

**T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KOLOREKTAL KANSERLİ HASTALARDA PERİOPERATİF HEMŞİRE
DANIŞMANLIĞININ HASTA SONUÇLARINA ETKİSİ**

**Emel SÜTSÜNBÜLOĞLU
ORCID 0000-0002-1363-8471**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DOKTORA PROGRAMI**

DOKTORA TEZİ

İZMİR

TEMMUZ 2021

TEZ KODU: DEU.HSI.PhD-2016970110

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KOLOREKTAL KANSERLİ HASTALARDA PERİOPERATİF HEMŞİRE
DANIŞMANLIĞININ HASTA SONUÇLARINA ETKİSİ

Emel SÜTSÜNBÜLOĞLU
ORCID 0000-0002-1363-8471

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı
DOKTORA TEZİ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Fatma VURAL
ORCID: : 0000-0001-6459-2584

İZMİR
TEMMUZ 2021

**T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**THE EFFECT OF PERIOPERATIVE NURSE COUNSELING ON
PATIENT OUTCOMES IN PATIENTS WITH COLORECTAL
CANCER**

**Emel SÜTSÜNBÜLOĞLU
ORCID 0000-0002-1363-8471**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

DOKTORA TEZİ

İZMİR

TEMMUZ 2021

TEZ KODU: DEU.HSI.PhD-2016970110

TEZ KABUL ONAYI

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik** Anabilim Dalı **Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Doktora** programı öğrencisi **Emel Sütümbüloğlu** tarafından hazırlanan “**Kolorektal Kanserli Hastalarda Perioperatif Hemşire Danışmanlığının Hasta Sonuçlarına Etkisi**” başlıklı tez çalışması **16.07.2021** tarihinde **13:30** saatinde çevrimiçi yapılan tez savunma sınavında aşağıdaki jüri tarafından **OY ÇOKLUĞU / OY BİRLİĞİ** ile **DOKTORA TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Doç. Dr. Özlem BİLİK
Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Tezi onaylıyorum/onaylamıyorum
ORCID: 0000-0002-8372-8974
İmza

Üye: Prof. Dr. Ayfer ÖZBAŞ
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa F.N. Hemşirelik Fakültesi
Tezi onaylıyorum/onaylamıyorum
ORCID: 0000-0003-0924-5752
İmza

Üye: Prof. Dr. Türkan ÖZBAYIR
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Tezi onaylıyorum/onaylamıyorum
ORCID: 0000-0003-2308-1117
İmza

Üye: Prof. Dr. İkbâl ÇAVDAR
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa F.N. Hemşirelik Fakültesi
Tezi onaylıyorum/onaylamıyorum
ORCID: 0000-0002-8242-6165
İmza

Üye: Doç. Dr. Yelda CANDAN DÖNMEZ
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Tezi onaylıyorum/onaylamıyorum
ORCID: 0000-0001-9260-0190
İmza

Yedek Üye: Doç. Dr. Özlem UĞUR
Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Tezi onaylıyorum/onaylamıyorum
ORCID: 0000-0002-1020-9962
İmza

Yedek Üye: Doç. Dr. Esma ÖZŞAKER
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Tezi onaylıyorum/onaylamıyorum
ORCID: 0000-0002-4878-1841
İmza

T.C. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

ETİK BEYAN

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırlayıp sunduğum “**Kolorektal kanserli hastalarda perioperatif hemşire danışmanlığının hasta sonuçlarına etkisi**” başlıklı doktora tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim

Emel SÜTSÜNBÜLOĞLU

Tarih: 16.07.2021

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim sürecinde mesleki ve akademik gelişimim üzerinde emeği ve katkısı olan danışman hocam Doç. Dr. Fatma Vural'a,

tüm hayatım boyunca destek oldukları gibi zorlu tez döneminde de yanımda olduklarını bana hissettiren, bana moral motivasyon veren ve desteğini benden esirgemeyen başta birtanecik canım kardeşim Avukat Fatma Sütsünbüloğlu'na, babam, annem, ablam ve diğer tüm aile üyelerime

tezimi yürütme sürecinde her zaman her konuda destek olan ve yardımını esirgemeyen cerrahlar Öğr. Gör. Uzm. Dr. Tayfun Bişgin ve Prof. Dr. Aras Emre Canda, Prof. Dr. Selman Sökmen'e,

akademik gelişime katkısı olan ve desteklerini her zaman hissettiğim KSBÜ ve DEÜ Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'ndaki değerli hocalarım Doç.Dr. Özlem Bilik, Doç. Dr Aylin Durmaz Edeer, Doç. Dr. Yaprak Sarıgöl Ordin ve sevgili arkadaşlarım Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül Savcı, Dr. Öğr. Üyesi Hale Turhan Damar, Dr. Öğr. Üyesi Saadet Çömez, Araş. Gör. Dr. Eda Ayten Kankaya, Araş. Gör. Kübra Yasak, Araş. Gör. Zeynep Koçbilek, Araş. Gör. Buket Çelik'e

her zaman duygusal desteğini ve pozitif enerjisini hissettiğim başta Uzm. Hemş. Gülcan Öztürk Kaynar, arkadaşlarım Dr. Öğr. Üyesi Serap Sayar, Uzm. Hemş. Semra Bağrıaçık Altıntaş, ev arkadaşam Dr. Öğr. Üyesi Menevşe Samur, ve diğer tüm arkadaşlarıma,

tezimi okuyarak geribildirimleriyle bana katkıda bulunan değerli hocalarıma veri toplama süresince destek ve yardımlarını esirgemeyen gizli kahramanlar Genel Cerrahi asistanlarına, genel cerrahi klinik hemşirelerine tez çalışmama katılımlarıyla destek sağlayan kolorektal kanserli hastalara, sonsuz teşekkür ederim.

Emel SÜTSÜNBÜLOĞLU

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
TABLolar DİZİNİ	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
GRAFİKLER DİZİNİ	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	viii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırma Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Kolorektal kanser	4
2.2. Karşılanmamış Gereksinimler	6
2.3. Yaşam Kalitesi	8
2.4. Cinsel Fonksiyon	10
2.5. Perioperatif Hasta İzlemi	13
2.6. Kültürlerarası Ölçek Uyarlama.....	18
2.6.1. Geçerlilik Yöntemleri	18
2.5.2. Güvenirlik Yöntemleri.....	24
I. AŞAMA: METODOLOJİK ARAŞTIRMA.....	27
Kanserden Sağ Kalanların Karşılanmamış Gereksinimleri (K-KG) Ölçeği'nin	
 Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	27
3.1 Araştırmanın Tipi.....	27
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	27
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	27
3.4. Çalışma Materyali.....	27

3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	28
3.6. Veri Toplama Araçları.....	28
The Cancer Survivors' Unmet Needs Measure (CaSUN).....	28
3.7. Araştırma Planı.....	29
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	29
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	30
3.10. Etik Kurul Onayı.....	30
4. BULGULAR.....	31
4.1. Hasta Tanıtıcı Özellikler İle İlgili Bulgular.....	31
4.2. Kanserden Sağ Kalanların Karşılanmamış Gereksinimleri (K-KG) Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik sonuçları.....	32
5. TARTIŞMA.....	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	46
6.1. Sonuçlar.....	46
6.2. Öneriler.....	46
II. AŞAMA: YARI DENEYSEL ARAŞTIRMA.....	47
Kolorektal kanserli hastalarda perioperatif hemşire danışmanlığının hastaların karşılanmamış gereksinim, yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyon üzerine etkisinin incelenmesi.....	47
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	47
3.1. Araştırmanın Tipi.....	47
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	47
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	47
3.4. Çalışma Materyali.....	48
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	48
3.6. Veri Toplama Araçları.....	49
Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu.....	49
Kanserin Tedavisi ve Araştırması için Avrupa Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği 30 version 3.0.....	49
Kanserin Tedavisi ve Araştırması için Avrupa Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kolorektal 29.....	50
Kadın Cinsel İşlev Ölçeği.....	51

Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme Formu.....	51
Kanserden Sağ Kalanların Karşılanmamış Gereksinimleri Ölçeği	52
3.7. Araştırma Planı	52
3.7.1. Kontrol Grubu Veri Toplama Süreci.....	54
3.7.1. Deney Grubu Veri Toplama Süreci.....	55
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	59
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	59
3.10. Etik Kurul Onayı.....	60
4. BULGULAR	61
4.1. Hasta Tanıtıcı Özellikler İle İlgili Bulgular.....	61
4.2. Hastaların Gereksinimlerinin Karşılaştırılması	64
4.3. Hastaların Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması	66
Genel Yaşam Kalitesi.....	66
Kolorektal Yaşam Kalitesi	73
4.4. Hastaların Cinsel Fonksiyon Düzeyleri	81
Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Düzeyleri	81
Erkeklerde Cinsel Fonksiyon Düzeyleri	84
5. TARTIŞMA	87
5.1. Danışmanlık Girişiminin Karşılanmamış Gereksinimlere Etkisi	87
5.2. Danışmanlık Girişiminin Yaşam Kalitesine Etkisi.....	88
Genel Yaşam kalitesi.....	88
Kolorektal Yaşam kalitesi	94
5.3. Danışmanlık Girişiminin Cinsel Fonksiyonlara Etkisi.....	99
Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlara Etkisi.....	99
Erkeklerde Cinsel fonksiyonlara etkisi	101
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	104
6.1. Sonuçlar	104
6.2. Öneriler.....	104
KAYNAKLAR	106
EKLER.....	118
EK 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu (1. Aşama)	118
EK 2. The Cancer Survivors' Unmet Needs Measure (CaSUN).....	119

EK 3. Bilgilendirilmiş Onam Formu (2. Aşama – Kontrol Grubu).....	122
EK 4. Bilgilendirilmiş Onam Formu (2. Aşama – Girişim Grubu).....	123
EK 5. Hasta Tanıtıcı Özellikler Perioperatif Kadın Formu	124
EK 6. Hasta Tanıtıcı Özellikler Perioperatif Erkek Formu	125
EK 7. Hasta Tanıtıcı Özellikler Taburculuk Sonrası Form	126
EK 8. Kanserden Sağ Kalanların Karşılanmamış Gereksinimleri Ölçeği	127
EK 9. Kanserden Sağ Kalanların Karşılanmamış Gereksinimleri Ölçeği (K-KG) Alt boyutları	131
EK 10. Kanserden Sağ Kalanların Karşılanmamış Gereksinimleri (K-KG) Ölçeğini Puanlama ve Yorumlama	132
EK 11. European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of life Questionnaire Cancer 30 (EORTC QLQ C-30)	133
EK 12. European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of life Questionnaire Colorectal 29 (EORTC QLQ CR-29)	134
EK 13. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ)	135
EK 14. Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme Formu (EİUD).....	137
EK 15. The Cancer Survivors' Unmet Needs Measure (CaSUN) izni.....	139
EK 16. EORTC QLQ C-30 ve EORTC QLQ CR-29 izni.....	140
EK 17. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ) İzni.....	141
EK 18. Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme Formu (EİUD) İzni	142
EK 19. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Başhekimlik Hizmetleri Müdürlüğü Uygulama izni	143
EK 20. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığı Uygulama izni	144
EK 21. Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırma Değerlendirme Komisyonu Etik Kurul İzni	145
EK 22. Pandemi Koşulları Nedeniyli Alınan ikinci Etik Kurul Kararı	148
EK 23. KGİ İçin Uzman Görüşleri Alınan Uzmanların Listesi.....	150
EK 24. Rehber Kitap İçindekiler Bölümü	151
EK 25. Tezden türetilmiş veya tezle ilgili konularda yayınlanmış makaler...	155
KATKI	160
ÖZGEÇMİŞ.....	161

TABLOLAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1. Sağ Kalanların Sosyodemografik Özellikleri.....	31
Tablo 2. Sağ Kalanların Karşılanmamış Gereksinimleri.....	32
Tablo 3. K-KG Ölçeğinin Madde-Toplam Puan Korelasyonu.....	35
Tablo 4. K-KG ölçeği ve Alt Boyutlarının Cronbach's Alpha Değerleri.....	36
Tablo 5. K-KG Ölçeğinin Test-Retest Güvenirliliği.....	37
Tablo 6. K-KG Ölçeğinin Test-Retest Güvenirliliği-Korelasyon	38
Tablo 7. K-KG Ölçeğine İlişkin Açımlayıcı Faktör Analizi.....	39
Tablo 8. K-KG Ölçeğine İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri.....	40
Tablo 9. Sosyodemografik Özellikler ile Gereksinimlerin Korelasyonu.....	40
Tablo 10. Kontrol ve Deney Grubu Hastalarının Ameliyat Öncesi Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri.....	61
Tablo 11. Kontrol ve Deney Grubu Hastalarının BKİ Değerlerinin Karşılaştırılması.....	62
Tablo 12. Kontrol ve Deney Grubu Hastalarının Cinsel Aktivite Durumlarının Karşılaştırılması.....	63
Tablo 13. Kontrol ve Deney Grubu Hastaların Ameliyat Sonrası 3. Ayda Gereksinimlerinin Karşılaştırılması.....	64
Tablo 14. Kontrol ve Deney Grubu Hastalarının EORTC QLQ-C30 Ölçeği Genel Sağlık ve Fonksiyonel Alt Boyut Sıra Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	68
Tablo 15. Kontrol ve Deney Grubu Hastalarının EORTC QLQ-C30 Ölçeği Semptom Alt Boyut Sıra Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	71
Tablo 16. Kontrol ve Deney Grubu Hastaların EORTC QLQ-CR29 Ölçeği Fonksiyonel Alt Boyut Sıra Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	74
Tablo 17. Kontrol ve Deney Grubu Hastaların EORTC CR29 Ölçeği Semptom Alt Boyutu Sıra Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	78
Tablo 18. Kontrol ve Deney Grubu Kadın Hastaların Cinsel Fonksiyon Ölçeği Puanlarının Sıra Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	84
Tablo 19. Kontrol ve Deney Grubu Erkek Hastaların Cinsel Fonksiyon Ölçeği Puanlarının Sıra Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	86

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1. Araştırmanın Birinci Aşamasının Takvimi.....	29
Şekil 2. Ölçek Geçirlik Ve Güvenirlik Analizinde Kullanılan Testler.....	33
Şekil 3. K-KG Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi.....	41
Şekil 4. Araştırma Örnekleminin Kontrol ve Deney Grubuna Göre Dağılımı.....	48
Şekil 5. Araştırmanın İkinci Aşamasının Takvimi.....	53



GRAFİKLER DİZİNİ

Sayfa No

Grafik 1. Kontrol ve Deney Grubu Hastaların Ameliyat Sonrası En Sık Karşılanmamış Gereksinimleri.....	65
Grafik 2. Kontrol ve Deney Grubu Hastaların EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Düzeyleri.....	69
Grafik 3. Kontrol ve Deney Grubu Hastalarının EORTC QLQ-CR29 Yaşam Kalitesi Düzeyleri.....	81
Grafik 4. Kadın Kontrol ve Deney Grubu Hastaların Cinsel Fonksiyon Düzeyleri....	82
Grafik 5. Erkek Kontrol ve Deney Grubu Hastaların Cinsel Fonksiyon Düzeyleri....	85



SİMGELER VE KISALTMALAR

AFA Açımlayıcı Faktör Analizi

APR Abdominoperineal Rezeksiyon

BKİ Beden Kitle İndeksi

CaSUN The Cancer Survivors' Unmet Needs Measure

CFI Karşılaştırmalı Uyum Endeksi

DFA Doğrulayıcı Faktör Analizi

EİUD Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme Formu

EORTC QLQ-C30 European Organization for the Research and Treatment of Cancer
Quality of life Questionnaire Cancer 30

EORTC QLQ-CR29 European Organization for the Research and Treatment of Cancer
Quality of life Questionnaire Colorectal 29

GFI İyilik Uyum İndeksi

HTÖF Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu

IFI Artan Uyum İndeksi

KCIÖ Kadın Cinsel İşlev Ölçeği

KGİ Kapsam Geçerlilik İndex

KGO Kapsam Geçerlilik Oranı

K-KG Kanserden Sağ Kalanların Karşılanmamış Gereksinimleri Ölçeği

KMO Kaiser-Meyer-Olkin

LAR Low Anterior Rezeksiyon

RMR Kök Artık Kareler Ortalaması

RMSEA Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü

SPSS Statistical Package for Social Sciences

SS Standart sapma

KOLOREKTAL KANSERLİ HASTALARDA PERİOPERATİF HEMŞİRE DANIŞMANLIĞININ HASTA SONUÇLARINA ETKİSİ

Doktora Tezi

Emel SÜTSÜNBÜLOĞLU

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Doktora Programı

ÖZET

Bu çalışmanın amacı kolorektal kanser cerrahisi uygulanan hastalarda perioperatif hemşire danışmanlığın karşılanmamış gereksinim, yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyonlara etkisini incelemektir. Araştırma iki aşamalı olup, birinci aşama metodolojik; ikinci aşamada yarı deneysel tiptedir. Birinci aşamada Kanserden Sağ Kalanların Karşılanmamış Gereksinimleri (K-KG) ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapıldı. İkinci aşamada ise elektif ve acil kolorektal kanser cerrahisi planlanan 82 hasta (kontrol n=45; girişim n=37) örneklemini oluşturdu. Veriler ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası üçüncü ayda, KCIÖ, EİUD, K-KG, EORTC QLQ-C30 ve CR29 ile toplandı. Birinci aşamada K-KG total Cronbach alpha .96, doğrulayıcı faktör analizi uyum indeksleri kabul edilebilir değerlerde bulundu. İkinci aşamada kontrol ve deney grubunun üçüncü ay puanları karşılaştırıldığında; ameliyat sonrası üçüncü ay K-KG karşılanmamış ve total gereksinim puanları arasında, EORTC QLQ-C30 genel sağlık, fiziksel, rol, emosyonel fonksiyon, yorgunluk, uykusuzluk, ağrı, diyare, konstipasyon puanları arasında, EORTC QLQ-CR29 beden imajı, anksiyete, kilo kaybı, üriner sıklık, dizüri, üriner inkontinans, karın ağrısı, kalça ağrısı, şişkinlik, gaz, dışkı sıklığı, fekal inkontinans, utanç puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı. Perioperatif hemşire danışmanlığı girişiminin hastaların karşılanmamış gereksinimlerini azalttığı, genel yaşam kalitesinin arttırdığı, yaşam kalitesinin fiziksel, rol ve emosyonel fonksiyon düzeyinde iyileşme sağladığı, yorgunluk, uykusuzluk ve yara problemlerini, genel ağrı, karın ağrısı ve kalça ağrısı düzeyini, üriner sıklık, üriner inkontinans, dizüri gibi üriner semptomların ve şişkinlik, gaz, diyare, konstipasyon, fekal inkontinans, dışkı sıklığı gibi bağırsak semptomlarının düzeyini azalttığı, beden imajı algısını iyileştirdiği, utanma duygusunu ve anksiyeteyi azalttığı, kilo kontrolünde iyileşme sağladığı ve memnuniyeti arttırdığı bulundu.

Anahtar sözcükler: kolorektal kanser, karşılanmamış gereksinim, yaşam kalitesi, cinsel disfonksiyon, hemşire danışmanlığı

Tezin sayfa adedi: 180

Danışman: Doç. Dr. Fatma Vural



THE EFFECT OF PERIOPERATIVE NURSE-LED COUNSELING ON PATIENT OUTCOMES IN PATIENTS WITH COLORECTAL CANCER

Doctorate Thesis

Emel SÜTSÜNBÜLOĞLU

DOKUZ EYLUL UNIVERSITY HEALTH SCIENCES INSTITUTE

Surgical Nursing Department

ABSTRACT

The aim of this study is to examine the effect of perioperative nurse-led counseling on unmet needs, quality of life and sexual functions in patients undergoing colorectal cancer surgery. The research has two stages; the first stage is methodological design; the second stage is of quasi-experimental design type. In the first stage, the Turkish validity and reliability study of the Cancer Survivor's Unmet Needs Measure (CaSUN) was performed. In the second stage, the sample consisted of 82 patients (control n=45; intervention n=37) who were undergoing elective and emergency colorectal cancer surgery. Data were collected before surgery and at 3 months postoperatively, using the FSFI, IIEF, CaSUN-TR, EORTC-QLQ-C30 and CR29. In the first stage, CaSUN-TR total Cronbach alpha was .96, and confirmatory factor analysis fit indices were acceptable. When the third month scores of the control and intervention groups were compared; a statistically significant difference was found between CaSUN-TR unmet and total needs scores, between EORTC-QLQ-C30 general health, physical, role, emotional function, fatigue, insomnia, pain, diarrhea, constipation scores, and between EORTC-QLQ-CR29 body image, anxiety, weight loss, urinary frequency, dysuria, urinary incontinence, abdominal pain, buttock pain, bloating, flatulence, stool frequency, fecal incontinence, and embarrassment scores. Perioperative nurse-led counseling intervention reduces the unmet needs of the patients, increases the general quality of life, improves physical, role and emotional function subscales of quality of life, and also reduces patients' fatigue, insomnia, wound problems, general pain, abdominal pain and buttock pain level, urinary symptoms such as urinary frequency, urinary incontinence, dysuria, bowel symptoms such as bloating, flatulence, diarrhea, constipation, fecal incontinence and stool frequency. In addition, it was found that the

level of anxiety decreased, the perception of body image improved, the feeling of shame decreased, the weight control improved, and the satisfaction increased.

Key words: colorectal cancer, unmet needs, quality of life, sexual functions, nurse-led counseling

Page number: 180

Advisor: Assistant Professor Fatma Vural



1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Kanser Araştırmaları Merkezi'nin 2020 verilerine göre dünyada yaşa standardize edilmiş en sık görülen kanserler arasında kolorektal kanser her iki cinsiyette 3. sırada, erkeklerde 3. sırada ve kadınlarda 2. sırada yer almaktadır (1). Türkiye kanser istatistikleri 2016 yılı verilerine göre ise kolorektal kanser; 50-69 yaş aralığı erkeklerde en çok görülen kanser türü arasında 3. sırada ve kadınlarda 2. sırada yer almaktadır. 70 yaş ve üzeri erkeklerde 4. Sırada ve kadınlarda 2. sırada yer almaktadır (2).

Kolorektal kanserin tedavisinde cerrahi tedavi, kemoterapi ve radyoterapi yer almaktadır. Cerrahi tedavide bazı hastalarda geçici veya kalıcı stoma oluşturulabilmektedir. Hastalar ameliyat sonrası ileus, bağırsak tıkanıklığı, anastomoz kaçağı, anastomozda darlık, yara yeri enfeksiyonu gibi birçok komplikasyonla karşılaşabilmektedir (3,4). Aynı zamanda kemoterapi ve radyoterapiye bağlı bulantı, kusma, iştahsızlık, yorgunluk, dispne, periferik nöropati, diyare, konstipasyon gibi birçok sorunlar da yaşamaktadır (5–7). Tüm bu tedaviler kolorektal kanserli hastaların perioperatif dönemde yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte, hastaların tedavi süresince çeşitli fiziksel, psikolojik, sosyal, ilişkisel, spiritüel, cinsel ve finansal sorunlar yaşamasına neden olmaktadır (8–11). Literatürde kolorektal kanserli hastaların cerrahi öncesi ve sonrası dönemde inanamama, korku, bağımlılık, utanma ve pişmanlık duydukları, ameliyat sonrası nasıl bir süreç geçirecekleri ile ilgili belirsizlik yaşadıkları, bağırsağın belli bir kısmının alındıktan sonra diyet değişiklikleri hakkında kaygıları olduğu, hastalık, tanı ve tedavi süresinde yorucu bir dönem yaşadığı bildirilmektedir (9,12). Ayrıca stomalı hastaların taburculuk öncesi psikolojik problemler (stomayı kabullenme, olumsuz duygular, sosyal izolasyon vb), günlük yaşamla ilgili kaygılar (cinsel yaşam problemleri, iş kısıtlaması), stoma bakım problemleri (stoma bakımını yapmada isteksizlik, stoma bakımında öz güven eksikliği) deneyimlediği ve enterostomal hemşire veya aile üyelerinden destek gereksinimi hissettiği belirtilmektedir (13). Kolorektal kanserli hastaların ameliyat öncesi açlık, bağırsak hazırlığı nazogastrik tüpler, yapılan ameliyat ve anestezi yöntemi, ameliyat sonrası yeme ve içmeye başlama, ağrı kontrolü, erken

mobilizasyon, ileus, derin ven trombozunun ve enfeksiyon önlenmesi konularında bilgi gereksinimi olduğu bildirilmektedir (14). Aynı zamanda hastaların tedaviden yıllar sonra bile bağırsak alışkanlıklarında değişim, yorgunluk, ağrı, diyet problemleri, işe dönüşle ilgili sorunlar ve finansal problemler yaşadığı, sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, diyare, konstipasyon, gaz yönetimi, fekal inkontinans, ağrı yönetimi, cinsel problemler, ameliyat ve stoma komplikasyonları konusunda bilgi ve destek gereksinimlerinin olduğu belirtilmektedir (8,15–19). Bununla birlikte kanserin nüks edeceği korkusu yaşadıkları, ameliyat sonrası izlem ve değerlendirmenin devam etmesini istedikleri, izlem-kontrol randevularının kesilmesinden endişe duydukları saptanmıştır (15). Diğer yandan ameliyat sonrası cinsel disfonksiyonun çok yaygın olduğu, kadınların ve erkeklerin cinsel aktivitelerinin azaldığı, erkeklerin ereksiyon ve ejakulasyon problemleri yaşadığı (20), cinsel disfonksiyonun tedavi edilmediği belirtilmektedir (10). Sütsümbüloğlu ve Vural'ın çalışmasında stomalı hastaların %62.0'nın cinsel yaşamlarında sorun yaşadığı, %79.0'nın ameliyat sonrası gelişebilecek cinsel sorunlar hakkında ameliyat öncesi bilgi almadığı, %83.0'nın yaşadıkları/yaşayabilecekleri cinsel sorunların tedavisine yönelik bilgi almadığı bulunmuştur (21). Tuominena ve arkadaşlarının çalışmasında kolorektal kanserli hastaların, hemşirelerden hastalık süreci, tedaviye bağlı yan etkiler, kendi bakımını yönetme ve akran desteği hakkında bilgi vermesi, şefkatli davranması, destek ve umut vermesi, sistematik değerlendirme, uzmanlık, bakımda süreklilik ve savunuculuk bekledikleri belirtilmektedir (22).

Literatürde kolorektal kanser nedeniyle ameliyat olan hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları tüm bu sorunlara yönelik eğitim ve danışmanlık gereksinimleri olduğu ifade edilmektedir (14,15,19). Son yıllarda hastaların gereksinimlerini zamanında karşılanabilmesi ve hastalara kaliteli bakım sunulması için hemşire yönetiminde hasta izlem programlarının uygulanması önerilmektedir. İzlem programlarını her hasta için bireysel olarak yapılmasının hasta merkezli bakımı sağlamada ve bütüncül hemşirelik bakımının sürdürülmesinde önemli olduğu vurgulanmaktadır (9,21,23–25). Hemşire yönetiminde uygulanan hasta izlem programlarının hastalarda erken rekürrensleri saptamada yararlı olduğu, hastaneye tekrarlı yatışları azalttığı, hastaların bakım memnuniyetini arttırdığı, hastaların destek ve bilgi gereksinimlerini karşıladığı bulunmuştur. Aynı zamanda kolorektal kanserli hastalarda yaşam kalitesini

arttıracığı, cinsel sorunları azaltacağı, ameliyata ve stomaya bağlı komplikasyonları azaltacağı, hastalığa ve stomaya uyumu kolaylaştırdığı, iyileşme sürecini olumlu etkilediği bildirilmektedir (23,24,26). Ayrıca bütüncül bir bakımın devam ettirilmesi açısından stoması olan ve olmayan hastalarla taburcu olduktan sonra iletişimin devam ettirilmesi, yaşadıkları sorunlara yönelik bireysel danışmanlık verilmesi ve hastaların ziyaret edilmesi hasta izleminde önemli bir yer tutmaktadır. Bu bağlamda hastaların fiziksel ve psikososyal sorunlarla baş etmesini kolaylaştırmak, yaşam kalitesini iyileştirmek ve bakımın devamlılığını sağlamak için hemşire yönetiminde perioperatif danışmanlık verilmelidir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Kolorektal kanserli hastalara verilen perioperatif hemşire danışmanlığının hastaların karşılanmamış gereksinimler, yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyonlara etkisini değerlendirme amacıyla bu çalışma yapılmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

Araştırmanın hipotezleri;

- ❖ H1: Kolorektal kanser nedeniyle ameliyat olan hastalarda danışmanlık alma durumuna göre ameliyat sonrası üçüncü ay karşılanmamış gereksinimler ölçeği puan ortalamaları arasında fark vardır.
- ❖ H2: Kolorektal kanser nedeniyle ameliyat olan hastalarda danışmanlık alma durumuna göre ameliyat öncesi dönem, ameliyat sonrası üçüncü ay yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları arasında fark vardır.
- ❖ H3: Kolorektal kanser nedeniyle ameliyat olan hastalarda danışmanlık alma durumuna göre ameliyat öncesi dönem, ameliyat sonrası üçüncü ay cinsel fonksiyon ölçeği puan ortalamaları arasında fark vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kolorektal Kanser

Kolon ve rektum kanseri genellikle bağırsak kanseri veya kolorektal kanser olarak adlandırılmaktadır. Kolorektal kanserler kolon mukozasını döşeyen epitel hücrelerden köken almaktadır. Epitel hücreler besinlerle alınan kimyasallar, bakteriler ve bunların ürettiği kimyasal faktörler gibi toksik ve karsinojenik olabilen etkenlerle temas halindedir. Hızla çoğalan hücrelerde olgunlaşma yetersizlikleri, displastik hücre ve neoplastik hücreye dönüşüm gerçekleşebilmektedir (27). Çoğu kolorektal kanser, kolon veya rektumun iç yüzeyinde bir hiperplazi ile başlamaktadır. Bu hiperplastik büyümelere polip denir. Bazı polip türleri zamanla (genellikle yıllar sonra) kansere dönüşebilir, ancak tüm polipler kansere dönüşmemektedir. Farklı polip türleri vardır (28). Sapı olmayan poliplere sesil denir. Sesil polipler büyürken komşu hücrelerin proliferasyonu ve polibin yaptığı luminal çıkıntının traksiyon etkisi nedeniyle sap oluşabilir. Saplı polipler pedünküllü olarak adlandırılır. İntestinal polipler neoplastik ve non-neoplastik olarak sınıflandırılır. Non-neoplastik polipler inflamatuvar, hamartomatöz ve hiperplastik olarak sınıflandırılır. Neoplastik polipler (adenomlar) adenomatöz poliplerdir (29). Kolorektal kanserlerin çoğu adenokarsinomlardır. Adenokarsinomlar kolon ve rektumda mukus üreten hücrelerden köken almaktadır. Taşlı yüzük ve müsinöz adenokarsinom tipleri bulunmaktadır (27,28).

Tüm kolorektal kanser vakalarının %75-80 kadarı sporadik olarak gelişmektedir. Genetik geçiş şekli tam olarak bilinmeyen fakat ailede birçok bireyi etkileyebilen ailesel kolorektal kanser yaklaşık %15-20 kadardır. Genetik geçiş yolları ve bozuklukları bilinen kalıtsal kolorektal kanser ise yaklaşık %5 kadardır. Bunun %3-4 kadarı kalıtsal nonpolipozis kolorektal kanser diğer adı ile Lynch sendromudur. Geri kalan %1'den az bölümünü ailesel adenomatöz polipozis sendromları oluşturmaktadır (27).

Çevresel ve genetik faktörler kolorektal kanser gelişme riskini artırmaktadır. Kolorektal kanser risk faktörleri arasında; 50 yaş ve üzerinde olma, sedenter yaşam, obezite, fiziksel inaktivite, uzun süreli sigara kullanımı, orta ila ağır alkol tüketimi, kişisel veya ailede kolorektal kanser/polip öyküsü, kalıtsal genetik bazı hastalık öyküsü (Lynch sendromu, kalıtsal nonpolyozisli kolorektal kanser, ailesel adenomatöz

polipozis, kronik inflamatuvar bağırsak hastalığı öyküsü (Ülseratif kolit, Crohn hastalığı), tip 2 diyabet öyküsü, diyet öyküsü (Kırmızı et (sığır eti, domuz eti, kuzu eti veya karaciğer vb) ve işlenmiş etler (sosis vb) açısından zengin diyet), kırmızı ve işlenmiş et aşırı tüketimi (>7 servis/hf), hayvansal yağdan zengin, folat ve liften fakir diyet, düşük kalsiyum alımı, düşük D vitamini alımı, çok düşük meyve ve sebze alımı), kadınlarda endometrium, over ve meme kanseri öyküsü, erkeklerde mesane ve prostat kanseri öyküsü yer almaktadır (28).

Kolorektal kanserlerin tedavisinde cerrahi tedavi, kemoterapi veya radyoterapi yer almaktadır. Kanserın evresine, türüne ve yayılımına göre kemoterapi veya radyoterapi ameliyat öncesi veya ameliyat sonrası dönemde uygulanabilmektedir. Kolorektal kanser karaciğer, akciğer, prostat, mesane, rahim, beyin ve kemik gibi organlara veya karın içindeki diğer organlara veya lenf düğümlerine metastaz yapabilmektedir. Yapılacak ameliyatın türü kanserin kolonda bulunduğu segmente, evresine ve ameliyatın amacına bağlı olarak değişmektedir. Kolonun bir bölümünün çıkartılması kolektomi olarak adlandırılmaktadır. Kolonda kanserin evresi, yerleşimi ve yayılımına göre sağ hemikolektomi, genişletilmiş sağ hemikolektomi, transvers kolektomi, sigmoid kolektomi, sol kolektomi, genişletilmiş sol hemikolektomi, subtotal kolektomi, total kolektomi, koloanal anastomozlu proktektomi ve ileoanal anastomozlu proktektomi ameliyatlari; rektumda kanserin evresi, yerleşimi ve yayılımına göre anterior rezeksiyon, aşağı anterior rezeksiyon (LAR), çok aşağı anterior rezeksiyon, abdominoperineal rezeksiyon (APR) ve hartman prosedürü ameliyatlari uygulanabilmektedir. Kolorektal ameliyatlarda kanserin bulunduğu kolon ve rektumun bir bölümü çıkartılmakta ve kalan bağırsağın iki ucu birleştirilmektedir. Bu birleşme noktası anastomoz olarak adlandırılmaktadır. Bazen anastomozu iyileşirken korumak ve dışkı çıkışını sağlamak amacıyla geçici stoma (ostomi) oluşturulabilmektedir (27).

Kolorektal kanser tedavi sürecinde hastalar cerrahi tedavi, stoma veya kemoterapi/radyoterapiye bağlı sorunlar ve komplikasyonlar yaşayabilmektedir. Hastalık, tanı ve tedavi süreci hasta ve yakınları için yorucu ve belirsiz bir dönem olabilmektedir. Hastalar cerrahi öncesi ve sonrası dönemde çeşitli psikolojik, fiziksel, sosyal, cinsel, finansal, ilişkisel problemler yaşayabilmektedir (9,12).

2.2. Karşılanmamış Gereksinimler

Kanser tüm dünya da hem kadınları hem erkekleri etkileyen yaygın bir hastalıktır. Erken tanı ve tedavideki gelişmelerle gün geçtikçe kanserden sağ kalan hasta sayısı artmaktadır. Kanserden sağ kalan hastalar tedaviyi bitirdikten sonra hastalığı olmayan, kanserin geri dönme riskini azaltmak için tedavi almaya devam eden veya az sayıda semptomları ve hastalığı iyi kontrol edilen kişilerden oluşmaktadır. Sağkalım hastaların kanser tanısını almasıyla başlayan ve yaşam sonuna kadar devam eden süreç olarak tanımlanmaktadır (30).

Kanserden sağ kalan hastaların birçoğunun tedavi sonrası kısa ve uzun dönemde devam eden sorunlar yaşadığı ve çeşitli destekleyici bakım hizmetlerine gereksinim duydukları belirtilmektedir. Literatürde sağ kalanların fiziksel, psikososyal, emosyonel, ilişkisel, ailesel, sosyal, sağlık sistemiyle ilişkili ve finansal sorunlar yaşadıkları ve bilgi, iletişim, bakım, ilişki vb konularda destek gereksinimleri olduğu bildirilmektedir (8,31–36). Kolorektal kanserli sağ kalanların metastaz ve nüks, hastalık evreleri, iyileşme süreci, izlem süreci, semptomlar ve bağırsak boşaltımında değişim (kanlı dışkı, diyare, gevşek dışkı, konstipasyon, fekal inkontinans), ağrı yönetimi (alt karın ağrısı, perineal ağrı), diyet (besinler, yeme ve içme, alkol) ve tedavinin yan etkileri (advers ilaç reaksiyonları) konusunda bilgi gereksinimi olduğu bildirilmektedir (37). Dau ve arkadaşlarının çalışmasında (n=783) kolorektal kanserli hastaların en sık karşılanmamış gereksinimi psikososyal sorunlar olmakla birlikte iş sorunları, mental sağlık, cinsel aktivite, nutrisyon ve diyet konuları olduğu bulunmuştur (38).

Kolorektal kanserli sağ kalanların uzun dönem deneyimlerinin yaşam kalitesi üzerine etkisinin incelendiği bir sistematik derlemede on iki tema; semptomlar, fiziksel, sosyal, psikolojik ve cinsel sorunlar, ilişkiler üzerindeki etkisi, aile/arkadaş tarafından sağlanan bakım ihtiyaçları, sağlık uzmanları tarafından sağlanan destekleyici bakım ihtiyaçları, sağlık hizmetleri deneyimleri, sağlık davranışı, finansal sorunlar ve işle ilgili sorunlar belirlenmiştir (39). Stoma problemlerinin (örn, sızıntı, cilt irritasyonu, koku, gaz, herni, stoma prolapsusu, yorgunluk) ostomili sağ kalanlarda yaygın olduğu, stoması olmayan/kapatılmış sağ kalanlarda beklenmedik, uzun süreli değişen ve öngörülemeyen bağırsak sorunları (örn, fekal inkontinans, ağrı, deri

irritasyonu) yaşadığı bulunmuştur. Daha az görülen semptomlar arasında yorgunluk, uyku bozukluğu ve anal ağrı bulunmaktadır (39). Stoma sorunları ve değişen bağırsak fonksiyonları, sağ kalanların fiziksel, sosyal, cinsel ve psikolojik sağlığını olumsuz etkilediği, sağ kalanların tedavinin tamamlanmasından bir yıldan fazla bir süre sonra bile devam eden semptomlar ve işlevsel bozukluklar yaşadığı ve sağ kalanların çoğunun profesyonel yardım almak yerine semptomları kendi kendine yönetmeye çalıştığı belirlenmiştir (39).

Kotronoulas ve arkadaşlarının çalışmasında kolorektal kanserli sağ kalanların gereksinimlerinin yarısından fazlasının bilgi/egitim veya sağlık sistemi ve sağlık profesyonelleriyle iletişimle ilgili olduğu ve tedavi evresine bakılmaksızın en önemli gereksinimin kanserin tekrarlama korkusuyla uğraşırken duygusal destek ve güven olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada sağ kalanların diğer gereksinimlerin ise uzun dönemde diyet, beslenme, evde semptomların ve komplikasyonların yönetimi, kendi kendine bakım olduğu bulunmuştur (40). Piazza ve arkadaşlarının kanserden sağ kalanların ve bakım vericilerinin tedavi sonrası psikososyal ve bilgi gereksinimlerini inceledikleri çalışmada sağ kalanların kontrollerde uzun süre bekledikleri ve sağlık profesyoneline ulaşmada zorluk yaşadıkları bulunmuştur (41). Drury ve arkadaşlarının çalışmasında kolorektal kanserli sağ kalanların bireysel hayatta kalmaya çalıştığı, yaşam tarzı değişikliği deneyimlediği, belirsizlik yaşadığı ve olumlu/olumsuz yaşam kalitesinin değiştiği bulunmuştur (42). Hardcastle ve arkadaşlarının çalışmasında kolorektal kanserli sağ kalanların bağırsak alışkanlığında değişim, sağlıklı uygun diyet (porsiyon, kalori, besin türleri) ve fiziksel aktivite (dakika, adım, sıklık, yoğunluk) hakkında bilgi eksikliği, destek gereksinimleri (telefon arama, yüz yüze görüşme) olduğu ve ayrıca sağlık profesyonelleri tarafından verilen bilgileri tutarsız buldukları, sağlıklı kalmak için basit mesajlar ve önerilere gereksinimleri olduğu belirlenmiştir (19).

Kolorektal kanserli stomalı sağ kalanların ameliyat sonrası komplikasyonlar, kanserin cinsel yaşama etkisi, yemek yerken dikkat edilecekler, yiyecek bağırsak fonksiyonlarına etkileri, doğru besin seçimi, rahat kıyafetler giyme, sık sık tuvalete gitme, bağırsak hareketinin kendi kendine kontrolü, kontrolsüz gaz, diyare ve konstipasyonu yönetme, ağrı yönetimi, stoma komplikasyonlarının yönetimi, ostomi bakımı, sızıntı yönetimi, stomaya nedeniyle utanç, işe dönüş veya işten ayrılma, ek

sigorta işlemleri, kanseri kabullenme, kanser konusunda umutsuz hissetme, cesaretsiz hissetme, geleceği planlama konusunda bilgi ve destek gereksinimi olduğu belirtilmektedir (43).

Sağ kalanların tedavinin potansiyel kronik komplikasyonlarına (özellikle periferik nöropati, bağırsak disfonksiyonu ve seksüel disfonksiyon) için yeterince hazır hissetmedikleri, tedaviden sonra ortaya çıkan korku, kaygı, yalnızlık ve mali zorluklarla başa çıkmak için profesyonel psikolojik ve sosyal destekten gereksinimleri olduğu bildirilmektedir (25). Genç sağ kalanların işe geri dönme ve çalışmaya devam etmede zorluklar yaşadığı, bakmakla yükümlü oldukları ebeveynleri, eşleri ve çocukları dahil olmak üzere aile üyelerine destek olmaya çalıştıkları belirtilmektedir (25). Tyson ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların en çok kapsamlı bakım, sağlık profesyonelleriyle iletişim, güncel bilgi, partner ile ilişkili konularda gereksinimleri olduğu belirtilmiştir (44,45). Hastaların bu gereksinimleri karşılanmadıkça semptomların arttığı, depresyon, anksiyete düzeyinin yükseldiği, kanserin tekrarlama endişesi yaşadıkları ve yaşam kalitesinin azaldığı bulunmuştur (35). Karşılanmamış gereksinimlerin ardından ortaya çıkan boşluk, sağ kalanların fiziksel, psikolojik veya sosyal yaşamını olumsuz etkileyebilmektedir (25). Ameliyat sonrası takip ve bakımın uzun dönem etkileri değerlendirmeyi de içermesi ve hedefe yönelik destekleyici bakım sağlaması önerilmektedir (39).

