**T.C.**
**ÇANKIRI KARATEKİN ÜNİVERSİTESİ**
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**
**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

# KOLOREKTAL KANSER TANILI HASTALARDA HASTALIK ALGISININ YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

**Furkan KUŞ**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Çankırı 2023**

# KOLOREKTAL KANSER TANILI HASTALARDA HASTALIK ALGISININ YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

**Furkan KUŞ**

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü**
**İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı**

**Yüksek Lisans Tezi**

**TEZ DANIŞMANI**
**Dr. Öğr. Üyesi Özlem BULANTEKİN DÜZALAN**
**İkinci Danışman: Doç. Dr. Abdullah DURHAN**

**Çankırı 2023**

## KABUL VE ONAY

ÇAKÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 208210007 numaralı Yüksek Lisans öğrencisi Furkan KUŞ, ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı "Kolorektal Kanser Tanılı Hastalarda Hastalık Algısının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" başlıklı tezini aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

**Tez Savunma Tarihi :**

| | | |
|---|---|---|
| **Tez Danışmanı:** | **Unvan Adı SOYADI**<br>**……. Üniversitesi** | **……**<br>**İmza** |
| **Jüri Üyesi:** | **Unvan Adı SOYADI**<br>**……. Üniversitesi** | **……**<br>**İmza** |
| **Jüri Üyesi:** | **Unvan Adı SOYADI**<br>**……. Üniversitesi** | **……**<br>**İmza** |
| **Jüri Üyesi:**<br>**(Varsa)** | **Unvan Adı SOYADI**<br>**……. Üniversitesi** | **……**<br>**İmza** |
| **Jüri Üyesi:**<br>**(Varsa)** | **Unvan Adı SOYADI**<br>**……. Üniversitesi** | **……**<br>**İmza** |

**Yukarıdaki sonucu onaylarım**
**İmza**
**Unvan Adı SOYADI**
**Enstitü Müdür**

## ETİK BEYANNAMESİ

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum "Kolorektal Kanser Tanılı Hastalarda Hastalık Algısının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

**İmza**
**Tarih**
**Öğrencinin Adı Soyadı**

## TEŞEKKÜR

Araştırmanın her aşamasında, ihtiyaç duyduğum her an, bilgi ve deneyimleri ile bana rehberlik eden, her konuda yardım ve desteğini esirgemeyen, her zaman güler yüzlü olan tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Özlem BULANTEKİN DÜZALAN,

Araştırmanın yürütülmesinde ilgi ve desteklerini esirgemeyen, Genel Cerrahi Servisi tüm hemşire, hekim ve çalışmama katılmayı kabul eden tüm hastalarıma,

Tez çalışmam sürecinde ihtiyaç duyduğum her an bana her konuda desteklerini esirgemeyen annem Nejla KUŞ, babam Fikri KUŞ ve kardeşim Serkan KUŞ' a teşekkürlerimi sunarım.

Furkan KUŞ

# İÇİNDEKİLER

**Sayfa**


**KABUL VE ONAY** ..... **ii**
**ETİK BEYANNAMESİ** ..... **iii**
**TEŞEKKÜR** ..... **iv**
**İÇİNDEKİLER** ..... **v**
**KISALTMALAR VE SEMBOLLER** ..... **vii**
**ÇİZELGELER LİSTESİ** ..... **viii**
**ŞEKİLLER LİSTESİ** ..... **ix**
**ÖZET** ..... **x**
**1. GİRİŞ** ..... **1**
1.1. Kalın Bağırsak Anatomisi ..... 2
1.2. Araştırmanın Amacı ..... 3
1.3. Sınırlılıklar ..... 3
**2. GENEL BİLGİLER** ..... **1**
2.2. Kolorektal Kanser ..... 1
2.3. Kolorektal Kanser Epidemiyolojisi ..... 2
2.4. Kolorektal Kanser Etiyolojisi ..... 5
2.5. Risk Faktörleri ..... 5
2.5.1. Coğrafya ..... 5
2.5.2. Yaş ..... 6
2.5.3. Cinsiyet ..... 6
2.5.4. Aile Hikâyesi ve Genetik ..... 6
2.5.5. İnflamatuar Bağırsak Hastalığı ..... 6
2.5.6. Sigara ve Alkol ..... 6
2.5.7. Obezite ve Sedanter Yaşam ..... 7
2.5.8. Beslenme ..... 7
2.6. Kolon Kanserinde Korunma, Erken Tanı ve Tarama Yöntemleri ..... 7
2.6.1. Sağlıklı beslenmek ..... 8
2.6.2. Kilonuzu kontrolü ..... 8
2.6.3. Fiziksel aktivitenizi arttırmak ve spor yapmak ..... 8
2.6.4. Sigara içmemek ve alkol alımını kısıtlamak ..... 8
2.6.5. Gaitada Gizli Kan Testi ..... 9
2.6.6. Fleksible Sigmoidoskopi ..... 10
2.6.7. Kolonoskopi ..... 10
2.6.8. Biyopsi ..... 10
2.6.9. Bilgisayarlı tomografi taraması ..... 10
2.6.10. Endorektal ultrason ..... 11
2.7. Kolon Kanserinde Belirtileri ..... 11
2.8. Kolorektal Kanser Evreleri ..... 12
2.8.1. TNM Evrelemesi ..... 12
2.9. Kolon Kanserinde Tedavi ..... 14
2.9.1. Cerrahi tedavi ..... 14
2.9.1.1. Sağ hemikolektomi ..... 15

2.9.1.2. Transvers kolektomi ..... 15
2.9.1.3. Sol hemikolektomi ..... 15
2.9.1.4. Subtotal veya total kolektomi ..... 15
2.9.1.5. Abdominoperineal rezeksiyon ..... 15
2.9.1.6. Anterior rezeksiyon ..... 16
2.9.1.7. Low anterior rezeksiyon ..... 16
2.9.1.8. Ostomi cerrahisi ..... 16
2.9.2. İmmünoterapi ..... 16
2.9.3. Kemoterapi ..... 16
2.9.4. Radyoterapi ..... 17
2.10. Hastalık Algısı ..... 17
2.11. Yaşam Kalitesi ..... 18
2.12. Hastalık Algısı ve Yaşam Kalitesi ..... 19
2.13. Hemşirelik Bakımı ..... 21
**3. GEREÇ VE YÖNTEM ..... 23**
3.1. Araştırmanın Tipi ..... 23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri ..... 23
3.3. Araştırma Zamanı ..... 23
3.4. Araştırmanın Evreni ..... 23
3.5. Araştırmanın Örneklemi ..... 23
3.6. Veri Toplama Araçları ..... 24
3.6.1. Sosyo-demografik form ..... 24
3.6.2. Yaşam Kalitesi Endeksi Kanser Uyarlaması- III (QOL-CV) ..... 24
3.6.3. Kısa hastalık algısı ölçeği (KHAÖ) ..... 25
3.7. Verilerin Analizi ..... 25
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu ..... 26
**4. BULGULAR ..... 27**
**5. TARTIŞMA ..... 39**
**6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER ..... 43**
**KAYNAKLAR ..... 45**
**EKLER ..... 56**
Ek 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu ..... 56
Ek 2. Sosyodemografik Veri Formu ..... 57
Ek 3. Kısa Hastalık Algısı Anketi ..... 60
Ek 4. Yaşam Kalitesi Endeksi Kanser Uyarlaması - III ..... 61
Ek 5. Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Kullanım İzni ..... 65
Ek 6. Yaşam Kalitesi Endeksi Kanser Uyarlaması III Ölçek İzni ..... 66
Ek 7. Etik Kurul Kararı ..... 67
Ek 8. Hastane İzni ..... 68
**ÖZGEÇMİŞ ..... 69**

## KISALTMALAR VE SEMBOLLER

| | |
|---|---|
| **DM** | **:** Diyabetus Mellitus |
| **DNA** | **:** Deoksiribo Nükleik Asit |
| **FAP** | **:** Ailesel Adenomatöz Polipozis |
| **GGK** | **:** Gaitada Gizli Kan |
| **GLOBOCAN** | **:** Küresel Kanser Gözlem Verisi |
| **HPNCC** | **:** Herediter Non- Polipozis Kolorektal Kanser |
| **IARC** | **:** Uluslarası Kanser Araştırma Ajansı |
| **KHAÖ** | **:** Kısa Hastalık Algısı Ölçeği |
| **KRK** | **:** Kolorektal Kanser |
| **Max** | **:** Maksimum |
| **Min** | **:** Minimum |
| **n** | **:** Örneklem Büyüklüğü |
| **Ort** | **:** Ortalama |
| **p** | **:** Ana kütle Korelasyon Katsayısı |
| **QOL-CV** | **:** Yaşam Kalitesi Endeksi Kanser Uyarlaması |
| **r** | **:** Örneklem Koreleasyon Katsayısı |
| **SS** | **:** Standart Sapma |
| **WHO** | **:** Dünya Sağlık Örgütü |

## ÇİZELGELER LİSTESİ

**Sayfa**


**Çizelge 2.1.** Primary Tumor (T) ..... 12
**Çizelge 2.2.** Bölgesel Lenf Nodu ( N) ..... 13
**Çizelge 2.3.** Uzak Metastaz Varlığı (M)..... 13
**Çizelge 2.4.** Evrelendirme ..... 14
**Çizelge 4.1.** Araştırma Ölçeklerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular..... 27
**Çizelge 4.2.** Araştırma Ölçekleri Arasındaki Korelasyon Analiz Bulguları ..... 28
**Çizelge 4.3.** Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular (n=200) ..... 35
**Çizelge 4.4.** Katılımcıların Cinsiyet, Medeni ve Öğrenim Durumlarına Göre Analiz Bulguları ..... 30
**Çizelge 4.5.** Katılımcıların Meslek, Çalışma ve Gelir Durumlarına Göre Analiz Bulguları ..... 31
**Çizelge 4.6.** Katılımcıların Yerleşim, Sigara ve Alkol Kullanımı, Birinci Derece Yakınlarının Tanı Alması ve Tedavi Durumlarına Göre Analiz Bulguları ..... 32
**Çizelge 4.7.** Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutlarının Total Yaşam Kalitesi Puanı Üzerindeki Etkisine Ait Regresyon Analiz Bulguları ..... 35
**Çizelge 4.8.** Araştırma Ölçekleri ile Yaş Arasındaki Korelasyon Analiz Bulguları 37
**Çizelge 4.9.** Araştırma Ölçekleri ile Kolorektal Kanseri Tanısının Ne Zaman Alındığı Arasındaki Korelasyon Analiz Bulguları ..... 38

## ŞEKİLLER LİSTESİ

**Sayfa**

**Şekil 2.1.** Her İki Cinsiyet İçin Tüm Yaş Gruplarında Dünya Çapındaki Tahmini Vaka Sayısı (WHO; 2020) ..... 2
**Şekil 2.2.** Erkek Cinsiyeti İçin Tüm Yaş Gruplarında Dünya Çapındaki Tahmini Vaka Sayısı (WHO;2020) ..... 3
**Şekil 2.3.** Kadın Cinsiyeti İçin Tüm Yaş Gruplarında Dünya Çapındaki Tahmini Vaka Sayısı (WHO;2020) ..... 3
**Şekil 2.4.** Her İki Cinsiyet İçin Tüm Yaş Gruplarında Türkiyedeki Tahmini Vaka Sayısı (WHO;2020) ..... 4
**Şekil 2.5.** Erkek Cinsiyeti İçin Tüm Yaş Gruplarında Türkiyedeki Tahmini Vaka Sayısı (WHO;2020) ..... 4
**Şekil 2.6.** Kadın Cinsiyeti İçin Tüm Yaş Gruplarında Türkiyedeki Tahmini Vaka Sayısı (WHO;2020) ..... 5

# KOLOREKTAL KANSER TANILI HASTALARDA HASTALIK ALGISININ YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ,

## ÖZET

Kuş, Furkan. Kolorektal Kanser Tanılı Hastalarda Hastalık Algısının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Çankırı, 2023.

Bu çalışmanın amacı, kolorektal kanser tanısı almış hastalarda hastalık algısının yaşam kalitesi üzerine olan etkilerini belirlemektir. Tanımlayıcı tipte olan çalışmanın evrenini bir eğitim araştırma hastanesi Genel Cerrahi Servisinde tedavi gören hastalar oluşturdu. Veriler 23.02.2022- 23.02.2023 tarihleri arasında 200 bireyden toplandı. Veriler, Sosyo-demografik özellikleri içeren bilgi formu, Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (KHAÖ) ve Yaşam Kalitesi Endeksi Kanser Uyarlaması- III (QOL-CV) formları kullanılarak toplandı. Araştırma verilerinin analizleri SPSS 26 programı kullanılarak yapıldı. Yüzdelik, frekans, Mann Whitney U , Kruskal Wallis H testi kullanıldı. Değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson ve Speraman korelasyon testleri ile değerlendirildi. Hastalık Algısı Total Yaşam Kalitesi Puanı üzerindeki etkisini belirlemek için çok değişkenli regresyon analizi yapıldı. KHAÖ puan ortalamasının 41,55±2,54, Total Yaşam Kalitesi Puanının ortalamasının 19,25±2,08 olduğu belirlendi. Sağlık ve Hareketlilik boyutu ve aile boyutunda katılımcıların cinsiyetlerine, üniversite/Lisansüstü mezunların ilkokul, ortaokul ve lise mezunlarına göre istatistiksel anlamlı olduğu bulundu ($p<0,05$). Duygusal Hastalık Algısı boyutu ve Hastalık Algısı Puanında katılımcıların çalışma durumlarına göre anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Gelir durumuna göre Bilişsel Hastalık Algısı boyutu, KHAÖ toplam Puanı, Sağlık ve Hareketlilik boyutu, Sosyal ve Ekonomi boyutu, Aile boyutu ve Total Yaşam Kalitesi Puanında katılımcıların anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Yaş değişkeni ile Sosyal ve Ekonomi alt boyutu ve Total Yaşam Kalitesi Puanı ile arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu belirlendi ($p<0,05$). KHAÖ ve Yaşam Kalitesi Endeksi Kanser Uyarlaması- III ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmadı ($p>0,05$). Hastalık algısının yaşam kalitesini etkilemediği daha çok sosyodemografik özelliklerin yaşam kalitesini etkilediği görüldü. Bu nedenle hemşirelerin hastaya bakım verirken yaşam kalitesini etkileyen sosyodemografik faktörleri göz önünde bulundurması önerilir.

**Anahtar Kelimeler:** Hastalık Algısı, Hemşirelik, Kolorektal kanser, Yaşam kalitesi

**THE EFFECT OF DİSEASE PERCEPTİON ON QUALİTY OF LİFE İN PATİENTS WİTH COLORECTAL CANCER,**

## ABSTRACT

Kuş, Furkan. The Effect Of Disease Perception On Quality Of Life İn Patients With Colorectal Cancer, Master's Thesis, Çankırı, 2023.

The aim of this study is to determine the effects of disease perception on quality of life in patients diagnosed with colorectal cancer. The population of this descriptive study consists of patients being treated in the General Surgery Clinic of a training and research hospital. The data were collected between 23.02.2022-23.02.2023 200 patients were included in the study. Data were collected using an information form which includes socio-demographic variables, Brief Illness Perception Scale (BIPS) and Quality of Life Index-Cancer Version-III (QOL-CV) forms. The data were evaluated in SPSS 26 program. Percentage, frequency, Mann Whitney U , Kruskal Wallis H tests were used. Relationships between variables were determined using Pearson and Speraman correlation tests. Multivariate regression analysis was performed to determine the effect of Illness Perception on the Score of Total Quality of Life. It was determined that the mean BIPS score was 41.55±2.54, and the mean Total Quality of Life score was 19.25±2.08. In the dimensions of health and mobility and the dimension of family, statistically significant relationships were found in relation to the gender of the participants, and undergraduate/masters educational stages compared to primary school, secondary school and high school educational stages. ($p<0.05$). A significant difference was found in the dimension of Mental Illness Perception and Illness Perception Scores in relation to the employment status of the participants ($p<0.05$). In relation to the income status, a significant difference was found in the dimension of Cognitive Illness Perception, total BIPS score, dimension of Health and Mobility , dimension of Social and Economy, dimension of Family and Total Quality of Life Score ($p<0.05$). It was determined that there was a negative statistically significant relationship between the age variable and the Social and Economy sub-dimension and the Total Quality of Life Score ($p<0.05$). There was no statistically significant difference between BIPS and Quality of Life Index Cancer Adaptation-III scales ($p>0.05$). It was observed that the perception of illness did not affect the quality of life, but rather, the sociodemographic characteristics affected the quality of life. For this reason, it is recommended that nurses consider the sociodemographic factors affecting the quality of life while delivering care to patients.

**Keywords:** Colorectal cancer, Nurse, Perception of Disease, Quality of life

# 1. GİRİŞ

Günümüzde sağlık alanındaki teknolojinin gelişmesi yaşam süresinin uzamasına ve bunun beraberinde kanser vakalarında bir artışa neden olmuştur. Kanser küresel olarak varlığını sürdüren bireyin yaşamını önemli ve ciddi ölçüde etkileyen, bireye ekonomik olarak da olumsuz yönde etki oluşturan dolayısıyla yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (Saygılı, 2012; Anar, ve diğerleri, 2012).

Kanser türleri içerisinde kolorektal karsinomlar gastrointestinal sistemin en fazla karşımıza çıkan kanser türlerinden biridir. Kolorektal kanser (KRK), kalın bağırsağın parçaları olan kolonda veya rektumda anormal ve kontrolsüz hücre bölünmesi sonucu oluşur. Kolorektal kanser dünyada ve ülkemizde en çok görülen üçüncü kanser çeşididir (Duluklu ve Şenol Çelik, 2019; American Cancer Society, [ACS], 2021). Kolorektal kanser tanısının konulması korku, endişe, gelecek kaygısı ve stres gibi etkiler oluşturarak birey ve ailenin yaşamdan doyum almalarını düşürmektedir (Saygılı, 2012; Menekli, Doğan, ve Elkıran, 2020; Çalışkan, Duran, Karadaş, Ergün, ve Tekir, 2015; Cancer Research UK [CRUK]; 2018; National Instıtute For Health And Care Exellence [NICE], 2021).

Dünya ve Türkiye için önemli bir sorun olan KRK tanısı her yıl bir milyon bireye konulmaktadır (Tanrıkulu, 2020; Akman, 2016). KRK, Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı'nın (IARC) yayınladığı GLOBOCAN 2020 verilerine göre kadınlarda en sık görülen ikinci kanser çeşidiyken, erkeklerde ise üçüncü kanser çeşididir (Gürçayır, 2016; Aydın, 2017; Güneş Dağ, 2017; Global Cancer [Globocan], 2021). Türkiye'de ise, Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkalığı 2017 verilerine baktığımızda ise KRK her iki cinsiyette de en çok görülen ilk beş kanser türü içindedir. Ülkemizde erkek ve kadın cinsiyetinde de en çok görülen üçüncü kanser türü olarak karşımıza çıkmaktadır (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, [HGSM], 2021).

KRK gelişiminde ileri yaş, coğrafya, genetik yatkınlık, öz geçmişte adenom öyküsü, inflamatuar bağırsak hastalıkları, diyet, obezite, sedanter yaşam tarzı,

radyasyon, diyabetes mellitus (DM) ve çevresel faktörler gibi birçok etmen rol oynamaktadır (Akman, 2016; Aykaç Koçak, 2018; Güneş Dağ, 2017).

Kolorektal kanser ileri evrede olduğu zamanlarda belirti vermektedir. Bu nedenle erken tanılama büyük önem arz etmektedir. Tanılama sonucunda hastalığın bulunduğu evre sağ kalım için önemli bir belirteçtir. Kolorektal kanserde tanılama yaşı genel olarak 40-50 yaş aralığındadır ve yaş ilerledikçe KRK görülme sıklığında artış olmaktadır. Kolorektal kanser erken tanısı için Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen birçok tarama programı mevcuttur. Bu programlar 50 yaşından itibaren 70 yaşına kadar 2 yılda bir Gaitada gizli kan testi, her 10 yılda bir kolonoskopi ve her 5 yılda bir sigmoidoskopi yapılması önerilmektedir. Ancak birinci derece akrabalarında KRK, inflamatuvar bağırsak hastalığı ya da kalıtsal polipozis öyküsü olan kişilerde bu tarama programları 40 yaşından itibaren uygulanmalıdır ( Akman, 2016; Aydın, 2017; Tanrıkulu, 2020).

