

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ TIBBİ
ONKOLOJİ BÖLÜMÜNDE GASTROİNTESTİNAL SİSTEM
KANSERİ NEDENİ İLE TEDAVİ EDİLEN HASTALARIN VE
BAKIM VERENLERİN YAŞAM KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

DR. GÜRKAN GÜL

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İZMİR 2020

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ TIBBİ
ONKOLOJİ BÖLÜMÜNDE GASTROİNTESTİNAL SİSTEM
KANSERİ NEDENİ İLE TEDAVİ EDİLEN HASTALARIN VE
BAKIM VERENLERİN YAŞAM KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ
DR. GÜRKAN GÜL

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. İLHAN ÖZTOP

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	iii
TABLO LİSTESİ	iv
KISALTMALAR	v
TEŞEKKÜR	vii
ÖZET	1
SUMMARY	3
1. GİRİŞ VE AMAÇ	5
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1 KANSER HAKKINDA GENEL BİLGİLER.....	7
2.2 ÖZOFAGUS KANSERİ	9
2.3 MİDE KANSERİ.....	11
2.4 İNCE BAĞIRSAK KANSERLERİ.....	17
2.5 KOLON KANSERİ	18
2.6 KOLANJİOKARSİNOM	23
2.7 SAFRA KESESİ KANSERİ	24
2.8 PANKREAS KANSERİ	25
2.9 YAŞAM KALİTESİ.....	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	36
3.1 ETİK KURUL ONAYI.....	36
3.2 ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	36
3.3 HASTA SEÇİMİ	36
3.4 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	36
3.5 İSTATİSTİKSEL ANALİZ	39
4. BULGULAR	40
4.1 Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri	40
4.2 Hastaların Klinik Özellikleri	42
4.3 Bakım Verenlerin Sosyo-demografik Özellikleri.....	43
4.4 Hastaların Yaşam Kalitesi Analizi Bulguları ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler	46
4.5 Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesi Analizi Bulguları ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler	50
4.6 Hastaların ve Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesi Analizlerinin Karşılaştırılması.....	54
5. TARTIŞMA.....	56
6. SONUÇ.....	64
7. KAYNAKÇA.....	65
EKLER	81

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: 2012 yılı Amerika Birleşik Devletleri Özefagus Kanseri Epidemiyolojisi

Tablo 2: Mide Kanserinde Risk Faktörleri

Tablo 3: Mide Kanseri Başvuru Semptomları

Tablo 4: Mide Kanseri TNM Evreleme Sistemi

Tablo 5: Kolon Kanseri TNM Evreleme Sistemi

Tablo 6: Pankreas Kanseri TNM Evreleme Sistemi

Tablo 7: SF-36 Ölçüm aracının Boyutları ve anketteki Soru Sayıları

Tablo 8: SF-36 Değerlendirme Yönergesi (Sorular ve verilen puanlar)

Tablo 9: SF-36 Ölçeğinin 8 Parametresine Göre Soruların Dağılımı

Tablo 10: Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri

Tablo 11: Hastaların Klinik Özellikleri

Tablo 12: Bakım Verenlerin Sosyo-demografik Özellikleri

Tablo13: Hastaların Tedavi Öncesi ve Tedavi Sonrası Yaşam Kalitesi Bulguları

Tablo14: Hastanın SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Bulgularındaki Değişime Etki Eden Sosyo-demografik Özellikler

Tablo 15: Hastanın SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Bulgularındaki Değişime Etki Eden Hastalığa İlişkin Bulgular

Tablo 16: Bakım Verenlerin Tedavi Öncesi ve Sonrası Yaşam Kalitesi Bulguları

Tablo 17: Bakım Verenin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Bulgularındaki Değişime Etki Eden Hastaya Ait Sosyo-demografik Özellikler

Tablo 18: Bakım Verenin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Bulgularındaki Değişime Etki Eden Hastalığa İlişkin Bulgular

Tablo 19: Bakım Verenin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Bulgularındaki Değişime Etki Eden Bakım Verene Ait Sosyo-demografik Özellikler

Tablo 20: Tedavi Sürecinde Hastaların Yaşam Kalitesindeki Değişim ile Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesindeki Değişimin Korelasyon Analizi

KISALTMALAR

- ADK:** Adenokarsinom
AFP: Alfa Fetoprotein
AJCC: American Joint Committee on Cancer
ANTI-EGFR: Anti Epidermal Growth Faktör Reseptörü
ANTI-VEGF: Anti Vasküler Endotelyal Growth Faktör
BT: Bilgisayarlı Tomografi
CA 19-9: Kanser Antijen 19-9
CA 72-4: Kanser Antijen 72-4
CEA: Karsinoembriyogenik Antijen
DEÜTF: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
DSÖ: Dünya sağlık örgütü
ECOG-PS: Eastern Cooperative Oncology Grup-Performans Skoru
EMR: Endoskopik Mukozal Rezeksiyon
EORTC: Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği
EQ-5D: EuroQol – 5D
ERCP: Endoskopik Retrograde Kolanjiopankreatografi
ESR: Endoskopik Submukozal Rezeksiyon
ESMO: European Society for Medical Oncology
EUS: Endoskopik Ultrasonografi
G-CSF: Granülosit Koloni Uyarıcı Faktör
GİS: Gastro İntestinal Sistem
HCC: Hepato Selüler Karsinom
HER-2: Human Epidermal Growth Faktör Reseptör Geni-2
IARC: International Agency for Research on Cancer
İİAB: İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi
KT: Kemoterapi
KRT: Kemoradyoterapi
MEN-1: Multipl Endokrin Neoplazi-1
MRCP: Manyetik Rezonans Kolanjiopankreatografi
MRG: Manyetik Rezonans Görüntüleme
NET: Nöro Endokrin Tümör
NCNN: National Comprehensive Cancer Network
NHP: Nottingham Sağlık Profili
PD-L1: Programmed Death Ligand 1

PET-BT: Pozitron Emisyon Tomografisi

QALY: Kaliteye Endeksli Yaşam Yılı

RECİST: Response Evaluation Criteria In Solid Tumors

SCC: Skuamöz Hücreli Karsinom

SHP: Hastalık Etki Profili

SF-36: Kısa Form-36

SKK: Safra Kesesi Kanseri

TNM: Tümör Nod Metastaz

WHOQOL: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği



TEŞEKKÜR

İç Hastalıkları uzmanlık eğitimim süresince eğitimimde katkıları olan İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Fatih Demirhan başta olmak üzere uzmanlık eğitimimin tamamlanmasındaki yardım ve katkılarından dolayı tüm İç Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyelerine,

Tezimin her aşamasında tecrübeleri ve katkıları ile beni yetiştiren, bilimsel düşünmenin önemini ve hekimliğin aynı zamanda bir sanat olduğunu öğreten, daima yakın ilgi ve yardımlarını esirgemeyen değerli tez danışmanım Prof. Dr. İlhan Öztürk'a,

Asistanlığım boyunca beraber çalıştığımız asistan arkadaşlarıma, servisimizde ve gündüz tedavi merkezinde çalışan hemşire, sekreter ve personelimize,

Beni bugünlere getiren anneme, babama ve sabrı ile manevi desteğini esirgemeyip çalışmalarımı tamamlamam için bana zaman sağlayan eşime,

Sonsuz teşekkür ve şükranlarımı sunarım...

ÖZET

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ TIBBİ ONKOLOJİ BÖLÜMÜNDE GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANSERİ NEDENİ İLE TEDAVİ EDİLEN HASTALARIN VE BAKIM VERENLERİN YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Gürkan GÜL

**Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı 35340
İnciraltı/İZMİR**

Amaç: Kanser, hem hastanın hem de bakım verenlerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen ciddi bir hastalıktır. Gastrointestinal sistem (GİS) kanserleri kanser türleri arasında önemli bir yere sahip olup, tedavisinde çoğunlukla sık aralıklarla uygulanan uzun süreli sistemik tedaviler kullanılmaktadır. Bu durum tekrarlayan hastane başvurularına neden olmakta, dolayısıyla tüm bu süreç hem hastaların hem de hastaya bakım verenlerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu çalışmada yeni GİS kanseri tanısı almış ve sistemik kemoterapi planlanan hastaların ve bakım verenlerin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, yaşam kalitesinin süreç içerisindeki değişimi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki bu araştırmaya, 23.12.2019 – 10.07.2020 tarihleri arasında, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Polikliniği'ne başvuran, yeni GİS kanseri tanısı almış, henüz tedavisi başlamamış veya planlanan kemoterapinin yarısından daha azını almış hastalar ve bakım verenleri dahil edildi. Dahil olmak kriterlerini karşılayan hasta ve bakım verenlerine yüzyüze görüşme yöntemi ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulandı. Toplam 36 maddeden oluşan bu ölçek fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, mental sağlık, enerji/vitalite, ağrı ve sağlığın genel algılanması alanlarında 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği hem hastaya hem de bakım verenine, tanı anında veya planlanmış olan tedavisinin yarısından daha azını almış olduğu aşamada ve daha sonra tedavinin 3. ayında (ara değerlendirme aşamasında) olmak üzere toplam iki kez yapıldı. Ayrıca hastalara ait sosyo-demografik veriler başlangıçta doldurulan Hasta Tanıtıcı Formu'na, hastalara ait klinik izlem verileri ise doktor tarafından doldurulan Hasta Tanılama Formu'na kaydedildi. Benzer şekilde bakım verenlere ait sosyo-demografik veriler doktor gözetiminde bakım veren tarafından doldurulan ya da gerekli durumda doktor tarafından doldurulan Bakım Veren Tanıtıcı Formu'na kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya 65 hasta ve 65 bakım veren dahil edildi. Hastaların 20'si (%30,8) kadın, 45'i (%69,2) erkek olup, yaş ortalaması 59,8±11,6 (34-78) idi. Bakım verenlerin ise 35'i kadın (%53,8), 30'u (%46,2) erkek olup, yaş ortalaması 45,5±13,6 idi. Hastaların %41,5'si kolorektal kanser, %29,2'si mide kanseri ve %15,4'ü pankreas kanserli hastalar idi.

Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği bulguları tedavi öncesi ve sonrası olarak değerlendirildiğinde genel olarak anlamlı düzeyde bir değişimin izlenmediği, sadece sosyal fonksiyon parametresinde tedavi sonrası dönemde tedavi öncesine göre anlamlı bir düşüşün meydana geldiği (p=0,027) saptandı. Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği bulgularındaki değişimde cinsiyetin, ek hastalık varlığının, eğitim düzeyinin ve ECOG PS durumunun etkili olduğu bulundu.

Benzer şekilde bakım verenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği bulguları tedavi öncesi ve sonrası olarak değerlendirildiğinde fiziksel fonksiyon parametresinde ılımlı bir düşüş olduğu (p=0,012), emosyonel rol güçlüğü (p=0,014) ve genel sağlık durumunda (p=0,013) ise anlamlı bir artış olduğu saptandı. Bakım verenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği bulgularındaki değişimde hastanın cinsiyetinin, hastanın ek hastalık varlığının, hastanın eğitim düzeyinin, tedaviye yanıt durumunun ve bakım verenin cinsiyetinin etkili olduğu bulundu.

Hastaların ve bakım verenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği bulgularının tedavi öncesi ve sonrası değişimi birlikte değerlendirildiğinde emosyonel rol güçlüğü (p=0,025) ve ağrıdaki (p=0,048) değişimin iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon gösterdiği saptandı.

Sonuç: Gastrointestinal sistem kanseri nedeniyle tedavi edilen hastalarda ve bakım verenlerinde tedavi sürecinde yaşam kalitesinde değişiklikler meydana gelebilmektedir. Bu nedenle hem hastaların hem de bakım verenlerin tanı anından itibaren yaşam kalitesinin takip edilmesi ve başlangıçtan itibaren yaşam kalitesini yüksek tutacak desteğin verilmesi önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kanser, GİS kanseri, yaşam kalitesi, SF-36 yaşam kalitesi ölçeği

SUMMARY

Aims: Cancer is a serious disease that significantly affects the quality of life of both patients and caregivers. Cancers of the gastrointestinal tract (GIT) have an important place among all cancers and long-term systemic chemotherapies which are applied in frequent intervals are used with therapeutic purpose. This therapy plan brings along recurrent hospital admissions. So this entire process can negatively affect the quality of life (QoL) of both patients and caregivers. In this study, it was aimed to evaluate the QoL of patients who have been newly diagnosed with GIT cancer and who are going to be received systemic chemotherapy, and their caregivers, the change of QoL in this process and the factors affecting it.

Methods: Patients who applied to the Dokuz Eylül University Hospital Medical Oncology Outpatient Clinic between 23.12.2019 - 10.07.2020 and who have not yet started treatment or have already received less than half of the planned chemotherapy and their caregivers are included to this cross-sectional study, SF-36 Quality of Life Scale was applied to the patients and caregivers who met the inclusion criteria via face-to-face interview method. This scale, consisting of 36 items in total, measures 8 dimensions in physical function, social function, role limitations due to physical problems, role limitations related to emotional problems, mental health, energy / vitality, pain and general perception of health. SF-36 Quality of Life Scale, for both the patient and the caregiver, was applied total of 2 times, at the time of diagnosis or when they received less than half of his planned therapy and in the third month of the treatment (during the interim evaluation phase). Also at first visit, the sociodemographic datas of the patients were recorded in the Patient Identifier Form and the clinical follow-up data of the patients were recorded by the doctor in the Patient Diagnosis Form. Similarly, sociodemographic datas of the caregivers were recorded in the Caregiver Identifier Form, which was filled out by the caregiver under the supervision of a doctor or filled out by the doctor if necessary.

Results: 65 patients and their caregivers were included in the study. Twenty (30,8%) of the patients were female and 45 (69,2%) were male, and the mean age was $59,8 \pm 11,6$ (34-78). Of the caregivers, 35 were women (53,8%), 30 (46,2%) were men, and the average age was $45,5 \pm 13,6$. 41,5% of patients had colorectal cancer, 29,2% had gastric cancer and 15,4% had pancreatic cancer.

The data of SF-36 Quality of Life Scale of the patients were evaluated before and after the treatment and it was found that there was no statistical change in general but there was a significant decrease in the post-therapy social function parameter according to pre-

therapy ($p= 0,027$). Sex, comorbidities, educational level and ECOG PS score were effective on the change of the SF-36 Quality of Life Scale data of the patients,

Similarly, when the data of SF-36 Quality of Life Scale of caregivers were evaluated before and after treatment, physical function ($p= 0,012$) and emotional role difficulty ($p= 0,014$) parameters were decreased moderately, also increase in general perception of health parameter ($p= 0,013$) was noted. Sex, comorbidities, educational level and treatment response of patient and sex of caregiver were effective on the change of the SF-36 Quality of Life Scale data of the caregivers.

When the data of SF-36 Quality of Life Scale of patients and caregivers were evaluated together before and after treatment, it was revealed that the change in emotional role difficulty ($p= 0,025$) and pain ($p= 0,048$) were statistically correlated between the two groups.

Conclusion: The QoL of patients, who are receiving chemotherapy, and their caregivers may change during the treatment process. Therefore, it is important to monitor the QoL of both patients and their caregivers and give support to keep QoL high as of diagnosis.

Keywords: Cancer, GIT cancer, quality of life, SF-36 quality of life scale

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser dünya genelinde yaygın olan ciddi bir toplumsal sağlık sorunudur. Kanser tanısı alan insan sayısı 1970'lerde yaklaşık 3 milyon iken, 2016'da 15 milyona kadar çıkarak büyük bir artış göstermiştir. Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC) 2030 yılına kadar nüfusun artması ve beklenen yaşam süresinin uzaması nedeniyle kanser insidansının ikiye katlanacağını düşünmektedir.¹ Dünya'da en çok tanı konulan kanser türleri sırasıyla erkeklerde akciğer, prostat, kolorektal kanser, kadınlarda ise meme, kolorektal, akciğer kanseri iken; kansere bağlı en çok ölümlerin ise sırasıyla erkeklerde akciğer, karaciğer, mide kanseri, kadınlarda ise en çok meme, akciğer, kolorektal kanserinden gerçekleştiği belirtilmektedir. Ülkemizde ise en sık görülen kanser türleri sırasıyla erkeklerde akciğer, prostat, kolorektal kanser, kadınlarda ise, meme, tiroid, kolorektal kanser iken; en çok ölüme neden olan kanser türleri ise sırasıyla erkeklerde akciğer, mide, kan-lenf doku kanseri, kadınlarda ise akciğer, meme, kan-lenf doku kanseridir.²

Kanserin tanısından tedavisine kadar tüm aşamaları multidisipliner yaklaşım gerektiren kompleks bir süreçtir. Bu süreç içinde kanser hastaları, kansere ve tedaviye bağlı olarak yüksek düzeyde psikolojik stres ve kaygı yaşarlar ve bu duyguların tümü sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerinde önemli etkiye sahiptir.³ Bu durum sadece hastaları değil aynı zamanda aile üyeleri ve hastaya bakım verenleri de önemli ölçüde etkilemektedir.⁴

Kanser, her iki tarafın kimliklerinde, rollerinde, sorumluluklarında, önceliklerinde, ihtiyaçlarında, planlarında ve günlük işlevlerinde tamamen değişikliğe neden olması sebebiyle hayatlarını etkiler. Bu karmaşıklık sadece tanı anında değil, tedavi ve iyileşme sürecinde de hasta ve bakım veren için zorlayıcı olabilir.⁵

Kanserli hastanın bakım verenleri kendi yaşamlarına ek olarak hastalarıyla ilgilenmenin getirdiği sorumluluklar neticesinde sosyal ve finansal problemlerle karşı karşıya kalabilmekte, ayrıca fiziksel ve mental yorgunluk,^{6 7 8} kronik uyku hastalıklarında,⁹ depresyon ve psikiyatrik hastalıklarda,^{10 11 12} artışa yol açabilir. Sonuç olarak bakım verenlerin yaşam kaliteleri fiziksel ve mental sağlık dahil olmak üzere sıklıkla bozulur.¹³

Yaşam kalitesi çok boyutlu bir kavram olup, bireyin psikososyal faktörlerden etkilenen amaçları, beklentileri, yaşam standartları, kendi kültürlerine ve değerlerine karşı olan endişeleri ile ilgili olan bireysel bir algıdır.⁵ Hastanın yaşam kalitesi kadar hastaya bakım verenin de yaşam kalitesi önem taşımaktadır. Ayrıca bakım verenin yaşam kalitesinin iyi olması hastanın da yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir. Bununla ilgili olarak Malezya ve Hindistan'da yapılan çalışmalarda hastanın yaşam kalitesinin bakım verenin yaşam kalitesinin belirlenmesinde etkili olduğu ve ikisi arasında yakın bir ilişki olduğu gösterilmiştir.^{14 15}

Sağlık ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi günümüz kanser bakımında tedavi potansiyelinin ölçümünde önemli bir hal almıştır.¹⁶ Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kapsamlı boyutları ile hasta ve klinisyenler için prognoz ve tedavi etkinliğini belirlemekte ideal bir ölçüm yöntemi haline gelmiştir. Aynı zamanda yeni tedavi stratejilerin sonuçlarının belirlenmesinde ve uygun maliyetli tedavilerin seçiminde önemli bir kıstastır.¹⁷ Yaşam kalitesi değerlendirmesinde kullanılan pek çok yöntem mevcut olup, bunlardan başlıcaları Nottingham Sağlık Profili (NHP), Hastalık Etki Profili (SIP), Naes ve Swedish Instrument, İnsan İhtiyaçları Yaklaşımı ve Aggernaes, Ekonomik Yaklaşım “Quality Adjusted Life Years” ve York Okulu, EuroQol – 5D (EQ-5D), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL), Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QOL – C30)’dır. Bunlardan biri de SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği olup, bu test jenerik ölçek özelliğine sahip, geniş açılı ölçüm sağlayan, bilimsel çalışmalarda sıkça kullanılan bir yaşam kalitesi değerlendirme ölçeğidir. Hem hasta hem de sağlıklı gruplarda kullanılabilir. Ülkemizde Koçyiğit ve arkadaşları¹⁸ tarafından SF-36’nın bedensel hastalığı olanlarda geçerlilik ve güvenilirliği dilimize uyarlanarak yapılmıştır.

Literatürde hastaların ve bakım verenlerin yaşam kalitelerini ayrı ayrı ölçen birçok çalışma mevcuttur. Ancak hasta ve bakım vereninin yaşam kalitesini birlikte değerlendiren çalışmaların sayısı ise kısıtlıdır. Hasta ve bakım verenin birbiriyle yüksek oranda etkileşiminin olduğu düşünüldüğünde hem hasta hem de bakım vereninin yaşam kalitesini birlikte analiz etmek, tedavi sürecindeki değişikliği izlemek ve bu değişiklik üzerinde etkili olan hastaya ve bakım verene ait faktörleri değerlendirmek ayrı bir önem taşımaktadır.

Gastrointestinal Sistem (GİS) kanserleri rölatif olarak sık görülen ve ölüme neden olan bir kanser olması nedeniyle hem hastaların yaşam kalitesini hem de üretkenliğini etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur.¹⁹ Gastrointestinal sistem kanserlerinin tedavisinde sıklıkla 14 gün ya da 21 günde bir sikluslar halinde uygulanan tedaviler kullanılmakta ve bu tedaviler uzun süreli olarak uygulanmaktadır. Bu durum tekrarlayan hastane başvurularına neden olmakta ve sonuçta hem hastaların ve hem de bakım verenlerin yaşam kalitesini etkileyebilmektedir. Bu düşünceler ışığında yeni GİS kanseri tanısı almış ve sistemik kemoterapi planlanan hastaların ve bakımverenlerin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, yaşam kalitesinin süreç içerisindeki değişimi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla bu çalışma planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 KANSER HAKKINDA GENEL BİLGİLER

Kelime anlamı olarak kanser, bir organ veya dokudaki hücrelerin düzensiz olarak bölünüp çoğalmasıyla beliren kötü urlara denir. Genel anlamda ise kanser vücudumuzun çeşitli bölgelerindeki hücrelerin kontrolsüz çoğalması ile oluşan 100'den fazla hastalık grubudur. Çok çeşitli kanser tipleri olmasına rağmen, hepsi anormal hücrelerin kontrol dışı çoğalması ile başlar. Tedavi edilmez ise ciddi rahatsızlıklara, hatta ölüme dahi neden olabilir.

Kanser (cancer) terimi, tıbbın babası olarak bilinen Yunan fizikçi Hippocrates (MÖ 460-370) tarafından oluşturulmuştur. Hippocrates carcinos ve carcinoma terimlerini ülser oluşturan ve ülser oluşturmeyan tümörler için kullanmıştır.

Kanser tanısı alan insan sayısı 1970'lerde yaklaşık 3 milyon iken, 2016'da 15 milyona kadar çıkarak büyük bir artış göstermiştir. Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC) 2030 yılına kadar nüfusun artması ve beklenen yaşam süresinin uzaması nedeniyle kanser insidansının ikiye katlanacağını düşünmektedir.¹ Dünya'da en çok tanı konulan kanser türleri sırasıyla erkeklerde akciğer, prostat, kolorektal kanser, kadınlarda ise meme, kolorektal, akciğer kanseri iken; kansere bağlı en çok ölümlerin ise sırasıyla erkeklerde akciğer, karaciğer, mide kanseri, kadınlarda ise en çok meme, akciğer, kolorektal kanserinden gerçekleştiği belirtilmektedir. Ülkemizde ise en sık görülen kanser türleri sırasıyla erkeklerde akciğer, prostat, kolorektal kanser, kadınlarda ise, meme, tiroid, kolorektal kanser iken; en çok ölüme neden olan kanser türleri ise sırasıyla erkeklerde akciğer, mide, kan-lenf doku kanseri, kadınlarda ise akciğer, meme, kan-lenf doku kanseridir.²

Kansere yol açan etyolojik faktörler genetik, fiziksel-çevresel, kimyasal, enfeksiyöz nedenler ve beslenme –fiziksel aktivite ilişkili faktörler olmak üzere 5 gruba ayrılır.

Kanser belirtileri çok çeşitli olup, öncelikle hastalığın bulunduğu organa ve vücuttaki yayılım derecesine göre değişiklikler göstermektedir. Örneğin kalın barsak kanserlerinde; dışkılama alışkanlıklarında değişiklikler, kabızlık, ağrı, kanama gibi belirtiler, idrar yolları kanserlerinde; idrar yapmada güçlük, ağrı, idrardan kan gelmesi, akciğer kanserinde; göğüs ağrısı, kanlı balgam, öksürük gibi belirtiler olmaktadır. Ayrıca, aynı hastalık kişiden kişiye değişik belirtiler gösterebilmektedir. Kimi zaman da hastanın hiç yakınması yok iken kontrol muayenelerinde tesadüfen bulunmaktadır.

Çoğu zaman lezyonlar fizik muayene ya da anormal labarotuar ya da radyolojik çalışmalar ile saptanır ve kanser tanısı biyopsi ile doğrulanır. Biyopsinin tüm tümörü temsil etmesi ve tedaviye başlanmadan önce özel boymalar, akım sitometri, sitogenetik, hormon esseyleri gibi uygun araştırmaların yapılması gerekmektedir. Tanı konulduktan sonra

evreleme yapılması gerekmektedir. Evreleme için TNM (tümör, nod, metastaz) standart evreleme sistemi kabul edilmektedir. Evrelemeye yaklaşım tümörün tipine göre belirlenmektedir. Göğüs radyografisi, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme, radyonüklid taramalar ve giderek artan şekilde pozitron emisyon tomografi evreleme için kullanılmaktadır. Bu tetkikler; B semptomları, tam kan sayımı, biyokimyasal incelemeler, tümör belirleyicileri, kemik iliği aspirasyon ve biyopsileri ile desteklenir.²⁰ Son yıllarda gastrointestinal ve abdominal tümör evrelemesinde endoskopik ultrasonografi yaygın olarak kullanılmaktadır.

Kanser veya lösemi gibi tanılar, duygusal yanıtlar oluşturur ve bu kelimeler hastaya söylendikten hemen sonra bir duygu fırtınası yaşanacağından dolayı faydalı konuşma yapılamaz. Uygun bir zamanlamada hasta ile hekim tanıyı, bunun yansımalarını ve terapötik alternatiflerini tartışmalıdır. Aile üyelerinin, arkadaşlarının veya bakım verenlerinin hem duygusal destek hemde konuşmayı dinleyen farklı bir kulak olarak odada bulunması faydalıdır.

Kanser tanısı konulduktan sonra uygun tedavi yöntemleri seçilmelidir. Kanser cerrahi ile tedavi edilip edilemeyeceği, hastanın eşlik eden hastalıkları, performans durumu tedavi seçiminde rol oynar. Kanser tedavisinin birincil amacı kanseri yok etmektir. Eğer bu başarılı olmaz ise, kanser tedavisinin hedefi, palyasyon, semptomları düzeltme ve yaşamı uzatma ve yaşam kalitesinin korunması olmalıdır. Başlıca ilaç tedavisi(kemoterapi, hormon tedavisi, immunoterapi, hedefe yönelik tedaviler), cerrahi(bölgesel), radyoterapi(bölgesel) şeklinde 3 tedavi yöntemi bulunur.

Primer, indüksiyon kemoterapisi olarak da adlandırılan neoadjuvan kemoterapi; cerrahi ve radyasyon tedavisi öncesinde lokal olarak ilerlemiş kanserleri küçültmek ve böylece daha iyi cerrahi sonuçlar sağlamak ve tespit edilemeyen metastazları eradike etmek için kullanılır.²⁰

Adjuvan kemoterapi; cerrahi veya radyoterapi sonrasında muhtemel geride kalmış olabilecek az sayıdaki tümör hücrelerinin yok edilmesi amacıyla, kısa süreli, yüksek doz ve genellikle kombinasyon kemoterapisi şeklinde uygulanan tedavilerdir.

Heterojen tümör popülasyonuna etkili ilaçların, etki ve/veya süresinin artırılması amacıyla kombine olarak kullanılmasına, kombinasyon kemoterapisi denir.

Tedavi sonrasında tedaviye yanıt değerlendirilmesinde tam yanıt, kısmi yanıt ve stabil hastalık, progresyon şeklinde terminoloji kullanılmaktadır. Tedavi öncesi saptanabilir hastalık varken tedavi bitiminde ölçülebilir hastalık saptanamaması ve tümörün tamamen kaybolması tam yanıt olarak adlandırılmaktadır. Tümörün iki boyut çarpımında en az DSÖ kriterlerine

göre %50 veya tek boyutta RECİST'e(response evaluation criteria of solid tumors) göre en az %30 küçülme saptanması kısmi yanıt olarak adlandırılmaktadır. Tümör boyutunda %25 ve altında değişme veya aynı kalması stabil hastalık olarak değerlendirilir. Eğer DSÖ'ne göre ölçülebilir lezyon boyutlarında %25'ten fazla, RECİST'e göre %20 den fazla artış mevcut ise progresif hastalık olarak değerlendirilir.

2.2 ÖZOFAGUS KANSERİ

2.2.1 EPİDEMİYOLOJİ

Skuamöz hücreli karsinom (SCC) ve adenokarsinom özofagus malign tümörlerinin yüzde 95'inden fazlasını oluşturmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde SCC 1960 larda özofagus kanserlerinin yüzde %60'ını oluştururken insidansı giderek azalmaya başlamış buna karşın distal özofagus ve özofago-gastrik bileşkede barret özefagusu zemininde ortaya çıkan adenokarsinom insidansı giderek artmaya ve özofagus kanserlerinin %60 ından fazlasını oluşturmaya başlamıştır.²¹ Buna karşın tüm dünyada SCC en sık görülen özofagus kanseri olmuştur.²²

Tablo 1: 2012 yılı Amerika Birleşik Devletleri Özofagus Kanser Epidemiyolojisi²¹

	Skuamöz Hücreli Kanser	Adenokarsinom
Her 100000 kişideki insidans	1.2	2.8
Erkek/Kadın Oranı	2,5:1	6,5:1
Anatomik Bölge	Orta özofagus	Distal Özofagus
Başlıca Risk Faktörleri	Sigara, alkol	Barret

2.2.2 ETİYOLOJİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

Tüm kanserlerde olduğu gibi özofagus kanserinde de kesin bir neden gösterilememekte, ancak birçok faktörün beraber neden olduğu bildirilmektedir.