2.3. Yaşam Kalitesi

Kolorektal kanser tedavisi, hastanın yaşam kalitesi üzerinde etkisi olabilecek çeşitli yan etkilere neden olabilmektedir. Kolorektal kanser cerrahisi sonrası kanama, anastomoz kaçağı, postoperatif ileus, enfeksiyon, yara komplikasyonları, bağırsak tıkanıklıkları, üriner disfonksiyon, derin ven trombozu, diyare, kostipasyon, fekal inkontinans, stoma komplikasyonları, seksüel disfonksiyon, fistüller, anastomozda darlık, kronik perineal ağrı, LAR sendromu, perineal herni gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir (3,4,46,47). Ameliyat sonrası veya taburculuk sonrası yaşanan komplikasyonlar hastaların iyileşme sürecini ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilemektedir.

Kemoterapi ve radyoterapiye bağlı yan etkiler de hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Teker ve arkadaşlarının çalışmasında kolorektal kanserli

hastalarda palyatif kemoterapi kognitif fonksiyon, iştah kaybı ve bulantı/kusma skorlarını olumsuz etkilediği saptanmıştır (5). Walmin ve arkadaşlarının rektum kanseri tedavisinden 24 ay sonrasında sağ kalanların yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada yaşam kalitesinin cinsiyete göre değişmediği, sağlıklı popülasyona göre yaşam kalitesinin düşük olduğu belirlenmiştir. Düşük yaşam kalitesi için risk faktörleri arasında üriner, bağırsak ve stoma fonksiyonlarıyla ilgili problemler, cinsel problemler, psikolojik problemler (depresif ruh hali, olumsuz müdahaleci düşünceler), tanı aşamasında komorbidite varlığı, neoadjuvan radyoterapi ve tanıdan 24 ay sonra rektum kanseri nüksü olması bulunmuştur (48). Malcolm ve arkadaşlarının uzaktan takip edilen kolorektal kanserli sağ kalanlarda yaptıkları çalışmada kadın ve stomalı sağ kalanların yaşam kalitesi puanının daha düşük olduğu, sağ taraflı rezeksiyon uygulananlarda sol taraflı rezeksiyonlara kıyasla daha düşük yaşam kalitesi puanı ve daha yüksek ağrı şiddeti olduğu bildirmiştir (49). Faury ve arkadaşlarının stoma durumlarına göre yaşam kalitesini ve yorgunluğu inceledikleri çalışmada sağ kalanların sağlıklı popülasyona kıyasla yaşam kalitesi puanının daha düşük olduğu, stoması kapatılanların fiziksel yaşam kalitesi puanının stoması olmayanlardan daha düşük olduğu, yorgunluk semptomunun tanıdan iki yıl sonra bile sağ kalanları etkilediği bulunmuştur (50). Röhl ve arkadaşlarının kemoterapi alan kolorektal kanserli hastalarda yaptıkları çalışmada bozulmuş fiziksel yaşam kalitesinin, psikolojik semptom yükü ve uyuşma/karıncaalanma ile önemli ölçüde ilişkili olduğu, bozulmuş mental yaşam kalitesinin, fiziksel semptom yükü, kadın cinsiyet, genç yaş ve cinsel ilgi sorunları ile ilişkili olduğu bulunmuştur (51). Drury ve arkadaşlarının çalışmada sağ kalanların üçte ikisinden fazlasının karşılanmayan bilgi gereksinimleri olduğunu veya sosyal zorluklar yaşadığı bildirmiştir. Daha fazla sosyal zorluk, daha düşük yaşam kalitesi boyutları ile ilişkili olduğu, karşılanmayan bilgi gereksinimleri ve belirlenmiş bir hemşireye erişimin olmaması daha düşük duygusal iyilik hali ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Sağ kalanların %40'ı bakımın sürekliliğinden biraz memnuniyetsizlik bildirmiştir. Bakımın sürekliliğinden daha düşük memnuniyet düzeyi, daha kötü fiziksel, sosyal, fonksiyonel durum ve genel yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (52).

2.4. Cinsel Fonksiyon

Cinsellik bireylerin yaşamının önemli bir parçasıdır. Dünya Sağlık Örgütü cinsel sağlığı sadece hastalığın ve cinsel disfonksiyonun olmaması değil bireyin cinsellikle ilgili fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal iyilik hali olarak tanımlanmaktadır (53). Cinsel fonksiyonları tedavi ile ilişkili faktörler (ameliyati tipi, neoadjuvan veya adjuvan radyoterapi/kemoterapi) ve psikososyal faktörler (geçmiş travmaları, duygu durumu, eşiyile ilişki durumu, eşiyile iletişimi) direkt veya indirekt olarak etkilediği bilinmektedir. Pelvik cerrahi cinsel organları uyaran sempatik ve parasempatik sinirlerde travmaya neden olabilmekte, damar yapılarına zarar verebilmekte ve direkt cinsel fonksiyonları etkileyebilmektedir. Parasempatik sinir hasarı ereksiyon problemlerine, sempatik sinir hasarı ise ejakulasyon problemlerine neden olabilmektedir. Sempatik innervasyonun (superior hipogastrik plexus sinirleri) bozulması erkeklerde ejakulasyon bozukluğuna, kadınlarda vajinal kuruluk ve orgazm problemlerine neden olabilmektedir. Parasempatik innervasyonun (pelvik splanik plexus sinirleri) bozulması erkeklerde erektile disfonksiyona, kadınlarda klitoral/labial şişkinliğin, vajinal lubrikasyonun ve uyarılmanın azalmasına neden olabilmektedir. Yapılan geniş eksizyonlar nedeniyle kadınlarda vajina kısalmakta, skar dokusu oluşmakta, esneklik kaybolmakta ve daralma meydana gelmektedir (54–56).

Sörensson ve arkadaşlarının rektum kanserli hastalarda (n=920) cinsel fonksiyonları incelediği kohort çalışmasında; ameliyat sonrası birinci yılda (n=394) kadınlarda seks hakkında düşünenlerin (pre %33, post %37) sayısında hafif artış, seksi önemli bulanların (pre % 31, post %29), geçen ayda partneriyile seks yapma girişiminde bulunanların (pre %24, post %20), geçen ayda en az 1-2 kez cinsel ilişki girişiminde bulunanların (pre %29, post %25), seks hayatından memnun olduğunu söyleyenlerin (pre %75, post %70) sayısında azalma olduğu saptanmıştır (57). Ameliyat sonrası birinci yılda (n=693) erkeklerde seks hakkında düşünenlerin (pre %59, post %74), seksi önemli bulanların (pre %49, post %58) sayısında artış, geçen ayda partneriyile seks yapma girişiminde bulunanların (pre %41, post %37), geçen ayda en az 1-2 kez cinsel ilişki girişiminde bulunanların (pre %41, post %34), seks hayatından memnun olduğunu söyleyenlerin (pre %64, post %56) sayısında azalma olduğu saptanmıştır (57). Aynı yaştaki referans popülasyonla karşılaştırıldığında, kadın ve erkek rektum kanserli hastaların genellikle seks hakkında daha az düşünceye

sahip olduğu, seksi daha az önemli bulduğu ve daha düşük cinsel aktiviteye sahip olduğu saptanmıştır (57).

Stulz ve arkadaşlarının sistematik incelemesinde erektil disfonksiyon oranı %44-78, boşalma sorunları %22-47, vajinal kuruluk %28 ve disparoni %9-27 oranında saptanmıştır (58). Bregendahl ve arkadaşlarının çalışmasında (n=516) rektum kanseri tedavisi sonrası kadın hastaların %72'sinde vajinal kuruluk, %53'ünde disparoni ve %29'unda vajinal daralma meydana geldiği, %69'unun cinsel istek düzeyinin az olduğunu/hiç olmadığını bulunmuştur (59). Towe ve arkadaşları tarafından yapılan sistematik incelemede eksizyon tipi ve cerrahi tekniğin cinsel disfonksiyon riskini güçlü bir şekilde etkilediği, daha geniş ve küratif ameliyatların aksine daha yeni sinir koruyucu tekniklerin daha iyi cinsel sonuçlarla ilişkili görüldüğü görülmüştür (55). Adjuvan radyoterapi, cerrahi rezeksiyon ile kombine edildiğinde cinsel sağlığı olumsuz etkilemektedir. En yaygın postoperatif cinsel problemler erkeklerde erektil disfonksiyon, ejakülasyon disfonksiyonu ve disorgazmi, kadınlarda disparoni ve lubrikasyon azalması olarak bildirilmektedir (55). Stulz ve arkadaşlarının sistematik incelemesinde kolon kanserinin cinsel fonksiyonları etkilediği, hastaların cinsel tatmin ve cinsel ilişki sıklığının önemli ölçüde azaldığı, cinsel problemlerin (istek, heyecan, doyum veya zevk bozuklukları) sıklığında artış olduğu görülmüştür (58).

Erkek cinsiyet, ileri yaş, anksiyete/distres ve komorbid hastalıkların cinsel sorunların gelişme riskini arttırdığı, ayrıca partner ile ilgili ilişkisel ve iletişim sorunların stres oluşturduğu ve hastaların cinsel sağlığını olumsuz etkilediği belirtilmektedir (58). Yaş, hem cinsel fonksiyon hem de cinsel tatmin için kötü bir prognostik faktör olduğu, yaşlı erkeklerin genç erkeklere göre daha fazla erektil disfonksiyon ve empotans yaşadığı, yaşlı kadınların genç kadınlara göre daha fazla lubrikasyon bozukluğu yaşadığı bildirmektedir (58). Stoma varlığının tüm cinsel sorunları arttırdığını ve cinsel tatmini azalttığını, hastaların tanı öncesi tıbbi öyküsü, parnerle ilişkisinin kalitesi ve önceden var olan cinsel sorunların hastalık sırasında ve sonrasında cinsel disfonksiyon görülme riskini arttırdığı belirtilmektedir (58). Partnerle olan ilişkinin kalitesi hastaların cinsel sorunlarını büyük ölçüde etkilediği, parnerler arası duygusallıkta azalma, birbirinden kaçınma ve iletişim eksikliği cinsel problemleri arttırdığı belirtilmektedir (58). Hastalarda anksiyete ve depresif belirtiler varlığında cinsel aktivite azalmakta ve cinsel sorunlar artmaktadır. Tersine, iyi bir

fiziksel, finansal ve sosyal yaşam kalitesinin cinsel sorunların azalması ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (58).

Thyo ve arkadaşlarının kolorektal kanserli kadınlarda (n=2402) cinsel fonksiyonları inceledikleri çalışmasında; genel olarak, rektum kanserli hastaların kolon kanseri hastalarına kıyasla daha fazla cinsel inaktivite ve problem bildirdiği, ancak radyoterapi alan ve kalıcı stomalı hastalar hariç tutulduğunda herhangi bir cinsel fonksiyon alanında fark olmadığı bulunmuştur (60). Kalıcı stoma, kolon ve rektum kanseri hastalarında cinsel inaktivite, disparoni, vajinal kısılması/daralması ve genel cinsel disfonksiyon ile ilişkili bulunmuştur. Rektum kanseri hastalarında radyoterapiye maruz kalma, genel cinsel disfonksiyon olasılığını artırdığı ve disparoni ile ilişkili bulunmuştur (60). Bregendahl ve arkadaşlarının çalışmasında preoperatif radyoterapi almanın vajinal daralma, disparoni, isteksizlik ve cinsel aktivitede azalma ilişkili olduğu saptanmıştır (59). APE uygulanan hastalarda disparoni riskinin daha yüksek olduğu, LAR sonrası bağırsak disfonksiyonu, üriner disfonksiyon mesane depolama güçlükleri, inkontinans semptomları, ve cinsel istek, cinsel aktivite ve cinsel tatmin düzeyinde azalma ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (59).

Laurberg ve arkadaşlarının kolorektal kanserli erkeklerde (n=4.334) ameliyat sonrası erektil disfonksiyonu inceledikleri kohort çalışmasında; erektil disfonksiyonun düzeyinin kolon ve lokal rezeksiyona kıyasla rektal rezeksiyon yapılan hastalarda daha yüksek olduğu, stoma ve radyoterapi almanın erektil disfonksiyon için bağımsız risk faktörleri olduğu bulunmuştur (61). Stoma hastalarında erektil disfonksiyon ve kötü beden imajı daha sık bildirilmiştir (49). Sörensson ve arkadaşlarının rektum kanserli hastalarda cinsel fonksiyonları incelediği kohort çalışmasında kadınların %57'si (n=38), erkeklerin %62'si (n=93) stoma nedeniyle cinsel aktivite sırasında utandığı bulunmuştur (57).

Kadınların %76'sı, erkeklerin %69'u bir yıllık takipte tedaviden sonra olası cinsel disfonksiyonlar hakkında herhangi bir bilgi almadığını, kadınların %4'ünün ve erkeklerin %14'ünün cinsel disfonksiyonlar için medikal yardım istediği belirlenmiştir (57). Stone ve arkadaşlarının çalışmasında kolon ve rektum kanserli hastalara dört oturum telefonla danışmanlık yapılmıştır. Girişim sonrası dördüncü ayda hastaların cinsel fonksiyon düzeyinde bir iyileşme sağlandığı fakat sekizinci ayda cinsel

fonksiyon düzeyinde azalma olduğu bulunmuştur (62). Kolorektal kanserli hastalarda cinsel problemlerin çözümünde telefonla danışmanlık, eğitimsel materyaller, pskoeğitim oturumları, davranışsal başa çıkma becerilerinin öğretilmesi, seks ve çift/evlilik terapisi teknikleri veya bunların kombinasyonu gibi yöntemler kullanılmıştır (63).

2.5. Perioperatif Hasta İzlemi

Sağ kalanlar sağlık profesyonellerinden uygun destek ve bakım aldıklarında, daha güçlü bir bakım devamlılığı duygusu kazanmakta, kanserin fiziksel sonuçlarıyla yaşama ve bakımını kendi kendilerine yönetebilme konusunda başa çıkma stratejileri geliştirmektedir (25). Drury ve arkadaşlarının çalışmasında sağ kalanların çoğunun (% 80) belirlenmiş bir sağlık uzmanına erişime sahip olduğu, birinci basamak (% 76) veya toplum (% 61) tabanlı sağlık hizmetine kıyasla hastanede alınan destekten (% 95) daha sık memnun kaldığı belirlenmiştir (52). Bakıma erişimin yetersiz olduğu durumlarda, sağ kalanlar çeşitli fiziksel, psikolojik ve sosyal gereksinimleri için aile üyeleri, sosyal ağlar, kanser akran grupları, gönüllü kanser destek hizmetleri ve çevrimiçi kaynaklar dahil olmak üzere sağlık hizmetleri sisteminin ötesinde alternatif bilgi ve destek kaynakları aramaktadır (25). Sosyal ağların üyeleri, sağ kalanın bakımı hakkında uygunsuz önerilerde bulunarak veya bilgisizce kendi kendine yönetim stratejileri önererek sağ kalanların iyileşme sürecini olumsuz etkileyebilmektedir (25). Hastalara taburculuk sonrası gerektiğinde hangi sağlık profesyoneliyle ve nasıl iletişim kurulacağına dair yetersiz bilgi verildiği ve bu durumun hastanın taburculuk sonrası yüksek kaliteli bakım almasının önündeki önemli bir engel olduğu belirtilmektedir (64). Taburculuk sonrası izlemin yetersiz olduğu, verilen bilgilerin yetersiz olduğu, bakımın devamlılığının yetersiz olduğu ve hastaların gereksinimi olduğunda sağlık profesyonellerine ulaşmada problem yaşadığı bulunmuştur (65). Hastaların ameliyat sonrası kanserle ilgili endişeleri olduğunda %33'ünün onları birebir izleyen bir hemşire veya doktora erişemediği, %86'sının sosyal zorluklar yaşadığı ve %82'sinin gönüllü kanser destek gruplarına erişim imkanı olmadığı bulunmuştur (25). Hastaların tanıdan yaşam sonuna kadar devam eden tedavi ve sağ kalım sürecinde hastayı birebir izleyen uzman sağlık profesyonellerinden doğru bilgi ve desteği alması bütüncül bakımın devamlılığının sağlanması açısından önemlidir.

Amerikan Kolon ve Rektum Cerrahları Derneği kolon veya rektum kanseri rezeksiyonu sonrası sağ kalanlar için bir sağ kalım bakım planı oluşturulmasını önermektedir. Bu sağ kalım bakım planının tedavi özetini, izlem planı ve tedaviyle ilişkili yaygın geç ve uzun dönem yan etkiler hakkında bilgiyi içerecek şekilde hazırlanması önermektedir. (Kanıt Düzeyi:1B) Kolon veya rektum kanseri tedavisini tamamladıktan sonra, hastalar özellikle psikososyal morbidite (örn., olumsuz yaşam tarzı davranışları, bilişsel işlev bozukluğu veya strese neden olan kanser tekrarlama korkusu) açısından değerlendirilmesi ve uygun tedavisi önerilmektedir. (Kanıt Düzeyi:1B) Sağ kalanların fonksiyonel bozulmalar (örn., periferik duysal nöropati ve bağırsak, idrar ve cinsel fonksiyon bozukluğu) dahil olmak üzere tedaviye bağlı geç ve uzun dönem semptomlar açısından değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi önerilmektedir (Kanıt Düzeyi:1B) (66). Mollica ve arkadaşlarını 27 ülkeden katılımcıyla yapılan görüşmelerde kolorektal ve meme kanseri sağ kalanları izlem programlarını inceledikleri çalışmada beş ülkenin hemşire yönetiminde izlem programı, 21 ülkenin psikososyal destek, 15 ülke öz-yönetim, 13 ülke yaşam tarzı değişikliği konularında sağ kalanlara destek ve kaynak sağlandığı belirlenmiştir (67).

Son yıllarda hastaların eğitim, bakım ve izleminde uzman hemşire yönetiminde kliniklerin oluşturulması önerilmektedir. Chan ve arkadaşlarının sistematik incelemesinde hemşire liderliğindeki bakım ve izlemin, hastaların semptom yükü, öz-yönetim ve davranışsal sonuçlar, hastalığa özgü göstergeler, memnuniyet düzeyi, yaşam kalitesi ve sağlık hizmeti kullanımı dahil olmak üzere bir dizi parametrede daha iyi sonuçlar gösterdiği saptanmıştır. Hemşire liderliğindeki bakım ve izlem güvenli ve uygulanabilir bir bakım modeli olduğu, sağlanan uygun eğitim ve destekle, hemşire liderliğindeki bakım, hekim liderliğindeki bakım veya kronik koşulları yönetmek için standart bakım ile karşılaştırıldığında sağlıkla ilgili yaşam kalitesi açısından daha iyi sonuçlar üretebileceği bildirilmiştir (68).

Uzman hemşire yönetiminde hasta bakım ve izlem programları yüz yüze görüşme, telefonla görüşme, mobil uygulamalar, web tabanlı uygulamalar, video konsültasyon destekli uygulamalar, bilgi paketleri (DVD, kitapçık, broşür vb) kullanımını veya bunların miks tipini içeren kapsamlı bir yöntemdir (69–71). Perioperatif süreçte hasta eğitiminde ve bakımında broşürler, grup danışmanlığı, bireysel danışmanlık, psikoterapi yöntemleri, destek grup oturumları, web tabanlı

eğitim, video destekli eğitim vb yöntemler kullanılmaktadır (69–71). Hemşire liderliğinde izlem ve bakım hastaların geleneksel bakım tarafından karşılanmayan gereksinimlerini karşılamak için daha başarılı bir hizmet sağlayabilmektedir. Hasta gereksinimlerin karşılanmasında birçok farklı yöntem tek başına veya komine olarak kullanılabilir (71).

Walker ve arkadaşlarının perioeratif bakımda kullanılan dijital öğrenme platformlarını araştırdıkları sistematik incelemede E-öğrenme (%31), web tabanlı öğrenme (%27), online görsel hastalar (%12), online klinik yöntemler (%12), mobil/tablet öğrenme programları (%15) ve interaktif DVD'lerin (%4) kullanıldığı belirlenmiştir (72). Naik ve arkadaşları kolorektal kanserli sağ kalanlarda yeniden yatışları önlemek için üç basamaklı taburculuk uyarı metinleri geliştirmiştir (73). Murchie ve arkadaşlarının kanserden sağ kalanların izlem tercihlerini inceledikleri çalışmasında (n=668) sağ kalanların kanser izleminde danışmanla yüzyüze görüşmeyi tercih ettikleri, bakım sürekliliği, diyet önerileri ve birebir danışmanlık olduğu sürece uzman hemşireden danışmanlık almaya istekli olduğu, uzun süren görüşmeleri istedikleri bulunmuştur. Telefon, web tabanlı ve grup danışmanlığı çok arzu edilmeyen tercih olduğu, kolorektal kanserli sağ kalanların (n=165) sürekli bakım için alternatif danışman görmek istedikleri, uzman hemşire yönetiminde izlemin çekici olduğu belirlenmiştir (74). Hemşire yönetiminde klinik uygulamasıyla kanser rekürrenslerinin daha erken saptandığı, cerrah ile görüşmesi gereken hasta sayısının azaldığı, disiplinler arası bilgi alışverişi ve etkileşimin sağlanarak gereksinimlerin zamanda karşılandığı, bakımın koordinasyonunun ve bütüncül bakımın sürekliliğinin sağlandığı, hemşire tarafından hasta ve ailesine de bakım ve destek verildiği, tedavi ve bakımdan hasta memnuniyetinin arttığı bulunmuştur (75). Uzman klinik hemşire yönetimindeki girişimlerinin, palyatif bakım gereksinimleri olan hastaların hastaneye yatışları, yeniden hastaneye yatışları, hastanede kalış süresi ve sağlık bakım maliyetleri gibi belirli kaynak kullanımını azaltmada etkili olabileceği bildirilmiştir (76).

Telefonla Danışmanlık

Telefonla izlem, hastaneden eve güvenli geçişi sağlamayı ve ayrıca hastaların evde nasıl iyileştiğini incelemeyi amaçlamaktadır. Literatürde telefonla izlem zamanı ve süresi hakkında spesifik öneriler bulunmamaktadır (77). Taburculuk sonrası

telefonla arama 1-2 hafta içinde başlamakta ve çoğunlukla 1-2 hafta aralıklarla devam etmektedir. Arama sıklığı hasta gereksinimlerine göre artabilmektedir (77-79). Telefonda görüşme süresi 5-30 dk arasında değişmektedir (80). Burch çalışmasında telefon görüşmelerinin ameliyattan 4 hafta sonra, ideal olarak hastaneden taburcu olduktan 2 hafta sonra yapmıştır (77). Schmidt ve arkadaşlarının çalışmasında taburculuk sonrası iki ay boyunca haftalık telefon görüşmesi yapılmıştır (81). Mole ve arkadaşlarının çalışmasında 2012-2013 yılları arasında ameliyat olan hastaların son beş yıl içindeki telefonla takip görüşme medyan sayısı 13 (9-16) olarak bulunmuştur (82). Sussman ve arkadaşlarının çalışmasında iki ay süresince hastaları arama medyan sayısı altı olarak belirlenmiştir (79).

Telefon görüşmeleri hastanın sağlığını, beslenmesini, hareketliliğini, ağrısını, semptomlarını, öz bakım yeteneğini, günlük yaşam aktivitelerini, evde bakımını, ilaçlarını ve takip randevularını değerlendiren sorulardan oluşmaktadır (80). Telefon görüşmesinde diyet, hareketlilik, ağrı, yara iyileşmesi, bağırsak veya stoma fonksiyonları gibi semptomların varlığı, herhangi bir sağlık uzmanıyla temas veya iletişim değerlendirilmekte (77), tedavi ilişkili yan etkiler sorgulanmakta ve hastaların soruları yanıtlanmaktadır (83). Ayrıca, hastaların evde sorunlarla ne kadar iyi başa çıktıklarını belirlemek, bildirdikleri sorunları ele almak ve telefonda önerilerde bulunarak gelecekteki sorunların oluşmasını önlemek ve değerlendirmek için sorular sorulmaktadır (77). Telefonla izlemde cinsel konular, beslenme, diyet, yara bakımı, ağrı, enfeksiyon, bağırsak fonksiyonları, stoma bakımı, stoma komplikasyonları, enerji eksikliği, fiziksel aktivite, dışarıda hareket etme, araba kullanma ve kemoterapi yan etkileri ile ilgili konularda eğitim ve danışmanlık verilmektedir (26,77,84). Sussman ve arkadaşlarının çalışmasında hemşireleri tarafından hastalara sıklıkla danışmanlık verilen konular; kapsamlı sağlık değerlendirmesi (%94), sağlık eğitimi ve koçluğu (%88), devam eden yeniden değerlendirmeler (%55), duygusal destek (%52) ve semptom yönetimi %27) konularıdır (79).

Telefonla izlem bir ay, iki ay, üç ay, altı ay boyuncu veya bazı merkezlerde sürekli devam etmektedir (77-79). Mole ve arkadaşlarının çalışmasında, merkezlerinde tedavisi yapılan kolorektal kanser hastalarını uzman iki hemşire tarafından 20 yıldır telefonla ameliyat sonrası izledikleri belirtilmiş, tele izlemin hastane ve tedaviye bağlı maliyeti azalttığı, hastaların daha az semptom yaşadıkları,

komplikasyon oranını azaldığı ve metastazların daha erken saptandığı bulunmuştur (82).

Telefon izlemin sağlık ekonomisi, sağlıkta eşitlik ve tarama protokollerine bağlılık açısından faydaları, uzun dönemde kolorektal sürveyansında özel rolünü desteklemektedir (85). Browning ve arkadaşlarının çalışmasında hemşire yönetiminde telefonla danışmanlığın kolorektal kanserli hastalara ortalama tanı koyma süresini 25 gün azalttığı, tedavi süresini ortalama 19 gün azalttığı ve geleneksel iki hafta bekleme protokolüne alternatif olarak bulunmuştur (86). Yassin ve arkadaşlarının çalışmasında (n=1156) telefonla hemşirelik danışmanlığının (7 gün) kolorektal kanserli hastaların medikal ve psikososyal sorunlarına çözüm bulduğu, komplikasyonların (dehidratasyon ve elektrolit dengesizliği) erken tanılanmasında ve girişimlerin erken başlatılmasında etkili olduğu ve hastaların yaşam kalitesini arttırdığı bulunmuştur (87). Kotronoulas ve arkadaşlarının kolorektal kanserli kemoterapi alan hastalarda uzman kolorektal kanser hemşiresi yönetiminde hasta merkezli sonuçların konsültasyonu kullanılarak verilen danışmanlığın hastaların karşılanmamış gereksinimlerini, fiziksel, günlük yaşam ve psikosoyale gereksinimleri azalttığı bulunmuştur (88). Reb ve arkadaşlarının kolorektal ve akciğer kanserli sağ kalanlara kendi kendine yönetim bakım programının etkinliğini inceledikleri çalışmasında hastaların karşılanmamış gereksinimlerini azaltmada etkili olduğu bulunmuştur (89). Taylan ve Aksoy'un çalışmasında telefon danışmanlığın ameliyat sonrası ilk 10 hafta stomalı hastalarda stomaya uyum ve yaşam kalitesinin artmasında etkili olduğu saptanmıştır (90).

Literatürde uzman hemşire tarafından telefonla izlem hakkında hastaların görüşleri incelenmiş ve hastaların uygulamadan memnun oldukları, bakımın devamlılığının sağlandığı, ulaşılabilir kişiselleştirilmiş bakım ve doğru bilgi aldıklarını belirttikleri bulunmuştur (78,85,91). Mole ve arkadaşlarının çalışmasında kolorektal kanserli hastalar ameliyat sonrası hemşire tarafından telefonla izlenmiştir. Ameliyat sonrası iki yıl boyunca hastalar uzman hemşirelerden aldıkları bakımdan memnun olduklarını, aynı zamanda bakımın sürekliliğinin arttığını, erişim kolaylığı ve rahatlığı sağladığını belirtmiştir (82). Suh ve arkadaşlarının yaptığı meta analiz çalışmasında onkoloji bakım ortamında hemşire tarafından uygulanan telefon görüşmeleri girişiminin, hastalarda kanser semptomlarını ve duygusal stresi azalttığı,

öz bakım becerilerini ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi iyileştirmede etkili olduğunu bulmuştur (92).

2.6. Kültürlerarası Ölçek Uyarlama

Kültürlerarası uyarlama çalışmalarında orijinal ölçeğin uyarlama yapılacak toplumun kültürüne, diline ve kullanımına uygunluğunun belirlenmesi gerekmektedir (93–95). Geçerlik, bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı niteliği ne ölçüde ölçebildiği ve ölçülmeye çalışılan niteliği başka herhangi bir nitelikle karıştırmadan doğru ölçebilme derecesidir. Güvenirlilik Ölçüm aracından elde edilen sonuçların kararlılık göstermesi ve uygulamadan uygulamaya belirgin bir değişim göstermemesidir (96). Güvenilir bir ölçek her zaman geçerli olmayabilir. Bu nedenle geçerlik katsayıları güvenilirlik katsayılarıyla birlikte değerlendirilmelidir (97,98). Kültürlerarası ölçüm aracı uyarlamaya başlamadan önce orijinal ölçüm aracını geliştiren araştırmacılardan izin alınarak sürece başlanması önerilmektedir (99,100).

2.6.1. Geçerlik Yöntemleri

Dil Geçerliği

Orijinal ölçeği geliştiren yazarlardan izin alındıktan sonra dil geçerliği için çeviri, çevirilerin sentezi, uzman paneli, geri çeviri, geri çeviri incelemesi ve pilot uygulama ile sağlanmalıdır (95).

Çeviri, ölçeğin orijinal dilden hedef dile çevrilmesidir. Ölçeğin gönderildiği çevirmenlerin her iki dili iyi düzeyde bilen, ana dili hedef dil (Türkçe) olan, birbirinden bağımsız çalışan en az iki kişi tarafından yapılması önerilmektedir. Çevirmenlerin tercihen çevirisi yapılan ölçeğin terminolojisine tanıdık ve ilgili konuda görüşme/veri toplama deneyimi olan sağlık profesyonellerinin olması önerilmektedir (93–95,99). Ayrıca yine çevirmenlerden birisinin alanda çalışan olması diğerinin farklı bir disiplinden olması istenmektedir. Çevirmenlerin birisi ölçeğin yapısı ile ilgili bilgilendirilmiş, diğeri bilgilendirilmiş veya bilgilendirilmemiş olabilir (93,101). Hedef dile çevrilen birden fazla çeviri birbiriyle karşılaştırılır. Anlamsal, deyimsel, kavramsal, dilsel ve bağlamsal farklılıklar incelenerek çevirilerin sentezinin yapılır ve tek bir forma dönüştürülür (93,95,101).

Geri çeviri, tek form haline getirilen çevirinin tekrar orijinal dile çevrilmesidir. Geri çeviri sürecinin ana dili orijinal dil olan, çevrilen dili de bilen, ölçüm aracını daha önce görmeyen/bilmeyen, bağımsız en az bir çevirmen tarafından yapılması önerilmektedir (94,101,102). Geri çeviride dilsel eşdeğerlik yerine kavramsal ve kültürel eşdeğerlik üzerine odaklanılır (94). Geri çeviri tamamlandıktan sonra ölçeğin hem orijinal formu hem de hedef dildeki formun birbirleri ile uyumu karşılaştırılır (93,101). Borsa ve arkadaşları geri çeviri aşamasını uzman paneli ve pilot uygulamadan sonra önermektedir (103).

İçerik/ Kapsam Geçerliliği

İçerik geçerliği, bir bütün olarak ölçeğin ve ölçekteki her bir maddenin amaca ne derece hizmet ettiğidir. İçerik geçerliliği ölçüm aracını oluşturan ifadelerin ölçeğin ölçmek istediği özelliği yeterince temsil edebilmesi ya da kapsaması anlamına gelmektedir. İçerik geçerliği için uzman görüşü alınır (104). Uzman görüşü bazı kaynaklarda geri çeviriden sonra önerilmekle birlikte (105), Dünya Sağlık Örgütünün önerisi çeviriden sonra yapılmasıdır (94). Uzman görüşü alının kişilerin ilgili dilleri, kültürleri, ölçeğin içeriğini ve ölçek uyarlama yöntemlerini bilmesi önerilmektedir (95). Uzmanlar ilgisiz, yetersiz ve belirsiz maddeleri değiştirebilir veya tamamen reddedebilir (94,105). Uzmanlara, çevirilerin tutarlı olup olmadığını değerlendirmeleri için orijinal hali, çeviriler, ölçeğin puanlama şekli, varsa ölçeğin diğer dillere uyarlanmış makaleleri, ölçeğin kullanıldığı çalışmalar, ölçeği tanıtan bir yazı gibi ek kaynaklar da ayrıca sunulmalıdır (94,95). Uzman panelinin kimlerden oluştuğunun raporlanması önerilmektedir (94,106). En az 3 en fazla 40 uzmandan gelen görüşler arasındaki uyum yüzdesi ile Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGİ) hesaplanmaktadır. Uzmanlar her bir madde için değerlendirme yapmaktadır. Uzmanların görüşü Davis, Lawshe veya Polit ve Beck tekniği gibi çeşitli tekniklerle alınabilir. Polit ve Beck tekniğinde maddeler; “4: uygun”, “3:madde hafifçe gözden geçirilmeli”, “2:madde ciddi olarak gözden geçirilmeli” ve “1:madde uygun değil” şeklinde dörtlü derecelendirilmektedir. Bu teknikte, 3 ve 4 seçeneklerini işaretleyen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek maddeye ilişkin Kapsam Geçerlik Oranı (KGO) elde edilir. KGO ortalaması alınarak KGİ elde edilir. İçerik geçerliğinde önerilen hesaplanan her maddenin KGO’nın 0.78’den büyük ve KGI ’nin 0.90’dan büyük olmasıdır (107).

Görünüş/yüzeysel Geçerlik

Ölçme aracının neyi ölçtüğünü değil de neyi ölçer göründüğünü belirtmektedir. Bir ölçüm aracının ölçmek istediği özelliği ölçüyor gözükmesidir (97). Pilot uygulama/örneklem olarak da ifade edilmektedir. Pilot örneklemdaki katılımcıların her maddeyi okuduğunda ve yanıtlarken maddelerin açıklığı ve anlaşılabilirliği ile ilgili geri bildirimleri alınır. Geri bildirimler değerlendirilerek gerekli düzeltmeler yapılır ve ölçüm aracının son şekli oluşturulur (93,96). Pilot örneklem grubunun özellikleri (yaş aralığı, eğitim düzeyi, cinsiyeti gibi) orijinal ölçeğin hedef grubu ile benzer özellikte olmalıdır. Pilot uygulama için amaçlı örnekleme yapılmalıdır. Örneklem seçiminde amaç hedef grubu yansıtacak en uygun katılımcılar seçmek olmalıdır (95,96). Pilot uygulamada ölçüm aracında yer alan madde sayısı <30 ise 50 katılımcı, >30 ise ölçüm aracındaki madde sayısının 2-3 katı katılımcı ile yapılması önerilmektedir (96). Pilot örneklem için 30-40 kişi olmasını öneren kaynaklar da bulunmaktadır (95,102). Pilot uygulamada yer alan katılımcıların tanımlayıcı özellikleri ve sayılarının da raporlanması önerilmektedir (94).

Yapı Geçerliği

Yapı birbirleriyle ilgili olduğu düşünülen belli öğelerin ya da öğeler arasındaki ilişkilerin oluşturduğu bir örüntüdür. Bir ölçeğin yapı geçerliğini belirleme süreci bir ölçüde, bilimsel kuram geliştirme süreciyle aynıdır (97). Ölçeğin ilgili kavram ya da kavramsal yapının tümünü ölçme yeteneğidir (108). Ölçekten elde edilen sonucun ve bu sonucun ne ile bağlantılı olduğunun açıklanmasını sağlar. Hazırlanan ölçek maddelerinin belirlenen özellikleri ne derece doğru ölçtüğü ile ilgilidir. Yapı geçerliğini değerlendirme yöntemleri; faktör analizi, yapısal eşitlik modellemesi, bilinen grup karşılaştırması, mantıksal analiz/hipotez testi, birleşen ve ayırt eden geçerlik, ölçüt bağıntılı geçerlik, sağlama geçerliği, çok değişkenli/çok yöntem matriks şablonların eşleşmesi teorisi gibi yöntemlerdir (98,108).

Faktör Analizi

Faktör analizi birbiriyle ilişkili çok sayıdaki değişkeni biraraya getirerek kavramsal olarak anlamlı daha az sayıda yeni değişkenler (faktörler, boyutlar) bulmayı ve keşfetmeyi amaçlayan çok değişkenli bir istatistiksel yöntemdir (96). Faktör analizi çok sayıdaki değişkeni belirli sayıda gruplara ayırmak, her grubun içindeki

değişkenler arasındaki ilişkiyi maksimum, gruplar arasındaki ilişkiyi minimum yaparak, grupları yeni değişkenlere dönüştüren bir analiz türüdür. Türetilen bu yeni değişkenlere faktör adı verilir. Faktör analizi uygulanış biçimine ve uygulama amacına göre farklı isimlendirilir. Bunlar en sık kullanılanı açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizidir (96,109,110).

Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA)

Birbirleri ile ilişkili p sayıda değişkenden oluşan veri setinin kovaryans ya da korelasyon matrisinden yararlanarak eşit ya da daha az sayıda ve birbirlerinden bağımsız yeni değişkenler (faktör) belirlemek için yapılmaktadır. Veri setine AFA yapılması için verilerin hatasız toplanmış olmalıdır. Bazı değişkenler sıralı ölçekle ölçülmüş ise metrik ölçümleri bozacak yapıda olmamalıdır. En azından sıralı ölçekli verilerin likert, thurstone ve googman ölçekleri ile ölçülmüş olması gerekir. Değişkenlerin dikotom ölçüm içeriyorsa aralarındaki korelasyonların çok düşük veya çok yüksek olmaması, orta düzeyde (0.25-0.90) olması gerekir. Faktör analizi için veri seti çok değişkenli normal dağılım göstermesi ön koşul değildir. Ancak faktör belirlemede Maksimum benzerlik yöntemi kullanılacaksa ve örnek hacmi küçükse çok değişkenli normal dağılım göstermesi gerekmektedir. Anabilesen ve anaeksen analizinde verilerin doğrusallık koşulunu sağlamalıdır. Faktör skorları hesaplamasında regresyon yaklaşımı tercih edilirse bu koşulun sağlanması zorunludur. Değişkenlerin birbiri arasında orta veya yüksek düzey (0.25-0.90) ilişki olmalıdır (110).

Faktör analizi yapmak için örnekleme madde sayısının 5-10 katı katılımcı alınması önerilmektedir. Örneklem en az 100-200 olmasını öneren kaynaklarda bulunmaktadır. Örneklem büyüklüğü olarak 50 çok zayıf, 100 zayıf, 200 orta, 300 iyi, 500 çok iyi ve 1000 mükemmel olarak nitelendirilmektedir. Örnekleme büyüklüğü faktör sayısı ve evren korelasyon katsayısı büyüklüğüne bağlıdır (96,109,111). Örneklem 200'den az olmasının psikometrik yapıyı ortaya çıkarmak için yeterli olmayabileceği, bir testin faktör yapısını ortaya çıkarmak için 300 ün, ideal olarak 500'ün üzerinde örnek alınması gerektiği vurgulanmaktadır (99).

Veri setinin faktör analizi için uygunluğu korelasyon matrisi, Barlett testi ve Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi ile incelenir. Faktör analizinde korelasyon matrisi incelenir, matriste değişkenler arasında yüksek korelasyon aranır. Korelasyon

matrisinin faktör analizi yapmaya uygun olduğunu incelemek için Barlett testi kullanılır. Barlett testinin istatistiksel olarak anlamlı olması ($p = 0.00$) gerekir. Faktör analizi için örneklem büyüklüğünün yeterli olup olmadığı KMO testi ile değerlendirilir. KMO testi gözlenen korelasyon katsayılarının büyüklüğü ile kısmi korelasyon katsayılarının büyüklüğünü karşılaştırır. KMO değeri <0.50 olması kabul edilemez, 0.50 çok zayıf, 0.60 orta, 0.70 iyi, 0.80 çok iyi ve 0.90 mükemmel olarak değerlendirilir (109).

Faktör analizinde faktörleri çıkarmak için bazı yöntemler kullanılır. Bunlar anabileşenler, en büyük benzerlik, ağırlıksız en küçük kareler, genellenmiş en küçük kareler, aneksen faktörizasyonu, alfa faktörizasyon ve imge faktörizasyon yöntemidir. Bu yöntemler içinde en sık kullanılan anabileşenler ve en büyük benzerlik yöntemidir. En büyük benzerlik yöntemi matriksin çokdeğişkenli normal dağılım göstermesini varsayarken, anabileşenler yöntemi herhangi bir dağılım varsayımı gerektirmez (110). Faktördeki değişkenleri belirlemek için rotasyonlu faktör matriksine bakılır. Faktör yükleri değişkenlerin her faktördeki ağırlığını göstermektedir. Korelasyon katsayısı olan bu değer değişken ile seçilen faktör arasındaki ilişkiyi gösterir. Rotasyonda iki döndürme yöntemi kullanılır. Birincisi orthogonal (90 derece açı ile) döndürme olup elde edilen faktörlerin birbiri ile korelasyonu girmemesi sağlanır. İkincisi oblik (eğik) döndürme olup elde edilen faktörler tamamen bir birinden bağımsız değildir, aralarında ilişki bulunmaktadır. Ortogonal döndürmede varimax, quartimax ve equamax en yaygın kullanılır. Varimax basit yapıya ve anlamlı faktörlere ulaşmada, faktör yükleri matris sütunlarına öncelik verilir. Bu yöntemle az değişkenle faktör varyanslarının maksimum olması sağlanacak şekilde döndürme yapılır. Faktör yükleri birbirine yakın olduğunda en yüksek yük hangi faktörde ise o faktöre dahil edilir (109). Faktör yükü en az 0.30-0.40 olması önerilmektedir (111). Birden fazla faktörde 0.10'dan daha az bir farkla yer alan her hangi bir madde, binişik madde olarak değerlendirildiğinden ölçekten çıkarılması önerilmektedir (109). Ortak varyans (communality) bir değişkenin analizde diğer değişkenlerle paylaştığı varyans miktarıdır. En az 0.70 olması önerilmektedir (111).