Kullanılan tarama programları sayesinde kanser erken evrede belirlenip uygun tedavi yönteminin başlaması ile KRK hastaların beklenen yaşam sürelerinde artış olmuştur. Bu bireylerde yaşam süresinin uzaması beraberinde yaşam kalitesi kavramının önemini son yıllarda daha da artırmıştır. Yaşam kalitesini ölçmek için birçok ölçek geliştirilmiştir. Kolorektal kanserde birincil tedavi olarak cerrahi yöntem kullanılır. Bu yönteme ek olarak kemoterapi ve radyoterapi de bu bireylere uygulanmaktadır. Hemşirelere uygulanan bu tedavi yöntemleri süresi boyunca hastaların yaşam kalitesini artırmak için büyük rol düşmektedir (Gürçayır, 2016; Akman, 2016; ACS, 2020).

### 1.1. Kalın Bağırsak Anatomisi

Kolorektal kanser daha iyi anlamamız için kolon ve rektumun normal anatomik yapısı hakkında bilgi sahibi olmak bize yardımcı olur. Kolon ve rektum yaklaşık olarak 1,5 metre uzunluğunda olup kalın bağırsağı oluşturmaktadırlar. Kolon kaslı bir tüp yapısındadır ve ileoçekal kapaktan başlar ve rektumda sona erer. Kalın bağırsak çekum; çıkan, transvers ve inen sigmoid kolon ve rektum ile anüsten oluşur (Kuru, 2018; ACS, 2020; Akdemir ve Birol, 2021).

Kolonun bölümlerine bakacak olursak;

- İlk bölüm, assendens kolon olarak adlandırılır. Sindirilmemiş gıdanın ince bağırsaktan geldiği çekum adı verilen bir kese ile başlar. Karnın (göbek) sağ tarafında yukarı doğru devam eder. Emilimin büyük kısmı burada gerçekleşir. Ortalama uzunluğu 20 cm uzunluğundadır.
- İkinci bölüme transvers kolon denir. Sağdan sola doğru vücut boyunca geçer. Kalın bağırsağın en uzun ve hareketli bölümüdür. Ortalama uzunluğu 50 cm' dir.
- Üçüncü bölüm, sol taraftan aşağı indiği için dessendens kolon olarak adlandırılır. Yaklaşık olarak 25 cm uzunluğundadır.
- Dördüncü bölüm, "S" harfi şeklinde olmasından dolayı sigmoid kolon olarak adlandırılır ve yaklaşık olarak 40 cm uzunluğundadır. Sigmoid kolon, inen kolunun devamı olarak başlar ve daha sonra anüse bağlanan rektuma katılır.

Kalın bağırsağın sağ yarısını çekum, çıkan kolon ve transvers kolonun 2/3 lük kısmı ve sol yarsını transvers kolonun 1/3 lük kısmı ile inen kolon ve rektum oluşturmaktadır. Çıkan ve transvers bölümler beraber proksimal kolonu oluşturmaktadır. İnen ve sigmoid kolon ise distal kolonu oluşturmaktadır (ACS, 2020).

### 1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, kolorektal kanser tanısı almış hastalarda hastalık algısının hastaların yaşam kalitesi üzerine olan etkilerini ölçmektir.

### 1.3. Sınırlılıklar

Bu çalışma Ankara' da bir eğitim ve araştırma hastanesinin genel cerrahi servisine başvuran en az altı ay önce tanı almış, 40- 65 yaş arası ve işitme, görme ve işitme engeli olmayan kolorektal kanser tanılı bireylerle sınırlıdır.

# 2. GENEL BİLGİLER

## 2.1. Kolorektal Kanser

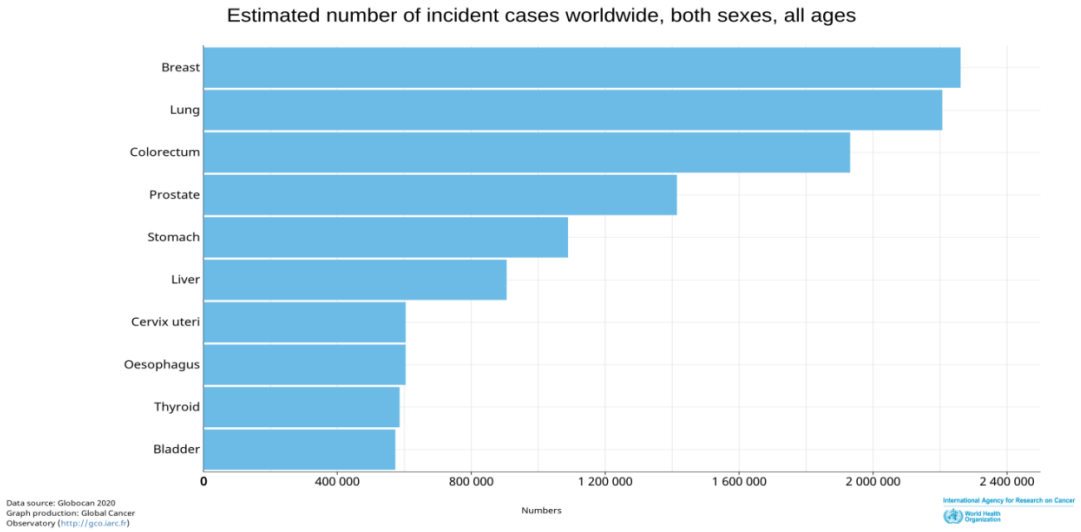
Kanser günümüzde sayısı giderek artan önemli ve kronik bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. Kanser, hücrelerin plansız ve anormal çoğalmasından ve çevre dokulara metastazı ile tanımlanan hastalık kümesini ifade eder. Vücudumuzda ki hücrelerden farklı olarak bu hücreler yaşlandıkça veya hasar gördükçe apoptize olmaz ve bölünerek yeni hücreler oluşturmaya devam eder (Tanrıkulu, 2020; Bektaş Akpınar, 2020).

Kolon ve rektal kanserler birlikte mevcut ise KRK olarak isimlendirilir. Kolorektal kanser, dünyada en çok mevcut olan gastrointestinal sistem kanseridir. Kolorektal kanser genel olarak yavaş gelişim gösterirler. Kolorektal kanser ciddi bir sağlık problemi olup, genel olarak önlenebilir ve erken evrede tanı konulduğunda tedavisi var olan bir hastalıktır. Kolorektal kanser kolon veya rektum mukozasında mevcut olan epitel hücrelerinden orijin alan bir hastalıktır. Kolon ve rektum mukozası kimyasallar, bakteriler ve bakterilerden salgılanan toksik etmenlerle sürekli temas halindendirler. Bu karsinojenik etmenlerin kolon mukozasındaki epitel hücrelerinde yenilenme direncini düşürdüğü, mukus kaybına yol açtığı ve bunun genetik mutasyonlarla kalıcı bir şekle gelmesi ile karsineogenezisin başladığı ifade edilmiştir. Kolorektal kanser büyük birçoğu önce adenom gelişimi ve ardından da zamanla adenomun adenokarsinomaya transforme olmasıyla karakterizedir. Oluşan adenokarsinomlar kolon veya rektumda büyümeye başlar ve polip olarak isimlendirilir. Bu poliplerin bazıları zamanla kansere dönüşebilir. Kolorektal kanser polipozis ve polipozis olmayan form diye ikiye ayrılmıştır. Polipozis KRK birden çok kötü huylu polip oluşumuyla karakterize olan ailesel adenomatöz polipoz (FAP) içerir. Diğer taraftan ise, polipozis olmayan KRK (HNPCC), DNA onarım mekanizmalarındaki mutasyonlarla ilişkilidir (Tanrıkulu, 2020; Bektaş Akpınar, 2020; Özer, 2020; Yüceler Kaçmaz, 2020; ACS, 2021).

## 2.2. Kolorektal Kanser Epidemiyolojisi

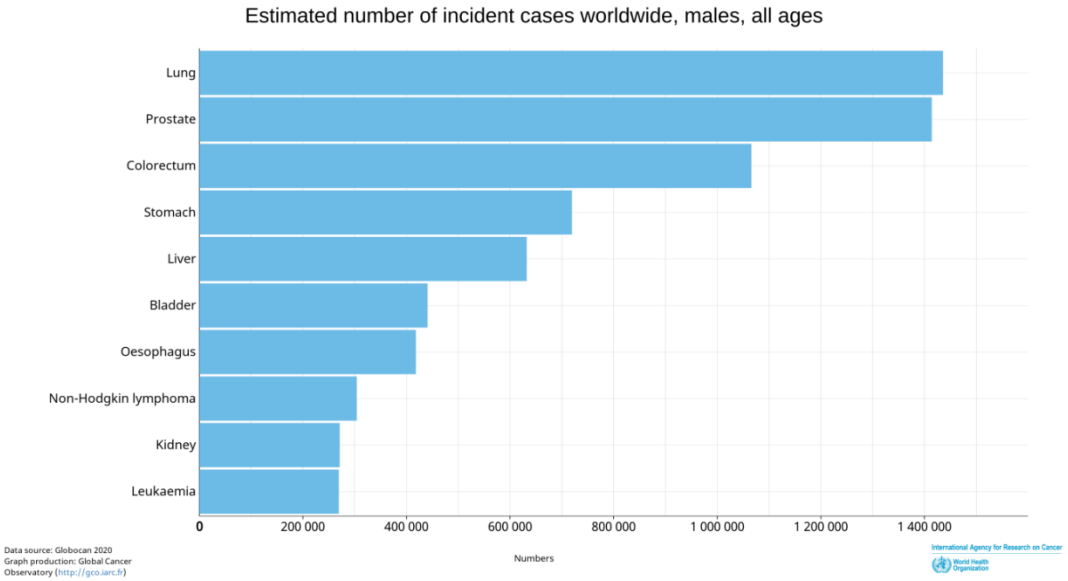
Kolorektal kanser, görülme sıklığı toplumlara göre değişkenlik gösteren ve kansere bağlı ölüm oranı yüksek kanserler arasında bulunmaktadır. Kolorektal kanser, erkekler ve kadınlar arasında dünya genelinde en fazla karşımıza çıkan kanserlerden biridir ve insidansı giderek artmaktadır. Kolorektal kanser, yaşlı erişkinlerde daha olasıdır ve hayatta kalanların %60'ı 65 yaşın üzerindedir (Hart ve diğerleri; 2018., Cummings ve diğerleri; 2018., Eyl ve diğerleri, 2020).

Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı 2020 yılı verilerine göre, neredeyse 2 milyon kişinin KRK tanısı aldığı bilinmektedir. GLOBACAN 2020 yılı verilerine göre en çok öldüren kanserler arasında 3. sırada bulunmaktadır. KRK, Amerika Birleşik Devletleri'nde hem erkeklerde hem de kadınlarda teşhis edilen en yaygın üçüncü kanserdir (GLOBACAN 2020; ACS, 2021).



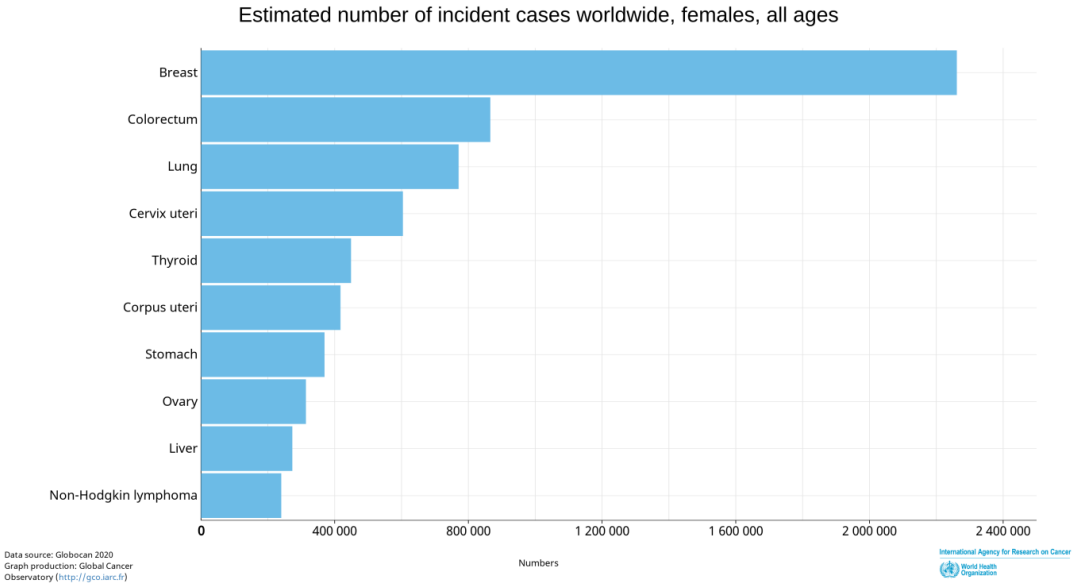

**Şekil 2.1.** Her İki Cinsiyet İçin Tüm Yaş Gruplarında Dünya Çapındaki Tahmini Vaka Sayısı (WHO; 2020)

GLOBACAN 2020 verilerine göre dünyada KRK görülme sıklığı tüm kanserler içerisinde erkeklerde 3. sırada yer aldığı görülmektedir (GLOBACAN 2020).




**Şekil 2.2.** Erkek Cinsiyeti İçin Tüm Yaş Gruplarında Dünya Çapındaki Tahmini Vaka Sayısı (WHO;2020)

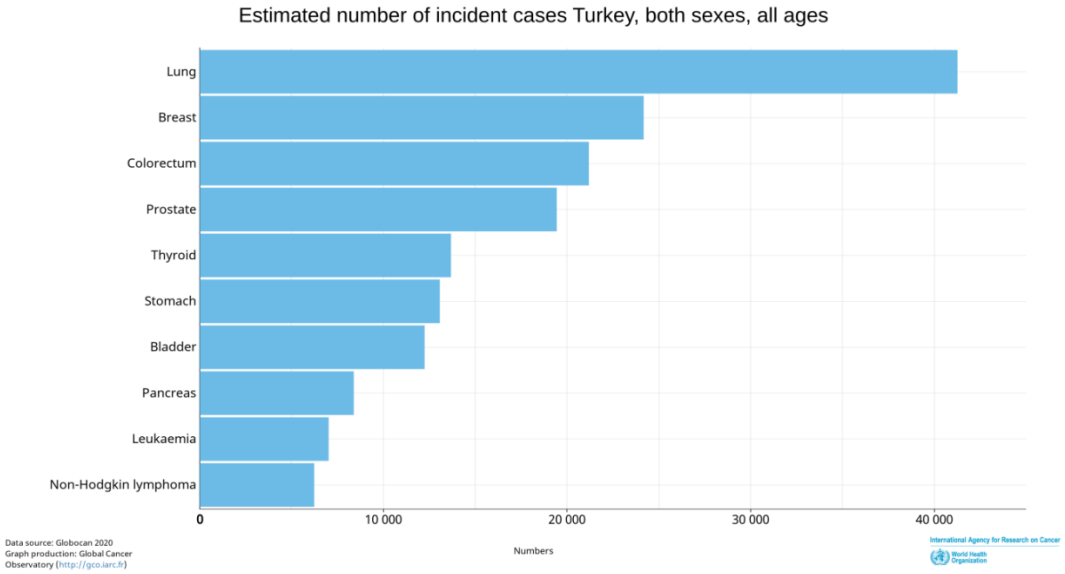
GLOBACAN 2020 verilerine göre dünyada KRK görülme sıklığı tüm kanserler içerisinde kadınlarda 2. sırada yer aldığı görülmektedir (GLOBACAN 2020).




**Şekil 2.3.** Kadın Cinsiyeti İçin Tüm Yaş Gruplarında Dünya Çapındaki Tahmini Vaka Sayısı (WHO;2020)

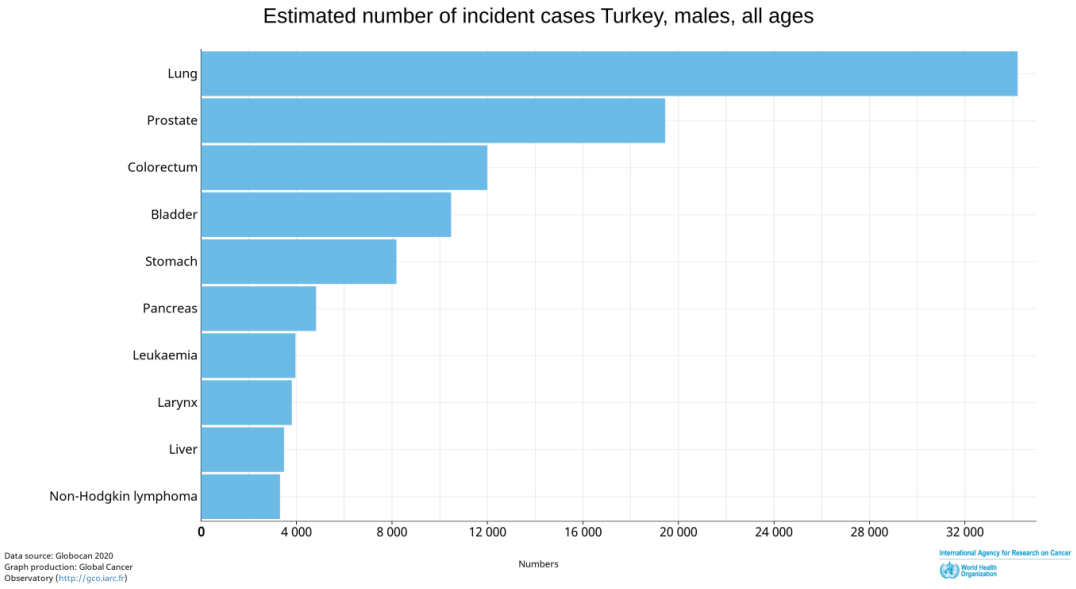
Bu durum Türkiye'de ise, Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkalığı verilerine göre, KRK erkeklerde %25,3, kadınlarda %14,2 oranıyla her iki cinsiyette de en çok görülen 10 kanser arsında 3. sırada yer almaktadır (HGSM, 2021).

GLOBACAN 2020 verilerine göre Türkiye' de KRK görülme sıklığı tüm kanserler içerisinde 3. sırada yer aldığı görülmektedir (GLOBACAN 2020).



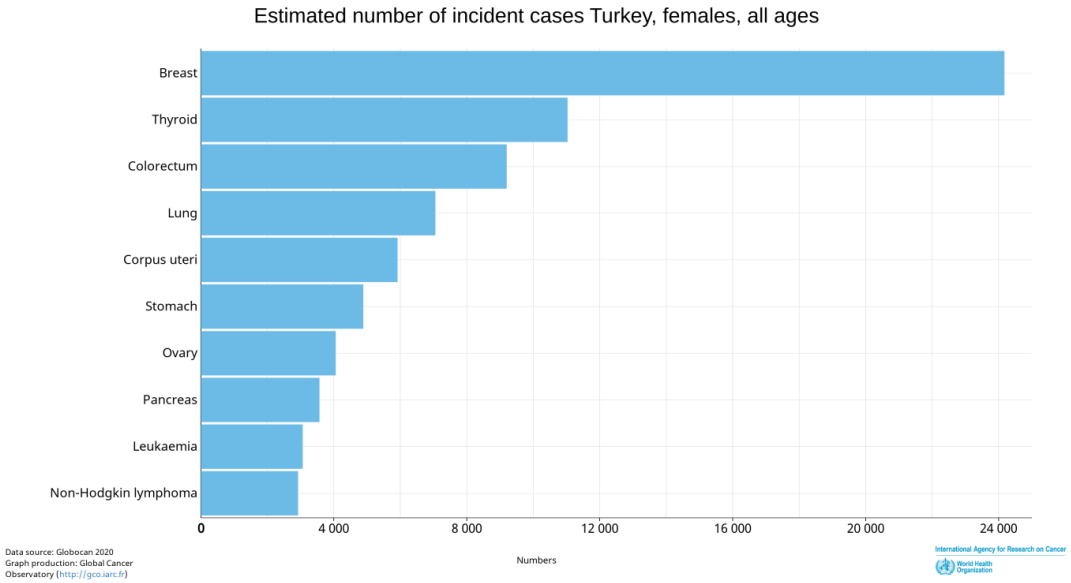

**Şekil 2.4.** Her İki Cinsiyet İçin Tüm Yaş Gruplarında Türkiyedeki Tahmini Vaka Sayısı (WHO;2020)

GLOBACAN 2020 verilerine Türkiye' de KRK görülme sıklığı erkeklerde 3. sırada yer almaktadır (GLOBOCAN, 2021).




