Fazla**
İştahsızlık	0	1	2	3
Ofke	0	1	2	3
Yorgunluk	0	1	2	3
Uzüntü	0	1	2	3
Kas ağrısı	0	1	2	3
Depresyon	0	1	2	3
Enerji eksikliği	0	1	2	3
Bel ağrısı	0	1	2	3
Sinirlilik	0	1	2	3
Bulantı	0	1	2	3
Geleceğe yönelik ümitsizlik	0	1	2	3
Uykusuzluk	0	1	2	3
Baş ağrısı	0	1	2	3
Kusma	0	1	2	3
Baş dönmesi	0	1	2	3
Cinsel yaşama ilgi azalması	0	1	2	3
Gerginlik	0	1	2	3
Karın ağrısı	0	1	2	3
Nedeni belli olmayan korku	0	1	2	3
Kabızlık	0	1	2	3
Diyare	0	1	2	3
Hazımsızlık	0	1	2	3
Titreme /ürperme	0	1	2	3
El ve ayaklarda karıncalanma	0	1	2	3
Konsantrasyon bozukluğu	0	1	2	3

Ağızda ağrılı yara	0	1	2	3
Saç dökülmesi	0	1	2	3
Göz yanması/ağrısı	0	1	2	3
Nefes darlığı	0	1	2	3
Ağız kuruluğu	0	1	2	3

Aşağıdaki faaliyetleri ne derecede sürdürebiliyorsunuz?

	Yapamıyorum	**Yardımla yapıyorum**	**Yardımla yapıyorum / fazla zorlanıyorum**	**Yardımsız yapıyorum**
Kendine bakmak	3	2	1	0
Evin etrafında yürümek	3	2	1	0
Hafif ev işi yapmak	3	2	1	0
Merdiven çıkmak	3	2	1	0
Ağır ev işi	3	2	1	0
Dışarıya çıkmak	3	2	1	0
Alış verişe gitmek	3	2	1	0
İşe gitmek	3	2	1	0

Ek- 5. Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği

	Evet, bana tamamen uygun	Bana oldukça uygun	Kısmen uygun kısmen değil	Bana pek uygun değil	Hayır, bana hiç uygun değil
1- Kendimi sağlıklı hissediyorum.	1	2	3	4	5
2- Ara sıra başım dönüyor.	1	2	3	4	5
3- Her fırsatta oturur, yatar dinlenirim.	1	2	3	4	5
4- Güç gerektiren işleri zorlanmadan yapıyorum.	1	2	3	4	5
5- Kendi işlerimi kendim yapıyorum.	1	2	3	4	5
6- Işlerimi mümkün olduğu kadar erteliyorum.	1	2	3	4	5
7- Günlük yaşantım değişmedi.	1	2	3	4	5
8- Ikide bir başım ağrıyor.	1	2	3	4	5
9- Her hangi bir sorunum yok, rahat deliksiz uyuyorum.	1	2	3	4	5
10- Düzenli yemek yerim, öğün sektirmem.	1	2	3	4	5
11- Fırsat buldukça yürümek isterim.	1	2	3	4	5
12- Işe başlamak bana zor geliyor.	1	2	3	4	5
13- Sinema, tiyatro, kahve gibi kalabalık yerlere girmek istemiyorum.	1	2	3	4	5
14- Benim için en iyisi evde pineklemek.	1	2	3	4	5
15- Dalgınım, kendimi önümdeki işe veremiyorum.	1	2	3	4	5
16- Cinsel hayatımda bir sorun yok.	1	2	3	4	5
17- Gece uyanıp, tekrar uyumakta zorluk çekiyorum.	1	2	3	4	5
18- Çok ağrım var	1	2	3	4	5
19- Iş verimim düştü çok hata yapar oldum.	1	2	3	4	5
20- Iş ortamından memnunum.	1	2	3	4	5
21- Cinsel ilişkiden zevk alamıyorum.	1	2	3	4	5
22- Kendimden memnunum.	1	2	3	4	5
23- Merdiven ve yokuş çıkarken zorlanıyorum.	1	2	3	4	5