Faktör sayısının belirlenmesi için özdeğer, yamaç eğitim testi ve açıklanan varyans kriteri incelenir. Özdeğeri (eigenvalues) bir ve birden büyük olan faktör modele alınır, diğer faktörler modele dahil edilmez. Özdeğer bir faktör tarafından

açıklanan toplam varyansını gösterir. Özdeğer Joliffe kriterine göre 0.7 olarakta alınabilmektedir. Serpilme diagramında (scree test) özdeğerlerin grafiği incelenir ve düşey çizginin yataylaştığı yere kadar olan faktörler dahil edilir. Açıklanan varyans kriterinde ise özdeğerlerin açıkladıkları birikimli varyansın miktarının toplam varyansı tahmin edici bir düzeye gelene kadar faktörler modele alınır (109,110). Faktör analizinde açıklanan varyansın en az %40-60 olması (109), bazı kaynaklarda en az %67 olması (110) önerilmektedir. En az iki faktör oluşturulmalıdır (110). Bir faktörde en az iki madde (111) veya üç-dört madde (109) yer almasını öneren kaynaklarda bulunmaktadır.

Doğrulamalı Faktör Analizi (DFA)

AFA da belirlenen faktörlerin varsayımsal olarak (hipotezle belirlenen) ya da kuramsal (teorik) faktör yapılarına uygunluğunu test etmek için yapılmaktadır. AFA ile belirlenen faktörler ile kuramsal ya da varsayımsal olarak ortaya konan faktörler arasındaki uyum yani yüksek korelasyon olup olmadığı araştırılır. Bu yaklaşım ile geçerliliği ve güvenirliliği kanıtlanmamış ölçeklerin yeni bir ülke veya alanda kullanılabilirliği veya uyarlamaların geçerliliğini kanıtlamak için orijinal ölçekle belirlenen faktörlerin yeni uyarlama alanında geçerliliği test edilir (110). DFA analizinde χ^2/df değerinin 5'ten küçük olması iyi uyum göstergesi olarak kabul edilmektedir (112). Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA) değeri 0.08 - 0.10 arası kabul edilebilir uyum olarak kabul edilmektedir. Bu değerler örneklem büyüklüğüne duyarlıdır ve örneklem sayısı arttıkça değerler yüksek çıkmaktadır (111,113).

Birleşen & Ayırt Eden Geçerlik

Ölçüm aracının bazı değişkenler ile güçlü ilişkisinin olması birleşen geçerlik ve diğer değişkenlerle zayıf ilişkisinin olması ayırt eden geçerlik olarak tanımlanmaktadır (108).

Bilinen Gruplar Karşılaştırması

Araştırmacı, yapının dayandığı kurama bağlı olarak, bir testten anlamlı olarak farklı puan alabilecek grupları belirlerleyerek, ölçme aracını her iki gruba uygular ve gruplar arası farkı değerlendirir. Ölçme sonucunda, özelliği bilinen grup ile bilinmeyen grup arasında fark olması beklenmektedir (108).

2.5.2. Güvenirlilik Yöntemleri

Güvenirlilik bir ölçeğin ölçmek istediği özelliği ne derece tutarlılıkla ve kararlılıkla ölçebildiğinin göstergesidir. Günevilir bir ölçek benzeri şartlarda tekrar uygulandığında benzer sonuçlar verir. Güvenirlilik analizinde maddelerin birbiriyle yakınlık dereceleri incelenerek analiz yapıldığından korelasyon ve kovaryanslar üzerinden işlem yapılır (109). Güvenirlilikte duyarlılık, kararlılık ve tutarlılık olmak üzere üç özellik değerlendirilir. **Duyarlılık** bir ölçme aracının ölçmek istediği özelliği ne kadar hassas olarak ölçtüğüdür. Ölçme birimleri küçüldükçe ölçeğin duyarlılığı da artmaktadır Bu anlamda ölçme aracındaki kullanılan madde sayısının artması ölçeğin ölçülmek istenilen nitelik açısından duyarlılığını arttırdığı söylenebilir (96). **Kararlılık** bir ölçme aracından elde edilen sonuçların Zamana Karşı belirli bir kararlılıkta olmasıdır ölçme aracından elde edilen sonuçların benzer şartlar altında Belli bir zaman sonra tekrar uygulandığında aynı veya bir önceki mi yakın sonucu vermesidir iki ölçüm arasında elde edilen puanların benzeşmesi oranında ölçüm sonuçlarının kararlılığından bahsedilebilir (96). **Tutarlılık** bir özelliğin ya da niteliğin bir ölçme aracı ile birçok kere ölçülmesi sonucu aynı ya da Birbirine çok yakın sonuçları elde edilmesi işlemidir (96).

Test-retest Katsayısı

Test-retest güvenirliliği bir ölçme aracının iki ölçüm arasında tutarlı sonuçlar verme gücü, zamana göre değişmezlik gösterebilme gücünü gösterir. Bu yöntem ölçülen niteliğin değişmez olduğu durumlarda uygulanır. Ölçeğin ölçtüğü nitelik sürekli değiştiği durumlarda kullanılmaz (96,108). Testin tekrarı yönteminde aralıksız veya aralıklı yöntem kullanılabilir. Aralıksız yöntemde ölçek bir gruba aralıksız veya kısa bir dinlenme sonrasında uygulanabilir. (108). Aralıklı yöntemde 2-4 hafta (96,108) veya 1-2 hafta arayla (114) uygulanma önerilmektedir. Aralıklı yöntemde zaman periyodu hastaların soruları hatırlamayı önleyecek şekilde uzun ve yeterli klinik değişimi sağlayacak kadar kısa olmalıdır (114). İki uygulamada da gözlemci/ölçümcü, işlemler, saat ve çevre faktörleri aynı olmalıdır (96,108). Ölçek puanları sürekli bir değişken ve eşit aralıklı (interval) ölçek niteliklerini taşıdığı için güvenirliliğin bulunmasında Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon eşitliği kullanılmalıdır. Korelasyon katsayısı yüksek olsa bile ileri analiz yapılmalıdır. Bunun için her iki

ölçeğin ortalama ve standart sapmaları incelenmelidir. İkinci ölçümde varyans artışı bireylerin duyarlılığının arttığını gösterir (108). İki ölçüm arasındaki korelasyon katsayısının en az >0.70 olması önerilmektedir (96,115).

İç Tutarlılık

Bir ölçüm aracını oluşturan maddelerin birbiri ile uyumlu olmasıdır. İç tutarlılık katsayısının yüksek olması ölçüm aracının puanlarını tesadüfi hatadan aranık olduğunu, ölçülen değişkenin tek boyutlu bir yapıda olduğunu, ölçüm aracını oluşturan maddelerin homojen olduğunu, aynı şeyi ölçtüğünü ve birbiriyle uyumlu olduğunu ve grubun ise heterojen olduğunu gösterir (96). İç tutarlılık değerlendirilmesinde Cronbach alpha katsayısı, Split half katsayısı ve Kuder-Richardson (KR20) katsayısı hesaplanır. ***Cronbach alpha*** bir ölçekteki maddelerin varyanslarının genel varyansa bölünmesiyle elde edilir. Alpha katsayısı ile bir ölçekteki maddelerin belirli gruplar halinde türdeş bir yapıyı oluşturup oluşturmadıkları belirlenmeye çalışılır. Sürekli, aralıklı/ardışık dereceli veya likert tipi ölçeklerde kullanılır (96,109,110). Ölçek 20'den fazla madde sayısı içermeli, örneklem sayısı en az 50 olmalı, ölçekte maddelere verilen puanlar toplanabilir özellikte olmalı, puan değerleri aralıklı ya da yaklaşık aralıklı ölçekli veriler olmalıdır. 0 ile 1 arasında değer alır. Cronbach alpha değerinin yüksek olması maddeler arasında tutarlılığın yüksek olduğunu ve ölçekteki bütün maddelerin aynı özelliği ölçtüğünü göstermektedir. Maddeler arasında negatif ilişki varsa Cronbach alpha negatif çıkmaktadır. Alpha değerinin negatif çıkması güvenilirliğin bozulduğu anlamına gelir (109,110). Cronbach alpha değeri; 0-0.40 ölçek güvenilir değil, 0.40-0.60 düşük güvenilir, 0.60-0.80 oldukça güvenilir ve 0.80-1.00 yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilir (109). Cronbach alpha katsayısı ikili cevaplar içeren maddelerden oluşan bir ölçeğin genel güvenilirliğini değerlendirmekte de kullanılır. Bu durumda hesaplanan Cronbach alpha katsayısı Kuder-Richarson KR20 katsayısı olarak da belirtilir (110). ***Kuder-Richarson katsayısı***; ikili cevaplar içeren maddelerin bulunduğu ölçeklerde iç tutarlılığını ölçen bir katsayıdır. KR20 katsayısı 0 ile 1 arasında değer alır. $KR20 \geq 0.90$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilir (110). ***Split half katsayısı***; ölçekte bulunan bütün soruları ikiye ayırarak bu iki yarım arasındaki ilişkiyi Spearman-Brown korelasyon katsayısı ile hesaplar. Ölçekteki madde sayısının tek veya çift olmasına

göre ayırım yapılmaktadır (96,110). Korelasyon ≥ 0.70 ise ölçek yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilir (96).

Madde Analizi

Bir madde ile diğer maddelerin toplamından oluşan bütün arasındaki korelasyonu inceler. Bu yöntem ele alınan her maddenin bütün içinde eklenebilir özellik taşıyıp taşımadığını belirtmektedir. Madde toplam puan korelasyonu her maddenin ölçülmek istenen özelliği ölçme gücünü gösterir (109,110). Madde-toplam puan korelasyonu en düşük sınırı > 0.20 (115) veya 0.25 (109) alan kaynaklar bulunmaktadır. Madde analizinde korelasyonların negatif olmaması gerekmektedir (109). Madde silinirse Cronbach alpha katsayısı ele alınan madde ölçekten çıkartıldığında güvenirlilik katsayısının değişimini inceler. Madde ölçekten çıkartıldığında Cronbach alpha yükseliyorsa o maddenin ölçekten çıkartılması gerekir (110). Sınıf içi korelasyon katsayısı ile olgular arasındaki değerlerin uyumluluğu değerlendirilir. Ölçek yarımlarının varyansları hem de total varyansın birbirine benzerliliği incelenir (116). Güvenirlilik analizinde modelin uygunluğu Hotelling T^2 , F testi (tek yönlü veya iki yönlü varyans analizi), Friedman testi, Kristof Ki kare ve Cochran ki kare testleri ile değerlendirilir. Sıralama ölçeği için elde edilen veriler için Friedman ki kare testi, ikili biçimindeki veriler için ise Cochran ki kare testi kullanılır. Paralel ve Strict paralel yöntemde uyumluluk Hotelling T^2 , Kristoff ki kare testi ile test edilir. Ölçeğin toplanabilirliği Tukey's Test for Nonadditivity test ile değerlendirilir. Varyans analizi tablosunda (between items) $p < 0.05$ olması ölçümler arasında farklılık olduğunu gösterir. Ölçeğin toplanabilirlik özelliği için; Nonadditivity $p < 0.05$ olması ölçeğin toplanabilir özelliğinin olmadığını göstermektedir. Madde ortalamalarının birbirine eşitliği Hotelling T^2 ile incelenir. Madde ortalamalarının birbirine eşit olup olmaması kavramı, maddelerin kişiler tarafından aynı yaklaşım ile algılanıp algılanmadığını, maddelerin zorluk derecelerinin birbirine eşit olmadığını belirtir. Hotelling T^2 test değerinin $p < 0.05$ olması madde ortalaması arasındaki farklılığın anlamlı olduğunu göstermektedir. Yani en az iki ortalama arasında farklılık vardır. Tepki yanlılığı yoktur (109,110).

I. AŞAMA: METODOLOJİK ARAŞTIRMA

Kanserden Sağ Kalanların Karşılanmamış Gereksinimleri (K-KG) Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Araştırmanın birinci aşaması metodolojik araştırma deseninde yapıldı.

Birinci aşamada kanserden sağ kalanların karşılanmamış gereksinimlerini değerlendirmek için geliştirilen 'The Cancer Survivors' Unmet Needs Measure (CaSUN) ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği ve Genel Cerrahi Polikliniği'nde sürdürüldü. Araştırma literatür tarama ile Haziran 2016'te başlandı ve Temmuz 2021'da sonlandırıldı.

Birinci aşamanın verileri 01.09.2017-21.03.2018 tarihleri arasında veri toplandı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi Polikliniği ve Genel Cerrahi Servisi'ne gelen kanserden sağ kalan hastalar oluşturdu. Örneklem kanser nedeniyle en az üç ay önce ameliyat olan, herhangi bir kanser tedavisini tamamlayan (kemoterapi, radyoterapi veya cerrahi), araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden, bilinci açık olan, kişi, yer ve zaman oryantasyonu olan, işitme ve konuşma sorunu olmayan, Türkçe anlayabilen ve konuşabilen sağ kalan hastalar alındı. Aktif psikiyatrik hastalık tanılı, Demans ve Alzheimer hastalığı tanısı olanlar örnekleme alınmadı. Literatür incelendiğinde; örneklem sayısının ölçekteki madde sayısının 5-10 katı veya en az 100 kişi olması önerilmektedir (109,111,117). Psikometrik özellikleri incelenecek olan CaSUN (Ek 2) ölçeği 35 maddeden oluştuğundan örneklem 350 kanserden sağ kalan hasta alındı.

3.4. Çalışma Materyali

Araştırmada herhangi bir materyal kullanılmamaktadır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Birinci aşamada metodolojik desende olduğundan değişkenler yoktur.

3.6. Veri Toplama Araçları

CaSUN kullanım izni için birinci yazara ulaşamadığından ikinci ve üçüncü yazardan email yoluyla izin alındı (Ek 15). Çalışmaya katılan sağ kalanlardan Bilgilendirilmiş Onam Formu ile izin alındı (Ek 1).

Sosyodemografik özellikler

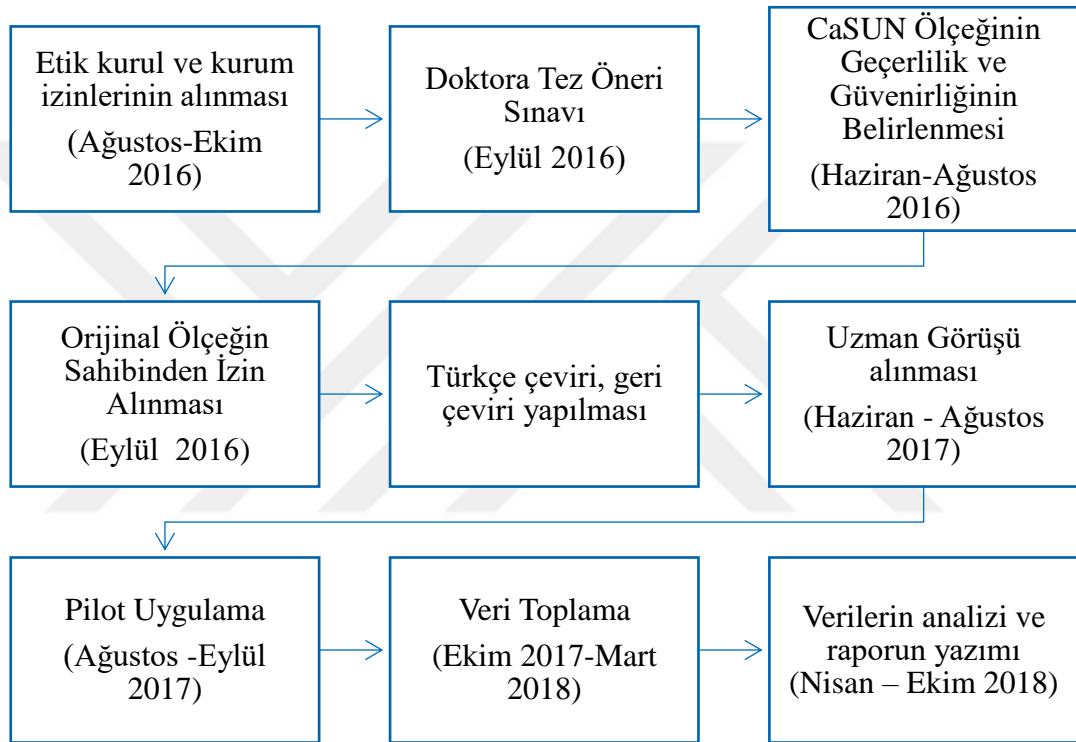
Sağ kalanların sosyodemografik özellikleri hastane kayıtlarından elde edildi. Sosyodemografik özellikler yaş, kanser türü, cinsiyet ve sağkalım süresinden oluştu. Sağkalım süresi ameliyat olduğu tarihten itibaren yaşam süresi olarak hesaplandı. Sağ kalan hastaların ameliyat öncesi medikal tedavi bilgileri (tanı, kemoterapi alma vb.) farklı kurumlarda olabildiğinden dolayı sağkalım süresi için çalışmanın yapıldığı hastanedeki ameliyat tarihi temel alındı.

The Cancer Survivors' Unmet Needs Measure (CaSUN)

Hodgkinson ve arkadaşları tarafından (2007) CaSUN ölçeği kanserden sağ kalanların karşılanması gereken gereksinimlerini belirlemek için geliştirilmiştir (118). CaSUN ölçeği kanserden sağ kalanların fiziksel, cinsel, duygusal, yaşam tarzı/bilgi gereksinimi, ailesel/ilişkisel ve bakımına yönelik karşılanmamış gereksinimlerini kapsamlı olarak değerlendirmek için kullanılan geçerli ve güvenilir ölçeklerden biridir (115). Ölçek beş alt boyut ve 35 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte herhangi bir alt boyut oluşturmayan yedi madde (9, 13, 14, 15, 16, 17, 28) klinik olarak değerlendirilmesinin önemli olduğu kabul edilerek ölçekte bırakılmıştır. Ölçek alt boyutlar dışında altı olumlu değişim maddesi ve bir adet açık uçlu sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin geçerlilik çalışmasında içerik, yüzeysel ve yapı geçerliliği incelenmiştir. Güvenirlilik analizinde iç tutarlılık analizinde Cronbach alpha .96, test-retest güvenirlilik kat sayısı .19 bulunmuştur. Alt boyutların Cronbach alpha değeri .78-.98 arasında bulunmuştur. Ortalama Kappa katsayısı .13 olarak belirlenmiştir. Ölçekteki maddeler karşılanmış gereksinim, karşılanmamış gereksinim, total gereksinim puanı ve/veya gereksinim gücü şeklinde puanlanabilir. Puanlama madde bazında veya alt boyut bazında yapılabilir. Total puan tüm gereksinim maddelerin

toplamından oluşmaktadır. Yüksek puan daha fazla gereksinim olduğunu göstermektedir (0-35). Alt boyut puanı ilgili alt boyuttaki tüm maddelerin toplamından oluşur; alt boyutlar farklı sayıda madde içerdiğinden, ilgili alt boyuttaki ortalama gereksinim sayısı raporlanır. Olumlu değişim maddelerinden ve açık uçlu sorulardan elde edilen veriler niteliksel olarak değerlendirilir. Kesme noktası bulunmamaktadır (118).

3.7. Araştırma Planı



Şekil 1. Araştırmanın Birinci Aşamasının Takvimi

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 24.0 version programı kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. $p < .05$ anlamlı kabul edildi. Kategorik değişkenlerin analizinde sayı, yüzde sürekli değişkenlerin analizinde ortalama ve standart sapma kullanıldı. Güvenirlilik madde analizi (madde toplam puan korelasyonu), iç tutarlılık (Cronbach's alpha) ve test-retest katsayısı ile incelendi. Ölçeğin test-retest analizinde birinci ölçümden iki hafta sonra 20 hastaya ölçek yeniden uygulandı. Hastaların soruları

hatırlama ve gereksinimlerinin değişme riskini azaltmak amacıyla iki hafta zaman aralığı seçildi. İki ölçüm arasındaki ilişki Spearman korelasyon katsayısı ile incelendi. Geçerlilik dil geçerliliği, içerik geçerliliği, bilinen gruplar karşılaştırması ve yapı geçerliliği (açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi) ile incelendi. Bilinen gruplar karşılaştırılmasında veriler dağılıma uygun olmadığı için sürekli değişkenler ile total, karşılanmamış ve karşılanmış gereksinim puanı arasındaki ilişki spearman korelasyon katsayısı ile incelendi. Yapı geçerliliğinde doğrulayıcı faktör analizi için SPSS Amos 24 versiyonu kullanıldı.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Ölçek yetişkin tüm kanser hastalarının gereksinimlerini değerlendiren bir ölçek olmasına karşın bu çalışmada örnekleme sadece genel cerrahide ameliyat olan gastrointestinal sistem ve meme kanserli sağ kalan hastalar alınmıştır. Bu örneklemin verileri yetişkin tüm kanserli sağ kalan hastaların gereksinimlerini yansıtmamaktadır.

3.10. Etik Kurul Onayı

Araştırmanın yapılabilmesi için Dokuz Eylül Üniversite Hastanesi Başhekimliği (Ek 19) ve Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlığından (Ek 20) yazılı izin Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırma Değerlendirme Komisyonu'ndan 03.11.2016 tarihli 2926-GOA protokol numaralı 2016/28-25 karar numaralı etik kurul izni (Ek 21) alındı.

Verilerin toplanması

Çalışma verilerinin toplanmasına etik kurul ve hastaneden kurum izni alındıktan sonra başlandı. Araştırma kapsamındaki sağ kalan hastalara araştırmanın amacı, araştırmaya katılmakta özgür oldukları, istemiyorlarsa sorulara cevap vermek zorunda olmadıkları, toplanacak bilgilerin gizli kalacağı araştırma dışında hiçbir yerde kullanılmayacağı açıklanarak bilgilendirilmiş sözlü ve yazılı onamları (Ek 1) alındıktan sonra veriler toplandı. Birinci aşamanın verileri poliklinikte ve klinikte yüz yüze görüşme, telefonla görüşme yöntemi ile toplandı. Telefonla görüşmede sözlü onam alındı. Veri toplama ortalama 5-30 dakika sürdü.

4. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde Kanserden Sağ Kalanların Karşılanmamış Gereksinimleri (K-KG) ölçeğinin psikometrik özellikleri ile ilgili bulgular yer almaktadır.

4.1. Hasta Tanıtıcı Özellikler İle İlgili Bulgular

Sosyodemografik Özellikler

Araştırmaya kanserden sağ kalan 350 hasta alındı. Sağ kalanların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bilgileri Tablo 2’de yer almaktadır. Sağ kalanların çoğunluğunu (n=78, %22.3) kolorektal kanserli hastalar oluşturmaktadır. Ortalama sağ kalım süresi 40.4 aydır (Tablo 1).

Tablo 1. Sağ Kalanların Sosyodemografik Özellikleri

Sosyodemografik özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	184	52.6
	Erkek	166	47.4
Kanser	Kolorektal	78	22.3
	Meme	74	21.1
	Mide, özofagus	74	21.1
	Karaciğer	60	17.1
	Pankreas, safra kesesi, klatskin	33	9.4
	Peritoneal karsinamatosiz	31	8.9
		$\bar{X} \pm SS$	Min - max
Sağ kalım süresi (ay)		40.40 \pm 26.13	3 - 128
Yaş		61.01 \pm 12.08	24 - 92

SS= Standart sapma

K-KG Ölçeğinin Tanımlayıcı İstatistikleri

Sağ kalanların en sık karşılanmamış gereksinimi; vücudunda hissettiğim değişikliklere uyum sağlamak için yardım (%42.0), beni devamlı izleyen ve gerektiğinde bilgi almak için gidebileceğim bir sağlık personeline gereksinim (%40.9), ve yaşam kalitemde meydana gelen değişikliklere uyum sağlamam için yardım (%37.1) gereksinimidir (Tablo 2).

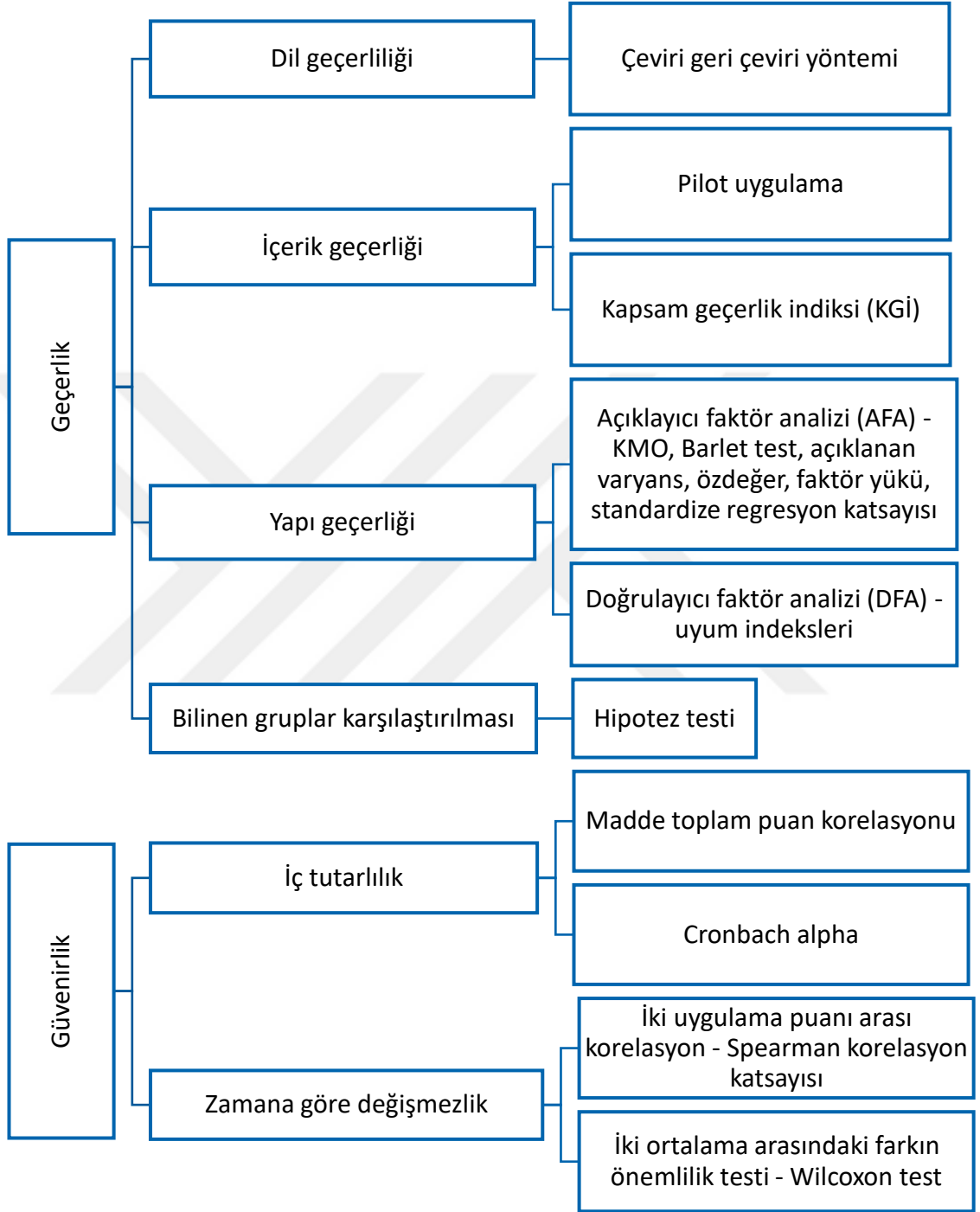
Tablo 2. Sağ Kalanların Karşılanmamış Gereksinimleri (n=350)

En sık karşılanmamış 10 gereksinim	n	%
Vücudumda hissettiğim değişikliklere uyum sağlamak için yardım	147	42.0
Beni devamlı izleyen ve gerektiğinde bilgi almak için gidebileceğim bir sağlık personeline gereksinim	143	40.9
Yaşam kalitemde meydana gelen değişikliklere uyum sağlamam için yardım	130	37.1
Kanserin tekrarlaması ile ilgili endişelerimi yönetmek için yardım	128	36.6
Belirsizlik bağlamında hayatımla ilgili karar alma konusunda yardım	121	34.6
Hayatımda daha kötü bir şey olmayacağı yönündeki inancımda değişiklik olursa bununla baş etmek için yardım	120	34.3
Tedavinin yan etkilerini/komplikasyonlarını yönetmek için yardım	113	32.3
Hayatımdaki stresi azaltmak için yardım	111	31.7
Bakımım/tedavim ile ilgili her türlü şikâyetimin uygun şekilde ele alınmasına	108	30.9
Güncel bilgilere	102	29.1
	$\bar{X} \pm SS$	Min - max
Karşılanmış gereksinim puanı	8.18 \pm 6.91	0 - 32
Karşılanmamış gereksinim puanı	7.93 \pm 8.45	0 - 33
Total gereksinim puanı	16.74 \pm 9.52	0 - 35

SS: Standart sapma

4.2. Kanserden Sağ Kalanların Karşılanmamış Gereksinimleri (K-KG) Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik sonuçları

Bu bölümde K-KG Ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirliğini sınamak amacıyla yapılan analiz sonuçları yer almaktadır. K-KG Ölçeğinin geçerlik ve güvenirliği için yapılan test ve analizler Şekil 2’de yer almaktadır.



Şekil 2. Ölçek Geçerlik ve Güvenirlilik Analizinde Kullanılan Testler

K-KG Ölçeğinin Dil Geçerliği

Ölçek geçerlilik analizinde ölçek önce araştırmacı tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Daha sonra her iki dile ve kültüre hakim anadili Türkçe olan dil bilimci iki uzman tarafından İngilizceden Türkçeye çevirisi yapıldı. İki araştırmacı, her madde için en uygun çeviriyi değerlendirerek ortak taslak oluşturdu. Ölçeğin orijinal halini daha önce görmeyen her iki dili ve kültürü bilen farklı bir dil bilimci uzman tarafından taslak ölçeğin geri çevirisi yapıldı. Geri çevirisi yapılan ölçek orijinal hali ile benzerliği hakkında görüş almak için orijinal ölçek sahibine mail ile gönderildi fakat orijinal ölçek sahibi geri dönüş yapmadı. İki araştırmacı taslak ölçeği orijinal ölçek ile karşılaştırıldığında benzer olduğuna karar verdi ve ölçeğin Türkçe versiyonu K-KG oluşturuldu.

K-KG Ölçeğinin İçerik/kapsam Geçerliği

Kapsam/içerik geçerliliği için Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) kullanılmıştır. Polit Beck tekniği kullanılarak uzman görüşü alındı. Uzmanlara ölçek maddelerini 1=uygun, 2=madde hafifçe gözden geçirilmeli, 3=madde ciddi olarak gözden geçirilmeli 4=madde uygun değil olarak değerlendirmeleri istendi. Ölçekteki madde için tüm uzman formlarındaki 3 ve 4'lerin toplamı toplam uzman sayısına bölünerek her madde için Kapsam Geçerlilik Oranı (KGO) hesaplandı. Maddelerin KGO değerlerinin ortalaması hesaplanarak KGİ değeri elde edildi. Uzman görüşünde 20 uzmana ulaşılmıştır (Ek 23). 20 uzmandan gelen puanlar alınarak her madde için KGO ve tüm ölçek için KGİ hesaplandı. Ölçeğin KGİ puanı 1.00 olarak hesaplandı.

Maddelerin anlaşılabilirliği için pilot uygulama yapıldı. Pilot uygulamada 20 kişiye ölçek uygulandı. Pilot uygulama sonucunda gelen geri bildirimlerle ölçeğe son hali verildi. Pilot uygulama sonunda hastaların önerileri doğrultusunda maddelerde değişiklik yapıldı. Hastalardan maddelerin daha kısa ve anlaşılır basit olması yönünde geri bildirim geldi. Hasta önerileri doğrultusunda 5., 7., 8., 11., 12., 13., 16., 17., 25., 28., 30. sorularda kelime değişikliği yapılmıştır. 5. soruda "...İhtiyaç duyduğumda..." ifadesi çıkarıldı. 7. soruda "...koordine etmek ..." ifadesi çıkartıldı ve "Bakımım/tedavim..." olarak değişiklik yapıldı. 8. soruda "Bakımım/tedavim olarak değişiklik yapıldı. 11. soruda "...devam eden..." ifadesi çıkarıldı. 12., 16. ve 17. sorularda "Kanser nedeniyle..." ifadesi çıkarıldı. 13. soruda "...problemleri

nedeniyle...” ifadesi çıkarıldı. 25. soruda “...kanser konusunu ele almak...” ifadesi “...kanseri konuşmak...” olarak değiştirildi. 28. soruda “Gerekli olduğu her an hizmetler hakkında bilgi almak için gidebileceğim devamlı bir vaka yöneticisine/danışmanına...” ifadesi “gerektiğinde bilgi almak için gidebileceğim devamlı bir vaka danışmanına...” olarak değiştirildi. 30. soruda “...olmayacağına dair inancımda meydana gelen değişikliklerle...” ifadesi “...olmayacağı yönündeki inancımda değişiklik olursa bununla...” olarak değiştirildi. Pilot verileri araştırma örnekleme dahil edilmedi.

K-KG Ölçeğinin İç Tutarlılığı

K-KG Ölçeğinin iç tutarlılığı madde-toplam puan korelasyonu ve Cronbach’s alpha katsayısı ile incelendi. Ölçek maddelerinin madde-toplam puan korelasyonları .10 -.76 arasında bulundu. Madde 13, 18 ve 27’nin madde-toplam puan korelasyonu <.30 bulundu (Tablo 3). K-KG ölçeğin total Cronbach’s alpha değeri .95, alt boyutların Cronbach’s alpha katsayısı sırasıyla; Psikososyal destek .91, Bilgi .90, Ekonomik kaygılar .91, İlişkiler .85 ve Yaşam Kalitesi .87 olarak bulundu (Tablo 4).

Tablo 3. K-KG Ölçeğinin Madde-Toplam Puan Korelasyonu

Sorular	Düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyonu	Madde silinirse Cronbach’s alpha
Soru 1	.547	.951
Soru 2	.550	.951
Soru 3	.630	.951
Soru 4	.637	.950
Soru 5	.518	.951
Soru 6	.633	.950
Soru 7	.641	.950
Soru 8	.652	.950
Soru 9	.477	.951
Soru 10	.709	.950
Soru 11	.658	.950
Soru 12	.645	.950
Soru 13	.103	.953

Tablo 3 (Devam). K-KG Ölçeğinin Madde-Toplam Puan Korelasyonu

Sorular	Düzeltilmiş madde-toplam puan korelasyonu	Madde silinirse Cronbach's alpha
Soru 14	.313	.952
Soru 15	.503	.951
Soru 16	.519	.951
Soru 17	.523	.951
Soru 18	.251	.954
Soru 19	.619	.950
Soru 20	.747	.949
Soru 21	.671	.950
Soru 22	.649	.950
Soru 23	.594	.951
Soru 24	.451	.952
Soru 25	.546	.951
Soru 26	.591	.951
Soru 27	.241	.953
Soru 28	.615	.951
Soru 29	.769	.949
Soru 30	.698	.950
Soru 31	.731	.950
Soru 32	.746	.949
Soru 33	.737	.949
Soru 34	.714	.950
Soru 35	.761	.949
Hotelling's T-Squared Test=1585.444 p=.000		

Tablo 4. K-KG ölçeği ve Alt Boyutlarının Cronbach's Alpha Değerleri

	Alt boyutlar	Cronbach's Alpha
K-KG Total Cronbach's alpha .95	Psikososyal destek	.91
	Bilgi	.90
	Ekonomik kaygılar	.91
	İlişkiler	.85
	Yaşam kalitesi	.87

K-KG Ölçeğinin Zamana Göre Değişmezliği (Test Tekrar Test)

K-KG Ölçeğinin zamana göre değişmezliğinin incelenmesinde test tekrar test korelasyonu ile ilk ölçüm ve ikinci ölçüm puan ortalamalarının karşılaştırılması kullanıldı. İlk ve ikinci ölçüm total gereksinim ($p=.603$), karşılanmamış gereksinim ($p=.218$) ve karşılanmış gereksinim ($p=.877$) sıra değeri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 5). İlk ölçüm ve ikinci ölçüm arasındaki test-retest spearman korelasyon katsayısı sırasıyla; total gereksinim .76 ($p<.001$), karşılanmamış gereksinim .81 ($p<.001$) ve karşılanmış gereksinim .05 ($p=.767$) olarak bulundu. İki ölçüm arasında total gereksinim ve karşılanmamış gereksinim puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı yüksek korelasyon bulundu (Tablo 6).

Tablo 5. K-KG Ölçeğinin Test-Retest Güvenirliliği (n=30)

Sıralar		N	Sıra ortalaması	Sıra toplamı	Z*	p
Total gereksinim retest puanı –	Negatif sıralar	14	13.82	193.50		
Total gereksinim puanı	Pozitif sıralar	15	16.10	241.50	-.520	.603
	Eşit	1				
	Total	30				
Karşılanmamış gereksinim retest puanı –	Negatif sıralar	10	11.70	117.00		
Karşılanmamış gereksinim puanı	Pozitif sıralar	15	13.87	208.00	-1.232	.218
	Eşit	5				
	Total	30				
Karşılanmış gereksinim retest puanı –	Negatif sıralar	14	17.14	240.00		
Karşılanmış gereksinim puanı	Pozitif sıralar	16	14.06	225.00	-.155	.877
	Eşit	0				
	Total	30				

* Wilcoxon Signed Ranks Test

Tablo 6. K-KG Ölçeğinin Test-Retest Güvenirliliği – Korelasyon (n = 30)

	Spearman rho korelasyon katsayısı
Total gereksinim puanı	.76 (p=.000)
Karşılanmamış gereksinim puanı	.81 (p=.000)
Karşılanmış gereksinim puanı	.05 (p=.028)

K-KG Ölçeğinin Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA)

Faktör analizi yapmadan önce örneklem büyüklüğünün faktör analizi için yeterliğini incelemek için KMO, korelasyon matrisinin faktör analizi yapmaya uygun olup olmadığını değerlendirmek için Barlett küresellik testi uygulandı. K-KG Ölçeğinin KMO değeri .90 ve Barlett's testi ($\chi^2=6455.413$ p=.000) istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulundu.

K-KG'nin örneklemimizdeki faktör yapısını incelemek için açımlayıcı faktör analizi uygulandı. AFA için ekstraksiyon yöntemi olarak ana bileşenler analiz yöntemi kullanıldı. Kullanılacak rotasyon yöntemine karar vermek için faktörler arasındaki korelasyon araştırıldı. İlk olarak oblik rotasyon yapıldı ve pattern matrisi ve faktör korelasyon matrisi kontrol edildi. Faktör korelasyon matrisinde faktörler arasındaki korelasyon .32 değerinin üzerindeyse oblik rotasyon yapılması önerilmektedir (111,119). Faktör korelasyon matrisinde beş değer .32 değerinden yüksek bulundu. Bundan dolayı oblik rotasyon yöntemi kullanıldı. AFA'da faktör yükü >.30 ve özdeğer >1.0 temel alındı (109,111,119). AFA'ya başlarken madde toplam puan korelasyonu <.30 olan madde 13, 18 ve 27 analize dahil edilmedi. İlk analizde maddelerin faktör yükleri .34-.92 arasında değişmektedir. AFA da madde 5, 28, 29, 31, 32, 34, 35'in binişik maddeler olduğu belirlendi. Binişik olan maddeler en düşük faktör yükü olandan başlanarak faktör analizden çıkartıldı ve analizler tekrarlandı. Tüm binişik maddeler atıldıktan sonra tekrar madde toplam puan analizi yapıldı. Madde toplam puan analizinde madde 14'ün korelasyonu <.30 olduğundan faktör analizinden çıkartıldı. Tekrar AFA yapıldığında binişik madde saptanmadı. Analiz sonucunda öz değeri 1.0'ın üzerinde olan beş faktör elde edildi. Maddelerin faktör yükleri .54 - .94 arasında değişmektedir. Elde edilen beş faktörlü yapı toplam varyansın %71.25'sini açıklamaktadır. Beş faktörlü yapı toplamda 23 maddeden oluşmaktadır. Birinci faktör

10, 19, 20, 30, 33 maddelerinden, ikinci faktör 1, 2, 3, 6, 7 maddelerinden, üçüncü faktör 15, 16, 17 maddelerinden, dördüncü faktör 9, 21, 22, 23, 24, 25 maddelerinden, beşinci faktör 8, 11, 12, 26 maddelerinden oluşmaktadır. Birinci faktör Psikososyal destek, ikinci faktör Bilgi, üçüncü faktör Ekonomik kaygılar, dördüncü faktör İlişkiler, beşinci faktör Yaşam kalitesi olarak adlandırıldı (Tablo 7).

Tablo 7. K-KG Ölçeğine İlişkin Açımlayıcı Faktör Analizi

Faktörler	Sorular	Faktör yükü	Öz değer	Açıklanan varyans
Faktör 1 (Psikososyal Destek)	Soru 30	.91		
	Soru 33	.82		
	Soru 19	.82	10.314	42.97
	Soru 10	.76		
	Soru 20	.75		
Faktör 2 (Bilgi)	Soru 3	.85		
	Soru 2	.79		
	Soru 4	.77	2.485	7.53
	Soru 1	.69		
	Soru 7	.58		
	Soru 6	.54		
Faktör 3 (Ekonomik kaygılar)	Soru 16	.94		
	Soru 17	.92	1.808	7.53
	Soru 15	.88		
Faktör 4 (İlişkiler)	Soru 23	.90		
	Soru 25	.80		
	Soru 22	.78	1.398	5.82
	Soru 24	.59		
	Soru 9	.55		
	Soru 21	.54		
Faktör 5 (Yaşam kalitesi)	Soru 12	.86		
	Soru 11	.78	1.097	4.57
	Soru 8	.72		
	Soru 26	.67		
Açıklanan total varyans=71.25, Kaiser-Meyer-Olkin=.90, Barlett's test $\chi^2=9217.612$ p=.000.				
Principal Component Modeli Rotasyon Yöntemi: Oblimin with Kaiser Normalization				

K-KG Ölçeğinin Doğrulayıcı faktör analizi (DFA)

Doğrulayıcı faktör analizi AFA’da elde edilen faktör yapısı üzerinde Maximum Likelihood kestirim metodu ile yapıldı. DFA ile model uyum indeksleri hesaplandı. Minimum Uyum Fonksiyon Ki-Kare (χ^2)=671.02, Serbestlik Derecesi (df)=256 $\chi^2/df=2.6$ $p=.000$, Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA)=.06, Karşılaştırmalı Uyum Endeksi (CFI)=.93, Kök Artık Kareler Ortalaması (RMR)=.04, İyi Uyum İndeksi (GFI)=.86, Artan Uyum İndeksi (IFI)=.93 olarak belirlendi (Tablo 8). Maddelerin standartlaştırılmış regresyon ağırlıkları .64-.93 arasında değişmektedir (Şekil 3).