**Şekil 2.5.** Erkek Cinsiyeti İçin Tüm Yaş Gruplarında Türkiyedeki Tahmini Vaka Sayısı (WHO;2020)

GLOBACAN 2020 verilerine Türkiye' de KRK görülme sıklığı kadınlarda 3. sırada yer almaktadır (GLOBOCAN, 2021).




**Şekil 2.6.** Kadın Cinsiyeti İçin Tüm Yaş Gruplarında Türkiyedeki Tahmini Vaka Sayısı (WHO;2020)

## 2.3. Kolorektal Kanser Etiyolojisi

Kolorektal kanser etiyolojisinde rol oynayan faktörlerin bazıları müdahale edilebilir ve değiştirilebilir risk faktörleri arasında yer alırken bazıları ise değiştirilemez ve müdahale edilemez risk faktörleri olarak iki başlık altında toplayabiliriz. Değiştirilemeyen ve müdahale edilemeyen faktörleri yaş, cinsiyet, aile hikâyesi ve genetik, inflamatuar bağırsak hastalığı olarak sıralanmaktadır (Güneş Dağ, 2017; Ökten, 2017; Aydın, 2017; Aykaç Koçak, 2018; Bildirici, 2019). Müdahale edilebilir ve değiştirilebilir risk faktörleri ise yönetilebilen davranışsal faktörleri içermektedir. Bu faktörler sigara içmek ve aşırı alkol alımı, obezite (> 30 kg/m2 vücut kitle indeksi), dengesiz beslenme, liften fakir beslenme, kalsiyum ve D vitamini tüketiminin azlığı, işlenmiş et ve et ürünlerini fazla tüketmek (> 7 porsiyon/hafta), fiziksel aktivite azlığı, coğrafya ve sedanter yaşam şeklinde tanımlanmaktadır (Aydın, 2017; Ökten, 2017; Aykaç Koçak, 2018; Bildirici, 2019).

## 2.4. Risk Faktörleri

### 2.4.1. Coğrafya

Kolorektal kanser dünya üzerinde dağılımı bölgeler arasında farklılıklar gösterir. Kuzey Amerika ve Yeni Zelenda‟da sıkken, Afrika ve Orta Amerika‟da daha az görülür (Aylaz, 2011).

### 2.4.2. Yaş

Yaşın ilerlemesi ve KRK insidansı arasında anlamlı bir korelasyon bulunmaktadır. 50'li yaşların başında görülme oranı gözle görülür şekilde artmaya başlar. KRK %90'dan fazlası 50 yaşından sonra görülmektedir (Ilgaz, 2015; Dağ, 2017; Aydın, 2017).

### 2.4.3. Cinsiyet

Genel olarak KRK görülme sıklığı her iki cinste de artmaktadır. KRK' de ölüm oranı erkeklerde kadınlara oranla daha yüksektir. Kadınlarda sağ kolon kanserinin, erkeklerde ise rektum kanserinin daha fazla olduğu bildirilmiştir. Kadınlarda yumurtalık, rahim (endometriyum) ya da meme kanseri öyküsü mevcut ise KRK için daha fazla risk altındadırlar (Ilgaz, 2015; Öztürk Kaynar, 2016; Ökten, 2017).

### 2.4.4. Aile Hikâyesi ve Genetik

Yapılan çalışmalarda görülmüştür ki birinci dereceden bir akrabasında (ebeveyn, kardeş veya çocuk) KRK öyküsünün bulunan kişilerin kendilerinde KRK gelişme riskinin 1,5-2 kat artmaktadır. İkiden fazla birinci derece akrabasında öykü bulunması bu riski 3 kat daha fazladır (Öztürk Kaynar, 2016; Akman, 2016; Yakan, 2018; ACS, 2021). Kolorektal kanser gelişiminde genetik önemli bir faktördür. Kolorektal kanser riskinde bazı genlerdeki mutasyonlar sonucu KRK' de artışa neden olduğundan bahsedilmektedir. FAP (Familial adenomatöz polipozis) ve HNPCC (Herediter non- polipozis colorectal cancer) en genel genetik KRK tipidir (Öztürk Kaynar, 2016; Akman, 2016; Yakan, 2018).

### 2.4.5. İnflamatuar Bağırsak Hastalığı

İnflamatuar bağırsak hastalıkları(Ülseratif kolit ve Crohn hastalığı) var olan bireylerde KRK görülme riskinde artış görülmektedir. Kolorektal kanser görülme sıklığındaki artış ülseratif kolitde neredeyse 4,5 kat, Crohn hastalığında ise yaklaşık 4-7 kat olarak belirtilmektedir (Gürçayır, 2016).

### 2.4.6. Sigara ve Alkol

Sigara diğer kanserlerde de olduğu gibi, KRK için de büyük risk faktörüdür ve KRK' den ölümle ilişkilendirilmiştir. Sigaranın içermekte olduğu karsinojen

içerikler kolon mukozasına ulaşıp oraya yerleşerek, KRK gelişme riskini artırdığı bilinmektedir. Kolorektal kanser tanısı almış olan erkeklerin %20'sinde sigara geçmişi mevcuttur. Sigara içen kadınlarda da KRK riskinin büyük ölçüde arttığı görülmüştür. Alkol tüketiminin adenom oluşumu ile ilişkili olduğu ve kanser riskini artırdığı bilinmektedir (Karataş Baran, 2014; Akduran, 2015).

### 2.4.7. Obezite ve Sedanter Yaşam

Obez ve hareketsiz hayat süren kişilerde, diğer kanserlerde olduğu gibi KRK görülme riski diğer kişilere göre daha yüksektir. Obezitenin KRK gelişme riskini yaklaşık olarak 1,5 kat artırdığı da bilinmektedir. Özellikle karın bölgesinde yoğunlaşan fazla kilo kolon kanseri oluşumunda önemli bir risk oluşturmaktadır. Obezitenin aynı zamanda KRK kaynaklı ölüm oranları artırdığı görülmüştür. Kolorektal kanser ile ilişkili en fazla olan davranışsal risk faktörlerinden biri de fiziksel hareketsizliktir. Düzenli fiziksel aktivitelerin planlanması ve obeziteden uzak durmak KRK önlenmesinde en başarılı yollardan biri olduğu düşünülmektedir (Öztürk Kaynar, 2016; Yakan, 2018).

### 2.4.8. Beslenme

Kolorektal kanser oluşumunda etkili olan değiştirilebilen risk faktörlerinden biri de beslenmedir. Sağlıksız ve dengesiz diyet alışkanlıkları ile KRK gelişme riski arasında güçlü bir ilişki bulunduğu düşünülmektedir. Bu diyet alışkanlıkları arasında bulunan, fazlaca işlenmiş kırmızı et veya hayvansal yağ alımı, liften fakir diyet, yüksek kalorili beslenen bireylerde KRK görülme sıklığı daha fazladır (Ilgaz, 2015; Aktaş, 2019; Çakır, 2019). Riski azaltan faktörlere bakacak olursak zeytinyağı ve balık yağı ile beslenenler, lif kaynağı ve antioksidan olan meyve ve sebze ile beslenen kişilerde daha az KRK görülme olasılığı vardır. Süt ve kalsiyum tüketiminin de KRK oluşma riskini azalttığı bilinmektedir (Ilgaz, 2015; Aktaş, 2019; Çakır, 2019).

## 2.5. Kolon Kanserinde Korunma, Erken Tanı ve Tarama Yöntemleri

Kolorektal kanserden korunma, erken teşhis ve tedavideki gelişmeler, hayatta kalmada önemli kazanımlarla sonuçlanmıştır (McDougall ve diğerleri, 2019). Kolorektal kanserden korunma üç ayrı başlıkta toplanmaktadır.

Birincil koruma yöntemleri, KRK riskini en aza indirecek uygulamaları ve hayat stili değişikliklerini ele alır. Birincil korumanın hedefi, bireysel riski en aza indirerek kanserin gelişmesini engel olmaktır (Koç, 2014; Genç, 2019; Türk Kolon ve Rektum Cerrahi Derneği, 2019; Türk Kanser Derneği, 2020). Bu önlemler ise;

### 2.5.1. Sağlıklı beslenmek

Yapılan çalışmalar meyve ve sebzelerde bulunan yüksek lif oranı, antioksidanlar ve folik asitin kolon kanseri gelişme riskini azalttığını göstermektedir. Ayrıca düşük yağ içerikli gıda tüketen kişilerde de KRK görülme oran düşük olmuştur (Koç, 2014; Genç, 2019; Türk Kolon ve Rektum Cerrahi Derneği, 2019; Türk Kanser Derneği, 2020).

### 2.5.2. Kilonuzu kontrolü

Fazla kilo birçok kanser türüne zemin hazırladığı gibi KRK de uygun zemin hazırlamaktadır. Fazla kilolardan kurtulup ideal kilomuza ulaşarak KRK' den korunabiliriz (Koç, 2014; Genç, 2019; Türk Kolon ve Rektum Cerrahi Derneği, 2019; Türk Kanser Derneği, 2020).

### 2.5.3. Fiziksel aktivitenizi arttırmak ve spor yapmak

Spor yapmak, aldığımız gıdaların kolon içerisinde hızlı bir şekilde ilerlemesini sağlayarak kolonun olası karsinojen maddelerle etkileşim süresinin kısalmasına etki eder. Böylece düzenli olarak fiziksel aktive yapan bireylerde KRK görülme riski önemli ölçüde azaldığı bilinmektedir (Koç, 2014; Genç, 2019; Türk Kolon ve Rektum Cerrahi Derneği, 2019; Türk Kanser Derneği, 2020).

### 2.5.4. Sigara içmemek ve alkol alımını kısıtlamak

Sigara ve alkol kullanmak her kanser türünde olduğu gibi KRK gelişme riskini de artırmaktadır. Primer korunma yöntemlerinde kişi değiştirilebilen risk faktörlerine uygun bir hayat yaşarsa KRK görülme olasılığı azaltmaktadır (Koç, 2014; Genç, 2019; Türk Kolon ve Rektum Cerrahi Derneği, 2019; Türk Kanser Derneği, 2020).

Sekonder koruma yöntemi olarak bahsedilen konu ise kanseri meydana getiren lezyonların en erken evrede belirlememize imkân veren erken tanı ve tarama yöntemleridir (Genç, 2019).

Tersiyer koruma, metastaz veya sekonder bir birincil kanser gelişme riski olan bireylerin, belirlenen hastalığın tedavisini, hastalıkla ilişkili komplikasyonların önlenmesini ve tedavi edilmesini içerir. Aynı zamanda tersiyer koruma adjuvan tedaviler, cerrahi girişim ve palyatif bakım gibi birçok yön içeren tedavileri hasta bakımının yaşam kalitesi ve çoğunlukla kanser kontrolü sağlamak için kullanılan bir yöntemdir. Üçüncül korumada amaç kolon kanserli bireylerde etkili tedavi ile mortalite oranını düşürmektir. Tersiyer koruma yöntemi primer ve sekonder korunma yöntemlerine daha maliyetli bir korunma yöntemidir (Koç, 2014; Genç, 2019).

Kolorektal kanser birinci basamak sağlık hizmetlerinde önlenebilir ve kanserden kaynaklı ölüm oranı azaltılabilir kanserler arasında yer almaktadır. Aile öyküsü ve risk faktörleri gibi kişisel risk değerlendirmesi, seçiciliği ve duyarlılığı yüksek tarama programlarıyla (GGK, sigmoidoskopi, kolonoskopi vb.) erken evrede tanı konulabilmektedir. Kolorektal kanser tanısında öncelikle gaitada gizli kana bakılır. Daha sonra kesin tanı için kolonoskopi ile kolonun tüm bölümleri incelenir. Şüpheli bir durum varsa biyopsi ile tanı konulur. Kolorektal kanser tanısı almış hastalarda radyolojik görüntüleme ile metastaz olup olmadığına bakılmalıdır (Genç, 2019; Türk Tıbbi Onkoloji Derneği, 2020).

Taramada kullanılan yöntemler ise:

### 2.5.5. Gaitada Gizli Kan Testi

Gaitada gizli kan, kolon yüzeyinde oluşan kanamaların tespitinde kullanılır. Bu test KRK erken dönemde tanılama olanağı sağlayarak tedavinin bir an önce başlamasıyla ölüm oranını en aza indirdiği bilinmektedir. Gaitada 2 ml kan olması gaitada gizli kan için yeterlidir. Gaitada gizli kan (+) ise % 25 patolojiktir. Yapılan gaitada gizli kan taramaları KRK ölüm oranını %15-35 oranında azaltmaktadır. 50-70 yaş arasında bulunan kadın ve erkeklere Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM), Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM), Sağlıklı Hayat Merkezleri (SHM) ve Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) gaitada gizli kan testi iki yılda bir ücretsiz bir şekilde uygulanmaktadır. İki çeşit gaitada gizli kan testi uygulanmaktadır. Guaiac Bazlı GGK: Gaitadaki hemoglobini yıkarak peroksidaz enzimi aktivitesiyle gaitada kan bulunup bulunmadığına bakılır. Fekal İmmünokimyasal Test: Guaiac kökenli gaitada gizli kan peroksidaz enzimine bağlı olduğu için yalancı pozitiflik olabilmektedir. Fekal İmmünokimyasal test ise insan

hemoglobinine karşı antikorlar geliştirmektedir. Yalnızca insan hemoglobinine hassastır (Uyanıkoğlu, 2015; Genç, 2019; Türk Tıbbi Onkoloji Derneği, 2020).

### 2.5.6. Fleksible Sigmoidoskopi

Kolon ve rektumun esnek bir endoskop ile bakılarak polip, ya da kanser için görüntülenmesidir, kolonoskopiden tek farkı ise kolonun tüm bölümleri değil sadece sigmoid kolon ve rektum incelenir. Rektum ve sigmoid kolondaki kanser ve adenomların %75 oranında tespit ettiği bilinen bir yöntemdir. İşlemden önce kolon ve rektum temizliği için lavman yapılmalıdır. Amerikan kanser birliği 50 yaş ve üzeri kadın ve erkeklerde her 5 yılda bir esnek sigmoidoskopi yapılmasını önermektedir. Üç yılda bir yapıldığında ölüm oranlarını %60 azaltmaktadır (Genç, 2019; Özhanlı, 2020; Türk Kolon ve Rektum Cerrahi Derneği, 2020; ACS, 2021).

### 2.5.7. Kolonoskopi

Rektum ve kolonu ucunda hafif ve küçük bir video kamera yardımıyla incelenmesi işlemine denir. Kolon ve rektumun incelenmesinde en doğru sonuç veren bir yöntemdir. Özgüllük ve duyarlılık oranı %100'e yakındır. Bu nedenle en ideal tarama testidir. İşlemden önce hasta 8 saat aç bırakılır ve kolon temizliğine yapılır. Örnek parça almak gerektiğinde bu koloskoptan özel aletler geçirilerek alınabilir. Amerikan kanser birliği 50 yaş ve üzeri kadın ve erkeklerde her 10 yılda bir kolonoskopi önermektedir. Ailesinde kolonda polip, kalın bağırsak kanseri, inflamatuvar bağırsak hastalığı olan kişilerde 40 yaşından sonra taramaya başlanmalıdır (Genç, 2019; ACS, 2021; Özhanlı, 2020; Türk Kolon ve Rektum Cerrahi Derneği, 2020; Türk Tıbbi Onkoloji Derneği, 2020).

### 2.5.8. Biyopsi

Bir taramada şüpheli hücre ve dokuların mikroskop altında kanser belirtileri açısından incelenmek için çıkarılması işlemine denir (Türk Kolon ve Rektum Cerrahi Derneği, 2020; ACS, 2021).

### 2.5.9. Bilgisayarlı tomografi taraması

Bu tarama yöntemi, çevredeki lenf nodüllerine, karaciğere ve akciğere metastaz yapıp yapmadığını anlamamıza yardımcı olur (ACS, 2021).

### 2.5.10. Endorektal ultrason

Bu yöntemde, özel bir dönüştürücü kullanılarak kanserin rektal duvarın ne kadar ilerisinde gelişip ve çevre organlara veya lenf nodüllerine metastazı olup olmadığı için kullanılır (ACS, 2021).

## 2.6. Kolon Kanserinde Belirtileri

Kolorektal kanserde semptom ve bulgular tümörün yerleşim yaptığı yere, metastaz derecesine ve diğer komplikasyonlarına göre farklılıklar göstermektedir. Kolorektal kanserin en çok görülen belirtisi gaitada gizli kandır. Tümörün kolonda bulunduğu yere göre belirti ve bulgular;

Sağ kolon( assendens kolon):

- Karın ağrısı
- Hazımsızlık
- Kilo kaybı, zayıflık ve yorgunluk, bulantı ve kusma
- Anemi
- Hemotokrit ve hemoglobin düzeylerinde azalma olmaksızın serum ferritin seviyesinde azalma
- Karında palpabl kitle
- Gaitada gizli kan

Sol kolon( dessendens kolon):

- Bağırsak alışkanlıklarında değişiklik
- Dışkı şeklinde değişiklik
- Konstipasyon ve diyare
- Dışkılama sayısında artma
- Dışkı çapında incelme
- Tıkanma belirtileri

Rektum:

- Bağırsak alışkanlıklarında değişiklik
- Tam boşalamama hissi
- Rektal kanama

- Rektumda palpabl kitle şeklidendir (Ilgaz, 2015; Akduran, 2015; Aydın, 2017; Ökten, 2017; İlaslan, Özer ve Kol, 2017; ACS, 2021).

## 2.7. Kolorektal Kanser Evreleri

KRK evrelendirmesinde en çok kullanılan sistem Amerikan Ortak Kanser Komitesine ait (AJCC) TNM' sistemidir (ACS, 2021).

### 2.7.1. TNM Evrelemesi

**Çizelge 2.1.** Primary Tumor (T)

| **Kategori** | **Kriter** |
|---|---|
| TX | Primer tümör değerlendirilemez. |
| T0 | Birincil tümör varlığına dair kanıt yok. |
| Tis | İn situ karsinom, intramukozal karsinom |
| T1 | Tümör submukozayı işgal eder |
| T2 | Tümör muskularis propriayı işgal eder |
| T3 | Tümör muskularis propriadan perikolorektal dokuya yayılır. |
| T4 | Tümör viseral peritonu istila eder veya komşu bir organa veya yapıya yapışır. |
| T4a | Tümör visseral periton yoluyla invaze olur |
| T4b | Tümör, komşu organları veya yapıları doğrudan işgal eder veya onlara yapışır. |

**Çizelge 2.2.** Bölgesel Lenf Nodu ( N)

| **Kategori** | **Kriter** |
|---|---|
| NX | Bölgesel lenf nodu tutulumu yoktur. |
| N0 | Bölgesel lenf nodu metastazı yoktur. |
| N1 | Bir ila 3 bölgesel lenf düğümü pozitiftir. |
| N1a | Bir bölgesel lenf düğümü pozitiftir. |
| N1b | İki veya 3 bölgesel lenf düğümü pozitif. |
| N1c | Bölgesel lenf düğümleri pozitif değildir, ancak aşağıdaki bölgelerde tümör birikintileri vardır:<br>➢ Subserosa<br>➢ Mezenter<br>➢ Peritonalize olmayan perikolik veya perirektal / mezorektal dokular |
| N2 | Dört veya daha fazla bölgesel düğüm pozitif |
| N2a | Dört ila 6 bölgesel lenf düğümü pozitiftir |
| N2b | Yedi ve daha çok bölgesel lenf nodu pozitif |

**Çizelge 2.3.** Uzak Metastaz Varlığı (M)

| **Kategori** | **Kriter** |
|---|---|
| M0 | Uzak metastaz yok |
| M1 | Bir veya daha fazla uzak bölgeye veya organa metastaz veya peritoneal metastaz tanımlanır |
| M1a | Peritoneal metastaz olmaksızın bir bölgeye veya organa metastaz belirlenir |
| M1b | 2 veya daha fazla bölgeye veya organa metastaz, peritoneal metastaz olmaksızın tanımlanır |
| M1c | Peritoneal yüzeye metastaz, tek başına, başka bir bölge veya organ metastazları ile tanımlanır |

**Çizelge 2.4.** Evrelendirme

| T | N | M | EVRE |
|---|---|---|---|
| Tis | N0 | M0 | 0 |
| T1, T2 | N0 | M0 | 1 |
| T3 | N0 | M0 | 2A |
| T4a | N0 | M0 | 2B |
| T4b | N0 | M0 | 2C |
| T1- 2 | N1/ N1c | M0 | 3A |
| T1 | N2a | M0 | 3A |
| T3- T4a | N1/ N1c | M0 | 3B |
| T2- T3 | N2a | M0 | 3B |
| T1- T2 | N2b | M0 | 3B |
| T4a | N2a | M0 | 3C |
| T3- T4a | N2b | M0 | 3C |
| T4b | N1/ N2 | M0 | 3C |
| Herhangi bir T | Herhangi bir N | M1a | 4A |
| Herhangi bir T | Herhangi bir N | M1b | 4B |
| Herhangi bir T | Herhangi bir N | M1c | 4C |

TNM sistemi 2017 yılında revize edilmiştir.