24- Düz yolda istediğim kadar yürüyebiliyorum.	1	2	3	4	5
25- Cinsel isteğim azaldı.	1	2	3	4	5
26- Günlük işler bile bana zor geliyor.	1	2	3	4	5
27- Ağrı nedir bilmem.	1	2	3	4	5
28- Bir türlü gözüme uyku girmiyor.	1	2	3	4	5
29- İşim dışında zevkle yaptığım uğraşlarım var.	1	2	3	4	5
30- İştahım yok, yemek için kendimi zorluyorum.	1	2	3	4	5
31- Işimi zevkle yapıyorum.	1	2	3	4	5
32- Gerginim, en ufak aksaklığa bile sinirleniyorum.	1	2	3	4	5
33- Daha önce hiç ilgilenmediğim yeni uğraşlar edindim.	1	2	3	4	5
34- Bu durum nedeniyle cinsel ilişkiden zevk alamıyorum.	1	2	3	4	5
35- Sabahları uyandığımda kendimi dinç ve uyanmış hissediyorum.	1	2	3	4	5
36- Eşe dosta gitmek içimden gelmiyor.	1	2	3	4	5
37- Unutkanım, isimleri hatırlamakta güçlük çekiyorum.	1	2	3	4	5
38- Daha yavaş iş yapar oldum.	1	2	3	4	5
39- Her şey bana anlamsız geliyor.	1	2	3	4	5
40- Ailemle birlikte olmak hoşuma gidiyor.	1	2	3	4	5
41- Bu durumu bir türlü kabullenemiyorum.	1	2	3	4	5
42- Kendimi bildim bileli bu kilodayım.	1	2	3	4	5

Ek- 6. Etik Kurul Onayı

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Doç.Dr. Özlem Uğur

Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**
AÇIK ADRES	
TELEFON	
FAKS	
E-POSTA	

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	7672-GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☒ DOKTORA ☐	
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	**Günübirlik Kemoterapi Tedavisi Alan Geriatrik Onkoloji Hastaları ile Genç Onkoloji Hastaları Arasındaki Semptom Farklılıkları ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi**	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr. Özlem Uğur Hemşirelik Fakültesi	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2023/13-07	Tarih:26.04.2023
	Doç.Dr. Özlem Uğur'un sorumlusu olduğu **"Günübirlik Kemoterapi Tedavisi Alan Geriatrik Onkoloji Hastaları ile Genç Onkoloji Hastaları Arasındaki Semptom Farklılıkları ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi"** isimli klinik araştırmaya ait araştırmacı dilekçesine ilişkin; Kurum izni ile ilgili bilgi edinilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Mehmet Birhan Yılmaz (Başkan)	Kardiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Şükran Köse (Başkan Yardımcısı)	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Ahmet Okay Çağlayan	Moleküler Tıp	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Suna Asilsoy	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Aliye Akcalı	Periodontoloji	Diş Hekimliği Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Hatice Şimşek Keskin	Halk Sağlığı	DEÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoğlu Aksay	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Meryem Öztürk Haney	Halk Sağlığı Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Şule Özbilgin	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Tolga Şahin	Spor Yönetim Bilimleri	Necat Hepkon Spor Bilimleri Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒	
Dr.Öğr.Üyesi Gamze Tuna	Tıbbi Biyokimya	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒	

Ek-7. İzmir Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği Kurum İzni

T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir İl Sağlık Müdürlüğü	İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	*Kod*	EAGK-FR-01
		Yayın Tarihi	27.05.2013
	ARAŞTIRMA ÖN İZİN / İZİN BELGESİ	*Rev. No/Tarihi*	02/ 16.11.2016
		Sayfa	1/2

İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ

ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Araştırmamı Kurumunuzda yapabilmem için gerekli ön iznin / iznin verilmesi hususunda, gereğini arz ederim.