Tablo 8. K-KG Ölçeğine İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri

X ²	df	p	X ² / df	RMSEA	RMR	CFI	IFI	TLI	GFI	AGFI
671.02	256	.00	2.6	.06	.04	.93	.93	.93	.86	.83

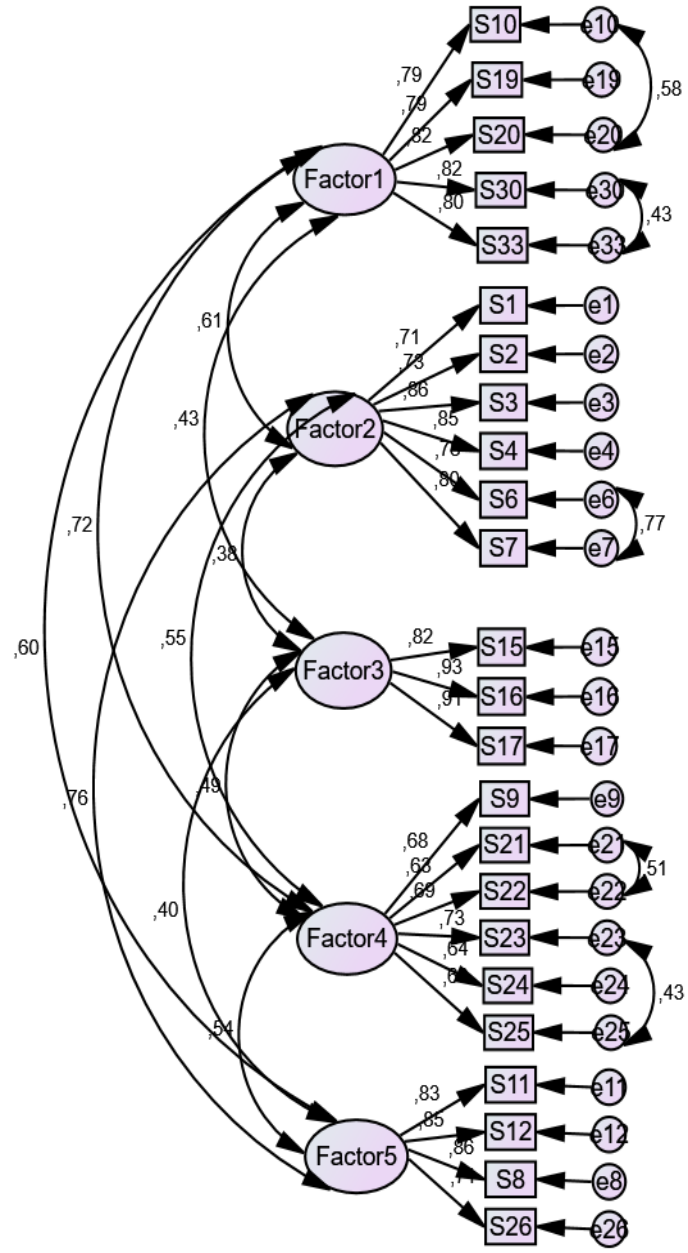
K-KG Ölçeğinin Bilinen Gruplar Karşılaştırması

K-KG ölçeğinin total gereksinim, karşılanmamış gereksinim ve karşılanmış gereksinim puanı ile hastaların yaş ve sağkalım süresi arasındaki korelasyon incelendi. K-KG ölçeğinin hastaların total gereksinim puanı ile sağkalım süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf negatif korelasyon ($\rho=-.264$, $p=.00$) ve yaş ile arasında istatistiksel olarak anlamlı çok zayıf negatif korelasyon ($\rho=-.160$, $p=.003$) bulundu. K-KG ölçeğinin karşılanmamış gereksinim puanı ile hastaların yaşı ve sağkalım süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı çok zayıf negatif korelasyon saptandı ($\rho=-.138$, $p=.010$) (Tablo 9).

Tablo 9. Sosyodemografik Özellikler ile Gereksinimlerin Korelasyonu

		Total gereksinim	Karşılanmamış gereksinim	Karşılanmış gereksinim
Yaş	rho	-.160**	-.138**	-.049
	p	.003	.010	.359
Sağkalım süresi	rho	-.264**	-.129*	-.124*
	p	.000	.016	.020

rho=Spearman’s rho correlation coefficient. * $p<.05$. ** $p<.001$.



Şekil 3. K-KG Ölçeğinin Doğrulayıcı Faktör Analizi Modeli

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada kanserden sağ kalan hastalarda K-KG ölçeğinin Türkçe psikolinguistik ve psikometrik özellikleri incelendi. Çalışmanın örneklemini gastrointestinal sistem ve meme kanserli sağ kalan hastalar oluşturdu. K-KG ölçeğin Türkiye’de kanserden sağ kalanlar için geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlendi.

Geçerliliğin incelenmesi için dil geçerliliği, içerik geçerliliği ve yapı geçerliliği kullanıldı. Geçerlilik bir ölçüm aracının ölçülmek istenen özelliği tam ve doğru bir biçimde ölçebilme derecesidir. İçerik geçerliliği ölçüm aracını oluşturan ifadelerin ölçeğin ölçmek istediği özelliği yeterince temsil edebilmesi ya da kapsaması anlamına gelmektedir. K-KG ölçeğinin kapsam geçerlik indeksi (KGI=1.00) yüksek bulundu. İçerik geçerliğinde $KGO > .78$ olan maddelerle hesaplanan KGI ’nin .90'den büyük olması önerilmektedir (107).

Yapı geçerliliği ölçüm aracının ölçülmek istenen kavramı ne derece doğru ölçebildiğini gösterir. Yapı geçerliliğini değerlendirmek için açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi ve bilinen gruplar karşılaştırılması yapıldı. Faktör analizi için KMO değerinin en az .50 ve Barlett testinin anlamlı olması önerilmektedir. KMO değeri $\geq .90$ mükemmel olarak değerlendirilmektedir (109). Çalışmamızın KMO değeri (.90) faktör analizi için örneklem büyüklüğünün mükemmel olduğunu ve Barlett testinin istatistiksel olarak anlamlı olması ($p=.00$) korelasyon matrisinin faktör analizi yapmaya uygun olduğunu göstermektedir. Faktör yük değerleri .30 ve üzeri olmalıdır (109,111). K-KG’nin faktör yükleri (.54-.94) literatürde belirtilen limitin üzerindedir. AFA’da Türk kültüründe beş faktörlü yapı elde edildi. Bu beş faktörlü yapı, orijinal beş faktörlü modelden farklıdır. Faktör yapısındaki değişiklik örnekleme oluşturan hastaların farklı kültürel özellikleri, sağlık sistemindeki farklılıklardan kaynaklanabilir. Modelimizde, CaSUN’da herhangi bir faktörde yer almayan üç madde (madde 15,16 ve 17) Ekonomik kaygılar faktörünü oluşturdu ve madde 9 bir diğer faktöre girdi. Ülkemizde kanserden sağ kalanların ve ailelerinin çoğu sosyoekonomik ve yasal haklar konusunda yeterli bilgiye sahip değildir. Herhangi bir uzman sağ kalanlara hastalık sürecinde bu yasal haklar konusunda bilgi vermemektedir (120). Bu nedenle sağ kalanların bu konulara gereksinimi olduğu saptandı. Madde 9, sağ kalanların tamamlayıcı/alternatif terapi seçenekleri hakkında bilgi gereksinimi

değerlendirmektedir. Türkiye'de yapılan bir çalışmada hastaların büyük çoğunluğunun alternatif tedavi seçenekleri hakkında sağlık profesyonellerinden bilgi almak istedikleri belirlenmiştir (121). Başka bir çalışmada hastaların çeşitli tamamlayıcı / alternatif tedavi yöntemlerini çok sık ve bilinçsiz olarak kullandıkları ve bu yöntemlerin olası zararları konusunda hastaların daha detaylı bilgilendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (122). Bu sonuçlar sağ kalanların bu konuda ile ilgili gereksinimini ve 9. maddede modelimizde kalmasını açıklamaktadır. Faktör analizinde açıklanan varyansın en az %40 olması önerilmektedir (109). Bu çalışmada K-KG ölçeği için açıklanan total varyansın (%71.2) ideal düzeyde olduğu söylenebilir.

Doğrulamalı faktör analizi daha önceden belirlenmiş bir modelin doğrulanması sürecinde kullanılmaktadır. Modelin uyumu bazı uyum indeksleri ile değerlendirilmektedir. Doğrulamalı faktör analizinde χ^2/df değerinin 5'ten küçük olması iyi uyum göstergesi olarak kabul edilmektedir (112). RMSEA değeri .08 - .10 arası orta düzeyde uyum olarak kabul edilmektedir. Bu değerler örneklem büyüklüğüne duyarlıdır ve örneklem sayısı arttıkça değerler yüksek çıkmaktadır (111,113). Çalışmamızda bu değerlerin kabul edilen ($\chi^2/df=2.6$ $p=.00$, RMSEA=.06) sınır aralığındadır. Elde edilen sonuçlar uyum indekslerinin kabul edilebilir sınırlar içinde olduğunu hatta mükemmel uyum değerlerine yakın olduğunu ortaya koymaktadır.

Yapı geçerliliğinde ayırt eden geçerlilik kullanıldı. Hastaların sağkalım süresi ve yaşı arttıkça karşılanmamış ve total gereksinimlerin azalacağı hipotezi kuruldu (123,124). Hastaların yaşı ile karşılanmamış ve total gereksinim puanı arasında çok zayıf negatif anlamlı korelasyon saptandı. Keeman ve arkadaşları CaSUN 'un Hollandaca versiyonunu çalışmasında da benzer şekilde yaş ile total ve karşılanmamış gereksinim puanı arasında zayıf negatif anlamlı korelasyon buldu (123). Hastaların sağ kalım süresi ile karşılanmamış gereksinim puanı arasında çok zayıf, total gereksinim puanı arasında zayıf negatif anlamlı korelasyon bulundu. Fang ve arkadaşlarının CaSUN 'un Çince versiyonunu çalışmasında benzer şekilde sağ kalım süresi uzun olan hastalarda karşılanmamış gereksinim puanının daha düşük olduğunu belirlendi (124). Hipotezimiz literatürle uyumludur, hastaların yaşı ve sağ kalım süresi ilerledikçe total ve karşılanmamış gereksinimleri azalmaktadır.

Güvenirlilik için madde toplam puan korelasyonu, test-retest analizi ve Cronbach alpha kullanıldı. Güvenirlilik bir ölçeğin ölçmek istediği özelliği ne derece tutarlılıkla ve kararlılıkla ölçebildiğinin göstergesidir. Madde toplam puan korelasyonu her maddenin ölçülmek istenen özelliği ölçme gücünü gösterir. Bu çalışmada madde-toplam puan korelasyonu en düşük sınırı $>.30$ (109) temel alındı. Çalışmamızda madde 13, 18 ve 27'nin madde toplam puan korelasyonu $<.30$ bulundu. Bu maddelerin madde toplam puan korelasyonu düşük bulunmasına rağmen ölçekten atılmadı. Madde 13'ün (Doğurganlık/üreme (çocuk sahibi olma vb) konusunda yardıma gereksinim var) benzer şekilde orijinal ölçekte de maddenin faktör yükü düşük çıkmış, maddenin klinik olarak değerlendirilmesi önemli kabul edildiği için ölçeğe dahil edilmiştir (118). Bizim örneklem grubumuz jinekolojik ve ürolojik kanserli hastaları içermediği ve yaş ortalaması yüksek olduğu için madde 13'ün madde toplam puan korelasyonunun düşük olduğu düşünüldü ve madde ölçekte bırakıldı. Madde 18'in (Hastanede daha rahat erişilebileceğim otopark yerine gereksinim var) korelasyon katsayısının düşük çıkması sağ kalanların kullandığı ulaşım yönteminden kaynaklanabilir. Veri toplama sürecinde sağ kalanlar hastaneye belediyenin sağladığı hizmetle geldiklerini veya toplu taşımayı kullandıklarını belirtmişlerdi. Bu nedenle örneklemimizdeki sağ kalanların otopark gereksinimi olmadığı düşünülmüştür. Ölçeğin Çince versiyonunda madde 18 en düşük faktör yüküne sahip olduğu belirlenmiştir (125). İspanyolca versiyonunda (45) ve Tayvan meme kanseri sağ kalanları için değiştirilmiş bir diğer Çince versiyonunda (124) bu madde ölçeğe dahil edilmemiştir. Bu nedenle kanserden sağ kalanlar için erişilebilir otopark gereksinimi toplumun ulaşım yöntemi tercihlerine veya ülkelerin sağladığı ulaşım hizmetine bağlı değişebilmektedir. Madde 27 (Cinsel hayatım(ız)la ilgili sorunları çözmek için yardıma gereksinim var) sağ kalanların karşılanmamış cinsel gereksinimlerini değerlendirmektedir. Madde 27 madde toplam korelasyonu düşük sağ kalanların ileri yaş grubunda olmasından veya cinsel konuların tabu olmasından kaynaklanabilir. Cinsel sorunlar birçok kültürde tabudur, hastalar cinsel sorunları olsa bile bu sorunları herhangi birileriyle paylaşmamaktadır (21). Hastalar ya utandıklarından ya da sağlık profesyonellerinin cinsel sorunlarla ilgili tartışmayı başlatmasını bekledikleri için cinsel sorunlarını ifade etmemektedir (126).

Test-retest güvenirliliği bir ölçme aracının farklı iki zaman aralığında tutarlı sonuçlar verme gücü gösterir. Bu çalışmada iki hafta ara ile yapılan ölçümlerde; total

gereksinim ve karşılanmamış gereksinim puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı yüksek korelasyon saptandı. İki ölçüm arasındaki korelasyon katsayısının en az $>.70$ olması önerilmektedir (96,115). Tyson ve arkadaşlarının CaSUN 'un İspanyolca versiyonun validasyonu çalışmasında benzer şekilde iki ölçüm arasında yüksek korelasyon belirlenmiştir (45). İlk ve ikinci ölçüm total gereksinim, karşılanmamış gereksinim ve karşılanmış gereksinim sıra değeri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. İki ortalama arasında farkın olmaması ölçeğin uygulamalar arasındaki tutarlı olduğunu göstermektedir.

İç tutarlılık değerlendirilmesinde Cronbach alpha değerinin $.80 - 1.00$ arasında olması ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir. Cronbach alpha değerinin yüksek olması maddeler arasında tutarlılığın yüksek olduğunu ve ölçekteki bütün maddelerin aynı özelliği ölçtüğünü göstermektedir (96,109). K-KG ölçeğinin Cronbach alpha değeri $(.95)$ yüksek derecede güvenilir olarak bulundu.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Sonuçlar K-KG ölçeğinin Türkiye’deki kanserden sağ kalanlar için geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğunu göstermektedir.

6.2. Öneriler

Hemşirelik uygulamalarına yönelik öneriler; K-KG ölçeği kliniklerde ve bilimsel çalışmalarda kanserden sağ kalan hastaların karşılanmamış destek, bilgi vb gereksinimlerini değerlendirmek, gereksinimleri zamanında karşılamak ve hastanın yaşam kalitesini arttırmak için bir araç olarak kullanılabilir.

Araştırmaya yönelik öneriler; K-KG ölçeğinin ürolojik, jinekolojik, beyin tümörü ve baş ve boyun kanserli hastalarda da geçerlilik ve güvenilirliği incelenmesi önerilmektedir.

II. AŞAMA: YARI DENEYSEL ARAŞTIRMA

Kolorektal kanserli hastalarda perioperatif hemşire danışmanlığının hastaların karşılanmamış gereksinim, yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyon üzerine etkisinin incelenmesi

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

İkinci aşama yarı deneysel araştırma deseninde planlanmıştır.

İkinci aşamada hemşire yönetiminde eğitim ve danışmanlık girişiminin girişim grubu hastalarının karşılanmamış gereksinim, yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyon puan ortalamaları üzerine etkisi değerlendirildi.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği ve Genel Cerrahi Polikliniği'nde sürdürüldü. İkinci aşamanın kontrol grubunun verileri 01.04.2018 - 30.08.2019 tarihleri arasında, deney grubunun verileri 26.10.2020 - 31.05.2021 arasında toplandı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Genel Cerrahi Kliniği ve Genel Cerrahi Polikliniği'ne gelen kolorektal kanser tanılı hastalar oluşturdu.

Örnekleme dahil edilme kriterleri

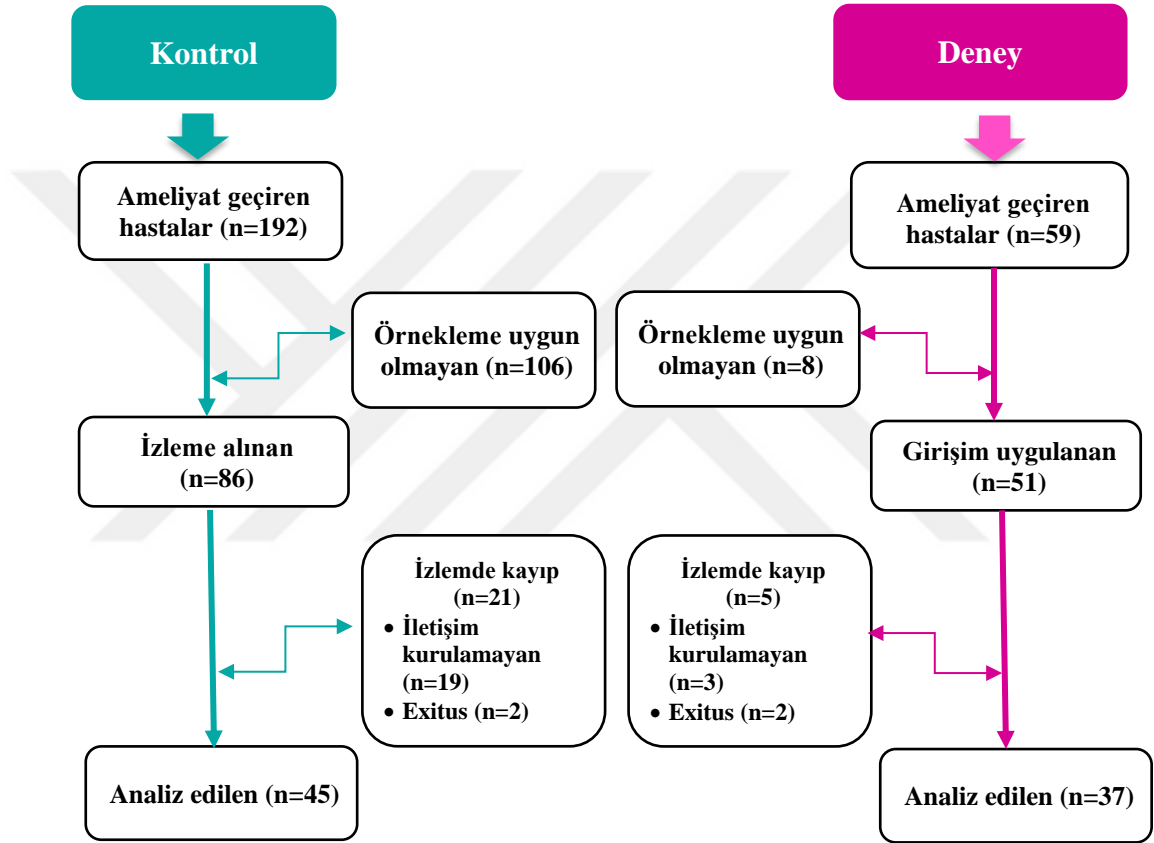
- ✓ Kolorektal kanser nedeniyle elektif ve acil cerrahi yapılacak/yapılan hastalar
- ✓ İşitme ve konuşma sorunu olmayan hastalar
- ✓ Ameliyat sonrası iletişimi sürdürecektir telefonu olan ve kullanabilen hastalar
- ✓ Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden hastalar

Örneklem dışlama kriterleri

- ✗ Kolorektal kanser nedeniyle reoperasyon yapılan hastalar
- ✗ Over/serviks kanseri cerrahi öyküsü olan kadınlar
- ✗ Prostat/mesane kanseri cerrahi öyküsü olan erkekler
- ✗ Kişi, yer ve zaman oryantasyonu olmayan hastalar
- ✗ Aktif psikiyatrik hastalığı, Demans, Alzheimer tanısı olanlar

✖ İzlemede telefonları açmayan ve ulaşılamayan hastalar

Örneklem büyüklüğü için Milbury ve arkadaşlarının (127) kolorektal kanserli hastalarda cinsel fonksiyonu incelediği çalışmanın verileri alınarak (partial $R^2=0.31$, etki büyüklüğü=.44, %95 güç, $\alpha=.05$) Gpower programında yapılan analizde örneklem sayısı deney grubu için 26 ve kontrol grubu için 26 kişi olarak hesaplandı. Araştırmada kontrol grubuna 45, deney grubuna 37 hasta alındı. Araştırma örneklemine alınan kontrol ve deney grubu hastaların akış diyagramı Şekil 4’de gösterilmektedir.



Şekil 4. Araştırma Örnekleminin Kontrol ve Deney Grubuna Göre Dağılımı

3.4. Çalışma Materyali

Araştırmada herhangi bir materyal kullanılmamaktadır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

- Bağımlı değişkenleri; kolorektal kanserli hastaların karşılanmamış gereksinimler puan ortalaması, yaşam kalitesi puan ortalaması, cinsel fonksiyon puan ortalaması
- Bağımsız değişkeni; kolorektal kanserli hastalara verilen perioperatif hemşire danışmanlığı,

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri aşağıdaki formlar kullanılarak toplandı.

- Bilgilendirilmiş Onam Formu (Kontrol Ek 3, Deney Ek4)
- Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu (HTÖF) (Ameliyat öncesi Kadın – Ek 5, Ameliyat öncesi Erkek – Ek 6, Taburculuk sonrası – Ek 7)
- Kanserden Sağ Kalanların Karşılanmamış Gereksinimleri (K-KG) Ölçeği (Ek 8)
- Kanserin Tedavisi ve Araştırması için Avrupa Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği 30 version 3.0 (EORTC QLQ-C30) (Ek 11)
- Kanserin Tedavisi ve Araştırması için Avrupa Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kolorektal 29 (EORTC QLQ-CR29) (Ek 12)
- Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ) (Ek 13)
- Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme Formu (EİUD) (Ek 14)

Ölçeklerin kullanımı için izin alınmıştır. EORTC QLQ-C30 ve EORTC QLQ-CR29 (European Organisation for Research and Treatment of Cancer [EORTC] web sayfasına proje etik kurul numarası girilerek otomatik indirilmektedir) (Ek 16), KCIÖ için Aygin'den (Ek 17), EİUD için Türk Androloji Derneği'nden (Ek 18) email yoluyla izin alındı.

Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu

HTÖF araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Formda “Ameliyat Öncesi”, “Ameliyat Sonrası” ve “Taburculuk Sonrası” olmak üzere üç bölüm yer almaktadır. *Ameliyat öncesi* bölümde kilo, yaş, eğitim durumu, medeni durumu, kronik hastalıklar, kullandığı ilaçlar, son altı ay içinde aktif aktivite durumu, kanser türü, ameliyat öncesi kemoterapi/radyoterapi alma durumu, *Ameliyat Sonrası* bölümde ameliyat, ameliyat yöntemi, stoma durumu, stoma tipi *Taburculuk sonrası* bölümde kilo, ameliyat sonrası kemoterapi/radyoterapi alma durumu ile ilgili sorularından oluşmaktadır.

Kanserin Tedavisi ve Araştırması için Avrupa Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği 30 version 3.0

Avrupa kanser tedavi ve araştırma organizasyonu adına Aaronson ve arkadaşları (128) tarafından geliştirilen European Organization for the Research and Treatment of

Cancer Quality of life Questionnaire (EORTC QLQ-C30) ölçeği kanser hastalarının yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ülkemizde ölçeğin Türkçe geçerliği ve güvenirlik çalışması; ilk versiyonu Beser & Öz (129), ikinci versiyonu Güzelant ve arkadaşları (130) ve üçüncü versiyonu Cankurtaran ve arkadaşları (131) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin güncel olan üçüncü versiyonu kullanımdadır. EORTC QLQ-C30, fonksiyonel ve semptom ölçeği olmak üzere iki alt boyut ve toplam 30 maddeden oluşmaktadır. Fonksiyonel alt boyut; fiziksel fonksiyon, rol fonksiyon, bilişsel fonksiyon, emosyonel fonksiyon, sosyal fonksiyon olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. Semptom alt boyutu; yorgunluk, bulantı ve kusma, ağrı alt boyutu ve alt boyut oluşturmeyan diğer sorulardan oluşmaktadır. Ölçekteki ilk 28 madde 4-likert tiptedir. Ölçek puanı hesaplanırken, sorulara verilen yanıtların skorları linear olarak 100'e çevrilerek hesaplanmaktadır. Fonksiyonel alt boyuttan alınan puanların yüksek olması yaşam kalitesinin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Semptom ölçeğinden alınan puanların yüksek olması semptom/ problemlerin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin 29. ve 30. sorusu 1'den 7'ye kadar puanlama ile hastaların genel sağlığını/yaşam kalitesini değerlendirmektedir. Bu iki sorudan alınan yüksek puanlar yaşam kalitesinin yüksek olduğunu göstermektedir (132).

Kanserin Tedavisi ve Araştırması için Avrupa Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kolorektal 29

Avrupa kanser tedavi ve araştırma organizasyonu adına Whistance ve arkadaşları (133) tarafından geliştirilmiştir. European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of life Questionnaire Colorectal (EORTC QLQ-CR29) ölçeği ve Türkçe uyarlaması yapılan ölçek kolorektal kanserli hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek dört alt boyut ve 19 sorudan oluşmaktadır. Güvenirlik analizinde iç tutarlılıkta Cronbach alpha sayısı dışkıda kan-mukus alt boyutu (.54-.72) için en düşük be beden imajı alt boyutu (.82-.84) için en yüksek değer bulunmuştur. Test-retest güvenirlik analizinde tüm madde-madde korelasyonu .68 üzerinde bulunmuştur. Madde toplam puan korelasyonu yüksek bulunmuştur (>0.55). Geçerlilik analizinde EORTC QLQ-C30 ile tüm korelasyonları <.40 olarak bulunmuştur. Puanlaması EORTC QLQ-C30 ile benzerdir (133).

Kadın Cinsel İşlev Ölçeği

Rosen ve arkadaşları (134) tarafından geliştirilen, ülkemizde Aygin ve Eti Aslan (135) tarafından Türkçe'ye uyarlaması ve geçerlik güvenirlik çalışması yapılan Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ) kadın cinsel fonksiyonların değerlendirilmesi amacıyla kullanılmaktadır. Ölçek son dört hafta içindeki cinsel fonksiyon ya da sorunları değerlendiren 19 sorudan oluşmaktadır. Ölçek istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, doyum ve ağrı olmak üzere altı alt boyut bulunmaktadır. (135). Ölçeğin total Cronbach Alpha .98, split half değeri .96 ve Spearman Brown değeri .97 olarak bulunmuştur. Ölçeğin madde korelasyonları .70-.96 arasında bulunmuştur. Faktör analizinde KMO testi değerini .96 olarak bulmuştur. Faktör analizi sonucunda ölçek iki alt boyutta toplanmış, birikimli varyansı %86.82 olarak hesaplanmıştır. Ölçek puanın hesaplanmasında alt grup puanları, alt grupta yer alan madde puanlarının toplanıp, alınan puan tabloda yer alan ilgili alt grup katsayı ile çarpılarak hesaplanır. KCIÖ total puanı ise alt grup puanlarının toplanması ile elde edilir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 36, en düşük puan ise 2'dir (135). KCIÖ'nin totali için kesme puanı 26.55'tir, puanı 26.55 ve altında olanlarda kadın cinsel fonksiyon bozukluğu olduğu kabul edilmektedir (136). Çalışmamızda ölçek Cronbach alpha değeri .98 olarak hesaplanmıştır.

Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme Formu

Rosen ve arkadaşları tarafından geliştirilen (137), ülkemizde Türk Androloji Derneği tarafından da geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılan Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme Formu (EİUD), erkek cinsel fonksiyonu ile ilgili yönleri değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Son bir ay içerisinde cinsel ilişkide bulunanlara uygulanabilen form, 15 soru ve birbirinden farklı beş alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlar erektile fonksiyon, orgazmik fonksiyon, cinsel istek, cinsel birleşmeden duyulan tatmin ve genel tatmindir. Formda 11, 12, 13, 14 ve 15. sorular 5'li (1-5 puan arası) likert tipi, diğer sorular 6'li (0-5 puan arası) likert tipi puanlamaya sahiptir. Ölçeğin total Cronbach Alpha değerini .91 ve test-tekrar test değerini .82 olarak hesaplamışlardır. Maddelerin test-retest korelasyon katsayıları .64-.84 arasında bulunmuştur. Yapı geçerliliğinde ayırt edici geçerlilik ve birleşen geçerlilik analizi yapılmıştır. Form negatif olarak puanlanır ve puan arttıkça cinsel disfonksiyon yok ya

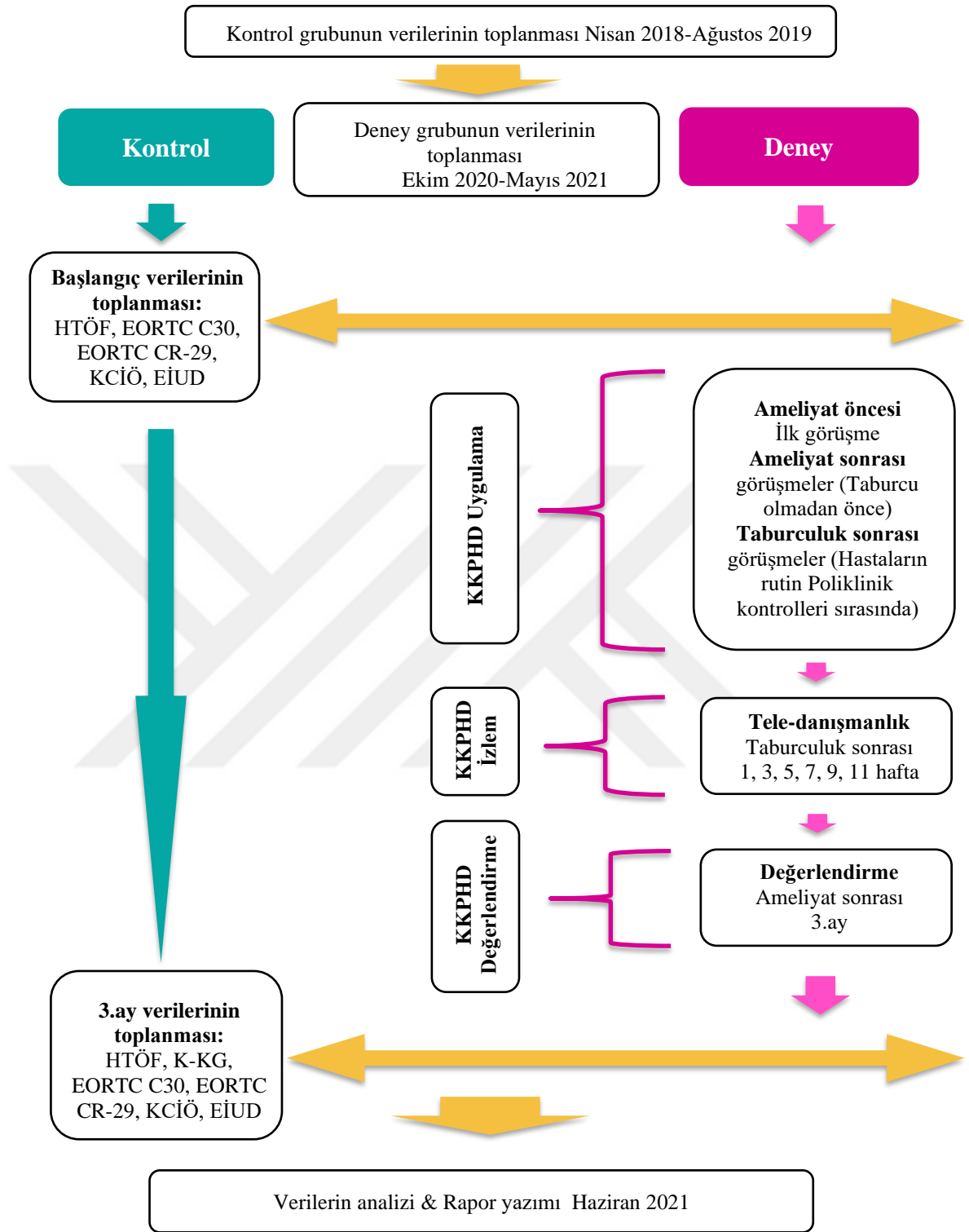
da az şeklinde yorumlanır. Formdaki erektil fonksiyon alt boyutu disfonksiyonun derecesini belirlemede kullanılır. (137). Çalışmamızda ölçek Cronbach alpha değeri .97 olarak hesaplanmıştır.

Kanserden Sağ Kalanların Karşılanmamış Gereksinimleri Ölçeği

Araştırmanın ilk aşamasında geçerli ve güvenilir olduğu saptanmıştır. Ölçek beş alt boyut ve 35 maddeden oluşmaktadır. Ölçek alt boyutları Ek 9'de yer almaktadır. Ölçek madde-toplam puan korelasyonları .10 -.76 arasında, ölçek total Cronbach's alpha .95, alt boyutların Cronbach's alpha değeri .85-.91 bulundu. Test-retest spearman korelasyon katsayısı total gereksinim için .76 ve karşılanmamış gereksinim için .81 olarak bulundu. Açıklayıcı faktör analizi sonucunda maddelerin faktör yükleri .54-.94 değişmektedir. Elde edilen beş faktörlü yapı toplam varyansın %71.25'sini açıklamaktadır. Ölçekteki maddeler karşılanmış gereksinim, karşılanmamış gereksinim, total gereksinim puanı ve/veya gereksinim gücü şeklinde puanlanabilir. Puanlama madde bazında veya alt boyut bazında yapılabilir. Total puan tüm gereksinim maddelerin toplamından oluşmaktadır. Yüksek puan daha fazla gereksinim olduğunu göstermektedir (0-35). Alt boyut puanı ilgili alt boyuttaki tüm maddelerin toplamından oluşur; alt boyutlar farklı sayıda madde içerdiğinden, ilgili alt boyuttaki ortalama gereksinim sayısı raporlanır. Ölçek puanlama ve yorumlama Ek 10'de yer almaktadır.

3.7. Araştırma Planı

Çalışma verilerinin toplanmasına etik kurul ve hastaneden kurum izni alındıktan sonra başlandı. Araştırmada kontrol ve deney grubunun birbirinden etkilenmesini önlemek için öncelikle kontrol grubu verileri toplandı. Araştırma kapsamındaki hastalara araştırmanın amacı, araştırmaya katılmakta özgür oldukları, istemiyorlarsa sorulara cevap vermek zorunda olmadıkları, toplanacak bilgilerin gizli kalacağı araştırma dışında hiçbir yerde kullanılmayacağı, istedikleri zaman çalışmadan ayrılacakları, veri toplama yöntemleri anlatılarak hastaların yazılı ve sözlü onamları alındıktan sonra veriler toplandı. Araştırmanın veri toplama aşamaları Şekil 5'te gösterilmiştir.



Şekil 5. Araştırmanın İkinci Aşamasının Planı

3.7.1. Kontrol Grubu Veri Toplama Süreci

Kontrol grubu verileri 01.04.2018 - 30.08.2019 tarihleri arasında (pandemi öncesi) toplandı. Kontrol grubunda yer alan hastalar ile Genel cerrahi kliniğinde ameliyat öncesi yüzyüze görüşülerek HTÖF, EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-CR29, KCIÖ, EİUD ile başlangıç verileri toplandı. Hastaların 3.ay verileri HTÖF, K- KG, EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-CR29, KCIÖ, EİUD ile rutin poliklinik takipleri sırasında veya telefonla görüşme yöntemi kullanılarak toplandı. Verilerin toplanması sırasında hastalar soru sorduğu zaman yanıt verildi.

Kontrol Grubu Hastalarına Klinikte Uygulanan Rutin Bakım

Kontrol grubu hastalarına klinikte ve poliklinikte rutin bakım verildi. Hastaların servise yatışı yapıldıktan sonra hemşire tarafından sistem tanınması yapılarak düşme riski, el hijyeni, ilaçlar, sigara kullanımı, ameliyat sonrası mobilizasyon, derin solunum ve öksürük egzersizleri gibi konusunda bilgilendirme yapılmaktadır. Hastalara klinikte hemşirelik bakımları verilmekte ve soruları olduğunda yanıtlanmaktadır. Ameliyat tipi, yöntemi, ameliyatın olası riskleri ve süreç hakkındaki bilgilendirmeler cerrah tarafından yapılmaktadır. Hastaya stoma açılması planlandıysa ameliyat öncesi Stoma Bakım hemşiresi tarafından stoma yeri işaretlemesi yapılmaktadır. Stoma bakım malzemeleri hastaya gösterilmekte, stoma bakımı hastaya veya yakınlarına uygulamalı olarak hasta taburcu olmadan önce birkaç kez gösterilmektedir. Taburcu olmadan önce hastanın kendisinin veya yakının stoma bakımını bağımsız yaptıktan sonra taburcu olmaktadır. Stoma bakımı konusunda hastalara kurumun hazırladığı eğitim kitapçığı (İleostomi ile yaşam, Kolostomi ile yaşam) verilmektedir. Stomalı hastalar ameliyat sonrası ilk hafta ve birinci ayda stoma polikliniğine kontrole gelmesi söylenmektedir. Stomalı hastaların rutin bakım ve takibi Stoma Bakım hemşiresi tarafından Stomaterapi Polikliniğinde Çarşamba günleri yapılmaktadır. Bunun dışında hastalar sorun yaşadıkları diğer günlerde hastaneye başvurduğunda stoma hemşiresi genel cerrahi kliniğinde hastalara bakım vermektedir.

Kolorektal kanserli stoma açılmayan hastalara yönelik ameliyata yönelik yapılandırılmış bir eğitim veya kitapçık bulunmamaktadır. Taburculuk sonrası beslenme, yara bakımı, kontrole gelme zamanı veya diğer konularda bilgilendirme asistan doktor tarafından taburculuk öncesi yapılmaktadır. Hastalar taburcu olduktan

birinci, ikinci veya bazen üçüncü hafta cerrah veya asistan doktor tarafından poliklinik kontrolü yapılmakta, dikişler/yara durumu kontrol edilmekte ve hastaların soruları yanıtlanmaktadır. Tüm hastalar cerrahi sonrası takip için onkolojiye yönlendirilmektedir. Sonraki kontrolleri hastaların yakın olduğu merkezlerde yapılabildiği gibi aynı hastanenin genel cerrahi polikliniğinde devam edebilmektedir.

3.7.1. Deney Grubu Veri Toplama Süreci

Deney grubu verileri kontrol grubu verileri tamamlandıktan sonra toplanmıştır.

Pilot Uygulama: 15 kolorektal kanserli hastayla (11.08.2020-14.09.2020) danışmanlık programının ön uygulaması yapıldı. Ön uygulama yapılan hastalar ameliyat sonrası bir ay takip edildi. Ön uygulama sonrası programda değişiklik yapılmadı. Ön uygulama yapılan hastalar araştırma dışında tutuldu.

Deney grubu verileri 27.10.2020-31.05.2021 döneminde toplandığı için pandemi dönemine rastlamaktadır. Deney grubunda yer alan hastalarda HTÖF, EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-CR29, KCIÖ, EİUD ile başlangıç verileri toplandı. Hastaların 3.ay verileri HTÖF, K-KG, EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-CR29, KCIÖ, EİUD ile rutin poliklinik takipleri sırasında veya telefonla görüşme yöntemi kullanılarak toplandı. Hastaların 3. ay verileri çoğunlukla telefonla görüşme yöntemi ile toplandı.

Deney Grubu Hastalarına Verilen Danışmanlık Girişimleri

Deney grubuna 24 elektif cerrahi ve 13 acil cerrahi girişim geçiren hasta alındı. Danışmanlık süreci elektif cerrahi planlanan hastalara hastanın kliniğe yatışı sonrasında ameliyat öncesi günde başladı. Hastaların genellikle kliniğe yatışı bir gün öncesinde yapılmaktadır. Kolorektal cerrahi ekibinin ameliyat günleri genel olarak Salı ve Perşembe günüdür.

Pandemi döneminde alınan hastalarda bulaş riskini azaltmak için sosyal mesafe kurallarına uyulmuş olup, görüşme esnasında maske takılarak oda pencere ve kapısı açık bırakılmış ve odanın havalandırılması sağlandı. Pandemi tedbirleri kapsamında Kasım 2020 tarihinden itibaren ameliyatlara acil cerrahi girişim gerektiren vakalar ile sınırlandırıldı. Bu nedenle pandemi döneminde haftanın herhangi bir gününde ameliyat yapılabilmektedir. Pandemi nedeniyle acil cerrahi girişim yapılan hastalara

danışmanlık ameliyat sonrası 1., 2., 3. veya 4. günden itibaren başladı. Araştırmacı şehir dışında ikamet etmekte ve çalışmaktadır. Tezin girişimi için haftada üç gün süreyle (pazartesi, salı, çarşamba) görevlendirme ile İzmir'e gelmektedir. Deney grubu danışmanlık verildiği dönemde pandemi nedeniyle hafta sonu sokağa çıkma kısıtlaması bulunmaktadır. Bu nedenlerden dolayı acil cerrahi geçiren veya görevlendirme günü dışında ameliyat olan hastalara danışmanlık girişimi ameliyat sonrası farklı günlerde başladı. Toplamda 21 hastaya danışmanlık ameliyat sonrası başladı. Bu hastaların başlangıç verileri taburcu olmadan önce geriye dönük olarak sorgulandı. Araştırmada kullanılan ölçekler hastaların son bir aydaki durumlarını değerlendirdiği için elektif ve acil cerrahi uygulanan hastalara uygulanan ölçek sonuçlarının değişmeyeceği düşünülmektedir.