## 2.8. Kolon Kanserinde Tedavi

Kolorektal kanser tanısı almış kişilerde tedavi tümörün yerleşim yerine ve hastalığın evresine göre planlanmaktadır. Tümörün bulunduğu evreye göre, kemoterapi, cerrahi ve radyoterapi tedavi seçenekleri olarak uygulanır. Diğer organlara uzak bölgelere yayılım yapmamış KRK birincil tedavisinde daha çok cerrahi rezeksiyon kullanılmaktadır (Gürçayır, 2016; Öztürk Kaynar, 2016; Aykaç Koçak, 2018).

### 2.8.1. Cerrahi tedavi

Erken evre KRK için birincil ilke, tümörün cerrahi olarak çıkarılmasıdır. Uygulanan cerrahi işlemden sonra prognozun iyi olduğu gözlenmiştir. Uygulanacak olan cerrahi yöntemin türüne ise kanserin evresi ve büyüklüğüne göre karar

verilmektedir. Kullanılan cerrahi yöntemlerde dikkat edilmesi gereken önemli nokta sfinkterler korunarak cerrahi bir yöntem kullanılmalıdır. Mevcut tümör eğer cerrahi olarak çıkarılamıyorsa kalıcı ya da geçici ostomiler( ileostomo, kolostomi) açılabilir (Gürçayır, 2016; Öztürk Kaynar, 2016; Çakır, 2019; ACS, 2021).

#### 2.8.1.1. Sağ hemikolektomi

Çekum, assendens kolon, hepatik fleksura ve transvers kolonun proksimal yarısında bulunan tümörlerde uygulanan bir cerrahi tedavi yöntemdir (Öztürk Kaynar, 2016; Çakır, 2019; Yüceler Kaçmaz, 2020).

#### 2.8.1.2. Transvers kolektomi

"*Transvers kolon tümörlerinde yerleşim yerine göre sağ hemikolektomi, sol hemikolektomi veya transvers kolektomi uygulanabilir. Hepatik ve splenik fleksurayı içine almayan transvers kolonun ortalarında yer alan tümörlerde transvers kolektomi tercih edilmektedir. Transvers kolektomide amaç, transvers kolon, büyük omentum ve orta kolik arter ile lenfatik alanın hep birlikte çıkarılmasıdır*." (Yüceler Kaçmaz, 2020).

#### 2.8.1.3. Sol hemikolektomi

Transvers kolonun distalinde, splenik fleksura ve inen kolonda yer alan tümörlere uygulanır. Sol kolonun çıkarılmasının sonra kolostomi açılır (Öztürk Kaynar, 2016; Yüceler Kaçmaz, 2020).

#### 2.8.1.4. Subtotal veya total kolektomi

"*Subtotal kolektomi; ileumun distal bölümü ve sigmoid kolonun ortası veya distaline kadar olan bölge rezeksiyon yapıldıktan sonra, ileosigmoid anastomoz uygulanması işlemidir. Total kolektomi ise subtotal kolektomide rezeke edilen bölgeye ek olarak sigmoid kolonun tümüyle çıkarılmasıdır. İleum ile rektumun proksimal kısmı anastomoz edilmektedir.*" (Çakır, 2019).

#### 2.8.1.5. Abdominoperineal rezeksiyon

Genellikle anal kanaldan 7 cm içeride kalan tümörlerin rezeksiyonlarında uygulanan bir yöntemdir. Rektum, anal kanal ve anüsün rezekte edilmesine bağlı

dessendens kolon veya sigmoid kolondan hastaya kalıcı kolostomi açılması işlemidir (Çakır, 2019; Yüceler Kaçmaz, 2020).

#### 2.8.1.6. Anterior rezeksiyon

Rektumun üst bölüm kanserlerinde kullanılan yöntemdir (Yüceler Kaçmaz, 2020).

#### 2.8.1.7. Low anterior rezeksiyon

Sigmoid kolon ve mezosu, tümörün 2 cm altına inilecek şekilde rektum ve tüm mezorektum çıkartılır (Öztürk Kaynar, 2016).

#### 2.8.1.8. Ostomi cerrahisi

Stoma; KRK cerrahi tedavisinde yaygın bir şekilde kullanılan bağırsağın karın duvarına ağızlaştırılmasıdır. Bu işlem geçici ya da kalıcı olarak yapılabilmektedir. Ağızlaştırılan kısım ileum ise ileostomi, kolon ise kolostomi şeklinde ifade edilir. İleostomide gaita çıkışı kontrol edilemez ve sıvı, akışkan bir şekildedir. Eğer stoma çevresi bakımı iyi yapılmazsa gaita çıkışı stoma etrafını tahriş edebilir. Kolostomide ise ileostominin aksine gaita çıkışı kontrol edilebilmektedir (Öztürk Kaynar, 2016; Çakır, 2019).

### 2.8.2. İmmünoterapi

Bağışıklık sisteminin; sitotoksik T lenfosit ve spesifik antikorların verilerek veya aşı uygulanarak kanser hücrelerini daha iyi tanımasına ve yok etmesine yardımcı eden tedavi yöntemidir (Gürçayır, 2016; ACS, 2021).

### 2.8.3. Kemoterapi

İntravenöz veya oral form olarak kullanılabilen ilaçlar ile uygulanan tedavidir. Kolorektal kanserde tümörü elimine etmek uygulanan tedavi yöntemidir. Kemoterapi, neoadjuvan (cerrahi öncesi) kemoterapi, adjuvan (cerrahi sonrası) kemoterapi ve ileri evre hastalık dönemi olmak üzere üç farklı evrede uygulanabilir. Neoadjuvan kemoterapi, preop dönemde tümörün boyutunu küçültmek veya çıkarılmasını kolaylaştırmak için uygulanır. Adjuvan kemoterapi ise post-op dönemde lenf nodülü tutulumu olan kişilerde metastazlar için ve ameliyat esnasında kalmış olabilecek kanser hücrelerini yok etmek için kullanılır. Bu ilaçlar bolus

şeklinde verildiğinde toksik etki olarak stomatit, nötropeni ve ishal gelişebilir. Bu ilaçlar sistematik ve bölgesel olarak uygulanabilirler. KRK' de en sık kullanılan bazı ilaçlar şunları içerir (Güneş Dağ, 2017; Çetin, 2019; ACS, 2021).

- 5-Florourasil (5-FU)
- Kapesitabin (Xeloda)
- Irinotecan (Kamptosar)
- Oksaliplatin (Eloksatin)
- Trifluridin ve tipiracil (Lonsurf)

### 2.8.4. Radyoterapi

Kolorektal kanser radyasyon uygulamasına dirençli olmasına rağmen metastazı azaltmak, cerrahi olarak tümörün çıkarılamayacağı durumlarda çıkarılabilir hale getirmek, ilerlemiş KRK bağırsak tıkanmasına, kanamaya veya ağrıya neden oluyorsa semptomları hafifletmek ve tümörü küçültmek için uygulanmaktadır. Radyoterapi işlemi tedavi edici, adjuvan terapi yada palyatif amaçla uygulanabilmektedir. Daha çok rektum tümörlerine eksternal, intrakaviter ve implant radyasyon şeklinde kullanılmaktadır (Akduran, 2015; Gürçayır, 2016; Güneş Dağ, 2017; Çetin, 2019; ACS, 2021).

## 2.9. Hastalık Algısı

Hastalık deneyimi sadece objektif değil aynı zamanda subjektif boyutu da içinde barındırdığından, aynı hastalık tanısı almış bireylerde hastalık deneyimi herkeste farklı yaşandığı için hastalar birbirinden farklı reaksiyonlar vermektedir ve bu farklı reaksiyonların oluşmasında birden fazla faktör etkilidir (Yılmaz Karabulutlu ve Karaman, 2015). Hastalık algısı, kişilerde var olan bir hastalığın ya da belirtilerinin birey tarafından bilişsel veya emosyonel açından yorumlanması ve algılanmasıdır (Özdemir, 2016; Menekli, Doğan ve Elkıran, 2020; Tanrıkulu, 2020). Diğer bir ifade ile hastalık algısı, hastalıkla ilgili güncel bilgiler ve daha önceki deneyimler temelinde oluşturulan hastalık ve tedavisi hakkında bilişsel temsillerdir (Kork, Telka ve Zarzycka, 2019).

## 2.10. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi yeni bir kavram olmayıp günümüzde hala küresel bir tanımı mevcut değildir. Bu kavram ilk kez Thorndike tarafından 1939 yılında ifade edilmiştir. Yaşam kalitesini açıklamak için "yaşam doyumu", "bireylerin doyumları ile sosyal ilişkilerinin kesişimi" "bireysel algı, iyilik, refah" "ekonomik yönden iyi olma hali, kişilerarası ilişkilerinin iyi olması" gibi ifadeler kullanılmıştır (Zeren ve Gürsoy, 2019; Menekli, Doğan ve Elkıran, 2020).

DSÖ' ye göre ise "*Yaşam Kalitesi, bir bireyin yaşadığı kültür ve değer sistemleri bağlamında ve hedefleri, beklentileri, standartları ve kaygılarıyla ilişkili olarak yaşamdaki konumlarına ilişkin algısı olarak tanımlamaktadır."*(WHO, 2021).

Klinik ve biyokimyasal değerlendirmelerin kişinin hastalıktan ne ölçüde etkilediğini gösterememesi tıp literatürüne 'yaşam kalitesi' terimini sokmuştur. Yaşam kalitesi kavramı bedensel, mental, spritüel ve sosyal boyutları içine alan oldukça geniş bir terimdir. Bu kavramı; kronik hastalıklar, kişisel özelliklerimiz, sosyoekonomik durum, sağlık okuryazarlığı ve destek sistemleri gibi birçok faktör etkilemektedir (Tuba Arpaci, ve Kılıçarslan Törüner, 2017; Zeren ve Gürsoy, 2019; Abay ve Kaplan, 2020).

Genel olarak bakıldığında yaşam kalitesi; bireyin içinde bulunduğu kültür ve değer sistemleri içerisinde bireyin hayatının iyi ve kötü yönleriyle değerlendirmesini hedefleyen ve bireyin öznel doyum ifadelerini içeren bir terim olarak karşımıza çıkmaktadır (Zeren ve Gürsoy, 2019; Abay ve Kaplan, 2020).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise yaşam kalitesinin alt dalıdır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, bireyin kişisel özellikleri, yaşadığı çevre ve bedensel fonksiyonları ile sağlık algısının arasındaki etkileşim ile ifade edilmiştir (Ercan, 2010; Saygılı, 2012).

Hemşirelik için yaşam kalitesi ise; yaşamın her yönünü içine alan ve bireyin iyilik ve refah halini sürdürmeye yönelik bakım uygulamalarına dayanmaktadır. Kolorektal kanser duygusal, fiziki, cinsel ve sosyal alan olmak üzere dört alanda bireylerin yaşam kalitesini büyük ölçüde etkilenmektedir. Kolorektal kanser tanısı almış kişilerde kanser tanısının konulması ve bağırsağın karın duvarından ağızlaştırılmasına bağlı olarak beden imgesindeki bozulmasından dolayı stres seviyesinin yüksek olması, depresyon ve korku gibi faktörler hastanın duygusal olarak; koku, dışkı sızıntısı, konstipasyon ve diyare ve ostomi komplikasyonları gibi

sorunlar fiziki olarak; yapılan cerrahi işlemden kaynaklı pelvik alandaki sinir hücrelerinin harap olması sonucu erkek bireylerde ejekülasyon ve impotans sorunları, kadın bireylerde ise orgazm ve ağrılı birleşme sorunlarının olması cinsel olarak; stoma varlığından kaynaklı olarak hastaların sosyal ilişkilerini kısıtlaması, banyo yapması sosyal olarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Diğer taraftan ise sosyal destek varlığının olması, taburculuk sonrası eğitimin planlanması, sağlık personeli ve birey arasındaki iletişimin iyi olması ise yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Hemşirelerin etkilenen bu yaşam kalitesi alanlarını bilmeleri ve verilecek hemşirelik bakımı ile hastalıktan kaynaklı yaşam kalitesi etkilenmiş bireyin yaşam kalitesini yükseltmesi hedeflenir (Çalışkan, Duran, Karadaş, Ergün, ve Tekir, 2015; Gürçayır, 2016; Zeren ve Gürsoy, 2019).

Diğer bir yandan ise yaşam kalitesi, KRK tanılı bireyin bakımında hemşirenin dikkat etmesi gereken önemli bir yönüdür. Kolorektal kanser tanısı ve tedavisi bireylerde ve ailelerinde fiziksel, ruhsal, duygusal ve mali anlamda getirdiği yükler açısından yaşam kalitesinde önemli zorluklara neden olmaktadır. Hemşireler bu alanlarda ki zorlukların farkında olarak bireylerin yaşam kalitelerini yükseltmeye yönelik uygulamalarda bulunmalıdır. Yapılan bazı çalışmalarda da görülmüştür ki, KRK tanısı alan ve iyi hemşirelik bakımı alan bireylerde yaşam kalitesin de olumlu anlamda bir gelişme olduğu görülmüştür (Eyl, Xie, Koch-Gallenkamp, Brenner, ve Arndt, 2018.; McDougall ve diğerleri, 2019.; Taylor, 2020).

### 2.11. Hastalık Algısı ve Yaşam Kalitesi

Bireyler geçmiş yaşam deneyimlerine, çevresinden ve sağlık profesyonellerinden edindiği bilgilere ve inançlarına dayanarak mevcut hastalığı ve planlanan tedavisi hakkında kendi bilişsel ve emosyonel tutumu içerisinde yorumlayarak bir algı geliştirirler. Geliştirilen bu algı bireyin hastalığının seyri ve iyilik hali üzerinde etkilidir. Buradan yola çıkarak her hastanın kişisel olarak bireysel algısının değerlendirilmesi çok önemlidir (Yılmaz Karabulutlu ve Karaman, 2015; Hopman ve Rijken, 2015; Aydın Sayılan ve Demir Doğan, 2020; Tanrıkulu, 2020). Hastalık algısı, kanser gibi uzun süreli tedavi ve bakım gerektiren iç içe geçmiş birden çok sorunun anlaşılmasında, psikolojik tedavinin uygulanmasında ve tedavinin başarısının belirlenmesinde önemli bir faktördür (Özdemir, 2016; Aydın Sayılan ve Demir Doğan, 2020).

Hastalık algısının gelişmesi kanser hastalarında risk azaltıcı sağlıklı tutumları geliştirmek, mevcut ya da olası rahatsızlıkları tanımlayabilmek ve hemşirelik uygulamalarını planlayabilmek açısından önemlidir (Yılmaz Karabulutlu ve Karaman, 2015; Menekli, Doğan ve Elkıran, 2020). Kanser tanısı alan bireylerde hastalık algısı yaşam kalitesini belirleyen en temel değişkendir. Bireyler arasında hastalık algısının yaşam kalitesini olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebileceği bildirilmiştir. Bu nedenle hastalık algısının üzerinde durulması hastaların tedaviye uyumunun artmasını sağlayacak ve yaşam kalitesini arttıracaktır (Chou, 2019; Aydın Sayılan ve Demir Doğan, 2020; Menekli, Doğan ve Elkıran, 2020). Kanserde bireylere hastalığı hakkında bilgi verilmesine bağlı bireylerin memnuniyeti artmaktadır ve bu da bireylerde olumlu hastalık algısını geliştirmektedir. Olumlu hastalık algısı arttıkça, hastalığın seyri hakkındaki olumsuz inançlar azalmaktadır ve hastanın tedaviye uyumu da artmaktadır. Olumlu yönde hastalık algısı gelişen kişilerde yaşam kalitesinin yükseldiği bilinmektedir (Özdemir, 2016; Nehir, Güngör Tavşanlı, Özdemir ve Akyol, 2019).

Diğer bir taraftan kanser tanısı alan bireyler bu hastalığı bir ceza olarak görebilirler ve bu durumda bireylerde hastalığına yönelik olumsuz hastalık algısı gelişmesine neden olmaktadır. Buna bağlı olarak bireylerde ise hastalığın seyri kötüleşmekte ve bireyde tahmin edilen iyileşme süresinde gecikme olmaktadır. Bu durum da bireylerin yaşam kalitesini düşürmektedir. Neyse ki, hastalık algısı eğitim, psikolojik ve sosyal destek ile şekillendirilebilir ve bireylerin yaşam kalitesi yükseltilebilir (Özdemir, 2016; Miceli, 2019).

Kolorektal kanser tanısı alan bireylerde bakım veren hemşirelerin, bireylerle olan iletişimini sürekli açık tutarak bu bireylerde var olan ya da var olabilecek hastalık algısına dair bozuklukları erken dönemde fark etmeleri oldukça önemlidir. Çünkü oluşan olumsuz hastalık algısı bireyin yaşam kalitesinde de bir düşüşe neden olmaktadır. Bu olumsuz hastalık algısı ve yaşam kalitesinin değiştirilmesi ve olumlu yönde geliştirilmesinde hemşirelik bakımı önemli bir rol oynamaktadır. Hemşire planladığı hemşirelik bakımında bütüncül ve hümanistik bir yaklaşımla hizmet vererek gelişen olumsuz hastalık algısı ve yaşam kalitesini yükseltmelidir ( Akman, 2016; Özdemir, 2016).

## 2.12. Hemşirelik Bakımı

Hastalarda KRK teşhisinden sonra ortaya çıkan iştahsızlık, bulantı, kusma bağırsak hareketlerinin bozulması, ağrı, yorgunluk, sinir hasarı, cinsel işlevdeki değişiklikler ve duygu durumlarındaki bozulma gibi semptomlar çok yaygın olarak ortaya çıkmaktadır ve bu semptomlar yaşam kalitesini olumsuz şekilde etkilenmektedir (Blum&Barnett ve diğerleri, 2019.; Susan ve diğerleri., 2020.; Clouth ve diğerleri, 2021.; Abu-Helalah ve diğerleri, 2022). Hemşireler ise bu komplikasyonları önleme, bireylerin mevcut ihtiyaçlarını belirleme ve yaşam kalitesini yükseltmede büyük etkiye sahiptirler (Saruhan,2022).

Kolorektal kanser tanısı almış bireylerde yukarıda da bahsedilen diyare ve kabızlık için hemşirenin hastaya vereceği eğitimlerle bireyin yaşam kalitesinin artırılması beklenir. Hemşire konstipe olmuş bireyin günlük sıvı alımını düzenleyerek, diyetinde daha fazla taze sebze ve meyve lifli ve posalı gıdalara yer vererek kabızlığın önlenmesini sağlar. İshal olmuş bireyde ise diyetinde lifli besinleri azaltılmasını sağlayarak, muz, patates püresi, şeftali gibi besinleri diyetine ekleyerek bu durumu en iyi şekilde yönetir (Yara Ostomi İnkontinans Hemşireleri Derneği, [YOİHD], 2021).