Ad Soyad: Büşra Özdoğan

Araştırmanın;

Adı:	Günübirlik kemoterapi tedavisi alan geriatrik onkoloji hastaları ile genç onkoloji hastaları arasındaki semptom farklılıkları ve yaşam kalitesinin incelenmesi
Amacı:	Klinikte yaşlı kanser hastaları ve genç kanser hastaları arasında oluşan semptom farklılıklarından kaynaklı hastalara verilen tedavi ve hemşirelik bakımları da değişkenlik göstermektedir. Farklı olan semptomlar sonucu yaşam kalitesinde farklılıklar yaşanmaktadır. Bu nedenle hastaların yaşa bağlı oluşan semptom farklılıklarının ayrımı iyi bir şekilde yapılarak hastalara daha kaliteli bakımlar verilmelidir. Bu araştırma günübirlik kemoterapi tedavisi alan geriatrik onkoloji hastaları ile genç onkoloji hastaları arasındaki semptom farklılıkları ve yaşam kalitesinin incelenmesi amacıyla yapılacaktır.

Yöntemi:	Araştırmanın tipi karşılaştırmalı tanımlayıcı, korelasyon ve kestirimsel desene uygun olarak planlanmıştır. Örneklem belirlenmesinde yaş, cinsiyet, kanser tipi baz alınarak tabakalı örneklem yöntemi kullanılacaktır. Çalışmada yaşı ve genç kanser hastası popülasyonu incelendiğinden ve bu gruplardaki verilerin olabildiğince dengeli gelmesi adına her tabakaya eşit sayıda örneklem alınacaktır. Hastalar tabakalara basit rastgele örneklem yöntemi kullanılarak atanacaktır. orta etki büyüklüğü temel alınarak ve gruplarda aynı sayıda örneklem olacağı varsayılarak, %80 güç ve 0.05 anlamlılık düzeyinde ulaşılması gereken toplam örneklem sayısı 128 olarak saptanmıştır. Ancak çalışma sırasında kayıp olabileceği öngörülerek örneklem sayısı toplamda 140 alınmıştır. Örnekleme dahil edilme kriterleri; Genç hastalarda 18-64 yaş aralığında olmak, geriatrik hastalarda ise 65 yaş ve üstü olmak, araştırmaya katılmaya gönüllü olmak, okur-yazar olmak, meme, prostat, akciğer, kolorektal, jinekolojik kanser çeşitlerinden bir tanesinin tanısını almak, bilişsel işlevleri sürdürebilmek, genel durumu görüşmeye uygun olmak, tanısını en az 2 ay önce almak, Örneklemden dışlanma kriterleri ise; 18 yaş altında olmak, araştırmaya katılmayı kabul etmemek, hematolojik kanser hastalığına sahip olmak, beklenen yaşam ömrü 4 aydan az olmak, mini-cog test sonucunun 3' ün altında olması

	İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	Kod	EAGK-FR-01
		Yayın Tarihi	27.05.2013
	ARAŞTIRMA ÖN İZİN / İZİN BELGESİ	Rev. No/Tarihi	02/ 16.11.2016
		Sayfa	3/2

Uygulanacağı Yerler:	İzmir Katip Çelebi Hastanesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Günübirlik Kemoterapi Servisi
Varsa Destekleyen (Hibe destek, fon vb) Kurum/kuruluş Adı:	-
Başlama Tarihi ve Süresi:	Şubat 2023- Haziran 2023
Tez Çalışması ise Danışman Öğretim Üyesi Ad Soyadı:	Danışman: Doç. Dr. Özlem Uğur

Klinik / Birim Program Yöneticisi*

Klinik / Birim İdari Sorumlusu*
İmza

Bakım Hizmetleri Müdürü**

İmza

Eğitim Ar-Ge'den Sorumlu

BAŞHEKİM

Not: *Eğitim Araştırma Hastaneleri dışındaki Devlet Hastanelerinde Bakım Hizmetleri Müdürü ve Hastane Yöneticisinin onaylaması yeterlidir.