Araştırmada Uygulanan Kolorektal Kansere Perioperatif Hemşirelik Danışmanlığı (KKPHD) Programı

Eğitim & danışmanlık odası: Ameliyat öncesi eğitim ve danışmanlık genel cerrahi kliniğinde hasta odasında gerçekleştirildi. Ameliyat sonrası eğitim ve danışmanlık için Genel Cerrahi Polikliniğinde bir "Danışmanlık" odası hazırlandı. Bu odada; iki masa, iki sandalye, video ve slayt gösterimi için masaüstü bilgisayar, hastalarla iletişimi sağlamak için telefon, muayene yatağı, lavabo ve uygun ışıklandırma sistemi bulunmaktadır.

Danışmanlığı Yürüten Araştırmacının Yeterlilikleri: Danışman Cinsel Sağlık Enstitüsü Derneği tarafından 120 saatlik verilen "Cinsel Terapi Eğitimi" kursuna katıldı. Danışman yüksek lisans ders döneminde Ege Üniversitesi Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik bölümünden "Grupla Psikolojik Danışma" dersi aldı ve ders kapsamında dönem boyunca uygulanan "Etkileşim Grubu" oturumlarına katıldı. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği alanda yüksek lisans yaptı ve stomalı hastalarda cinsel disfonksiyon üzerine tez çalışması yürüttü. Danışman kolorektal kanser cerrahisi alanda ulusal ve uluslararası bilimsel aktivitelere katılmakta, yayınları ve rehberleri takip etmekte ve kolorektal kanser cerrahisi alanında çalışmaları ve yayınları bulunmaktadır.

Danışmanlık materyali: Araştırmacı danışmanlık sürecinde rehberlik etmesi için rehber kitap (**Kolon & Rektum Kanseri Hastaları İçin Rehber**) hazırladı. Bu

kitap hazırlanırken araştırmacı tez danışmanı ile birlikte danışmanlık verilecek konu başlıklarını belirledi. Kitap güncel bilgiler ışığında hazırlandı. Kitap içeriği ile ilgili bir akademisyen hemşire, kliniğin stoma hemşiresi ve kolorektal cerrahından görüş alınarak önerileri doğrultusunda değişiklikler yapıldı. Rehber kitap için uzman görüşü alınan kişilerin listesi tezin KATKI bölümünde yer almaktadır. Rehber kitabın içindekiler bölümü Ek 24'te yer almaktadır.

Eğitim ve danışmanlık programı kapsamında; hastalara ameliyat sürecine hazırlık, ameliyat öncesi ve sonrası bakım süreci, ameliyat sonrası bağırsak fonksiyonları, beslenme, yara bakımı, fiziksel aktivite ve egzersiz, günlük yaşam aktiviteleri, ameliyat/stoma komplikasyonların önlenmesi, ameliyat sonrası kontrol/izlem, adjuvan kemoterapi/radyoterapi yan etkilerinin yönetimi, stoma ile yaşam ve cinsel yaşam vb konularında eğitim ve danışmanlık verildi.

Danışmanlık programı bireysel eğitim ve danışmanlık üzerine dayalıdır. Program uygulama, izlem ve değerlendirme bölümlerinden oluşan toplam üç aşamayı içermektedir. Program ameliyat sonrası 3.ayda sonlandırıldı.

Girişim dönemi süresince hastaların tedavi süreçlerini takip için danışman multidisipliner kolorektal konseylere katıldı. Aynı zamanda akşam gerçekleştirilen klinik vizitlerde cerrahi ekiple birlikte hasta vizitlerine katıldı.

Uygulama

Uygulama aşamasında yüz yüze görüşmeler yapıldı. Uygulama aşamasında yüzyüze görüşmeler pandemi koşullarında rutin standart önlemler alınarak yapıldı. Her hastanın gereksinimlere göre danışmanlık verildi.

İlk görüşme; elektif cerrahi planlanan hasta ile ameliyat öncesi yapıldı. Ameliyat öncesi dönemde hasta ameliyat hakkında bilgilendirilerek gerekli hazırlıklar ve eğitimler yapıldı. Hastanın ameliyatı ertelendi ise ameliyat öncesi ziyaret bir kez daha tekrarlandı. Görüşmede ameliyat sürecine hazırlık, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası bakım süreci (solunum egzersizleri, spirometre egzersizleri, ayak bacak egzersizleri, beslenme, mobilizasyon, ağrı yönetimi, hastanede kalış süresi vb) ile ilgili hasta ve hasta yakınlarına eğitim ve danışmanlık verildi. Danışmanlık hastalarla interaktif olarak yürütüldü ve hastaların soruları cevaplandı. Hastalara araştırmacının

telefon numarası verilerek, soruları olduklarında mesaj atabilecekleri, arayabilecekleri söylendi.

Ameliyat sonrası görüşmeler; Ameliyat sonrası dönemde hasta odasında ziyaret edilerek soruları yanıtladı. Elektif cerrahi hastalarına ameliyat sonrası sıfırıncı, birinci veya ikinci günde ziyaret gerçekleştirildi. Hasta taburcu olmadan önce taburculuk sonrası yaşayabileceği ameliyat/stoma komplikasyonları ve önlenmesi, bağırsak fonksiyonları, beslenme, yara bakımı, fiziksel aktivite, günlük yaşam aktiviteleri, hangi durumda hastaneye başvuracağı, kontrole ne zaman geleceği vb konularda eğitim/danışmanlık verildi. Konular günlere bölünerek aktarıldı. Danışmanlık hastalarla interaktif olarak yürütüldü ve hastaların soruları cevaplandı.

Taburculuk sonrası görüşmeler; taburculuk sonrası hastaların rutin klinik kontrolleri sırasında poliklinik ortamında danışmanlık odasında yapıldı. Danışmanlık hastalarla interaktif olarak yürütüldü ve hastaların soruları cevaplandı. Hastaların bu görüşmelerde bağırsak fonksiyonları, beslenme, ameliyat ve stoma komplikasyonların önlenmesi, adjuvan kemoterapi semptom yönetimi, fiziksel aktivite ve egzersiz ve cinsel sorunlarına yönelik eğitim/danışmanlık verildi.

İzlem

Danışmanlık alan hastalara araştırmacı tarafından standart altı telefon görüşmesi yapıldı. Telefon görüşmeleri hastalar taburcu olduktan bir hafta sonra başladı ve iki hafta aralıkla devam etti. Telefon görüşmesi taburculuk sonrası rutin olarak 1., 3., 5., 7., 9. ve 11. haftada yapıldı. Hastalara araştırmacıyı her zaman arayabileceği ifade edildi. Telefonla arama sayısı ve süresi hastaların durumuna/sorularına göre değişkenlik gösterdi. İzlem hastanın tercihinine göre telefon görüşmeleri veya internet yolu (whatsapp) ile sürdürüldü. Telefon görüşmesi ile izlem 3. aya kadar devam ettirildi. Telefonla izlemde beslenme, fiziksel aktivite, egzersiz, bağırsak fonksiyonları, boşaltım fonksiyonları, komplikasyonların önlenmesi, kemoterapi yan etkilerinin yönetimi konularında danışmanlık verildi. Hastalar aşı olma, hastalara tetkik sonuçları, pandemide hastane polikliniklerin çalışma durumu, rapor onayı, beslenme solüsyonu tüketimi gibi konularda sorular sordu.

Değerlendirme

Değerlendirme ameliyat sonrası 12. haftada pandemi koşulları nedeniyle telefonla veya hastaların rutin poliklinik kontrolleri sırasında yapıldı. Program tamamlandıktan sonra program hasta perspektifinden sübjektif değerlendirildi. Bu amaçla hastaya programdan memnuniyeti ve programı geliştirmeye yönelik önerileri ile ilgili sorular yöneltildi.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde SPSS 24.0 version programı kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi, histogram, normal Q-Q plot, box-plot ve stem-and-leaf plot grafiği ile değerlendirildi. Verilerden sadece yaş, ameliyat öncesi beden kitle indeksi (BKİ), ve 3. ay BKİ ve K-KG total gereksinim puan ortalamalarının normal dağılıma sahip olduğu bulundu. Normal dağılıma sahip ölçümler için parametrik testler, normal dağılıma sahip olmayan ölçümler için parametrik olmayan testler kullanıldı. $p < .05$ anlamlı kabul edildi. Hastalarının sosyodemografik ve klinik özellikleri sayı, yüzde, ortalama, standart sapma ve medyan olarak verildi. Kontrol ve deney grubu hastalarının sosyodemografik ve klinik özellikler bakımından benzer olduğunun gösterilmesinde bağımsız örneklem t testi, Pearson ki kare ve Fisher's Exact test kullanıldı.

Kontrol ve deney grubunun karşılanmamış gereksinim, yaşam kalitesi, cinsel fonksiyon puan ortalamaları arasındaki farkı değerlendirmek için, normal dağılıma sahip ölçümlerde bağımsız örneklem t testi (Independent Samples t test), normal dağılıma sahip olmayan ölçümlerde Mann-Whitney U testi kullanıldı. Kontrol ve deney grubunun kendi içindeki ölçümlerinde, yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyon puan ortalamalarının zamana göre (ameliyat öncesi & 3. ay) karşılaştırılmasında ölçümler normal dağılıma sahip olmadığı için Wilcoxon Signed rank testi kullanıldı.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Deney grubuna pandemi koşulları nedeniyle acil cerrahi geçiren hastalar alındığı için bu hastalara ameliyat öncesi eğitim ve danışmanlık verilemedi.

3.10. Etik Kurul Onayı

03.11.2016 tarihli 2016/28-25 karar numaralı etik kurul izni (Ek 21) alınan bu çalışmada pandemi koşulları nedeniyle tez süresince yeterli örneklem sayısına ulaşabilmek için deney grubu dahil edilme kriterleri, post-test izlem süresi ve yönteminde değişiklik yapılarak tekrar etik kurul izni (04.01.2021 tarih, Karar No: 2021/01-34) (Ek 22) alındı.



4. BULGULAR

4.1. Hasta Tanıtıcı Özellikler İle İlgili Bulgular

Kontrol ve deney grubundaki hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri Tablo 10'da yer almaktadır. Kontrol grubu hastalarının yaş ortalaması 58.71, %44.4'ü ilköğretim mezunu, %42.2'si kronik hastalığa sahip, %53.3'ü kronik hastalık nedeniyle ilaç kullanmakta, %53.3'ünün tanısı rektum kanseri, %40.0'ı kemoterapi almış, %64.4'ü radyoterapi almış, %57.8'ine LAR ameliyatı uygulanmış, %37.8'ine stoma açılmış ve %66.7'sine açık cerrahi uygulanmıştır. Deney grubun hastalarının yaş ortalaması 60.78, %64.9'ü ilköğretim mezunu, %70.3'si kronik hastalığa sahip, %32.4'ü kronik hastalık nedeniyle ilaç kullanmakta, %67.6'sının tanısı kolon kanseri, %18.9'u kemoterapi almış, %13.5'i radyoterapi almış, %51.4'üne LAR ameliyatı uygulanmış, %29.7'sine stoma açılmış ve %83.8'sine açık cerrahi uygulanmıştır. Kontrol ve deney grubu arasında, yaş, BKİ, cinsiyet, eğitim, kronik hastalık, ilaç kullanımı, kanser türü, ameliyat tipi, ameliyat yöntemi, stoma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı, grupların homojen dağılıma sahip olduğu belirlendi ($p>.05$) (Tablo 10).

Tablo 10. Kontrol ve Deney Grubu Hastalarının Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

Sosyodemografik & Klinik özellikler	Kontrol		Deney		Total		t	p
	$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$			
Yaş	58.71±10.39		60.78±12.82		59.65±11.52		-.809	.421
Beden kitle indeksi	27.36±3.98		26.75±3.98		27.09±3.97		.695	.489
	n	%	n	%	n	%	χ^2	p
Cinsiyet								
Kadın	16	35.6	14	37.8	30	36.6	.046	1.000
Erkek	29	64.4	23	62.2	52	63.4		
Eğitim durumu								
İlköğretim mezunu	20	44.4	24	64.9	44	53.7	4.852	.088
Lise mezunu	10	22.2	8	21.6	18	22.0		
Yüksekokul mezunu	15	33.3	5	13.5	20	24.4		

SS= Standart Sapma, t= Bağımsız gruplarda t testi, χ^2 = Pearson Chi-Square/Fisher's Exact test

Tablo 10 (Devam). Kontrol ve Deney Grubu Hastalarının Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

Sosyodemografik & Klinik özellikler	Kontrol		Deney		Total		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Kronik hastalık durumu								
Yok	26	57.8	26	70.3	52	63.4	1.366	.243
Var	19	42.2	11	29.7	30	36.6		
İlaç kullanım durumu								
Yok	24	53.3	25	6.6	49	59.8	1.711	.191
Var	21	46.7	12	32.4	33	40.2		
Kemoterapi alma durumu								
Evet	18	40.0	7	18.9	25	30.5	4.258	.039
Hayır	27	60.0	30	81.1	57	69.5		
Radyoterapi alma durumu								
Evet	16	35.6	5	13.5	21	25.6	5.178	.023
Hayır	29	64.4	32	86.5	61	74.4		
Kanser türü								
Kolon	21	46.7	25	67.6	46	56.1	3.602	.058
Rektum	24	53.3	12	32.4	36	43.9		
Ameliyat türü								
Abdominoperineal rezeksiyon	-	-	3	8.1	3	3.7	4.390	.222
Aşağı anterior rezeksiyon	26	57.8	19	51.4	45	54.9		
Kolektomi	13	28.9	12	32.4	25	30.5		
Diğer*	6	13.3	3	8.1	9	11,0		
Ameliyat tipi								
Laparoskopik	15	33.3	6	16.2	21	25.6	3.123	.077
Açık	30	66.7	31	83.8	61	74.4		
Stoma durumu								
Yok	28	62.2	26	70.3	54	65.9	.585	.444
Var	17	37.8	11	29.7	28	34.1		
Adjuvan kemoterapi alma								
Evet	30	66.7	27	73.0	57	4.9	.381	.537
Hayır	15	33.3	10	27.0	25	95.1		

χ^2 = Pearson Chi-Square/Fisher's Exact test. *Diğer= Pelvik ekzentasyon, Hartman prosedürü.

Kontrol ve deney grubunun ameliyat sonrası BKİ değerleri Tablo 11’de yer almaktadır. BKİ ortalaması kontrol grubunda 26.08 ve deney grubunda 25.65’tir. Grupların kendi içindeki ölçümleri arasında BKİ ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu (Kontrol p=.000, Deney p=.000) saptandı (Tablo 11).

Tablo 11. Kontrol ve Deney Grubu Hastaların BKİ Değerlerinin Karşılaştırılması

	Ameliyat öncesi	3.ay		
BKİ	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	t	p
Kontrol	27.36 \pm 3.98	26.08 \pm 3.79	5.337	.000
Deney	26.75 \pm 3.98	25.65 \pm 4.13	4.795	.000

SS= Standart Sapma, t=Bağımsız gruplarda t testi, Eşleştirilmiş t test.

Ameliyat öncesinde kontrol grubundaki 16 kadının 6’sının ve 29 erkeğin 19’unun; deney grubundaki 14 kadının 2’sinin ve 23 erkeğin 8’inin aktif cinsel yaşamı devam etmekteydi. Kontrol ve deney grubunun ameliyat sonrası cinsel aktiviteye başlama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu (p>.05) (Tablo 12).

Tablo 12. Kontrol ve Deney Grubu Hastalarının Cinsel Aktivite Durumlarının Karşılaştırılması

		Ameliyat öncesi		3.ay		
		cinsel aktivite durumu		cinsel aktivite durumu		
		Evet	Hayır	Evet	Hayır	Total
		n	n	n	n	n
Kontrol	Kadın	6	10	9	7	16
	Erkek	19	10	10	19	29
Deney	Kadın	2	12	1	12	14
	Erkek	8	15	4	15	23
		3. ay cinsel aktivite durumu				
		Evet	Hayır	Total	p*	
Kontrol	Ameliyat öncesi cinsel aktivite durumu	Evet	16	9	25	.146
		Hayır	3	17	20	
		Total	19	26	45	
Deney	Ameliyat öncesi cinsel aktivite durumu	Evet	4	6	10	.125
		Hayır	1	26	27	
		Total	5	32	37	

* McNemar test

4.2. Hastaların Gereksinimlerinin Karşılaştırılması

Kontrol ve deney grubunun K-KG ölçeği karşılanmamış ve karşılanmış gereksinim puan ortalamaları normal dağılıma uymadığı için veriler sıra ortalaması olarak verildi. Kontrol ve deney grubu hastalarının üçüncü ayda karşılanmamış gereksinim puanı sıra ortalamaları (U=583.00, p=.018) ve total gereksinim puanı ortalaması (t=4.401, p=.000) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, karşılanmış gereksinim puanı sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı (U=777.50, p=.607) bulundu (Tablo 13).

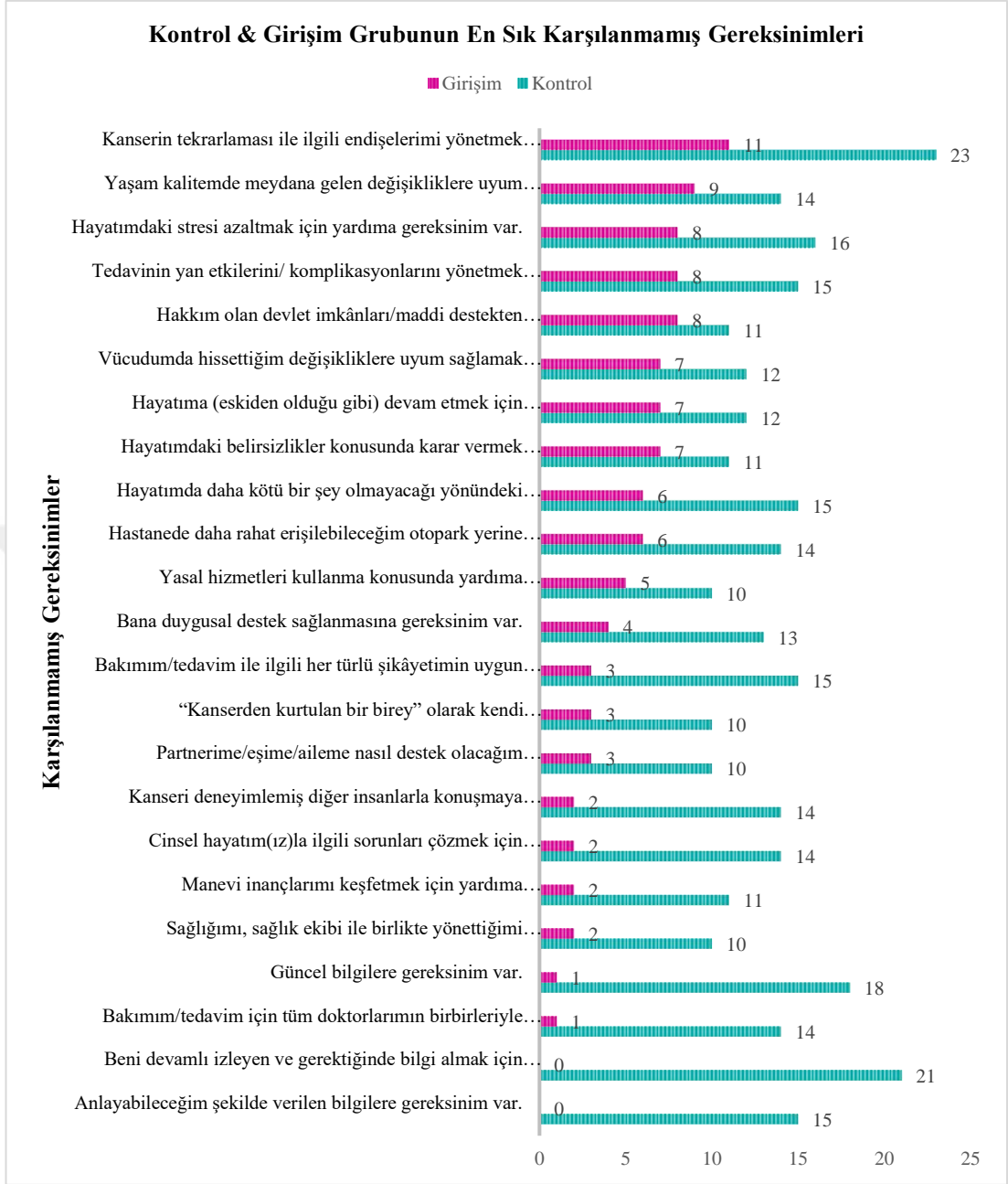
Tablo 13. Kontrol ve Deney Grubu Hastaların Ameliyat Sonrası 3. Ayda Gereksinimlerinin Karşılaştırılması

	Kontrol	Deney		
	Sıra ortalaması	Sıra ortalaması	U	p
Karşılanmış gereksinim	42.72	40.01	777.50	.607
Karşılanmamış gereksinim	47.04	34.76	583.00	.018
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	t	p
Total gereksinim	16.95±9.03	9.37±6.52	4.401	0.000

U= Mann-Whitney U Test, SS= Standart Sapma, t= Bağımsız gruplarda t testi.

Kontrol ve deney grubu hastalarının en sık karşılanmamış gereksinimleri Grafik 1’de yer almaktadır. Kontrol grubu hastalarının en sık karşılanmamış beş gereksinimi; kanserin tekrarı ile ilgili endişeleri yönetmek için destek (n=23), beni devamlı izleyen ve gerektiğinde bilgi almak için gidebileceğim bir vaka danışmanı (n=21), güncel bilgiler (n=18), hayatımdaki stresi azaltmak için yardım (n=16), tedavinin yan etkileri/komplikasyonlarını yönetmek için yardım (n=15), bakımım/tedavim ile ilgili her türlü şikayetimin uygun şekilde ele alınması (n=15), anlayabileceğim şekilde verilen bilgiler (n=15) gereksinimidir (Grafik 1).

Deney grubunun en sık karşılanmamış beş gereksinimi kanserin tekrarlama ile ilgili endişelerini yönetmek için destek (n=11), yaşam kalitemde meydana gelen değişimlere uyum sağlamak için yardım (n=9), hayatımdaki stresi azaltmak için yardım (n=8), tedavinin yan etkileri/komplikasyonlarını yönetmek için yardım (n=8), hakkım olan devlet imkanları/maddi destekten yararlanma konusunda yardım (n=8) gereksinimidir (Grafik 1).



Grafik 1. Kontrol ve Deney Grubu Hastaların Ameliyat Sonrası En Sık Karşılanmamış Gereksinimleri

4.3. Hastaların Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Genel Yaşam Kalitesi

Kontrol ve deney grubunun EORTC QLQ-C30 Genel sağlık, Fonksiyonel ve Semptom alt boyut puan ortalamaları normal dağılıma uymadığı için veriler sıra ortalaması olarak verildi. Gruplar arasında fark olup olmadığını belirlemek için Mann-Whitney U testi kullanıldı. Zamana göre fark olup olmadığını test etmek için Wilcoxon Signed rank test uygulandı. Kontrol ve deney grubunun EORTC QLQ-C30 ölçeği puanlarının sıra ortalamaları Grafik 2’de yer almaktadır.

Kontrol ve deney grubunun EORTC QLQ-C30 Genel sağlık ve Fonksiyonel alt boyut puanlarının sıra ortalamalarının karşılaştırması Tablo 14’de yer almaktadır. Kontrol ve deney grubu hastalarının üçüncü ay Genel sağlık puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($U=409.50$, $p=.000$) saptandı. Grupların kendileri içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, kontrol grubunun Genel sağlık puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($Z=-.351$, $p=.725$), deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($Z=-4.589$, $p=.000$) belirlendi (Tablo 14).

Fonksiyonel alt boyutu Fiziksel fonksiyon, Rol fonksiyonu, Emosyonel fonksiyon, Bilişsel fonksiyon ve Sosyal fonksiyon puanlarından oluşmaktadır. Kontrol ve deney grubu hastalarının üçüncü ay Fiziksel fonksiyon puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($U=340.00$, $p=.000$) bulundu. Grupların kendileri içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, kontrol grubunun Fiziksel fonksiyon puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($Z=-.444$, $p=.657$), deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($Z=-3.785$, $p=.000$) belirlendi (Tablo 14).

Kontrol ve deney grubu hastalarının üçüncü ay Rol fonksiyon puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($U=675.50$, $p=.030$) saptandı. Grupların kendileri içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, kontrol grubunun Rol fonksiyon puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($Z=-.061$, $p=.951$), deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($Z=-2.253$, $p=.024$) bulundu (Tablo 14).

Kontrol ve deney grubu hastalarının üçüncü ay Emosyonel fonksiyon puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($U=518.50$, $p=.002$) bulundu. Grupların kendileri içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, kontrol grubunun Emosyonel fonksiyon puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($Z=-.237$, $p=.812$), deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($Z=-2.477$, $p=.013$) belirlendi (Tablo 14).

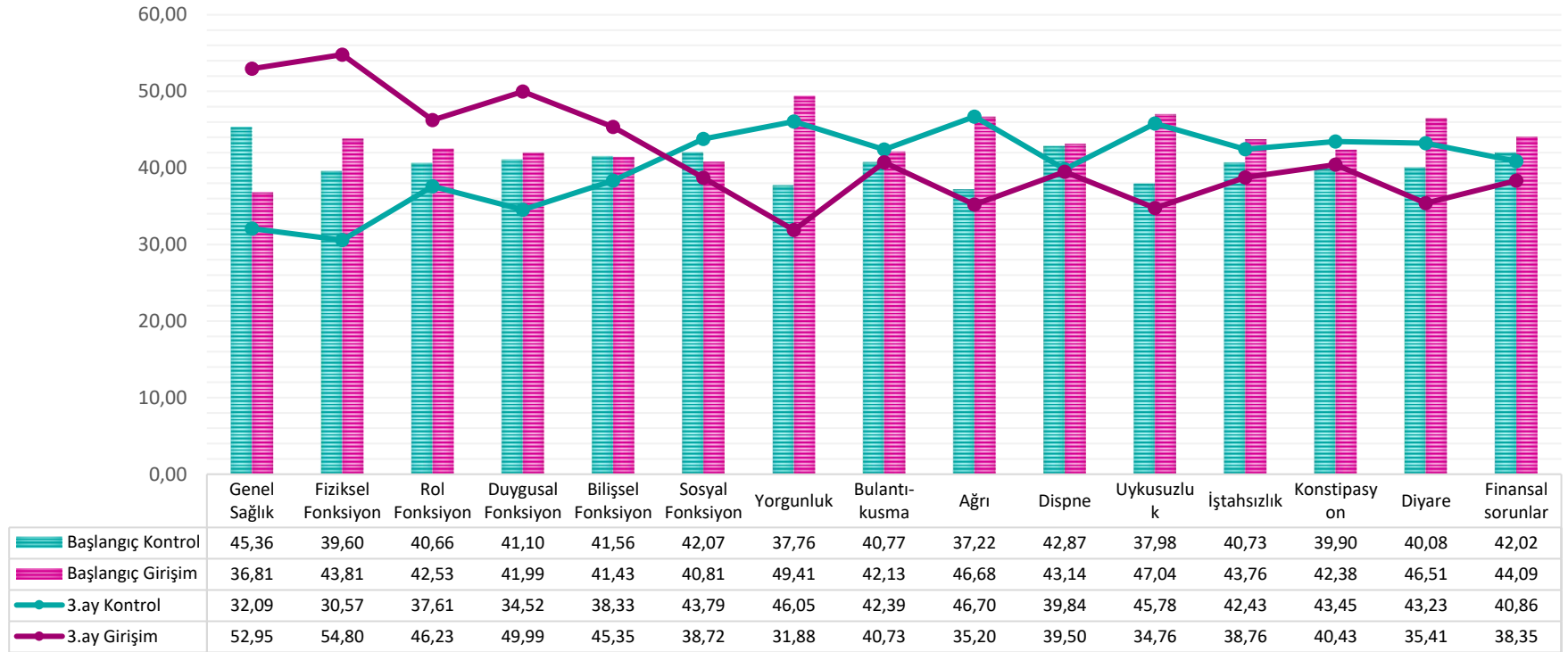
Kontrol ve deney grubu hastalarının üçüncü ay Bilişsel fonksiyon ve Sosyal fonksiyon puanlarının sıra ortalamaları arasında ve grupların kendi içindeki ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>.05$) belirlendi (Tablo 14).

Tablo 14. Kontrol ve Deney Grubu Hastalarının EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Genel Sağlık ve Fonksiyonel Alt Boyut Sıra Ortalamalarının Karşılaştırılması

EORTC QLQ-C30					
	Grup	Ameliyat öncesi	3. ay	Z	p
		Sıra ortalaması	Sıra ortalaması		
Genel sağlık					
	Kontrol	45.36	32.09	-.351	.725
	Deney	36.81	52.95	-4.589	.000
	U	659.000	409.00		
	p	.102	.000		
Fonksiyonel alt boyut					
Fiziksel fonksiyon	Kontrol	39.60	30.57	-.444	.657
	Deney	43.81	54.80	-3.785	.000
	U	747.000	340.50		
	p	.421	.000		
Rol fonksiyon	Kontrol	40.66	37.61	-.061	.951
	Deney	42.53	46.23	-2.253	.024
	U	794.500	657.50		
	p	.668	.030		
Emosyonel fonksiyon	Kontrol	41.10	34.52	-.237	.812
	Deney	41.99	49.99	-2.477	.013
	U	814.500	518.50		
	p	.860	.002		
Bilişsel fonksiyon	Kontrol	41.56	38.33	-.209	.834
	Deney	41.43	45.35	-1.866	.062
	U	830.000	690.00		
	p	.979	.102		
Sosyal fonksiyon	Kontrol	42.07	43.79	-1.530	.126
	Deney	40.81	38.72	-.125	.900
	U	807.000	729.500		
	p	.795	.305		

U= = Man Whitney U testi. Z= Wilcoxon Signed Ranks Test

Kontrol & Girişim Grubu Hastaların EORTC-QoL C30 Yaşam Kalitesi Düzeyleri



Grafik 2. Kontrol ve Deney Grubu Hastaların EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Düzeyleri

Kontrol ve deney grubunun EORTC QLQ-C30 Semptom alt boyut puanlarının sıra ortalamalarının karşılaştırması Tablo 15’de yer almaktadır. Semptom alt boyutu Yorgunluk, Bulantı-kusma, Ağrı, Dispne, Uykusuzluk, İştahsızlık, Konstipasyon, Diyare, Finansal sorunlar puanlarından oluşmaktadır.

Kontrol ve deney grubu hastalarının üçüncü ay Yorgunluk puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($U=476.00$, $p=.001$) saptandı. Grupların kendileri içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, kontrol grubunun Yorgunluk puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($Z=-.931$, $p=.352$), deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($Z=-3.962$, $p=.000$) belirlendi (Tablo 15).

Kontrol ve deney grubu hastalarının üçüncü ay Ağrı puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($U=599.00$, $p=.014$) bulundu. Grupların kendileri içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, kontrol grubunun Ağrı puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($Z=-1.263$, $p=.206$), deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($Z=-4.001$, $p=.000$) saptandı (Tablo 15).

Kontrol ve deney grubu hastalarının üçüncü ay Uykusuzluk puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($U=583.00$, $p=.011$) belirlendi. Grupların kendileri içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, kontrol grubunun Uykusuzluk puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($Z=-.606$, $p=.545$), deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($Z=-3.570$, $p=.000$) bulundu (Tablo 15).

Kontrol ve deney grubu hastalarının üçüncü ay Konstipasyon puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>.05$) saptandı. Grupların kendileri içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, kontrol ($Z=-2.697$, $p=.007$), ve deney ($Z=-3.515$, $p=.000$) grubunun Konstipasyon puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu (Tablo 15).

Kontrol ve deney grubu hastalarının üçüncü ay Diyare puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($U=607.00$, $p=.009$) saptandı. Grupların kendileri içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, kontrol grubunun

Diyare puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($Z=-1.124$, $p=.261$), deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($Z=-3.672$, $p=.000$) belirlendi (Tablo 15).

Kontrol ve deney grubu hastalarının üçüncü ay Bulantı-kusma, Dispne, İştahsızlık, Finansal sorunlar puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>.05$) saptandı. Kontrol ve deney grubunun kendi içindeki ölçümleri arasında da, Bulantı-kusma, Dispne, İştahsızlık, Finansal sorunlar alt boyut puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>.05$) bulundu (Tablo 15).

Tablo 15. Kontrol ve Deney Grubu Hastalarının EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Alt Boyut Sıra Ortalamalarının Karşılaştırılması

EORTC QLQ-C30					
	Grup	Ameliyat öncesi	3. ay	Z	p
		Sıra ortalaması	Sıra ortalaması		
Semptom alt boyutu					
Yorgunluk	Kontrol	37.76	49.41	-.931	.352
	Deney	46.05	31.88	-3.962	.000
	U	664.000	476.50		
	p	.110	.001		
Bulantı-kusma	Kontrol	40.77	42.13	-.941	.346
	Deney	42.39	40.73	-.972	.331
	U	799.500	804.00		
	p	.705	.749		
Ağrı	Kontrol	37.22	46.68	-1.263	.206
	Deney	46.70	35.20	-4.001	.000
	U	640.000	599.50		
	p	.065	.014		

U= Man Whitney U testi, Z= Wilcoxon Signed Ranks Test

Tablo 15 (Devam). Kontrol ve Deney Grubu Hastalarının EORTC QLQ-C30 Yaşam Kalitesi Ölçeği Semptom Alt Boyut Sıra Ortalamalarının Karşılaştırılması

EORTC QLQ-C30					
	Grup	Ameliyat öncesi	3. ay	Z	p
		Sıra ortalaması	Sıra ortalaması		
Semptom alt boyutu devam					
Dispne	Kontrol	42.87	43.14	-.440	.660
	Deney	39.84	39.50	-.905	.366
	U p	771.000 .416	758.50 .277		
Uykusuzluk	Kontrol	37.98	47.04	-.606	.545
	Deney	45.78	34.76	-3.570	.000
	U p	674.000 .123	583.00 .011		
İştahsızlık	Kontrol	40.73	43.76	-.240	.811
	Deney	42.43	38.76	-1.898	.058
	U p	798.000 .721	731.00 .275		
Konstipasyon	Kontrol	39.90	42.38	-2.697	.007
	Deney	43.45	40.43	-3.515	.000
	U p	760.500 .466	793.00 .584		
Diyare	Kontrol	40.08	46.51	-1.124	.261
	Deney	43.23	35.41	-3.672	.000
	U p	768.500 0.522	607.00 .009		
Finansal sorunlar	Kontrol	42.02	44.09	-1.110	.267
	Deney	40.86	38.35	-.087	.931
	U p	809.000 .804	716.00 .215		

U= Man Whitney U testi, Z= Wilcoxon Signed Ranks Test

Kolorektal Yaşam Kalitesi

Kontrol ve deney grubunun EORTC QLQ-CR29 Fonksiyonel alt boyut ve Semptom alt boyut puan ortalamaları normal dağılıma uymadığı için veriler sıra ortalaması olarak verildi. Gruplar arasında fark olup olmadığını belirlemek için Mann-Whitney U testi kullanıldı. Zamana göre fark olup olmadığını test etmek için Wilcoxon Signed rank test uygulandı. Kontrol ve deney grubunun EORTC QLQ-CR29 ölçeği puanlarının sıra ortalamaları Grafik 3’de yer almaktadır.

Kontrol ve deney grubunun EORTC QLQ-CR29 Fonksiyonel alt boyut puanlarının sıra ortalamalarının karşılaştırması Tablo 16’de yer almaktadır. Fonksiyonel alt boyut Beden imajı, Anksiyete, Kilo, Cinsel ilgi kadın ve Cinsel ilgi erkek puanlarından oluşmaktadır.

Kontrol ve deney grubu hastalarının üçüncü ay Beden imajı puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($U=382.00$, $p=.000$) saptandı. Grupların kendileri içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, kontrol ($Z=-2.472$, $p=.013$) ve deney ($Z=-2.097$, $p=.036$) grubunun Beden imajı puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi (Tablo 16).

Kontrol ve deney grubu hastalarının üçüncü ay Anksiyete puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($U=631.00$, $p=.042$) bulundu. Grupların kendileri içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, kontrol grubunun Anksiyete puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($Z=-.432$, $p=.665$), deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($Z=-3.456$, $p=.001$) belirlendi (Tablo 16).

Kontrol ve deney grubu hastalarının üçüncü ay Kilo puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($U=639.50$, $p=.028$) saptandı. Grupların kendileri içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, kontrol grubunun Kilo puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($Z=-.380$, $p=.704$), deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($Z=-2.858$, $p=.004$) bulundu (Tablo 16).

Kontrol ve deney grubu hastalarının üçüncü ay Cinsel ilgi kadın puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($U=63.00$, $p=.011$) belirlendi. Grupların kendileri içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, kontrol ve deney

grubunun Cinsel ilgi kadın puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>.05$) saptandı (Tablo 16).

Kontrol ve deney grubu hastalarının üçüncü ay Cinsel ilgi erkek puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($U=198.50$, $p=.008$) bulundu. Grupların kendileri içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, kontrol ve deney grubunun Cinsel ilgi erkek puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>.05$) belirlendi (Tablo 16).

Tablo 16. Kontrol ve Deney Grubu Hastaların EORTC QLQ-CR29 Kolorektal Yaşam Kalitesi Ölçeği Fonksiyonel Alt Boyut Sıra Ortalamalarının Karşılaştırılması

EORTC QLQ-CR29					
	Grup	Ameliyat öncesi	3. ay	Z	p
		Sıra ortalaması	Sıra ortalaması		
Fonksiyonel Alt Boyut					
Beden imajı	Kontrol	39.66	31.49	-2.472	.013
	Deney	43.74	53.68	-2.097	.036
	U	749.50	382.00		
	p	.360	.000		
Anksiyete	Kontrol	45.30	37.02	-.432	.665
	Deney	36.88	46.95	-3.456	.001
	U	661.50	631.00		
	p	.097	.042		
Kilo	Kontrol	43.56	37.21	-.380	.704
	Deney	39.00	46.72	-2.858	.004
	U	740.00	639.50		
	p	.320	.028		
Cinsel ilgi kadın	Kontrol	30.79	31.16	-.632	.527
	Deney	21.09	20.63	-1.342	.180
	U	68.00	63.00		
	p	.038	.011		
Cinsel ilgi erkek	Kontrol	18.25	18.56	-.068	.946
	Deney	12.36	12.00	-.432	.666
	U	209.00	198.50		
	p	.014	.008		

U= Man Whitney U testi, Z= Wilcoxon Signed Ranks Test

Kontrol ve deney grubunun EORTC QLQ-CR29 Semptom alt boyut puanlarının sıra ortalamalarının karşılaştırması Tablo 17’de yer almaktadır. Semptom alt boyutu Üriner sıklık, Kan ve mukus, İnkontinans, Dizüri, Karın ağrısı, Kalça ağrısı, Ağız

kuruluşu, Saç dökülmesi, Tat değişimi, Gaz, Fekal inkontinans, Yara, Utanç, Dışkı sıklığı, Stoma bakım problemi, Disparoni ve Empotans puanlarından oluşmaktadır.

Kontrol ve deney grubu hastalarının üçüncü ay Üriner sıklık puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($U=540.00$, $p=.005$) saptandı. Grupların kendileri içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, kontrol ($Z=-2.051$, $p=.040$) ve deney ($Z=-3.564$, $p=.000$) grubunun Üriner sıklık puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi (Tablo 17).

Kontrol ve deney grubu hastalarının üçüncü ay İnkontinans puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>.05$) belirlendi. Grupların kendileri içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, kontrol grubunun İnkontinans puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($Z=-.225$, $p=.822$), deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($Z=-2.859$, $p=.004$) bulundu (Tablo 17).

Kontrol ve deney grubu hastalarının üçüncü ay Dizüri puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($U=692.00$, $p>.045$) saptandı. Grupların kendileri içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, kontrol grubunun Dizüri puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($Z=-2.292$, $p=.196$), deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($Z=-2.157$, $p=.031$) belirlendi (Tablo 17).

Kontrol ve deney grubu hastalarının üçüncü ay Karın ağrısı puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($U=657.00$, $p=.024$) bulundu. Grupların kendileri içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, kontrol grubunun Karın ağrısı puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($Z=-2.450$, $p=.014$), deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($Z=-4.083$, $p=.000$) belirlendi (Tablo 17).

Kontrol ve deney grubu hastalarının üçüncü ay Kalça ağrısı puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>.05$) saptandı. Grupların kendileri içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, kontrol grubunun Kalça ağrısı puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($Z=-.275$, $p=.783$), deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($Z=-2.435$, $p=.015$) bulundu (Tablo 17).

Kontrol ve deney grubu hastalarının üçüncü ay Kan ve mukus puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($U=684.50$, $p=.007$) bulundu. Grupların kendileri içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, kontrol grubunun Kan ve mukus puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($Z=-3.438$, $p=.001$), deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($Z=-3.562$, $p=.000$) saptandı (Tablo 17).

Kontrol ve deney grubu hastalarının ameliyat öncesi Şişkinlik puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($U=626.50$, $p=.035$) belirlendi. Grupların kendileri içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, kontrol grubunun Şişkinlik puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($Z=-1.385$, $p=.166$), deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($Z=-3.275$, $p=.001$) bulundu (Tablo 17).

Kontrol ve deney grubu hastalarının üçüncü ay Gaz puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($U=563.00$, $p=.006$) bulundu. Grupların kendileri içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, kontrol ve deney grubunun Gaz puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>.05$) belirlendi (Tablo 17).

Kontrol ve deney grubu hastalarının üçüncü ay Fekal inkontinans puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($U=653.00$, $p=.011$) saptandı. Grupların kendileri içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, kontrol ve deney grubunun Fekal inkontinans puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>.05$) bulundu (Tablo 17).

Kontrol ve deney grubu hastalarının üçüncü ay Dışkı sıklığı puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($U=568.00$, $p=.003$) bulundu. Grupların kendileri içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, kontrol grubunun Dışkı sıklığı puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($Z=-.139$, $p=.890$), deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($Z=-3.411$, $p=.001$) belirlendi (Tablo 17).