Özofagus SCC etiyojisinde en sık olarak; alkol ve tütün kullanımı, beslenme ve çevresel etkenler, kalıtım ve Human papilloma Virus (HPV) görülmektedir. Predispozan faktörler; özofajit, özofagus staz sendromları, akalazya, kostik yanıklar, alkali korozyonu, faringoözofageal divertikül, Plummer-Vinson sendromu, çölyak hastalığı, geçirilmiş mide rezeksiyonu, geçirilmiş radyoterapi uygulaması sayılabilir.^{23 24 25} ADK etiyojisinde gastroözofageal reflü hastalığı, Barrett özofagus, sigara kullanımı ve obezite rol alır.²⁶

2.2.3 PATOLOJİ VE TÜMÖR YERLEŞİMİ

Özofagus malignitelerinin büyük çoğunluğunu karsinomlar oluşturmaktadır. Karsinomlarında %99'u SCC ve ADK'dır.²⁷ Diğer tümörleri; leiomyosarkom,

rabdomyosarkom, karsinosarkom, fibrosarkom, pseudosarkom, melanom ve nadir tümörlerden oluşmaktadır.²⁸

Özofagus kanserleri düz, infiltratif lezyon ve polipoid kitle gibi şekil ve büyüklük bakımından farklı şekillerde ortaya çıkabilir. Tipik olarak transmural, çevresel, mantarsı egzofitik kitle görünümündedir. Submukozal lenfatiklere kolayca yayılır ve çok sayıda mukozal lezyonlar oluşturur.^{29 30} Ayrıca diğer lenf nodlarına ve uzak bölgelere erken metastaz yapar. En sık akciğer, karaciğer, kemiğe metastaz yapar. Nadiren diyafram ve adrenal bez metastazları görülür.³¹

SCC'nın %20'si 1/3 üst özofagusta, %50'si 1/3 orta özofagusta ve %30'u 1/3 alt özofagusta görülür.³² ADK'ların %97'si özofagus alt uç ve özofagogastrik bileşkede yerleşimli malign tümörlerdir.³²

2.2.4 KLİNİK

SCC daha çok torasik özofagusta, ADC vakaları daha çok disal özofagusta ortaya çıkmasına rağmen benzer klinik tablolara neden olurlar. Güncel serilerde hastaların %6-10 'u tanı anında asemptomatiktir.³³ Genelde erken evrelerde hastalık belirti vermez veya non-spesifik retrosternal şikayetler şeklinde olabilir. Klinik semptomlar, tümörün oluşturduğu özofageal bozukluklara, tümörün lokal yayılımına veya uzak metastazlarına bağlı olabilir. Semptomlar sıklık sırasına göre; disfaji (%87), kilo kaybı (%70), substernal ve epigastrik ağrı (%46), regürjitasyon veya kusma (%14), aspirasyon pnömonisi (%14), iştahsızlık (%7), ses kısıklığı (%7), hemoptizi (%4), öksürük (%3) ve hematemez şeklindedir.³⁴

2.2.5 TANI VE EVRELEME

Baryumlu grafiler, kanseri düşündürebilir ama kesin tanı endoskopik biyopsi ile konur. Ayrıca özofagus mukozası ile sınırlı, özofagus duvar çevresinin üçte birinden azını içeren, 2 santimetreden küçük kanser ile uyumlu lezyonlar endoskopik olarak rezeke edilebilir.^{35 36} Histolojiden bağımsız olarak özofagus kanserlerinin %50-%80'i tanı anında metastatik ya da lokal ilerlemiş olarak saptanır.³⁷ Lökoregional hastalığı evrelemek için tomografi yerine artık EUS önerilmektedir. Tümörün özofagus duvarı ve komşu organlarla ilişkisini, lenf bezi metastazlarını belirlemede BT'den üstündür. Ayrıca lenf bezlerinin biçimi, kenar yapısı ve iç ekosu hakkında bilgi verir.³⁸ PET-BT, uzak metastazların taramasında kontrastlı BT ve EUS'dan daha duyarlı noninvaziv bir evreleme yöntemi olması³⁹ nedeni pre-op evrelemede tomografinin yerini almıştır. Özofagus kanseri evrelemesinde American Joint Committee on Cancer (AJCC) tarafından hazırlanan TNM sistemi kullanılmaktadır. En son

(2017, sekizinci baskı) revizyonunda, gastroözofageal bileşkedeki proksimal mideye kadar olan 2 cm'lik alanda olan tümörler özofagus kanseri olarak evrelendirilir.⁴⁰

2.2.6 TEDAVİ

Özofagus kanserinin tedavisinde cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi yer almaktadır. Başvuru esnasında hastaların %30-40'ı rezeke edilebilir hastalığa sahip olup, cerrahi erken evre özofagus kanseri için standart tedavi yaklaşımı olmuştur. Klinik T3-4 ve/veya nod pozitif tümörlerde Cerrahi yerine neoadjuvan KRT önerilmektedir. Cerrahi uygulanmış ADC alt tip olan hastalarda nod negatif yüksek riskli T2(kötü diferansiye, 50 yaş altı tanı almış hastadaki kanser, lenfovasküler invazyon, perinöral invazyon), T3 ve T4 veya nod pozitif olması durumunda adjuvan KRT veya KT önerilmektedir.⁴¹ Bu öneriler NCNN kılavuzlarına uygundur.⁴² Cerrahi uygulanmış SCC alt tipte adjuvan tedavide optimal yaklaşım belirsizdir. Bazı retrospektif çalışmalarda postoperatif KRT'nin tedavisiz izlenen olgulara göre sağ kalım üzerine potansiyel faydalı olduğu belirtilmiştir.⁴³ Metastatik HER2 negatif özofagus kanserli hastalarda, küresel çapta kabul görmüş bir rejim yoktur ve uygulamada farklılıklar mevcuttur.⁴⁴ HER2 negatif ADC alt tipte sisplatin-fluorourasil ve/veya dosetaksel önerilirken, SCC alt tipte, leucovorin-fluorourasil, kapesitabin, irinotekan monoterapileri, doz yoğun kapesitabin-oksaliplatin ve haftalık paklitaksel önerilmektedir. HER2 pozitif ADC alt tipi olan hastalarda trastuzumab içeren kemoterapi kombinasyonlar önerilmektedir. PD-L1 pozitif hastalarda ilk sırada pembrolizumab veya sistemik KT önerilmektedir.⁴⁵

2.3 MİDE KANSERİ

2.3.1 EPİDEMİYOLOJİ

Mide kanseri, dünyada en yaygın kanserlerden biridir. Mide kanseri 1980'lerin ortalarında akciğer kanserleri 1. sıraya yerleşinceye kadar, kansere bağlı ölümlerin en sık nedeniydi.⁴⁶ Dünya genelinde mide kanseri insidansı son birkaç dekatta giderek azalmaktadır. Dünyada mide kanserine bağlı ölüm oranları da giderek azalmaktadır. 1990 yılında bu oran her 100.000 kişide 8,86 iken 2005 yılında 5,24'e gerilemiştir.⁴⁷

2.3.2 PATOLOJİ VE TÜMÖR YERLEŞİMİ

Sıklık sırasına göre mide tümörlerinin %30'u distalde, %40'ı proksimalde, %20'si korpusta yer almaktadır.

Lauren tarafından epidemiyolojisi, etyolojisi, patogenezi ve karakteri farklı olan mide kanseri alt tipi olarak diffüz ve intestinal tip mide kanseri tanımlanmıştır.⁴⁸ İntestinal mide

kanseri; erkeklerde ve yaşlılarda daha sık ve yüksek riskli bölgelerde daha yaygın ve çevresel faktörlerle daha çok ilişkilidir.

Diffüz veya infiltratif tipler her iki cinsiyette eşit sıklıkta görülür. Genç hastalarda diffüz tip daha sık görülmektedir ve prognozu intestinal tipe göre daha kötüdür. Dünya genelinde son birkaç dekatta mide kanseri sıklığında azalmaya paralel olarak, intestinal tip mide kanserinde de azalma söz konusudur. Diffüz tipte bu azalma çok daha yavaş olmuştur.

Sonuç olarak bazı serilerde diffüz tip mide kanserlerinin sıklığı %30'u oluşturmaktadır.⁴⁹

2.3.3 RISK FAKTÖRLERİ VE ETİYOLOJİ

Tablo 2: Mide Kanserinde Risk Faktörleri⁵⁰

Genetik ve Moleküler Biyoloji	Herediter mide kanseri
	Herediter non-polipozis kolorektal kanser birlikteliği
	Familiyal adenomatöz polipozis koli ve mide kanseri birlikteliği
	Li- Fraumeni sendromu
	A kan grubu
	Genetik anormallikler ve moleküler biyoloji
Çevresel Faktörler	Hp enfeksiyonu
	Diyet: Aşırı tuz alımı (tuzlu, turşulu yiyecekler), nitrat/nitrit, Nitrozo bileşikler, heterosiklik aminler, diyetle taze meyve, sebze, A ve C vitamin eksikliği, dondurulmuş gıdalar
	Yaşanılan fiziksel çevre
	Düşük sosyoekonomik durum
	Sigara içimi
	Meslek
	Epstein-Barr virüs enfeksiyonu
	Radyasyona maruz kalma
Predispozan Durumlar	Kronik gastrit, özellikle atrofik gastrit (intestinal metaplazi esliğinde veya olmaksızın)
	Pernisiyöz anemi
	İntestinal metaplazi
	Gastrik adenomatöz polip (>2 cm)
	Post-gastrektomi remnant mide
	Gastrik epitelyal displazi
	Menetrier hastalığı (hipertrofik gastropati)
	Kronik gastrik ülser
	Barrett özefagusu (kardiya ve gastroözofageal bileşke kanserleri)

2.3.4 KLİNİK BULGULAR

Mide kanserli hastaların çoğu tanı anında semptomatik ve kür sağlanamayacak evrededir. Kilo kaybı ve karın ağrısı ilk olarak en sık saptanan semptomlardır.⁵¹ (Tablo 3)

Hastalar uzak metastaza bağlı semptomlarla da başvurabilir. En sık metastatik yayılım karaciğer peritoneal yüzey ve lenf nodları iken daha az sıklıkta over, merkezi sinir sistemi, kemik ve yumuşak doku olarak bilinir.

Mide kanseri lenfatik yolla yayılabildiği için fizik muayenede bazı özel durumlarda saptanır; sol supraklavikular lenf nodu (Virchow nodülü) , periumblikal nodül (Sister-Mary nodül) ve sol aksiller nodül (İrsh nodül) özellikli fizik muayene bulgularıdır.

Peritoneal yayılım ise overde büyüme ile (Krukenberg tümörü) veya rektal muayenede cul de sac' da kitle ile başvurabilir. Assit, peritoneal yayılımın sonucu olarak sık rastlanır. Ele gelen karaciğer kitleleri saptanabilirken, metastatik karaciğer hastalığı diffüz veya multifokal olabilmesine rağmen her zaman serum transaminaz ve alkalen fosfatazda yükseklikle seyretmez ve sarılık, karaciğer yetmezliği gibi durumlar preterminal evreden önce çıkmaz.⁵² İlk başvuruda paraneoplastik fenomenlere bağlı semptomlar nadiren görülür. Dermatolojik olarak; diffüz seboreik keratoz ve acantosis nigricans bunlara örnek verilebilir. Mikroanjiopatik hemolitik anemi, membranöz nefropati, hiperkoagulabilite durumları ve poliarteritis nodosa bunlar nadiren ilk başvuruda saptanabilecek durumlardır.

Tablo 3: Mide Kanseri Başvuru Semptomları⁵⁰

SEMPATOM	YÜZDE
Kilo Kaybı	62
Karın ağrısı	52
Bulantı	34
Disfaji	26
Melena	20
Erken doyma	18
Ülser tipi ağrı	17

2.3.5 TANI YÖNTEMLERİ VE EVRELEME

Günümüzde hem lezyonun direkt görülebilmesi hem de biyopsi alınabilmesi için ilk tercih edilen yöntem endoskopik yöntemlerdir. Mide kanseri için bilinen bir serum tümör belirteci yoktur. CEA yaygın mide kanserinde ve tedavi sonrası hastalığın ilerleyişinde kullanılabilecek bir belirteç gibi gözükmemektedir. İlerlemiş hastalığı olan olguların yaklaşık % 30'unda CEA serum seviyeleri yükselir. Mide kanserli olguların % 20-60'ında CEA, % 25-50'inde, CA19.9 ve % 35'inde CA 72.4 yükselir. Byrne ve ark.'ları, mide kanserinde CA 72-4'ün, CEA ve CA19. 9'dan daha duyarlı olduğunu ve hastalık evresini ve aktivitesini daha iyi yansıttığını bildirmektedirler.⁵³ Gereksiz laparotomilerin engellenmesi amacıyla, yeni tanı almış tüm mide kanserlerinde abdominopelvik BT çekilmesi şarttır. Üst mide kanserlerinde toraks BT de önem kazanır. Erken evre mide kanseri tespitinde BT'nin yeri yoktur.⁵⁴ BT'de intratorasik bulgular, viseral (hepatik) lezyonlar, omental veya peritoneal kitleler veya retroperitoneal lenf nodları gibi şüpheli bulgular saptanması durumunda lezyonun biyopsi ile değerlendirilmesi gerekir. Ayrıca şüpheli hepatik lezyonlar ayrıca manyetik rezonans

görüntüleme (MRG) veya ultrasonografi ile değerlendirilebilir. Periton sıvısının analizi, gizli peritoneal karsinomatozis saptayabilir. Bu nedenle bazı ekoller preop dönemde periton sıvısını analiz edilmesini önermektedir. BT'nin etkisiz kaldığı durumlarda laparoskopi evrelemede tamamlayıcı rol oynar. Laparoskopi esnasında tüm peritoneal yüzey ve karaciğer gözlemlenir. PET çalışmaları mide kanserinde evreleme aracı olarak kullanılmaya başlanmıştır. Bu teknik ile BT' de saptanamayan özellikle abdomen dışı metastazlar ve neoadjuvan tedavinin etkinliği saptanabilir.⁵⁴ EUS, mide kanserinin invazyon derinliğini değerlendirmede cerrahi dışı en güvenilir yöntemdir. EUS, radyografik olarak metastaz kanıtı olmayan ve potansiyel olarak ameliyat edilebilir mide kanseri olan tüm hastalarda tedavi öncesi değerlendirme açısından NCCN hem de ESMO tarafından önerilmektedir.^{42 55}

Mide kanseri evrelemesinde Amerikan Birleşik Kanser Komitesi'nin (AJCC) en son 2017' da güncellediği, TNM evreleme sistemi kullanılmaktadır. (Tablo 4)

Tablo 4: Mide Kanseri TNM Evreleme Sistemi

1-Primer Tümör: Birincil faktör kanserin mide duvarına penetrasyonunun derecesini gösterir.	
TX	Primer tümör değerlendirilemedi.
T0	Primer tümör mevcut değildir.
Tis	İnsitu Karsinom. Lamina propria invazyon göstermeyen intraepitelyal tümör
T1	Tümör lamina propria, muskularis mukoza veya submukozada sınırlıdır.
T1a	Tümör lamina propria veya muskularis mukozada sınırlıdır.
T1b	Tümör submukozada sınırlıdır.
T2	Tümör muskularis propriada sınırlıdır*.
T3	Tümör subserozaya penetre olmuş (visseral periton ve komşu yapılara invazyon yok) **, ***
T4	Tümör serozayı aşmış. (visseral periton ve komşu yapılara invazyon mevcut.)**, **
T4a	Visseral peritona invazyon mevcut.
T4b	Komsu yapılara invazyon mevcut.
*Not: Tümör, muskularis propria infiltrate olarak gastrokolik ya da gastrohepatik bağ dokusu veya küçük/ büyük omentuma kadar uzanabilir ve bu yapıları kaplayan viseral periton perforasyonu olmadan ilerleyebilir. Bu durumda tümör T3 olarak sınıflandırılır. Eğer gastrik ligamanı örten viseral periton veya omentumda perforasyon varsa, tümör T4 olarak sınıflandırılmalıdır. **Midenin komşu yapıları, dalak, transvers kolon, karaciğer, diyafram, pankreas, karın duvarı, böbrek üstü bezi, ince barsak ve retroperitondur. ***Duodenum ya da ösofagusa intramural uzanım, mide dahil olmak üzere bu bölgelerde meydana gelen en büyük invazyon derinliğine göre sınıflandırılır.	
2-Nodal Tutulum:	
NX	Bölgesel lenf nodu tutulumu değerlendirilemedi.
N0	Bölgesel lenfnodu metastazı mevcut değildir.
N1	Metastazlı bölgesel lenf nodu sayısı 1-2 arasındır.
N2	Metastazlı bölgesel lenf nodu sayısı 3-6 arasındır.
N3	Metastazlı bölgesel lenf nodu sayısı 7 veya daha fazladır.
N3a	Metastazlı bölgesel lenf nodu sayısı 7-15 arasındır.
N3b	Metastazlı bölgesel lenf nodu sayısı 16 veya daha fazladır.

Tablo 4 Devamı

3-Uzak Metastaz:	
MX	Uzak metastaz değerlendirilemedi.
M0	Uzak metastaz mevcut değildir.
M1	Uzak metastaz mevcuttur.
KLİNİK EVRE	
Evre 0	TisN0M0
Evre I	T1N0M0 ,T2N0M0
Evre IIA	T1N1-2-3M0,T2N1-2-3M0
Evre IIB	T3N0M0,T4aN0M0
Evre III	T3N1-2-3M0,T4aN1-2-3M0
Evre IVA	T4b ,Herhangi N ,M0
Evre IVB	Herhangi T ,Herhangi N ,M1

2.3.6 PROGNOSTİK FAKTÖRLER

İleri yaş, erkek cinsiyet, kilo kaybı, diffuz tip(linitis plastica), 4 ve üstü lenf nodu tutulumu, serozal tutulum, cerrahi sınır pozitifliği kötü prognostik faktörlerdir. Ayrıca yüksek gradeli, anaploid tümör oluşu da kötü prognostiktir.

2.3.7 TEDAVİ

Cerrahi tedavi, mide kanserinde tek potansiyel küratif tedavi yöntemidir. Tümörün komplet rezeksiyonu önerilmekte, ancak hangi operasyon tipinin (geniş lenfadenektomi ile birlikte subtotal veya total gastrektomi) uygulanacağı halen tartışma konusudur. Cerrahinin primer amacı; cerrahi sınırlarda tümör saptanmayacak şekilde, tümörün tamamen çıkarılmasıdır (R0 rezeksiyon). Ancak sadece % 50 hastada R0 rezeksiyon sağlanabilmektedir.^{56 57} Rezeksiyon sınıflamasının tanımı:

- R0: Hastalığın makroskopik ve mikroskopik olarak komplet rezeksiyonu
- R1: İnkomplet rezeksiyon (mikroskopik olarak reziduel hastalık kalması)
- R2: İnkomplet rezeksiyon (uzak metastaz olmadan makroskopik olarak reziduel hastalık kalması)⁵⁸

Mide rezeksiyonu sırasında mutlaka bölgesel LN'larını içerecek şekilde diseksiyon yapılmalıdır. Yakın zamanda yayınlanan bir retrospektif çalışmaya göre lokal ileri mide kanserlerinde genişletilmiş LN rezeksiyonunun sağkalımı etkilediği gösterilmiştir. Uzak doğu ekolünde total gastrektomi ile birlikte D2 diseksiyon standart tedavidir.^{59 60} Eğer peritoneal yayılım, uzak metastaz, lokal ileri hastalık (invazyon veya büyük damar tutulumu) varsa tümör anrezektabl kabul edilmektedir. Anrezektabl tümörlerde eğer kanama mevcutsa, kanamanın semptomatik palyasyonu amacıyla cerrahi sınır pozitif olmasına rağmen, sınırlı rezeksiyon önerilebilmektedir.

- Endoskopik Mukozal Rezeksiyon (EMR)
- Endoskopik Submukozal Diseksiyon (ESD)
- Endoskopik Palyatif Yaklaşımlar

Endoskopik Mukozal Rezeksiyon ve ESD erken evre mide kanseri, hastalarında cerrahi tedaviye alternatif olarak uygulanmaktadır. EMR ile ilgili deneyimlerin çoğu erken evre kanserlerin sık görüldüğü rutin tarama programlarına sahip uzak doğu ülkelerindedir.⁶¹

Radyoterapi, rezektabl mide kanseri olan hastaların tedavisinde post-operatif ve preoperatif şekillerde olmak üzere birçok randomize kontrollü çalışmada değerlendirilmiştir. Kemoradyoterapi uygulaması, cerrahiyle radyoterapinin lokal-rejyonel kontrolü daha iyi sağlanması, sistemik kemoterapi ile mikroskobik hastalığın baskılanması ve kemoterapinin radyasyonun etkilerini potansiyalize edeceği fikriyle geliştirilmiştir.

Gastrointestinal sistem çalışma grubu'nun (GITSG) anrezektabl mide adenokarsinomlu hastalarda yaptığı çalışmada, optimal RT veya KT'ye göre kombine tedavinin daha üstün olduğu gösterilmiştir.⁶²

İleri evre mide kanserlerinin tedavisinde prognozun iyileştirilmesinde, operasyondan sonra ise mikrometastazları önlemek için kemoterapiye ihtiyaç duyulmaktadır. Yapılan tedavilerde kemoterapi rejimine bakılmaksızın, kemoterapinin sağ kalım üzerine olumlu etkileri olduğu tespit edilmiştir. Mide kanseri tedavisinde tanımlanmış bir standart kemoterapi rejimi bulunmamaktadır. Kemoterapi rejimlerinde en sık kullanılan ajan 5-fluorourasil (5FU)'dir. Tek ajan olarak da uygulanabildiği gibi, DCF (dosetaksel, sisplatin, fluorourasil) ve ECF (epirubisin, sisplatin ve sürekli infüzyonel fluorourasil) kombine rejimlerinin önemli bir parçası olarak da kullanılabilir. Mide kanserinde objektif yanıt oranına sahip en yaygın KT ajanları, 5-FU, doksorubisin, sisplatin, metotreksat, mitomisin ve etoposidi içermektedir. Tek ajanlarla yapılan monoterapi ile % 15-20 civarında yanıt oranı elde edilmektedir. 5-FU en yaygın olarak çalışılmış ve % 20'lik bir yanıt oranı sağlamaktadır. Tek ajanlarla tam yanıtlar nadirdir ve parsiyel regresyonlar nispeten kısadır.⁴²

İleri evre mide kanserinde kullanılan ana ilaç 5-FU dahil pek çok KT ajanının farmakolojisinin daha iyi anlaşılmış olması kombinasyon rejimlerinin gelişmesine yol açmıştır. Kombinasyon tedavilerinin, ileri evre mide kanserli hastalarda yanıt oranını iyileştirdiği bildirilmiştir (% 30-60). Günümüzde ülkemizde en sık kullanılan kombinasyon rejimlerini 5-FU-sisplatin, ECF ve DCF oluşturmaktadır. İrinotekan, gemesitabin, oksoliplatin ve taksoterden oluşan yeni ajanlar umut vermektedir.^{42 63}

Mide kanserlerinde nükslerin yaklaşık yarısı mide yatağında ya da çevresindeki LN'lerinden gelişmektedir. Bu nedenle mide kanserlerinde intraperitoneal kemoterapi (İPK)

tedavi modalitesi araştırılmaktadır. İPK'nin amacı kemoterapötik ajanların etkinliğini artırılmasıdır. İntraperitoneal yolun, intravenöz yola üstünlüğü peritoneal boşlukta yüksek ilaç konsantrasyon sağlanmasıdır İPK ile ortalama yanıt oranı % 25-60 arasında bulunmuştur.⁵⁶

Human Epidermal Growth Factor Receptor geni (HER-2), Human Epidermal Growth Factor Receptor(EGFR) ailesinin bir üyesidir ve HER-2 geni aşırı ekspresyonu mide kanserlerinde % 9.5-12 arasında görülür. İHK +++ olan veya FISH pozitif olan olgularda tedaviye trastuzumab eklenmesi yararlıdır. HER-2 pozitif olan mide kanseri hastalarında trastuzumabın etkinliğini araştıran ilk çok merkezli prospektif, faz 3 çalışma ToGA çalışmasıdır. Çalışmanın sonucunda, trastuzumab + KT, tek başına KT'ye göre daha üstün bulunmuştur. Ortanca sağkalımı tek başına KT grubuna göre 2,5 ay uzattığı görülmüş, toksisite ve yan etki açısından 2 grup arasında fark saptanmamıştır.⁶⁴

2.4 İNCE BAĞIRSAK KANSERLERİ

İnce bağırsak gastrointestinal yolun uzunluğunun ve yüzeyinin çoğunu oluşturmaktadır. Ancak, neoplastik hastalık gelişimi bu bölgede nadir olmaktadır. Primer GİS tümörlerinin %1-2'sini tüm kanserlerin %0,5'inden azını oluşturur. İnce bağırsakta görülen tümörlerin yarısını metastazlar oluşturur.²⁰ Nöroendokrin tümör(NET)(%44), adenokarsinom(%33), sarkom(%17), lenfomalar(%8) incebağırsakta görülen malign tümörlerdir.⁶⁵ Bu maligniteler, ince bağırsağın farklı bölgelerinde farklı sıklıkta görülürler. Adenokarsinom en sık doudenumda görülürken, NET ileumda daha sık görülür.⁶⁵

2.4.1 RISK FAKTÖRLERİ VE ETİYOLOJİ

İnflamatuvar bağırsak hastalıkları, poliposiz sendromları adenokarsinomlar için risk faktörü olarak değerlendirilken, MEN-1 hastaları NET'ler için, sprue hastalıkları lenfomalar için risk faktörü olarak değerlendirilmektedir.²⁰

2.4.2 KLİNİK VE TANI

İnce bağırsak malign tümörlerinde en sık görülen semptom aralıklı kramp tarzında olan karın ağrısıdır. Kilo kaybı, bulantı, kusma, gastrointestinal kanama diğer sık görülen semptomlardır.⁶⁶ Obstruksiyon, perforasyondan daha sık görülür. İnce bağırsak adenokarsinomlarında, özellikle ilerlemiş vakalarda CEA yükselebilir ancak rutin tanısı için duyarlı ve özgül değildir. Nöroendokrin tümörü olan hastalarda serotonin, kromogranin A, tümör spesifik biyoaktif aminler(gastrin gibi) veya idrarda 5-hidroksiindolasetik asit yükselebilir. Lenfomalarda Ig A fragmanları kanda ve idrarda görülebilir.²⁰

İnce bağırsak neoplazmalarının tanı ve evrelemesinde doğru görüntüleme çok önemlidir. Ancak tek başına en iyi yöntem bulunmamaktadır. BT, MRG, enteroklisiz,

octreotid sintigrafisi, PET-BT, kapsül endoskopi, enteroskopi kullanılan tanı görüntüleme yöntemleri olarak sayılır.²⁰

2.4.3 EVRELEME

Adenokarsinom, gastrointestinal stromal tümörler, nöroendokrin tümör evrelemesinde Amerikan Birleşik Kanser Komitesi'nin (AJCC) TNM evreleme sistemi kullanılmaktadır. Lenfomalar için ise Ann Arbor evrelemesi kullanılır.

2.4.4 TEDAVİ

Çoğu lokalize ince bağırsak tümöründe genellikle tercih edilen cerrahi eksizyondur. Eksizyon bölgesinin büyüklüğüne, tümörün yerleşimi ve histolojiye göre karar verilir. Adjuvan tedavi çeşitlerine duyulan ihtiyaç değişkendir. Tamamen çıkarılabilen orta-iyi diferansiye NET'lerde adjuvan tedaviye gerek duyulmaz. Postoperatif orta-yüksek riskli gastrointestinal stromal tümörlerde imatinib mesilat rekürrensi geciktirir. Tek başına rezeksiyon yapılan lenfomalarda rekürrens sıklığı ve yüksek dereceli tümör çeşitleri için sistemik kemoterapi önerilmektedir.²⁰

Adenokarsinomlar sıklıkla kolorektal kanserler için geliştirilen prensiplere göre tedavi edilmektedir. Bazı uzmanlar, en azından lenf nodu tutulumu olan hastalarda fluoroprimidin bazlı sistemik kemoterapilerin uygulanmasını önermektedir.²⁰

2.5 KOLON KANSERİ

2.5.1 EPİDEMİYOLOJİ

Kolon Kanserİ ülkemizde ve dünyada sık görülen kanserlerden biridir. Özellikle gelişmiş ülkelerde erişkin yaştaki toplumu etkileyen bir kanser türü olması nedeni ile önemli onkolojik sorunlardan biridir. Ülkemizde ve dünyada erkeklerde, üçüncü en sık görülen kanser iken; kadınlarda, dünyada en sık ikinci, ülkemizde en sık üçüncü görülen kanserdir.²

2.5.2 ETİYOLOJİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

Risk Faktörleri⁶⁷

Kalın bağırsak kanserinin değiştirilebilir risk faktörleri şunlardır:

Aşırı kilolu veya obez olmak

Fiziksel olarak aktif olmamak

Fazla miktarda işlenmiş (sosis, salam ve benzeri) veya işlenmemiş kırmızı et (sığır, kuzu, karaciğer ve benzerleri) tüketmek

Sigara dahil tütün ürünlerini kullanmak

Fazla miktarda alkol almak

Kalın bağırsak kanserinin değiştirilemez risk faktörleri şunlardır:

Yaş alma: Yaş arttıkça kalın bağırsak kanseri riski artmakta
Kişinin kalın bağırsak polipleri olması
Kişinin inflamatuvar bağırsak hastalığı (Ülseratif kolit veya Crohn hastalığı) olması
Kişinin daha önceden kalın bağırsak kanseri geçirmesi
Ailede kalın bağırsak polipleri veya kalın bağırsak kanseri olması
Kalıtsal bir sendromun olması (ailesel adenomatöz polipozis ve kalıtsal polipozis dışı kolon kanseri (Lynch sendromu) gibi)
Tip 2 diyabet hastası olması

2.5.3 KLİNİK VE TANI

Kolorektal kanserli hastalara üç şekilde tanı konabilir:

- Şüpheli semptomlar ve/veya bulgular olması
- Rutin tarama ile keşfedilen asemptomatik bireyler
- Bağırsak tıkanıklığı, peritonit veya nadiren akut gastrointestinal kanama ile acil başvuru

Erken evre kolon kanserli ve semptomu olmayan hastaların büyük çoğunluğu rutin tarama programları ile tanı alır.⁶⁸ Hematokezya veya melena, karın ağrısı, başka şekilde açıklanamayan demir eksikliği anemisi, barsak alışkanlıklarındaki değişiklikler kolorektal kanserin tipik semptom ve bulgularıdır.^{69 70} Bağırsak tıkanıklığının belirtisi olabilen, abdominal distansiyon ve bulantı kusma daha nadir görülen semptomlardır. Kronik kanamaya bağlı demir eksikliği anemisi ve bağırsak alışkanlığındaki değişiklikler daha çok sağ kolon kaynaklı tümörlerde görülür.⁷¹ Hemotokezya sağ kolondan ziyade rektosigmoid bölge tümörlerinde görülür. Sol kolon tümörlerinde ise obsruksiyona bağlı (abdominal kramp, karın ağrısı perforasyon) bulgular daha sık gözlenmektedir.