Sızıntısı olan bireylerde doğru boyutta poşet açıklığının öğretilmesi, poşetin düzenli olarak değiştirilmesi, torbanın doğru bir şekilde yerleştirilip sabitlenmesi, stoma çevresinde pasta sürülmesi, torbanın üçte birlik kısmı dolduğunda boşaltılması veya değiştirilmesi ve bireylere, dışarıdayken yanlarında yedek stoma torbası ve iç çamaşırı taşıması gerektiği belirtilerek hastaların sızıntıdan kaynaklı oluşan yaşam kalitesi sorunu giderilmeye çalışılır (United Ostomy Associations of America, 2017; Duluklu ve Şenol Çelik, 2019).

Kolorektal kanser tanılı bireylerin yaşam kalitesini etkileyen diğer bir alanda cinsellik alanıdır ve bu alan hemşire ve birey arasında fazla konuşulmayan utanılan bir alandır. Hemşire etkilenen bu alanı düzeltmek için hasta ile bireyi yargılamadan ve endişelerini anlayarak birey ve eşi ile konuşmalı endişelerini gidermelidir. birey ve eşine cinsel ilişkiden önce stoma torbasını boşaltmaları, torbanın görüntüsünden rahatsız olan eşlerde torba için kılıf kullanmaları ve gerekirse bir destek almaları söylenmelidir. Kolostomosi olan kişilerde koku ve gaz oluşumunu önlemek için nohut, fasulye gibi gaz yapıcı yiyeceklerden kaçınılması, asitli içeceklerden uzak

durması önerilir. Koku oluşumunu önlemek için ise soğan, sarımsak peynir ve lahana gibi besinleri daha az tüketmesi ifade edilerek bireyin yaşam kalitesi artırılabilir. Ostomisi bulunan bireylerin yaşam kalitesini etkileyen bir sorunda banyo yapma sorunudur. Stoma torbaları suya karşı dayanıklı olduğu için bu kişiler stoma torbası takılıyken banyo yapabilirler. Hemşire bu kişileri banyo yapmak için en ideal vaktin herhangi bir gıda tüketmeden önceki sabah saatleri olduğu konusunda uyararak bireyin daha rahat bir banyo yapmasına olanak tanımış olur. Ayrıca stoma bağırsağın bir uzantısı olduğu için ve bağırsak kanlanması yoğun olduğundan banyodan sonra kanama olabilir bu durum kişiye önceden bildirilmelidir. Beden imgesi stoması olan her bireyi etkilemektedir. Hemşire bireyin duygu ve düşüncelerini açıklamasını cesaretlendirerek hastanın stomasını kabullenme konusunda bilgi sahibi olmalıdır. Bireyin stoma bakımını yapacak kişiye bakımı yaparken rahatsız olduğu anlar olsa bile bunu hastaya belli etmemesi konusunda uyarılmalıdır (Vural, Sütsünbüloğlu, ve Şelimen, 2016; Duluklu ve Şenol Çelik, 2019).

# 3. GEREÇ VE YÖNTEM

## 3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırmamız; KRK tanılı hastaların yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışma olarak planlandı.

## 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Ankara' da bir eğitim ve araştırma hastanesinin genel cerrahi servisinde yürütüldü. Genel Cerrahi Servisi 28 yatak kapasitesine sahip olmaktadır. Servisimizde 9 uzman doktor, 14 asistan doktor, 1 uzman hemşire, 12 hemşire ve 3 temizlik personeli görev yapmaktadır. Genel cerrahi servisinin odaları iki ve üç kişilik olduğu için veri toplama aşamasında mahremiyet ilkesine uygun olması açısından hastaları hemşire odasına davet edip birey ile birebir bir şekilde veriler toplanmıştır.

## 3.3. Araştırma Zamanı

Araştırma, Ankara' da bir eğitim ve araştırma hastanesinin genel cerrahi servisinde yüz yüze görüşme ile 23.02.2022- 23.02.2023 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırma zamanımızı bu kadar uzun bir aralık seçmemizin nedeni Covid- 19 salgınından dolayı KRK tanısı almış bireylere ulaşmamızın zor olduğu içindi.

## 3.4. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini; en az altı ay önce KRK tanısı almış bireyler oluşturdu.

## 3.5. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklem grubunu; 23.02.2022- 23.02.2023 tarihleri arasında Ankara' da bir eğitim ve araştırma hastanesinin genel cerrahi servisine başvuran KRK tanısı alan ve aşağıda belirtilen kriterleri taşıyan kişiler oluşturdu.

Araştırma kapsamına alınacak hastalarda aranan kriterler şunlardır:

- En az altı ay önce KRK tanısı almış olmak
- 40- 65 yaş arası olmak
- Görme ve işitme engeli olmayan
- Kemoterapi kürü almış veya almamış
- Cerrahi operasyon geçirmiş veya geçirmemiş
- Araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllü kadın ve erkek bireyler oluşturdu.

Yukarıda belirtilen kriterlere uygun 200 hastaya ulaşıldı.

### 3.6. Veri Toplama Araçları

Çalışmada veriler aşağıda yer alan anket ve formlar aracılığıyla toplanmıştır.

- Bilgilendirme ve onay formu (Ek-1)
- Sosyo-demografik özellikleri içeren bilgi formu (Ek-2)
- Kısa Hastalık Algısı Ölçeği (Ek-3)
- Yaşam Kalitesi Endeksi Kanser Uyarlaması- III (QOL-CV) (Ek-4)

#### 3.6.1. Sosyo-demografik form

Sosyo-demografik form özellikleri içeren bilgi formu kanserli hastalarda hastalık algısının yaşam kalitesine olan etkisini değerlendirilmek üzere literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından oluşturuldu (Gürçayır, 2017; Çakır, 2019). Form; sosyo-demografik değişkenleri 11 soru (yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, sosyal güvenlik kurumuna bağlı olma durumu, mesleği, şu an bir işte çalışıp çalışmadığı, gelir durumu, yerleşim yeri, sigara kullanma durumu ve alkol kullanma durumu) ve hastalıkla ilgili özellikleri 5 soru (KRK tanısı ne zaman aldığı, birinci derece yakında KRK tanısı alan kişi varlığı, tedavi durumu ve hastalık ve tedavi hakkında bilgisi olup olmadığı eğer varsa bilgi kaynağının kim ya da kimler) olduğu belirlemek amacıyla toplam 16 soruyu içermektedir.

#### 3.6.2. Yaşam Kalitesi Endeksi Kanser Uyarlaması- III (QOL-CV)

QOL-CV, Ferrans ve Powers (1985) tarafından geliştirilmiştir, Türkçe geçerlik ve güvenirliği Can ve arkadaşları (2010) tarafından yapılmıştır. Ölçek, 6

dereceli likert tipinden oluşan maddelere verilen yanıtlarla cevaplanır ve yaşamın çeşitli alanlarından 'memnuniyet' ile o alanın kişi için 'önemini' ölçen her biri 33 Maddeyi kapsayan iki ana bölümden oluşur. Sağlık ve hareketlilik, sosyo-ekonomik, psikolojik inançlar ve aile olmak üzere toplam dört alt ölçeğinden oluşur. Toplam yaşam kalitesi puanı ve alt grup puanları memnuniyet puanlarını önem puanlarına uyarlayarak elde edilir. Ölçekten 0-30 arası puan alınmaktadır. Can ve ark. tarafından Cronbach's Alfa değeri alt ölçeği için ayrı ayrı hesaplanarak 0.63-0.85 arasında bulunmuştur. Bizim Cronbach's Alfa değeri çalışmamızda 0.67-0.87 olarak bulundu.

### 3.6.3. Kısa hastalık algısı ölçeği (KHAÖ)

Kısa hastalık algısı ölçeği Broadbent ve arkadaşları (2006) tarafından geliştirilmiştir. Karataş, Özen ve Kutlutürkan tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirliği yapılmıştır ve Cronbach's Alfa katsayısını 0,85' dir. Ölçeğin Türkçe' ye uyarlanmış hali yedi madde ve nedensel faktörlerin sorgulandığı ilave bir maddeden oluşmaktadır. Hastalığın nedensel faktörlerinin sorgulandığı 8. Madde dışında kalan diğer 7 madde, 0-10 arasında likert tipi bir puanlama cetveline sahiptir. Ölçek, bilişsel hastalık temsilleri ve duygusal hastalık temsilleri olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Bilişsel hastalık temsillerini 2. (kişisel kontrol), 3. (tedavi kontrolü) ve 6. (hastalık anlaşıla bilirliği), maddeler oluşturmaktadır. Duygusal hastalık temsillerini ise 1. (sonuçlar), 4. (hastalık kimliği), 5. (endişe) ve 7. (duygu-durum) maddeler oluşturmaktadır. Bu maddelerin yanı sıra, hastalığa neden olduğu düşünülen en önemli üç nedenin açık uçlu olarak sorulduğu en son bölüm yer almaktadır. Ölçeği değerlendirirken tüm ölçek puanının hesaplanması, hastalığın ne kadar tehdit edici ya da kişinin rahat olduğunu göstermektedir. Ölçek skorunun hesaplanması için 2,3 ve 6. maddeler ters çevrilir ve 1,4,5,6,7' ye eklenir. Yüksek skor, hastalığın hastaları daha fazla tehdit ettiğini göstermektedir. Çalışmamızda Cronbach's Alfa değeri 0.87 olarak bulundu.

## 3.7. Verilerin Analizi

Araştırma verilerinin analizleri SPSS 26 programında yapıldı. Araştırmada tanımlayıcı bulgular sayı, yüzde, minimum/maksimum, ortalama, standart sapma, medyan ve çeyrekler açıklığı değerleri ile verildi. Karşılaştırılan gruplardan herhangi birinin örneklem sayısının 30'un altında olduğu durumlarda non-parametrik testler

kullanıldı. Farklılık analizlerinde iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, üç ve daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanıldı. Değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson ve Speraman korelasyon testleri ile değerlendirildi. Hastalık Algısı Total Yaşam Kalitesi Puanı üzerindeki etkisini belirlemek için çok değişkenli regresyon analizi yapıldı. Analizlerde $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

### 3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışma öncesi T.C. Çankırı Karatekin Üniversitesi etik kurulundan gerekli onay alındı. (Ek 7)

Çalışmanın gerçekleştirildiği T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesinden (E-93471371-000-4129) izin alındı.(Ek 8)

Çalışmaya katılım da gönüllülük ilkesine dikkat edilerek hastalara çalışma öncesi çalışmanın yararı ve amacı hakkında sözlü olarak ve bilgilendirme formu ile bilgilendirilme yapıldı. (Ek- 1)

Kısa hastalık algısı ölçeği kullanımı için izin Karataş, Özen ve Kutlutürkan tarafından alındı (Ek- 3).

Yaşam Kalitesi Endeksi Kanser Uyarlaması III Ölçek kullanım izni Can tarafından alındı (Ek 6).

## 4. BULGULAR

Kolorektal kanser tanılı bireylerin hastalık algısı ve yaşam kalitesini ölçmek için yapılan çalışmanın sonuçları aşağıda verilmektedir.

**Çizelge 4.1.** Araştırma Ölçeklerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

| Değişken | Min | Max | Ort. | SS | Medyan | ÇA | Basıklık | Çarpıklık |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Bilişsel Hastalık Algısı | 3 | 13 | 7,65 | 1,79 | 8 | 2 | 0,337 | -0,304 |
| Duygusal Hastalık Algısı | 38 | 39 | 33,91 | 1,87 | 34 | 2 | -0,246 | -0,416 |
| Hastalık Algısı Puanı | 32 | 47 | 41,55 | 2,54 | 42 | 2 | 2,476 | -1,478 |
| Sağlık ve Hareketlilik | 0,53 | 22,15 | 13,84 | 3,73 | 15,21 | 5,00 | -0,218 | -0,571 |
| Sosyal ve Ekonomi | 7,71 | 25,50 | 16,57 | 4,03 | 18,00 | 8,14 | -0,938 | -0,593 |
| Psikolojik/Dinsel | 15,42 | 26,57 | 22,25 | 1,80 | 22,28 | 1,71 | 3,727 | -1,330 |
| Aile | 16,80 | 30,00 | 24,36 | 2,25 | 24,00 | 1,20 | 0,551 | -0,163 |
| Total Yaşam Kalitesi Puanı | 12,66 | 23,73 | 19,25 | 2,08 | 19,83 | 2,87 | 0,241 | -0,677 |

ÇA=Çeyrekler Açıklığı (Çeyrek1-Çeyrek3)

Araştırma ölçeklerinin tanımlayıcı bulguları Çizelge 4.1'de görülmektedir. Bu bulgulara göre Bilişsel Hastalık Algısı boyutunun ortalamasının 7,65±1,79 olduğu, Duygusal Hastalık Algısı boyutunun ortalamasının 33,91±1,87 olduğu, Hastalık Algısı Puanının ortalamasının 41,55±2,54 olduğu, Sağlık ve Hareketlilik boyutunun ortalamasının 13,84±3,73 olduğu, Sosyal ve Ekonomi boyutunun ortalamasının 16,57±4,03 olduğu, Psikolojik/Dinsel boyutunun ortalamasının 22,25±1,80 olduğu, Aile boyutunun ortalamasının 24,36±2,25 olduğu ve Total Yaşam Kalitesi Puanının ortalamasının 19,25±2,08 olduğu belirlendi. Basıklık ve çarpıklık değerlerine göre Psikolojik/Dinsel boyutunun normal dağılım göstermediği, diğer araştırma ölçekleri ve alt boyutların normal dağılım gösterdiği görülmüştür.

**Çizelge 4.2.** Katılımcıların Demografik Özelliklerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular (n=200)

| | | n | % |
|---|---|---|---|
| Yaş (Ort±SS) | 53,75±4,51 | | |
| Kolorektal Kanseri Tanısını Ne Zaman Aldığı (Ay) (Ort±SS) | 14,35±7,96 | | |
| Cinsiyet | Kadın | 19 | 9,5 |
| | Erkek | 181 | 90,5 |
| Medeni Durum | Evli | 199 | 99,5 |
| | Bekar | 1 | 0,5 |
| Öğrenim Durumu | İlkokul mezunu | 6 | 3,0 |
| | Ortaokul mezunu | 52 | 26,0 |
| | Lise mezunu | 137 | 68,5 |
| | Üniversite/Lisansüstü mezunu | 5 | 2,5 |
| Sosyal Güvenlik Kurumuna Bağlı Olması | Hayır | 1 | 0,5 |
| | Emekli sandığı | 1 | 0,5 |
| | Bağ-kur | 1 | 0,5 |
| | SSK | 197 | 98,5 |
| Meslek | Emekli | 3 | 1,5 |
| | İşçi | 187 | 93,5 |
| | Serbest çalışıyor | 5 | 2,5 |
| | Memur | 2 | 1,0 |
| | Çiftçi | 2 | 1,0 |
| Çalışma Durumu | İşsiz-çalışmıyor | 1 | 0,5 |
| | Halen bir işte çalışıyorum | 1 | 0,5 |
| | Çalışmıyorum | 16 | 8,0 |
| | Hastalığım/tedavim nedeniyle işimi kaybettim | 182 | 91,0 |
| | Diğer | 1 | 0,5 |
| Gelir Durumu | Gelir giderden az | 192 | 96,0 |
| | Gelir gidere eşit | 7 | 3,5 |
| | Gelir giderden fazla | 1 | 0,5 |
| Sürekli Yerleşim Yeri | Köy-Kırsal Bölge | 8 | 4,0 |
| | Şehir-Kentsel Bölge | 192 | 96,0 |
| Sigara Kullanımı | Evet | 193 | 96,5 |
| | Hayır | 7 | 3,5 |
| Alkol Kullanımı | Evet | 172 | 86,0 |
| | Hayır | 28 | 14,0 |
| Birinci Derecede Yakınlarınızda Kolorektal Tanısı Alması | Evet | 154 | 77,0 |
| | Hayır | 46 | 23,0 |
| Varsa Kim | Anne | 1 | 1,54 |
| | Baba | 153 | 98,46 |
| Tedavi Durumu | Yatarak | 199 | 99,5 |
| | Ayaktan | 1 | 0,5 |
| Hastalığınıza ve Tedavinize Ait Bilgiye Sahip Olması | Evet | 200 | 100,0 |
| | Hayır | 0 | 0,0 |
| Bilgi Kaynakları* | Sağlık Profesyonelleri | 199 | 29,8 |
| | Kitap-Broşürler | 29 | 4,3 |
| | İnternet-Medya | 117 | 17,5 |
| | Arkadaş,komşu vs. | 183 | 27,4 |
| | Diğer hasta ve hasta yakınları | 140 | 21,0 |

*Çoklu cevap seçeneği nedeniyle cevap sayısı örneklem sayısından daha fazladır.

Çizelge 4.2'de görüldüğü gibi katılımcıların yaş ortalaması 53,75±4,51 olup %90,5 kişi erkek ve %99,5 kişi evliydi. %68,5 kişi lise mezunu ve %98,5 kişi sosyal güvenlik kurumu olarak SSK'ya bağıydı. Katılımcılardan %93,5 kişi işçi olarak çalışmakta, %91,0 kişi hastalığı veya tedavisi nedeniyle işini kaybetmiş, %96,0 kişinin geliri giderinden az ve %96,0 kişi şehir-kentsel bölgede yaşamaktaydı. Katılımcılardan %96,5 kişi sigara, %86,0 kişi de alkol kullanmaktaydı. Katılımcıların KRK tanısını alma ortalamasının 14,35±7,96 ay olduğu belirlenmiştir. Katılımcılardan %77,0 kişinin birinci dereceden yakınlarına kolorektal tanısı konulmuş olup yakınlarına tanı konulanlardan %98,46 kişinin babasına tanı konmuştur. %99,5 kişi yatarak tedavi almakta, %100 kişinin yani katılımcıların tamamı hastalığa ve tedaviye ait bilgiye sahip ve %29,8 kişi sağlık profesyonellerinden bilgi edinmektedir.