Kontrol ve deney grubu hastalarının üçüncü ay Yara puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($U=669.00$, $p=.010$) belirlendi. Grupların kendileri içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, kontrol

grubunun Yara puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($Z=-1.998$, $p=.046$), deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($Z=-.577$, $p=.564$) saptandı (Tablo 17).

Kontrol ve deney grubu hastalarının üçüncü ay Utanç puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($U=502.00$, $p=.000$) bulundu. Grupların kendileri içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, kontrol grubunun Utanç puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($Z=-.202$, $p=.840$), deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($Z=-2.658$, $p=.008$) saptandı (Tablo 17).

Kontrol ve deney grubu hastalarının üçüncü ay Ağız kuruluğu puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($U=640.00$, $p=.038$) belirlendi. Grupların kendileri içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, kontrol ve deney grubunun Ağız kuruluğu puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>.05$) saptandı (Tablo 17).

Kontrol ve deney grubu hastalarının üçüncü ay Saç dökülmesi, Tat değişimi, Stoma bakım problemi puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>.05$) bulundu (Tablo 17). Grupların kendileri içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, kontrol ve deney grubunun Saç dökülmesi ve Tat değişimi puanlarının sıra ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>.05$) saptandı (Tablo 17).

Kontrol ve deney grubu hastalarının üçüncü ay Disparoni puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($U=77.00$, $p=.025$) saptandı. Grupların kendileri içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, kontrol ve deney grubunun Disparoni puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>.05$) bulundu (Tablo 17).

Kontrol ve deney grubu hastalarının üçüncü ay Empotans puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($U=168.50$, $p=.000$) bulundu. Grupların kendileri içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, kontrol grubunun Empotans puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($Z=-.934$, $p=.350$), deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($Z=-2.070$, $p=.038$) saptandı (Tablo 17).

Tablo 17. Kontrol ve Deney Grubu Hastaların EORTC QLQ-CR29 Ölçeği Semptom Alt Boyutu Sıra Ortalamalarının Karşılaştırılması

EORTC QLQ-CR29					
	Grup	Ameliyat öncesi	3. ay	Z	p
		Sıra ortalaması	Sıra ortalaması		
Semptom Alt Boyutu					
Üriner sıklık	Kontrol	39.80	47.99	-2.051	.040
	Deney	43.57	33.61	-3.564	.000
	U	756.00	540.50		
	p	.465	.005		
Üriner inkontinans	Kontrol	39.71	43.70	-.225	.822
	Deney	43.68	38.82	-2.859	.004
	U	752.00	733.50		
	p	.309	.133		
Dizüri	Kontrol	40.43	44.62	-1.292	.196
	Deney	42.80	37.70	-2.157	.031
	U	784.50	692.00		
	p	.517	.045		
Karın ağrısı	Kontrol	38.42	45.39	-2.450	.014
	Deney	45.24	36.77	-4.083	.000
	U	694.00	657.50		
	p	.170	.024		
Kalça ağrısı	Kontrol	41.43	44.18	-.275	.783
	Deney	41.58	38.24	-2.435	.015
	U	829.50	712.00		
	p	.973	.127		
Kan ve mukus	Kontrol	41.03	44.79	-3.438	.001
	Deney	42.07	37.50	-3.562	.000
	U	811.50	684.50		
	p	.827	.007		
Şişkinlik	Kontrol	36.92	41.82	-1.385	.166
	Deney	47.07	41.11	-3.275	.001
	U	626.50	818.00		
	p	.035	.857		
Ağız kuruluğu	Kontrol	43.49	45.78	-1.091	.275
	Deney	39.08	36.30	-.974	.330
	U	743.00	640.00		
	p	.342	.038		
Saç dökülmesi	Kontrol	41.44	41.09	.000	1.000
	Deney	41.57	42.00	-.087	.931
	U	830.00	814.00		
	p	.966	.738		

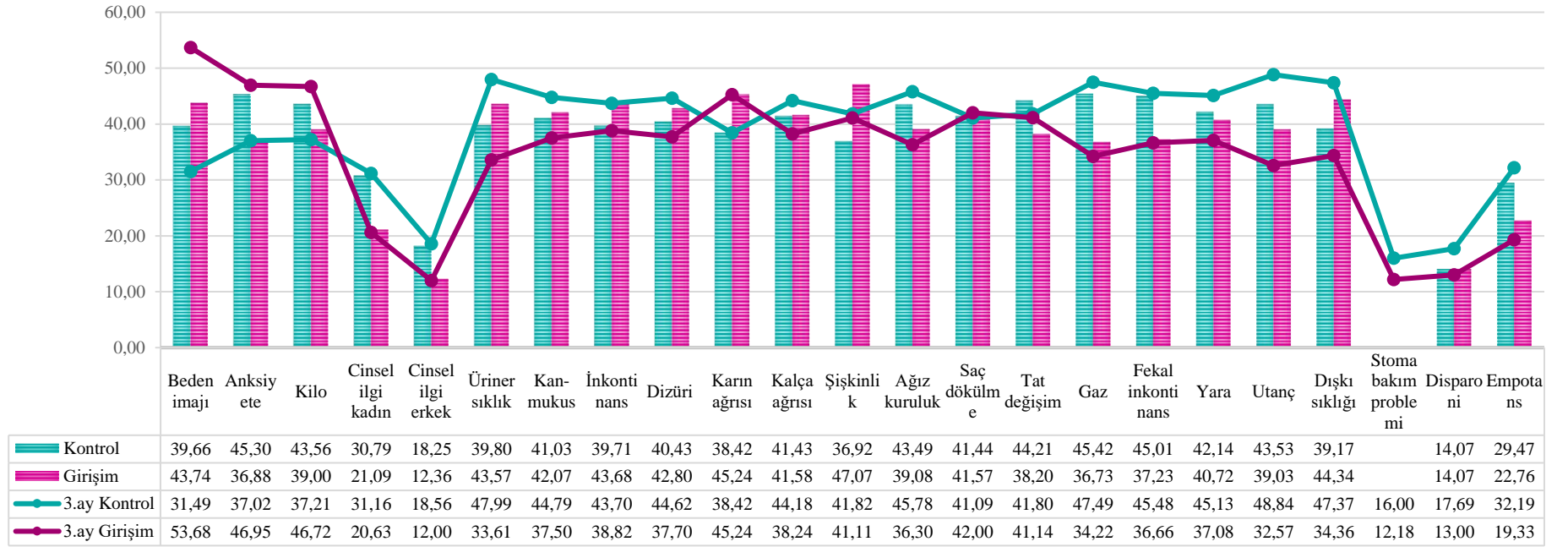
U= Man Whitney U testi, Z= Wilcoxon Signed Ranks Test

Tablo 17 (Devam). Kontrol ve Deney Grubu Hastaların EORTC QLQ-CR29 Ölçeği Semptom Alt Boyutu Sıra Ortalamalarının Karşılaştırılması

EORTC QLQ-CR29					
	Grup	Ameliyat öncesi	3. ay	Z	p
		Sıra ortalaması	Sıra ortalaması		
Semptom Alt Boyutu devam					
Tat değişimi	Kontrol	44.21	41.80	-1.069	.285
	Deney	38.20	41.14	-1.442	.149
	U	710.50	819.00		
	p	.099	.873		
Gaz	Kontrol	45.42	47.49	-1.587	.113
	Deney	36.73	34.22	-.677	.499
	U	656.00	563.00		
	p	.064	.006		
Fekal inkontinans	Kontrol	45.01	45.48	-.988	.323
	Deney	37.23	36.66	-1.406	.160
	U	674.50	653.50		
	p	.050	.011		
Dışkı sıklığı	Kontrol	39.17	47.37	-.139	.890
	Deney	44.34	34.36	-3.411	.001
	U	727.50	568.50		
	p	.291	.003		
Yara	Kontrol	42.14	45.13	-1.998	.046
	Deney	40.72	37.08	-.577	.564
	U	803.50	669.00		
	p	.549	.010		
Utanç	Kontrol	43.53	48.84	-.202	.840
	Deney	39.03	32.57	-2.658	.008
	U	741.00	502.00		
	p	.309	.000		
Stoma bakım problemi	Kontrol	-	16.00		
	Deney	-	12.18		
	U		68.00		
	p		.146		
Disparoni	Kontrol	16.75	17.69	-1.069	.285
	Deney	14.07	13.00	-1.000	.317
	U	92.00	77.00		
	p	.198	.025		
Empotans	Kontrol	29.47	32.19	-.934	.350
	Deney	22.76	19.33	-2.070	.038
	U	247.50	168.50		
	p	.075	.000		

U= Man Whitney U testi, Z= Wilcoxon Signed Ranks Test

Kontrol & Deney Grubu Hastaların EORTC QLQ-CR29 Kolorektal Yaşam Kalitesi Düzeyleri

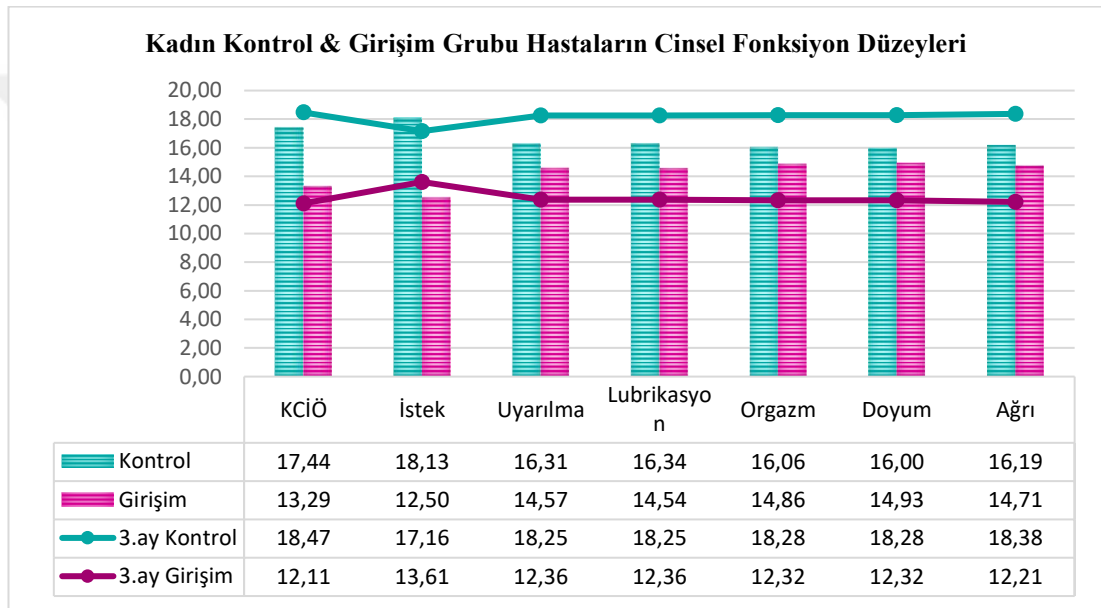


Grafik 3. Kontrol ve Deney Grubu Hastalarının EORTC QLQ-CR29 Yaşam Kalitesi Düzeyleri

4.4. Hastaların Cinsel Fonksiyon Düzeyleri

Kadınlarda Cinsel Fonksiyon Düzeyleri

Kontrol ve deney grubunun KCIÖ total, istek, uyarılma, lubrikasyon, orgazm, doyum ve ağrı alt boyut puan ortalamaları normal dağılıma uymadığı için veriler sıra ortalaması olarak verildi. Gruplar arasında fark olup olmadığını belirlemek için Mann-Whitney U testi kullanıldı. Zamana göre arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek için Wilcoxon Signed rank test uygulandı. Kontrol ve deney grubunun KCIÖ ölçeği puanlarının sıra ortalamaları Grafik 4’de yer almaktadır.



Grafik 4. Kadın Kontrol ve Deney Grubu Hastaların Cinsel Fonksiyon Düzeyleri

Kontrol ve deney grubunun KCIÖ total, İstek, Uyarılma, Lubrikasyon, Orgazm, Doyum ve Ağrı puanlarının sıra ortalamalarının karşılaştırması Tablo 18’de yer almaktadır. Kontrol ve deney grubu hastalarının üçüncü ay KCIÖ total puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($U=64.50$, $p=.022$) saptandı. Grupların kendileri içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, kontrol ve deney grubunun KCIÖ total puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>.05$) bulundu (Tablo 18).

Kontrol ve deney grubu hastalarının üçüncü ay İstek puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>.05$) belirlendi. Grupların kendileri içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, kontrol ve deney grubunun

İstek puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>.05$) saptandı (Tablo 18).

Kontrol ve deney grubu hastalarının üçüncü ay Uyarılma puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($U=68.00$, $p=.024$) bulundu. Grupların kendileri içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, kontrol ve deney grubunun Uyarılma puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>.05$) saptandı (Tablo 18).

Kontrol ve deney grubu hastalarının üçüncü ay Lubrikasyon puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($U=68.00$, $p=.024$) belirlendi. Grupların kendileri içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, kontrol ve deney grubunun Lubrikasyon puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>.05$) bulundu (Tablo 18).

Kontrol ve deney grubu hastalarının üçüncü ay Orgazm puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($U=64.50$, $p=.022$) saptandı. Grupların kendileri içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, kontrol ve deney grubunun Orgazm puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>.05$) bulundu (Tablo 18).

Kontrol ve deney grubu hastalarının üçüncü ay Doyum puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($U=67.50$, $p=.022$) belirlendi. Grupların kendileri içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, kontrol grubunun Doyum puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($Z=-2.252$, $p=.024$), deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>.05$) saptandı (Tablo 18).

Kontrol ve deney grubu hastalarının üçüncü ay Ağrı puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($U=66.00$, $p=.018$) bulundu. Grupların kendileri içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, kontrol ve deney grubunun Ağrı puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>.05$) saptandı (Tablo 18).

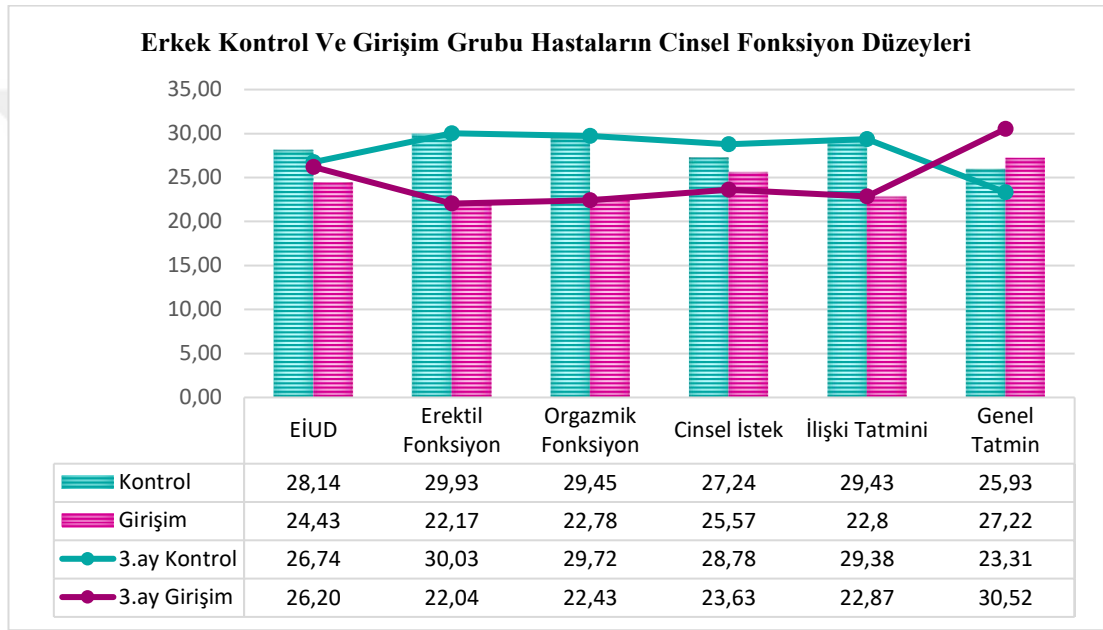
Tablo 18. Kontrol ve Deney Grubu Kadın Hastaların Cinsel Fonksiyon Ölçeği Puanlarının Sıra Ortalamalarının Karşılaştırılması

KCiÖ					
	Grup	Ameliyat öncesi	3. ay	Z	p
		Sıra ortalaması	Sıra ortalaması		
KCiÖ total	Kontrol	17.44	18.47	-1.245	.213
	Deney	13.29	12.11	-.535	.593
	U p	81.00 .162	64.50 .022		
İstek	Kontrol	18.13	17.16	-.300	.764
	Deney	12.50	13.61	-.535	.593
	U p	70.00 .057	85.50 .212		
Uyarılma	Kontrol	16.31	18.25	-1.895	.058
	Deney	14.57	12.36	-.447	.655
	U p	99.00 .439	68.00 .024		
Lubrikasyon	Kontrol	16.34	18.25	-1.690	.091
	Deney	14.54	12.36	-.447	.655
	U p	98.50 .422	68.00 .024		
Orgazm	Kontrol	16.06	18.28	-1.609	.108
	Deney	14.86	12.32	-1.000	.317
	U p	103.00 .592	67.50 .022		
Doyum	Kontrol	16.00	18.28	-2.252	.024
	Deney	14.93	12.32	-1.000	.317
	U p	104.00 .634	67.50 .022		
Ağrı	Kontrol	16.19	18.38	-1.590	.112
	Deney	14.71	12.21	-1.000	.317
	U p	101.00 .512	66.00 .018		

U= Mann-Whitney U test, Z= Wilcoxon Signed Ranks Test

Erkeklerde Cinsel Fonksiyon Düzeyleri

Kontrol ve deney grubunun EİUD total, Eretil disfonksiyon, Orgazmik fonksiyon, Cinsel istek, İlişki tatmini ve Genel tatmin alt boyut puan ortalamaları normal dağılıma uymadığı için veriler sıra ortalaması olarak verildi. Gruplar arasında fark olup olmadığını belirlemek için Mann-Whitney U testi kullanıldı. Zamana göre arasında fark olup olmadığını test etmek için Wilcoxon Signed rank test uygulandı. Kontrol ve deney grubunun EİUD ölçeği puanlarının sıra ortalamaları Grafik 5’de yer almaktadır.



Grafik 5. Erkek Kontrol ve Deney Grubu Hastaların Cinsel Fonksiyon Düzeyleri

Kontrol ve deney grubu erkek hastalarının üçüncü ay EİUD total puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>.05$) saptandı. Grupların kendileri içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, kontrol ve deney grubunun EİUD total puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>.05$) bulundu (Tablo 19).

Kontrol ve deney grubu erkek hastalarının üçüncü ay Eretil disfonksiyon puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($U=240.00$, $p=.042$) saptandı. Grupların kendileri içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, kontrol ve deney grubunun Eretil disfonksiyon puanlarının sıra

ortalamları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>.05$) belirlendi (Tablo 19).

Kontrol ve deney grubu erkek hastalarının üçüncü ay Orgazmik fonksiyon puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($U=240.00$, $p>.042$) bulundu. Grupların kendi içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, kontrol ve deney grubunun Orgazmik fonksiyon puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>.05$) saptandı (Tablo 19).

Kontrol ve deney grubu erkek hastalarının üçüncü ay Cinsel istek puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>.05$) saptandı. Grupların kendileri içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, kontrol ve deney grubunun Cinsel istek puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>.05$) bulundu (Tablo 19).

Kontrol ve deney grubu erkek hastalarının üçüncü ay İlişki tatmini puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>.05$) saptandı. Grupların kendileri içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, kontrol ve deney grubunun İlişki tatmini puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>.05$) bulundu (Tablo 19).

Kontrol ve deney grubu erkek hastalarının üçüncü ay Genel tatmin puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>.05$) bulundu. Grupların kendileri içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, kontrol grubunun Genel tatmin puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($Z=-2.168$, $p=.030$), deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>.05$) saptandı (Tablo 19).

Tablo 19. Kontrol ve Deney Grubu Erkek Hastaların Cinsel Fonksiyon Ölçeği Puanlarının Sıra Ortalamalarının Karşılaştırılması

EİUD					
	Grup	Ameliyat öncesi	3. ay	Z	p
		Sıra ortalaması	Sıra ortalaması		
EİUD total	Kontrol	28.14	26.74	-.673	.501
	Deney	24.43	26.20	-.802	.423
	U	286.00	326.50		
	p	.379	.896		
Eretil disfonksiyon	Kontrol	29.93	30.03	-1.051	.293
	Deney	22.17	22.04	-1.625	.104
	U	234.00	231.00		
	p	.059	.048		
Orgazmik fonksiyon	Kontrol	29.45	29.72	-.933	.351
	Deney	22.78	22.43	-1.633	.102
	U	248.00	240.00		
	p	.090	.042		
Cinsel istek	Kontrol	27.24	28.78	-1.170	.242
	Deney	25.57	23.63	-.744	.457
	U	312.00	267.50		
	p	.686	.213		
İlişki tatmini	Kontrol	29.43	29.38	-1.269	.205
	Deney	22.80	22.87	-1.572	.116
	U	248.50	250.00		
	p	.087	.065		
Genel tatmin	Kontrol	25.93	23.31	-2.168	.030
	Deney	27.22	30.52	-.356	.722
	U	317.00	241.00		
	p	.755	.075		

U= Mann-Whitney U test, Z= Wilcoxon Signed Ranks Test

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada kolorektal kanserli hastalara verilen perioperatif hemşire danışmanlığının, hastalarda girişim sonrası üçüncü ayda karşılanmamış gereksinim, yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyonlara etkisi incelendi.

5.1. Danışmanlık Girişiminin Karşılanmamış Gereksinimlere Etkisi

Bu araştırmada hemşire danışmanlığı girişiminin ameliyat sonrası hastaların karşılanmamış gereksinimlerini azaltmada etkili olduğu saptandı. Hemşire danışmanlığı girişimi sonrası deney grubu hastalarının üçüncü ayda K-KG ölçeği karşılanmamış gereksinim ve total gereksinim puan ortalamalarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 13). Ebrahimabadi ve arkadaşlarının çalışmasında uzman hemşire tarafından kemoterapi yan etkileri ve yönetimi konularında hastalara iki ay boyunca telefonla danışmanlık yapılmış ve girişiminin kemoterapi alan kanser hastalarında destekleyici bakım gereksinimlerini azalttığı bulunmuştur (138). Kotronoulas ve arkadaşlarının çalışmasında kolorektal kanserli hastalarla hemşire liderliğinde gereksinim değerlendirmesi yapılarak, kemoterapi sonrası dönemde karşılanmayan gereksinimlerin oranında azalma, fiziksel/günlük yaşam ve psikososyal gereksinimlerde azalma olduğu saptanmıştır (88). Berglund ve arkadaşlarının çalışmasında hemşire yönetiminde oluşturulan kliniklerin onkoloji hastaların bilgi gereksinimlerini azalttığı, bakımın devamlılığının sağlandığı ve hasta memnuniyetinin arttığı bulunmuştur (139). Literatüre benzer olarak bu araştırmada da üçüncü ayda karşılanmamış gereksinim düzeyinin deney grubunda daha düşük olması ameliyat sonrası sürekli devam eden danışmanlık girişiyle hasta gereksinimlerinin erken belirlenerek zamanında karşıladığını ve sürekli iletişimin gereksinimleri azaltmada etkili olduğunu göstermektedir.

Kontrol ve deney grubu hastalarının ameliyat sonrası üçüncü ayda en sık karşılanmamış gereksinimleri incelendiğinde, en sık karşılanmamış gereksinim sıralamasının gruplar arasında farklılık göstermektedir (Grafik 1). *Kanserin tekrarı ile ilgili endişeleri yönetmek için destek* gereksinimi hem kontrol hem de girişim grubunda en sık karşılanmamış birinci gereksinimdir. Fakat bu gereksinimin karşılanmama oranı kontrol grubunda daha yüksektir. Kontrol grubunda *Beni devamlı izleyen ve gerektiğinde bilgi almak için gidebileceğim bir vaka danışmanı* gereksinimi

en sık karşılanmamış ikinci gereksinim ve *Güncel bilgiler* en sık karşılanmamış üçüncü gereksinim iken deney grubunda bu gereksinimlerin karşılandığı görülmektedir. Kontrol grubunda *hayatımdaki stresi azaltmak için yardım* en sık karşılanmamış dördüncü, *tedavinin yan etkileri/komplikasyonlarını yönetmek için yardım* en sık karşılanmamış beşinci gereksinimdir. Bu gereksinimler girişim grubunda üçüncü ve dördüncü sırada yer alırken kontrol grubunda bu gereksinimlerin karşılanmama oranı daha yüksektir. Deney grubunda *Yaşam kalitemde meydana gelen değişimlere uyum sağlamak için yardım* en sık karşılanmamış ikinci gereksinim iken kontrol grubunda bu gereksinim altıncı sırada ve karşılanmama oranı daha yüksektir. Deney grubunda *Hakkım olan devlet imkanları/maddi destekten yararlanma konusunda yardım* en sık karşılanmamış beşinci gereksinimdir. Santin ve arkadaşlarının çalışmasında KKK sağ kalanları en sık karşılanmamış gereksinimler; yaşam ve seyahat sigortası hakkında bilgi (%23), rekürrens korkusu için destek (%20), aileler ve partnerler için bilgi (%16), sürekli izleyen sağlık personeli (%16) gereksinimi olduğu bulunmuştur (140). Bu araştırmada en sık karşılanmamış gereksinimlerin sıralaması gruplar arasında bazı farklılıklar gösterse de, deney grubunda karşılanmayan gereksinim oranı çok daha düşüktür, elde edilen sonuçlar ameliyat sonrası sürekli devam eden hemşire danışmanlığı girişiminin hastaların gereksinimlerini azaltmada etkili olduğunu göstermektedir.

5.2. Danışmanlık Girişiminin Yaşam Kalitesine Etkisi

Genel Yaşam kalitesi

Bu araştırmada, hemşire danışmanlığı girişiminin hastaların üçüncü ayda yaşam kalitesini arttırmada etkili olduğu saptandı. Kontrol ve girişim grubunun üçüncü ay EORTC QLQ-C30 Genel sağlık puanları karşılaştırıldığında, deney grubunun girişim sonrası Genel sağlık puanlarının kontrol grubundan daha yüksektir (Tablo 14). Grupların kendi içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, girişim öncesine göre üçüncü ayda Genel sağlık puanı deney grubunda daha yüksektir (Tablo 14). Koet ve arkadaşlarının çalışmasında kolorektal kanserli hastalarda ameliyat öncesi grup eğitiminin hastaların ameliyat sonrası üçüncü ayda genel yaşam kalitesi düzeyini iyileştirdiği bulunmuştur (141). Guo ve arkadaşlarının çalışmasında kanıta dayalı hemşirelik girişimi uygulaması sonrasında kolorektal kanserli hastaların taburculuk

öncesi yaşam kalitesi düzeyinin arttığı, semptom düzeyinin azaldığı, komplikasyonların azaldığı bulunmuştur (142). Sussman ve arkadaşlarının çalışmasında kolorektal ve meme kanseri cerrahisi sonrası hemşire yönetiminde bakım koordinasyonu ve izlem girişimi sonrası hastaların yaşam kalitesi düzeyinde iyileşme olduğu ve belirsizlik düzeyinin azaldığı, bakımın devamlılığının sağlandığı ve acil servis başvurularının azaldığı bulunmuştur (79). Jefford ve arkadaşlarının çalışmasında kolorektal kanserli sağ kalanlarda tedavi sonrası hemşire yönetiminde eğitim, bilgilendirme ve izlem yapılmış, girişim sonrası ikinci ayda yaşam kalitesi düzeyinin girişim grubunda kontrol grubuna göre bir farklılık göstermediğı bulunmuştur. Ancak bu çalışmada hastada üç defa aranmış ve yaşam kalitesi ikinci ayda ölçüldüğü için etkili olmamış olabilir (78). Santin ve arkadaşlarının çalışmasında kolorektal kanserli hastaların karşılanmamış gereksinim oranının arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı bulunmuştur (140). Bu çalışmalarda ameliyat öncesi ve sonrasında hemşire tarafından verilen eğitim, danışmanlığın ve yapılan izlemlerin yaşam kalitesini iyileştirdiğı görülmektedir. Bu araştırmada da hemşire danışmanlığı girişiminde telefonla sürekli iletişim hastaların kendilerini değerli hissetmesini sağlayarak psikolojik iyilik halini arttırdığı, motivasyon sağladığı ve umut verdiği böylece bireysel başetmeyi güçlendirdiğı düşünülmektedir. Aynı zamanda belirli aralıklarla düzenli telefon görüşmelerinin semptomların ve komplikasyonların daha erken tanınması ve önlenmesinde yarar sağladığı düşünülmektedir. Bu sayede hastaların yaşam kalitesi algısı daha yüksek olmaktadır. Sonuç olarak kolorektal kanserli hastalarda hemşire danışmanlığının yaşam kalitesi düzeyini iyileştirmede yararlı olduğu görülmektedir.

EORTC QLQ-C30 Fonksiyonel alt boyut Fiziksel fonksiyon, Rol fonksiyon, Emosyonel fonksiyon, Bilişsel fonksiyon, Sosyal fonksiyon puanlarından oluşmaktadır. Fonksiyonel alt boyut puanlarının yüksek olması hastaların daha az sorun yaşadığını ve fonksiyonel durumlarının daha iyi olduğunu göstermektedir.

Kontrol ve girişim grubunun üçüncü ay EORTC QLQ-C30 Fiziksel fonksiyon puanları karşılaştırıldığında, deney grubunun girişim sonrası Fiziksel fonksiyon puanlarının kontrol grubundan daha yüksektir (Tablo 14). Grupların kendi içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, deney grubunda girişim öncesine göre üçüncü ayda Fiziksel fonksiyon puanı daha yüksektir (Tablo 14). Sussman ve arkadaşlarının

çalışmasında hemşire yönetiminde bakım koordinasyonu ve izlem girişimi sonrası hastaların fiziksel fonksiyon düzeyinde iyileşme olduğu saptanmıştır (79). Jefford ve arkadaşlarının çalışmasında ise kolorektal kanserli sağ kalanlarda tedavi sonrası hemşire yönetiminde izlem sonrası istatistiksel olarak anlamlı fark olmamakla birlikte fiziksel fonksiyonda iyileşme olduğu belirtilmiştir (78). Koet ve arkadaşlarının çalışmasında kolorektal kanserli hastalarda ameliyat öncesi grup eğitiminin hastaların ameliyat sonrası üçüncü ayda, fiziksel fonksiyonu etkilemediği bulunmuştur (141). Çalışmaların sonuçları hemşire yönetimindeki uygulamaların hastaların fiziksel fonksiyonunda kısmen de olsa iyileşme olduğu yönündedir. Bu araştırmada hemşire danışmanlığının deney grubunda fiziksel fonksiyon düzeyini iyileştirdiği bulundu. Fiziksel fonksiyondaki iyileşmenin danışmanlığın yanı sıra pandemi döneminin kısıtlayıcı etkilerine de bağlı olduğu düşünülmektedir. Pandemi döneminde sokağa çıkma kısıtlaması olduğundan hastalara ev içinde egzersizler önerilmiş ve hastalar çoğunlukla ev içinde veya müstakil bahçelerinde egzersiz/yürüyüş yapmış ve ev işlerini çoğunlukla aile üyeleri gerçekleştirmiştir. Bundan dolayı fiziksel olarak daha az zorlandıkları ve kendilerini daha iyi hissettikleri düşünülmektedir.

Kontrol ve girişim grubunun üçüncü ay EORTC QLQ-C30 Rol fonksiyon puanları karşılaştırıldığında, deney grubunun girişim sonrası Rol fonksiyon puanının kontrol grubundan daha yüksektir (Tablo 14). Grupların kendi içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, girişim öncesine göre üçüncü ayda Rol fonksiyon puanı deney grubunda daha yüksektir (Tablo 14). Sussman ve arkadaşlarının çalışmasında hemşire yönetiminde bakım koordinasyonu ve izlem girişimi sonrası hastaların rol fonksiyon düzeyinde iyileşme olduğu bulunmuştur (79). Jefford ve arkadaşlarının çalışmasında kolorektal kanserli sağ kalanlarda tedavi sonrası hemşire yönetiminde izlem sonrası istatistiksel olarak anlamlı fark olmamakla birlikte rol fonksiyonda iyileşme olduğu belirtilmiştir (78). Koet ve arkadaşlarının çalışmasında kolorektal kanserli hastalarda ameliyat öncesi grup eğitiminin hastaların ameliyat sonrası üçüncü ayda rol fonksiyonu etkilemediği bulunmuştur (141). Deney grubunda rol fonksiyon düzeyinin daha yüksek olması danışmanlık girişimiyle birlikte pandemi dönemindeki kısıtlamalara da bağlı olabileceğini düşündürmektedir. Bu araştırmada yapıldığı zamanda ülkemizde Pandemi döneminde hastalar çoğunlukla evde vakit geçirdiği için hastalar hobileri sorgulanarak bunları yapmaya teşvik edilmiştir. Ayrıca semptomlara

yönelik verilen danışmanlık girişiminin hastaların yaşadığı semptomları azaltarak hastaların günlük ve boş zaman aktivitelerini daha rahat yapabilmesini sağladığı düşünülmektedir.

Kontrol ve girişim grubunun üçüncü ay EORTC QLQ-C30 Emosyonel fonksiyon puanları karşılaştırıldığında, deney grubunun girişim sonrası Emosyonel fonksiyon puanının kontrol grubundan daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 14). Grupların kendi içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, girişim öncesine göre üçüncü ayda Emosyonel fonksiyon puanı deney grubunda daha yüksektir (Tablo 14). Kolorektal kanserli hastalarda umut düzeyinin daha fazla fonksiyonel, sosyal ve duygusal iyilik hali ile ilişkili bulunmuştur (143). Koet ve arkadaşlarının çalışmasında kolorektal kanserli hastalarda ameliyat öncesi grup eğitimnin hastaların ameliyat sonrası üçüncü ayda emosyonel fonksiyonu düzeyini iyileştirdiği bulunmuştur (141). Jefford ve arkadaşlarının çalışmasında kolorektal kanserli sağ kalanlarda tedavi sonrası hemşire yönetiminde izlem sonrası istatistiksel olarak anlamlı fark olmamakla birlikte emosyonel fonksiyonda iyileşme olduğu belirtilmiştir (78). Sussman ve arkadaşlarının çalışmasında hemşire yönetiminde bakım koordinasyonu ve izlem girişimi sonrası hastaların emosyonel fonksiyon düzeyinde değişim olmadığı bulunmuştur (79). Bu araştırmada hemşire danışmanlığı verilen deney grubunda emosyonel fonksiyon düzeyinin daha yüksek olması girişimin etkisine bağlı olduğu düşünülmektedir. Hemşire danışmanlığı içerisinde taburculuk sonrası düzenli telefonla görüşmelerinin hastaların kendilerini daha değerli hissetmesini sağladığı, sağlık profesyonellerine 7/24 ulaşabilmelerinin verdiği güven duygusunun oluştuğu, umut ve motivasyon verilmesinin psikolojik iyilik halini iyileştirdiği, duygularını ve düşüncelerini ifade etmesini sağladığı ve daha az stres yaşadıkları düşünülmektedir.

Kontrol ve girişim grubunun üçüncü ay EORTC QLQ-C30 Bilişsel fonksiyon puanları karşılaştırıldığında, hem gruplar arasında ve hem de grupların kendi içindeki ölçümleri arasında anlamlı fark olmadığı bulundu (Tablo 14). Koet ve arkadaşlarının çalışmasında kolorektal kanserli hastalarda ameliyat öncesi grup eğitiminin hastaların ameliyat sonrası üçüncü ayda bilişsel fonksiyon düzeyini etkilemediği bulunmuştur (141). Sussman ve arkadaşlarının çalışmasında hemşire yönetiminde bakım koordinasyonu ve izlem girişimi sonrası hastaların bilişsel fonksiyon düzeyinde değişim olmadığı bulunmuştur (79). Danışmanlık girişiminde bilişsel fonksiyonlara

(konsantrasyon ve hatırlama) yönelik özel bir girişim bulunmamaktadır. Çalışmalara benzer olarak kontrol ve deney grubunda bilişsel fonksiyonlarda bir farklılık gözlenmemiştir.

Kontrol ve girişim grubunun üçüncü ay EORTC QLQ-C30 Sosyal fonksiyon puanları karşılaştırıldığında, hem gruplar arasında ve hem de grupların kendi içindeki ölçümleri arasında anlamlı fark olmadığı bulundu (Tablo 14). Sussman ve arkadaşlarının çalışmasında hemşire yönetiminde bakım koordinasyonu ve izlem sonrası hastaların sosyal fonksiyon düzeyinde iyileşme olduğu bulunmuştur (79). Jefford ve arkadaşlarının çalışmasında kolorektal kanserli sağ kalanlarda tedavi sonrası hemşire yönetiminde izlem sonrası istatistiksel olarak anlamlı fark olmamakla birlikte sosyal fonksiyonda iyileşme olduğu belirtilmiştir (78). Koet ve arkadaşlarının çalışmasında kolorektal kanserli hastalarda ameliyat öncesi grup eğitiminin hastaların ameliyat sonrası üçüncü ayda sosyal fonksiyon düzeyini etkilemediği bulunmuştur (141). Bu çalışmada hemşire danışmanlığı pandemi sürecinde sürdürülmüştür. Bu süreçte deney grubundaki hastalar kısıtlamalar nedeniyle çoğunlukla evde aileleri ile zaman geçirdiğini, komşuları ile sosyal mesafe, maske, hijyen kuralına uygun ancak sınırlı olarak görüşüklerini, arkadaşları ile telefon ile görüşüklerini belirtmiştir. Pandemi kısıtlamaları nedeniyle bu sınırlı aktivitelerin kendileri için yeni normal sosyal yaşamları olduğunu ifade etmişlerdir. Bunun sonucunda uygulanan hemşire danışmanlığı pandemi sürecinde başladığı ve devam ettiği için sosyal aktivitelerinde bir değişim oluşturmamıştır.

EORTC QLQ-C30 semptom alt boyutu Bulantı-kusma, Dispne, Yorgunluk, Ağrı, Diyare, Konstipasyon, Finansal sorunlar puanlarından oluşmaktadır. EORTC QLQ-C30 semptom alt boyut puanlarının düşük olması hastaların daha az sorun yaşadığını göstermektedir.

Bu çalışmada kolorektal kanserli hastalarda hemşire danışmanlığı girişimi sonrası üçüncü ayda Yorgunluk, Uykusuzluk, Diyare ve Konstipasyon semptom düzeyinde iyileşme olduğu görüldü. Kontrol ve girişim grubunun üçüncü ay EORTC QLQ-C30 Yorgunluk ve Uykusuzluk puanları karşılaştırıldığında, deney grubunun girişim sonrası Yorgunluk, Uykusuzluk puanının kontrol grubundan daha düşüktür (Tablo 15). Grupların kendi içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, girişim öncesine

göre üçüncü ayda Yorgunluk, Uykusuzluk puanı deney grubunda daha düşüktür (Tablo 15). Jefford ve arkadaşlarının çalışmasında kolorektal kanserli sağ kalanlarda tedavi sonrası hemşire yönetiminde izlem sonrası istatistiksel olarak anlamlı fark olmamakla birlikte yorgunluk düzeyinde azalma olduğu belirtilmiştir (78). Sussman ve arkadaşlarının çalışmasında kolorektal kanserli hastalarda yürütülen hemşire yönetiminde bakım koordinasyonu ve izlem sonrası yorgunluk düzeyinde azalma olduğu bulunmuştur (79). Johansson ve arkadaşlarının çalışmasında kolorektal kanserli hastaların negatif duygusal durumunun, olumsuz hastalık ve gelecek algısının yorgunluk düzeyini etkilediği (144), Schuurhuizen ve arkadaşlarının çalışmasında yorgunluk düzeyi düşük olan kolorektal kanserli hastaların psikososyal destek servislerini daha az kullandığı (145), Johns ve arkadaşlarının çalışmasında stres azaltmak için psikoeğitim girişimi sonrası uyku kalitesinde iyileşme olduğu bulunmuştur (146). Coles ve arkadaşlarının çalışmasında ise anksiyete ve yorgunluk düzeyinin düşük olmasının daha iyi uyku kalitesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (147). Bu araştırmada da hemşire danışmanlığı içerisindeki günlük fiziksel egzersiz ve aktivite önerilerinin yorgunluğu azalttığı düşünülmektedir. Aynı zamanda bu çalışmaların sonucuna benzer olarak deney grubu hastaların yorgunluk ve anksiyete düzeyinin daha düşük olmasının da uykusuzluğu azalttığı düşünülmektedir.

Genel yaşam kalitesi içinde bağırsak fonksiyonları Diyare ve Konstipasyon ile değerlendirildi. Kontrol ve girişim grubunun üçüncü ay EORTC QLQ-C30 Diyare puanları karşılaştırıldığında, deney grubunun girişim sonrası Diyare puanının kontrol grubundan daha düşüktür (Tablo 15). Grupların kendi içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, girişim öncesine göre üçüncü ayda Diyare puanı deney grubunda daha düşüktür (Tablo 15). Üçüncü ayda EORTC QLQ-C30 Konstipasyon puanları karşılaştırıldığında, gruplar arasında farklılık göstermediği bulundu (Tablo 15). Grupların kendi içerisindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, ameliyat öncesine göre üçüncü ayda Konstipasyon puanı kontrol grubunda yüksek iken, deney grubunda daha düşüktür (Tablo 15). Sussman ve arkadaşlarının çalışmasında kolorektal kanserli hastalarda yürütülen hemşire yönetiminde bakım koordinasyonu ve izlem sonrası konstipasyon düzeyinde azalma olduğu bulunmuştur (79). Larsen ve arkadaşlarının çalışmasında düzenli klinik takip ve tedaviyle kolon ve rektum kanseri cerrahisi sonrası hastaların %38'inin bağırsak fonksiyonunda önemli bir iyileşme olduğu,

%45'inin orta düzeyde iyileşme kaydettiği bulunmuştur (148). Khan ve arkadaşlarının çalışmasında uzman kolorektal hemşire kliniği uygulamasıyla diyare, konstipasyon, şişkinlik gibi fonksiyonel bağırsak semptomlarında iyileşme sağlandığı bulunmuştur (149). Bu araştırmada da hemşire danışmanlığı içerisinde ameliyat sonrası düzenli semptom değerlendirilmesinin yapılması, sağlıklı beslenmeye yönelik önerilerin verilmesi, diyare ve konstipasyonu önlemeye yönelik besinler hakkında bilgilendirme yapılmasının deney grubundaki hastaların daha az diyare ve konstipasyon yaşamasına neden olduğu düşünülmektedir. Kontrol grubunda sürekli eğitim, bilgilendirme ve izlemin yapılmaması nedeniyle daha fazla konstipasyon sorunu yaşandığını düşündürmektedir.