Kolorektal kanser tanısı daha çok alt gis endoskopi sırasında olmak üzere veya cerrahi olarak elde edilen bir biyopsi örneğinin histolojik olarak incelenmesi sonucu konur. Kolon ve rektumda ortaya çıkan kanserlerin çoğunu adenokarsinom oluşturmaktadır. Tanı için total kolonoskopi önerilmektedir.⁷² Rutin biyokimya, hemogram testleri yapılmalıdır. Preoperatif bakılan serum CEA 'i 5 ng /dl üzerinde olan hastalarda prognoz daha kötü olduğu gösterilmiştir.⁷³ Evre 2,3 ve 4 kolorektal kanseri olan hastalarda, rezeksiyondan önce veya sonra evreleme açısından toraks, abdomen, pelvis bilgisayarlı tomografisi standart yaklaşım olarak kabul edilmektedir.⁴² MRG özellikle hepatosteatozu olan hastalarda olmak üzere, karaciğerdeki lezyonları BT'den daha iyi değerlendirme olanağı sağlar.⁷⁴ Pet BT kolorektal kanserli hastaların preoperatif evrelemesinde BT'den daha fazla bilgi sağlamamaktadır.⁷⁵ Dijital rektal muayene, rijit sigmoidoskopi, transrektal ultrason, transrektal endoskopik ultrason ve pelvik MRG, rektum kanserinde lökorejyonel evreleme ve tedavi biçiminin seçiminde kullanılmaktadır.⁷²

2.5.4 EVRELEME

Kolon kanseri evrelemesinde American Joint Committee on Cancer (AJCC) tarafından hazırlanan TNM sistemi kullanılmaktadır. En son (2017, sekizinci baskı) revizyonunda yedinci baskıya göre az değişiklik içermektedir. (Tablo 5)

Tablo 5: Kolon Kanseri TNM Evreleme Sistemi

1-Primer Tümör: Birincil faktör kanserin mide duvarına penetrasyonunun derecesini gösterir.	
TX	Primer tümör değerlendirilemedi.
T0	Primer tümör mevcut değildir.
Tis	Karsinoma in situ: intraepitelyal ya da lamina propriaya invazyonu*
T1	Tümör submukozaya invaze
T2	Tümör muskularis propriaya invaze
T3	Tümör muskularis propria boyunca perikolorektal dokulara invaze
T4a	Tümör visceral periton yüzeyine nüfuz etmiştir **
T4b	Tümör direkt olarak diğer organ ve yapılara invaze ya da yapışık**, ***
*Not: Tis glandüler bazal membranı (intraepitelyal) veya lamina propriayı (intramukozal) kuşatmış ancak muskularis mukoza üzerinden submukoza tutulumu olmayan kanser hücrelerini içermektedir. **Not: T4 içersindeki direk invazyon, diğer organların veya mikroskopik inceleme ile doğrulanan direk serozal uzanım (çekumun sigmoid kolon karsinomu tarafından invazyonu) sonucu kolorektumun diğer segmentlerinin invazyonu veya retroperitoneal ya da subperitoneal yerleşimli kanserlerde için muskularis propria ötesinde diğer organ ve dokulara yayılımı (yani, inen kolonun posterior duvarındaki bir tümör sol böbreği veya lateral karın duvarını ya da orta veya distal rektal kanser prostat, seminal vezikül, serviks veya vajinal yayılım yapabilir) içermektedir. ***Not: Diğer organ veya dokulara net bir şekilde yayılmış tümör cT4b olarak sınıflandırılmaktadır. Bununla birlikte, yapışıklık bölgesinde mikroskopik olarak tümör yoksa, duvar invazyonunun anatomik derinliğine bağlı olarak pT1-4a olarak sınıflanmalıdır. PN bölgeye özel faktör perinöral invazyon için kullanılmaktadır ve vasküler veya lenfatik invazyonun varlığını veya yokluğunu tanımlamada V ve L sınıflaması kullanılmalıdır.	
2-Nodal Tutulum:	
NX	Bölgesel lenf nodu tutulumu değerlendirilemedi.
N0	Bölgesel lenfnodu metastazı mevcut değildir.
N1	1-3 bölgesel lenf nodunda metastaz
N1a	Bir bölgesel lenf nodunda metastaz
N1b	2-3 bölgesel lenf nodunda metastaz
N1c	Bölgesel lenf nodu metastazı olmadan subseroza, mezenter ya da peritonsuz perikolik veya perirektal dokuda tümör depozit(ler)i
N2	4 ya da daha fazla bölgesel lenf nodunda metastaz
N2a	4-6 bölgesel lenf nodunda metastaz
N2b	7 ya da daha fazla bölgesel lenf nodunda metastaz
3-Uzak Metastaz:	
M0	Uzak metastaz yok
M1	Bir veya daha fazla organ veya bölge veya periton metastazı olarak tanımlanır.
M1a	Periton metastazı olmadan bir organ veya bölgeye metastaz
M1b	Periton metastazı olmadan iki organ veya bölgeye metastaz
M1c	Tek başına periton metastazı veya periton metastazı ile diğer organ ve bölgelere metastaz

Tablo 5 Devamı

KLİNİK EVRE	
Evre 0	TisN0M0
Evre I	T1N0M0, T2N0M0
Evre IIA	T3N0M0
Evre IIB	T4aN0M0
Evre IIC	T4bN0M0
Evre IIIA	T1-2N1/N1cM0, T1N2aM0
Evre IIIB	T3-4aN1/N1cM0, T2-3N2aM0, T1-1N2bM0
Evre IIIC	T4aN2Am0, T3-4aN2bM0, T4bN1-2M0
Evre IVA	Herhangi T, herhangi N, M1a
Evre IVB	Herhangi T, herhangi N, M1b
Evre IVC	Herhangi T, herhangi N, M1c

2.5.5 PROGNOTİK FAKTÖRLER

Kolorektal kanserde prognozu belirleyen en önemli ölçüt kanserin patolojik evresidir.⁷⁶ Lenf nodu tutulumu ve tutulan bölgesel lenf nodlarının sayısı prognozun önemli bir belirleyicisidir.⁷⁶ Ekspansif sınırlı ve tümör ile komşu doku arasında inflamatuvar yanıt oluşturan tümörler, düzensiz yayılan tümörlere göre daha iyi prognozudur.⁷⁷ Bağırsak duvarında aşırı tümör invazyonu sonucu oluşan perforasyon kötü prognozla ilişkili bulunmuştur.⁷⁸ Dukes'e göre evrelenen bazı serilerde obstruksiyon, bağımsız kötü bir prognostik faktör olarak bulunmuştur.⁷⁹ Tümör lokasyonunun prognoz üzerine etkisi tartışmalıdır. Bazı çalışmalarda, RAS wild tip olan sağ kolon tümörünün, sol kolon yerleşimine göre daha kötü prognozlu olduğu gösterilmiştir.⁸⁰ Kötü diferansiye histoloji evreden bağımsız bir prognostik faktördür.⁸¹ Tümör büyümesinde etkili olan neovaskülarizasyon kritik bir öneme sahiptir. Aşırı damarlanmanın saptanması, lokal rekürrens ve metastaz görülme sıklığında artış ve sağkalımda azalma ile birliktedir.⁸² Adenokarsinomlarda endokrin hücre varlığının prognoz yönünden olumsuz etkisi olduğu bildirilmiştir.⁷⁹ Perinöral invazyon Genellikle ilerlemiş hastalığı gösterir ve azalmış sağkalım ile birliktedir. Diğer kötü prognostik bulgularla birlikte olma eğilimindedir.⁸³ Preoperatif bakılan serum CEA 'i 5 ng /dl üzerinde olan hastalarda prognoz daha kötü olduğu gösterilmiştir.⁷³ Mikrosatellit instabilite Lynch sendromunda ve sporadik kolorektal kanserlerin %15-20'sinde görülür.⁸⁴ MSI-H olanların prognozu daha iyidir. BRAF mutasyonu güçlü negatif bir prognostik belirleyicidir.⁸⁵ Aneuploidi ve DCC gen kaybı kötü prognozla ilişkilidir.⁸⁶

2.5.6 TEDAVİ

Kolon adenokarsinomlarının primer tedavisi tümörlü bağırsak ansı ile beraber komşu mezenterin ve drene olan lenf nodlarının cerrahi olarak çıkarılmasıdır.⁸⁷ Yeterli bir lenf nodu diseksiyonu için ortalama 12-14 lenf nodu rezeke edilmelidir. Sağ ve sol kolon tümörlerinde sırasıyla sağ veya sol hemikolektomi, sigmoid kolon tümörleri için geniş sigmoid rezeksiyon yapılır.⁸⁸ Cerrahi tedavi radikal ve palyatif olmak üzere iki gruba ayrılır. Radikal cerrahi, tümörün sağlam bağırsak kısmı ve mezosu ile birlikte geniş bir şekilde çıkarılması iken palyatif cerrahi, sınırlı rezeksiyon, by-pass veya kalıcı stoma uygulamalarını kapsar.⁸⁹ Soliter karaciğer ve akciğer lezyonlarında küratif rezeksiyon yapılması uygun olur. Karaciğer ve akciğerde rezektabl metastaz gelişmiş olan bu seçilmiş hastaların %25-40'ında cerrahi küratiftir. Bunun haricinde peritoneal yayılım, batında asit varlığı, çok sayıda hepatik metastaz ve çok sayıda pulmoner metastaz varlığında palyatif cerrahi yapılır.

Nüks açısından yüksek riskli kolon kanseri hastalarında adjuvan radyoterapinin küratif rezeksiyon sonrası standart olarak kullanılması önerilmemektedir. Bazı uygun lokalizasyonda rezidüel hastalığı olanlarda hasta bazlı düşünülebileceği belirtilmiştir.⁹⁰

Evre 0 kolon kanserinde temiz sınırlar sağlanabilecek ise lokal eksizyon veya basit polipektomi; lokal eksizyona uygun olmayan geniş lezyonlarda ise kolon rezeksiyonu yapılır. Ek adjuvan tedavi gereksizdir.⁹¹ Evre 1 kolon kanseri; lokalize kalma eğiliminde olması nedeniyle kür oranı yüksektir ve bu evrede ek adjuvan tedaviye gerek yoktur.⁹¹ Amerikan Klinik Onkoloji Derneğince (American Society of Clinical Oncology), evre II kolon kanserli hastalarda adjuvan kemoterapinin rutin kullanımı desteklenmemektedir. Ancak evre II kolon kanserinde, genç yaş, yetersiz lenf nodu çıkarılması, T4 hastalık varlığı, barsak tıkanıklığı veya perforasyonu nedeni ile operasyona girilmiş olması, az differansiye histolojiye sahip olma gibi yüksek riskli durumlarda adjuvan kemoterapinin uygun bir yaklaşım olduğu bildirilmektedir.^{91 78} Evre III hastalarda adjuvan kemoterapi standart olarak kullanılır. Adjuvan kemoterapide 5-FU-Leucovorin ile 6 aylık post-op kemoterapi bir seçenektir. Çok merkezli Avrupa kökenli bir çalışmada evre III kolon kanserli hastalarda peroral kullanılan bir kemoterapi ajanı olan kapesitabin ile standart 5-FU-Leucovorin rejimi karşılaştırılmış ve çalışma sonucunda her iki koldaki ilaçların eşit etkinlikte olduğu gösterilmiştir.⁹² MOSAIC çalışmasının 60 aylık takip sonuçlarına göre, adjuvan FOLFOX 4 (5-FU, Leucovorin, Oksaliptatin) rejimi, 5-FU-Leucovorin kombinasyonundan üstün bulunmuştur.⁹³ MOSAIC çalışması ile FOLFOX 4 rejimi evre III kolon kanserli hastalarda standart tedavi haline gelmiştir. Karaciğer veya akciğer metastazı olan hastalarda cerrahi, tek potansiyel küratif tedavi seçeneğidir.^{91 88} Sınırlı

sayıda lezyon, yeterli karaciğer fonksiyonu ve ana vasküler yapılardan uzak olması durumlarında karaciğer metastazları rezeke edilebilir kabul edilmektedir. Yapılan çalışmalarda yaşam süresinin uzunluğu cerrahi sınırın negatif olması ile ilişkili bulunmuştur. Metastatik kolon kanseri için, 5-FU, kapesitabin, irinotekan, oksaliplatin gibi kemoterapik ilaçlar, bevasizumab, aflibercept ,regorafenib gibi anti-VEGF, setuksimab ve pannitumumab gibi anti-EGFR hedefe yönelik ajanlar onaylanmış ve aktif olarak kullanılmaktadır.⁴²

2.5.7 REKTUM KANSERİ TEDAVİSİ

Klinik ve patolojik olarak evre I(T1-2) hastalıkta sadece cerrahi tedavi önerilir. Adjuvan tedavi önerilmez. Distal tümörü ve T2 hastalığı olan bazı seçilmiş hastalarda sfinkter koruyucu cerrahi yapılabilmesi amaçlı neoadjuvan KRT önerilir. Klinik evrelemede T3-4 hastalığı olan veya lenf nodu tutulumu olan hastalara neoadjuvan floropirimidin bazlı KRT önerilir. Evre II-III hastalığı olanlara cerrahi uygulanmış ise postoperatif KRT önerilmektedir.⁹⁴

2.6 KOLANJİOKARSİNOM

İntrahepatik ve ekstrahepatik safra kanallarının epitel hücrelerinden kaynaklanan kanserlerdir. %95 adenokarsinomdur. Anatomik lokalizasyona göre intrahepatik, perihiler ve distal ekstrahepatik olmak üzere üçe ayrılır. Genel olarak, %50 perihiler en sık lokalizasyon olup, %40 distal ekstrahepatik, %10 intrahepatik şeklinde sıklık sıralaması mevcuttur.⁹⁵

2.6.1 RİSK FAKTÖRLERİ⁹⁶

Primer sklerozan kolanjit

Kronik biliyer inflamasyon ve hasar, safra stazı

Safra yollarının paraziter enfeksiyonları

Koledokolitiasis

Safra yollarının konjenital anomalileri

Safra yolları toksik maruziyeti(sıgara, alkol, thorotrast, asbest, radon, nitrozamin)

Kronik KC hastalığı (viral ve viral olmayan)

2.6.2 KLİNİK VE TANI

Hasta kliniğe genellikle biliyer drenaj sisteminin bozulması nedenli tıkanma sarılığı iler gelir. Sarılık, kaşıntı, idrar renginde koyulaşma, dışkı renginde açılma tıkanma sarılığı ile ilgili semptomlar olarak sayılabilir. Karın ağrısı(%30-50), kilo kaybı(%30-50), ateş(%20'ye varan sıklıkta) diğer yaygın semptomlardır.^{97 98 99} Ağrı genellikle sağ üst kadranda lokalize şekilde tanımlanır.⁹⁹ Yorgunluk, gece terlemesi görülebilir. Serum

aminotransferaz düzeylerinde ve alkalen fosfataz, bilirubin gibi staz enzimlerinde yükseklikler saptanabilir. İntrahepatik kolanjiokarsinomda bilirubin seviyeleri genellikle normal iken alkalen fosfataz seviyesi yüksek saptanır.⁹⁷ Serolojik tümör belirteçleri nonspesifiktir. AFP ise HCC ile ayırıcı tanıda kullanılan tümör belirteçidir. CEA, CA19-9 yükselebilir. Yüksek CA19-9 düzeylerinin post operatif rekurrens ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.¹⁰⁰ Tıkanma sarılığı ile başvuran hastada safra yollarındaki dilatasyonu göstermek, obstrüksiyon bölgesini lokalize etmek ve koledokolitiasiz ekartasyonu açısından genellikle ilk yaklaşım olarak abdominal ultrasonografi kullanılır. BT ve MRG kullanılabilen diğer non invazif görüntüleme yöntemleridir.¹⁰¹ Biliyer tıkanıklık en iyi MRCP ve ERCP ile gösterilir. Perihiler malignitesi olan 40 hastalık bir seride; ERCP ve MRCP'nin hastalığı %100 oranda tanıdığı ve MRCP'nin tümörün anatomik yapısını göstermede daha iyi olduğunu göstermiştir.¹⁰² Tanı anında hastalık genellikle rezeksiyona uygun değildir. Görüntülemelerde metastaz saptanmayan vakalar explore edilerek hem tanı kesinleştirilir hemde tümör eksize edilir. Cerrahiye gitmeyen vakalarda doku tanısı için ERCP sırasında fırça sitolojisi, kolanjiyoskopik biyopsi veya distal tümörler için EUS eşliğinde İİAB yapılabilir. Distal tümörlerde EUS eşliğinde İİAB yapmak, ERCP ile yapılan fırça sitolojisinden daha duyarlı olduğu gösterilmiştir.¹⁰³

2.6.3 TEDAVİ

Tedavisi cerrahidir. Cerrahi sonrasında lenf nodu pozitifliği, cerrahi sınır pozitifliği saptanması ve cerrahi yapılmayan hastalarda KRT ve KT önerilmektedir. Gemsitabin ve fluorouracil bazlı KRT rejimleri kullanılmaktadır.^{104 105} ve kapesitabin, gemcitabin, fluorourasil kullanılan kemoterapi ajanları olarak sayılabilir.^{106 107} Bölgesel yayılma gösteren veya metastatik, safra kesesi kanseri veya ampuller kanseri olan hastalarda, sisplatin artı gemcitabin kombinasyon tedavisi yalnız gemsitabin tedavisine göre ilave toksisite artışı olmadan sağkalım avantajı sağladığı gösterilmiştir.¹⁰⁸

2.7 SAFRA KESESİ KANSERİ

Safra kesesi kanseri (SKK) safra yolları kanserleri arasında en sık görülenidir. Gastrointestinal sistem kanserleri içinde ise 5. sırada yer almaktadır.¹⁰⁹ Görülme sıklığı yaşla birlikte artmaktadır. Kadınlarda daha sık görülmektedir.

Adenokarsinom en sık görülen patolojik tiptir. Papiller adenokarsinom alt tipi daha iyi bir prognoza sahiptir. Yassı hücreli karsinom, adenoakantoma ve mikst tümör tipleri de nadir olmakla birlikte görülmektedir.¹¹⁰ SKK agresif bir kanser olup kötü prognoza sahiptir. Başlangıçta semptom vermeyebileceği için ve gelişen semptomların da hastalığa özgü olmamasından dolayı genelde ileri evrede tespit edilebilmektedir. Olguların sadece

%10 gibi düşük bir kısmı cerrahiye uygun aşamada tespit edilebilmektedir. Bu nedenle beş yıllık genel sağkalım oranı %5 ve ortalama sağkalım süresi 6 ay dolaylarındadır.¹¹¹

2.7.1 RİSK FAKTÖRLERİ VE ETYOLOJİ¹¹²

Safra kesesi taşı, polipleri, konjenital kistler

Safra kesesi duvarı kalsifikasyonu (porselen safra kesesi)

Primer sklerozan kolanjit

Salmonella tipi taşıyıcılığı, helicobacter pylori taşıyıcılığı

Obezite, yüksek kan şekeri

Metil dopa, izoniazid, oral kontraseptif

Otomotiv, kauçuk, tekstil ve metal endüstrilerindeki toksik çevresel faktörler.

2.7.2 KLİNİK VE TANİ

Genellikle safra kesesinde taş veya kolesistit nedeniyle yapılan cerrahi sonrası saptanır. Semptomatik hastalar en sık karın ağrısı ile başvurur. İştahsızlık bulantı, kusma, kilo kaybı diğer sık görülen semptomlardır. İleri vakalarda sağ üst kadranda tümör palpe edilebilir. Safra kesesi tümörü şüphesi olan hastalar öncelikle abdominal USG ile değerlendirilmelidir. Safra kesesi duvarında kalınlaşma veya kalsifikasyon, lümene doğru uzanan kitlesel lezyon, safra kese duvarının KC invazyonu gibi bulgular görülebilir. Abdominal ultrasonun evrelemede yeri sınırlıdır. Bu nedenle BT ,MR/MRCP gibi kesitsel görüntülemeler tümörün çevre yayılımını ve metastazları göstermek açısından kullanılır.¹¹² CA19-9 ve CEA tümör belirteci olarak kullanılır.¹¹³ Tanı genellikle laparotomi esnasında kesinleşir.

2.7.3 TEDAVİ

Safra kesesi kanserleri genelde unrezektabledır ve prognozu kötüdür. Rezektable hastalarda cerrahi tek potansiyel küratif tedavidir. Unrezektable ve metastatik hastalarda KRT veya sisplatin artı gempitabin rejimi tercih edilir. Bölgesel yayılma gösteren veya metastatik, safra kesesi kanseri veya ampuller kanseri olan hastalarda, sisplatin artı gempitabin kombinasyon tedavisi yalnız gempitabin tedavisine göre ilave toksisite artışı olmadan sağkalım avantajı sağladığı gösterilmiştir.¹⁰⁸

2.8 PANKREAS KANSERİ

Pankreas tümörleri endokrin ve ekzokrin hücrelerden gelişebilir, ancak ekzokrin hücrelerden gelişme oranı daha yüksektir. Ekzokrin tümörlerin büyük bir çoğunluğu, duktal epitel hücrelerden köken alan adenokarsinomlardır. Endokrin pankreas tümörleri ise yaygın olarak adacık hücre tümörleri ya da nöroendokrin tümör olarak adlandırılırken daha az yaygın olarak gastrinomalar, insülinomalar, glukagonomalar, somatostatinomalar,

VIPoma'lar, PPoma'lar vb. şeklinde sınıflandırılabilir.¹¹⁴ Ekzokrin parankimden gelişen duktal adenokarsinom, malign pankreatik neoplazilerin %90'dan fazlasını; adacık hücrelerinden kaynaklananlar ise %5-10'unu oluşturmaktadır. Pankreas kanserlerinin %57'si pankreas başında, %9'u gövdesinde, %8'i kuyruk kısmında, %6'sı birden fazla yerde meydana gelmekte; %20'sinin ise anatomik yeri saptanamamaktadır.¹¹⁵

2.8.1 EPİDEMİYOLOJİ

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2012 yılına ait raporuna göre, pankreas kanseri, dünya genelinde erkeklerde en yaygın görülen 12. kanser iken, kadınlarda 11. sırada yer almaktadır. Aynı yıla ait kansere bağlı ölümlerin nedeni olarak ise pankreas kanseri 7. sıradadır. Ülkemizde ise, pankreas kanseri tüm yaş gruplarında erkeklerde en sık görülen 10. kanser iken kadınlarda ilk 10'da yer almamıştır.²

2.8.2 RİSK FAKTÖRLERİ VE ETİYOLOJİ

Sigara içmek pankreas kanseri riskini artırır.¹¹⁶ Bazı çalışmalar, atılmış vücut kütlesi, fiziksel inaktivitenin pankreas kanseri riski arasında bir bağlantı olduğunu düşündürmektedir.¹¹⁷ "Batı" tipi diyet modeli (yüksek oranda doymuş yağ ve / veya et alımı, özellikle tütülenmiş veya işlenmiş etler) pankreas kanseri gelişimi ile ilişkilendirilmiştir.¹¹⁸ Yoğun alkol tüketimi pankreas kanseri ile ilişkilendirilmiştir.¹¹⁹ Helicobacter pylori enfeksiyonu ile pankreas kanseri arasında zayıf fakat istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Diabetes mellitus pankreas kanseri riskini artırır.¹²⁰

Pankreas kanserlerinin %10'u aileseldir. Herediter risk faktörleri: Herediter meme kanseri(BRCA ve PALB2 mutasyonu), peutz-jegher sendromu(STK11 geni), familial atipik multipl melanom(p16/CDKN2A geni), lynch sendromu(MMR geni),ataksi-telenjiyektazi(ATM gen mutasyonu).¹²¹

Kronik pankreatit,¹²² kistik fibrozis,¹²³ ve pankreas kisti öyküsü olan hastalardada pankreas kanseri daha sık görülebilmektedir.¹²⁴

2.8.3 KLİNİK VE TANI

Klinik olarak sırt ağrısı, kilo kaybı, sarılık ve kaşıntı gibi şikayetler sıklıkla görülür.¹²⁵ Hastaların %70'inde diabetes mellitus vardır ve yeni ortaya çıkan diabet bazen hastalığın ilk belirtisi olabilir.¹²⁶ İlerleyen dönemde karaciğer metastazı, komşu organ invazyonu veya peritoneal kavitenin tutulumuna bağlı şikayetler ortaya çıkar. Nadiren akut pankreatit, gezici tromboflebit, hipoglisemi veya hiperkalsemi ile prezente olabilir.¹²⁷ ¹²⁸

129

Pankreatik tümörlerden şüphe edilen tüm hastalarda tercih edilen görüntüleme yöntemi ince kesitli bilgisayarlı tomografi'dir.¹³⁰ Tomografi damar tutulumu ve metastazlar

hakkında bilgi verir. Rezeke edilebilirlik değerlendirmesi yaklaşık %90 kesinlikle yapılabilir. Endoskopik ultrasonografide benzer düzeyde yarar sağlar. Rezeke edilebilir tümörü olduğu düşünülen hastalar doğrudan operasyona verilebilir.¹³¹ BT ve endoskopik ultrasonografi eşliğinde ince iğne biyopsisi yapılabilirse de, çoğu hastada gerek yoktur. Pankreatik duktal adenokarsinomlarda karakteristik olarak desmoplastik tümör reaksiyon görüldüğünden, biyopsi yalancı negatif sonuç verebilir.¹³⁰ Tıkanma sarılığı ve kolanjitis ile başvuran hastalara endoskopik retrograd kolonjiopankreatografi veya transhepatik kolonjiografi ile geçici bir plastik stent yerleştirilebilir. Opere edilebilir olgularda öncelikle MRCP tercih edilmelidir.^{132 133} Periton veya karaciğer yüzeyindeki gizli metastazlar laparoskopi ile saptanabilir. Tomografi sonucu yaygınlık derecesi veya metastaz varlığı nedeni ile rezeke edilemez şeklinde değerlendirilen tümörlerden ince iğne biyopsisi ile örnek alınmalıdır. Tümör belirteçlerinin klinik rolü sınırlıdır. Ancak bu test histolojik tanının yerine geçemez, ayrıca tümörün rezeke edilebilirliği hakkında bilgi vermez. Tedavi yanıtının izlenmesinde yararlı olabilir.¹³⁰

2.8.4 EVRELEME

Pankreas kanseri evrelemesinde Amerikan Birleşik Kanser Komitesi'nin (AJCC) en son 2017' da güncellediği, TNM evreleme sistemi kullanılmaktadır . (Tablo 6)

Tablo 6: Pankreas Kanserinin TNM Evreleme Sistemi

1-Primer Tümör: Birincil faktör kanserin mide duvarına penetrasyonunun derecesini gösterir.	
TX	Primer tümör değerlendirilemedi.
T0	Primer tümör mevcut değildir.
Tis	İnsitu Karsinom, PanIn-3,yüksek derece displazili IPMN,yüksek derece displazili müsinöz kist,yüksek derece displazi dahildir
T1	2 cm den küçük tümör
T1a	0,5 cm'den küçük tümör
T1b	0,5-1 cm arası tümör
T1c	1-2 cm arası tümör
T2	2-4 cm arası tümör
T3	4 cm' den büyük tümör
T4	Boyutundan bağımsız çölyak aks, superior mezenterik arter(SMA),heptik arter invazyonu
2-Nodal Tutulum:	
NX	Bölgesel lenf nodu tutulumu değerlendirilemedi.
N0	Bölgesel lenfnodu metastazı mevcut değildir.
N1	Metastazlı bölgesel lenf nodu sayısı 1-3 arasındır.
N2	Metastazlı bölgesel lenf nodu sayısı 4'ten fazladır
3-Uzak Metastaz:	
M0	Uzak metastaz mevcut değildir.
M1	Uzak metastaz mevcuttur.

Tablo 6 Devamı

KLİNİK EVRE	
Evre 0	TisN0M0
Evre IA	T1N0M0
Evre IB	T2N0M0
Evre IIA	T3N0M0
Evre IIB	T1-2-3N1M0
Evre III	T1-2-3N2M0,T4 herhangi N, M0
Evre IVA	Herhangi T,herhangi N,M1

2.8.5 TEDAVİ

Pankreas kanseri tedavi seçenekleri; cerrahi operasyon, kemoterapi ve radyoterapi olup, malignite aşamalarına bağlı olarak bu yöntemler tek başlarına ya da birlikte kullanılmaktadır. Evre I ve II tümörler çıkartılabilirken, Evre III ve IV'de uzak metastaz ya da ana arteriyel tutulumun varlığı nedeniyle tümör çıkartılamamaktadır. Cerrahi operasyon, pankreas kanserinde kullanılan en temel tedavi yöntemidir. Cerrahi operasyonun amacı, lenf nodu metastazı olsa bile mikroskopik rezeksiyon sınırı bulunmadan makroskopik tümörün tamamen temizlendiği R0 rezeksiyon (kesip çıkarma) yapmaktır, pozitif mikroskopik sınır kalacak şekilde makroskopik tümörün temizlendiği durum R1, makroskopik tümör rezeksiyonunun tamamlanmadığı durum ise R2 olarak belirtilir.¹³⁴

Kemoterapi/radyoterapi uygulamaları adjuvan (cerrahi sonrası tedavi), neoadjuvan (cerrahi öncesi tedavi) ve palyatif olarak sınıflandırılır. Pankreas kanseri tedavisinde yaygın olarak kullanılan kemoterapi ilaçları gemesitabin, 5-fluourasil, kapesitabin, sisplatin ve oksaliplatin.¹³⁵

Radyoterapi ise cerrahiden önce veya sonra, genellikle kemoterapi ile birlikte kullanılır, kanser cerrahi olarak tedavi edilmediğinde de kemoterapi/radyoterapi birlikteliği önerilmektedir.¹³⁶

Metastatik hastalıkta FOLFOX, FOLFİRİNOX ve Nab-paklitaksel kullanılabilir. Metastatik hastalıkta daha çok gemesitabin içeren protokoller (gemesitabin-nab-paklitaksel kullanılır).¹³⁷

Pankreas kanseri tedavi seçeneklerinin yetersizliği nedeniyle, mevcut tedaviler ile birlikte kullanılabilen antikanser ajanlar ile yeni terapötik stratejiler de geliştirilmiştir. Bu amaçla bevasizumab gibi VEGF inhibitörlerinin yanı sıra, erlotinib gibi EGFR inhibitörleri kullanılmaktadır. Bu ajanların gemesitabin ile birlikte kullanımının gemesitabinin tek başına kullanıldığı tedaviye göre istatistiksel olarak önemli yaşamsal yarar gösterdiği belirtilmiştir.¹³⁸

2.9 YAŞAM KALİTESİ

2.9.1 YAŞAM KALİTESİNİN KAVRAMI

Hayatın kalitesinin farklı birçok tanımı yapılmıştır. Ancak evrensel olarak kabul görmüş bir tanımı yok gibidir. Bu durum hayatın kalitesi kavramının tanımlanmasının güç olduğunu göstermektedir.

Dünya Sağlık Örgütü, hayatın kalitesini (quality of life) şu şekilde tanımlar; "hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi" dir. Bir diğer ifadeyle; yaşam kalitesi, kişinin içinde yaşadığı sosyokültürel ortamda kendi sağlığını öznel olarak algılayışını tanımlamaktadır. Yani bu kavram tıp teknikleri, laboratuvar işlemleriyle ölçülen bir nicelik değil, sübjektif olarak yaşatılan bir niteliktir ve aslında pahalı zevklerle doğrudan bir ilişkisi yoktur. Esas amaç kişilerin kendi fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevlerinden ne ölçüde memnun olduklarının ve yaşamlarının bu yönleri ile ilgili özelliklerin varlığı veya yokluğunun ne ölçüde onları rahatsız ettiğinin saptanmasıdır.¹³⁹

Yaşam süresinin uzaması ve yeni tedavi alternatiflerinin uygulanmaya başlanması, sağlık hizmeti çıktısının ölçümünde geleneksel göstergelerin yetersiz kalmasına yol açmıştır. Kökleri çok öncelere gitmekle birlikte 1980'lerden başlayarak, bir klinik uygulamanın ya da sağaltım alternatifinin başarısı veya başarısızlığı, biyolojik ve demografik göstergelere ek olarak, o hastanın hayat kalitesine yaptığı olumlu veya olumsuz gelişmelerle de değerlendirilmeye başlanmıştır. Yani sağlık girişiminin başarısı, hastalığın yol açtığı ağrı, halsizlik ve yeti yitimi (disabilite) ve daha geniş olarak da bireyin bedensel, psikolojik ve sosyal iyilik durumu ile değerlendirilmelidir.¹⁴⁰

2.9.2 YAŞAM KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİ

Tıp literatüründe yaşam kalitesinin ölçülmesi sağlık müdahaleleri ile ilişkilendirilip çoğunlukla bu konu üzerinde yoğunlaşmaktadır, diğer yandan yaşam kalitesinin araçlarının belirlenmesi yönünde yapılan çalışmalara rastlanabilir. Uygulamada yapılan çalışmalara bakıldığında yapılan psikolojik ve sosyolojik tartışmalarda bir insanın hayatının kalitesi ölçülmek istendiğinde hem objektif hem de sübjektif ölçütlerin birlikte ele alınması gereği ifade edilmektedir.¹⁴¹

Objektif parametreler/kriterler arasında kişinin sağlık statüsü (somatik durumu), ekonomik durumu, barınma koşulları, ikamet yeri ve aile durumu gibi parametreler sayılabilir. Kişinin sübjektif parametreler/kriterlerine bakıldığında ise kişinin değişimi ve dışsal koşullar da ele alınmakla birlikte, aynı zamanda kişinin duyguları ve hayata bakışı da sübjektif sağlık kavramı içinde yer almaktadır. Teorik olarak önemli bir soru olan sübjektif ve objektif

faktörlerin neden önemli olduğu sorusudur. Bunun nedeni objektif ve sübjektif anlamda refahın farklı olarak ölçülmek istenmesinden kaynaklanmaktadır. Ancak bunun yapılabilmesi de farklı olan verilerin bulunabilmesine bağlıdır.¹⁴¹

Sağlık alanında çalışan araştırmacıların çoğu mutluluk kavramını, sağlık ve öznel sağlık kavramını ölçmek için, temel olarak geliştirilmiş olan iki major tip yaşam kalitesi ölçeği kullanılmaktadırlar: Genel (jenerik) yaşam kalitesi ölçekleri ve spesifik yaşam kalitesi ölçekleri.

Genel yaşam kalitesi ölçekleri, genellikle sağlık statüsündeki kısıtlamalar ile ilgilidir. Hastalığa özel ölçekler ise, hastalarda oluşan rahatsızlıkların klinik görünüşünü araştıran ölçeklerdir. Genel yaşam kalitesi ölçeklerinin en büyük avantajı, herkese uygulanabilir olması ve farklı medikal durumlarda hastalıkların yükünün karşılaştırılmasına olanak vermesidir. Genel ölçekler herhangi bir sağlık durumu için kullanılabilir, tüm popülasyonun iyilik durumunu ortaya çıkarabilir ve önemli fakat beklenmedik etkileri açığa çıkartabilir. Bu ölçeklerin dezavantajları, özel duruma spesifik sorunlar üzerinde yeterince odaklanamazlar, hastalığın getirdiği küçük ama klinik anlamlı değişikliklere yeteri kadar cevap veremeyebilirler.¹⁴²

Günümüze kadar geliştirilmiş ölçeklerden bazıları aşağıda sıralanmıştır.

2.9.2.1 NOTTINGHAM SAĞLIK PROFİLİ (NHP)

1970'li yıllarda İngiltere'de Nottingham Üniversitesi, Toplum Sağlığı Bölümü araştırmacıları tarafından geliştirilen ve Nottingham Sağlık Profili olarak adlandırılan bir yaklaşımdır. Bu yöntem sübjektif sağlık ölçüm yöntemlerinden birisidir. Bu yöntemde sübjektif sağlığı ölçmek amacıyla temel bazı sorular sorulmakta ve daha sonra bu sorulara verilen cevapları standart tıbbi teknikler ile karşılaştırılarak yaşam kalitesi ölçülmeye çalışılmaktadır.¹⁴³

Nottingham Sağlık Profili (NHP), sağlık ve hastalıklar üzerindeki çalışmalarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir. İki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm, ağrı, hareket edebilme, duygusal reaksiyonlar, enerji, sosyal izolasyon ve uyku olmak üzere 6 boyut ve 38 evet/hayır şeklinde cevaplanan 38 sorudan oluşmaktadır. İkinci bölüm günlük yaşamdaki problemler hakkında 7 genel sorudan oluşmaktadır. SF – 36 ölçeğinde olduğu gibi burada da 0 ile 100 arasında bir yaşam kalite ölçeği oluşturulmuştur. 38 sorudan oluşan Türkçe versiyonu ilk kez 2000 yılında kullanılmıştır.¹⁴⁴

Sübjektif sağlık ile ilgili araştırmalarda güvenilir bir sonucun elde edilebilmesi için profesyonellerin kullandığı dilden farklı olarak, saha çalışmalarında ündelik hayatta kullanılan dilin kullanılması gerekmektedir. NHP instrument teknik ifadeler içermemekle beraber

kişilerin sağlık durumlarının iyi olup olmadığını konuşma diline özgü kelimelerle ifade etmelerini sağlamaktadır.¹⁴³

2.9.2.2 HASTALIK ETKİ PROFİLİ (SIP)

Hastalık etki profili olarak adlandırılan kısa adıyla SIP (The Sickness Impact Profile), NHP'nin bazı eksik taraflarının olduğu düşünülerek ABD'li araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir. Bu yöntem NHP'ye göre kapsadığı alan bakımından daha zengindir.