**Çizelge 4.3.** Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre KHAÖ ve Yaşam Kalitesi Endeksi Kanser Uyarlaması -III Analiz Bulguları

| Sosyodemografik veri | | N | Bilişsel Hastalık Algısı **$\bar{X}$±SS** | Duygusal Hastalık Algısı | Hastalık Algısı Puanı | Sağlık ve Hareketlilik | Sosyal ve Ekonomi | Psikolojik/Dinsel | Aile | Total Yaşam Kalitesi Puanı |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cinsiyet | Kadın | 19 | 8,00±1,85 | 33,21±1,75 | 41,21±2,67 | 15,95±1,83 | 18,54±2,19 | 22,38±1,62 | 23,52±1,88 | 20,10±1,43 |
| | Erkek | 181 | 7,61±1,79 | 33,98±1,87 | 41,59±2,53 | 13,61±3,82 | 16,37±4,12 | 22,23±1,82 | 24,45±2,27 | 19,17±2,12 |
| | Z<br>P* | | -1,189<br>0,234 | -1,738<br>0,082 | -0,815<br>0,415 | -2,280<br>0,023 | -1,177<br>0,239 | -0,450<br>0,653 | -1,975<br>0,048 | -1,308<br>0,191 |
| Medeni Durum | Evli | 199 | 7,65±1,80 | 33,91±1,87 | 41,56±2,54 | 13,82±3,73 | 16,56±4,03 | 22,25±1,80 | 24,38±2,24 | 19,25±2,09 |
| | Bekar | 1 | 7,00 | 32,00 | 39,00 | 17,50 | 18,78 | 22,00 | 20,30 | 19,64 |
| | Z<br>P* | | -0,555<br>0,579 | -1,152<br>0,249 | -1,368<br>0,171 | -1,195<br>0,232 | -0,263<br>0,793 | -0,665<br>0,506 | -1,700<br>0,089 | -0,113<br>0,910 |
| Öğrenim Durumları | ilkokul | 6 | 7,50±2,25 | 33,17±3,48 | 40,67±4,54 | 16,35±3,29 | 17,51±1,48 | 23,28±1,95 | 23,95±1,32 | 20,47±1,29 |
| | ortaokul | 52 | 8,12±2,06 | 33,90±1,74 | 42,02±1,95 | 16,76±3,89 | 17,65±3,70 | 22,49±1,29 | 24,48±2,16 | 19,34±1,78 |
| | Lise | 137 | 7,51±1,65 | 33,97±1,87 | 41,48±2,64 | 17,74±3,75 | 17,72±4,14 | 22,12±1,92 | 24,30±2,32 | 19,12±2,18 |
| | Üniversite | 5 | 6,60±1,34 | 33,00 | 39,60±1,34 | 19,82±1,61 | 18,38±3,68 | 21,97±2,61 | 25,44±2,14 | 20,65±2,33 |
| | $X^2$<br>P** | | 6,761<br>0,080 | 2,149<br>0,542 | 6,716<br>0,082 | 9,010<br>0,029 | 2,585<br>0,460 | 3,636<br>0,304 | 2,286<br>0,515 | 6,072<br>0,108 |

* Mann Whitney U testi; ** Kruskal Wallis testi

**Çizelge 4.3.** Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre KHAÖ ve Yaşam Kalitesi Endeksi Kanser Uyarlaması -III Analiz Bulguları (devam)

| Sosyodemografik veri | | N | Bilişsel Hastalık Algısı $\bar{X}$±SS | Duygusal Hastalık Algısı | Hastalık Algısı Puanı | Sağlık ve Hareketlilik | Sosyal ve Ekonomi | Psikolojik/Dinsel | Aile | Total Yaşam Kalitesi Puanı |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Meslek | Emekli | 3 | 7,33±2,51 | 33,33±2,88 | 40,67±1,15 | 15,75±2,53 | 17,64±6,32 | 22,09±4,13 | 24,70±2,55 | 20,04±3,80 |
| | İşçi | 187 | 7,69±1,79 | 33,94±1,83 | 41,63±2,51 | 13,69±3,77 | 16,46±4,01 | 22,28±1,72 | 24,36±2,28 | 19,20±2,04 |
| | Serbest çalışıyor | 5 | 7,60±1,67 | 34,40±1,34 | 42,00±0,70 | 14,69±1,99 | 15,78±3,12 | 20,00±2,60 | 23,22±0,72 | 18,42±1,92 |
| | Memur | 2 | 6,50±0,70 | 32,50±0,70 | 39,00±0,00 | 17,76±0,32 | 22,28±0,00 | 23,57±0,60 | 27,00±2,54 | 22,65±0,86 |
| | Çiftçi | 2 | 5,00±1,41 | 32,00±5,65 | 37,00±7,07 | 18,90±2,03 | 20,57±1,21 | 23,14±0,00 | 24,60±0,84 | 21,80±1,02 |
| | İşsiz | 1 | 8,00 | 33,00 | 41,00 | 13,69 | 18,92± | 22,85 | 24,00 | 19,86 |
| | $X^2$<br>P** | | 5,643<br>0,343 | 2,470<br>0,781 | 8,260<br>0,142 | 9,361<br>0,096 | 9,532<br>0,090 | 9,514<br>0,090 | 6,493<br>0,261 | 10,453<br>0,063 |
| Çalışma Durumu | Çalışıyorum | 1 | 9,00 | 33,00 | 42,00 | 13,15 | 12,92 | 17,28 | 22,80 | 16,54 |
| | Şu anlık çalışmıyorum | 16 | 7,81±2,50 | 32,06±2,14 | 39,88±2,98 | 14,18±3,73 | 16,00±4,58 | 22,28±1,70 | 25,78±1,93 | 19,56±2,36 |
| | Şu anlık işimi kaybettim | 182 | 7,63±1,73 | 34,07±177 | 41,69±2,47 | 13,79±3,75 | 16,63±3,99 | 22,27±1,78 | 24,25±2,25 | 19,23±2,06 |
| | Diğer | 1 | 7,00 | 35,00 | 42,00 | 17,46 | 19,71 | 23,14 | 24,00 | 21,07 |
| | $X^2$<br>P** | | 1,175<br>0,759 | 13,335<br>0,004 | 10,061<br>0,018 | 1,552<br>0,670 | 1,939<br>0,585 | 3,282<br>0,350 | 7,780<br>0,051 | 2,888<br>0,409 |
| Gelir Durumu | Gelir giderden az | 192 | 7,69±1,86 | 33,92±1,88 | 43,61±2,56 | 13,76±3,74 | 16,46±4,01 | 22,21±1,81 | 24,28±2,24 | 19,18±2,06 |
| | Gelir gidere eşit | 7 | 6,14±0,69 | 33,71±1,60 | 41,86±1,57 | 16,77±0,86 | 20,37±1,68 | 23,11±1,26 | 26,05±1,92 | 21,58±0,09 |
| | Gelir giderden fazla | 1 | 8,00 | 32,00 | 41,00 | 17,50 | 21,14 | 22,28 | 27,30 | 19,13 |
| | $X^2$<br>P** | | 9,918<br>0,007 | 1,512<br>0,470 | 6,831<br>0,033 | 7,682<br>0,021 | 10,831<br>0,004 | 3,285<br>0,194 | 8,599<br>0,014 | 12,850<br>0,002 |

*Mann Whitney U testi, ** Kruskal Wallis testi

**Çizelge 4.3.** Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre KHAÖ ve Yaşam Kalitesi Endeksi Kanser Uyarlaması -III Analiz Bulguları (devam)

| Sosyodemografik veri | | N | Bilişsel Hastalık Algısı **X̄±SS** | Duygusal Hastalık Algısı | Hastalık Algısı Puanı | Sağlık ve Hareketlilik | Sosyal ve Ekonomi | Psikolojik/Dinsel | Aile | Total Yaşam Kalitesi Puanı |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Yerleşim Yerleri | Köy-Kırsal | 8 | 7,13±2,10 | 33,88±3,18 | 41,00±3,96 | 16,25±3,09 | 18,48±2,54 | 22,25±1,51 | 24,80±1,29 | 20,44±1,62 |
| | Şehir-Kentsel | 192 | 7,67±1,78 | 33,91±1,81 | 41,57±248 | 13,74±3,73 | 16,50±4,06 | 22,25±1,81 | 24,34±2,28 | 19,21±2,09 |
| | Z<br>P* | | -0,739<br>0,460 | -0,706<br>0,480 | -0,305<br>0,760 | -1,890<br>0,059 | -1,096<br>0,273 | -0,364<br>0,716 | -0,458<br>0,647 | -1,771<br>0,077 |
| Sigara Kullanımı | Evet | 193 | 7,64±1,77 | 33,94±1,83 | 41,58±2,42 | 13,75±3,73 | 16,49±4,07 | 22,27±1,80 | 24,36±2,28 | 19,22±2,10 |
| | Hayır | 7 | 7,86±2,47 | 33,00±2,82 | 40,86±5,11 | 16,27±3,02 | 18,85±1,58 | 21,61±1,74 | 24,44±1,36 | 20,29±1,32 |
| | Z<br>P* | | -0,605<br>0,545 | -0,776<br>0,438 | -0,257<br>0,797 | -1,829<br>0,067 | -1,078<br>0,281 | -1,123<br>0,261 | -0,052<br>0,958 | -1,094<br>0,274 |
| Alkol Kullanımı | Evet | 172 | 7,60±1,79 | 34,00±1,85 | 41,60±2,53 | 13,66±3,65 | 16,36±4,07 | 22,19±1,84 | 24,44±2,36 | 19,16±2,12 |
| | Hayır | 28 | 7,89±1,83 | 33,32±1,92 | 41,21±2,63 | 14,93±4,13 | 17,90±3,55 | 22,59±1,52 | 23,90±1,33 | 19,83±1,75 |
| | Z<br>P* | | -1,098<br>0,272 | -1,646<br>0,100 | -1,166<br>0,244 | -1,396<br>0,163 | -1,251<br>0,211 | -1,376<br>0,169 | -1,650<br>0,099 | -1,224<br>0,221 |
| Birinci Derece Yakınlarının Tanı Alması | Evet | 154 | 7,54±1,74 | 33,94±1,83 | 41,48±2,35 | 13,67±3,62 | 16,67±3,96 | 22,25±1,83 | 24,39±2,40 | 19,25±2,08 |
| | Hayır | 46 | 8,00±1,93 | 33,78±2,03 | 41,78±3,12 | 14,38±4,09 | 16,26±4,28 | 22,22±1,72 | 24,26±1,68 | 19,28±2,11 |
| | Z<br>P* | | -1,753<br>0,080 | -0,080<br>0,937 | -1,265<br>0,206 | -1,410<br>0,159 | -0,893<br>0,372 | -0,150<br>0,881 | -0,187<br>0,851 | -0,241<br>0,810 |
| Tedavi Durumları | Yatarak | 199 | 7,64±1,80 | 33,89±1,87 | 41,53±2,54 | 13,87±3,72 | 16,61±4,01 | 22,25±1,80 | 24,36±2,26 | 19,27±2,07 |
| | Ayaktan | 1 | 9,00 | 36,00 | 45,00 | 7,38 | 9,64 | 20,57 | 25,20 | 15,69 |
| | Z<br>P* | | -0,916<br>0,360 | -1,301<br>0,193 | -1,651<br>0,099 | -1,551<br>0,121 | -1,505<br>0,132 | -1,375<br>0,169 | -0,818<br>0,413 | -1,533<br>0,125 |

*Mann Whitney U testi, ** Kruskal Wallis testi

Araştırmaya katılanların cinsiyetlerine göre Hastalık Algısı Puanı, Total Yaşam Kalitesi Puanı ve ölçeklerin alt boyutlarında farklılıklarına ilişkin analiz bulguları Çizelge 4.3'de sunuldu. Bu bulgulara göre Sağlık ve Hareketlilik boyutu ve Aile boyutunda katılımcıların cinsiyetlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Analiz bulguları incelendiğinde Sağlık ve Hareketlilik boyutunda kadınların ortalamasının erkeklerin ortalamasından daha yüksek olduğu, Aile boyutunda erkeklerin ortalamasının kadınların ortalamasından daha yüksek olduğu görüldü.

Araştırmaya katılanların öğrenim durumlarına göre Hastalık Algısı Puanı, Total Yaşam Kalitesi Puanı ve ölçeklerin alt boyutlarında farklılıklarına ilişkin analiz sonuçları Çizelge 4.3'de sunuldu. Bu bulgulara göre Sağlık ve Hareketlilik boyutunda katılımcıların öğrenim durumlarına göre anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Analiz bulguları incelendiğinde Sağlık ve Hareketlilik boyutunda Üniversite/Lisansüstü mezunu grubunun ortalamasının ortaokul mezunu grubunun ve lise mezunu grubunun ortalamasından daha yüksek olduğu görüldü.

Araştırmaya katılanların çalışma durumlarına göre Hastalık Algısı Puanı, Total Yaşam Kalitesi Puanı ve ölçeklerin alt boyutlarında farklılıklarına ilişkin analiz sonuçları Çizelge 4.3'de sunuldu. Bu bulgulara göre Duygusal Hastalık Algısı boyutu ve Hastalık Algısı Puanında katılımcıların çalışma durumlarına göre anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Analiz bulguları incelendiğinde Duygusal Hastalık Algısı boyutu ve Hastalık Algısı Puanında hastalığım/tedavim nedeniyle işimi kaybettim grubunun ortalamasının çalışmıyorum grubunun ortalamasından daha yüksek olduğu görüldü.

Araştırmaya katılanların gelir durumlarına göre Hastalık Algısı Puanı, Total Yaşam Kalitesi Puanı ve ölçeklerin alt boyutlarında farklılıklarına ilişkin analiz sonuçları Çizelge 4.3'de sunuldu. Bu bulgulara göre Bilişsel Hastalık Algısı boyutu, Hastalık Algısı Puanı, Sağlık ve Hareketlilik boyutu, Sosyal ve Ekonomi boyutu, Aile boyutu ve Total Yaşam Kalitesi Puanında katılımcıların gelir durumlarına göre anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Analiz bulguları incelendiğinde Bilişsel Hastalık Algısı boyutunda gelir giderden az grubun ve gelir gidere eşit grubunun ortalamasından daha yüksek olduğu, Hastalık Algısı Puanında gelir giderden az grubunun ortalamasının gelir gidere eşit grubunun ortalamasından daha yüksek, Sağlık ve Hareketlilik boyutu, Sosyal ve Ekonomi boyutu ve Total Yaşam Kalitesi

Puanında gelir gidere eşit grubun ortalamasının gelir giderden az grubunun daha yüksek, Aile boyutunda gelir gidere eşit grubunun ortalamasının gelir giderden az grubunun ortalamasından daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü.

Katılımcıların medeni durum, meslek, yerleşim yeri, sigara-alkol kullanma durumu, birinci derecede yakınlarının kolorektal tanısı ve tedavi durumlarına göre Hastalık Algısı Puanı, Total Yaşam Kalitesi Puanı ve ölçeklerin alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

**Çizelge 4.4.** Araştırma Ölçekleri Arasındaki Korelasyon Analiz Bulguları

| | | Bilişsel Hastalık Algısı | Duygusal Hastalık Algısı | Hastalık Algısı Puanı |
|---|---|---|---|---|
| Sağlık ve Hareketlilik | R | 0,031 | -0,007 | 0,016 |
| | P | 0,667 | 0,922 | 0,817 |
| Sosyal ve Ekonomi | R | -0,001 | 0,029 | 0,021 |
| | P | 0,986 | 0,681 | 0,772 |
| Psikolojik/Dinsel[1] | R | -0,064 | -0,121 | -0,134 |
| | P | 0,371 | 0,089 | 0,059 |
| Aile | R | -0,116 | 0,013 | -0,072 |
| | P | 0,101 | 0,852 | 0,309 |
| Total Yaşam Kalitesi Puanı | R | -0,032 | -0,011 | -0,031 |
| | P | 0,653 | 0,872 | 0,662 |

[1]Spearman Korelasyon Testi

Hastalık Algısı Puanı, Total Yaşam Kalitesi Puanı ve ölçeklerin alt boyutları arasındaki ilişkilerin belirlenmesi için yapılmış olan Pearson ve Spearman korelasyon analiz bulguları Çizelge 4.4'de sunuldu. Bu bulgulara göre, Hastalık Algısı Puanı, Total Yaşam Kalitesi Puanı ve ölçeklerin alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkilerin olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

**Çizelge 4.5.** Hastalık Algısı Ölçeği Alt Boyutlarının Total Yaşam Kalitesi Puanı Üzerindeki Etkisine Ait Regresyon Analiz Bulguları

| **Değişkenler** | **B** | **Standart Hata** | **β** | **t** | **P** |
|---|---|---|---|---|---|
| Sabit | 20,029 | 2,791 | | 7,176 | 0,000 |
| Bilişsel Hastalık Algısı | -0,038 | 0,083 | -0,033 | -0,456 | 0,649 |
| Duygusal Hastalık Algısı | -0,014 | 0,079 | -0,013 | -0,179 | 0,858 |
| R: 0,034 | $R^2$: 0,001 | F: 0,117 | | p: 0,890 | |

Bağımlı Değişken: Total Yaşam Kalitesi Puanı

Hastalık Algısı ölçeğinin alt boyutları olan Bilişsel Hastalık Algısı ve Duygusal Hastalık Algısının Total Yaşam Kalitesi Puanı üzerindeki etkisini belirlemek için yapılan regresyon analiz bulguları Çizelge 4.5'de yer aldı. Analize ilişkin bulgular incelendiğinde regresyon modelinin anlamlı olmadığı (F=0,117; p=0,890), Bilişsel Hastalık Algısı ve Duygusal Hastalık Algısının Total Yaşam Kalitesi Puanı değişkenindeki toplam varyansın %0,1'ini açıkladığı görüldü. Hastalık Algısı ölçeğinin alt boyutları olan Bilişsel Hastalık Algısı ve Duygusal Hastalık Algısının Total Yaşam Kalitesi Puanı üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olmadığı belirlendi (p>0,05).

**Çizelge 4.6.** Araştırma Ölçekleri ile Yaş Arasındaki Korelasyon Analiz Bulguları

| | | **Yaş** |
|---|---|---|
| Bilişsel Hastalık Algısı | R | -0,079 |
| | P | 0,265 |
| Duygusal Hastalık Algısı | R | 0,077 |
| | P | 0,277 |
| Hastalık Algısı Puanı | R | 0,001 |
| | P | 0,990 |
| Sağlık ve Hareketlilik | R | -0,093 |
| | P | 0,190 |
| Sosyal ve Ekonomi | R | -0,172 |
| | P | 0,015 |
| Psikolojik/Dinsel[1] | R | -0,053 |
| | P | 0,453 |
| Aile | R | -0,076 |
| | P | 0,285 |
| Total Yaşam Kalitesi Puanı | R | -0,160 |
| | P | 0,024 |

[1]Spearman Korelasyon Testi

Hastalık Algısı Puanı, Total Yaşam Kalitesi Puanı ve ölçeklerin alt boyutları ile yaş arasındaki ilişkilerin belirlenmesi için yapılmış olan Pearson ve Spearman korelasyon analiz bulguları Çizelge 4.6'da sunuldu. Bu bulgulara göre; Sosyal ve Ekonomi boyutu ve Total Yaşam Kalitesi Puanı ile yaş arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler olduğu belirlendi ($p<0,05$).

**Çizelge 4.7.** Araştırma Ölçekleri ile Kolorektal Kanseri Tanısının Ne Zaman Alındığı Arasındaki Korelasyon Analiz Bulguları

| | | **Kolorektal Kanseri Tanısının Ne Zaman Alındığı(Ay)** |
|---|---|---|
| Bilişsel Hastalık Algısı | R | -0,041 |
| | P | 0,565 |
| Duygusal Hastalık Algısı | R | 0,082 |
| | P | 0,250 |
| Hastalık Algısı Puanı | R | 0,031 |
| | P | 0,661 |
| Sağlık ve Hareketlilik | R | 0,147 |
| | P | 0,038 |
| Sosyal ve Ekonomi | R | 0,085 |
| | P | 0,339 |
| Psikolojik/Dinsel[1] | R | 0,069 |
| | P | 0,332 |
| Aile | R | 0,212 |
| | P | 0,003 |
| Total Yaşam Kalitesi Puanı | R | 0,298 |
| | P | 0,000 |

[1]Spearman Korelasyon Testi

Hastalık Algısı Puanı, Total Yaşam Kalitesi Puanı ve ölçeklerin alt boyutları ile KRK tanısının ne zaman alındığı arasındaki ilişkilerin belirlenmesi için yapılmış olan Pearson ve Spearman korelasyon analiz bulguları Çizelge 4.7'de sunuldu. Bu bulgulara göre, Sağlık ve Hareketlilik boyutu (r: 0,147; p:0,038), Aile boyutu ( r: 0,212; p: 0,003) ve Total Yaşam Kalitesi Puanı (r: 0,298; p: 0,000) ile KRK tanısının ne zaman alındığı arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler olduğu belirlendi. ( $p<0,05$)

## 5. TARTIŞMA

Bu bölümde KRK tanılı bireylerde hastalık algısının yaşam kalitesine olan etkileri literatür desteğiyle tartışıldı.