**Sadece Hemşirelik araştırmalarında ayrıca Bakım Hizmetleri Müdürüne onaylatılması gereklidir.

Ek-8. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Sayın katılımcı,

Kanser günümüzde giderek artan kronik bir hastalık haline gelmiştir. Hastalar hastalık veya tedaviler nedeniyle birçok semptom yaşamakta ve onları yönetmekte zorlanmaktadırlar. Yaşanılan semptomlar sonucu yaşam kaliteleri de etkilenmektedir. Bu semptomları etkileyen çeşitli faktörler mevcuttur. Bunlardan bir tanesi yaş faktörüdür. Bu nedenle çalışmamız günübirlik kemoterapi tedavisi alan geriatrik onkoloji hastaları ile genç onkoloji hastaları arasındaki semptom farklılıkları ve yaşam kalitesinin incelenmesi amacıyla yapılması planlanmıştır. Bu çalışmaya gönüllü 70 geriatrik kanser hastanın ve gönüllü 70 genç kanser hastasının alınması planlanmıştır. Vereceğiniz bilgiler sadece bilimsel veri oluşturmak amacı ile kullanılacaktır. Çalışmanın uygulanması sırasında maruz kalacağınız herhangi bir risk veya rahatsızlık bulunmamaktadır. Araştırmaya katılmak isteğe bağlıdır ve istediğiniz zaman hiçbir hakkınızı kaybetmeden araştırmadan çekilebilirsiniz. Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde verdiğiniz bilgiler kesinlikle gizli kalacaktır. Araştırmada KVVK (kişisel verilerin korunması kanunu) gözetileceğini, size ait bilgilerin gizliliğine gerekli özen ve saygının gösterileceğine ve anketleri doldurduğunuz süre zarfında her türlü sorunuzu yönlendirmeniz için sorumlu araştırmacının yakınınızda bulunacağını bilmeniz önem arz etmektedir. Kişisel bilgileriniz yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecek; analizleri değerlendirilecektir. Çalışma herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacaktır ve veriler izlenerek size ulaşılmayacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Araştırmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Araştırma sonuçları araştırma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır. Araştırmaya katılmak için herhangi bir ödeme yapmayacaksınız ve araştırmaya katıldığınız için size bir ödeme yapılmayacaktır. Katkılarınız için teşekkür ederim.

Ben, planlanmış araştırma hakkında bilgilendirildim. Çalışmanın amacını ve üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında sorduğum sorulara ayrıntılı ve açıklayıcı cevaplar aldım. Çalışmaya katıldıktan sonra herhangi bir neden belirtmek zorunluluğum olmadan istediğim zaman çıkabileceğimi anladım. Bu çalışma için herhangi bir ücretlendirmeye tabi olmadığımı anladım. Katılımcı olarak herhangi bir sorunum olduğunda araştırmacıyı arayabileceğim. Bu koşullarda araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı olmaksızın katılmayı kabul ediyorum. Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa Telefon No / Fax No) :

Tarih:…/...../.....

Açıklamaları Yapan

Araştırmacının Adı - Soyadı: Büşra ÖZDOĞAN

İmzası:

Tarih:

Telefon No:

Ünvanı: İ.K.Ç.Ü Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Hematoloji/ Onkoloji Servisi'nde görevli hemşire