Hastalık etki profilinin özellikleri aşağıdaki gibidir.

a) SIP'in ölçülerinden biri, hastalığın kişinin günlük aktiviteleri üzerindeki etkileri olarak tanımlanmaktadır. Bütün maddeler bundan dolayı NHP yönteminin aksine ilişkiler ve mental durumlar yerine, aktivitelere dayandırılmaktadır.

b) Aktiviteler sağlık ve rahatsızlıkla ilişkilendirilmiş ise dikkate alınmakta ve beyanı istenen kimseden bu yönde olumlu bir yanıt beklenmektedir.

SIP yaklaşımında yaşam kalitesinin ölçülmesinin aracı hastalıklar tarafından etkilenme düzeyi olarak ele alınmaktadır.¹⁴³

Sağlıkla ilgili 136 maddeden ve 12 bölümden oluşmaktadır. Ölçek, iskemik kalp hastalığının sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde ve iyilik durumunun düzenli izlenmesinde uygulanabilir bir ölçek olarak kabul edilmektedir.¹⁴⁴

SIP yaklaşımında hastalığın tam tanımının yapılmış olmaması bir eksiklik olarak ileri sürülmektedir. Hastalığın ne olduğu, sonuçlarının ne olduğu konusunda kişilerin kendi yorumlarını ele almayı tercih etmektedir. SIP'in günümüzdeki uygulamaları daha çok "algılanan sağlığın bir ölçüsü" olduğu yönündedir.¹⁴³

2.9.2.3 NAES VE SWEDISH INSTRUMENT

Bu yaklaşım Norveçli psikolog Siri Naes tarafından geliştirilmiştir. Kajandi yaklaşımının da temeli Norveçli psikolog Siri Naes'in çalışmasına dayanmaktadır. Uygulamada Kajandi yaklaşımı olarak da adlandırılan Swedish Instrumenti ele alırken öncelikle NHP ile arasındaki farklara bakılacak olursa, kajandi yaklaşımı sübjektif sağlığı ölçmek için NHP yönteminden daha geniş bir alanı kapsamaktadır. Bunun yanında yaklaşımın ilk amacı psikiyatrik bakım hizmetleridir. Naes'in teorisinde yaşam kalitesini belirleyen dört unsur vardır. Bunlar; faaliyet, iyi kişisel ilişkiler, kendine saygı ve mutluluk halidir. Kajandi yaklaşımında ise üç unsur üzerinde durulmuştur. Bunlar; dışsal hayat şartları, kişiler arası ilişkiler ve iç psikolojik durumdur.¹⁴⁴

2.9.2.4 İNSAN İHTİYAÇLARI YAKLAŞIMI VE AGGERNAES

İnsan ihtiyaçları denilince ilk akla gelen isimlerden biri kuşkusuz ki Maslow ve çalışması, insan ihtiyaçları hiyerarşisidir. Maslow, gereksinimleri fizyolojik (nefes, besin, su,

cinsellik, uyku, denge, boşaltım), güvenlik (vücut, iş, kaynak, etik, aile, sağlık, mülkiyet güvenliği), ait olma (kendine saygı, güven, başarı, diğerlerinin saygısı, başkalarına saygı), saygınlık ve kendini gerçekleştirme gereksinimi (erdem, yaratıcılık, doğallık, problem çözme, ön yargısız olma, gerçeklerin kabulü) diye beş kategoriye ayırmaktadır. Maslow’a göre bir kişinin temel ihtiyaçlarının tatmin edilmesi demek, yukarıda belirtilen ihtiyaçların kesin ve tam olarak tatmin edilmesine bağlıdır.¹⁴⁴

Aggernaes’in teorisinde yaşam kalitesi, ihtiyaçlar çerçevesinde tanımlanmıştır. Aggernaes’e göre bir kişinin ihtiyaçlarının en iyi şekilde tatmin edilmiş olması, o bireyin yaşam kalitesinin üst düzeyde olduğunu gösterir. Temel ihtiyaçlar, bugüne kadar incelenmiş kültürlerde yaşayan insanların ihtiyaçlarıdır. Ancak bu ihtiyaçların tatmin edilmemesi durumu insanlara kendini bir çeşit acı ya da yaşam kalitesinde düşüş şeklinde gösterecektir. Aggernaes’in teorisine olumlu eleştirilerin yanında olumsuz eleştiriler de vardır. Aggernaes’in teorisine gelen eleştiriler, bir ihtiyacın tatmin edildiğinin düşünülebilmesi için hangi şartların yerine gelmesi gerektiği noktasında tam olarak bir açıklık getirilmemesine gelmektedir.¹⁴⁴

2.9.2.5 EKONOMİK YAKLAŞIM “QUALITY ADJUSTED LIFE YEARS” VE YORK OKULU

York Okulu yaklaşımı ekonomik bir yaklaşım olması sebebiyle diğer yaklaşımlardan ayrılmaktadır. Sağlık alanında yaşam kalitesi ve sağlığın ölçülmesinde kullanılan bu yaklaşım ekonomik yaklaşım olarak da adlandırılmaktadır. Rachel Rosser tarafından ortaya atılmış daha sonra Alan Williams ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan bu yaklaşım York Yaklaşımı olarak ele alındığı gibi, “Kaliteye Endeksli Yaşam Yılı” (Quality Adjusted Life Years, kısaca QALYs ya da QALY) olarak da kullanılmaktadır. Quality Adjusted Life Years, kaliteye endeksli yaşam yılı (QALY), sağlıkta iyileşme derecesi ve iyileşmenin oluşturduğu zaman aralığı ve yaşam yılında herhangi bir artış da dahil olmak üzere tıbbi tedavilerin ve müdahalelerin performanslarının sonucundaki iki önemli boyutu tek bir ölçü halinde çıkaran bir sağlık indeksidir.¹⁴⁴

Qaly yaşam kalitesi temelinde iki kavram üzerinde yoğunlaşmıştır; yaşam beklentisi ve yaşam kalitesi. QALY sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin bir ölçeğidir. Bu terim, İngilizce “kaliteye endeksli yaşam yılı” anlamına gelen sözcüklerin kısaltmasından oluşmuştur. Bu ölçekte, mükemmel sağlık durumunda geçirilmiş bir yıl “1 QALY” olarak ifade edilir, mükemmelden kötü sağlık durumlarında geçirilen bir yıl ise, sağlık durumunun ciddiyetine göre 0 ile 1 arasındaki değerler olarak ifade edilir. Örneğin tekerlekli sandalyede geçirilen bir yıl 0,5 qaly olarak ifade edilebilir. Ölüm durumu ise (bazı özel durumlar dışında) 0 ile ifade edilir. Ayrıca, QALY’ler hemen her sağlık durumunu ifade etmede kullanılabileceğinden, hem aynı hastalık için var olan tedavilerin birbirleriyle karşılaştırılmasında, hem de farklı hastalıklar için önerilen tedavilerin birbirleriyle karşılaştırılmasında kullanılabilir. Bu nedenle

QALY'ler bir çok ülkenin geri ödeme sistemlerindeki karar alma süreçlerinde sıklıkla kullanılmaktadır.¹⁴⁴

2.9.2.6 EUROQOL – 5D (EQ-5D)

Qaly değerlendirmelerinde en sık kullanılan kompozit ölçeklerinden biri EQD yada Euroqol'dır. Avrupa Yaşam Kalitesi Araştırma Topluluğu, sağlık durumunu, “hareket edebilme”, “kendi kendine bakabilme”, “olağan işleri yapabilme”, “ağrı /rahatsızlık” ve “endişe/moral bozukluğu” olmak üzere 5 başlık altında değerlendirmektedir. EUROQoL (EQ5D) ölçeğinde her başlık için bireylere üç seçenek sunulur (sorun yok, biraz sorun var, ciddi sorun var).¹⁴³

Kullanımı ve yorumlanması kolay, ulusal ve uluslararası farklı çalışmalardan elde edilecek sonuçların karşılaştırılmasına olanak sağlayacak kısa ve basit bir ölçek olarak tasarlanan EQ5D, 243 farklı sağlık durumunu değerlendirebilmektedir. EQ5D Türkçe de dahil olmak üzere 60'tan fazla dile çevrilmiştir. Ancak skorların hesaplanmaları için gerekli olan “sosyal tercih skorları” Türkiye toplumu için adapte edilmediğinden Qaly hesaplanması ancak yabancı ülkeler için var olan skrolama sistemleri ile yapılabilir. Bu da Türkiye’de yaşayan insanların yargı, öncelik ve seçimlerini birebir yansıtmadığından sorunlu görülmüştür.¹⁴⁴

2.9.2.7 DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (WHOQOL)

Yüz soruluk bir uzun formu bir de 26 soruluk kısa formu (WHOQOL - BREF) olan bu ölçek, önce 15 merkezde başlayan, daha sonra Türkiye'nin de içinde olduğu 40'dan fazla ülkenin dahil olduğu çok merkezli bir proje çerçevesinde geliştirilmiştir. Çok merkezli bir geliştirilme sürecine sahip olması ve kültürel çapraz geçerliliği olması bu ölçeği güvenilir kılmaktadır. Uzun form, bedensel, psikolojik, sosyal ilişkiler, bağımsızlık düzeyi, çevre ve kişisel inançlar olmak üzere 6 boyuttan oluşmaktadır. Kısa ölçek ise bedensel, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevre alanlarını içermekte olup ayrıca, her kültüre özel soruları içinde barındırmaktadır.¹⁴³

2.9.2.8 AVRUPA KANSER ARAŞTIRMA VE TEDAVİ ÖRGÜTÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (EORTC QOL – C30)

Sağlığa endeksli yaşam kalitesi ile ilgili yapılan çalışmalarda daha önce belirttiğimiz ölçekler genel ölçek grubuna girmektedir. Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (European Organisation for Research and Treatment of Cancer Qol Questionnaire) ise özel geliştirilmiş yaşam kalitesi ölçekleri arasında yer almaktadır. Onkolojik değerlendirmelerde çoğunlukla bu ölçek kullanılmaktadır. 1962 Yılında Henri Tagnon Avrupa'daki klinik araştırmaların Çoğunlukla spesifik kanser vakaları üzerinde uygulanan bu ölçeğin genel anketi C-30, 30 sorudan ve üç ana boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar, fiziksel işlevsellik, rol işlevselliği, duygusal işlevsellik, bilişsel ve sosyal

işlevsellikten oluşan fonksiyonel boyut; yorgunluk, bulantı ve kusma, ağrı, nefes darlığı, uykusuzluk, iştahsızlık, kabızlık, ishal ve hastalığın maddi etkisinin bulunduğu belirti (semptom) boyutu ve genel sağlık durumunun yanında yaşam kalitesi ölçeği boyutudur. Belirtilen ilk iki boyut 28 soruyu oluştururken genel yaşam kalitesi ve sağlık durumu boyutu ise son iki soruyu oluşturmaktadır. C-30 anketinin yanında spesifik bir kanser hastalığı üzerinde yaşam kalitesi çalışması yapılacaksa, buna ek olarak daha spesifik ölçekler eklenmektedir. Örneğin akciğer kanseri hastaları için EORTC QLQ C-30'un yanında bir de QLQ-LC13 modülünün de uygulanması gerekmektedir. Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Örgütü'nün spesifik olarak, yumurtalık kanseri (QLQ- OV28), kolon kanseri (QLQ-CR38), mide kanseri (QLQ-STO22), mesane kanseri (QLQ-BLsup24, QLQ-BLmi30), beyin tümörü(kanseri) (QLQ-BN20), prostat kanseri (QLQ-PR25) gibi bir çok kanser tipi ile ilgili ölçekleri vardır. Bu ölçeklerin birçoğunun Türkçe versiyonu da bulunmaktadır.¹⁴³

2.9.2.9 KISA FORM 36 (SF – 36)

SF-36 Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur. Ölçek geliştirilirken kısa, kolay uygulanabilir olmasının yanı sıra çok geniş bir kullanım yelpazesine sahip olması da amaçlanmıştır. 1990 yılında başlanan çalışmalarda 149 madde ile yola çıkılmış ve 22.000'ini aşkın kişi üzerinde yapılan çalışmalarda faktör analizi ile önce 20 maddeli biçimi olan SF-20 hazırlanmıştır. Ancak psikometrik özelliklerinin ve kapsamının artırılması amacıyla 36 maddeye çıkılarak SF-36 oluşturulmuştur. Ölçek Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Sağlık Sigortası Çalışmaları Deneyi/Tıbbi Sonuçlar Çalışması (Health Insurance Study Experiment/Medical Outcomes Study; HIS/MOS)'nda kullanılmak üzere düşünülmüştür ve bu nedenle ilk yayınlanan kaynak da dahil olmak üzere pek çok kaynakta bu kısaltmalar ölçeğin adına eklenmiş olarak görülmektedir.¹⁴⁵

Değerlendirme dördüncü ve beşinci maddeler dışında Likert tipi (üçlü-altılı) yapılmaktadır, dördüncü ve beşinci maddeler evet/hayır biçiminde yanıtlanmaktadır. Alt ölçekler sağlığı 0 ile 100 arasında değerlendirmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu gösterirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir. Ölçeğin değişimi ölçmede duyarlı olduğu da gösterilmiştir. Ölçek oldukça hızlı değerlendirme sağlamaktadır.¹⁴⁵

Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Boğaziçi Üniversitesi Psikoloji Bölümü öğretim üyesi Prof. Dr. Güler Fişek 'in katılımıyla başlamış Koçyiğit ve ark.'ları tarafından tamamlanmıştır.¹⁴⁵

SF-36 yaşam kalitesi ölçeği, jenerik ölçüt özelliklerine sahip olduğu için, çeşitli sağlık durumları ve hastalıklara uygulanabilir, geniş ilgi alanlarını değerlendirebilir. En önemli avantajı farklı hastalık grupları ve bu hastalık grupları ile toplum arasındaki karşılaştırmalara

imkan vermesidir. Ancak belirli bir hastalık için tasarlanmamış olduğundan bazı hastalık grupları için daha az duyarlı olabilmektedir.¹⁴⁶

SF-36 sağlık durumu soruları yaygın olarak kullanılır ve geçerliliği ispatlanmıştır. SF-36, fonksiyonel durum, iyi olma hali ve sağlığın ayrıntılı değerlendirilmesini içeren 3 temel sağlık niteliğini değerlendirir.¹⁴² Tablo 7’de bu boyutlar ve anketteki soru sayıları gösterilmiştir.¹⁴⁷

Tablo 7: SF-36 Ölçüm aracının Boyutları ve anketteki Soru Sayıları

Alan	Boyut	Soru Sayısı
Fonksiyonel Statü	Fiziksel Fonksiyonellik	10
	Sosyal Fonksiyonellik	2
	Fiziksel Rol Güçlüğü	4
	Duygusal Rol Güçlüğü	3
İyilik Hali	Mental Sağlık	5
	Vitalite (canlılık)	4
	Ağrı	2
Genel Sağlık Değerlendirmesi	Genel Sağlık Algılamaları	5
	Sağlık Değişimi*	1
Toplam	8 Boyut	36

* Bu soru skorlanmamaktadır.¹⁴⁷

SF-36’ nın özelliklerinin başında kendini değerlendirme ölçeği olması gelmektedir. Ölçek adından da anlaşılacağı gibi 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır; fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde).¹⁴⁸

Her boyut 0 ile 100 arası değerlerle puanlanır ve puan ne kadar yüksekse yaşam kalitesi o kadar yüksek olarak değerlendirilir. 0 kötü sağlık durumunu gösterirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 ETİK KURUL ONAYI

“Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Bölümünde Gastrointestinal Sistem Kanseri Nedeni İle Tedavi Edilen Hastaların Ve Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi” konulu bu çalışma Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu’nun 23.12.2019 tarih 2019/32-43 no’lu kararı (EK-1) ile uygun bulunmuştur.

3.2 ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu çalışma kesitsel bir çalışmadır.

3.3 HASTA SEÇİMİ

Kesitsel tipteki bu araştırmaya, 23 Aralık 2019 ile 10 Temmuz 2020 tarihleri arasında, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Polikliniği’ne başvuran, yeni GİS kanseri tanısı almış, henüz tedavisi başlamamış veya planlanan kemoterapinin yarısından daha azını almış, çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan hastalar ve bakım verenleri dahil edildi.

Dahil Olma kriterleri:

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Polikliniği’ne başvuran, yeni tanı almış, henüz tedavisi başlamamış veya planlanan kemoterapinin yarısından daha azını almış, 18 yaş üzeri, erkek veya kadın, herhangi bir fiziksel veya psikolojik engelliliği bulunmayan, aydınlatılmış onam formunu okuma, anlama ve kendi iradesi ile onaylayabilme yetisine sahip gastrointestinal sistem kanserli hastalar ile; 18 yaş üzeri, erkek veya kadın, herhangi bir fiziksel veya psikolojik engelliliği bulunmayan, aydınlatılmış onam formunu okuma, anlama ve kendi iradesi ile onaylayabilme yetisine sahip bakım verenleri dahil edilmiştir.

3.4 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada verileri toplamak için, hastalara ait sosyodemografik verilerin kaydedildiği Hasta Tanıtıcı Formu (EK-2), bakım verenlere ait sosyodemografik verilerin kaydedildiği Bakım Veren Tanıtıcı Formu (EK-3), hastaların ve bakım verenlerin yaşam kalitesini belirlemek için SF-36 ölçeği (EK-4) ve doktor tarafından doldurulan Hasta Tanılama Formu (EK-5) kullanılmıştır.

Hasta Tanıtıcı Formu (EK-2):

Hasta Tanıtıcı Formu ile yaş, cinsiyet, yaşanan sosyal çevre, eğitim durumu, sosyal güvence, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu ve sayısı, meslek, çalışma durumu, çalışılan yer, çalışmıyorsa nedeni, gelir durumu ve ek hastalık durumu sorgulanmıştır. Bu form hastanın kendisinin doldurabildiği durumlarda hasta tarafından, dolduramadığı zaman ise doktor tarafından doldurulmuştur.

Bakım Veren Tanıtıcı Formu (EK-3):

Bakım Veren Tanıtıcı Formu ile yaş, cinsiyet, yaşanan sosyal çevre, eğitim durumu, sosyal güvence, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu ve sayısı, meslek, çalışma durumu, çalışılan yer, çalışmıyorsa nedeni, gelir durumu, hasta ile yakınlık derecesi, aynı evde yaşama durumu, hastanın kedisine ait odasının olma durumu, bakım verme konusunda destek olan başka kişilerin varlığı, günlük bakım verme süresi, bakım verilen başka kişi olup olmadığı ek hastalık durumu, hastaneye ulaşımın nasıl sağlandığı ve ulaşım süresi sorgulanmıştır. Bu form bakım verenin kendisi tarafından doldurulmuştur.

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK-4):

Dahil olmak kriterlerini karşılayan hasta ve bakım verenlerine yüzyüze görüşme yöntemi ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulandı. SF-36 Yaşam kalitesi Ölçeği hem hastaya hem de bakım verenine, tanı anında veya planlanmış olan tedavisinin yarısından daha azını almış olduğu aşamada ilk test ve daha sonra tedavinin 3. ayında (ara değerlendirme aşamasında) ikinci test olmak üzere toplam iki kez yapıldı.

SF-36 yaşam kalitesi ölçeği, jenerik ölçek özelliğine sahip, geniş açılı ölçüm sağlayan, bilimsel çalışmalarda sıkça kullanılan bir yaşam kalitesi değerlendirme ölçeğidir. Koçyiğit ve arkadaşları,¹⁸ tarafından SF-36'nın bedensel hastalığı olanlarda geçerlilik ve güvenilirliği dilimize uyarlanarak yapılmıştır.

Kısa bir anket olan SF-36 hem hasta hem de sağlıklı gruplarda kullanılabilir. Ölçek adından da anlaşılacağı gibi 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır; fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde).¹⁴⁸ Her boyut 0 ile 100 arası değerlerle puanlanır ve puan ne kadar yüksekse yaşam kalitesi o kadar yüksek olarak değerlendirilir. 0 kötü sağlık durumunu gösterirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir. SF-36'daki 8 boyuttan olan fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık başlıkları fiziksel komponent skoru (FK), son dördü olan sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, vitalite(enerji), mental sağlık ise mental komponent skoru (MK) olarak bilinmektedir.¹⁴⁷

Aşağıda Tablo 8'de görülen SF-36 değerlendirme yönergesinde, sorular ve verilen cevaplara göre puanlar verilmiştir. Örneğin anketteki 1. Sorunun a şıkkı işaretlenmiş ise 5 puana denk gelmekte, b şıkkı işaretlenmiş ise 4,4 puana denk gelmektedir. Yine başka bir örnek olarak 3'ncü soruyu aldığımızda her bir şık için "evet, oldukça" cevabı 1 puana denk gelmekte, "evet, biraz" cevabı 2 puana denk gelmekte ve "hayır, hiç" cevabı ise 3 puana denk gelmektedir.¹⁴⁹

Böylece 11 ana başlık altında toplanan tüm soruların her bir şıkkı için bir puan değeri oluşturulmaktadır. Daha sonra 8 parametreye göre gruplandırılan cevap şıklarının puanları toplanarak değerlendirilmektedir.

Tablo 8: SF-36 Değerlendirme Yönergesi (Sorular ve verilen puanlar)

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	9.	10.	11.	11.
		Her bir şık için	Her bir şık için	Her bir şık için				a,e,d,h	b,c,f,g,i		a, c	b, d
a:5 b:4,4 c:3,4 d:2 e:1	a:5 b:4 c:3 d:2 e:1	Evet, oldukça:1	Evet:1	Evet:1	a:5 b:4 c:3 d:2 e:1	a:6 b:5 c:4 d:3 e:2 f:1	a:5 b:4 c:3 d:2 e:1	a:5 b:4 c:3 d:2 e:1	a:1 b:2 c:3 d:4 e:5	a:1 b:2 c:3 d:4 e:5	a:1 b:2 c:3 d:4 e:5	a:5 b:4 c:3 d:2 e:1
		Evet, biraz:2	Hayır:2	Hayır:2								
		Hayır, hiç:3										

Tablo 9: SF-36 Ölçeğinin 8 Parametresine Göre Soruların Dağılımı

Parametre	İlgili şıklar	En düşük ham puan	Olası ham puan
Fiziksel fonksiyon	3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j	10	20
Fiziksel rol	4a+4b+4c+4d	4	4
Ağrı	7+8	2	10
Genel sağlık	1+11a+11b+11c+11d	5	20
Vitalite	9a+9e+9g+9i	4	20
Sosyal fonksiyon	6+10	2	8
Emosyonel rol	5a+5b+5c	3	3
Mental sağlık	9b+9c+9d+9f+9h	5	25

Puanlama skoru: Elde edilen ham puan – en düşük ham puan / Olası ham puan * 100.¹⁴⁹

Yukarıda verilen Tablo 9’da, SF-36 ölçeğinin 8 parametresi olan; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık parametrelerinin, anketteki hangi sorulara karşılık geldikleri, en düşük ham puan ve olası ham puanları verilmiştir.¹⁴⁹ Puanlama her bir parametre için ayrı ayrı yapılmaktadır. Elde edilen ham puan, tabloda verilen en düşük ham puandan çıkarılmakta, olası ham puana bölünerek 100 rakamı ile çarpılmakta ve böylece o parametreye ait puan elde edilmektedir.

Hasta Tanılama Formu (EK-5):

Hasta Tanılama Formu ile primer kanserin türü, evresi, uygulanan tedavi, ECOG performans skoru, grade 3-4 toksisite gelişip gelişmediği ve tedaviye yanıt değerlendirilmesi sorgulanmıştır. Bu form doktor tarafından doldurulmuştur

3.5 İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Verilerin bilgisayar ortamına aktarılması ve istatistiksel analizler SPSS programının 24.0 versiyonu kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ (çift yönlü) olarak kabul edilmiştir. Kolmogorov Smirnov testi ile normal dağılım uygulandıktan sonra ölçümle belirlenen değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında Student t testi ya da Mann-Whitney U testi kullanılmıştır, çoklu gruplarda Kruskal Wallis analizi yapılmıştır, grup içi karşılaştırmada bağımlı gruplarda T testi veya Wilcoxon testi kullanılmıştır, sayımla belirlenen değişkenler ise Ki Kare testi ve Fisher's exact test kullanılarak analiz edilmiştir. Korelasyon analizinde Spearman veya Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Parametrik veriler, ortalama $\pm$ standart sapma, non parametrik veriler ortanca (minimum-maksimum) ve kategorik veriler de yüzde olarak sunulmuştur.

4. BULGULAR

Çalışmaya 01 Aralık 2019 ile 10 Temmuz 2020 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi Tıbbi Onkoloji Bölümü'nde gastrointestinal sistem kanser nedeni ile tedavi edilen hastalar ve bakım verenlerinden dahil edilme kriterlerine uyan toplam 68 hasta ve bakım vereni dahil edilmiştir. Anketi doldurmayı kabul eden hasta ve bakım verenlerinden 2 hasta exitus olduğundan, bir hasta ise COVID-19 pandemisi nedeniyle kendi isteği ile tedaviye gelmediği için çalışmadan çıkarılarak toplam 65 hasta ve bakım vereni ile çalışma tamamlanmıştır.

Çalışmadan elde edilen bulgular 6 grupta değerlendirilmiştir; 1) Hastaların sosyo-demografik özellikleri, 2) Hastaların klinik özellikleri, 3) Bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri, 4) Hastaların yaşam kalitesine ilişkin bulgular ve etkileyen faktörler, 5) Bakım verenlerin yaşam kalitesine ilişkin bulgular ve etkileyen faktörler, 6) Hastaların ve bakım verenlerin yaşam kalitelerinin karşılaştırılması.

4.1 HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Çalışmaya alınan toplam 65 hastanın 20'si (%30,8) kadın, 45'i (%69,2) erkek olup, yaş ortalaması 59,8±11,6 (34-78) idi. Her eğitim grubundan hasta olmakla birlikte hastaların çoğunluğu (%44,6) ilkokul mezunu olup, %86,2'si evli, %90,8'i çocuk sahibi ve %41,5'nin iki çocuğu mevcuttu. Hastaların meslek durumu değerlendirildiğinde en sık belirtilen iki meslek grubunu işçi (%29,2) ve memur (%20,0) oluşturmaktaydı. Ancak hastalardan sadece %12,3'ü halen çalışmaktaydı. Hastaların %15,4'ü ise daha önce çalışırken hastalığından dolayı işten ayrıldığını belirtmişti. Sosyal güvence anlamında hastaların çok büyük bir kısmını (%95,4'ü) SGK'lı hastalar oluşturmaktaydı. Hastaların %52,3'nün aylık geliri 2000-4000 TL arasında idi. Hastaların 30'unun (%46,2) hiçbir ek hastalığı yokken, 35'inde (%53,8) en az bir ek hastalık mevcuttu. Hastaların sosyo-demografik özellikleri tablo 10'da sunulmuştur.

Tablo 10: Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri

Tanıtıcı Özellikler		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	20	30,8
	Erkek	45	69,2
Yaşanılan Sosyal Çevre	İl	40	61,5
	İlçe	23	35,4
	Köy	2	3,1
Eğitim Durumu	Okur yazar değil	4	6,2
	İlkokul	29	44,6
	Ortaokul	12	18,5
	Lise	8	12,3

Tablo 10 Devamı

Tanıtıcı Özellikler		Sayı	Yüzde
	Üniversite	11	16,9
	Lisansüstü	1	1,5
Sosyal Güvence	Yok	3	4,6
	SGK	62	95,4
Medeni Durum	Bekar	3	4,6
	Evli	56	86,2
	Dul/Boşanmış	6	9,2
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	59	90,8
	Hayır	6	9,2
Çocuk Sayısı	1	9	13,8
	2	27	41,5
	3	12	18,5
	4 ve Üstü	11	16,9
Meslek	Ücretli çalışan-İşçi	19	29,2
	Memur	13	20,0
	Ticaret	5	7,7
	Mühendis	2	3,1
	Sağlık Sektörü Çalışanı	2	3,1
	Çiftçi	7	10,8
	Diğer	17	26,2
Çalışma Durumu	Evet	8	12,3
	Hayır	57	87,7
Çalışılan Yer	Kamu	4	6,2
	Özel Sektör	3	4,6
	Serbest Meslek	1	1,5
Çalışmama Nedeni	Hastalığımdan dolayı işten ayrıldım	10	15,4
	Ev hanımıyım	12	18,5
	Diğer	35	53,8
Aylık Gelir	2000 TL altı	20	30,8
	2000-4000 TL arası	34	52,3
	4000-6000 TL arası	6	9,2
	6000 TL üstü	5	7,7
Ek Hastalık Durumu	Hayır	30	46,2
	Evet	35	53,8
Ek Hastalık Sayısı	1 Ek hastalık	21	32,3
	2 Ek hastalık	8	12,3
	3 Ek hastalık	4	6,2
	4 Ek hastalık ve üzeri	2	3,1

4.2 HASTALARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Hastalar primer kanser türü açısından değerlendirildiğinde ilk üç sırada kolorektal kanser (%41,5), mide kanseri (%29,2), ve pankreas kanseri (%15,4) bulunmaktadır. Hastaların yaklaşık yarısını (%46,2) evre 3 hastalar oluşturmakta, bunu %36,9 ile evre 4 hastalar takip etmekteydi. Hastaların %'41,5'i ECOG 0, %40'ı ECOG 1, %18,5'i de ECOG 2 performans skoruna sahipti. Ondokuz hasta (%29,3) adjuvan tedavi alırken, kalan 46 (%70,7) hasta ise lokal ileri/metastatik hastalık nedeniyle kemoterapi almaktaydı. Ara değerlendirme döneminde hastaların 51'ine (%78,5) değerlendirme amaçlı görüntüleme tetkikleri yapılmış olup, bunlardan adjuvan tedavi alan 19 hastanın 4'ünde nüks saptanmıştı. Lokal ileri/metastatik evredeki 46 hastanın ise 32'sine görüntüleme tetkikleri yapılabilmiş, bunların 6'sında tam yanıt, 17'sinde kısmi yanıt, 2'sinde stabil hastalık saptanırken, 7'sinde ise progresyon saptanmıştı. Hastaların %23,1'inde grade 3-4 toksisite gelişmiş olup, en sık izlenen toksisite %12,3 ile hematolojik toksisite olmuştur. Hastaların klinik özellikleri tablo 11'de sunulmuştur.

Tablo 11: Hastaların Klinik Özellikleri

Tanıtıcı Özellikler		Sayı	Yüzde
Kanser Türü	Özofagus	2	3,1
	Mide	19	29,2
	Hepatobiliyer	5	7,7
	Pankreas	10	15,4
	İnce Bağırsak	2	3,1
	Kolorektal	27	41,5
Evre	Evre1	1	1,5
	Evre2	10	15,4
	Evre3	30	46,2
	Evre4	24	36,9
Tedavi	Kemoterapi	52	80,0
	Kemoterapi+Hedef tedavi	9	13,8
	Kemoterapi+Radyoterapi	4	6,2
ECOG PS	Ecog 0	27	41,5
	Ecog 1	26	40,0
	Ecog2	12	18,5

Tablo 11 Devamı

Tanıttıcı Özellikler		Sayı	Yüzde
Grade 3-4 Toksisite	Var	15	23,1
	Yok	50	76,9
Gastroenterolojik Toksisite	Var	5	7,7
	Yok	60	92,3
Nefrolojik Toksisite	Var	1	1,5
	Yok	64	98,5
Hematolojik Toksisite	Var	8	12,3
	Yok	57	87,7
Dermatolojik Toksisite	Var	2	3,1
	Yok	63	96,9
Enfeksiyon Toksisitesi	Var	2	3,1
	Yok	63	96,9
Tedaviye Yanıt Değerlendirilmesi	Adjuvan Nüks Olmadan	15	23,1
	Adjuvan Nüks Gelişmiş	4	6,2
	Lokal İleri/Metastatik Tam Yanıt	6	9,2
	Lokal İleri/Metastatik Kısmi Yanıt	17	26,2
	Lokal İleri/Metastatik Stabil Hastalık	2	3,1
	Lokal İleri/Metastatik Progresyon Mevcut	7	10,8
	Total	51	78,5

4.3 BAKIM VERENLERİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Bakım verenlerin 35'i (%53,8) kadın, 30'u (%46,2) erkek olup, yaş ortalaması 45,5±13,6 (18-65) idi. Her eğitim grubundan bakım veren olmakla birlikte %35,4'ü üniversite mezunu, %70,8'i evli, %70,8'i çocuk sahibi ve %40'nın iki çocuğu mevcuttu. Bakım verenlerin %30,8'i çalışmakta olup, %41,5 ile en çok meslek grubunu diğer işaretleyen grup oluşturmaktaydı. %92,3'ünün sosyal güvencesi SGK, %1,5'unun ise özel sağlık sigortası idi. Bakım verenlerin %13,8'i özel sektörde istihdam edilmekteydi. Bakım verenlerin %9,2'si hastaya bakım verebilmek için işten ayrıldıklarını ifade etmişlerdi ve %41,5'nin aylık geliri 2000-4000 TL arasında idi. Bakım verenlerin %66,2'sinin hiçbir ek hastalığı olmayıp, %24,6'sının bir ek hastalığı mevcuttu.