Çalışmamızda Bilişsel Hastalık Algısı alt boyut 7,65±1,79, duygusal hastalık alt boyut 33,91±1,87, KHAÖ toplam puanı 41,55±2,54 olarak bulundu (Çizelge 4.1). Tanrıkulu'nun (2020) 114 kolorektal kanserli bireylerde hastalık algısı ve tanı gecikmesine yol açan bireysel faktörlerin incelenmesi isimli çalışmasında bilişsel alt boyut puanının düşük, duygusal alt boyut puanının daha yüksek, KHAÖ toplam puanı 21.74 ± 11.36 olduğu belirtildi. Karataş et. al., (2017); 135 kanser tanısı alan bireyle yaptığı KHAÖ geçerlik güvenirlik çalışmasında da bilişsel hastalık algısı alt boyut puanlarının duygusal hastalık algısı alt boyut puanlarına göre daha düşük olduğu belirtildi. Çalışmamızda bilişsel hastalık alt boyut puanının düşük, duygusal hastalık alt boyut puanının daha yüksek olduğu görüldü. Bireyler hastalık tanısı alır almaz kendi durumları hakkında kontrol mekanizması oluşturmaya ve bireysel kontrollerini arttırmaya çalışırlar. Özellikle ülkemizde örf adet ve geleneklerimize göre hastalık sürecinde bireye ailesinden ve arkadaşlarından duygusal ve fiziksel destek daha fazla artmaktadır. Bireylerin kendilerince geliştirdikleri bu duygusal, bilişsel modeller ve çevreden aldıkları sosyal destek hastaların bireyin hastalığı üzerindeki kontrol algısının artmasına neden olabilir. Aynı zamanda hastanın hastalığı yorumu ve algısı, ortaya çıkan stres, psikiyatrik semptomlar ve yaşam kalitesinde azalmaya sebep olabilir (Norfazilah et. al, 2013; Petrie et al., 2007; Karataş et. al., 2017). Çalışmamızda total yaşam kalitesi ortalama puanının 19,25±2,08 olduğu bulundu. Bu sonuca göre bireylerin yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu görüldü. En düşük alt boyut puanının ise sağlık ve hareketlilik alt boyutunda 13,84 ± 3,73 olduğu bulundu. Menekli ve ark. (2020) 151 kanserli hastada hastalık algısı ve yaşam kalitesi çalışmasında en düşük puanın sağlık ve hareketlilik alt boyutunda olduğu ve bireylerin total yaşam kalitesi puanlarının bizim çalışmamıza göre biraz daha iyi olduğu belirtildi. Bu durumun temel nedeninin hastaların kansere bağlı ortaya çıkan fizyopatolojik değişiklik ve tedavilere bağlı

gelişebilen semptomlara ve kan değerlerindeki düşmeye bağlı olarak gelişen fiziksel kapasitelerinde ve yeterliliklerindeki bozulma ile ilgili olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda cinsiyet faktörüne göre kadınlarda Sağlık ve Hareketlilik boyutu puan ortalamalarının erkeklere göre daha yüksek ve istatistiksel anlamlı olduğu görüldü (p: 0,023). Menekli ve ark. (2020) çalışmalarında erkeklerde kadınlara göre sağlık ve hareketlilik alt boyut puanının daha yüksek olduğu belirtildi. Bu farklılığın kadınlar her ne kadar kanser tanısı alsa da ev içi annelik ve bakım rollerinin etkilenmesini istemedikleri için erkeklere göre sağlığını yeniden kazanmak adına daha mücadeleci olduğundan kaynaklı olduğunu düşünmekteyiz. Aile boyutunda ise; erkeklerin kadınlara göre puan ortalamalarının daha yüksek ve anlamlı olduğu görüldü (p: 0,048). Kanser sadece bireyi fiziksel ve psikolojik olarak etkileyen bir durum değildir. Aile süreci de bu durumdan etkilenmektedir. Aile üyelerinin hepsinin yaşam tarzını, rol ve sorumluluklarını, beklentilerini yeniden gözden geçirmesi gibi süreçler ortaya çıkmaktadır. Kadınlarda bu alt boyutun düşük olma sebebini evdeki rol ve sorumluluklarını duygusal olarak yerine getiremeyeceklerini düşündüklerinden kaynaklı bir sebebe bağlayabiliriz.

Çalışmamızda Sağlık ve Hareketlilik boyutunda katılımcıların öğrenim durumlarına göre anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Üniversite/Lisansüstü mezunu grubunun ortalamasının ilkokul, ortaokul ve lise mezunu grubunun ortalamasından daha yüksek ve istatistiksel anlamlı olduğu görüldü. Toptaş ve ark. (2014) Türkiye'deki kanser tanısı alan bireylerde sosyo-demografik etkenlerin varlığını incelediği çalışmasında eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin olumlu etkilendiğini belirtti. Teker ve ark. (2014) 101 kolorektal kanserli hastada kemoterapinin yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini incelediği çalışmasında da eğitim düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin olumlu etkilendiğini belirtti. Bu sonuçlar doğrultusunda; eğitim düzeyi arttıkça bireylerin hastalıklarıyla ilgili araştırma, öğrenme gibi faaliyetlerinin de bilgi düzeyini arttırdığı ve yaşam kalitesine olumlu etki olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda hastalığım/tedavim nedeniyle işimi kaybettim diyen bireylerin Duygusal Hastalık Algısı boyutu ve KHAÖ toplam puan ortalamasının çalışmıyorum diyenlere göre daha yüksek ve anlamlı olduğu görüldü. Özdemir'in (2016) 304 kanserli birey ile yaptığı hastalık algısı ve anksiyete düzeyi çalışmasında da kanser nedeniyle işini kaybedenlerin hastalık algılarının yüksek olduğu belirtildi. Başta kanser tanısı alındığında bireyler duygusal anlamda anksiyete, depesyon, kızgınlık

öfke gibi duygular yaşarlar. Buna sebep olan faktörler arasında sürecin uzun olması, tedavinin planının hastaya anlatılmaması, iş gücü kaybı ve evdeki, toplumdaki statü/rolünü kaybetme sayılabilir (Husebø et al., 2020). Günümüzde tedavi olanaklarının gelişmesi ve tıbbın ilerlemesi sebebiyle artık tedavi sonrası birçok birey işine geri dönebilmektedir. İş gücü kaybı yaşayan insanlar bir işe yaramadığını hissedebilir ve sonuçta duygu durumuna bir yansıma olabilir bu noktada çalışma sonucumuz literatür ile uyumludur.

Yaşam kalitesi ifadesi birçok faktörün etkileşimi ile ortaya çıkar ve sürekli değişiklik gösterme eğilimdedir. Kişinin fiziksel durumu, psikolojik durumu, spiritüel algıları, ekonomik durumu, sosyal destek sistemleri gibi pek çok faktörü sayabiliriz. Çalışmamızda bu faktörlerden olan sosyo-ekonomik durumun hastalık algısı ve yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğunu belirledik. Finansal toksisite, son yıllarda literatüre yeni kavram olarak eklendi. Finansal toksisite; geniş anlamda kanser teşhisi ve tedavisinin finansal sonuçları ve sübjektif yükü olarak tanımlanmaktadır. (Imber et al., 2020). Finansal toksisite yaşayan bireyler gerekli tedavileri karşılamayan ve bu nedenle daha fazla fiziksel ve mental stres yaşayan bireylerdir. Bu bireyler finansal kaynak sıkıntılarını gidermek adına yiyecek ve kıyafet gibi temel gereklilikler için daha az harcama yapmakta, tasarruflarını harcamakta ya da mal veya mülklerini elden çıkarmakta, kısacası yaşam tarzlarını değiştirmektedirler. Tüm bu değişiklikler de kanser tanısı alan bireylerde daha kötü sübjektif iyilik hali ile sonuçlanmak ve yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilemektedir. (Tran ve Zafar, 2018b). Ting et. al, (2020) tarafından Malezya'da yapılan bir çalışmada, yüksek finansal toksisitenin kötü sağlıkla ilgili yaşam kalitesiyle ilişkili olduğu ve özellikle sübjektif olarak algılanan finansal toksisitenin yaşam kalitesi üzerinde daha yüksek bir negatif etkiye sahip olduğu belirtti. Ürek'in (2021) kanserli bireylerde yaptığı finansal toksisitenin sağlıkla ilgili yaşam kalitesi isimli çalışmasında da finansal toksisite yükü arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı belirtildi. Literatürde farklı ölçeklerle yapılan çalışmalarda finansal toksisite ile yaşam kalitesi orta düzeyli ilişki saptandığı bildirilmektedir (Liang et al., 2019; Rosenzweig et.al., 2019; Hazell et. al., 2020).Bizim çalışmamızdaki bulgumuzun da literatürle uyumlu olduğu görüldü.

Çalışmamızda KHAÖ ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Kanser versiyonu alt boyut ve toplam puanları arasında yapılan regresyon analizinde istatistiksel olarak

anlamlılık bulunmadı (p>0,05) (Çizelge 4.5). Literatürde KRK'li hastaların hastalık algısı ve yaşam kalitesini birebir değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamıza benzer özellikte Czerw et .al. (2020) 378 gastrointestinal sistem kanseri olan hastayla yaptıklarında da sosyodemografik faktörlerin yaşam kalitesiyle ve hastalık algısıyla ilişkili olduğunu belirtti. Çalışmamıza benzer şekilde Menekli ve ark. (2020) 151 kanserli bireylerde yaptığı hastalık algısı ve yaşam kalitesi isimli çalışmada da hastalık algısı ve yaşam kalitesi arasında bir ilişki bulunmadığı görüldü. Sonuç olarak hastalık algısı ve yaşam kalitesinin daha çok sosyo-demografik faktörlerden etkilendiği görüldü.

Yaşın artması, yaşam kalitesini azaltan en önemli faktördür. Bireylerin yaşlandıkça bilişsel ve fiziksel işlevlerinde azalmalar meydana geldiği için yaşam kalitesine olumsuz olarak yansımaktadır. Çalışmamızda yaş arttıkça yaşam kalitesi total puanlarının azaldığı görüldü (Çizelge 4.6). Shandudi et. al., (2020) 124 kolorektal kanserli hastada yaptıkları yaşam kalitesi çalışmasında da yaş arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı belirtti.

Çalışmamızda kanser tanısı aldığı zaman arttıkça (sağ kalım yılı) yaşam kalitesi puanlarında da olumlu yönde artış olduğu görüldü. (Çizelge 4.7). Ünnü-Çakın ve ark .(2021) metastatik mide ve KRK tanılı hastalarda kemoterapinin yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini izledikleri çalışmalarında bireylerin sağ kalım yılı arttıkça yaşam kalitelerinin daha güçlü olduğunu belirtti. Husson et al., (2020) çalışmalarında 12 farklı kanser türünden bireylerin sağ kalım zamanları arttıkça ölen bireylere göre yaşam kalitesi fonksiyonlarının daha iyi olduğunu belirtti. Bireyler ilk kanser tanısı aldıkları zaman öfke, inkar, anksiyete gibi duyguları yaşarlar. Zamanla hastalıkla yaşamayı öğrendikçe tedaviye uyumları ve buna bağlı olarak da yaşam fonksiyonlarını düzenlemeyi öğrenmiş olurlar. Böylece sağ kalımları artar. Çalışmamızdaki bulgumuz literatürü destekler niteliktedir.

Sonuç olarak; çalışmamızda KRK tanılı bireylerde sosyo-demografik faktörlerin genellikle yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu, hastalık algısı ve yaşam kalitesi arasında herhangi bir anlamlılığa rastlanmadı. Hemşire KRK tanılı bireylere bakım verirken bireyi öncelikle bütüncül olarak değerlendirmelidir. Ameliyat öncesi, sırası ve sonrası kapsamlı bir hemşirelik bakımı planlayıp uygulamalıdır. Ayrıca bu süreçte hastaların yaşam kalitesini etkileyen sosyodemografik faktörleri göz önüne alarak bakımı o doğrultuda planlayıp uygulamalıdır.

# 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

**Sonuçlar:**

Bu araştırma KRK tanılı bireylerin hastalık algısının yaşam kalitesi üzerine olan etkilerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

- Bilişsel Hastalık Algısı boyutunun puan ortalamasının 7,65±1,79, Duygusal Hastalık Algısı boyutunun puan ortalamasının 33,91±1,87, Hastalık Algısı Toplam Puan ortalamasının 41,55±2,54 ,
- Sağlık ve Hareketlilik boyutunun puan ortalamasının 13,84±3,73, Sosyal ve Ekonomi boyutunun puan ortalamasının 16,57±4,03, Psikolojik/Dinsel boyutunun puan ortalamasının 22,25±1,80, Aile boyutunun puan ortalamasının 24,36±2,25 ve Total Yaşam Kalitesi Puanının puan ortalamasının 19,25±2,08,
- Sağlık ve Hareketlilik boyutunda kadınların puan ortalamasının erkeklerin puan ortalamasından daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı,
- Aile boyutunda erkeklerin puan ortalamasının kadınların puan ortalamasından daha yüksek ve istatistiksel anlamlı,
- Sağlık ve Hareketlilik boyutunda Üniversite/Lisansüstü mezunu grubunun puan ortalamasının ilkokul, ortaokul ve lise mezunlarına göre puan ortalamasının daha yüksek ve istatistiksel anlamlı,
- Sosyal ve Ekonomi boyutu (r: -0,172; p: 0,015) ve Total Yaşam Kalitesi Puanı (r: -0,160; p: 0,024) ile yaş arasında negatif yönde anlamlı ilişkiler,
- Sağlık ve Hareketlilik boyutu (r: 0,147; p:0,038), Sosyal ve Ekonomi boyutu (r: 0,298; p: 0,000), Aile boyutu ( r: 0,212; p: 0,003) ve Total Yaşam Kalitesi Puanı (r: 0,298; p: 0,000) ile KRK tanısının ne zaman alındığı arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler,
- Hastalık algısı ve yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki olmadığı belirlendi.

**Öneriler:**

Bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda şu öneriler getirilebilir;

- KRK tanılı bireylere bakım veren hemşirelerin psikolojik, sosyal ve fizyolojik olarak bireyi bir bütün olarak değerlendirmesi,
- KRK tanılı bireylerin yaşam kaliteleri değerlendirilirken bireylerin sosyodemografik özelliklerinin her bir birey için ayrı ayrı göz önünde bulundurularak hemşirelik bakımının planlanması ve bu yönde uygulanması,
- Çalışmanın örneklem seçiminde tanı alıp tedaviye başlamamış bireylerin seçilmesi,
- Çalışmanın daha farklı ve daha büyük birey popülasyonunda uygulanması önerilir.

## KAYNAKLAR


**Abay, H. Ve Kaplan, S.** (2020). Menopoza özgü yaşam kalitesi ölçekleri. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi;17(Ek Sayı):94-102. Erişim 18.03.2021, Https://Jer-Nursing.Org/En/Menopause-Specific-Quality-Of-Life-Scales-Review-Of-Literature-16167

**Abu-Helalah, M., Mustafa, H., Alshraideh, H., Alsuhail, A. İ., Almousily, O., Al-Abdallah, R. ve Al Olayan, A.** (2022). Quality of life and psychological wellbeing of colorectal cancer survivors in the KSA. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 23 (4), 1301-1308.

**Akdemir, N., Birol, L.** (2011). İç Hastalıkları Ve Hemşirelik Bakımı. 3. Baskı, S. 607-642

**Akduran, F.** (2015). Kolorektal Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. (Doktora Tezi). T. C. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.

**Akın, S., Taşköprü, İ., Özdilli, K., Yeşiltepe, G., Öztürk, B. Ve Durna, Z.** (2010). Hemodiyaliz tedavisini sürdüren hastaların fonksiyonel performans durumu, yaşam kalitesi ve hemodiyaliz tedavisi ile ilişkili stres düzeyinin değerlendirilmesi. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi; 7 (3): 16-25. Erişim 25.03.2021, Https://Jer-Nursing.Org/En/The-Functional-Performance-Status-Quality-Of-Life-And-Hemodialysis-Stressors-Of-Hemodialysis-Patients-16478

**Akman, G.** (2016). Kolorektal Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi). T.C. Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Sakarya.

**Aktaş, B.** (2009). Mide, Pankreas Ve Kolorektal Kanserlerin Gelişiminde Folat Metabolizma Yolağında Görevli Enzimlerin Genetik Polimorfizmlerinin (Metilentetrahidrofolat Redüktaz C677t Ve A1298c, Metilentetrahidrofolat Dehidrogenaz Ve Timidilat Sentetaz) Önemi. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Türkiye Cumhuriyeti Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.

**Aktaş, N.** (2019). Kolorektal Kanser Nedeniyle Ameliyat Olan Hastaların Yaşam Kalitesinin Ve Öz Bakım Gücünün Belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). T.C. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara.

**American Cancer Society. Colorectal Cancer Facts & Figures** (2021). Erişim 2.03. 2021, Https://Www.Cancer.Org/Content/Dam/Cancer-Org/Research/Cancer-Facts-And-Statistics/Colorectal-Cancer-Facts-And-Figures/Colorectal-Cancer-Facts-And-Figures-2020-2022.Pdf

**Amerikan Kanser Birliği** (2021). Araştırma Ve İstatistik. Erişim 23.03.2021, Https://Www.Cancer.Org/Cancer/Colon-Rectal-Cancer.Html

**Amerikan Kanser Birliği** (2021). Belirti Ve Bulgular. Erişim 16.03.2021, Https://Www.Cancer.Org/Cancer/Colon-Rectal-Cancer/Detection-Diagnosis-Staging/Signs-And-Symptoms.Html

**Amerikan Kanser Birliği** (2021). Genel Bakış Ve Türler. Erişim 29.03.2021, Https://Www.Cancer.Org/Cancer/Colon-Rectal-Cancer.Html

**Amerikan Kanser Birliği** (2021). Kolorektal Kanser Aşamaları. Erişim 16.03.2021, Https://Www.Cancer.Org/Cancer/Colon-Rectal-Cancer/Detection-Diagnosis-Staging/Staged.Html

**Amerikan Kanser Birliği** (2021). Kolorektal Kanser Hakkında. Erişim 27.03.2021, Https://Www.Cancer.Org/Cancer/Colon-Rectal-Cancer.Html

**Amerikan Kanser Birliği** (2021). Kolorektal Kanseri Tedavisi. Erişim 16.03.2021, Https://Www.Cancer.Org/Cancer/Colon-Rectal-Cancer/Treating/Colon-Surgery.Html

**Amerikan Kanser Birliği** (2021). Risk Faktörleri. Erişim 16.03.2021, Https://Www.Cancer.Org/Cancer/Colon-Rectal-Cancer/Causes-Risks-Prevention/Risk-Factors.Html

**Amerikan Kanser Birliği** (2021). Tanı Tarama Yöntemleri. Erişim 16.03.2021, Https://Www.Cancer.Org/Cancer/Colon-Rectal-Cancer/Detection-Diagnosis-Staging/Screening-Tests-Used.Html

**Anar, C., Altıparmak, O., Ünsal, İ., Altıparmak, S., Tatar, D., Ve Halilçolar, H.** (2012). The effect of chemotherapy on quality of life in patients with lung carcinoma. Gülhane Tıp Dergisi, 54: 136-141. Erişim 20.03.2021, Http://Cms.Galenos.Com.Tr/Uploads/Article_33375/Gmj-54-136-En.Pdf

**Arıkan, F.** (2013). Kemoterapi Alan Kolorektal Kanseri Hastalarına Masajın Periferik Nöropati Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. (Doktora Tezi). T.C. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği, Kayseri.

**Arpaci, T. Ve Kılıçarslan Törüner, E.** (2017). Kanserden sağ kalan çocuklarda yaşam kalitesi. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi; 14 (1): 86-92. Erişim 22.03.2021 Https://Jer-Nursing.Org/En/Quality-Of-Life-İn-Survivors-Of-Childhood-Cancer-Literature-Review-16379

**Arslan, S. Ve Bölükbaş, N.** (2003). Kanserli hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt:6, Sayı: 3. Erişim 11.03.2021 Https://Dergipark.Org.Tr/Tr/Download/Article-File/29205

**Aydın Sayılan, A. ve Demir Doğan, M.** (2020). Illness perception, perceived social support and quality of life in patients with diagnosis of cancer. European Journal Of Cancer Care, 29. Erişim Tarihi: 30.06.2021

**Aydın, M. A.** (2017). Kolorektal Kanser Kaderciliği İle Duyarlılık Ve Engel Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.

**Ayhan, H., İyigün, E., Göktaş, S. Ve Hatipoğlu,S.** (2008). Radikal prostatektomi geçiren erkeklerin yaşadığı güçlükler. Gülhane Tıp Dergisi. 50: 180-189. Erişim 17.03.2021 Http://Cms.Galenos.Com.Tr/Uploads/Article_33242/Gmj-50-180-En.Pdf

**Aykaç Koçak, A.** (2018). Öğretmenlerin Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnançları. (Yüksek Lisans Tezi). T.C. Muğla Sıtkı Koçman Ünġversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Muğla.

**Aylaz, G.** (2011). Kolorektal Cerrahi Sonrası Hasta Eşlerinin Yaşam Kalitesi. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Türkiye Cumhuriyeti Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara.

**Bektaş Akpınar, N.** (2020). Kolorektal Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerine Uygulanan Eğitimin Bakım Vermeye Yönelik Tepkileri Ve Sağlıklı aşam Biçimi Davranışlarına Etkisi. (Doktora Tezi), T.C. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara.

**Bildirici, Ç.** (2019). Laparoskopik Kolorektal Cerrahi Sonrası Kahve Tüketiminin Bağırsak Hareketlerine Ve Hastanede Kalma Süresine Etkisi. (Yüksek Lisans Tezi). T.C İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.

**Blum-Barnett, E., Madrid, S., Burnett-Hartman, A., Mueller, S. R., McMullen, C. K., Dwyer, A. ve Feigelson, S.H.** (2019). Financial burden and quality of life among early-onset colorectal cancer survivors: A qualitative analysis. Health Expectations, 22:1050–1057.