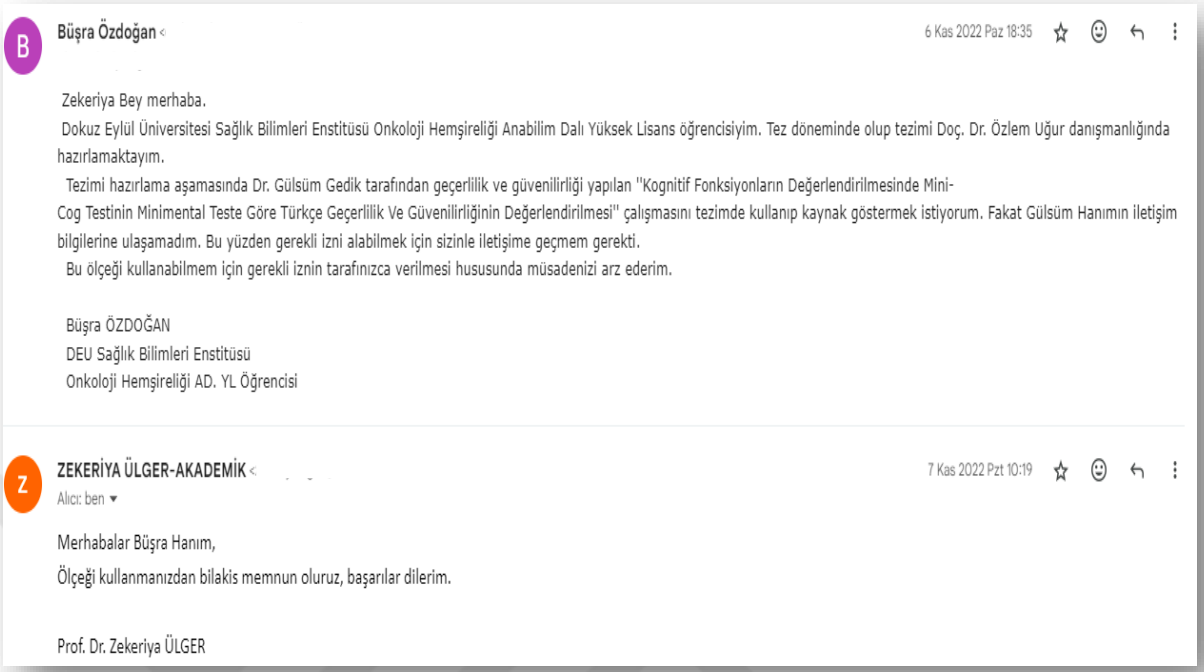
Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kişinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Ek-9. Mini- Cog Testi Ölçek İzni



Büşra Özdoğan < 6 Kas 2022 Paz 18:35

Zekeriya Bey merhaba.
Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onkoloji Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisiyim. Tez döneminde olup tezimi Doç. Dr. Özlem Uğur danışmanlığında hazırlamaktayım.
Tezimi hazırlama aşamasında Dr. Gülsüm Gedik tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılan "Kognitif Fonksiyonların Değerlendirilmesinde Mini-Cog Testinin Minimental Teste Göre Türkçe Geçerlilik Ve Güvenilirliğinin Değerlendirilmesi" çalışmasını tezimde kullanıp kaynak göstermek istiyorum. Fakat Gülsüm Hanımın iletişim bilgilerine ulaşamadım. Bu yüzden gerekli izni alabilmek için sizinle iletişime geçmem gerekti.
Bu ölçeği kullanabilmem için gerekli iznin tarafınızca verilmesi hususunda müsadenizi arz ederim.

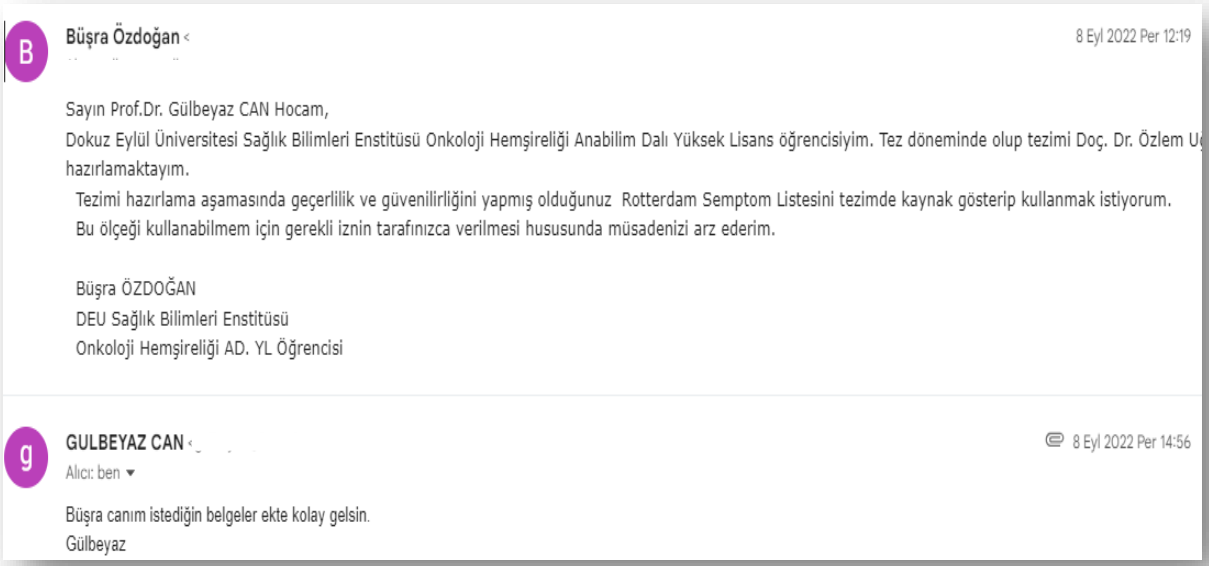
Büşra ÖZDOĞAN
DEU Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Onkoloji Hemşireliği AD. YL Öğrencisi