Hastalara %46,2 ile en çok eşleri bakım vermekte olup, bakım verenlerin %78,5'u hasta ile aynı evde yaşamaktaydı. Evde hastaların %92,3'ünün kendine ait odası bulunup, hastaya bakım verme konusunda bakımverenlerin %50,8'i destek aldıklarını, %18,5'i ise kısmen destek aldıklarını ifade etmişlerdir. Bakım verenlerin hastaların bakımı için harcadıkları zaman değerlendirildiğinde %52,3'ü 19-24 saat bakım vermekteydi ve %13,8'inin evde bakmakla yükümlü olduğu başka yaşlı, hasta veya çocuğu bulunmaktaydı. Hastaneye ulaşım çoğunlukla (%67,7) bakım verenlerin araçları ile sağlanırken, hastaneye ulaşım süresinin ise %70,8'lik oran ile 1 saatin altında sağlandığını belirtilmiştir. Bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri tablo 12'de sunulmuştur.

Tablo 12: Bakım Verenlerin Sosyo-demografik Özellikleri

Tanıtıcı Özellikler		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	35	53,8
	Erkek	30	46,2
Yaşanılan Sosyal Çevre	İl	42	64,6
	İlçe	21	32,3
	Köy	2	3,1
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	1	1,5
	İlkokul	19	29,2
	Ortaokul	7	10,8
	Lise	14	21,5
	Üniversite	23	35,4
	Lisansüstü	1	1,5
Sosyal Güvence	Yok	4	6,2
	SGK	60	92,3
	Özel Sağlık Sigortası	1	1,5
Medeni Durum	Bekar	17	26,2
	Evli	46	70,8
	Dul/Boşanmış	2	3,1
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	46	70,8
	Hayır	19	29,2
Çocuk Sayısı	1	12	18,5
	2	26	40,0
	3	6	9,2
	4 ve Üstü	2	3,1

Tablo 12 Devamı

Tanıtıcı Özellikler		Sayı	Yüzde
Meslek	Öğrenci/Araştırma Görevlisi	5	7,7
	Ücretli çalışan-İşçi	17	26,2
	Memur	9	13,8
	Ticaret	1	1,5
	Mühendis	1	1,5
	Sağlık Sektörü çalışanı	2	3,1
	Çiftçi	2	3,1
	Hukuk Sektörü Çalışanı	1	1,5
	Diğer	27	41,5
Çalışma Durumu	Evet	20	30,8
	Hayır	45	69,2
Çalışılan Yer	Kamu	7	10,8
	Özel Sektör	9	13,8
	Serbest Meslek	4	6,2
Çalışmama Nedeni	Hastama bakabilmek için işten ayrıldım	6	9,2
	İş bulamıyorum	1	1,5
	Ev hanımıyım	16	24,6
	Diğer	22	33,8
Aylık Gelir	2000 TL altı	23	35,4
	2000-4000 TL arası	27	41,5
	4000-6000 TL arası	12	18,5
	6000 TL üstü	3	4,6
Yakınlık Derecesi	Eşim	30	46,2
	Annem/Babam	26	40,0
	Kardeşim	4	6,2
	Sevgili	2	3,1
	2. derece akraba	3	4,6
Aynı Evde Yaşama Durumu	Evet	51	78,5
	Hayır	14	21,5
Hastaya Ait Oda Durumu	Evet	60	92,3
	Hayır	5	7,7
Bakım Konusunda Destek	Evet	33	50,8
	Hayır	20	30,8
	Kısmen	12	18,5

Tablo 12 Devamı

Tanıttıcı Özellikler		Sayı	Yüzde
Bakım Verme Süresi	1-6 saat arası	21	32,3
	7-12 saat arası	7	10,8
	13-18 saat arası	3	4,6
	19-24 saat arası	34	52,3
Bakım Verilen Başka Kişi	Evet	9	13,8
	Hayır	56	86,2
Ek Hastalık	Hayır	43	66,2
	Evet	22	33,8
Sayısı	1 Ek Hastalık	16	24,6
	2 Ek Hastalık	7	10,8
Hastaneye Ulaşım Biçimi	Kendi Aracınızla	44	67,7
	Taksi ile	8	12,3
	Toplu Taşıma ile	13	20,0
Hastaneye Ulaşım Süresi	1 saatin altında	46	70,8
	1-2 saat arası	14	21,5
	2-3 saat	5	7,7

4.4 HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ ANALİZİ BULGULARI VE YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği bulguları değerlendirildiğinde tedavi başlangıcında en düşük yaşam kalitesi puanının fiziksel rol güçlüğü ($23,46 \pm 36,67$) ve genel sağlık durumu ($55,84 \pm 19,19$) olduğu; en yüksek puanının ise fiziksel fonksiyon ($76,84 \pm 23,42$) ve ağrı ($72,50 \pm 26,46$) olduğu gözlemlendi. Tedavi sonrası ara değerlendirme döneminde ise en düşük yaşam kalitesi puanının fiziksel rol güçlüğü ($26,53 \pm 34,76$) ve sosyal fonksiyon ($50,38 \pm 19,38$) olduğu; en yüksek puanının ise fiziksel fonksiyon ($75,53 \pm 23,76$) ve mental sağlık ($70,76 \pm 19,02$) olduğu gözlemlendi. Hastaların tedavi başlangıcındaki ve tedavi sonrası ara değerlendirme dönemindeki SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları tablo 13’de gösterilmiştir.

Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği bulguları tedavi öncesi ve sonrası olarak değerlendirildiğinde genel olarak anlamlı düzeyde bir değişimin izlenmediği, sadece sosyal fonksiyon parametresinde tedavi sonrası dönemde tedavi öncesine göre anlamlı bir düşüşün meydana geldiği ($p=0,027$) saptandı. Hastaların tedavi başlangıcındaki ve tedavi sonrası ara değerlendirme dönemindeki SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları tablo 13’de gösterilmiştir.

Tablo13: Hastaların tedavi öncesi ve tedavi sonrası yaşam kalitesi bulguları

Parametre	Tedavi Öncesi Skor (n=65)	Tedavi Sonrası Skor (n=65)	P Değeri
Fiziksel fonksiyon	76,84 ±23,42	75,53 ±23,76	0,522
Fiziksel rol güçlüğü	23,46 ±36,67	26,53 ±34,76	0,540
Emosyonel rol güçlüğü	58,46 ±43,71	68,72±36,74	0,059
Vitalite	63,86 ±21,66	64,53±22,78	0,887
Mental sağlık	69,47 ±17,85	70,76±19,02	0,418
Sosyal fonksiyon	57,69 ±24,77	50,38±19,38	0,027
Ağrı	72,50 ±26,46	69,80±29,07	0,398
Genel sağlık	55,84 ±19,19	59,15±23,79	0,560

Hastaların tedavi öncesi ve sonrası SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği bulgularındaki değişime etki eden sosyodemografik özellikler ve hastalığa ilişkin bulgular değerlendirildiğinde, cinsiyetin sadece genel sağlık algısına anlamlı etki ettiği ($p=0,027$), yani kadınlarda erkeklere göre daha düşüş yönünde seyrettiği; ek hastalık varlığının vitalite ($p=0,010$), mental sağlık ($p=0,005$) ve ağrı ($p=0,021$) üzerine anlamlı etki ettiği, yani yükseliş yönünde etki ettiği; hastanın eğitim düzeyinin sadece genel sağlık algısına anlamlı etki ettiği ($p=0,047$), yani lise altı eğitime sahip olanlarda lise ve üzeri eğitime sahip olanlara göre düşüş yönünde etki ettiği; ECOG PS durumunun sadece genel sağlık algısı ($p=0,036$) üzerine anlamlı etki ettiği, yani PS 2 olanların daha düşüş yönünde seyrettiği saptandı. Hastanın primer kanser türünün, tümör evresinin, tedavi türünün, grade 3-4 toksisite ve yanıt durumunun ise SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği parametreleri üzerine anlamlı etkisi saptanmadı. Hastaların tedavi öncesi ve sonrası SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği bulgularındaki değişime etki eden sosyo-demografik özellikler tablo14’de, hastalığa ilişkin bulgular ise tablo 15’de gösterilmiştir.

Tablo14: Hastanın SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Bulgularındaki Değişime Etki Eden**Sosyo-demografik Özellikler**

Tanıtıcı Özellikler		SF-36 parametreleri							
		Fiziksel fonksiyon	Fiziksel rol güçlüğü	Emosyonel rol güçlüğü	Vitalite	Mental sağlık	Sosyal fonksiyon	Ağrı	Genel sağlık
Hasta Cinsiyet	Kadın(n=25)	$\bar{x}=-7,25$ SS=19,8	$\bar{x}=-5$ SS=37,6	$\bar{x}=13,3$ SS=58,6	$\bar{x}=-3$ SS=22,5	$\bar{x}=1,2$ SS=12,9	$\bar{x}=-11,8$ SS=29,3	$\bar{x}=-5,12$ SS=28,8	$\bar{x}=-3$ SS=32,8
	Erkek(n=40)	$\bar{x}=1,33$ SS=17,5	$\bar{x}=-2,22$ SS=46,7	$\bar{x}=8,89$ SS=42,8	$\bar{x}=2,33$ SS=18,8	$\bar{x}=1,33$ SS=17,3	$\bar{x}=-5,27$ SS=24,3	$\bar{x}=-1,61$ SS=31,2	$\bar{x}=6,11$ SS=21,1
	İstatistiksel analiz	Z=-1,737 P=0,082	Z=-0,323 P=0,747	Z=-0,383 P=0,702	Z=-1,015 P=0,310	Z=-0,222 P=0,825	Z=-1,022 P=0,307	Z=-0,408 P=0,684	Z=-2,205 P=0,027
Hasta Ek Hastalık Durumu	Hayır(n=30)	$\bar{x}=-2,5$ SS=15,6	$\bar{x}=-3,3$ SS=43,9	$\bar{x}=2,22$ SS=47	$\bar{x}=-5,33$ SS=24,4	$\bar{x}=-4,4$ SS=15,8	$\bar{x}=-7,08$ SS=27	$\bar{x}=-10,1$ SS=26,9	$\bar{x}=-1$ SS=30,5
	Evet(n=35)	$\bar{x}=-0,28$ SS=20,8	$\bar{x}=-2,85$ SS=44,4	$\bar{x}=17,1$ SS=48	$\bar{x}=5,85$ SS=17,5	$\bar{x}=6,17$ SS=14,6	$\bar{x}=-7,5$ SS=25,4	$\bar{x}=3,71$ SS=31,9	$\bar{x}=7$ SS=19
	İstatistiksel analiz	Z=-0,662 P=0,508	Z=-0,185 P=0,853	Z=-1,085 P=0,278	Z=-2,568 P=0,010	Z=-2,807 P=0,005	Z=-0,020 P=0,984	Z=-2,304 P=0,021	Z=-1,625 P=0,104

Tablo 14 Devamı

Tanıtıcı Özellikler		SF-36 parametreleri							
		Fiziksel fonksiyon	Fiziksel rol güçlüğü	Emosyonel rol güçlüğü	Vitalite	Mental sağlık	Sosyal fonksiyon	Ağrı	Genel sağlık
Hasta eğitim durumu	Lise altı(n=45)	$\bar{x}=-0,66$ SS=20,6	$\bar{x}=-4,44$ SS=41,3	$\bar{x}=17$ SS=49,5	$\bar{x}=1,11$ SS=22,2	$\bar{x}=0,35$ SS=17,8	$\bar{x}=-8,33$ SS=25	$\bar{x}=-6,61$ SS=27,6	$\bar{x}=0,33$ SS=27,1
	Lise ve üstü(n=20)	$\bar{x}=-2,75$ SS=13	$\bar{x}=0$ SS=50	$\bar{x}=-4,99$ SS=40,8	$\bar{x}=-0,25$ SS=14,2	$\bar{x}=3,4$ SS=11	$\bar{x}=-5$ SS=28,5	$\bar{x}=6,12$ SS=34,7	$\bar{x}=10$ SS=20
	İstatistiksel analiz	Z=-0,193 P=0,847	Z=-0,123 P=0,902	Z=-1,645 P=0,100	Z=-0,386 P=0,700	Z=-0,293 P=0,769	Z=-0,399 P=0,690	Z=-1,487 P=0,137	Z=-1,983 P=0,047

Tablo 15: Hastanın SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Bulgularındaki Değişime Etki Eden Hastalığa İlişkin Bulgular

Tanıtıcı Özellikler		SF-36 parametreleri							
		Fiziksel fonksiyon	Fiziksel rol gücü	Emosyonel rol gücü	Vitalite	Mental sağlık	Sosyal fonksiyon	Ağrı	Genel sağlık
Primer Kanser Türü	Özofagus(n=2)	$\bar{x}=17,5$ SS=17,6	$\bar{x}=-50$ SS=35,3	$\bar{x}=16,6$ SS=23,5	$\bar{x}=20$ SS=14,1	$\bar{x}=6$ SS=28,2	$\bar{x}=12,5$ SS=53	$\bar{x}=21,2$ SS=30	$\bar{x}=17,5$ SS=10,6
	Mide(n=19)	$\bar{x}=1,05$ SS=20,5	$\bar{x}=-2,63$ SS=59,4	$\bar{x}=10,5$ SS=48,4	$\bar{x}=-2,63$ SS=25,1	$\bar{x}=0,84$ SS=20,5	$\bar{x}=-7,23$ SS=11,2	$\bar{x}=-9,47$ SS=22,4	$\bar{x}=9,47$ SS=35,7
	Hepatobiliyer(n=5)	$\bar{x}=-24$ SS=20,7	$\bar{x}=-5$ SS=11,1	$\bar{x}=-26,6$ SS=36,5	$\bar{x}=0$ SS=17,6	$\bar{x}=-13,6$ SS=23,4	$\bar{x}=-2,5$ SS=38,9	$\bar{x}=18$ SS=30,5	$\bar{x}=-13$ SS=4,47
	Pankreas(n=10)	$\bar{x}=-3,5$ SS=12,9	$\bar{x}=-2,5$ SS=14,1	$\bar{x}=10$ SS=60,9	$\bar{x}=-3$ SS=18,2	$\bar{x}=4$ SS=11,9	$\bar{x}=-2,5$ SS=28,7	$\bar{x}=9$ SS=32,6	$\bar{x}=-5,5$ SS=19,7
	İnce bağırsak(n=2)	$\bar{x}=-10$ SS=14,1	$\bar{x}=12,5$ SS=88,3	$\bar{x}=33,3$ SS=47,1	$\bar{x}=-27,5$ SS=17,6	$\bar{x}=16$ SS=16,9	$\bar{x}=-6,25$ SS=61,8	$\bar{x}=1,25$ SS=30	$\bar{x}=10$ SS=21,2
	Kolorektal (n=27)	$\bar{x}=1,29$ SS=16,3	$\bar{x}=-0,9$ SS=40,7	$\bar{x}=14,8$ SS=45,6	$\bar{x}=1,11$ SS=16,4	$\bar{x}=1,92$ SS=11,4	$\bar{x}=-11,5$ SS=27	$\bar{x}=-8,1$ SS=32,9	$\bar{x}=3,7$ SS=17,5
	İstatistiksel analiz	KW=9,02 P=0,108	KW=3,871 P=0,568	KW=3,578 P=0,612	KW=6,806 P=0,235	KW=4,732 P=0,449	KW=0,676 P=0,984	KW=7,381 P=0,194	KW=9,716 P=0,084
Evre	Evre 1(n=1)	$\bar{x}=-20$ SS=0	$\bar{x}=0$ SS=0	$\bar{x}=-66,7$ SS=0	$\bar{x}=5$ SS=0	$\bar{x}=16$ SS=0	$\bar{x}=37,5$ SS=0	$\bar{x}=32,5$ SS=0	$\bar{x}=-5$ SS=0
	Evre 2(n=10)	$\bar{x}=5$ SS=15,8	$\bar{x}=5$ SS=43,7	$\bar{x}=9,99$ SS=31,6	$\bar{x}=2,5$ SS=20,8	$\bar{x}=5,2$ SS=13,4	$\bar{x}=-1,25$ SS=32,5	$\bar{x}=6,75$ SS=19,1	$\bar{x}=1$ SS=24,1
	Evre 3(n=30)	$\bar{x}=2,83$ SS=20,7	$\bar{x}=-7,5$ SS=11,1	$\bar{x}=14,4$ SS=36,5	$\bar{x}=0,16$ SS=17,6	$\bar{x}=-2,13$ SS=23,4	$\bar{x}=-5,41$ SS=38,9	$\bar{x}=-4,08$ SS=30,5	$\bar{x}=10,1$ SS=4,47
	Evre 4(n=24)	$\bar{x}=-8,3$ SS=18,8	$\bar{x}=-1,04$ SS=31,6	$\bar{x}=8,34$ SS=54,9	$\bar{x}=0,41$ SS=22,9	$\bar{x}=3,33$ SS=18,7	$\bar{x}=-14$ SS=28,6	$\bar{x}=-6,35$ SS=28,2	$\bar{x}=-3,95$ SS=21,8
	İstatistiksel analiz	KW=4,641 P=0,098	KW=0,265 P=0,876	KW=0,385 P=0,825	KW=0,208 P=0,901	KW=1,629 P=0,443	KW=2,841 P=0,242	KW=2,213 P=0,331	KW=4,450 P=0,108
Tedavi	KT(n=52)	$\bar{x}=-1,92$ SS=18	$\bar{x}=-3,36$ SS=41,7	$\bar{x}=7,69$ SS=48,3	$\bar{x}=-1,05$ SS=19,5	$\bar{x}=-0,07$ SS=16,8	$\bar{x}=-6,25$ SS=26,1	$\bar{x}=-2,88$ SS=27,2	$\bar{x}=1,73$ SS=36,1
	KT+hedef tedavi(n=9)	$\bar{x}=-2,77$ SS=16,2	$\bar{x}=-2,77$ SS=47,5	$\bar{x}=18,5$ SS=47,6	$\bar{x}=3,33$ SS=19,5	$\bar{x}=8,44$ SS=12,7	$\bar{x}=-16,6$ SS=26,5	$\bar{x}=-7,77$ SS=28,4	$\bar{x}=2,77$ SS=21,3
	KT+RT(n=4)	$\bar{x}=10$ SS=30,8	$\bar{x}=0$ SS=73,5	$\bar{x}=25$ SS=50	$\bar{x}=17,5$ SS=25,3	$\bar{x}=3$ SS=6,83	$\bar{x}=0$ SS=22,8	$\bar{x}=11,2$ SS=67,2	$\bar{x}=25$ SS=17,7
	İstatistiksel analiz	KW=0,934 P=0,627	KW=0,226 P=0,893	KW=0,578 P=0,749	KW=2,401 P=0,301	KW=2,344 P=0,310	KW=2,091 P=0,352	KW=0,363 P=0,834	KW=5,147 P=0,076

Tablo 15 Devamı

Tanıtıcı Özellikler		SF-36 parametreleri							
		Fiziksel fonksiyon	Fiziksel rol güçlüğü	Emosyonel rol güçlüğü	Vitalite	Mental sağlık	Sosyal fonksiyon	Ağrı	Genel sağlık
Ecog Ps	Ecog 0(n=27)	$\bar{x}=-2,77$ SS=14,2	$\bar{x}=-9,25$ SS=50	$\bar{x}=9,88$ SS=46,9	$\bar{x}=1,85$ SS=16	$\bar{x}=3,85$ SS=11	$\bar{x}=-7,4$ SS=29,6	$\bar{x}=-3,79$ SS=24,7	$\bar{x}=2,4$ SS=17,6
	Ecog 1(n=26)	$\bar{x}=3,26$ SS=21,8	$\bar{x}=2,88$ SS=44,3	$\bar{x}=8,98$ SS=47,6	$\bar{x}=4,8$ SS=21,1	$\bar{x}=2,61$ SS=17,1	$\bar{x}=-2,88$ SS=21,3	$\bar{x}=1,15$ SS=38,7	$\bar{x}=11,5$ SS=30,7
	Ecog 2(n=12)	$\bar{x}=-7,91$ SS=18,2	$\bar{x}=-2,08$ SS=24,9	$\bar{x}=13,9$ SS=54	$\bar{x}=-10,8$ SS=23	$\bar{x}=-7,33$ SS=20,8	$\bar{x}=-16,6$ SS=25,7	$\bar{x}=-8,54$ SS=20,2	$\bar{x}=-12,5$ SS=20,9
	İstatistiksel analiz	KW=3,234 P=0,198	KW=1,008 P=0,604	KW=0,207 P=0,901	KW=3,592 P=0,166	KW=1,366 P=0,505	KW=1,495 P=0,473	KW=1,090 P=0,580	KW=6,630 P=0,036
Grade 3-4 Toksisite	Var(n=15)	$\bar{x}=2,33$ SS=16,7	$\bar{x}=-3,33$ SS=37,6	$\bar{x}=-2,22$ SS=46,2	$\bar{x}=-0,66$ SS=20,3	$\bar{x}=0,53$ SS=18,1	$\bar{x}=-9,16$ SS=25,6	$\bar{x}=-3,5$ SS=23,1	$\bar{x}=0,33$ SS=21,5
	Yok(n=50)	$\bar{x}=-2,4$ SS=19	$\bar{x}=-3$ SS=45,9	$\bar{x}=14$ SS=48,1	$\bar{x}=1,1$ SS=20,1	$\bar{x}=1,52$ SS=15,5	$\bar{x}=-6,75$ SS=26,2	$\bar{x}=-2,45$ SS=32,3	$\bar{x}=4,2$ SS=26,5
	İstatistiksel analiz	Z=-0,470 P=0,638	Z=-0,345 P=0,730	Z=-0,938 P=0,348	Z=-0,979 P=0,328	Z=-0,509 P=0,611	Z=-0,405 P=0,686	Z=-0,258 P=0,796	Z=-0,836 P=0,403
Tedaviye Yanıt Değerlendirilmesi	Adjuvan nüks olmadan(n=15)	$\bar{x}=-2,33$ SS=15,2	$\bar{x}=-3,33$ SS=35,1	$\bar{x}=28,8$ SS=51,7	$\bar{x}=2,66$ SS=14,1	$\bar{x}=4$ SS=11,6	$\bar{x}=-10$ SS=33,4	$\bar{x}=-13$ SS=28	$\bar{x}=5$ SS=25
	Adjuvan nüks gelişmiş(n=4)	$\bar{x}=-17,5$ SS=18,4	$\bar{x}=0$ SS=20,4	$\bar{x}=-8,32$ SS=56,9	$\bar{x}=-7,5$ SS=21	$\bar{x}=5$ SS=15,7	$\bar{x}=-6,25$ SS=21,6	$\bar{x}=6,25$ SS=31,1	$\bar{x}=-7,5$ SS=6,45
	Lokal ileri/metastatik tam yanıt(n=6)	$\bar{x}=0$ SS=26,4	$\bar{x}=12,5$ SS=81,7	$\bar{x}=11,1$ SS=45,5	$\bar{x}=4,16$ SS=29,5	$\bar{x}=-2,66$ SS=9,6	$\bar{x}=-4,16$ SS=20,4	$\bar{x}=3,33$ SS=53,2	$\bar{x}=6,66$ SS=22,9
	Lokal ileri/metastatik kısmi yanıt (n=17)	$\bar{x}=2,94$ SS=20,9	$\bar{x}=-10,2$ SS=45,9	$\bar{x}=25,5$ SS=40	$\bar{x}=6,17$ SS=18,9	$\bar{x}=4,47$ SS=15,6	$\bar{x}=-13,2$ SS=25,1	$\bar{x}=-4,8$ SS=32,1	$\bar{x}=7,35$ SS=33,6
	Lokal ileri/metastatik stabil hastalık (n=2)	$\bar{x}=7,5$ SS=3,5	$\bar{x}=0$ SS=0	$\bar{x}=-16,6$ SS=23,5	$\bar{x}=2,5$ SS=3,5	$\bar{x}=6$ SS=14,1	$\bar{x}=-12,5$ SS=17,6	$\bar{x}=18,7$ SS=22,9	$\bar{x}=15$ SS=14,1
	Lokal ileri/metastatik progresyon mevcut (n=7)	$\bar{x}=-8,57$ SS=16,3	$\bar{x}=10,7$ SS=40,7	$\bar{x}=-4,75$ SS=45,6	$\bar{x}=-17,8$ SS=16,4	$\bar{x}=-8,57$ SS=11,4	$\bar{x}=-5,35$ SS=27	$\bar{x}=-10,3$ SS=32,9	$\bar{x}=-5$ SS=17,5
	İstatistiksel analiz	KW=6,749 P=0,240	KW=1,963 P=0,854	KW=5,680 P=0,339	KW=6,356 P=0,273	KW=3,127 P=0,680	KW=1,691 P=0,890	KW=3,059 P=0,691	KW=3,408 P=0,637

4.5 BAKIM VERENLERİN YAŞAM KALİTESİ ANALİZİ BULGULARI VE YAŞAM

KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Bakım verenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği bulguları değerlendirildiğinde tedavi başlangıcında en düşük yaşam kalitesi puanının emosyonel rol güçlüğü ($63,08 \pm 85,45$) ve vitalite ($65,00 \pm 22,48$) olduğu; en yüksek puanının ise fiziksel fonksiyon ($93,53 \pm 10,92$) ve ağrı ($82,84 \pm 18,63$) olduğu gözlemlendi. Tedavi sonrası ara değerlendirme döneminde ise en düşük yaşam kalitesi puanının sosyal fonksiyon ($60,96 \pm 25,14$) ve vitalite ($67,07 \pm 21,98$) olduğu; en yüksek puanının ise fiziksel fonksiyon ($91,15 \pm 13,36$) ve ağrı ($82,11 \pm 22,00$) olduğu gözlemlendi. Bakım verenlerin tedavi başlangıcındaki ve tedavi sonrası ara değerlendirme dönemindeki SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları tablo 16’da gösterilmiştir.

Bakım verenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği bulguları tedavi öncesi ve sonrası olarak değerlendirildiğinde fiziksel fonksiyon parametresinde ılımlı bir düşüş olduğu ($p=0,012$), emosyonel rol güçlüğü ($p=0,014$) ve genel sağlık durumunda ($p=0,013$) ise anlamlı bir artış olduğu saptandı. Bakım verenlerin tedavi başlangıcındaki ve tedavi sonrası ara değerlendirme dönemindeki SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları tablo 16’de gösterilmiştir.

Tablo 16: Bakım Verenlerin tedavi öncesi ve sonrası yaşam kalitesi bulguları

Parametre	Tedavi Öncesi Skor (n=65)	Tedavi Sonrası Skor (n=65)	p Değeri
Fiziksel fonksiyon	93,53±10,92	91,15±13,36	0,012
Fiziksel rol güçlüğü	74,23±34,50	81,92±28,47	0,058
Emosyonel rol güçlüğü	63,08±85,45	70,26±37,32	0,014
Vitalite	65,00±22,48	67,07±21,98	0,380
Mental sağlık	69,16±18,50	70,83±17,89	0,564
Sosyal fonksiyon	65,87±25,72	60,96±25,14	0,117
Ağrı	82,84±18,63	82,11±22,00	0,757
Genel sağlık	65,23±17,62	70,15±18,09	0,013

Bakım verenlerin tedavi öncesi ve sonrası SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği bulgularındaki değişime etki eden hastaya ait sosyodemografik özellikler ve hastalığa ilişkin bulgular değerlendirildiğinde, hastanın cinsiyetinin, bakım verenin vitalite ($p=0,007$) ve mental sağlığı ($p=0,009$) üzerine anlamlı etki ettiği; yani kadın hastalara bakım verenlerin erkek hastalara bakım verenerlere göre daha düşüş yönünde seyrettiği; hastaların ek hastalık varlığının bakım verenlerin emosyonel rol güçlüğü ($p=0,025$) üzerine anlamlı etki ettiği, yani yükseliş yönünde etki gösterdiği; hastaların eğitim durumunun, bakım verenlerin fiziksel fonksiyonu ($p=0,017$) üzerine anlamlı etki ettiği, yani, lise ve üzeri eğitime sahip hastalara bakım verenlerin lise altı eğitime sahip hastalara bakım verenerlere göre düşüş yönünde etki ettiği; tedaviye yanıt durumunun da sadece fiziksel rol güçlüğü ($p=0,043$) üzerine anlamlı etki ettiği, yani adjuvan tedavi alan nüks gelişmeyenlerde olumlu yönde etki gösterdiği saptandı. Primer kanser türünün, tümör evresinin, tedavi türünün, ECOG PS durumunun, grade 3-4 toksisitenin ise bakım veren SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği parametreleri üzerine anlamlı etkisi saptanmadı. Bakım verenlerin tedavi öncesi ve sonrası SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği bulgularındaki değişime etki eden hastaya ait sosyo-demografik özellikler tablo 17’de, hastalığa ilişkin bulgular tablo 18’de gösterilmiştir.