Kolorektal Yaşam kalitesi

Kolorektal yaşam kalitesi ölçeğinin (EORTC QLQ-CR29) Fonksiyonel alt boyutu Beden imajı, Anksiyete, Kilo, Cinsel ilgi kadın ve erkek puanlarından oluşmaktadır. Fonksiyonel alt boyut puanlarının yüksek olması hastaların daha az sorun yaşadığını ve fonksiyonel durumlarının daha iyi olduğunu göstermektedir.

Kontrol ve deney grubunun üçüncü ay EORTC QLQ-CR29 Beden imajı puanları karşılaştırıldığında, deney grubunun girişim sonrası Beden imajı puanlarının kontrol grubundan daha yüksektir (Tablo 16). Grupların kendi içerisindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, ameliyat öncesine göre üçüncü ayda Beden imajı puanı kontrol grubunda düşük iken, deney grubunda daha yüksektir (Tablo 16). Koet ve arkadaşlarının çalışmasında kolorektal kanserli hastalarda ameliyat öncesi grup eğitiminin hastaların üçüncü ayda beden imajını iyileştirdiği bulunmuştur (141). Jefford ve arkadaşlarının çalışmasında kolorektal kanserli hastalarda hemşire yönetiminde izlem sonrası beden imajı düzeyinin girişim grubunda kontrol grubuna göre bir farklılık göstermediği bulunmuştur (78). Bu araştırmada hemşire danışmanlığı kapsamında sürekli iletişim kurulmasının, kendilerini ifade etmesinin ve cesaret verilmesinin hastalığı kabullenmelerini hızlandırdığı ve sürece uyumlarını kolaylaştırdığı, bireysel baş etmelerini güçlendirerek bedenleri hakkında daha olumlu bir duygu kazandırdığını ve bu sayede deney grubu hastalarının beden imajının daha iyi düzeyde olduğunu düşündürmektedir. Kontrol grubunda sürekli bir desteğin olmaması hastaların değişen bedenlerine uyumunu zorlaştırmış olabilir.

Kontrol ve deney grubunun üçüncü ay Anksiyete düzeyleri karşılaştırıldığında, deney grubunun girişim sonrası anksiyete düzeyi daha düşüktür (Tablo 16). Grupların kendi içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, girişim öncesine göre üçüncü ayda Anksiyete düzeyi deney grubunda daha düşüktür (Tablo 16). Koet ve arkadaşlarının çalışmasında kolorektal kanserli hastalarda ameliyat öncesi grup eğitiminin hastaların ameliyat sonrası üçüncü ayda anksiyete düzeyini azalttığı bulunmuştur (141). Kim ve arkadaşlarının çalışmasında kolorektal kanserli hastalara taburculuk sonrası mobil tabanlı eğitim ve telefonla izlenmiş ve girişimin yaşam kalitesini artırdığı, anksiyete ve depresyon düzeyini azalttığı bulunmuştur (150). Zhang ve arkadaşlarının çalışmasında hemşire tarafından kolorektal kanserli hastalara verilen öz-etkililik girişimi sonrası üçüncü ayda hastaların öz-etkililik düzeyinde önemli bir iyileşme sağlandığı, semptom şiddeti, anksiyete ve depresyonda azalma olduğu bulunmuştur (151). Johns ve arkadaşlarının çalışmasında stres azaltmak için psikoegitim girişimi sonrası anksiyete ve depresyon düzeyinde azalma olduğu bulunmuştur (146). Kanser hastalarında verilen bilgi düzeyi ile anksiyetesi arasında ilişki bulunduğu, hastaların bilgi gereksinimi azaldıkça ve yapılan bilgilendirmeden memnuniyet arttıkça hastaların daha az anksiyete yaşadıkları saptanmıştır (152). Literatürle uyumlu olarak bu araştırmada hemşire danışmanlığı verilen deney grubu hastalarına tedavi ve süreç hakkında sürekli bilgi verilmesi, fonksiyonel durumları ile ilgili olumlu yönlerin vurgulanması, hemşireye 7/24 ulaşabilmeleri ve sorularının anında cevaplanması sayesinde gelecekle ilgili endişe ve kaygılarının azaldığı düşünülmektedir.

Kontrol ve deney grubunun üçüncü ayda vücut ağırlığı ile ilişkili endişe düzeyleri karşılaştırıldığında, deney grubunun girişim sonrası vücut ağırlığı ile ilişkili endişesinin daha az olduğu görüldü (Tablo 16). Grupların kendi içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, girişim öncesine göre üçüncü ayda deney grubunda anlamlı bir azalma olduğu belirlendi (Tablo 16). Kolorektal kanser cerrahisi sonrası hastaların yeterli bilgi almasının hastaların yaşamlarında kontrolü yeniden geri kazanmasında ve yaşadıkları semptomların kontrolünde önemli olduğu vurgulanmıştır (153). Dobrila ve arkadaşlarının çalışmasında kolorektal kanserli hastalara beslenme ve diyet danışmanlığının hastalarda kilo kaybını veya kilo alımını sağladığı bulunmuştur (154). Sağlıklı beslenme, kilo yönetimi ve egzersiz ile ilgili danışmanlık verilmesi sayesinde hemşire danışmanlığı girişiminin kilo kontrolünü sağlamada etkili olduğu, hastaların

kilo düzeyinden memnun oldukları ve bu konuda endişe yaşamadıkları düşünülmektedir. Üçüncü ayda deney grubunun BKİ değeri ortalamasının normal aralığa daha yakın olması bu sonucu desteklemektedir.

EORTC QLQ-CR29 Semptom alt boyutu Üriner sıklık, Üriner İnkontinans, Dizüri, Karın ağrısı, Kalça ağrısı, Kan ve mukus, Şişkinlik, Gaz, Fekal inkontinans, Dışkı sıklığı, Ağız kuruluğu, Yara, Utanç puanlarını kapsamaktadır. Semptom alt boyut puanlarının düşük olması hastaların daha az sorun yaşadığını göstermektedir.

Hastaların üriner semptomları EORTC QLQ-CR29 Üriner sıklık, Üriner İnkontinans ve Dizüri puanları ile değerlendirildi. Kontrol ve deney grubunun üçüncü ay Üriner sıklık, Üriner inkontinans ve Dizüri puanları karşılaştırıldığında, deney grubunun girişim sonrası Üriner sıklık ve Dizüri puanlarının kontrol grubundan daha düşük olduğu, Üriner inkontinans puanlarının gruplar arasında anlamlı fark olmadığı bulundu (Tablo 17). Grupların kendi içerisindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, ameliyat öncesine göre üçüncü ayda Üriner sıklık puanı kontrol grubunda daha yüksek iken deney grubunda daha düşüktür ve Üriner inkontinans ve Dizüri puanı deney grubunda daha düşüktür (Tablo 17). Jefford ve arkadaşları çalışmasında kolorektal kanserli sağ kalanlarda tedavi sonrası hemşire yönetiminde izlem girişimi sonrası, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte üriner sıklık düzeyinin azaldığı, fakat girişim ve kontrol grubu arasında farklılık göstermediği bulunmuştur (78). Bu araştırmada da benzer olarak üriner sıklık ve dizüri deney grubunda daha azdır. Üriner inkontinans üzerine girişimin etkili olmaması hasta ve ameliyat özelliklerine bağlı olabilir. İnkontinans kolorektal kanserli hastalarda pelvik cerrahi girişimler uygulandığında sık görülmektedir (59,155,156). Kontrol ve deney grubunda cerrahi teknikler açısından farklılık olmaması inkontinans yönünden farklılık yaratmamış olabilir. Ancak deney grubundaki hastaların kendi içinde üçüncü ayda inkontinans ve dizüri düzeylerindeki iyileşmenin olması ve kontrol grubuna göre üriner sıklığın azalmasının kegel egzersizlerinin öğretilmesine, sıvı alımı ve tuvalet alışkanlıkları hakkında bilgilendirmeye, inkontinansı olan hastaların üroloji birimine yönlendirilmesine bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Hastaların ağrı deneyimi EORTC QLQ-C30 Ağrı, EORTC QLQ-CR29 Karın ağrısı ve Kalça ağrısı puanları ile değerlendirildi. Kontrol ve girişim grubunun üçüncü

ay Ağrı, Karın ağrısı, Kalça ağrısı puanları karşılaştırıldığında, deney grubunun girişim sonrası Ağrı ve Karın ağrısı puanlarının kontrol grubundan daha düşüktür ancak Kalça ağrısı puanı gruplar arasında farklılık göstermemektedir (Tablo 17). Grupların kendi içerisindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, ameliyat öncesine göre üçüncü ayda Ağrı puanı deney grubunda daha düşüktür (Tablo 14), Karın ağrısı puanı kontrol grubunda daha yüksek iken, deney grubunda daha düşüktür (Tablo 17) ve Kalça ağrısı puanı deney grubunda daha düşüktür (Tablo 17). Hemşire danışmanlığının genel ağrıyı ve karın ağrısını anlamlı düzeyde, kalça ağrısını da grup içerisinde azalttığı görülmektedir. Ohlson ve arkadaşlarının çalışmasında hemşire tarafından verilen psikoeğitim programının kolorektal kanserli hastalarda ağrı düzeyini azalttığı bulunmuştur (157). Johns ve arkadaşlarının çalışmasında stres azaltmak için psikoeğitim girişimi sonrası ağrı düzeyinde azalma olduğu bulunmuştur (146). Kolorektal kanserli hastalarda hemşire yönetiminde bakım planı ve izlemlerin ameliyat sonrası ağrıyı azalttığı bildirilmektedir (79,89). Bu çalışmada da hemşire danışmanlığı kapsamında hastalara ağrıyı azaltmaya yönelik uygulayabilecekleri farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerin açıklanmasının, ağrı yönetimi hakkında bilgilendirme yapılmasının hastaların daha az ağrı yaşamasına neden olduğu düşünülmektedir.

Kontrol ve deney grubunun üçüncü ay EORTC QLQ-CR29 Kan ve mukus puanları karşılaştırıldığında, deney grubunun girişim sonrası Kan ve mukus puanlarının kontrol grubundan daha düşüktür (Tablo 17). Grupların kendi içerisindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, ameliyat öncesine göre üçüncü ayda Kan ve mukus puanı kontrol grubunda daha yüksek iken, deney grubunda daha düşüktür (Tablo 17). Deney grubu hastalarının dışkıсында kan ve mukusun daha az olduğu belirlenmiştir. Jefford ve arkadaşlarının çalışmasında kolorektal kanserli hastalarda hemşire yönetiminde izlem girişimi sonrası kan ve mukus düzeyinin girişim grubunda kontrol grubuna göre bir farklılık göstermediği bulunmuştur (78). Bu araştırmada üçüncü ayda deney grubunda kan ve mukus semptomlarında iyileşme olmasının hemşire danışmanlığından ziyade hasta özelliklerine, kanser tipine bağlı olduğu ve uygulanan cerrahi tedavinin bir sonucu olduğu düşünülmektedir.

Hastaların bağırsak fonksiyonları EORTC QLQ-CR29 Gaz, Şişkinlik, Fekal inkontinans, Dışkı sıklığı puanları ile değerlendirildi. Kontrol ve deney grubunun

üçüncü ay Gaz, Fekal inkontinans, Dışkı sıklığı puanları karşılaştırıldığında, deney grubunun girişim sonrası puanları kontrol grubundan daha düşüktür (Tablo 18). Grupların kendi içerisindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, ameliyat öncesine göre üçüncü ayda Şişkinlik ve Dışkı sıklığı puanı deney grubunda daha düşüktür, fakat Gaz ve Fekal inkontinans puanının hem kontrol hem de deney grubunda farklılık göstermemektedir (Tablo 17). Bu sonuçlar üçüncü ayda deney grubunda şişkinliğin daha az ve dışkılama sıklığının normal düzeyde ve düzende olduğunu göstermektedir. Jefford ve arkadaşları çalışmasında kolorektal kanserli sağ kalanlarda hemşire yönetiminde izlem sonrası, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte dışkı sıklığı düzeyinin azaldığı bulunmuştur (78). Dalsgaard ve arkadaşlarının çalışmasında da rektum kanseri cerrahisini takiben bağırsak disfonksiyonu için uzman hemşire liderliğinde klinik oluşturulmuş ve standart girişimler uygulanarak majör LAR semptomları olan hastaların çoğunun tedavisi başlatılmış ve başarılı bir şekilde tedavi edilmiştir (158). Duelund-Jakobsen ve arkadaşlarının çalışmasında kolorektal hemşire yönetiminde klinik ve telefon uygulamasıyla fekal inkontinans taraması ve tedavisinin başarılı şekilde yapıldığı, hastaların hemşireden memnun olduğu ve cerrahla görüşmek isteyen hasta sayısının azaldığı bulunmuştur (159). Bu araştırmada hemşire tarafından deney grubunda ameliyat sonrası bağırsak fonksiyonları, LAR sendromu, düzenli bağırsak alışkanlığı kazanımı, gaz yönetimi, diyare ve konstipasyon yönetimi, aktivite ve egzersiz, beslenme konularında yapılan danışmanlığının ve sürekli izlemin hastaların daha az bağırsak sorunları yaşamasına neden olduğu düşünülmektedir. Gruplar arasında gaz kaçırma ve fekal inkontinans düzeyleri arasında fark varken deney grubunda bu sorunlarda anlamlı düzeyde değişiklik olmaması bu gruptaki hastalara uygulanan cerrahi tekniğe ve bu sorunları daha az yaşamış olabileceğine bağlı olabilir. Aynı zamanda pandemi sürecinde bu gruptaki hastalar evde olduklarından tuvalete ulaşamama konusunda sıkıntı yaşamamış olabilirler.

Kontrol ve deney grubunun üçüncü ay EORTC QLQ-CR29 Yara puanları karşılaştırıldığında, deney grubunun girişim sonrası Yara puanlarının kontrol grubundan daha düşüktür (Tablo 17). Grupların kendi içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, girişim öncesine göre üçüncü ayda Yara puanı kontrol grubunda daha yüksektir (Tablo 17). Sonuçlar kontrol grubundaki hastaların gerek yara gerekse peristomal alanla ilişkili daha fazla sorun yaşadıklarını göstermektedir. Young ve

arkadaşlarının çalışmasında hemşire yönetiminde izlemin hastaların yarayla ilişkili sorunları azaltmada, bağırsak fonksiyonlarını düzenlemede ve semptom yönetiminde yararlı olduğu bulunmuştur (160). Bu araştırmada danışmanlık girişiminde yara bakımı, stoma komplikasyonlarının yönetimi hakkında sürekli bilgilendirme ve izlem yapılmasının sorunların daha erken fark edilmesini ve tedavisinin erken yapılmasını sağladığını ve bu sayede daha az yara sorunu yaşandığını düşündürmektedir. Aynı zamanda aktivite, egzersiz ve beslenme konularında yapılan danışmanlığın da yara iyileşmesine katkı sağlamış olabileceği, bunun da yaşanan sorunların azalmasını sağladığı düşünülmektedir.

Kontrol ve deney grubunun üçüncü ay EORTC QLQ-CR29 Utanç puanları karşılaştırıldığında, deney grubunun girişim sonrası Utanç puanlarının kontrol grubundan daha düşüktür (Tablo 17). Grupların kendi içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, girişim öncesine göre üçüncü ayda Utanç puanı deney grubunda daha düşüktür (Tablo 17). Stoması olan ve olmayan tüm deney grubu hastalarının daha az utanma/mahcubiyet yaşaması, danışmanlık girişiminde hastalara beslenme, aktivite, egzersiz ve bağırsak fonksiyonları hakkında sürekli bilgilendirme yapılmasına bağlı hastaların gaz, konstipasyon, diyare gibi sorunları daha az yaşaması, stomalı hastaların ise stomayla yaşam konusunda sürekli desteklenmesine bağlı olumlu beden imajı algısına sahip olması dolayısıyla daha az utanma duygusu yaşadığı düşünülmektedir.

5.3. Danışmanlık Girişiminin Cinsel Fonksiyonlara Etkisi

Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlara Etkisi

Hemşire yönetimindeki danışmanlık girişiminin kadın hastaların üçüncü ayda cinsel fonksiyon düzeyini etkilemediği bulundu. Ameliyat öncesinde kontrol grubundaki 16 kadının 6'sı; deney grubunda ise 14 kadının 2'sinin aktif cinsel yaşamı devam etmekteydi. Bu bağlamda kontrol ve deney grubunun üçüncü ay KCIÖ total ve alt boyut puanları karşılaştırıldığında, deney grubunun girişim sonrası KCIÖ total, Uyarılma, Lubrikasyon, Orgazm, Doyum ve Ağrı puanlarının kontrol grubundan daha düşüktür (Tablo 18). Grupların kendi içerisindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, hem kontrol hem de deney grubunda girişim öncesine göre üçüncü ay KCIÖ total ve alt boyut puanları farklılık göstermemektedir (Tablo 18). Sadece Doyum puanı, girişim

öncesine göre üçüncü ayda kontrol grubunda daha yüksektir (Tablo 18). Bu sonuçlara göre ameliyat sonrası her iki grupta da kadınların cinsel fonksiyonlarında değişiklik olmadığı görülmektedir. Literatür incelendiğinde kolorektal kanserli hastalarının ameliyat sonrası cinsel aktivite düzeylerinin azaldığı ve cinsel disfonksiyonların arttığı görülmektedir. Taylan ve Akıl'ın stomalı hastalara telefonla cinsel danışmanlık verdiği çalışmasında; girişim grubu kadın hastaların üçüncü ayda cinsel doyum ölçeğinin total puan, cinsel aktivite sıklığı, doyum, dokunma ve orgazm düzeyinde iyileşme sağlandığı bulunmuştur. Çalışmada hastalara cinsel aktiviteye bir hafta sonra başlayabileceği önerilmiş, hastaların cinsel konulardaki endişeleri telefonla yanıtlanmış ve öneriler verilmiştir (26). Sörensson ve arkadaşlarının rektum kanserli hastalarda (n=920) ameliyat sonrası birinci yılda cinsel fonksiyonları incelediği kohort çalışmasında; tanı anında (n=347) kadınların %29'unun cinsel olarak aktif olduğu, birinci yıl sonunda cinsel aktiflik oranının %25'e düştüğü, tanı öncesinde cinsel aktivitenin olmaması cinsel inaktivite için risk faktörü olarak bulunmuştur (57). Aynı çalışmada birinci yıl sonunda kadınlarda seks önemli bulanların (pre % 31, post %29), son bir ayda partneriyle seks yapma girişiminde bulunanların (pre %24, post %20) sayısında azalma olduğu saptanmıştır. Hastaların cinsel aktif olma oranı az olmasına rağmen seks hayatından memnun olduğunu söyleyenlerin (pre %75, post %70) oranı yüksektir (57). Sörensson ve arkadaşlarının çalışmasına benzer olarak bu araştırmada da her iki grup kadın hastalarda cinsel aktiflik oranında azalma görülmektedir. Uygulanan hemşire danışmanlık girişiminde cinsel aktiviteye başlama zamanı olarak hastalara en az iki ay sonrası önerilmiştir. Cinsel fonksiyon ölçekleri son bir ayı değerlendirdiği için cinsel fonksiyondaki iyileşmeyi değerlendirmek için üçüncü ay değerlendirme yapmanın erken bir zaman dilimi olduğu düşünülmektedir. Ayrıca deney grubunda üçüncü ayda cinsel aktiviteye devam eden sadece bir kadın hasta olması nedeniyle cinsel fonksiyon ölçeği puanları kontrole göre daha düşük olabilir. Bu nedenle gruplar arasında cinsel fonksiyon düzeyi karşılaştırılırken istatistiksel anlamlılık olsa bile örneklem sayısı nedeniyle yorumlamanın doğru olmayacağı düşünülmektedir. Doyum düzeyinin kontrol grubunda ameliyat öncesine göre üçüncü ayda artması hastalarda ölçeklerin doldurulması sırasında farkındalık sağlaması, hastalık ve tedavi sürecinde eşleri ile aralarındaki duygusal yakınlığın artmasına, örneklem sayısına veya hasta özelliklerine bağlı olabilir.

Kadınların cinsel istek düzeyleri KCIÖ İstek ve EORTC QLQ-CR29 Cinsel ilgi kadın puanları ile değerlendirildi. Kontrol ve deney grubunun üçüncü ay İstek puanı hem gruplar arasında, hem de grupların kendi içindeki ölçümlerinde farklılık göstermemektedir (Tablo 18). Üçüncü ay Cinsel ilgi kadın puanı kontrol grubunda daha yüksektir (Tablo 16). Cinsel ilgi kadın puanı hem deney hem de kontrol grubunda ameliyat öncesine göre üçüncü ayda farklılık göstermemektedir (Tablo 16). İstatiksel olarak anlamlı fark olmamakla birlikte, Cinsel istek ve Cinsel ilgi kadın puanı ameliyat öncesinde kontrol grubunda deney grubuna göre daha yüksektir. Bu sonuç kadınlarda cinsel ilgi ve istek düzeyinin ameliyat öncesi dönemde deney grubundan daha yüksek olması üçüncü ayda da deney grubundan daha yüksek olmasına neden olmuş olabilir. Bunun da hasta özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Erkeklerde Cinsel fonksiyonlara etkisi

Hemşire yönetimindeki danışmanlık girişiminin erkek hastaların üçüncü ayda cinsel fonksiyon düzeyini etkilemediği bulundu. Ameliyat öncesinde kontrol grubundaki 29 erkeğin 19'unun; deney grubunda ise 23 erkeğin 8'inin aktif cinsel yaşamı devam etmekteydi. Kontrol ve deney grubunun üçüncü ay EİUD total, İlişki tatmini ve Genel tatmin hem gruplar arasında, hem de grupların kendi içindeki ölçümlerinde farklılık göstermemektedir (Tablo 19). Sadece ameliyat öncesine göre üçüncü ayda Genel tatmin puanı kontrol grubunda daha düşüktür (Tablo 19). Bu sonuçlar ameliyat sonrası her iki grupta da erkeklerin cinsel fonksiyonlarında değişiklik olmadığı görülmektedir. Taylan ve Aksoy'un stomalı hastalara telefonla cinsel danışmanlık verdiği çalışmasında; girişim grubu erkek hastaların üçüncü ayda cinsel doyum ölçeğinin total puan, iletişim, doyum, kaçınma düzeyinde iyileşme sağlandığı bulunmuştur (26). Sörensson ve arkadaşlarının kohort çalışmasında; tanı anında (n=573) erkeklerin %41'inin cinsel olarak aktif olduğu, birinci yıl sonunda cinsel aktiflik oranını %34'e düştüğü bulunmuştur (57). Aynı çalışmada erkeklerde son bir ayda partneriyle seks yapma girişiminde bulunanların (pre %41, post %37) sayısında azalma olduğu saptanmıştır. Cinsel aktiflik oranı azalsa da seks hayatından memnun olduğunu söyleyenlerin (pre %64, post %56) oranı yüksektir (57). Sörensson ve arkadaşlarının çalışmasına benzer olarak bu çalışmada da her iki grup erkek hastalarda cinsel aktiflik oranında azalma görülmektedir. Kontrol ve deney grubu hastalarının ameliyat sonrası cinsel aktiflik oranları arasında bir fark olmadığı için

genel puan ve ilişki tatmini arasında da farklılık olmadığı düşünülmektedir. Kadın hastalarda olduğu gibi erkek hastalara da cinsel aktiviteye başlama zamanı için en az iki ay sonrası önerilmiştir. Cinsel fonksiyon ölçekleri son bir ayı değerlendirdiği için cinsel fonksiyondaki iyileşmeyi değerlendirmek için üçüncü ay değerlendirme yapmanın erken bir zaman dilimi olduğu düşünülmektedir. Genel tatmin düzeyinin kontrol grubunda ameliyat sonrası daha düşük olması üçüncü ayda cinsel aktivitenin azalmasına veya hasta özelliklerine bağlı olabilir.

Kontrol ve deney grubunun üçüncü ay EİUD Erektile disfonksiyon ve Orgazmik fonksiyon puanları karşılaştırıldığında, deney grubunun girişim sonrası Erektile disfonksiyon ve Orgazmik fonksiyon puanı kontrol grubundan daha düşüktür (Tablo 19). Grupların kendi içerisindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, grupların ameliyat öncesine göre üçüncü ay Erektile disfonksiyon ve Orgazmik fonksiyon puanı farklılık göstermemektedir (Tablo 19). Bu sonuç deney grubunda erektile disfonksiyon ve boşalma sorunun daha yüksek olduğunu göstermektedir. Taylan ve Aksoy'un stomalı hastalara telefonla cinsel danışmanlık verdiği çalışmasında; girişim grubu erkek hastaların kontrol grubuna göre üçüncü ayda cinsel doyum ölçeğinin cinsel aktivite sıklığı ve erektile disfonksiyon düzeyinde farklılık olmadığı, fakat prematür ejakülasyon düzeyinde iyileşme sağlandığı bulunmuştur (26). Sörensson ve arkadaşlarının kohort çalışmasında erkeklerde erektile disfonksiyon oranının %46'dan birinci yılda %55'e yükseldiği saptanmıştır (57). Kolorektal cerrahi sonrası erektile disfonksiyon ve boşalma sorunu genellikle sinir veya damar hasarına bağlı gelişmekte, bundan dolayı erektile disfonksiyonun çözümünde üroloji konsültasyonu ile kapsamlı değerlendirme ve ilaç tedavisi önemli bir yer tutmaktadır (55,161,162). Danışmanlık girişiminde cinsel aktiviteye başlama zamanı olarak en az iki ay sonrası önerildiği için erektile disfonksiyondaki iyileşmeyi değerlendirmek için üçüncü ayın erken bir zaman dilimi olduğu düşünülmektedir. Danışmanlık girişiminde erektile disfonksiyon yaşayan hastalar üroloji polikliniğine yönlendirilmekte fakat erektile disfonksiyonun çözümü için bir aylık süre yeterli olmamaktadır. Ayrıca deney grubuna cinsel konularda bilgilendirme ve danışmanlık verilmesine rağmen, kemoterapi sürecinde hem semptomlar nedeniyle hem de eşine zarar vermeme endişesiyle hastaların cinsel aktiviteye ara vermeyi tercih ettiği gözlenmiştir. Erektile ve orgazmik fonksiyon aktif cinsel ilişki ve partnerin cinsel organına penetrasyonu gerektirdiği için, ameliyat

sonrası cinsel aktiviteye başlama oranının düşük olması da erektil disfonksiyon ve orgazmik fonksiyon puanlarının düşmesine neden olduğu düşünülmektedir.

Erkeklerin cinsel istek düzeyi EİUD Cinsel istek ve EORTC QLQ-CR29 Cinsel ilgi erkek puanları ile değerlendirildi. Kontrol ve deney grubunun üçüncü ay Cinsel istek puanı hem gruplar arasında, hem de grupların kendi içindeki ölçümlerinde farklılık göstermemektedir (Tablo 19). Üçüncü ay Cinsel ilgi erkek puanı deney grubuna göre kontrol grubunda daha yüksektir (Tablo 16). Grupların kendi içindeki ölçümleri karşılaştırıldığında, hem deney hem de kontrol grubunda ameliyat öncesine göre üçüncü ayda Cinsel ilgi erkek puanı farklılık göstermemektedir (Tablo 16). İstatiksel olarak anlamlı fark olmamakla birlikte, Cinsel istek ve Cinsel ilgi erkek puanı ameliyat öncesinde deney grubuna göre kontrol grubunda daha yüksektir. Erkek hastalarda cinsel ilgi ve istek düzeyinin deney grubunda düşük kontrole grubunda daha yüksek olması hasta özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Kolorektal kanserli hastalarda perioperatif hemşire danışmanlığı girişiminin hasta sonuçlarına etkisinin incelendiği bu çalışmada uygulanan hemşire danışmanlığının;

- *Hastaların karşılanmamış gereksinimlerini azalttığı,*
- *Genel yaşam kalitesini arttırdığı,*
- *Yaşam kalitesinin fiziksel, rol ve emosyonel fonksiyon alt boyutları düzeyinde iyileşme sağladığı bulunmuştur.*

Danışmanlık sonrası hastaların yorgunluk, uykusuzluk ve yara problemlerinin, genel ağrı, karın ağrısı ve kalça ağrısı düzeyinin azaldığı saptanmıştır.

Sürekli izlem ve bilgilendirme ile üriner sıklık, üriner inkontinans, dizüri gibi üriner semptomların ve şişkinlik, gaz, diyare, konstipasyon, fekal inkontinans, dışkı sıklığı gibi bağırsak semptomlarının düzeyinde azalma olduğu belirlenmiştir.

Bireysel görüşmeler ve sürekli izlem yapılarak hastalarda anksiyete düzeyinin azaldığı, beden imajı algısının iyileştiği, utanma duygusunun azaldığı, kilo kontrolünde iyileşme sağlandığı ve memnuniyetin arttığı bulunmuştur.

6.2. Öneriler

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda klinik uygulamada;

- ✓ Kolorektal kanserli hastalar için hemşire yönetiminde eğitim ve danışmanlığın ameliyat öncesi dönemde başlatılması ve bu uygulamanın kolorektal kanser cerrahisi uygulanan kurumlarda rutin hemşirelik bakımına dahil edilmesi,
- ✓ Ameliyat öncesi dönemde hasta eğitim ve danışmanlığının multidisipliner ekip ile iletişim sağlanarak planlanması ve sürdürülmesi ve mümkünse kurumlarda bu alanda çalışacak uzman kolorektal cerrahi hemşirelerinin görev alması,
- ✓ Hastanın perioperatif süreçte izleminin sürdürülmesi için kolorektal cerrahi hemşiresinin de kolorektal cerrahi konseylerine katılması,
- ✓ Ameliyat sonrası telefonla hasta izleminin sürekliliğinin sağlanması, taburcu olduktan sonra ilk hafta hasta ile mutlaka yüz yüze / telefonla görüşülmesi, bu

görüşmelerin ilk aylarda iki haftalık periyodlarla devam etmesi, üçüncü aydan sonra aylık görüşmelerin yapılması ve hastaların sağ kalım süreci boyunca devam etmesi önerilmektedir.

Araştırmacılara yönelik ise;

- 👍 Kolorektal kanserli hastalarda perioperatif hemşire danışmanlığının ve hasta sonuçlarının daha uzun süreli (bir yıl veya daha fazla) çalışmalarla değerlendirilmesi,
- 👍 Kolorektal kanserli hastalarda perioperatif hemşire danışmanlığı girişiminin hasta sonuçlarına etkilerini incelemek için çok merkezli ve randomize kontrollü çalışmaların planlanması,
- 👍 Kolorektal kanserli hastaların yaşam kalitesini arttırmak, gereksinimleri azaltmak için yüz yüze / telefonla izlem ile sürdürülecek hemşire yönetiminde eğitim ve danışmanlık girişiminin mobil veya web tabanlı uygulamalar gibi güncel teknolojik yöntemlerle birlikte yapılması ve hasta sonuçlarına etkisinin değerlendirilmesi,
- 👍 Kolorektal kanserli hastalarda cinsel yaşam kalitesinin arttırmak için ameliyat öncesi cinsel aktif hastaların örnekleme alındığı cinsel danışmanlık girişimlerinin uygulanması ve sonuçlarının değerlendirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization (WHO), International Agency for Research on Cancer (IARC). Cancer Today [Internet]. World Health Organization (WHO). [cited 2021 Mar 22]. Available from: <https://gco.iarc.fr/>
2. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanseri Dairesi Başkanlığı. Kanseri İstatistikleri [Internet]. [cited 2021 May 12]. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri/yillar.html>
3. Couwenberg AM, de Beer FSA, Intven MPW, Burbach JPM, Smits AB, Consten ECJ, et al. The impact of postoperative complications on health-related quality of life in older patients with rectal cancer; a prospective cohort study. *J Geriatr Oncol*. 2018;9(2):102–9.
4. Dumitra TC, Trepanier M, Fiore JF, Kaneva P, Carli F, Fried GM, et al. The relationship of two postoperative complication grading schemas with postoperative quality of life after elective colorectal surgery. *Surg (United States)*. 2019;166(4):663–9.
5. Teker F, Demirag G, Erdem D, Kemal Y, Yucel I. Quality of life in colorectal cancer patients during chemotherapy in the era of monoclonal antibody therapies. *J BUON*. 2015;20(2):443–51.
6. Pearce A, Haas M, Viney R, Pearson SA, Haywood P, Brown C, et al. Incidence and severity of self-reported chemotherapy side effects in routine care: A prospective cohort study. *PLoS One*. 2017 Oct 1;12(10):e0184360.
7. Mohan G, T P AH, A J J, K M SD, Narayanasamy A, Vellingiri B. Recent advances in radiotherapy and its associated side effects in cancer—a review. *J Basic Appl Zool*. 2019 Dec 27;80(1):1–10.
8. Russell L, Gough K, Drosdowsky A, Schofield P, Aranda S, Butow PN, et al. Psychological distress, quality of life, symptoms and unmet needs of colorectal cancer survivors near the end of treatment. *J Cancer Surviv*. 2015 Sep 17;9(3):462–70.
9. Vural F, Sütsünbüloğlu E, Şelimen D. Literature Review: Profile of Publications for the Patients with Stoma in Turkey. *Turk J Color Dis*. 2016 Sep 29;26(3):59–70.
10. Bahayi K, Attaallah W, Yardımcı S, Bulut H, Özten E. Depression, Anxiety, Sexual Dysfunction and Quality of Life in Patients with Ileostomy or Colostomy. *Turkish J Color Dis*. 2018 Jun 14;28(2):69–75.
11. Powell-Chandler A, Boyce K, James O, Scourfield L, Torkington J, Bisson J, et al. Psychological sequelae of colonic resections. *Color Dis*. 2020;22(8):945–51.
12. Karaveli S, Özbayır T, Karacay K, Karacabay K. Kolorektal kanseri ameliyatı geçiren hastaların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönemde yaşadıkları deneyimlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg*. 2014;17(2):90–6.
13. He LJ, Zheng MC, Yuet Wong FK, Ying J, Zhang JE, Ying Jin, B.N. RN, et al.

Immediate Postoperative Experiences before Discharge among Patients with Rectal Cancer and A Permanent Colostomy in China : A Qualitative Study. *Eur J Oncol Nurs*. 2021 Apr 1;51.

14. Chapman SJ, Czoski Murray C, Lonsdale MDS, Boyes S, Tiernan JP, Jayne DG. Information needs for recovery after colorectal surgery: a patient focus group study. *Color Dis*. 2020;00(October):1–7.
15. Yoon S, Chua TB, Tan IB, Matchar D, Ong MEH, Tan E. Living with long-term consequences: Experience of follow-up care and support needs among Asian long-term colorectal cancer survivors. *Psychooncology*. 2020 Oct 1;29(10):1557–63.
16. Sun V, Grant M, Wendel CS, McMullen CK, Bulkley JE, Altschuler A, et al. Dietary and Behavioral Adjustments to Manage Bowel Dysfunction After Surgery in Long-Term Colorectal Cancer Survivors. *Ann Surg Oncol*. 2015 Dec 1;22(13):4317–24.
17. McNair AGK, Whistance RN, Main B, Forsythe R, MacEfield R, Rees J, et al. Development of a core information set for colorectal cancer surgery: A consensus study. *BMJ Open*. 2019;9(11):1–8.
18. Brown S, Greenfield D, Thompson J. Knowledge and awareness of long-term and late treatment consequences amongst colorectal cancer survivors: A qualitative study. *Eur J Oncol Nurs*. 2015 May 14;20:191–8.
19. Hardcastle SJ, Maxwell-Smith C, Hagger MS, O'Connor M, Platell C. Exploration of information and support needs in relation to health concerns, diet and physical activity in colorectal cancer survivors. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2018;27(1):1–9.
20. Adam J-P, Denost Q, Geluwe MCB van, Rullier E, Capdepon M, van Geluwe B, et al. Prospective and Longitudinal Study of Urogenital Dysfunction After Proctectomy for Rectal Cancer. *Dis Colon Rectum*. 2016;59:822–30.
21. Sutsunbuloglu E, Vural F. Evaluation of Sexual Satisfaction and Function in Patients Following Stoma Surgery: A Descriptive Study. *Sex Disabil*. 2018;36(4):349–61.
22. Tuominen L, Leino-Kilpi H, Meretoja R. Expectations of patients with colorectal cancer towards nursing care– a thematic analysis. *Eur J Oncol Nurs*. 2020 Feb 1;44(February 2019):101699.
23. Leeuw J De, Larsson M, De Leeuw J, Larsson M, Leeuw J De, Larsson M. Nurse-led follow-up care for cancer patients : what is known and what is needed. *Support Care Cancer*. 2013;21(9):2643–9.
24. Jefford M, Aranda S, Gough K, Lotfi-jam K, Butow P, Krishnasamy M, et al. Evaluating a nurse-led survivorship care package (SurvivorCare) for bowel cancer survivors : study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2013;14(1):1–9.
25. Drury A, Payne S, Brady AM. Colorectal cancer survivors' quality of life: A qualitative study of unmet need. *BMJ Support Palliat Care*. 2020;0:1–10.
26. Taylan S, Akil Y. The Effect of Postoperative Telephone Counseling on the

Sexual Life of Patients With a Bowel Stoma: A Randomized Controlled Trial. *Wound Manag Prev*. 2019;65(06):14–29.

27. Kuzu I, Kuzu A. Kolorektal Kanseri Patolojisi Histopatolojik Rapor, Evreleme Ve Prognostik Faktörler. In: *Kolon ve rektum kanserleri. Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği*; 2010. p. 117–45.
28. American Cancer Society. Colorectal Cancer [Internet]. [cited 2021 May 15]. Available from: <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer.html>
29. Güllüoğlu M. Ağız boşluğu ve gastrointestinal kanal. In: Tuzlalı S, Güllüoğlu M, Çevikbaş U, editors. *Robbins Temel Patoloji*. 2013.
30. The European Society for Medical Oncology (ESMO), The European Cancer Patient Coalition (ECPC), International Psycho-Oncology Society (IPOS). ESMO Patient Guide Series Survivorship [Internet]. 2017. Available from: <https://www.esmo.org/Patients/Patient-Guides/Patient-Guide-on-Survivorship>
31. Giuliani M, Papadakis J, Broadhurst M, Jones J, McQuestion M, Le LW, et al. The prevalence and determinants of return to work in head and neck cancer survivors. *Support Care Cancer*. 2018;
32. Custers JAE, Gielissen MFM, de Wilt JHW, Honkoop A, Smilde TJ, van Spronsen D-J, et al. Towards an evidence-based model of fear of cancer recurrence for breast cancer survivors. *J Cancer Surviv*. 2017;11(1):41–7.
33. Paterson C, Jensen BT, Jensen JB, Nabi G. Unmet informational and supportive care needs of patients with muscle invasive bladder cancer: A systematic review of the evidence. *Eur J Oncol Nurs*. 2018;35(June 2017):92–101.
34. Arroyo OM, Vaillo YA, López PM, Garrido MJG, Martínez Arroyo O, Andreu Vaillo Y, et al. Emotional distress and unmet supportive care needs in survivors of breast cancer beyond the end of primary treatment. *Support Care Cancer*. 2019 Mar 1;27(3):1049–57.
35. Li Q, Lin Y, Chen Y, Loke AY. Mutual Support and Challenges among Chinese Couples Living with Colorectal Cancer: A Qualitative Study. *Cancer Nurs*. 2018 Sep 1;41(5):E50–60.
36. Lo WT, Yates P, Chan RJ. Unmet supportive care needs and symptom burden in Taiwanese cancer survivors who have completed primary treatment. *Eur J Oncol Nurs*. 2018;35(March):79–84.
37. Okuhara T, Ishikawa H, Urakubo A, Hayakawa M, Yamaki C, Takayama T, et al. Cancer information needs according to cancer type: A content analysis of data from Japan's largest cancer information website. *Prev Med Reports*. 2018;12(April):245–52.
38. Dau H, Safari A, Saad El Din K, McTaggart-Cowan H, Loree JM, Gill S, et al. Assessing how health information needs of individuals with colorectal cancer are met across the care continuum: an international cross-sectional survey. *BMC Cancer*. 2020 Dec 1;20(1):1–12.
39. Rutherford C, Müller F, Faiz N, King MT, White K. Patient-reported outcomes and experiences from the perspective of colorectal cancer survivors: meta-synthesis of qualitative studies. *J Patient-Reported Outcomes*. 2020;4(27):1–19.