**Cancer Research Uk. Kanser Nedir?.** (2021) Erişim 2.04.2021, Https://Www.Cancerresearchuk.Org/About-Cancer/What-İs-Cancer

**Chou, F. Y.** (2019). Cancer ıllness perception and self-management of chinese patients. Asia-Pacific Journal Of Oncology Nursing, 6(1). Erişim Tarihi. 30.06.2021

**Clouth, F. J., Moncada-Torres, A., Geleıjnse, G., Mols, F., Van Ernıng, F. N., De Hıngh, . . . Vermunt, J. K.** (2021). Heterogeneity in quality of life of long-term colon cancer survivors: A Latent Class Analysis of the Population-Based PROFILES Registry. The Oncologist, 26:492–499

**Cummings, A., Grimmett, C., Calman, L., Patel, M., Permyakova, N. V., Winter, J., . . . Foster, C.** (2018). Comorbidities are associated with poorer quality of life and functioning and worse symptoms in the 5 years following colorectal cancer surgery: Results from the ColoREctal Well- being (CREW) cohort study. Psycho-Oncology, 27:2427–2435.

**Czerw A, Religioni U, Banas T.** (2020). Perception of cancer in patients diagnosed with the most common gastrointestinal cancers. BMC Palliat Care. 2020; 19: 144. Published online 2020 Sep 17. doi: 10.1186/s12904-020-00650-w

**Çakır, H.** ( 2019). Cerrahi Tedavi Uygulanan Kolorektal Kanserli Hastaların Sosyal Destek Ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). T.C. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Nevşehir.

**Çalışkan, T., Duran, S., Karadaş, A., Ergün, S. Ve Tekir, Ö.** (2015). Kanser hastalarının yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi; 17(1): 27-36. Erişim 28.03.2021, Https://Dergipark.Org.Tr/Tr/Download/Article-File/106675

**Çetin, H.** (2019). Erişkin Bireylerin Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Düzeyleri Ve Tarama Programına Katılım Durumları. (Yüksek Lisans Tezi). T.C. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Konya.

**Çivi, S., Kutlu, R. ve Çelik, H. H.** (2011). Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Gülhane Tıp Dergisi; 53: 248-253 Erişim 27.03.2021, Http://Cms.Galenos.Com.Tr/Uploads/Article_33445/Gmj-53-248-En.Pdf

**Duluklu, B., Şenol Çelik, S.** (2019). Kolostomisi olan bireylerde yaşam kalitesi: sorunlar ve hemşirelik girişimleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 6(2), 111-119. Erişim 15.03.2021, Http://Www.Hacettepehemsirelikdergisi.Org/Pdf/Pdf_Hhd_291.Pdf

**Ercan, N.** (2010). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. (Yüksek Lisans Tezi). T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Programı, Ankara.

**Eyl, R. E., Koch-Gallenkamp, L., Jansen, L., Walter, V., Carr, P.R., Hoffmeister, M., Chang-Claude, J., Brenner, H., ve Arndt, V.** (2020). Physical activity and long-term quality of life among colorectal cancer survivors—A Population-based Prospective Study. American Association for Cancer Research, 13:611–22.

**Eyl, R. E., Xie, K., Koch-Gallenkamp, L., Brenner, H., ve Arndt, V.** (2018). Quality of life and physical activity in longterm (≥5 years post-diagnosis) colorectal cancer survivors - systematic review. Health and Quality of Life Outcomes, 16:112.

**Genç, Z.** (2019). Birinci Basamağa Başvuran Bireylerin Kolorektal Kansere Yönelik Sağlık İnançlarının Gaitada Gizli Kan Testi Yaptırma Durumlarına Etkisi. (Yüksek Lisans Tezi). T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.

**Globocan. Global Cancer Statıstıc** (2020). Erişim 15.03.2021, Https://Gco.İarc.Fr/

**Göçgeldi, E., Babayiğit, M. A., Hassoy, H., Açıkel, C. H., Taşçı, İ. Ve Ceylan, S.** (2008). Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi. 50: 172-179. ERİŞİM 11.03.2021, Http://Cms.Galenos.Com.Tr/Uploads/Article_33241/GMJ-50-172-En.Pdf

**Güneş Dağ, D.** (2017). Kolorektal Kanser Cerrahisi Uygulanan Hastalarda Yoganın Yaşam Doyumu Ve Depresyona Etkisi. (Doktora Tezi), T.C. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Malatya.

**Gürçayır, D.** (2016). Kolorektal Kanserli Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. (Doktora Tezi), T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.

**Güven, E.** (2010). Kolorektal Kanser Öncesi Beslenme Alışkanlığının İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). T.C Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.

**Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı.** Kanser**.** (2021) Erişim 25.03.2021, Https://Hsgm.Saglik.Gov.Tr/Tr/Kanser-Anasayfa

**Hart, T. L., Charles, S. T., Gunaratne, M., Baxter, N. N., Cotterchio, M., Cohen, Z., ve Gallinger, S.** (2018). Symptom severity and quality of life among long-term colorectal survivors compared with matched controls: A Population Based Study. Diseases of the Colon and Rectum journal, 61(3): 355–363.

**Hazell, S. Z., Fu, W., Hu, C., Voong, K. R., Lee, B., Peterson, V., Feliciano, J. L., Nicholas, L. H. McNutt, T. R., Han, P., & Hales, R. K.** (2020). Financial toxicity in lung cancer: an assessment of magnitude,

perception, and ımpact on quality of life. Annals of Oncology, 31(1), 96-102.

**Hopman, P. ve Rijken, M.** (2015). Illness perceptions of cancer patients: relationships with illness characteristics and coping. Journal Of Psychological, Social And Behavioral Dimensions Of Cancer, 24, 11–18. Erişim Tarihi: 30.06.2021

**Husebø A.M.L., Karlsen B, Husebø S.E.** (2020). Health professionals' perceptions of colorectal cancer patients' treatment burden and their supportive work to ameliorate the burden – a qualitative study. BMC Health Services Research, 20:661:1-13. https://doi.org/10.1186/s12913-020-05520-y.

**Husson O, . De Rooıj BH, Kieffer J, Oerlemens S, Mols F, Aaronson NK, Van Der Graaf VTA, Van De Poll-Franse LV.** (2020). The EORTC QLQ-C30 summary score as prognostic factor for survival of patients with cancer in the "real-world": Results from the Population-Based PROFILES Registry The Oncologist 25:e722–e732,

**Ilgaz, A.** (2015). Tarımda Çalışan Bireylerin Kolorektal Kanser (KRK) Risk Düzeyleri, Krk Taramalarına Katılım Oranları Ve Taramaya Katılmayı Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). T.C. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya.

**Imber, B. S., Varghese, M., Ehdaie, B., & Gorovets, D.** (2020). Financial toxicity associated with treatment of localized prostate cancer. Nature Reviews Urology,17, 28-40.

**İlaslan, E., Özer, Z. Ve Kol, E.** (2017). Kolorektal kanserlerde palyatif bakım hemşireliği. G.O.P. Taksim E.A.H. Jaren; 3(1):43-48, Erişim 21.03.2021, Https://Jag.Journalagent.Com/Jaren/Pdfs/Jaren_3_1_43_48.Pdf

**Karataş Baran, G.** (2014). 50 Yaş Ve Üzeri Kadınların Kolorektal Kanserlere Yönelik Farkındalık Durumları Ve Kolorektal Kanser Risk Faktörlerinin İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim, Ankara.

**Karataş T, Özen Ş, Kutlutürkan S.** (2017). Factor structure and psychometric properties of the brief ıllness perception questionnaire in turkish cancer patients. Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing • January-March 2017 • Vol 4 • Issue 1, 77-83.

**Kayır, G.** (2014). Onkoloji Hastalarının Hastalık Algısı Ve Stresle Başa Çıkma Biçimleri. (Yüksek Lisans Tezi), T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı Ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.

**Kayış, A.** (2009). Kanser Hastalarının Hastalık Algısı ve Umutsuzluk Düzeyleri. (Yüksek Lisans Tezi), T.C. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, İstanbul.

**Kocaman, N., Özkan, M., Armay, Z. ve Özkan, S.** (2007). Hastalık algısı ölçeğinin türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 8, 271- 280. Erişim Tarihi: 30.06.2021

**Koç, Ş.** (2014). Kolorektal Kanser Risk Danışmanlığının Riskli Bireylerin Birincil Ve İkincil Koruma Davranışlarını Geliştirmeye Etkisi. (Doktora Tezi). T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.

**Kolostomi İle Yaşam Hasta Bilgilendirme Kitapçığı No: 2. Türk Ostomi Cerrahi Derneği.** (2021) Erişim 26.03.2021, Https://Www.Yoihd.Org.Tr/Userfiles/Formlar/Kolostomi_İle_Yasam.Pdf

**Kork, D., Telka E. ve Zarzycka, B.** (2019). Illness perception and affective symptoms in gastrointestinal cancer patients: A Moderated Mediation Analysis Of Meaning İn Life And Coping. Journal Of Psychological, Social And Behavioral Dimensions Of Cancer, 28, 1728-1734. Erişim Tarihi. 30.06.2021

**Kuru, O.** (2018). Gastrointestinal sistem ve ilişkili hastalıklar. Nair, M., Peate, I.(Ed.) Uygulamalı Patofizyolojinin Esasları. 1. Baskı, İçinde (309-316). İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevleri.

**Liang, M. I., Cohen, A. C., Summerlin, S. S., Boitano, T. K. L. Smith, H. J., Pisu, M., Bhatia, S., & Huh, W.** (2019). More severe financial toxicity correlated with worse quality of life in gynecologic cancer patients on treatment. Gynecologic Oncology, 154, 165.

**McDougall, J. A., Blair, C. K., Wiggins, C. L., Goodwin, M. B., Chiu, V. K., Rajput, A., ve Kinney, A. Y.** (2019). Socioeconomic disparities in health-related quality of life among colorectal cancer survivors. Journal of Cancer Survivorship, 13(3): 459–467

**Menekli, T., Doğan, F. ve Elkıran, E. T.** (2020). Kanserli hastalarda hastalık algısı ve yaşam kalitesi. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 17(3), 467-474. Erişim Tarihi: 30.06.2021

**Miceli, J., Geller, D., Tsung, A., Hecht, C. L., Wang, Y., Pathak, R., Cheng, H., ve Ark.** (2019). Illness perceptions and perceived stress in patients with advanced gastrointestinal cancer. Journal Of Psychological, Social And Behavioral Dimensions Of Cancer, 28, 1513-1519. Erişim Tarihi: 30.06.2021

**Nar, Ş.** (2010). Kolorektal Kanserli Hastaların Birinci Derece Akrabalarının Hastalıkla İlgili İnançları. (Yüksek Lisans Tezi). T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.

**National Instıtute For Health And Care Exellence.** Colorectal Cancer**.** (2021) Erişim 25.03.2021, Https://Www.Nice.Org.Uk/Guidance/Ng151/İnformationforpublic

**Nehir, S., Güngör Tavşanlı, N., Özdemir, Ç. ve Akyol, T.** (2019). A determination of hopelessness and the perception of ıllness in cancer. Journal Of Death And Dying, 79(2). Erişim Tarihi: 30.06.2021

**Norfazilah A, Samuel A, Law P, Ainaa A, Nurul A, Syahnaz MH,** et al. Illness perception among hypertensive patients in primary care centre UKMMC. Malays Fam Physician 2013;8:19-25.

**Ökten, Ç.** (2017). Kemoterapi Uygulanan Kolorektal Kanserli Hastalarda Orem Öz Bakım Eksikliği Kuramına Temellendirilmiş Eğitimin Ve Telefonla İzlemin Öz Bakım Gücü, Kaygı, Yalnızlık Ve İyilik Haline Etkisi. (Doktora Tezi), T.C. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Antalya.

**Özdemir, A.** (2016). Kanserli Hastalarda Hastalık Algısı ve Anksiyete Düzeyi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), T.C İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Programı, Malatya.

**Özer, D. G.** (2020). Kolorektal Cerrahi Geçiren Hastalarda Taburculuk Sonrası Hasta Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, İstanbul.

**Özhanlı, Y.** (2020). Kolorektal Kanser Cerrahisi Geçiren Hastalarda Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Kaygı, Ağrı Ve Yaşam Bulguları Üzerine Etkisi. (Doktora Tezi). T.C. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.

**Öztürk Kaynar, G.** (2016). Kolorektal Kanserli Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi.( Yüksek Lisans Tezi) T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, İzmir.

**Petrie KJ, Jago LA, Devcich DA.** (2007) The role of illness perceptions in patients with medical conditions. Curr Opin Psychiatry 2007;20:163-7.

**Pituch, K. A., Stevens, J. P.** (2012). Applied multivariate statistics fort he social sciences: Routledge.

**Ponnatapura, J., Lalwani, N.** (2020). Imaging Of Colorectal Cancer: Screening, Staging, And Surveillance. Erişim 26.03.2021

**Ribecco AS, Pino MS, Cipriani G, Marinozzi C, Fioretto L.** (2013). Molecularly targeted therapy: toxicity and quality of life considerations in

advanced colorectal cancer. Expert Review of Anticancer Therapy. 13:10, 1181-1191.

**Rosenzweig, M., West, M., Matthews, J., Stokan, M., Kook, Y., Gallups, S., & Diergaarde, B.** (2019). Financial toxicity among women with metastatic breast cancer. Oncology Nursing Forum, 46(1), 83-91.

**Saygılı, Ü.** (2012). Gastrointestinal Sistem Kanserli Hastalarda Yorgunluk Ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi) Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Gaziantep.

**Shandudi MA, Al-Mandhari M, Chan MF, Al-Hajri T, Al-Balushi M, Al-Azri M** (2022). Health-related quality of life of omani colorectal cancer survivors, Cancer Control Volume 29: 1–10; DOI: 10.1177/10732748221084198

**Susan, L. C., Andrea, N. B., David, P., Douglas, A. C., Carmit, M. M., Pamala, A. P. ve Heather, S. F.** (2020). A population-based survey to assess the association between cannabis and quality of life among colorectal cancer survivors. BioMed Central Cancer, 20:373.

**Şen, O.** (2008). Kolorektal Kanserlerde Tarama. (Tıpta Uzmanlık Tezi). Türkiye Cumhuriyeti Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara.

**Tanrıkulu, Ü. E.** (2020). Kolorektal Kanserli Bireylerde Hastalık Algısı ve Tanı Gecikmesine Yol Açan Bireysel Faktörlerin İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara.

**Tantoğlu, U.** (2012). Herediter Non Polipozis Kolorektal Kanser, Ailesel Kolorektal Kanser Ve Sporadik Kolorektal Kanser Hastalarının Soyağacı, Mısmatch Repaır Gen Mutasyonuna Bağlı Mikrosatellit İnstabilite Oranlarının Karşılaştırılması. (Tıpta Uzmanlık Tezi), Türkiye Cumhuriyeti Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara.

**Taylor, C.** (2020). Commentary: Health-related quality of life among patients with colorectal cancer. Journal of Research in Nursing, 25(2) 126–127

**Teker F, Demirağ G, Erdem D, Kemal Y, Yücel İ.** (2015) Quality of life in colorectal cancer patients during chemotherapy in the era of monoclonal antibody therapies. JBUON 2015; 20(2): 443-451.

**Theodoropoulos GE, Karantanos T.** (2014). Quality of life after laparoscopic colectomy for cancer, JSLS., 18:225–235.

**Ting, C. Y., Teh, G. C., Yu, K. L., Alias, H., Tan, H. M., & Wong, L. P.** (2020). Financial toxicity and ıts associations with health-related quality of life among urologic cancer patients in an upper middle-ıncome country. Supportive Care in Cancer Care 28, 1703-1715.

**Toptaş T, Yıldız İ, Yıldız M, Varol U, Bayoğlu İV, Özgüroğlu M**. (2014). Quality-of-life in turkish cancer patients: the ımpact of sociodemographic characteristics, medical history, and management. International Journal of Hematology and Oncology, 24:1:23-30.

**Tran, G., & Zafar, S. Y.** (2018). Price of cancer care and ıts tax on quality of life. Journal of Oncology Practice, 14(2), 69-71.

**Türk Kolon Ve Rektum Cerrahi Derneği.** Kolon Kanseri. (2021) Erişim 10.03.2021, Https://Www.Tkrcd.Org.Tr/Hastaliklar/Kolon-Kanseri

**Türk Tıbbi Okoloji Derneği.** Erken Tanı Ve Tarama. (2021) Erişim 11.03.2021, Https://Www.Kanser.Org/Saglik/Toplum/Kanser-Turleri-Alt-Kategori/Erken-Tani-Ve-Tarama

**United Ostomy Associations Of America.** (2017). Colostomy Guide. Erişim 30.03.2021, Https://Www.Ostomy.Org/Wp-Content/Uploads/2018/03/Colostomyguide.Pdf

**Uyanıkoğlu, A.** (2015). Kolorektal kanser taramasında yeni yöntemler. 13. Doğu Ve Güneydoğu Anadolu Hepato-Gastroenteroloji Sempozyumu. Erişim 18.03.2021, Http://Guncel.Tgv.Org.Tr/Journal/63/Pdf/100414.Pdf

**Ünnü-Çakın S, Ünek İT, Topaloğlu Ö.** (2021). Metastatik mide ve kolorektal kanserli hastalarda kemoterapinin yaşam kalitesi üzerine etkisi. Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi 2021;31(2):209-18 doi:10.5222/terh.2021.77598

**Ürek, D.** (2021). Kanser Hastalarında Finansal Toksisite Düzeyinin Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ve Tedaviye Uyum Üzerindeki Etkileri. (Doktora Tezi) Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Ankara.

**Üstündağ, S.** (2013). Kemotrapi Alan Kanser Hastalarının Semptom Yönetiminde Kullandıkları Tamamlayıcı Tedavi Yaklaşımlarının Yaşam Kalitesine Etkisi. (Yüksek Lisans Tezi). Türkiye Cumhuriyeti Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara.

**Vural, F., Sütsünbüloğlu, E. Ve Şelimen, D.** (2016). Profile of publications for the patients with stoma in Turkey. Turk Journal Colorectal Disease; 26:59-70 Erişim 30.03.2021, Http://Www.Turkishjcrd.Com/Archives/Archive-Detail?Vid=3858

**Who.** (2021). Yaşam kalitesinin ölçülmesi. Erişim 29.03.2021, Https://Www.Who.İnt/Tools/Whoqol

**Yakan, G.** (2018). Adıyaman İli Gölbaşı İlçesinde Yaşayan Bireylerde Kolorektal Kanser Taraması Tutumlarının Belirlenmesi Ve Gaitada Gizli Kan Taraması. (Yüksek Lisans Tezi). T.C. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Gaziantep.

**Yılmaz Karabulutlu, E. ve Karaman, S.** (2015). Kanser hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. Journal Of Health Sciences and Professions, 2(3), 271-284. Erişim Tarihi: 01.07.2021

**Yüceler Kaçmaz, H.** (2020). Yüksek Riskli Kolorektal Kanser Cerrahisi Hastalarına Uygulanan Profilaktik Negatif Basınçlı Yara Tedavisinin Cerrahi Alan Komplikasyonlarına Etkisi. (Doktora Tezi), T.C. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Kayseri.

**Zeren, F., Gürsoy, E.** (2019). İnfertil çiftlerde çift uyumu ve yaşam kalitesinin önemi. Koç Üniversitesi, Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi. 16 (1): 68-72 Erişim 24.03.2021, Https://Jer-Nursing.Org/En/The-İmportance-Of-Dyadic-Adjustment-And-Quality-Of-Life-İn-İnfertile-Couples-1638

## EKLER

### Ek 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

**Ek 2. Sosyodemografik Veri Formu**

**Ek 3. Kısa Hastalık Algısı Anketi**

## Ek 4. Yaşam Kalitesi Endeksi Kanser Uyarlaması - III

**Ek 5. Kısa Hastalık Algısı Ölçeği Kullanım İzni**

## Ek 6. Yaşam Kalitesi Endeksi Kanser Uyarlaması III Ölçek İzni

**Ek 7. Etik Kurul Kararı**

**Ek 8. Hastane İzni**

## ÖZGEÇMİŞ

Adı – Soyadı : Furkan KUŞ