Tablo 17: Bakım Verenin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Bulgularındaki Değişime Etki Eden Hastaya Ait Sosyo-demografik Özellikler

Tanıtıcı Özellikler		SF-36 parametreleri							
		Fiziksel fonksiyon	Fiziksel rol güçlüğü	Emosyonel rol güçlüğü	Vitalite	Mental sağlık	Sosyal fonksiyon	Ağrı	Genel sağlık
Hasta Cinsiyet	Kadın(n=25)	$\bar{x}=-2,75$ SS=6,3	$\bar{x}=-1,25$ SS=31,9	$\bar{x}=-23,3$ SS=160	$\bar{x}=-5$ SS=12,2	$\bar{x}=-6,2$ SS=14	$\bar{x}=-10,6$ SS=22,6	$\bar{x}=2,25$ SS=18,2	$\bar{x}=5,5$ SS=11,3
	Erkek(n=40)	$\bar{x}=-2,22$ SS=7	$\bar{x}=11,6$ SS=37,1	$\bar{x}=20,7$ SS=39,7	$\bar{x}=5,22$ SS=16,3	$\bar{x}=5,15$ SS=16,4	$\bar{x}=-2,37$ SS=30,3	$\bar{x}=-2,05$ SS=16,9	$\bar{x}=4,66$ SS=16,9
	İstatistiksel analiz	Z=-0,409 P=0,683	Z=-1,342 P=0,180	Z=-0,576 P=0,565	Z=-2,688 P=0,007	Z=-2,616 P=0,009	Z=-1,607 P=0,108	Z=-0,410 P=0,682	Z=-0,613 P=0,540
Hasta Ek Hastalık Durumu	Hayır(n=30)	$\bar{x}=-3,66$ SS=6,8	$\bar{x}=8,33$ SS=41,6	$\bar{x}=-14,4$ SS=132	$\bar{x}=-1$ SS=13,6	$\bar{x}=0,13$ SS=15,8	$\bar{x}=-11,2$ SS=25	$\bar{x}=-1,5$ SS=15,7	$\bar{x}=5,33$ SS=12,7
	Evet(n=35)	$\bar{x}=-1,28$ SS=6,6	$\bar{x}=7,14$ SS=30,6	$\bar{x}=25,7$ SS=37,1	$\bar{x}=4,71$ SS=17,3	$\bar{x}=2,97$ SS=17,2	$\bar{x}=0,51$ SS=30,1	$\bar{x}=-0,07$ SS=18,7	$\bar{x}=4,57$ SS=17,4
	İstatistiksel analiz	Z=-1,550 P=0,121	Z=-0,007 P=0,994	Z=-2,244 P=0,025	Z=-1,074 P=0,283	Z=-0,721 P=0,471	Z=-1,206 P=0,228	Z=-0,294 P=0,769	Z=-0,347 P=0,729
Hasta eğitim durumu	Lise altı(n=45)	$\bar{x}=-1,33$ SS=6,4	$\bar{x}=7,22$ SS=30,4	$\bar{x}=19,2$ SS=45,2	$\bar{x}=2,33$ SS=15,3	$\bar{x}=1,6$ SS=14,3	$\bar{x}=-6,26$ SS=26,8	$\bar{x}=0,94$ SS=15	$\bar{x}=3,88$ SS=16,8
	Lise ve üstü(n=20)	$\bar{x}=-4,75$ SS=7,1	$\bar{x}=8,75$ SS=46,7	$\bar{x}=-20$ SS=157	$\bar{x}=1,5$ SS=17,2	$\bar{x}=1,8$ SS=20,9	$\bar{x}=-1,87$ SS=32	$\bar{x}=-4,5$ SS=21,6	$\bar{x}=7,25$ SS=11,4
	İstatistiksel analiz	Z=-2,377 P=0,017	Z=-1,086 P=0,277	Z=-0,741 P=0,459	Z=-0,231 P=0,818	Z=-0,243 P=0,808	Z=-0,195 P=0,845	Z=-0,774 P=0,439	Z=-0,995 P=0,320

Tablo 18: Bakım Verenin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Bulgularındaki Değişime Etki Eden Hastalığa İlişkin Bulgular

Tanıtıcı Özellikler		SF-36 parametreleri							
		Fiziksel fonksiyon	Fiziksel rol güçlüğü	Emosyonel rol güçlüğü	Vitalite	Mental sağlık	Sosyal fonksiyon	Ağrı	Genel sağlık
Primer Kanser Türü	Özofagus(n=2)	$\bar{x}=0$ SS=0	$\bar{x}=50$ SS=70,7	$\bar{x}=16,6$ SS=23,5	$\bar{x}=-10$ SS=14,1	$\bar{x}=10$ SS=14,1	$\bar{x}=6,25$ SS=8,8	$\bar{x}=15$ SS=7	$\bar{x}=10$ SS=7
	Mide(n=19)	$\bar{x}=-3,42$ SS=8,9	$\bar{x}=3,94$ SS=19,1	$\bar{x}=10,5$ SS=38,5	$\bar{x}=0,26$ SS=14,5	$\bar{x}=-0,21$ SS=12,9	$\bar{x}=-6,28$ SS=20,4	$\bar{x}=-6,44$ SS=20	$\bar{x}=3,15$ SS=13,1
	Hepatobiliyer (n=5)	$\bar{x}=-1$ SS=6,5	$\bar{x}=-5$ SS=41	$\bar{x}=6,66$ SS=49,4	$\bar{x}=-5$ SS=19	$\bar{x}=2,4$ SS=13,4	$\bar{x}=-27,5$ SS=43,6	$\bar{x}=4$ SS=5,4	$\bar{x}=0$ SS=3,5
	Pankreas(n=10)	$\bar{x}=-1$ SS=6,9	$\bar{x}=12,5$ SS=29,4	$\bar{x}=26,6$ SS=58,3	$\bar{x}=5$ SS=14,5	$\bar{x}=2,4$ SS=16	$\bar{x}=-5$ SS=29,5	$\bar{x}=3$ SS=18,9	$\bar{x}=-17,5$ SS=25
	İnce bağırsak(n=2)	$\bar{x}=-2,5$ SS=3,5	$\bar{x}=0$ SS=0	$\bar{x}=-3,33$ SS=47,1	$\bar{x}=-2,5$ SS=10,6	$\bar{x}=-8$ SS=11,3	$\bar{x}=6,25$ SS=26,5	$\bar{x}=0$ SS=0	$\bar{x}=5$ SS=7
	Kolorektal (n=27)	$\bar{x}=-2,59$ SS=5,6	$\bar{x}=8,33$ SS=44,3	$\bar{x}=22,2$ SS=44,3	$\bar{x}=4,81$ SS=17,1	$\bar{x}=2,66$ SS=20,2	$\bar{x}=-1,38$ SS=30,4	$\bar{x}=-0,18$ SS=16,6	$\bar{x}=2,03$ SS=12,5
	İstatistiksel analiz	KW=2,868 P=0,720	KW=2,167 P=0,826	KW=5,3 P=0,380	KW=4,126 P=0,531	KW=2,161 P=0,826	KW=2,286 P=0,808	KW=6,366 P=0,272	KW=4,468 P=0,484

Tablo 18 Devamı

Tanıtıcı Özellikler		SF-36 parametreleri							
Evre	Evre 1(n=1)	$\bar{x}=5$ SS=0	$\bar{x}=0$ SS=0	$\bar{x}=33,3$ SS=0	$\bar{x}=20$ SS=0	$\bar{x}=16$ SS=0	$\bar{x}=50$ SS=0	$\bar{x}=32,5$ SS=0	$\bar{x}=70$ SS=0
	Evre 2(n=10)	$\bar{x}=-5$ SS=5,9	$\bar{x}=2,5$ SS=43,2	$\bar{x}=20$ SS=47,6	$\bar{x}=-1,5$ SS=15,6	$\bar{x}=3,2$ SS=16,3	$\bar{x}=-5$ SS=27,7	$\bar{x}=8,75$ SS=14,9	$\bar{x}=8$ SS=11,5
	Evre 3(n=30)	$\bar{x}=-2,16$ SS=7	$\bar{x}=16,6$ SS=39	$\bar{x}=23,3$ SS=46,4	$\bar{x}=4,5$ SS=17,7	$\bar{x}=1,86$ SS=17,3	$\bar{x}=-2,73$ SS=26	$\bar{x}=-4,5$ SS=18,1	$\bar{x}=5$ SS=11,3
	Evre 4(n=24)	$\bar{x}=-3,75$ SS=6,7	$\bar{x}=-1,04$ SS=27	$\bar{x}=-19,4$ SS=143	$\bar{x}=-0,20$ SS=13,1	$\bar{x}=0,16$ SS=16,1	$\bar{x}=-9,89$ SS=30,1	$\bar{x}=-1,35$ SS=15,1	$\bar{x}=0,83$ SS=15,2
	İstatistiksel analiz	KW=3,809 P=0,149	KW=4,065 P=0,131	KW=2,413 P=0,299	KW=0,750 P=0,687	KW=0,259 P=0,879	KW=0,440 P=0,803	KW=3,231 P=0,199	KW=2,834 P=0,242
Tedavi	KT(n=52)	$\bar{x}=-2,11$ SS=7,3	$\bar{x}=8,65$ SS=32,7	$\bar{x}=18,5$ SS=44	$\bar{x}=1,25$ SS=15,9	$\bar{x}=1,38$ SS=14,9	$\bar{x}=-5,9$ SS=27,4	$\bar{x}=-0,57$ SS=18,7	$\bar{x}=5,09$ SS=16
	KT+hedef tedavi(n=9)	$\bar{x}=-3,33$ SS=3,5	$\bar{x}=-2,77$ SS=15	$\bar{x}=-7,41$ SS=22,6	$\bar{x}=1,66$ SS=10,3	$\bar{x}=-3,55$ SS=20,1	$\bar{x}=-6,94$ SS=19,8	$\bar{x}=-0,83$ SS=9,6	$\bar{x}=2,77$ SS=14,6
	KT+RT(n=4)	$\bar{x}=-3,75$ SS=4,7	$\bar{x}=18,7$ SS=89,8	$\bar{x}=41,6$ SS=31,9	$\bar{x}=13,7$ SS=24,2	$\bar{x}=17$ SS=22,7	$\bar{x}=12,5$ SS=53	$\bar{x}=-2,5$ SS=12,5	$\bar{x}=7,5$ SS=8,6
	İstatistiksel analiz	KW=2,237 P=0,327	KW=2,170 P=0,338	KW=3,839 P=0,147	KW=1,021 P=0,600	KW=2,827 P=0,243	KW=0,446 P=0,800	KW=0,055 P=0,973	KW=0,610 P=0,737
Ecog Ps	Ecog 0(n=27)	$\bar{x}=-3,33$ SS=5,5	$\bar{x}=6,48$ SS=38,9	$\bar{x}=-14,8$ SS=130	$\bar{x}=-1,11$ SS=15	$\bar{x}=-0,14$ SS=16,6	$\bar{x}=-8,3$ SS=26,1	$\bar{x}=0,18$ SS=16,3	$\bar{x}=5,37$ SS=10,7
	Ecog 1(n=26)	$\bar{x}=-2,3$ SS=8,6	$\bar{x}=14,4$ SS=38,8	$\bar{x}=29,4$ SS=43,5	$\bar{x}=5,9$ SS=16,9	$\bar{x}=5,07$ SS=18,1	$\bar{x}=-0,26$ SS=30,1	$\bar{x}=-1,25$ SS=16,8	$\bar{x}=9,23$ SS=18
	Ecog 2(n=12)	$\bar{x}=-0,41$ SS=4,5	$\bar{x}=-4,16$ SS=14,4	$\bar{x}=8,35$ SS=37,9	$\bar{x}=0,83$ SS=14,4	$\bar{x}=-1,66$ SS=11,6	$\bar{x}=-7,29$ SS=29,8	$\bar{x}=-1,66$ SS=21,6	$\bar{x}=-5,41$ SS=13,8
	İstatistiksel analiz	KW=2,173 P=0,337	KW=3,782 P=0,151	KW=4,186 P=0,123	KW=2,545 P=0,280	KW=1,795 P=0,408	KW=0,534 P=0,766	KW=0,292 P=0,864	KW=5,522 P=0,063
Grade 3-4 Toksikite	Var(n=15)	$\bar{x}=-3,66$ SS=5,8	$\bar{x}=11,6$ SS=31,1	$\bar{x}=6,66$ SS=38,2	$\bar{x}=0,66$ SS=10,1	$\bar{x}=-2,93$ SS=14,5	$\bar{x}=-5$ SS=21,5	$\bar{x}=0$ SS=18,3	$\bar{x}=8$ SS=20,7
	Yok(n=50)	$\bar{x}=-2$ SS=7	$\bar{x}=6,5$ SS=37,3	$\bar{x}=7,33$ SS=107	$\bar{x}=2,5$ SS=17,2	$\bar{x}=3,04$ SS=16,9	$\bar{x}=-4,89$ SS=30,2	$\bar{x}=-0,95$ SS=17,2	$\bar{x}=4$ SS=13,4
	İstatistiksel analiz	Z=-1,344 P=0,179	Z=-0,034 P=0,973	Z=-1,123 P=0,262	Z=-0,324 P=0,746	Z=-1,323 P=0,186	Z=-0,024 P=0,981	Z=-0,203 P=0,839	Z=-0,308 P=0,758
Tedaviye Yanıt Değerlendirilmesi	Adjuvan nüks olmadan(n=15)	$\bar{x}=1$ SS=3,8	$\bar{x}=31,6$ SS=30,5	$\bar{x}=35,5$ SS=34,4	$\bar{x}=6,33$ SS=9,34	$\bar{x}=5,33$ SS=13,6	$\bar{x}=0,83$ SS=28,5	$\bar{x}=1,83$ SS=22,5	$\bar{x}=11$ SS=20,1
	Adjuvan nüks gelişmiş(n=4)	$\bar{x}=-1,25$ SS=2,5	$\bar{x}=0$ SS=20,4	$\bar{x}=33,3$ SS=27,2	$\bar{x}=-2,5$ SS=16,5	$\bar{x}=-9$ SS=13,2	$\bar{x}=-18,7$ SS=21,6	$\bar{x}=3,12$ SS=6,2	$\bar{x}=2,5$ SS=8,6
	Lokal ileri/metastatik tam yanıt(n=6)	$\bar{x}=-5$ SS=8,3	$\bar{x}=8,33$ SS=66,4	$\bar{x}=33,3$ SS=29,8	$\bar{x}=15,8$ SS=20,1	$\bar{x}=21,3$ SS=18,8	$\bar{x}=18,7$ SS=34,2	$\bar{x}=9,16$ SS=12,7	$\bar{x}=13,3$ SS=9,3
	Lokal ileri/metastatik kısmi yanıt (n=17)	$\bar{x}=-2,64$ SS=9	$\bar{x}=0$ SS=19,7	$\bar{x}=3,92$ SS=57,5	$\bar{x}=-2,35$ SS=11,8	$\bar{x}=-2,35$ SS=13,5	$\bar{x}=-6,61$ SS=18,2	$\bar{x}=-8,82$ SS=19,8	$\bar{x}=-0,88$ SS=10,1
	Lokal ileri/metastatik stabil hastalık (n=2)	$\bar{x}=-5$ SS=0	$\bar{x}=0$ SS=0	$\bar{x}=33,3$ SS=47,1	$\bar{x}=2,5$ SS=3,5	$\bar{x}=-4$ SS=5,6	$\bar{x}=6,25$ SS=26,5	$\bar{x}=0$ SS=0	$\bar{x}=7,5$ SS=17,6
	Lokal ileri/metastatik progresyon mevcut (n=7)	$\bar{x}=0$ SS=2,8	$\bar{x}=10,7$ SS=28,3	$\bar{x}=14,2$ SS=37,7	$\bar{x}=2,85$ SS=11,8	$\bar{x}=2,85$ SS=13,6	$\bar{x}=-12,5$ SS=21,6	$\bar{x}=-1,78$ SS=4,72	$\bar{x}=0$ SS=22,7
	İstatistiksel analiz	KW=6,793 P=0,236	KW=11,44 P=0,043	KW=5,468 P=0,361	KW=8,127 P=0,149	KW=10,78 P=0,056	KW=6,959 P=0,224	KW=5,983 P=0,308	KW=9,428 P=0,093

Bakım verenlerin tedavi öncesi ve sonrası SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği bulgularındaki değişime etki eden bakım verene ait sosyodemografik özellikler değerlendirildiğinde, cinsiyetin sadece fiziksel fonksiyon üzerine anlamlı etki ettiği ($p=0,001$), yani kadınlarda erkeklere göre daha düşüş yönünde seyrettiği saptandı. Ek hastalık durumu, eğitim durumu ve gelir durumunun ise bakım veren SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği parametreleri üzerine anlamlı etkisi saptanmadı. Bakım verenlerin tedavi öncesi ve sonrası SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği bulgularındaki değişime etki eden bakım verene ait sosyodemografik özellikler tablo 19’da gösterilmiştir.

Tablo 19: Bakım Vereninin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Bulgularındaki Değişime Etki Eden Bakım Verene Ait Sosyo-demografik Özellikler

Tanıtıcı Özellikler		SF-36 parametreleri							
		Fiziksel fonksiyon	Fiziksel rol güçlüğü	Emosyonel rol güçlüğü	Vitalite	Mental sağlık	Sosyal fonksiyon	Ağrı	Genel sağlık
Bakım veren Cinsiyet	Kadın(n=35)	$\bar{x}=-4,28$ SS=7	$\bar{x}=6,42$ SS=40,3	$\bar{x}=5,71$ SS=123	$\bar{x}=1$ SS=16,2	$\bar{x}=1,48$ SS=19,2	$\bar{x}=-3,57$ SS=32,8	$\bar{x}=-2,78$ SS=17,9	$\bar{x}=2,28$ SS=11,9
	Erkek(n=30)	$\bar{x}=-0,16$ SS=5	$\bar{x}=9,16$ SS=30,4	$\bar{x}=22,2$ SS=43,1	$\bar{x}=3,33$ SS=15,5	$\bar{x}=1,86$ SS=12,9	$\bar{x}=-6,48$ SS=22,3	$\bar{x}=1,66$ SS=16,5	$\bar{x}=8$ SS=18,3
	İstatistiksel analiz	Z=-3,236 P=0,001	Z=-0,855 P=0,393	Z=-1,011 P=0,312	Z=-1,307 P=0,191	Z=-0,536 P=0,592	Z=-0,697 P=0,486	Z=-0,831 P=0,406	Z=-1,048 P=0,295
Bakım veren Ek Hastalık Durumu	Hayır(n=43)	$\bar{x}=-1,04$ SS=4,7	$\bar{x}=5,81$ SS=34,4	$\bar{x}=-4,66$ SS=113	$\bar{x}=1,74$ SS=15,4	$\bar{x}=0,09$ SS=13,4	$\bar{x}=-8,59$ SS=24,5	$\bar{x}=-0,81$ SS=16	$\bar{x}=5,69$ SS=16,4
	Evet(n=22)	$\bar{x}=-5$ SS=9,2	$\bar{x}=11,3$ SS=39,1	$\bar{x}=30,3$ SS=35,5	$\bar{x}=2,72$ SS=17	$\bar{x}=4,72$ SS=21,2	$\bar{x}=2,27$ SS=33,9	$\bar{x}=-0,56$ SS=20	$\bar{x}=3,40$ SS=13
	İstatistiksel analiz	Z=-1,656 P=0,098	Z=-0,764 P=0,445	Z=-1,817 P=0,069	Z=-0,091 P=0,927	Z=-0,788 P=0,431	Z=-1,306 P=0,192	Z=-0,121 P=0,904	Z=-0,127 P=0,899
Bakım veren eğitim durumu	Lise altı(n=27)	$\bar{x}=-3,7$ SS=7,6	$\bar{x}=12$ SS=32,7	$\bar{x}=23,4$ SS=40,1	$\bar{x}=2,4$ SS=15,6	$\bar{x}=2,66$ SS=15,8	$\bar{x}=-6,27$ SS=25,9	$\bar{x}=-4,07$ SS=18,7	$\bar{x}=3,88$ SS=14,5
	Lise ve üstü(n=38)	$\bar{x}=-1,44$ SS=7,1	$\bar{x}=4,6$ SS=46,7	$\bar{x}=-4,39$ SS=157	$\bar{x}=1,84$ SS=17,2	$\bar{x}=0,94$ SS=20,9	$\bar{x}=-3,94$ SS=32	$\bar{x}=1,64$ SS=21,6	$\bar{x}=5,65$ SS=11,4
	İstatistiksel analiz	Z=-0,896 P=0,370	Z=-0,116 P=0,907	Z=-0,820 P=0,412	Z=-0,283 P=0,777	Z=-0,261 P=0,794	Z=-0,698 P=0,482	Z=-1,123 P=0,261	Z=-0,297 P=0,766
Bakım veren aylık gelir durumu	2000 TL altı(n=23)	$\bar{x}=-1,3$ SS=7,2	$\bar{x}=11,9$ SS=28	$\bar{x}=-8,7$ SS=150	$\bar{x}=4,78$ SS=15,6	$\bar{x}=1,91$ SS=16,6	$\bar{x}=1,86$ SS=19,4	$\bar{x}=-2,5$ SS=17,7	$\bar{x}=2,6$ SS=15,8
	2000 TL üstü(n=42)	$\bar{x}=-2,97$ SS=6,5	$\bar{x}=5,35$ SS=39,6	$\bar{x}=15,8$ SS=42,4	$\bar{x}=0,59$ SS=15,9	$\bar{x}=1,52$ SS=16,6	$\bar{x}=-8,63$ SS=31,7	$\bar{x}=0,23$ SS=17,2	$\bar{x}=6,19$ SS=15
	İstatistiksel analiz	Z=-1,303 P=0,192	Z=-0,494 P=0,621	Z=-0,108 P=0,914	Z=-1,356 P=0,175	Z=-0,297 P=0,767	Z=-1,600 P=0,110	Z=-0,740 P=0,460	Z=-0,905 P=0,366

4.6 HASTALARIN VE BAKIM VERENLERİN YAŞAM KALİTESİ ANALİZLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Hastaların ve bakım verenlerin başlangıçtaki SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği bulguları karşılaştırıldığında, en düşük parametre olarak hastalarda fiziksel rol güçlüğü, bakım verenlerde ise emosyonel rol güçlüğü olduğu; en yüksek parametre olarak da hem hastalarda

hem de bakım verenlerde fiziksel fonksiyon olduğu gözlemlendi. Hastaların ve bakım verenlerin tedavi sonrası SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği bulguları karşılaştırıldığında ise, en düşük parametre olarak hastalarda fiziksel rol güçlüğü, bakım verenlerde ise sosyal fonksiyon olduğu; en yüksek parametre olarak da hem hastalarda hem de bakım verenlerde fiziksel fonksiyon olduğu gözlemlendi.

Hastaların ve bakım verenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği bulgularının tedavi öncesi ve sonrası değişimi değerlendirildiğinde emosyonel rol güçlüğü ($p=0,025$) ve ağrıdaki ($p=0,048$) değişimin iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon gösterdiği saptandı. Tedavi sürecinde hastaların yaşam kalitesindeki değişim ile bakım verenlerin yaşam kalitesindeki değişimin korelasyonu tablo 20’de gösterilmiştir.

Tablo 20: Tedavi Sürecinde Hastaların Yaşam Kalitesindeki Değişim ile Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesindeki Değişimin Korelasyon Analizi

Parametre	Korelasyon Katsayısı	P değeri
Fiziksel fonksiyon	0,015	0,905
Fiziksel rol güçlüğü	-0,152	0,227
Emosyonel rol güçlüğü	0,279	0,025
Vitalite	0,052	0,682
Mental sağlık	0,064	0,610
Sosyal fonksiyon	0,166	0,186
Ağrı	0,246	0,048
Genel sağlık	0,171	0,173

5. TARTIŞMA

Kesitsel tipteki bu çalışmaya gastrointestinal sistem kanserli toplam 65 hasta ve 65 bakım vereni dahil edildi. Hastaların %41,5'i kolorektal kanser, %29,2'si mide kanseri ve %15,4'ü pankreas kanserli hastalar idi. Hastalara ve bakım verenlerine yüzyüze görüşme yöntemi ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulandı.

Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği bulguları tedavi öncesi ve sonrası olarak değerlendirildiğinde genel olarak anlamlı düzeyde bir değişimin izlenmediği, sadece sosyal fonksiyon parametresinde tedavi sonrası dönemde tedavi öncesine göre anlamlı bir düşüşün meydana geldiği ($p=0,027$) saptandı. Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği bulgularındaki değişimde cinsiyetin, ek hastalık varlığının, eğitim düzeyinin ve ECOG PS durumunun etkili olduğu bulundu.

Bakım verenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği bulguları tedavi öncesi ve sonrası olarak değerlendirildiğinde fiziksel fonksiyon parametresinde ılımlı bir düşüş olduğu ($p=0,012$), emosyonel rol güçlüğü ($p=0,014$) ve genel sağlık durumunda ($p=0,013$) ise anlamlı bir artış olduğu saptandı. Bakım verenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği bulgularındaki değişimde hastanın cinsiyetinin, hastanın ek hastalık varlığının, hastanın eğitim düzeyinin ve tedaviye yanıt durumunun ve bakım verenin cinsiyetinin etkili olduğu bulundu.

Hastaların ve bakım verenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği bulgularının tedavi öncesi ve sonrası değişimi değerlendirildiğinde emosyonel rol güçlüğü ($p=0,025$) ve ağrıdaki ($p=0,048$) değişimin iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon gösterdiği saptandı.

Çalışmamızda hastaların sosyo-demografik özellikleri değerlendirildiğinde %69,2'sinin erkek olduğu, %86,2'sinin evli olduğu ve her eğitim grubundan hasta olmakla birlikte çoğunluğunu ilkökul ve ortaokul mezunlarının oluşturduğu bulunmuştur. Bu bilgilerin literatürdeki GİS kanserli hastalarla yapılan çalışmalarla uyumlu olduğu görülmektedir.^{15 150} Sosyal güvence anlamında ise hastaların çok büyük bir kısmını (%95,4'ü) SGK'lı hastalar oluşturmaktaydı. Bu bulgu ülkemizde kanserli hastalar ile yapılan yaşam kalitesinin ve sosyal destek düzeyinin değerlendirildiği çalışma ile uyumlu bulunmuştur.¹⁵¹ Hastaların çalışma durumu değerlendirildiğinde büyük çoğunluğunun (%87,7'si) halen çalışmadığı gözlenmiştir. Hastaların halen tedavi almakta olan hastalar olması ve büyük bir kısmını lokal ileri/metastatik hastaların oluşturması nedeniyle halen çalışmıyor olmaları beklenen bir durum

olarak değerlendirilebilir. Ancak ülkemizde hastaların çok büyük bir kısmının sosyal güvencesinin olması tedaviye ulaşımı olumlu yönde etkilemektedir.

Hastalar primer kanser türü açısından değerlendirildiğinde ilk üç sırada kolorektal kanser (%41,5), mide kanseri (%29,2), ve pankreas kanseri (%15,4) bulunmaktadır. Sıklık sıralaması dünya ve ülkemiz verileri ile uyumlu bulunmuştur.^{1 2} Abdullah ve ark.'larının¹⁵ yaptığı çalışmada hastaların, yaklaşık yarısını (%53,6) evre 4 hastalar oluşturmakta, bunu %28,8 ile evre 3 hastalar takip etmekte iken; bizim çalışmamızda hastaların yaklaşık yarısını (%46,2) evre 3 hastalar oluşturmakta, bunu %36,9 ile evre 4 hastalar takip etmekteydi. Çalışmamıza sistemik tedavi alan hastalar dahil edildiğinden dolayı hastaların çoğunluğunu evre 3-4 hastalığı olanlar GİS kanserli hastalar oluşturmaktadır. Ayrıca çalışmamızda evre 3 hastaların rölatif olarak daha fazla olmasında merkezimizin aynı zamanda GİS kanseri cerrahisi alanında da referans bir merkez olması ve dolayısıyla opere olmuş hasta oranının daha fazla olmasının etkisi olabilir.

Hastalar ek hastalık varlığı açısından değerlendirildiğinde 30'unun (%46,2) hiç ek hastalığı yokken, 35'inde (%53,8) ise en az bir ek hastalık mevcuttu. Hastaların %'41,5'i ECOG 0, %40'ı ECOG 1, %18,5'i de ECOG 2 performans skoruna sahipti. Bu sıklık sıralama Morishita ve ark.'larının¹⁵⁰ yaptığı çalışmadaki sıklık sıralması ile uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda hastaların rölatif olarak daha genç bir yaş ortalamasına sahip olmaları ek hastalıklarının daha az olmasını ve ECOG performans durumunun daha iyi olmasını sağlamış olabilir. Ayrıca sistemik tedavi planlanmış olan hastalar olması nedeniyle ECOG 3, ECOG 4 performans skoruna sahip hastalar çalışmada bulunmamaktadır.

Bizim çalışmamızda, ondokuz hastaya (%29,3) cerrahi uygulanmış ve adjuvan tedavi alırken, kalan 46 (%70,7) hasta ise lokal ileri/metastatik hastalık nedeniyle kemoterapi almaktaydı. Abdullah ve ark.'larının¹⁵ ve Morishita ve ark.'larının¹⁵⁰ yaptığı çalışmada ise hastaların büyük çoğunluğuna cerrahi uygulanmıştır. Çalışmamızdaki hastalara uygulanan cerrahi oranının düşük olması bir kısım hastaya neoadjuvan tedavi uygulanmasından kaynaklanmış olabilir. Çalışmamızda ara değerlendirme döneminde hastaların 51'ine (%78,5) değerlendirme amaçlı görüntüleme tetkikleri yapılırken kalan 14 (%21,5) hastaya henüz yapılamamıştı. Bunun en önemli nedeni ise çalışma süreci içinde dünya genelinde ve ülkemizde pandemi sürecinin yaşanmış olmasıdır. Bir kısım hastalar pandemi kaygısı nedeniyle ara değerlendirme tetkiklerini yaptırmayıp ertelemeyi tercih ettiler.

Çalışmamızda 19 hasta (%29,3) adjuvan tedavi alırken, kalan 46 (%70,7) hasta ise lokal ileri/metastatik hastalık nedeniyle kemoterapi almaktaydı. Adjuvan tedavi alan 19

hastanın 4'ünde (2 pankreas, 1 mide, 1 hepatobiliyer) nüks saptanmıştı. Lokal ileri/metastatik evredeki 46 hastanın ise 32'sine görüntüleme tetkikleri yapılabilmiş, bunların 6'sında tam yanıt, 17'sinde kısmi yanıt, 2'sinde stabil hastalık saptanırken, 7'sinde ise progresyon saptanmıştı. Literatürde adjuvan tedavi alırken nüks oranı mide kanserinde %7,6,¹⁵² kolon kanserinde %1,5'den az,¹⁵³ pankreas kanserinde %66,1¹⁵⁴ olarak bildirilmektedir. Metastatik hastalıkta ise ilk sıra tedavi yanıt oranları seçilen kemoterapiye bağlı olmakla birlikte kolon kanserinde %58'e varan oranlarda bildirilmektedir,¹⁵⁵ mide ve gastroözefageal bileşke kanserlerinde ise faz 2 çalışmalarda %65'lere varan yanıt oranları bildirilmekteyken, yapılan faz 3 çalışmalarda %45'lere varan yanıt oranları bildirilmektedir.¹⁵⁷ ¹⁵⁸ ¹⁵⁹ ¹⁶⁰

Bizim çalışmamızda hastaların %23,1'inde grade 3-4 toksisite gelişmiş olup, en sık izlenen toksisite %12,3 ile hematolojik toksisite olmuştur. GİS kanserinin türüne göre uygulanan tedavi rejimlerinin yoğunluğu değişkenlik göstermekte ve bu da toksisite oranlarına etki etmektedir. Kanser hastalarında yapılan prospektif bir çalışmada hastaların yaklaşık yarısında (%51) grade 3-4 toksisite gelişirken, %26 ile en sık hematolojik toksisite gelişmiştir.¹⁶¹ Literatürde genel olarak GİS kanserlerinde sıklıkla uygulanan tedavi rejimlerinden De Gramont rejiminde grade 3-4 nötropeni %5, diyare %5, FOLFOX4 rejiminde grade 3-4 nötropeni %42, diyare %12 oranında bildirilmektedir, FOLFİRİ rejiminde ise FOLFOX4 rejimi ile benzer oranlarda grade 3-4 toksisite bildirilmektedir.¹⁵⁵ ¹⁶² Daha toksik olan rejimlerden, DCF rejiminde; grade 3-4 nötropeni %82, stomatit %21, diyare %19,¹⁶⁰ FOLFİRİNOX rejiminde grade 3-4 nötropeni %91, diyare %63, periferik sensöriyel nöropati %61 oranında bildirilmiştir.¹⁵⁹ Çalışmamızda elde edilen toksisite sonuçlarında en sık hematolojik toksisite izlenmesi literatür ile benzerlik gösterirken, grade 3-4 toksisite oranları ise literatür verilerine göre bir miktar daha düşük görünmektedir. Bu sonuçta farklı GİS kanseri türüne göre farklı yoğunlukta tedavilerin uygulanmış olmasının ve pandemi süreci nedeniyle G-CSF kullanımının artmasının etkisi olabilir.

Çalışmamızda bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri değerlendirildiğinde bakım verenlerin %53,8'nin kadın olduğu bulunmuştur. Hastaların büyük bir kısmının erkek olması ve en çok bakım verenlerin hastaların eşleri olması (%46,2) nedeniyle çalışmamızdaki bakım verenlerin çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır. Bu veriler literatürle uyumludur.¹⁶³ ¹⁶⁴ ¹⁶⁵ ¹⁶⁶ ¹⁶⁷ Çalışmamızda bakım verenlerin çoğunluğunun üniversite mezunu olması dikkat çekicidir. Bu durum literatür verilerine göre biraz daha yüksek olmakla birlikte benzerlik göstermektedir.¹⁶⁴ ¹⁶⁵ Aynı zamanda daha çok çalışmayan aile bireylerinin bakım verdiği görülmektedir. Bakım verenlerin sadece %30,8'inin çalışmakta olduğu saptanmıştır. Bu durum, çalışan aile bireylerinin zamanının kısıtlı olması nedeni olabilir. Bakım verenlerin

%92,3'ünün sosyal güvencesi SGK'dır. Bu veriler literatürdeki çalışmalarla uyumlu bulunmuştur.^{164 165}

Bakım verenlerin büyük çoğunluğu (%78,5) hasta ile aynı evde yaşamakta olup, ülkemizden Okçin ve ark.'larının¹⁶⁵ yaptığı çalışma ile uyumlu bulunmuştur. Araştırmamızda bakım verenlerin hemen hemen yarısı, yaklaşık olarak tüm gün (19-24 saat) hasta ile ilgilenmektedir. Literatürde de bakım verenlerin neredeyse tüm gün hastalarıyla ilgilendiğini gösteren çalışmalar ağırlıktadır.^{168 169} Bakım verenlerin yaklaşık yarısının hastanın eşi olması toplumdaki çekirdek aile yapısından kaynaklanmaktadır. Birçok bakım veren kendisi çalışmadığından, hastası ile aynı evde yaşadığından ve hastasına olan duygusal bağından dolayı hemen hemen tüm gün bakım vermektedir. Hastaya bakım verme konusunda bakım verenlerin yarısı (%50,8) destek almakta olup, bu bulgu Karabuğa ve ark.'larının¹⁶⁴ yaptığı çalışmayla uyumlu bulunmuştur. Toplumumuzdaki aile bağlarının güçlü olması nedeniyle diğer aile bireyleri tarafından bakım verene destek verildiği düşünülmektedir.