ZEKERİYA ÜLGER-AKADEMİK < 7 Kas 2022 Pzt 10:19
Alıcı: ben

Merhabalar Büşra Hanım,
Ölçeği kullanmanızdan bilakis memnun oluruz, başarılar dilerim.

Prof. Dr. Zekeriya ÜLGER

Ek-10. Rotterdam Semptom Kontrol Listesi İzni



Büşra Özdoğan < 8 Eyl 2022 Per 12:19

Sayın Prof.Dr. Gülbeyaz CAN Hocam,
Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onkoloji Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisiyim. Tez döneminde olup tezimi Doç. Dr. Özlem U hazırlamaktayım.
Tezimi hazırlama aşamasında geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz Rotterdam Semptom Listesini tezimde kaynak gösterip kullanmak istiyorum.
Bu ölçeği kullanabilmem için gerekli iznin tarafınızca verilmesi hususunda müsadenizi arz ederim.

Büşra ÖZDOĞAN
DEU Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Onkoloji Hemşireliği AD. YL Öğrencisi

GULBEYAZ CAN < 8 Eyl 2022 Per 14:56
Alıcı: ben

Büşra canım istediğin belgeler ekte kolay gelsin.
Gülbeyaz

Ek-11. Rolls Royce Yaşam Kalitesi Ölçek İzni



Büşra Özdoğan 8 Eyl 2022 11:46

Özgür Bey merhaba.

Tekrardan sizinle iletişime geçme gereksinimi duydum.Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onkoloji Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisiyim

Tezimi hazırlama aşamasında Materia Medica Polona 1994;27(4):153-6'da yayınlanan 'A questionnaire for the assessment of quality of life in cancer patients in Turkey' başlıklı eserinizdeki ölçeği tezimde kaynak gösterip kullanmak istiyorum.

Bu ölçeği kullanabilmem için gerekli iznin tarafınızca verilmesi hususunda müsadenizi arz ederim.

Büşra ÖZDOĞAN

Ozgur Ozyilkan 8 Eyl 2022 12:39

Bu kaynakla kullanabilirsiniz. Başarılar dilerim

Saygilarimla

Ek-12. Özgeçmiş (ARBİS Formatı)



BÜŞRA ÖZDOĞAN

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

İletişim Adresi

Telefon

E-posta

İnternet Sayfası

Öğrenim Bilgileri

14 Eylül 2021 - Şu Anda (2 yıl 10 ay)
Yüksek Lisans, Tezli Program, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, ONKOLOJİ HEMŞİRELİĞİ (YL) (TEZLİ)
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 2.77 / 4.0

17 Ağustos 2016 - 19 Haziran 2020 (3 yıl 11 ay)
Lisans, İkinci Öğretim, SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, HEMŞİRELİK PR. (İÖ)
Diploma Numarası: 2.B2.22.547
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.12 / 4.0

Deneyim / İşyeri Bilgileri

Ocak 2021 - Şu Anda (3 yıl 7 ay) (Tam Zamanlı)
HEMŞİRE, SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU BAŞKANLIĞI İZMİR İLİ GÜNEY BÖLGESİ TÜRKİYE KAMU HASTANE BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ İZMİR SAĞLIK BAKANLIĞI KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Yabancı Dil Bilgileri

İNGİLİZCE (Okuma: Orta, Yazma: Orta, Konuşma: Orta)