Literatürde yaşam kalitesi değerlendirmesinde kullanılan pek çok yöntem mevcut olup, bunlardan Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (EORTC QOL – C30) ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kanser hastalarında yaşam kalitesini değerlendirmede en çok kullanılan ölçeklerdir. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, jenerik ölçek özelliğine sahip, geniş açılı ölçüm sağlayan, hem hasta hem de sağlıklı gruplarda kullanılabilen bir ölçektir. En önemli avantajı farklı hastalık grupları ve bu hastalık grupları ile toplum arasındaki karşılaştırmalara imkan vermesidir. Ancak belirli bir hastalık için tasarlanmamış olduğundan bazı hastalık grupları için daha az duyarlı olabilmektedir.¹⁴⁶ Geçerlilik ve güvenilirliği dilimize uyarlanmış olmasından ve en önemli avantajı farklı hastalık grupları ve bu hastalık grupları ile toplum arasındaki karşılaştırmalara imkan vermesinden dolayı bu çalışmada SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'ni kullandık.

Çalışmamızda hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği bulguları değerlendirildiğinde tedavi başlangıcında en düşük yaşam kalitesi puanının fiziksel rol güçlüğü ve genel sağlık durumu olduğu; en yüksek puanının ise fiziksel fonksiyon ve ağrı olduğu gözlemlendi. Tedavi sonrası ara değerlendirme döneminde ise en düşük yaşam kalitesi puanının fiziksel rol güçlüğü ve sosyal fonksiyon olduğu; en yüksek puanının ise fiziksel fonksiyon ve mental sağlık olduğu gözlemlendi. Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği bulguları tedavi öncesi ve sonrası olarak değerlendirildiğinde genel olarak anlamlı düzeyde bir değişimin izlenmediği, sadece sosyal fonksiyon parametresinde tedavi sonrası dönemde tedavi öncesine göre anlamlı bir düşüşün meydana geldiği saptandı. Mohammedi ve ark.'ları¹⁷⁰ üç kür kemoterapi sonrası hastaların yaşam kalitesindeki değişikliği ölçen çalışmalarında fiziksel fonksiyon, rol

fonksiyonu ve psikolojik alanlarda anlamlı düşüş yönünde değişim saptadıklarını bildirmişlerdir. Yine Kopec ve ark.'ları¹⁷¹ kolon kanseri nedeniyle oral ve intravenöz tedavi alan hastalarda yaptıkları çalışmada hastaları yaklaşık 52 haftalık takip etmişler ve sonuçta vitalitede her iki grup için anlamlı bir artış saptadıklarını bildirmişlerdir. Turgay ve ark.'larının¹⁷² çalışmasında ise, ilk kür kemoterapi sonrası genel sağlık, fiziksel semptomlar, sosyal fonksiyon parametrelerinde düşüş olduğu bildirilmiştir. Bulgular sosyal fonksiyon parametresindeki değişim yönüyle çalışmamızla uyumlu bulunmuştur. Öte yandan bizim çalışmamızda sosyal fonksiyon dışındaki parametrelerde anlamlı bir değişim saptanmamıştır. Sosyal fonksiyondaki anlamlı düşüş yönündeki değişimin hem tedavi süreci ile birlikte hastaların enfeksiyon riski gibi kaygılardan dolayı daha fazla izole olmalarından hem de ara değerlendirme döneminin pandemi dönemine denk gelmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastaların tedavi öncesi ve sonrası SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği bulgularındaki değişime etki eden sosyodemografik özellikler ve hastalığa ilişkin bulgular değerlendirildiğinde, kadın cinsiyette genel sağlık algısında düşüş yönünde değişim olduğu, ek hastalığı olan hastalarda vitalite, mental sağlık, ağrı parametrelerinde yükseliş yönünde değişim olduğu, ECOG PS 2 olanların genel sağlık algısında düşüş yönünde değişim olduğu saptandı. Lise ve üzeri eğitim alan hastalara göre lise altı eğitim alan hastalarda genel sağlık algısında düşüş yönünde değişim saptandı. Primer kanser türünün, tümör evresinin, tedavi türünün, grade 3-4 toksisite ve yanıt durumunun ise SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği parametreleri üzerine anlamlı etkisi saptanmadı. Reyes ve ark.'larının¹⁷³ kolorektal kanserli hastalardaki çalışmasında kadın cinsiyetin ve evre 4 hastalığın düşük yaşam kalitesi puanları ile ilişkili olduğunu, yüksek öğretim düzeyindeki eğitimin ise yüksek yaşam kalitesi puanları ile ilişkili olduğunu gösterilmiştir. Bizim çalışmamız ile cinsiyet ve eğitim durumu bulguları benzerdir. Ancak bizim çalışmamızda tümör evresinin yaşam kalitesinin süreç içindeki değişimine etkisi saptanmamıştır. Ezat ve ark.'larının¹⁷⁴ çalışmasında primer kanser türünün yaşam kalitesine etkili olduğu, kolorektal kanserin akciğer kanserinden daha iyi yaşam kalitesine sahip olduğunu ve ek hastalık varlığının yaşam kalitesine etkili olmadığını göstermiştir. Bizim çalışmamızda da ek hastalık varlığının yaşam kalitesinin tedavi sürecinde değişimine etki etmediği görülmektedir, bu bulgu literatür ile uyumludur. İlave olarak bizim çalışmamızda GİS kanser türünün, tedavi sürecindeki yaşam kalitesi değişiminde etkili olmadığı bulunmuştur. Turgay ve ark.'larının¹⁷² çalışmasında ise ilk kür kemoterapi sonrasında cinsiyet, ek hastalık, primer kanser türü ve eğitim düzeyinin yaşam kalitesindeki

değişikliğe etkisi saptanmamıştır. Bizim çalışmamızda ise farklı olarak cinsiyet, ek hastalık ve eğitim düzeyi etkili bulunmuştur.

Yaşam kalitesi analizlerinde etkili olması en muhtemel olan faktörlerden birisi toksisitedir. Toksisitenin hem kendisi hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkileyecek sorunlara (nötropenik ateş, diyare gibi) yol açabilmekte hem de toksisitenin getirdiği tedavi sürecindeki aksama hastayı kaygıya sürükleyebilmektedir. Bununla ilgili olarak Fortner ve ark.'larının¹⁷⁵ çalışmasında kemoterapi sonrası grade 3-4 nötropeni gelişmesi yaşam kalitesini daha kötü yönde etkilemiştir. Bizim çalışmamızda ise grade 3-4 toksisite gelişmesinin yaşam kalitesi üzerine anlamlı bir etkisi saptanmamıştır. Bunda grade 3-4 toksisite oranımızın düşüklüğünün etkisinin olabileceğini düşünüyoruz.

Çalışmamızda genel beklentilerin aksine yanıt durumunun da Yaşam Kalitesi Ölçeği üzerine anlamlı bir etkisi saptanmamıştır. Genel olarak yaşam kalitesi parametrelerinin yanıt şekline göre olumlu ya da olumsuz yönde etkilenmesi beklenebilir. Ancak çalışmamızda farklı sonuç elde edilmesinde hastaların bir kısmının pandemi kaygısı nedeniyle yanıt değerlendirme tetkiklerini ertelemiş olmasının ve yanıt değerlendirmesi yapılan hastalarda da yanıt durumunun heterojen olmasının etkisinin olabileceğini düşünüyoruz.

Çalışmamızda cinsiyetin, ECOG PS durumunun, eğitim durumunun ve ek hastalık varlığının yaşam kalitesi üzerine etkisi olduğu saptanmıştır. Bunlardan ek hastalık varlığı dışındakiler genel olarak literatür ile uyumluluk gösterirken, ek hastalık varlığı ise ilginç bir şekilde etki etmiştir. Yani ek hastalığı olanlarda 3. aydaki kontrolde yaşam kalitesi parametrelerinde (vitalite, mental sağlık ve ağrı) olumlu yönde bir artış olduğu gözlenmiştir. Bu durum ek hastalığı olanların sorunlarla başa çıkabilme yetisinin daha fazla olmasından kaynaklanabiliyor olabilir.

Bakım verenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği bulguları değerlendirildiğinde tedavi başlangıcında en düşük yaşam kalitesi puanının emosyonel rol güçlüğü ve vitalite olduğu; en yüksek puanının ise fiziksel fonksiyon ve ağrı olduğu gözlemlendi. Tedavi sonrası ara değerlendirme döneminde ise en düşük yaşam kalitesi puanının sosyal fonksiyon ve vitalite olduğu; en yüksek puanının ise fiziksel fonksiyon ve ağrı olduğu gözlemlendi. Bakım verenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği bulguları tedavi öncesi ve sonrası olarak değerlendirildiğinde fiziksel fonksiyon parametresinde ılımlı bir düşüş olduğu, emosyonel rol güçlüğü ve genel sağlık durumunda ise anlamlı bir artış olduğu saptandı. Literatürde bakım verenlerinin kemoterapi sürecinde yaşam kalitesindeki değişimin incelendiği çalışmalar çok değildir. Le ve ark.'larının¹⁷⁶ over kanserli hastalar ve bakım verenlerinin kemoterapi sürecinde yaşam kalitesindeki değişimi inceledikleri çalışmalarında bakım verenlerin büyük çoğunluğunda

yaşam kalitesinin süreç içerisinde azaldığı gösterilmiştir. Lambert ve ark.'larının¹⁷⁷ kanser tanısı sonrası beş yıl içerisinde bakım verenlerin yaşam kalitesini inceledikleri çalışmalarında, bakım verenlerin büyük kısmında fonksiyonlarda yükselme, ancak yaklaşık üçte birinde süreç içinde fiziksel fonksiyon ve mental fonksiyonda düşüş olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda fiziksel fonksiyondaki değişim literatür ile uyumludur. Emosyonel rol ve genel sağlık durumunda artış bakım verenlerin tedavi sürecine alışmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda bakım verenlerin tedavi öncesi ve sonrası SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği bulgularındaki değişime etki eden hastaya ait sosyo-demografik özellikler ve hastalığa ilişkin bulgular değerlendirildiğinde, hastanın cinsiyetinin kadın olmasının, bakım verenin vitalite ve mental sağlığı üzerine düşüş yönünde etki ettiği; hastanın ek hastalığının olmasının bakım verenin emosyonel rol gücüğü üzerine yükseliş yönünde etki ettiği; hastanın eğitim durumunun lise ve üzeri olmasının bakım verenin fiziksel fonksiyon üzerine düşüş yönünde etki ettiği; adjuvan tedavi alan nüks gelişmeyen hastaların, bakım verenin fiziksel rol gücüğü üzerine yükseliş yönünde etki ettiği saptandı. Primer kanser türünün, tümör evresinin, tedavi türünün, ECOG PS durumunun, grade 3-4 toksisitenin ise bakım veren SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği parametreleri üzerine anlamlı etkisi saptanmadı.

Bakım verenlerin tedavi öncesi ve sonrası SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği bulgularındaki değişime etki eden bakım verene ait sosyo-demografik özellikler değerlendirildiğinde, cinsiyetin kadın olmasının, bakım verenin fiziksel fonksiyon üzerine düşüş yönünde etki ettiği saptandı. Bakım verenin eğitim durumu, ek hastalık durumu, gelir durumunun ise bakım veren SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği parametreleri üzerine anlamlı etkisi saptanmadı.

Literatürde kemoterapi sürecinde bakım verenlerin yaşam kalitesindeki değişime etki eden faktörleri araştıran çalışmalar çok değildir. Var olan çalışmalarda ağırlıklı olarak hastaya bakım verenlerin yaşam kalitesini “hasta ile ilgili özelliklerden” hastanın yaşının,¹⁷⁸ cinsiyetinin, hastalık türünün ve evresinin^{179 180}, “bakım verici ile ilgili özelliklerden” ise cinsiyetin,^{181 182} ekonomik durumun,¹⁸³ eğitim durumunun¹⁷⁸ etkilediği bildirilmektedir. Öte yandan Le ve ark.'larının¹⁷⁶ over kanserli hastaların ve bakım verenlerinin kemoterapi sürecinde yaşam kalitesindeki değişimi inceledikleri çalışmalarında, tedaviye yanıt durumu ve ECOG PS durumundaki değişimin bakım verenlerin yaşam kalitesine anlamlı etki etmediği bildirilmiştir. Çalışmamızda hastanın cinsiyetinin, eğitim düzeyinin, tedaviye yanıt durumunun ve bakım verenin cinsiyetinin, bakım verenin yaşam kalitesi üzerine anlamlı etkisi saptanmıştır. Öte yandan hastalarda ek hastalık varlığı beklemediğimiz şekilde etki etmiştir. Mevcut kansere ilaveten ek hastalık varlığı durumu daha da güçleştireceğinden bakım verenin

yaşam kalitesinde düşüş yönünde değişim beklenirken, ilginç olarak artış yönünde bir değişim gözlenmiştir. Bu durum ek hastalığı olanların bakım verenlerinin sorunlarla başa çıkabilme yetisinin daha fazla olmasından kaynaklanabiliyor olabilir.

Çalışmamızın güçlü yönleri; hem hastalara hem de bakım verenlere anketin eş zamanlı yapılmış olması, yaşam kalitesinin zaman içindeki değişimlerini göstermiş olması, yaşam kalitesindeki değişime etki eden parametreleri göstermiş olması, hastalara ve bakım verenlere aynı yaşam kalitesi anketinin uygulanmış olması, prospektif bir çalışma olması olarak sayılabilir.

Çalışmamızın kısıtlılıkları ise çalışma süreci içine pandemi döneminin denk gelmesi ve bir kısım hasta ve/veya bakım verenin çalışma dışı kalmış olması, yine bir kısım hastanın pandemi kaygısı nedeniyle görüntüleme tetkiklerini ertelemiş olması, kanser hastalarına daha duyarlı bir yaşam kalitesi anketinin yapılmamış olması ve çalışmanın kesitsel olması sayılabilir.

6. SONUÇ

Sonuç olarak; gastrointestinal sistem kanseri nedeniyle tedavi edilen hastalarda ve bakım verenlerinde tedavi sürecinde yaşam kalitesinde değişiklikler meydana gelebilmektedir. Bu nedenle hem hastaların hem de bakım verenlerin tanı anından itibaren yaşam kalitesinin takip edilmesi ve başlangıçtan itibaren yaşam kalitesini yüksek tutacak desteğin verilmesi önem taşımaktadır. Bu anlamda primer tedavinin yanısıra destek tedavi alanında da multidisipliner yaklaşıma ciddi ihtiyaç bulunmaktadır.



7. KAYNAKÇA

1. American Cancer Society. Cancer Treatment & Survivorship Facts & Figures, 2016-20.
2. Türk Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı.
3. Brown LF, Kroenke K, Theobald DE, Wu J, Tu W. The association of depression and anxiety with health-related quality of life in cancer patients with depression and/or pain. *Psychooncology*. 2010;19(7):734-741. doi:10.1002/pon.1627
4. Stenberg U, Ruland CM, Miaskowski C. Review of the literature on the effects of caring for a patient with cancer. *Psychooncology*. 2010;19(10):1013-1025.
5. World Health Organization. 1997. WHOQOL: measuring QoL. http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf. Accessed 17 June 2015.
6. Bowman KF, Rose JH, Deimling GT. APPRAISAL OF THE CANCER EXPERIENCE BY FAMILY MEMBERS AND SURVIVORS IN LONG-TERM SURVIVORSHIP. *Psychooncology*. 2006;15(7):834-845. doi:10.1002/pon.1039
7. Young HY, Young SR, Im OK, et al. Economic burdens and quality of life of family caregivers of cancer patients. *Oncology*. 2005;68(2-3):107-114. doi:10.1159/000085703
8. Baider L, De-Nour AK. Impact of cancer on couples. *Cancer Invest*. 1993;11(6):706-713. doi:10.3109/07357909309046944
9. Carter PA. Caregivers' descriptions of sleep changes and depressive symptoms. *Oncol Nurs Forum*. 2002;29(9):1277-1283. doi:10.1188/02.ONF.1277-1283
10. Young SR, Young HY, Park S, et al. Depression in family caregivers of cancer patients: The feeling of burden as a predictor of depression. *J Clin Oncol*. 2008;26(36):5890-5895.
11. Kaye JM, Gracely EJ. Psychological distress in cancer patients and their spouses. *J Cancer Educ*. 1993;8(1):47-52. doi:10.1080/08858199309528207
12. Vanderwerker LC, Laff RE, Kadan-Lottick NS, McColl S, Prigerson HG. Psychiatric disorders and mental health service use among caregivers of advanced cancer patients. *J Clin Oncol*. 2005;23(28):6899-6907. doi:10.1200/JCO.2005.01.370
13. Hodgkinson K, Butow P, Hunt GE, Wyse R, Hobbs KM, Wain G. Life after cancer: Couples' and partners' psychological adjustment and supportive care needs. *Support Care Cancer*. 2007;15(4):405-415. doi:10.1007/s00520-006-0148-0
14. Padmaja G, Vanlalhruii C, Rana S, Tiamongla, Kopparty S. Quality of Life of Patients with Cancer: A Determinant of the Quality of Life of Their Family Caregivers. *J*

- Cancer Educ.* 2017;32(3):655-661. doi:10.1007/s13187-016-1000-y
15. Abdullah NN, Idris IB, Shamsuddin K, Abdullah NMA. Health-related quality of life (HRQOL) of gastrointestinal cancer caregivers: The impact of caregiving. *Asian Pacific J Cancer Prev.* 2019;20(4):1191-1197. doi:10.31557/APJCP.2019.20.4.1191
 16. Heydarnejad MS, Hassanpour Dehkordi A, Solati Dehkordi K. Factors affecting quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy. *Afr Health Sci.* 2011;11(2):266-270. /pmc/articles/PMC3158510/?report=abstract. Accessed July 15, 2020.
 17. Ezat WS, Noraziani K, Sabrizan O. Improving quality of life among cancer patients in Malaysia. *Asian Pacific J Cancer Prev.* 2012;13(3):1069-1075.
 18. Aydemir O. Kısa Form-36 (SF-36)' nın Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği. Reliability and Validity of the Turkish Version of Short Form-36 (SF-36). 2016;36(January 1999).
 19. Peery AF, Crockett SD, Barritt AS, et al. Burden of Gastrointestinal, Liver, and Pancreatic Diseases in the United States. *Gastroenterology.* 2015;149(7):1731-1741.e3.
 20. Goldman L, Schafer AI. *Goldman's Cecil Medicine: Twenty Fourth Edition.* Vol 1-2. Elsevier Inc.; 2012. doi:10.1016/C2009-0-42832-0
 21. Thrift AP. The epidemic of oesophageal carcinoma: Where are we now? *Cancer Epidemiol.* 2016;41:88-95. doi:10.1016/j.canep.2016.01.013
 22. Baquet CR, Commiskey P, Mack K, Meltzer S, Mishra SI. Esophageal cancer epidemiology in blacks and whites: Racial and gender disparities in incidence, mortality, survival rates and histology. *J Natl Med Assoc.* 2005;97(11):1471-1478. www.seer.cancer.gov. Accessed July 15, 2020.
 23. Lewin, K.J., Riddell, R.H., Weinstein, V.W. Polyps and tumors. In: *Gastrointestinal pathology and its clinical implications.* In: Igaku-Shoin, New York; 1992:440-492.
 24. Riddell RH, DeNardi FG. The esophagus. In: *Prinsiples and Prattice of Surgical Patology and Cytopathology 3rd Ed.* Churchill-Livingstone Inc; 1997:1597-1668.
 25. Vu MC, Garabrant DH, Peters JM, Mack TM. *Tobacco, Alcohol, Diet, Occupation, and Carcinoma of the Esophagus I.* Vol 48.; 1988. https://cancerres.aacrjournals.org/content/48/13/3843.short. Accessed July 15, 2020.
 26. Lagergren J. Adenocarcinoma of oesophagus: What exactly is the size of the problem and who is at risk? In: *Gut.* Vol 54. BMJ Publishing Group; 2005:i1.
 27. JM D, LH K, HR M. National Cancer Data Base report on esophageal carcinoma. *Cancer.* 1996;78(8). doi:10.1002/(SICI)1097-0142(19961015)78:8<1820::AID-

28. M. Başoğlu A.Yüksel. *Özofagus Kanseri ve Cerrahi Tedavisi*.
29. Teixeira AF, Vives P, Krammer HJ, Kühnel W, Wedel T. Structural organization of the enteric nervous system in the cattle esophagus revealed by wholmount immunohistochemistry. *Ital J Anat Embryol*. 2001;106(2 Suppl 1):313-321. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11729972>. Accessed July 15, 2020.
30. Collard JM, Otte JB, Fiasse R, et al. Skeletonizing en bloc esophagectomy for cancer. *Ann Surg*. 2001;234(1):25-32. doi:10.1097/00000658-200107000-00005
31. Ferguson M. Neoplasm of esophagus. In: *Cancer Medicine*. 5.Th Edition. Lewiston, New York: BC Decker Inc; 2000:1334-1354.
32. Siewert JR, Stein HJ, Feith M, Bruecher BLDM, Bartels H, Fink U. Histologic tumor type is an independent prognostic parameter in esophageal cancer: Lessons from more than 1,000 consecutive resections at a single center in the Western world. In: *Annals of Surgery*. Vol 234. Ann Surg; 2001:360-369. doi:10.1097/00000658-200109000-00010
33. Cavallin F, Scarpa M, Cagol M. Esophageal Cancer Clinical Presentation: Trends in the Last 3 Decades in a Large Italian Series. *Ann Surg* 2018; 267:99.
34. Ökten I. Güngör A. Özofagus Kanserleri. In: I. Ö, ed. *Göğüs Cerrahisi CiltIII*. ; 2003:1247-1308.
35. Takeshita K, Tani M, Inoue H, et al. Endoscopic treatment of early oesophageal or gastric cancer. *Gut*. 1997. doi:10.1136/gut.40.1.123
36. Raju GS, Waxman I. High-frequency US probe sonography-assisted endoscopic mucosal resection. *Gastrointest Endosc*. 2000;52(6 SUPPL.). doi:10.1067/mge.2000.110716
37. Dandara C, Robertson B, Dzobo K, Moodley L, Parker MI. Patient and tumour characteristics as prognostic markers for oesophageal cancer: A retrospective analysis of a cohort of patients at Groote Schuur Hospital. *Eur J Cardio-thoracic Surg*. 2016.
38. Akiyama H, Tsurumaru M, Udagawa H, Kajiyama Y. Systematic lymph node dissection for esophageal cancer — effective or not? *Dis Esophagus*. 1994;7(1):2-12.
39. Flamen P, Lerut A, Van Cutsem E, et al. Utility of positron emission tomography for the staging of patients with potentially operable esophageal carcinoma. *J Clin Oncol*. 2000;18(18):3202-3210. doi:10.1200/JCO.2000.18.18.3202
40. Ajani JA, In H, Sano T. Stomach. In: *AJCC Cancer Staging Manual*, 8th ed, Amin MB (Ed), AJCC, Chicago 2017. p.203.
41. Radiation therapy, chemoradiotherapy, neoadjuvant approaches, and postoperative

- adjuvant therapy for localized cancers of the esophagus - UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/radiation-therapy-chemoradiotherapy-neoadjuvant-approaches-and-postoperative-adjuvant-therapy-for-localized-cancers-of-the-esophagus?search=esophagus> cancer treatment&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Accessed June 26, 2020.
42. (NCCN). NCCN. NCCN clinical practice guidelines in oncology. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls (Accessed on January 17, 2020).
 43. Bédard ELR, Inculet RI, Malthaner RA, Brecevic E, Vincent M, Dar R. The role of surgery and postoperative chemoradiation therapy in patients with lymph node positive esophageal carcinoma. *Cancer*. 2001.
 44. Dijksterhuis WPM, Verhoeven RHA, Slingerland M, et al. Heterogeneity of first-line palliative systemic treatment in synchronous metastatic esophagogastric cancer patients: A real-world evidence study. *Int J Cancer*. 2020;146(7):1889-1901.
 45. Initial systemic therapy for locally advanced unresectable and metastatic esophageal and gastric cancer - UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/initial-systemic-therapy-for-locally-advanced-unresectable-and-metastatic-esophageal-and-gastric-cancer?search=metastatic> esophagus cancer treatment&source=search_result&selectedTitle=1~45&usage_type=default&display_rank=1#H1038702199. Accessed June 26, 2020.
 46. Parkin DM. Epidemiology of cancer: Global patterns and trends. In: *Toxicology Letters*. Vol 102-103. Elsevier; 1998:227-234. doi:10.1016/S0378-4274(98)00311-7
 47. Zhu AL, Sonnenberg A. Is gastric cancer again rising? *J Clin Gastroenterol*. 2012;46(9):804-806. doi:10.1097/MCG.0b013e3182604254
 48. LAUREN P. THE TWO HISTOLOGICAL MAIN TYPES OF GASTRIC CARCINOMA: DIFFUSE AND SO-CALLED INTESTINAL-TYPE CARCINOMA. AN ATTEMPT AT A HISTO-CLINICAL CLASSIFICATION. *Acta Pathol Microbiol Scand*. 1965;64:31-49. doi:10.1111/apm.1965.64.1.31
 49. Ikeda Y, Mori M, Kamakura T, Haraguchi Y, Saku M, Sugimachi K. Improvements in diagnosis have changed the incidence of histological types in advanced gastric cancer. *Br J Cancer*. 1995;72(2):424-426. doi:10.1038/bjc.1995.349
 50. Sert DA. Mide kanserli hastaların klinikopatolojik özelliklerinin retrospektif değerlendirilmesi ve sağkalım ile korelasyonu, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Uzmanlık Tezi, İzmir, 2013.

51. Wanebo HJ, Kennedy BJ, Chmiel J, Steele G, Winchester D, Osteen R. Cancer of the stomach: A patient care study by the American College of Surgeons. *Ann Surg.* 1993;218(5):583-592. doi:10.1097/00000658-199321850-00002
52. Fuchs CS, Mayer RJ. Gastric carcinoma. *N Engl J Med.* 1995;333(1):32-41.
53. Yamao T, Kai S, Kazami A, et al. Tumor markers CEA, CA19-9 and CA125 in monitoring of response to systemic chemotherapy in patients with advanced gastric cancer. *Jpn J Clin Oncol.* 1999. doi:10.1093/jjco/29.11.550
54. Orman S, Yalman H, Yiğitbaşı MR. Does the surgical technique and the academic level of the hospital have impact on survival in gastric cancer? a retrospective study. *Int Surg J.* 2018;5(11):3531. doi:10.18203/2349-2902.isj20184255
55. Smyth EC, Verheij M, Allum W. Gastric cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2016; 27:v38.
56. Leichman L, Silberman H, Leichman CG, et al. Preoperative systemic chemotherapy followed by adjuvant postoperative intraperitoneal therapy for gastric cancer: A University of Southern California pilot program. *J Clin Oncol.* 1992;10(12):1933-1942.
57. Ajani JA, Mayer RJ, Ota DM, et al. Preoperative and postoperative combination chemotherapy for potentially resectable gastric carcinoma. *J Natl Cancer Inst.* 1993.
58. Hermanek P, Wittekind C. Residual tumor (R) classification and prognosis. *Semin Surg Oncol.* 1994;10(1):12-20. doi:10.1002/ssu.2980100105
59. Schwarz RE, Smith DD. Clinical impact of lymphadenectomy extent in resectable gastric cancer of advanced stage. *Ann Surg Oncol.* 2007;14(2):317-328.
60. Kajitani T. The general rules for the gastric cancer study in surgery and pathology - Part I. Clinical Classification. *Jpn J Surg.* 1981;11(2):127-139. doi:10.1007/BF02468883
61. Bonenkamp JJ, Songun I, Welvaart K, et al. Randomised comparison of morbidity after D1 and D2 dissection for gastric cancer in 996 Dutch patients. *Lancet.* 1995;345(8952):745-748. doi:10.1016/S0140-6736(95)90637-1
62. Abraham, JC. Allegra, J. Gulley J. *Handbook of Clinical Oncology*. Second edi.; 2009.
63. Ueda S, Hironaka S, Yasui H, et al. Randomized phase III study of irinotecan (CPT-11) versus weekly paclitaxel (wPTX) for advanced gastric cancer (AGC) refractory to combination chemotherapy (CT) of fluoropyrimidine plus platinum (FP): WJOG4007 trial. *J Clin Oncol.* 2012;30(15_suppl):4002-4002.
64. Bang YJ, Van Cutsem E, Feyereislova A, et al. Trastuzumab in combination with chemotherapy versus chemotherapy alone for treatment of HER2-positive advanced

- gastric or gastro-oesophageal junction cancer (ToGA): A phase 3, open-label, randomised controlled trial. *Lancet*. 2010;376(9742):687-697.
65. Bilimoria KY, Bentrem DJ, Wayne JD, Ko CY, Bennett CL, Talamonti MS. Small bowel cancer in the United States: Changes in epidemiology, treatment, and survival over the last 20 years. *Ann Surg*. 2009;249(1):63-71. doi:10.1097/SLA.0b013e31818e4641
 66. Ojha A, Zacherl J, Scheuba C, Jakesz R, Wenzl E. Primary small bowel malignancies: Single-center results of three decades. *J Clin Gastroenterol*. 2000;30(3):289-293.
 67. <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html> ACS. Colorectal Cancer Risk Factors.
 68. Moreno CC, Mittal PK, Sullivan PS, et al. Colorectal Cancer Initial Diagnosis: Screening Colonoscopy, Diagnostic Colonoscopy, or Emergent Surgery, and Tumor Stage and Size at Initial Presentation. *Clin Colorectal Cancer*. 2016;15(1):67-73.
 69. Speights V, Johnson M, ... PS-S medical, 1991 undefined. Colorectal cancer: current trends in initial clinical manifestations. *ncbi.nlm.nih.gov*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2035076>. Accessed July 15, 2020.
 70. Majumdar SR, Fletcher RH, Evans AT. How does colorectal cancer present? Symptoms, duration, and clues to location. *Am J Gastroenterol*. 1999;94(10):3039-3045.
 71. Irvin, D. Goodman T. Delay in the diagnosis and prognosis of carcinoma of the right colon. *Br J Surg* 1993; 80:1327.
 72. Clinical presentation, diagnosis, and staging of colorectal cancer - UpToDate. [https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-diagnosis-and-staging-of-colorectal-cancer?search=colon cancer§ionRank=1&usage_type=default&anchor=H2&source=machineLearning&selectedTitle=2~150&display_rank=2#H2934828](https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-diagnosis-and-staging-of-colorectal-cancer?search=colon+cancer§ionRank=1&usage_type=default&anchor=H2&source=machineLearning&selectedTitle=2~150&display_rank=2#H2934828). Accessed June 26, 2020.
 73. Konishi T, Shimada Y, Hsu M, et al. Association of preoperative and postoperative serum carcinoembryonic antigen and colon cancer outcome. *JAMA Oncol*. 2018;4(3):309-315. doi:10.1001/jamaoncol.2017.4420
 74. Sahani D V., Bajwa MA, Andrabi Y, Bajpai S, Cusack JC. Current status of imaging and emerging techniques to evaluate liver metastases from colorectal carcinoma. *Ann Surg*. 2014;259(5):861-872. doi:10.1097/SLA.0000000000000525
 75. Furukawa H, Ikuma H, Seki A, et al. Positron emission tomography scanning is not superior to whole body multidetector helical computed tomography in the preoperative

- staging of colorectal cancer. *Gut*. 2006;55(7):1007-1011. doi:10.1136/gut.2005.076273
76. AJCC Cancer Staging Manual. 7th ed, Edge SB, Byrd DR, Compton CC, et al (Eds), Springer, New York 2010. p.143.
 77. Halvorsen TB, Seim E. Association between invasiveness, inflammatory reaction, desmoplasia and survival in colorectal cancer. *J Clin Pathol*. 1989;42(2):162-166.
 78. Rosai J. Gastrointestinal Tract, Large Bowel. In: *Rosai and Ackerman's Surgical Pathology*. ; 2004:776-855.
 79. J O, MW B, GC O, et al. Fas Ligand Expression in Primary Colon Adenocarcinomas: Evidence That the Fas Counterattack Is a Prevalent Mechanism of Immune Evasion in Human Colon Cancer. *J Pathol*. 1998;186(3).
 80. Tejpar S, Stintzing S, Ciardiello F, et al. Prognostic and predictive relevance of primary tumor location in patients with ras wild-type metastatic colorectal cancer retrospective analyses of the CRYSTAL and FIRE-3 trials. In: *JAMA Oncology*. Vol 3. American Medical Association; 2017:194-201. doi:10.1001/jamaoncol.2016.3797
 81. Wiggers T, Arends JW, Volovics A. Regression analysis of prognostic factors in colorectal cancer after curative resections. *Dis Colon Rectum*. 1988;31(1):33-41.
 82. Sarioglu S, Sökmen S, Terzi C, Özer E, Füzün M, Küpelioglu A. Relationship of angiogenesis and p53 protein expression in colorectal carcinomas. *Color Dis*. 2001;3(1):38-41. doi:10.1046/j.1463-1318.2001.00194.x
 83. Sökmen S. Kolorektal Kanserde Prognoz, Kolorektal Özel Sayısı. Türkiye Klinikleri Journal of Surgery 2004; 9: 57-65.
 84. Shibata D, Peinado MA, Lonov Y, Malkhosyan S, Perucho M. Genomic instability in repeated sequences is an early somatic event in colorectal tumorigenesis that persists after transformation. *Nat Genet*. 1994;6(3):273-281. doi:10.1038/ng0394-273
 85. Sinicrope FA, Mahoney MR, Smyrk TC, et al. Prognostic impact of deficient DNA mismatch repair in patients with stage III colon cancer from a randomized trial of FOLFOX-based adjuvant chemotherapy. In: *Journal of Clinical Oncology*. Vol 31. American Society of Clinical Oncology; 2013:3664-3672.
 86. Klingelhutz AJ, Hedrick L, Cho KR, McDougall JK. The DCC gene suppresses the malignant phenotype of transformed human epithelial cells. *Oncogene*. 1995;10(8):1581-1586. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7731713/>. Accessed July 16, 2020.
 87. Acheson MB, Patton RG, Howisey RL, Lane RF, Morgan A, Rowbotham RK. Guidelines 2000 for colon and rectal surgery. *J Am Coll Surg*. 2002;195(4):545-548.

88. Kuzu, Demirkıran A. M. Kolon Kanserinin Küratif Cerrahi Tedavisi. In: Alemdaroğlu, Akçal T., Buğra D. K, ed. *Kolon Rektum ve Anal Bölge Hastalıkları*. İstanbul; 2003:427.
89. TANKURT E. Kolorektal Kanser Tanısında Endoskopi. *Türkiye Klin Cerrahi Derg*. 2004;9(1):54-56. <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-kolorektal-kanser-tanisinda-endoskopi-30399.html>. Accessed July 16, 2020.
90. Martenson JA, Willett CG, Sargent DJ, et al. Phase III study of adjuvant chemotherapy and radiation therapy compared with chemotherapy alone in the surgical adjuvant treatment of colon cancer: Results of intergroup protocol 0130. *J Clin Oncol*. 2004;22(16):3277-3283. doi:10.1200/JCO.2004.01.029
91. Aydın, E. Topuz A. *Onkoloji El Kitabı*. İstanbul: Turgut Yayıncılık
92. Twelves C, Wong A, Nowacki MP, et al. Capecitabine as adjuvant treatment for stage III colon cancer. *N Engl J Med*. 2005;352(26):2696-2704. doi:10.1056/NEJMoa043116
93. de Gramont A, Boni C, Navarro M, et al. Oxaliplatin/5FU/LV in adjuvant colon cancer: Updated efficacy results of the MOSAIC trial, including survival, with a median follow-up of six years. *J Clin Oncol*. 2007;25(18_suppl):4007-4007.
94. Overview of the management of rectal adenocarcinoma - UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-management-of-rectal-adenocarcinoma?search=rectum> cancer treatment&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H2449267229. Accessed June 30, 2020.
95. DeOliveira ML, Cunningham SC, Cameron JL, et al. Cholangiocarcinoma: Thirty-one-year experience with 564 patients at a single institution. *Ann Surg*. 2007;245(5):755-762.
96. Zhang H, Shen F, Han J, et al. Epidemiology and surgical management of intrahepatic cholangiocarcinoma. *Hepatic Oncol*. 2016;3(1):83-91. doi:10.2217/hep.15.34
97. Nakeeb A, Pitt HA, Sohn TA, et al. Cholangiocarcinoma: A spectrum of intrahepatic, perihilar, and distal tumors. *Ann Surg*. 1996;224(4):463-475.
98. Nagorney DM, Donohue JH FM. Outcomes after curative resections of cholangiocarcinoma. *Arch Surg* 1993; 128:871.
99. Blechacz B, Komuta M, Roskams T, Gores GJ. Clinical diagnosis and staging of cholangiocarcinoma. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2011;8(9):512-522.
100. Tamandl D, Herberger B, Gruenberger B, Puhalla H, Klinger M GT. Influence of hepatic resection margin on recurrence and survival in intrahepatic

- cholangiocarcinoma. *Ann. Surg. Oncol.* 2008;15(10):2787–2794.
101. Saini S. Imaging of the hepatobiliary tract. *N Engl J Med.* 1997;336(26):1889-1894.
 102. Yeh T-S, Jan Y-Y, Tseng J-H, et al. Malignant perihilar biliary obstruction: magnetic resonance cholangiopancreatographic findings. *Am J Gastroenterol.* 2000;95(2):432-440. doi:10.1111/j.1572-0241.2000.01763.x
 103. Abu-Hamda EM, Baron TH. Endoscopic management of cholangiocarcinoma. *Semin Liver Dis.* 2004;24(2):165-175. doi:10.1055/s-2004-828893
 104. Ben-Josef E, Guthrie KA, El-Khoueiry AB, et al. SWOG S0809: A phase II intergroup trial of adjuvant capecitabine and gemcitabine followed by radiotherapy and concurrent capecitabine in extrahepatic cholangiocarcinoma and gallbladder carcinoma. *J Clin Oncol.* 2015;33(24):2617-2622. doi:10.1200/JCO.2014.60.2219
 105. Regine WF, Winter KA, Abrams RA, et al. Fluorouracil vs gemcitabine chemotherapy before and after fluorouracil-based chemoradiation following resection of pancreatic adenocarcinoma: A randomized controlled trial. *JAMA - J Am Med Assoc.* 2008;299(9):1019-1026. doi:10.1001/jama.299.9.1019
 106. Primrose JN, Fox RP, Palmer DH, et al. Capecitabine compared with observation in resected biliary tract cancer (BILCAP): a randomised, controlled, multicentre, phase 3 study. *Lancet Oncol.* 2019;20(5):663-673. doi:10.1016/S1470-2045(18)30915-X
 107. Neoptolemos JP, Moore MJ, Cox TF, et al. Effect of adjuvant chemotherapy with fluorouracil plus folinic acid or gemcitabine vs observation on survival in patients with resected perampullary adenocarcinoma: The ESPAC-3 perampullary cancer randomized trial. *JAMA - J Am Med Assoc.* 2012;308(2):147-156.
 108. Valle J, Wasan H, Palmer DH, et al. Cisplatin plus Gemcitabine versus Gemcitabine for Biliary Tract Cancer. *N Engl J Med.* 2010;362(14):1273-1281.
 109. Pitt HA, Yeo CJ, Dooley WC, Cameron JL. Malignancies of the biliary tree. *Curr Probl Surg.* 1995;32(1). doi:10.1016/S0011-3840(05)80011-5
 110. Sumiyoshi K, Nagai E, Chijiwa K, Nakayama F. Pathology of carcinoma of the gallbladder. *World J Surg.* 1991;15(3):315-321. doi:10.1007/BF01658722
 111. Chao T □C, Greager JA. Primary carcinoma of the gallbladder. *J Surg Oncol.* 1991;46(4):215-221. doi:10.1002/jso.2930460402
 112. Gallbladder cancer: Epidemiology, risk factors, clinical features, and diagnosis - UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/gallbladder-cancer-epidemiology-risk-factors-clinical-features-and-diagnosis?search=gallbladder cancer&source=search_result&selectedTitle=1~55&usage_type=default&display_rank

=1#H3. Accessed July 2, 2020.

113. Strom BL, Maislin G, West SL, et al. Serum CEA and CA 19-9: Potential future diagnostic or screening tests for gallbladder cancer? *Int J Cancer*. 1990;45(5):821-824. doi:10.1002/ijc.2910450505
114. Singh D, Upadhyay G, Srivastava RK, Shankar S. Recent advances in pancreatic cancer: Biology, treatment, and prevention. *Biochim Biophys Acta - Rev Cancer*. 2015;1856(1):13-27. doi:10.1016/j.bbcan.2015.04.003
115. Alberts RS GA. 2004. *Gastrointestinal Tract Cancers*. In: *Manual of Clinical Oncology*. Ed: Casciato AD, 7th Ed. USA: Lippincott Williams & Wilkins, p. 213-9.
116. Rebours V, Lévy P, Ruszniewski P. An overview of hereditary pancreatitis. *Dig Liver Dis*. 2012;44(1):8-15. doi:10.1016/j.dld.2011.08.003
117. Michaud DS, Giovannucci E, Willett WC, Colditz GA, Stampfer MJ, Fuchs CS. Physical activity, obesity, height, and the risk of pancreatic cancer. *J Am Med Assoc*. 2001;286(8):921-929. doi:10.1001/jama.286.8.921
118. Silverman DT, Swanson CA, Gridley G, et al. *Dietary and Nutritional Factors and Pancreatic Cancer: A Case-Control Study Based on Direct Interviews*; 1998. <https://academic.oup.com/jnci/article-abstract/90/22/1710/2519839>. Accessed July 15, 2020.
119. Michaud DS, Vrieling A, Jiao L, et al. Alcohol intake and pancreatic cancer: A pooled analysis from the pancreatic cancer cohort consortium (PanScan). *Cancer Causes Control*. 2010;21(8):1213-1225. doi:10.1007/s10552-010-9548-z
120. Batabyal P, Vander Hoorn S, Christophi C, Nikfarjam M. Association of diabetes mellitus and pancreatic adenocarcinoma: A meta-analysis of 88 studies. *Ann Surg Oncol*. 2014;21(7):2453-2462. doi:10.1245/s10434-014-3625-6
121. Familial risk factors for pancreatic cancer and screening of high-risk patients - UpToDate. [https://www.uptodate.com/contents/familial-risk-factors-for-pancreatic-cancer-and-screening-of-high-risk-patients?search=pancreas](https://www.uptodate.com/contents/familial-risk-factors-for-pancreatic-cancer-and-screening-of-high-risk-patients?search=pancreas&topicRef=2480&source=see_link) cancer risk&topicRef=2480&source=see_link. Accessed July 3, 2020.
122. Lowenfels AB, Maisonneuve P, Cavallini G, et al. Pancreatitis and the Risk of Pancreatic Cancer. *N Engl J Med*. 1993;328(20):1433-1437. doi:10.1056/NEJM199305203282001
123. Yamada A, Komaki Y, Komaki F, Micic D, Zullo S, Sakuraba A. Risk of gastrointestinal cancers in patients with cystic fibrosis: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol*. 2018;19(6):758-767. doi:10.1016/S1470-2045(18)30188-8

124. Tanaka M. Controversies in the management of pancreatic IPMN. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2011;8(1):56-60. doi:10.1038/nrgastro.2010.193
125. Holly EA, Chaliha I, Bracci PM GM. Signs and symptoms of pancreatic cancer: a population-based case-control study in the San Francisco Bay area. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2004; 2: 510-517.
126. Chari ST, Leibson CL, Rabe KG, Ransom J, de Andrade M PG. Probability of pancreatic cancer following diabetes: a population-based study. *Gastroenterology*. 2005; 129: 504-11.
127. Greenber RE, Bank S SB. Adenocarcinoma of the pancreas producing pancreatitis and pancreatic abscess. *Pancreas*. 1990; 5: 108-113.
128. Khorana AA FR. Pancreatic cancer and thromboembolic disease. *The Lancet oncology* 2004; 5: 655-663.
129. Monno S, Nagata A, Homma T, Oguchi H, Kawa S, Kaji R FS. Exocrine pancreatic cancer with humoral hypercalcemia. *American Journal of Gastroenterology*. 1984; 79: 128-132.
130. Dimagno EP, Malagelada JR, Taylor WF, go VLW. A Prospective Comparison of Current Diagnostic Tests for Pancreatic Cancer. *N Engl J Med*. 1977;297(14):737-742.
131. Winter JM, Cameron JL, Campbell KA, et al. 1423 Pancreaticoduodenectomies for Pancreatic Cancer: A Single-Institution Experience. *J Gastrointest Surg*. 2006;10(9):1199-1211. doi:10.1016/j.gassur.2006.08.018
132. Koorstra JBM, Hustinx SR, Offerhaus GJA, Maitra A. Pancreatic carcinogenesis. *Pancreatology*. 2008;8(2):110-125. doi:10.1159/000123838
133. Yang GY, Wagner TD, Fuss M, Thomas CR. Multimodality Approaches for Pancreatic Cancer. *CA Cancer J Clin*. 2005;55(6):352-367. doi:10.3322/canjclin.55.6.352
134. Alexakis N, Halloran C, Raraty M, Ghaneh P, Sutton R, Neoptolemos JP. Current standards of surgery for pancreatic cancer. *Br J Surg*. 2004;91(11):1410-1427.
135. Mahalingam D, Kelly KR, Swords RT, Carew J, Nawrocki ST, Giles FJ. Emerging drugs in the treatment of pancreatic cancer. *Expert Opin Emerg Drugs*. 2009;14(2):311-328.
136. Pierantoni C, Pagliacci A, Scartozzi M, Berardi R, Bianconi M, Cascinu S. Pancreatic cancer: Progress in cancer therapy. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2008;67(1):27-38.
137. Initial chemotherapy and radiation for nonmetastatic, locally advanced, unresectable and borderline resectable, exocrine pancreatic cancer - UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/initial-chemotherapy-and-radiation-for->

nonmetastatic-locally-advanced-unresectable-and-borderline-resectable-exocrine-pancreatic-cancer?search=pancreas cancer treatment&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H626501. Accessed July 3, 2020.

138. Kindler HL, Bylow K. Pancreatic cancer: An update. *Curr Oncol Rep.* 2007;9(3):170-176. doi:10.1007/s11912-007-0018-z
139. Zorba E. Yaşam Kalitesi ve Fiziksel Aktivite. In: *10Th. International Sports Sciences Congress.* Bolu; 2008:82-85.
140. Eser E. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi. In: *Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu.* Manisa; 2012.
141. Metin M, Işık A. “Hayat Kalitesi Kavramının Felsefik Temelleri; Aristo, Bentham ve Nordenfelt”, Ege Akademik Bakış, Sayı: 1, Cilt:10: 431. 2010.
142. İnan N. Allerjik Rinit ve Kronik Rinosinüzitli Hastaların Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2003; Edirne.
143. Mutlu A, Işık A. *Sağlık Ekonomisine Giriş.* Bursa: Ekin Yayınevi; 2012.
144. Akdağ Y. Sağlık Harcamalarının Hayat Kalitesine Yaptığı Etkinin Ölçülmesi:Denizli Örneği, Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi Maliye Anabilim Dalı,Yüksek Lisans Tezi, 2012; Denizli.
145. Şirin B. Bir Sağlık Ocağına Başvuran Ruh Sağlığı Bozulmuş Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Sosyal İşlevsellik Durumunun Değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2008;İstanbul.
146. Koltarla S. Taksim Eğitim ve araştırma Hastanesi Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması. Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, 2008;İstanbul.
147. Ülkü N. Obstrüktif Uyku Apne Sendromlu Hastalarda Tedavinin Hasta Yaşam Kalitesi Üzerine Olan Etkisinin Değerlendirilmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2009;Afyon, 23.
148. Özudoğru E. Üniversite Personelinin Fiziksel Aktivite Düzeyi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Öğretimi Programı, Yüksek Lisans Tezi Burdur, 2013;19-35.
149. Güllü BE. Prediyaliz Kronik Böbrek Yetmezliği Seksüel Aktif Bireylerde Seksüel

Fonksiyonun Değerlendirilmesi, Depresyon, Yaşam Kalitesi ve Hormonal Durumun Seksüel Disfonksiyon Üzerine Etkilerinin Belirlenmesi. 2012.

150. Morishita M, Kamibeppu K. Quality of life and satisfaction with care among family caregivers of patients with recurrent or metastasized digestive cancer requiring palliative care. *Support Care Cancer*. 2014;22(10):2687-2696. doi:10.1007/s00520-014-2259-3
151. ÇALIŞKAN T, DURAN S, KARADAŞ A, TEKİR Ö. Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg*. 2016;17(1):27-27. doi:10.24938/kutfd.124910
152. NCCN Guidelines Version 2.2020 Gastric Cancer.
153. NCCN Guidelines Version 4.2020 Colon Cancer.
154. Tzeng CWD, Fleming JB, Lee JE, et al. Yield of clinical and radiographic surveillance in patients with resected pancreatic adenocarcinoma following multimodal therapy. In: *HPB*. Vol 14. Blackwell Publishing Ltd; 2012:365-372. doi:10.1111/j.1477-2574.2012.00445.x
155. de Gramont A, Figier A, Seymour M, et al. Leucovorin and fluorouracil with or without oxaliplatin as first-line treatment in advanced colorectal cancer. *J Clin Oncol*. 2000;18(16):2938-2947. doi:10.1200/JCO.2000.18.16.2938
156. Ducreux M, Malka D, Mendiboure J, et al. Sequential versus combination chemotherapy for the treatment of advanced colorectal cancer (FFCD 2000-05): An open-label, randomised, phase 3 trial. *Lancet Oncol*. 2011;12(11):1032-1044.
157. Findlay M, Cunningham D, Norman A, et al. A phase II study in advanced gastro-esophageal cancer using epirubicin and cisplatin in combination with continuous infusion 5-fluorouracil (ECF). *Ann Oncol*. 1994;5(7):609-616. doi:10.1093/oxfordjournals.annonc.a058932
158. Enzinger PC, Burtness BA, Niedzwiecki D, et al. CALGB 80403 (Alliance)/E1206: A randomized phase II study of three chemotherapy regimens plus cetuximab in metastatic esophageal and gastroesophageal Junction Cancers. *J Clin Oncol*. 2016;34(23):2736-2742. doi:10.1200/JCO.2015.65.5092
159. Park H, Jin RU, Wang-Gillam A, et al. FOLFIRINOX for the Treatment of Advanced Gastroesophageal Cancers: A Phase 2 Nonrandomized Clinical Trial. *JAMA Oncol*. January 2020. doi:10.1001/jamaoncol.2020.2020
160. Van Cutsem E, Moiseyenko VM, Tjulandin S, et al. Phase III study of docetaxel and cisplatin plus fluorouracil compared with cisplatin and fluorouracil as first-line therapy

- for advanced gastric cancer: A report of the V25 study group. *J Clin Oncol*. 2006;24(31):4991-4997. doi:10.1200/JCO.2006.06.8429
161. Hurria A, Togawa K, Mohile SG, et al. Predicting chemotherapy toxicity in older adults with cancer: A prospective multicenter study. In: *Journal of Clinical Oncology*. Vol 29. American Society of Clinical Oncology; 2011:3457-3465.
162. Figer AA, Perez-Staub N, Carola E, et al. A multicenter phase-II study of 5-FU, leucovorin and oxaliplatin (FOLFOX6) in patients with pretreated metastatic colorectal cancer. *J Clin Oncol*. 2004;22(3):394-400. doi:10.1200/JCO.2005.07.113
163. DÖKMEN DTCF Psikoloji Bölümü Öz ZY. YAKINLARINA BAKIM VERENLERİN RUH SAĞLIKLARI İLE SOSYAL DESTEK ALGILARI ARASINDAKİ İLİŞKİLER. *Ankara Ankara Üniversitesi Sos Bilim Enstitüsü Derg*. 2017;2012(1).
164. Karabuğa-yakar H, PINAR Blm Uzm R, Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi Ö, Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Y, ve Sağlık Hizmetleri Bölümü H, Özgün Araştırma İ. Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi Evaluation of quality of life among family caregivers of patients with cancer. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derg*. 2013;15(2):1-16. <http://www.hemarge.org.tr/>. Accessed July 23, 2020.
165. Okçın F. Kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi.İzmir:2007.
166. Erdman RAM, Horstman L, van Domburg RT, Meeter K, Balk AHHM. Compliance with the medical regimen and partner's quality of life after heart transplantation. *Qual Life Res*. 1993;2(3):205-212. doi:10.1007/BF00435224
167. Vrettos I, Kamposioras K, Kontodimopoulos N, et al. Comparing Health-Related Quality of Life of Cancer Patients under Chemotherapy and of Their Caregivers. *Sci World J*. 2012;2012. doi:10.1100/2012/135283
168. Görgülü Ü, Akdemir N, Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi G, Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi H. *İleri Evre Kanser Hastalarına Bakım Verenlerin Yorgunluk ve Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi*. Vol 20.; 2010.
169. Yılmaz Karabulutlu E, Akyıl R, Karaman S, et al. Kanser hastalarına bakım verenlerin uyku kalitesi ve psikolojik sorunlarının incelenmesi Investigation of sleep quality and psychological problems in cancer caregivers Atatürk Üniversitesi. *Türk Onkol Derg*. 2013;28(1):1-9. doi:10.5505/tjoncol.2013.807
170. Mohammedi S, ... PH-AJ of, 2008 undefined. Quality of life in cancer patients

171. Kopec JA, Yothers G, Ganz PA, et al. Quality of life in operable colon cancer patients receiving oral compared with intravenous chemotherapy: results from National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project Trial C-06. *J Clin Oncol*. 2007;25(4):424-430. doi:10.1200/JCO.2005.05.2597
172. Turgay AS, Khorshid L, Eser I. Effect of the first chemotherapy course on the quality of life of cancer patients in turkey. *Cancer Nurs*. 2008;31(6). doi:10.1097/01.NCC.0000339248.37829.c2
173. Reyes ME, Ye Y, Zhou Y, et al. Predictors of health-related quality of life and association with survival may identify colorectal cancer patients at high risk of poor prognosis. *Qual Life Res*. 2017;26(2):319-330. doi:10.1007/s11136-016-1381-8
174. Wan Puteh Sharifa Ezat, Ismail Fuad, Yaakub Hayati, Ahmed Zafar GAWK. Observational Study on patient's satisfactions and quality of life (QoL) among cancer patients receiving treatment with palliative care intent in a tertiary hospital in Malaysia.
175. Fortner B V, Houts AC, Schwartzberg LS. *A Prospective Investigation of Chemotherapy-Induced Neutropenia and Quality of Life*. Vol 4.; 2006. www.SupportiveOncology.net. Accessed July 23, 2020.
176. Le T, Leis A, Pahwa P, et al. Quality of Life Evaluations of Caregivers of Ovarian Cancer Patients During Chemotherapy Treatment. *J Obstet Gynaecol Canada*. 2004;26(7):627-631. doi:10.1016/S1701-2163(16)30609-0
177. Lambert S, Girgis A, Descallar J, Levesque J V., Jones B. Trajectories of mental and physical functioning among spouse caregivers of cancer survivors over the first five years following the diagnosis. *Patient Educ Couns*. 2017;100(6):1213-1221.
178. Given B, Sherwood PR. Family care for the older person with cancer. *Semin Oncol Nurs*. 2006;22(1):43-50. doi:10.1016/j.soncn.2005.10.006
179. Given B, Wyatt G, Given C, et al. Burden and depression among caregivers of patients with cancer at the end of life. *Oncol Nurs Forum*. 2004;31(6):1105-1117.
180. Yesilbalkan OU, Ozkutuk N, Ardahan M. Comparison quality of life of Turkish cancer patients and their family caregivers. *Asian Pac J Cancer Prev* 2011;11:1575-79.
181. Dumont S, Turgeon J, Allard P, Gagnon P, Charbonneau C, Vézina L. Caring for a loved one with advanced cancer: Determinants of psychological distress in family caregivers. *J Palliat Med*. 2006;9(4):912-921. doi:10.1089/jpm.2006.9.912

182. Awadalla AW, Ohaeri JU, Gholoum A, Khalid AOA, Hamad HMA, Jacob A. Factors associated with quality of life of outpatients with breast cancer and gynecologic cancers and their family caregivers: A controlled study. *BMC Cancer*. 2007;7.
183. Heidari Gorji MA, Bouzar Z, Haghshenas M, Kasaeeyan AA, Sadeghi MR, Ardebil MD. Quality of life and depression in caregivers of patients with breast cancer. *BMC Res Notes*. 2012;5:310. doi:10.1186/1756-0500-5-310



EKLER

Etik Kurul Onayı (EK-1)

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ				
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI				
Sayın Prof.Dr. İlhan Öztop				
Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.				
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.				
ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ			
ETİK KOMİSYONUN ADI	GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU			
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat Inciraltı-İZMİR			
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58			
FAKS	0 232 412 22 43			
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr			
BAŞVURU BİLGİLERİ	DOĞA NO:	5157-GOA		
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☒ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☐ DOKTORA ☐		
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Bölümünde Gastrointestinal Sistem Kanseri Nedeni İle Tedavi Edilen Hastaların ve Bakımverenlerin Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi		
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU			
	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr. İlhan Öztop Tıbbi Onkoloji B.D.		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐ ÇOK MERKEZLİ ☒		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

Hasta Tanıtıcı Formu (EK-2)

1.Yaşınızı belirtiniz:

2. Cinsiyetinizi belirtiniz:

1-)Kadın 2-)Erkek

3. Halen yaşadığınız sosyal çevre:

1-) İl 2-) İlçe 3-) Kasaba 4-) Köy

4. Eğitim durumunuzu belirtiniz:

1-) İlkokul 2-) Ortaokul 3-) Lise 4-) Üniversite 5-) Lisansüstü

5. Sosyal güvenceniz var mı?

1-) Yok 2-)SGK 3-) Özel sağlık sigortası

6. Medeni durumunuzu belirtiniz:

1-) Bekar 2-) Evli 3-) Boşanmış /Dul

7. Çocuğunuz var mı?

1-) Evet 2-) Hayır

8. Yanıtınız evet işte kaç çocuğunuz var belirtiniz:

1-) 1 2-) 2 3-) 3 4-) 4 ve üstü

9.Mesleğinizi belirtiniz:

10. Çalışıyor musunuz?

1-) Evet 2-) Hayır

11. Yanıtınız evet ise çalıştığınız yeri belirtiniz :

1-) Kamu 2-) Özel sektör 3-) Serbest meslek

12. Hayır ise nedeni nedir?

1-) Hastalığımдан dolayı işten ayrıldım 2-) İş bulamıyorum

3-) Ev hanımıyım 4-) Diğer

13.Aylık geliriniz :

1-) 2000 tl altı 2-) 2000-4000 tl arası 3-)4000-6000 tl arası 4-) 6000 tl üstü

14. Kronik bir hastalığınız var mı?

1-) Hayır 2-) Evet ise Belirtiniz: ve süresi

Bakım Veren Tanıtıcı Formu (EK-3)

1.Yaşınızı belirtiniz:

2. Cinsiyetinizi belirtiniz:

1-)Kadın 2-)Erkek

3. Halen yaşadığınız sosyal çevre:

1-) İl 2-) İlçe 3-) Kasaba 4-) Köy

4. Eğitim Durumunuz:

1-) İlkokul 2-) Ortaokul 3-) Lise 4-) Üniversite 5-) Lisansüstü

5. Sosyal güvenceniz var mı?

1-) Yok 2-) SGK 3-) Özel sağlık sigortası

6. Medeni durumunuzu belirtiniz:

1-) Bekar 2-) Evli 3-) Boşanmış /Dul

7. Çocuğunuz var mı?

1-) Evet 2-) Hayır

8. Yanıtınız evet ise kaç çocuğunuz var belirtiniz:

1-) 1 2-) 2 3-) 3 4-) 4 ve üstü

9.Mesleğinizi belirtiniz:

10. Çalışıyor musunuz?

1-) Evet 2-) Hayır

11. Yanıtınız evet ise çalıştığınız yeri belirtiniz:

1-) Kamu 2-) Özel sektör 3-) Serbest meslek

12. Hayır ise nedeni nedir?

1-) Hastama bakabilmek için işten ayrıldım 2-) İş bulamıyorum

3-) Ev hanımıyım 4-) Diğer

13.Aylık geliriniz:

1-) 2000 tl altı 2-) 2000-4000 tl arası 3-)4000-6000 tl arası 4-) 6000 tl üstü

14. Hastayla olan yakınlık dereceniz nedir?

1-) Eşim 2-) Annem/Babam 3-) Kardeşim 4-) Çocuğum

(.....) Diğer(yakın derecesini açıklayınız)

15. Hastanızla aynı evde mi yaşıyorsunuz ?

1-) Evet 2-) Hayır

16. Evde hastanın kendine ait bir odası var mı?

1-) Evet 2-) Hayır

17.Bakım verme konusunda destek olan başka kimse var mı ?

1-) Evet 2-) Hayır 3-) Kısmen

18. Günde ortalama kaç saat hastanıza bakım vermektedirsiniz?

1-) 1-6 saat 2-) 7-12 saat 3-) 13-18 saat 4-) 19-24 saat

19. Evinizde bakmakla yükümlü olduğunuz başka hasta, yaşlı veya küçük çocuk var mı?

1-) Evet 2-) Hayır

20. Sizin kronik bir hastalığınız var mı?

1-) Hayır 2-) Evet ise Belirtiniz:..... ve süresi

.....

21.Hastaneye ulaşımınızı nasıl sağlıyorsunuz ?

1-)Kendi aracınızla 2-)Taksi ile 3-) Toplu taşıma aracı ile

22.Hastaneye ulaşımınız yaklaşık kaç saat sürüyor?

1-) 1 saatin altında 2-) 1-2 saat 3-) 2-3 saat 4-) 3 saatin üstünde

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK-4)

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

- a) Mükemmel b) Çok iyi c) İyi d) Orta e) Kötü

2. Bir yıl öncesiyle karşılaştığınızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi b) Bir öncesine göre biraz daha iyi
c) Bir yıl öncesiyle hemen hemen aynı d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü

3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle (işlerle) ilgilidir.

Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi			
b. Bir masayı çekmek, elektrik süpürgesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler			
c. Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma			
d. Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
e. Merdivenle bir kat çıkma			
f. Öne eğilme veya diz çökme			
g. Bir iki kilometre yürüme			
h. Birkaç sokak öteye yürüme			
i. Bir sokak öteye yürüme			
j. Kendi başına banyo yapma veya giyinme			

4. Son 4 hafta içinde çalışma sırasında veya günlük işleriniz sırasında bedensel sorunlarınız nedeniyle aşağıdaki sorunlardan herhangi birini yaşadınız mı?

	Evet	Hayır
a. İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
b. Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
c. İş veya diğer etkinliklerin çeşidinde kısıtlama yaptınız mı?		
d. İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (Aşırı çaba gösterdiniz mi)		

5. Son 4 hafta içinde çalışma sırasında veya diğer günlük etkinlikleriniz sırasında duygusal sorunlar nedeniyle (depresyon, çökkünlük veya sıkıntı gibi nedenlerle) aşağıdaki sorunlardan herhangi birini yaşadınız mı?

	Evet	Hayır
a. İş veya diğer aktivitelere ayırdığınız zamanı kısalttınız mı?		
b. Hedeflediğinizden daha az şey mi yaptınız?		
c. İşinizi veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

6. Son 4 hafta içinde bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sizin ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla olan sosyal ilişkilerinizi ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi b) Biraz etkiledi c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi e) Aşırı etkiledi

7. Son 4 hafta içinde ne kadar ağrınız oldu?

- a) Hiç b) Çok hafif c) Hafif d) Orta
- e) Şiddetli f) Çok şiddetli

8. Son 4 hafta içinde ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi) ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi b) Biraz etkiledi c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi e) Aşırı etkiledi

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içinde neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak, seçiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
a. Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
b. Çok sinirli bir insan oldunuz mu?						
c. Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
d. Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?						
e. Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
f. Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
g. Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
h. Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
i. Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

10. Son 4 hafta içinde bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi(arkadaş veya akrabaları ziyaret etmek gibi) ne sıklıkla etkiledi?

- a) Her zaman b) Çoğu zaman c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?

	a.Kesinlikle doğru	b.Çoğunlukla doğru	c.Bilmiyorum	d.Çoğunlukla yanlış	e.Kesinlikle yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyorum					
b. Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım					
c. Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum					
d. Sağlığım mükemmel					

Hasta Tanılama Formu (EK-5)

1. Primer ca türü
- 1-)Özofagus
 - 2-)Mide
 - 3-)Hepatobilier
 - 4-)Pankreas
 - 5-)İncebarsak
 - 6-)Kolon rektum

2. Evre
- 1-)Evre 1
 - 2-)Evre 2
 - 3-)Evre 3
 - 4-)Evre 4

3. Uygulanan tedavi :
- 1-) Kemoterapi
 - 2- Kemoterapi+hedef tedavi
 - 3) Radyoterapi
 - 4) Kemoterapi+Radyoterapi
 - 5) Palyatif bakım

4. Ecog performans skoru : 0 1 2 3 4 5

Ara değerlendirmede doldurulacak kısım :

5. Grade 3-4 toksisite
- 1)Var (Toksosite türü)
 - 2) Yok

6. Yanıt değerlendirilmesi

- 1)Adjuvan nüks olmadan
- 2)Adjuvan nüks gelişmiş
- 3)Lokal ileri /metastatik tam yanıt
- 4)Lokal ileri /metastatik kısmi yanıt
- 5)Lokal ileri/metastatik stabil hastalık
- 6)Lokal ileri/metastatik progresyon mevcut