40. Kotronoulas G, Papadopoulou C, Burns-Cunningham K, Simpson M, Maguire R. A systematic review of the supportive care needs of people living with and beyond cancer of the colon and/or rectum. *Eur J Oncol Nurs*. 2017;29:60–70.
41. Piazza MF, Galletta M, Portoghese I, Pilia I, Ionta MT, Contu P, et al. Meeting psychosocial and health information needs to ensure quality of cancer care in outpatients. *Eur J Oncol Nurs*. 2017;29:98–105.
42. Drury A, Payne S, Brady AM. Cancer survivorship: Advancing the concept in the context of colorectal cancer. *Eur J Oncol Nurs*. 2017;29:135–47.
43. Tiranda Y, Siripul P, Sangchart B, Septiwi C. Perspectives of adult survivors of colorectal cancer with an ostomy on their needs: Synthesis of qualitative research studies. *Cent Eur J Nurs Midwifery*. 2019;10(4):1155–66.
44. Martinez Tyson D, Medina-Ramirez P, Vázquez-Otero C, Gwede CK, Bobonis M, McMillan SC. Cultural adaptation of a supportive care needs measure for Hispanic men cancer survivors. *J Psychosoc Oncol*. 2018;36(1):113–31.
45. Tyson DM, Medina-Ramirez P, Vázquez-Otero C, Gwede CK, Babilonia MB, McMillan SC. Initial evaluation of the validity and reliability of the culturally adapted Spanish CaSUN (S-CaSUN). *J Cancer Surviv*. 2018;12(4):509–18.
46. Steele SR, Hull TL, Hyman N, Maykel JA, Read TE, Whitlow CB, editors. *The ASCRS Manual of Colon and Rectal Surgery*. 3th Ed. Springer; 2019.
47. Brown SR, Mathew R, Keding A, Marshall HC, Brown JM, Jayne DG. The Impact of Postoperative Complications on Long-term Quality of Life After Curative Colorectal Cancer Surgery. *Ann Surg*. 2014;259(5):916–923.
48. Walming S, Asplund D, Bock D, Gonzalez E, Rosenberg J, Smedh K, et al. Quality of life in patients with resectable rectal cancer during the first 24 months following diagnosis. *Color Dis*. 2020;22(12):2028–37.
49. Malcolm FL, Adiamah A, Banerjee A, Whitehead D, Gupta A, West J, et al. Long-term health-related quality of life following colorectal cancer surgery: patient-reported outcomes in a remote follow-up population. *Color Dis*. 2021;23(1):213–25.
50. Faury S, Rullier E, Denost Q, Quintard B. Quality of life and fatigue among colorectal cancer survivors according to stoma status - the national VICAN survey. *J Psychosoc Oncol*. 2020;38(1):89–102.
51. Röhrli K, Guren MG, Astrup GL, Småstuen MC, Rustøen T. High symptom burden is associated with impaired quality of life in colorectal cancer patients during chemotherapy: A prospective longitudinal study. *Eur J Oncol Nurs*. 2020;44(101679).
52. Drury A, Payne S, Brady AM. Identifying associations between quality of life outcomes and healthcare-related variables among colorectal cancer survivors: A cross-sectional survey study. *Int J Nurs Stud*. 2020;101:103434.
53. World Health Organization. Sexual health [Internet]. [cited 2021 May 12]. Available from: https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_1
54. Breukink SO, Donovan KA. Physical and Psychological Effects of Treatment

- on Sexual Functioning in Colorectal Cancer Survivors. *J Sex Med.* 2013;10(SUPPL.):74–83.
55. Towe M, Huynh LM, El-Khatib F, Gonzalez J, Jenkins LC, Yafi FA. A Review of Male and Female Sexual Function Following Colorectal Surgery. *Sex Med Rev.* 2019;7(3):422–9.
 56. Canty J, Stabile C, Milli L, Seidel B, Goldfrank D, Carter J. Sexual Function in Women with Colorectal/Anal Cancer. *Sex Med Rev.* 2019;7(2):202–22.
 57. Sörensson M, Asplund D, Matthiessen P, Rosenberg J, Hallgren T, Rosander C, et al. Self-reported sexual dysfunction in patients with rectal cancer. *Color Dis.* 2020;22(5):500–12.
 58. Stulz A, Lamore K, Montalescot L, Favez N, Flahault C. Sexual health in colon cancer patients: A systematic review. *Psychooncology.* 2020;29(7):1095–104.
 59. Bregendahl S, Emmertsen KJ, Lindegaard JC, Laurberg S. Urinary and sexual dysfunction in women after resection with and without preoperative radiotherapy for rectal cancer: A population-based cross-sectional study. *Color Dis.* 2015;17(1):26–37.
 60. Thyø A, Elfeki H, Laurberg S, Emmertsen KJ. Female sexual problems after treatment for colorectal cancer – a population-based study. *Color Dis.* 2019;21(10):1130–9.
 61. Laurberg JR, Laurberg VR, Elfeki H, Jensen JB, Emmertsen KJ. Male erectile function after treatment for colorectal cancer: a population-based cross-sectional study. *Color Dis.* 2021;23(2):367–75.
 62. Stone A V, Vanderman KS, Willey JS, David L, Register TC, Shively CA, et al. The sexual health of female rectal and anal cancer survivors: results of a pilot randomized psycho-educational intervention trial. *J Cancer Surviv.* 2016;23(10):1780–9.
 63. Arthur EK, Wills CE, Menon U. A systematic review of interventions for sexual well-being in women with gynecologic, anal, or rectal cancer. *Oncol Nurs Forum.* 2018;45(4):469–82.
 64. Horstman MJ, Mills WL, Herman LI, Cai C, Shelton G, Qdaisat T, et al. Patient experience with discharge instructions in postdischarge recovery: A qualitative study. *BMJ Open.* 2017;7(2):1–8.
 65. Eriksen KS, Eikeland Husebø SI, Kørner H, Lode K. Experiences of recovery from colorectal cancer surgery after hospital discharge among the oldest old: A qualitative study. *Nord J Nurs Res.* 2021;205715852199445.
 66. Hardiman KM, Felder SI, Friedman G, Migaly J, Paquette IM, Feingold DL. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Surveillance and Survivorship Care of Patients After Curative Treatment of Colon and Rectal Cancer. *Dis Colon Rectum.* 2021;64(5):517–33.
 67. Mollica MA, Mayer DK, Oeffinger KC, Kim Y, Buckenmaier SS, Sivaram S, et al. Follow-Up Care for Breast and Colorectal Cancer Across the Globe: Survey Findings From 27 Countries. *JCO Glob Oncol.* 2020;(6):1394–411.

68. Chan RJ, Marx W, Bradford N, Gordon L, Bonner A, Douglas C, et al. Clinical and economic outcomes of nurse-led services in the ambulatory care setting: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2018;81:61–80.
69. Dickinson R, Hall S, Sinclair JE, Bond C, Murchie P. Using technology to deliver cancer follow-up: a systematic review. *BMC Cancer*. 2014;14(1):311.
70. Luo X, Li J, Chen M, Gong J, Xu Y, Li Q. A literature review of post-treatment survivorship interventions for colorectal cancer survivors and/or their caregivers. *Psychooncology*. 2021;1–11.
71. Molassiotis A, Liu XL, Kwok SW. Impact of advanced nursing practice through nurse-led clinics in the care of cancer patients: A scoping review. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2021 Jan 1;30(1):1–17.
72. Walker TL, Francis N. Digital learning platforms in perioperative care including ERAS: A systematic review. *Clin Nutr ESPEN*. 2017;19:94–5.
73. Naik AD, Horstman MJ, Li LT, Paasche-Orlow MK, Campbell B, Mills WL, et al. User-centered design of discharge warnings tool for colorectal surgery patients. *J Am Med Informatics Assoc*. 2017;0(0):1–7.
74. Murchie P, Norwood PF, Pietrucin-Materek M, Porteous T, Hannaford PC, Ryan M. Determining cancer survivors' preferences to inform new models of follow-up care. *Br J Cancer*. 2016 Dec 6;115(12):1495–503.
75. Al Chalabi H, O'Riordan JM, Richardson A, Flannery D, O'Connor K, Stuart C, et al. Six-Year Experience of a Nurse-Led Colorectal Cancer Follow-Up Clinic. *Surg Res Pract*. 2014;2014:1–5.
76. Salamanca-Balen N, Seymour J, Caswell G, Whyne D, Tod A. The costs, resource use and cost-effectiveness of Clinical Nurse Specialist-led interventions for patients with palliative care needs: A systematic review of international evidence. *Palliat Med*. 2018;32(2):447–65.
77. Burch J. Enhanced recovery and nurse-led telephone follow-up post surgery. *Br J Nurs*. 2012 Sep 13;21(16):S24–9.
78. Jefford M, Gough K, Drosowsky A, Russell L, Aranda S, Butow P, et al. A Randomized Controlled Trial of a Nurse-Led Supportive Care Package (SurvivorCare) for Survivors of Colorectal Cancer. *Oncologist*. 2016;21(8):1014–23.
79. Sussman J, Bainbridge D, Whelan TJ, Brazil K, Parpia S, Wiernikowski J, et al. Evaluation of a specialized oncology nursing supportive care intervention in newly diagnosed breast and colorectal cancer patients following surgery: a cluster randomized trial. *Support Care Cancer*. 2018;26(5):1533–41.
80. Woods CE, Jones R, O'Shea E, Grist E, Wiggers J, Usher K. Nurse-led postdischarge telephone follow-up calls: A mixed study systematic review. *J Clin Nurs*. 2019;28(19–20):3386–99.
81. Schmidt H, Boese S, Lampe K, Jordan K, Fiedler E, Müller-Werdan U, et al. Trans sectoral care of geriatric cancer patients based on comprehensive geriatric assessment and patient-reported quality of life - Results of a multicenter study to develop and pilot test a patient-centered interdisciplinary care concept for

- geriatric oncology patients (PIVOG). *J Geriatr Oncol*. 2017 Jul 1;8(4):262–70.
82. Mole G, Murali M, Carter S, Gore D, Broadhurst J, Moore T, et al. A service evaluation of specialist nurse telephone follow-up of bowel cancer patients after surgery. *Br J Nurs*. 2019;28(19):1234–8.
 83. Reiter M, Gerken M, Lindberg-Scharf P, Fuerst A, Liebig-Hörl G, Ortmann O, et al. Health services research in colorectal cancer: a quasi-experimental interventional pilot study on in- and outpatient oncology. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2020 Dec 29;147(6):1789–802.
 84. Lin WL, Sun JL, Chang SC, Wu PH, Tsai TC, Huang WT, et al. Development and application of telephone counseling services for care of patients with colorectal cancer. *Asian Pacific J Cancer Prev*. 2014;15(2):969–73.
 85. Gilmartin M, Leaver N, Hall G, Fawdry H, Lee S, Nicholson J, et al. Patient perception of telephone follow-up after resection for colorectal cancer: Is it time for an alternative to the out-patient clinic? *Patient Exp J*. 2019;6(1):81–6.
 86. Browning D, Warren O, Johnson N, Seymour M, Lawson MF, Jones L, et al. Telephone assessment clinic (TAC): A more efficient way of dealing with two week wait colorectal cancer referrals. *Int J Surg*. 2016;36:S64.
 87. Yassin NA, Ng J, Igelsias-Vecchio M, Hooper J, Chater E, Lake S, et al. Psychosocial well-being of colorectal cancer patients: Nurse-led telephone services improve outcomes. *Clin Nutr ESPEN* [Internet]. 2016;12(2016):e51. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnesp.2016.02.067>
 88. Kotronoulas G, Papadopoulou C, MacNicol L, Simpson M, Maguire R. Feasibility and acceptability of the use of patient-reported outcome measures (PROMs) in the delivery of nurse-led supportive care to people with colorectal cancer. *Eur J Oncol Nurs*. 2017;29:115–24.
 89. Reb A, Ruel N, Fakih M, Lai L, Salgia R, Ferrell B, et al. Empowering survivors after colorectal and lung cancer treatment: Pilot study of a Self-Management Survivorship Care Planning intervention. *Eur J Oncol Nurs*. 2017;29:125–34.
 90. Taylan S, Aksoy G. The effect of phone counselling service on adaptation to stoma and quality of life among patients with intestinal stoma: a randomized controlled trial. *Cukurova Med J*. 2021;46(1):273–82.
 91. Williamson S, Chalmers K, Beaver K. Patient experiences of nurse-led telephone follow-up following treatment for colorectal cancer. *Eur J Oncol Nurs*. 2015;19(3):237–43.
 92. Suh SR, Lee MK. Effects of nurse-led telephone-based supportive interventions for patients with cancer: A meta-analysis. *Oncol Nurs Forum*. 2017;44(4):E168–84.
 93. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000;25(24):3186–91.
 94. World Health Organization (WHO). Process of translation and adaptation of instruments [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr 18]. Available from: https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/

95. Çapık C, Gözüm S, Aksayan S. Kùltürlerarası Òlçek Uyarlama Aşamaları, Dil ve Kùltür Uyarlaması: Güncellenmiş Rehber. Florence Nightingale Hemşirelik Derg. 2018;26(3):199–210.
96. Seçer İ. Psikolojik test geliştirme ve uyarlama süreci SPSS ve LISREL u uygulamaları. 2. Baskı. Ankara; 2018.
97. Ercan İ, Kan İ. Òlçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakùltesi Derg. 2004;30(3):211–6.
98. Karakoç FY, Dönmez L. Òlçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler. Tıp Eğitimi Dünyası [Internet]. 2014;40:39–49. Available from: <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/199275>
99. International Test Commission (ITC). ITC Guidelines for Translating and Adapting Tests (Second edition) [Internet]. 2017. Available from: https://www.intestcom.org/files/guideline_test_adaptation_2ed.pdf
100. Coster WJ, Mancini MC. Recommendations for translation and cross-cultural adaptation of instruments for occupational therapy research and practice. Rev Ter Ocup da Univ São Paulo. 2015;26(1):50.
101. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. Value Heal. 2005;8(2):94–104.
102. Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures [Internet]. 2007. Available from: <http://www.dash.iwh.on.ca/assets/images/pdfs/X-CulturalAdaptation-2007.pdf>
103. Borsa JC, Damásio BF, Bandeira DR. Cross-Cultural Adaptation and Validation of Psychological Instruments: Some Considerations. Paidéia. 2012;22(53):423–32.
104. Polit DF, Beck CT. The Content Validity Index: Are You Sure You Know What's Being Reported? Critique and Recommendations. Res Nurs Heal. 2006;29:489–97.
105. Jesus LMT, Valente AR. Cross-cultural Adaptation of Health Assessment Instruments. 2016.
106. Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL, et al. The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: An international Delphi study. Qual Life Res. 2010;19(4):539–49.
107. Polit DF, Beck CT, Owen S V. Is the CVI an Acceptable Indicator of Content Validity? Appraisal and Recommendations. Res Nurs Health. 2007;30:459–67.
108. Aksayan S, Gözüm S. Kùltürlerarası Òlçek Uyarlaması İçin Rehber II: Psikometrik özellikler ve kùltürlerarası karşılaştırma. Hemşirelikte Arastırma Gelistirme Derg. 2003;1:3–14.
109. Karagöz Y. SPSS AMOS META Statistical Analysis. 2. Edition. Ankara,

Turkey: Nobel Medical Bookstore; 2019.

110. Özdamar K. Paket Programlar ile İstatiksel Veri Analizi. Yenilenmiş. Nisan Kitabevi; 2013.
111. Fabrigar L, MacCallum R, Wegener D, Haggard P. Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychol Methods*. 1999;4(3):272–99.
112. Erkorkmaz Ü, Etikan I, Demir O, Özdamar K, Sanisoğlu SY. Confirmatory Factor Analysis and Fit Indices: Review. *Türkiye Klin J Med Sci*. 2013;33(1):210–23.
113. Worthington RL, Whittaker TA. Scale Development Research: A Content Analysis and Recommendations for Best Practices. *Couns Psychol*. 2006;34(6):806–38.
114. Terwee CB, Bot SDM, de Boer MR, van der Windt DAWM, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol*. 2007;60(1):34–42.
115. Jiao M, Hall AE, Nolte L, Piper A, Lisy K, Jefford M. A rapid review of needs assessment tools for post-treatment cancer survivors. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2018;27(2):1–10.
116. Kılıç AF, Koyuncu İ. Ölçek Uyarlama Çalışmalarının Yapı Geçerliği Açısından İncelenmesi. In: Demirel Ö, Dinçer S, editors. *Küreselleşen dünyada eğitim* [Internet]. Ankara: Pegem Akademi; 2017. p. 415–38. Available from: <http://www.pegemindex.net/index.php/Pati/article/view/9786053188407.27>
117. Şencan H. Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik. 2005. p. 12–723.
118. Hodgkinson K, Butow P, Hunt GE, Pendlebury S, Hobb KM, Lo SK, et al. The development and evaluation of a measure to assess cancer survivors' unmet supportive care needs: The CaSUN (Cancer Survivors' Unmet Needs measure). *Psychooncology*. 2007;16:796–804.
119. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics*. 6th ed. Tabachnick BG, Fidell LS, editors. Boston: Pearson Education, Inc.; 2013. 1–1018 p.
120. Zengin O, Öztuna B. Kanseri hastalarına yönelik sosyal hizmetler ve sosyal güvenlik düzenlemeleri. *Ufuk Ötesi Bilim Derg*. 2018;1:1–14.
121. Akgül Başkale H, Serçekuş P, Parlak Günüşen N. Kanseri Hastalarının Bilgi kaynakları, Bilgi Gereksinimleri ve Sağlık Personelinden Beklentilerinin İncelenmesi. *J Psychiatr Nurs*. 2015;6(2):65–70.
122. Karakoç MD. Onkoloji hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanma durumları. *Pamukkale Med J*. 2020;13:69–80.
123. Keeman MC, Bolman CAW, Mesters I, Willems RA, Kanera IM, Lechner L. Psychometric properties of the Dutch extended Cancer Survivors' Unmet Needs measure (CaSUN-NL). *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2018;27(2):1–8.
124. Fang SY, Cheng HR, Lin CY. Validation of the modified Chinese Cancer Survivor's Unmet Needs (CaSUN-C) for women with breast cancer.

- Psychooncology. 2018;27(1):236–42.
125. Xing W, So WKW, Choi KC, Wong CL, Tong M, Choy YP, et al. Translation and psychometric testing of Cancer Survivors' Unmet Needs, Chinese version. *Asia Pac J Clin Oncol*. 2019;15(5):e142–6.
 126. Flynn KE, Reese JB, Jeffery DD, Amy P, Lin L, Shelby RA, et al. Patient experiences with communication about sex during and after treatment for cancer. *Psychooncology*. 2012;21(6):594–601.
 127. Milbury K, Cohen L, Jenkins R, Skibber JM, Schover LR. The association between psychosocial and medical factors with long-term sexual dysfunction after treatment for colorectal cancer. *Support Care Cancer*. 2013;21(3):793–802.
 128. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European organization for research and treatment of cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst*. 1993;85(5):365–76.
 129. Beser Gördeles N, Öz F. Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete–depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi. *Cumhur Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Derg*. 2003;7(1):47–58.
 130. Guzelant A, Goksel T, Ozkok S, Tasbakan S, Aysan T, Bottomley A. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: An examination into the cultural validity and reliability of the Turkish version of the EORTC QLQ-C30. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2004;13(2):135–44.
 131. Cankurtaran ES, Training AO, Clinic P, Ozalp E, Soygur H, Ozer S, et al. Understanding the reliability and validity of the EORTC QLQ-C30 in Turkish cancer patients. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2008;17(1):98–104.
 132. Fayers P, Aaronson N, Bjordal K, Groenvold M, Curran D, Bottomley A, et al. The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3rd Edition). European Organisation for Research and Treatment of Cancer. Brussels: European Organisation for Research and Treatment of Cancer; 2001.
 133. Whistance RN, Conroy T, Chie W, Costantini A, Sezer O, Koller M, et al. Clinical and psychometric validation of the EORTC QLQ-CR29 questionnaire module to assess health-related quality of life in patients with colorectal cancer. *Eur J Cancer*. 2009;45(17):3017–26.
 134. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The female sexual function index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*. 2000;26(2):191–205.
 135. Aygin D, Eti Aslan F. Kadın cinsel işlev ölçeği'nin Türkçeye uyarlaması. *Türkiye Klin Tıp Bilim Derg*. 2005;25(3):393–9.
 136. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The Female Sexual Function Index (FSFI): Cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther*. 2005 Jan;31(1):1–20.
 137. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The

- international index of erectile function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*. 1997;49(6):822–30.
138. Ebrahimabadi M, Rafiei F, Nejat N. Can tele-nursing affect the supportive care needs of patients with cancer undergoing chemotherapy? A randomized controlled trial follow-up study. *Support Care Cancer*. 2021;1–8.
 139. Berglund CB, Gustafsson E, Johansson H, Bergenmar M. Nurse-led outpatient clinics in oncology care - Patient satisfaction, information and continuity of care. *Eur J Oncol Nurs*. 2015;19(6):724–30.
 140. Santin O, Murray L, Prue G, Gavin A, Gormley G, Donnelly M. Self-reported psychosocial needs and health-related quality of life of colorectal cancer survivors. *Eur J Oncol Nurs*. 2015;19(4):336–42.
 141. Koet LL, Kraima A, Derksen I, Lamme B, Jacobus E, Belt T, et al. Effectiveness of preoperative group education for patients with colorectal cancer: managing expectations. *Support Care Cancer*. 2021;1–9.
 142. Guo M, Luo C, Zheng X. Evidence based nursing intervention reduces incidence of postoperative complications and improves quality of life of patients with colorectal cancer. *Int J Clin Exp Med*. 2020;13(1):182–90.
 143. Grealish L, Hyde MK, Legg M, Lazenby M, Aitken JF, Dunn J, et al. Psychosocial predictors of hope two years after diagnosis of colorectal cancer: Implications for nurse-led hope programmes. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2019;28(3):1–9.
 144. Johansson AC, Brink E, Cliffordson C, Axelsson M. The function of fatigue and illness perceptions as mediators between self-efficacy and health-related quality of life during the first year after surgery in persons treated for colorectal cancer. *J Clin Nurs*. 2018;27(7–8):e1537–48.
 145. Schuurhuizen CSEW, Braamse AMJ, Konings IRHM, Verheul HMW, Dekker J. Predictors for use of psychosocial services in patients with metastatic colorectal cancer receiving first line systemic treatment. *BMC Cancer*. 2019;19(1):1–10.
 146. Johns SA, Brown LF, Beck-Coon K, Talib TL, Monahan PO, Giesler RB, et al. Randomized controlled pilot trial of mindfulness-based stress reduction compared to psychoeducational support for persistently fatigued breast and colorectal cancer survivors. *Support Care Cancer*. 2016;24(10):4085–96.
 147. Coles T, Tan X, Bennett A V., Sanoff HK, Basch E, Jensen RE, et al. Sleep quality in individuals diagnosed with colorectal cancer: Factors associated with sleep disturbance as patients transition off treatment. *Psychooncology*. 2018;27(3):1050–6.
 148. Larsen HM, Borre M, Christensen P, Mohr Drewes A, Laurberg S, Krogh K, et al. Clinical evaluation and treatment of chronic bowel symptoms following cancer in the colon and pelvic organs. *Acta Oncol (Madr)*. 2019;58(5):776–81.
 149. Khan U, Basrai S, Lewis M, Haray P. Nurse-run clinic for functional bowel disorders at a district general hospital. *Gastrointest Nurs*. 2018;16(1):36–41.
 150. Kim B-Y, Park K-J, Ryoo S-B. Effects of a Mobile Educational Program for

Colorectal Cancer Patients Undergoing the Enhanced Recovery After Surgery. *Open Nurs J*. 2018;12(1):142–54.

151. Zhang M, Chan SW, You L, Wen Y, Peng L, Liu W, et al. The effectiveness of a self-efficacy-enhancing intervention for Chinese patients with colorectal cancer : A randomized controlled trial with 6-month follow up. *Int J Nurs Stud*. 2014;51(8):1083–92.
152. Goerling U, Faller H, Hornemann B, Hönig K, Bergelt C, Maatouk I, et al. Information needs in cancer patients across the disease trajectory. A prospective study. *Patient Educ Couns*. 2020;103(1):120–6.
153. Lithner M, Klefsgard R, Johansson J, Andersson E. The significance of information after discharge for colorectal cancer surgery-a qualitative study. *BMC Nurs*. 2015;14(1):1–8.
154. Dobrila-Dintinjana R, Trivanović D, Dintinjana M, Vukelic J, Vanis N. Effects of Dietary Counseling on Patients with Colorectal Cancer - From Prevention to Patient Care. Ettarh R, editor. 2012.
155. Sultan Dar M, Parray FQ, Bhat AH, Chowdri NA, Wani ML. Impact of Total Mesorectal Excision on Bladder and Sexual Function in Rectal Cancer. *Cancer Surg*. 2016;1(3).
156. Kim HJ, Choi GS, Park JS, Park SY, Yang CS, Lee HJ. The impact of robotic surgery on quality of life, urinary and sexual function following total mesorectal excision for rectal cancer: a propensity score-matched analysis with laparoscopic surgery. *Color Dis*. 2018;20(5):O103–13.
157. Ohlsson-Nevo E, Karlsson J, Nilsson U. Effects of a psycho-educational programme on health-related quality of life in patients treated for colorectal and anal cancer: A feasibility trial. *Eur J Oncol Nurs*. 2016;21:181–8.
158. Dalsgaard P, Emmertsen KJ, Mekhael M, Laurberg S, Christensen P. Nurse-led standardized intervention for low anterior resection syndrome. A population-based pilot study. *Color Dis*. 2021;23(2):434–43.
159. Duelund-Jakobsen J, Haas S, Buntzen S, Lundby L, Bøje G, Laurberg S. Nurse-led clinics can manage faecal incontinence effectively: Results from a tertiary referral centre. *Color Dis*. 2015 Aug 1;17(8):710–5.
160. Young JM, Butow PN, Walsh J, Durcinoska I, Dobbins TA, Rodwell L, et al. Multicenter Randomized Trial of Centralized Nurse-Led Telephone-Based Care Coordination to Improve Outcomes After Surgical Resection for Colorectal Cancer : The CONNECT Intervention. *J Clin Oncol*. 2013 Oct 1;31(28):3585–92.
161. Schover LR. Sexual quality of life in men and women after cancer. *Climacteric*. 2019;22(6):553–7.
162. Barbera L, Zwaal C, Elterman D, McPherson K, Wolfman W, Katz A, et al. Interventions to address sexual problems in people with cancer. *Curr Oncol*. 2017;24(3):192–200.

EKLER

EK 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu (1. Aşama)

Tarih: / / 20....

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın Hanımefendi/Beyfendi

Ben DEU Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Programı'nda doktora öğrencisi Emel SÜTSÜNBÜLOĞLU, Danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Fatma VURAL ile birlikte tez çalışması yürütmekteyiz. “**Kolorektal kanserli bireylerde perioperatif hemşire danışmanlığının hasta bakım sonuçlarına etkisi**” isimli doktora tez çalışmamızın amacı kolorektal kanserli bireylere verilen perioperatif hemşire danışmanlığının karşılanmamış gereksinimler, yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyonlara etkisini değerlendirmektir. Kanserden kurtulan bireyler bazen tedavilerinin tamamlanmasından yıllar sonra devam eden sorunlar olduğunu ve çeşitli hizmetlere gereksinim duyduklarını bildirmektedir. Tanı ve tedavi süresince insanların birçok gereksinimini olabileceğinin farkındayız. Bu amaçla tezin ilk aşamasında “Kanserden Kurtulan Bireylerin Karşılanmamış Gereksinimleri (KKB-KG) Ölçeği”nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılacaktır. Bu ölçek ise hastaların birincil tedavisi bittikten SONRA duydukları gereksinimlere odaklanmaktadır. SU AN gereksinim duyduğunuz hizmetler hakkında bilgi almak istiyoruz. Ayrıca, kanser sonucunda deneyimlemiş olduğunuz olumlu değişiklikleri de öğrenmek istiyoruz. Bu amaçla sizden bazı formları doldurmanız istenmektedir. Formları doldurmanız yaklaşık olarak sizin 20-30 dakikanızı alacaktır. Verdiğiniz cevaplar kanserden kurtulan bireyler ve aileleri için gelecekte ne tür destek ve hizmetlerin mevcut olması gerektiği konusunda tavsiyelerde bulunmamıza olanak sağlayacaktır. Bu araştırma kapsamında sizlere hiçbir invaziv girişim yapılmayacaktır. Lütfen yaşadığınız deneyimi en iyi tanımlayan yanıtı işaretleyin. Sorulara doğru veya yanlış yanıt verme bir durum söz konusu değildir. İstedığınız zaman soruları cevaplamayı bırakabilirsiniz. Araştırmaya katılmak zorunlu değildir. Çalışma herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacaktır. Verdiğiniz bilgilerin gizliliği sağlanacak, bilgileriniz üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Araştırmaya katılmaktan dolayı herhangi bir ödül, ücret ya da ceza verilmeyecek sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir.

Bu katılmam istenen bu çalışmanın kapsamı ve amacında gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve detaylı bilgi alma fırsatı buldum. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmayı kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kabul ediyorum.

Bireyin Adı-Soyadı:

Adresi (Telefon No, varsa Faks No):

İmzası:

Araştırmacının Adı-Soyadı: Arş. Gör. Emel SÜTSÜNBÜLOĞLU

Adresi (Telefon No, varsa Faks No):

İmzası:

EK 2. The Cancer Survivors' Unmet Needs Measure (CaSUN)

Cancer Survivors' Unmet Needs (CaSUN)						
<p>Survivors of cancer sometimes report ongoing issues and the need for various services many years after the completion of treatment. The following statements cover a range of different issues which survivors of cancer may face. The issues include:</p> <ul style="list-style-type: none"> information and medical care issues quality of life emotional and relationship issues and the impact of cancer on your life perspective. <p>We want to learn about your need for services <u>RIGHT NOW</u>. Whilst we recognise that people may have had many needs at diagnosis and during treatment, this study is focusing on your needs <u>AFTER</u> your primary treatment finished. Your responses will enable us to make recommendations about what sort of supports and services should be available to survivors of cancer and their families in the future. We also want to know about any positive changes to your life that you may have experienced as a result of your cancer. Please tick the answer that best describes your experience. There are no right or wrong answers.</p>						
EXAMPLE EXAMPLE EXAMPLE EXAMPLE EXAMPLE EXAMPLE EXAMPLE						

In the last month...	NO UNMET NEED		NEED IS CURRENTLY UNMET How strong is your need?		
	No need, or is not applicable	Have need, but need is being met	Weak	Moderate	Strong
1. I need up to date information...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* This person has needed information following the completion of their cancer treatments and this need is moderately strong.

In the last month...	NO UNMET NEED		NEED IS CURRENTLY UNMET How strong is your need?		
	No need, or is not applicable	Have need, but need is being met	Weak	Moderate	Strong
2. My family and/or partner needs information relevant to them...	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* This person's partner/family has a need for information but this need is currently being met.

(A) Information Needs & Medical Care Issues: The first few questions ask about your current need for information and your experience of medical care.

In the last month...	NO UNMET NEED		NEED IS CURRENTLY UNMET How strong is your need?		
	No need, or is not applicable	Have need, but need is being met	Weak	Moderate	Strong
1. I need up to date information...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. My family and/or partner needs information relevant to them...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. I need information provided in a way that I can understand...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. I need the very best medical care...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. I need local health care services that are available when I require them...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. I need to feel like I am managing my health together with the medical team...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. I need to know that all my doctors talk to each other to coordinate my care...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. I need any complaints regarding my care to be properly addressed...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. I need access to complementary and/or alternative therapy services...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(B) Quality of Life: The next few questions ask about the impact that cancer has had on various areas of your life, including your health and daily activities.

In the last month...	NO UNMET NEED		NEED IS CURRENTLY UNMET How strong is your need?		
	No need, or is not applicable	Have need, but need is being met	Weak	Moderate	Strong
10. I need help to reduce stress in my life...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. I need help to manage ongoing side effects and/or complications of treatment...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. I need help to adjust to changes in my quality of life as a result of my cancer...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. I need help with having a family due to fertility problems...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. I need assistance with getting and/or maintaining employment...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. I need help to find out about financial support and/or government benefits to which I am entitled...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Due to my cancer, I need help getting life and/or travel insurance...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Due to my cancer, I need help accessing legal services...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. I need more accessible hospital parking...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(C) Emotional & Relationship Issues: These next few questions ask about your emotional responses to surviving cancer, and the impact that cancer has had on your personal relationships.

In the last month...	NO UNMET NEED		NEED IS CURRENTLY UNMET How strong is your need?		
	No need, or is not applicable	Have need, but need is being met	Weak	Moderate	Strong
19. I need help to manage my concerns about the cancer coming back...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. I need emotional support to be provided for me...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. I need help to know how to support my partner and/or family...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. I need help to deal with the impact that cancer has had on my relationship with my partner...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. I need help with developing new relationships after my cancer...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. I need to talk to others who have experienced cancer...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. I need help to handle the topic of cancer in social and/or work situations...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. I need help to adjust to changes to the way I feel about my body...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. I need help to address problems with my/our sex life...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. I need an ongoing case manager to whom I can go to find out about services whenever they are needed...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(D) Life Perspective: Sometimes survivors of cancer report that their cancer experience has changed the way they view their life, their future. These next few questions ask about these issues.

In the last month...	NO UNMET NEED		NEED IS CURRENTLY UNMET How strong is your need?		
	No need, or is not applicable	Have need, but need is being met	Weak	Moderate	Strong
29. I need help to move on with my life...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. I need help to cope with changes to my belief that nothing bad will ever happen in my life...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. I need help to cope with others not acknowledging the impact that cancer has had on my life...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. I need help to deal with my own and/or others expectations of me as a "cancer survivor"...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. I need help to try to make decisions about my life in the context of uncertainty...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. I need help to explore my spiritual beliefs...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. I need help to make my life count...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. Please list any other needs that you have experienced in the last month:

(E) Positive Changes: The final few questions ask you about positive changes that you may have experienced as a result of your cancer.

NB: Please note that the response options are different to previous questions.

In the last month...	Yes, but I have always been like this	Yes, this has been a positive outcome	No, and I would like help to achieve this	No, and this is not important to me
37. I have benefited from contact with other cancer survivors and/or their families...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. I focus more on things that are important...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. I realise how precious life is...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. I have made lots of positive changes in my life...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. I have grown as a person...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. I appreciate my relationships with others more....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comments:

THANK YOU FOR YOUR TIME

During the course of completing this questionnaire, you may have realised that you would like some additional support. Please contact your local doctor, your treatment team, or your local Cancer Council for information on available services.

EK 3. Bilgilendirilmiş Onam Formu (2. Aşama – Kontrol Grubu)

Preoperatif K

Tarih: 00/00/2000

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın Hanımefendi

Ben DEU Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Programı'nda doktora öğrencisi Emel SÜTSÜNBÜLOĞLU. Danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Fatma VURAL ile birlikte doktora tez çalışması yürütmekteyiz. Doktora tez çalışmamızın amacı kolorektal cerrahi geçirecek bireylerde karşılanmamış gereksinimler, yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyonlara etkisini değerlendirmektir. Bu amaçla sizden bazı formları doldurmanız istenmektedir. Formları ameliyat öncesi, taburculuk sonrası 3. ayda ve 6. ayda doldurmanız istenecektir. Formları doldurmanız yaklaşık olarak 15-20 dakikanızı alacaktır. Vereceğiniz bilgiler sadece bilimsel veri oluşturmak amacıyla kullanılacaktır. Bu araştırma kapsamında sizlere hiçbir invaziv girişim yapılmayacaktır. Sorulara doğru veya yanlış cevap verme bir durum söz konusu değildir. İstedığınız zaman soruları cevaplamayı bırakabilirsiniz. Araştırmaya katılmak zorunlu değildir. Çalışma herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacaktır. Verdiğiniz bilgilerin gizliliği sağlanacak, bilgileriniz üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Araştırmaya katılmaktan dolayı herhangi bir ödül, ücret ya da ceza verilmeyecek sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir.

Ben katılmam istenen bu çalışmanın kapsamı ve amacında gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve detaylı bilgi alma fırsatı buldum. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmayı kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kabul ediyorum.

Adı-Soyadı:

Mail- Telefon No:

İmzası:

Araştırmacının Adı-Soyadı: Araş. Gör. Emel SÜTSÜNBÜLOĞLU

Adresi/Te:

İmzası:

Onam alma işlemine tanık olan kişinin Adı- Soyadı:

Adresi (Telefon No):

İmzası:

EK 4. Bilgilendirilmiş Onam Formu (2. Aşama – Girişim Grubu)

Preoperatif K

Tarih: 00/00/20

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın Hanımefendi

Ben DEU Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Programı'nda doktora öğrencisi Emel SÜTSÜNBÜLOĞLU, Danışman hocam Doç. Dr. Fatma VURAL ile birlikte doktora tez çalışması yürütmekteyiz. Doktora tez çalışmamızın amacı kolorektal kanserli bireylere verilen perioperatif hemşire danışmanlığının karşılanmamış gereksinimler, yaşam kalitesi ve cinsel fonksiyonlara etkisini değerlendirmektir. Tezimde kolorektal kanserli bireylere perioperatif danışmanlık verilecektir. Bu amaçla sizinle yüz yüze ve telefonla görüşmeler yapılacaktır. Sizden bazı formları doldurmanız istenmektedir. Sizinle yüz yüze görüşme dört defa yapılacak ve size eğitim verilecektir. Telefonla görüşme taburculuk sonra başlayacak ve size danışmanlık verilecektir. Formları doldurmanız yaklaşık olarak 15-20 dakikanızı alacaktır. Vereceğiniz bilgiler sadece bilimsel veri oluşturmak amacıyla kullanılacaktır. Bu araştırma kapsamında sizlere hiçbir invaziv girişim yapılmayacaktır. Sorulara doğru veya yanlış cevap verme bir durum söz konusu değildir. İstedığınız zaman soruları cevaplamayı bırakabilirsiniz. Araştırmaya katılmak zorunlu değildir. Çalışma herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacaktır. Verdiğiniz bilgilerin gizliliği sağlanacak, bilgileriniz üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Araştırmaya katılmaktan dolayı herhangi bir ödül, ücret ya da ceza verilmeyecek sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir.

Ben katılmam istenen bu çalışmanın kapsamı ve amacında gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve detaylı bilgi alma fırsatı buldum. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmayı kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kabul ediyorum.

Adı-Soyadı:

Mail- Telefon No:

İmzası:

Araştırmacının Adı-Soyadı: Araş. Gör. Emel SÜTSÜNBÜLOĞLU

Adresi/Telefon:

İmzası:

Onam alma işlemine tanık olan kişinin Adı- Soyadı:

Adresi (Telefon No):

İmzası:

EK 5. Hasta Tanıtıcı Özellikler Perioperatif Kadın Formu



Protokol: AMELİYAT ÖNCESİ			
Yaş: <u>www</u>	Eğitim durumu:	Çalışma durumu:	
Kilo: <u>www</u>	1. Okuryazar	1. Çalışıyor	
Boy: <u>www</u>	2. İlköğretim mezunu	2. Çalışmıyor	
	3. Lise mezunu	3. Emekli	
	4. Yüksekokul mezunu		
Medeni durum:	Yaşam şekli	Kullandığınız ilaç;	Kronik hastalık;
1. Bekar	1. Yalnız yaşıyor	1. Var	1. Var
2. Evli	2. Ailesiyle yaşıyor	2. Yok	2. Yok
3. Boşanmış			
En az 6 ay boyunca devam eden ve sizde ciddi strese neden olan cinsel sorunuz var mı?		Yaşadığınız cinsel sorun hangisine uymaktadır?	
1. Maddenin/ilacın yol açtığı cinsel işlev bozukluğu		<input type="checkbox"/> Yaşam boyu (cinsel aktif olduktan sonra başlayan)	
2. Cinsel organlarda-Pelviste ağrı/içe girme bozukluğu		<input type="checkbox"/> Sonradan kazanılan (göreceli olarak normal cinsel aktivite periyodundan sonra başlayan)	
3. Kadında ilgi/uyarılma bozukluğu		<input type="checkbox"/> Genel (spesifik uyarı, durum, partnere bağlı olmayan)	
4. Kadında orgazm bozukluğu		<input type="checkbox"/> Durumsal (spesifik uyarı, durum, partnere bağlı olan)	
5. Sertleşme Bozukluğu		<input type="checkbox"/> Strese neden olan - Hafif-Orta-Şiddetli	
6. Erken boşalma			
7. Geç boşalma			
8. Erkeklerde düşük cinsel istek bozukluğu			
9. Yok			
Son 6 ay içinde partnerinizle cinsel ilişki girişiminde bulundunuz mu?	Hormon replasyon tedavisi kullanıyor musunuz?	Cinsel sorunuz için ilaç kullanıyor musunuz?	
1. Evet	1. Evet	1. Evet	
2. Hayır	2. Hayır	2. Hayır	
Menopoza girdiniz mi?	Başvuru-Tanı-Cerrahi Arasında Geçen Zaman: 1 aydan az	Tipi	
1. Evet	1. 2-3	1. Kolon	
2. Hayır	2. 4 ve üzeri	2. Rektosismoid	
		3. Rektum	
		4. Anal	
Ameliyat öncesi KT;	Ameliyat öncesi RT;	KT - Cerrahi arası süre: <u>www</u>	
1. Aldım	1. Aldım	HKS <u>www</u>	
2. Almadım	2. Almadım		
AMELİYAT SONRASI (TABURCULUK ÖNCESİ)			
Yapılan ameliyat	Stoma durumu	Stoma tip	
1. APR	1. Yok	1. Kolostomi	
2. LAR/AR	2. Kalıcı stoma	2. İleostomi	
3. Kolektomi	3. Geçici stoma	3. Ürostomi+kolo/ileo	
4. Diğer			
Tip	PACU kalış (gün)	Komplikasyon varlığı	
1. Laparoskopik	1. Evet <u>www</u>	1. Var <u>www</u>	
2. Açık	2. Hayır	2. Yok	

EK 6. Hasta Tanıtıcı Özellikler Perioperatif Erkek Formu



Protokol: <u>AMELİYAT ÖNCESİ</u>			
Yaş: <u>www</u>	Eğitim durumu:	Çalışma durumu:	
Kilo: <u>www</u>	1. Okuryazar	1. Çalışıyor	
Boy: <u>www</u>	2. İlköğretim mezunu	2. Çalışmıyor	
	3. Lise mezunu	3. Emekli	
	4. Yüksekokul mezunu		
Medeni durum:	Yaşam şekli	Kullandığınız ilaç;	Kronik hastalık;
1. Bekar	1. Yalnız yaşıyor	1. Var	1. Var
2. Evli	2. Ailesiyle yaşıyor	2. Yok	2. Yok
3. Boşanmış			
En az 6 ay boyunca devam eden ve sizde ciddi strese neden olan cinsel sorununuz var mı?		Yaşadığınız cinsel sorun hangisine uymaktadır?	
1. Maddenin/ilacın yol açtığı cinsel işlev bozukluğu		<input type="checkbox"/> Yaşam boyu (cinsel aktif olduktan sonra başlayan)	
2. Cinsel organlarda-Pelviste ağrı/içe girme bozukluğu		<input type="checkbox"/> Sonradan kazanılan (göreceli olarak normal cinsel aktivite periyodundan sonra başlayan)	
3. Kadında ilgi/uyarılma bozukluğu		<input type="checkbox"/> Genel (spesifik uyarı, durum, partnere bağlı olmayan)	
4. Kadında orgazm bozukluğu		<input type="checkbox"/> Durumsal (spesifik uyarı, durum, partnere bağlı olan)	
5. Sertleşme Bozukluğu		<input type="checkbox"/> Strese neden olan - Hafif-Orta-Şiddetli	
6. Erken boşalma			
7. Geç boşalma			
8. Erkeklerde düşük cinsel istek bozukluğu			
9. Yok			
Son 6 ay içinde partnerinizle cinsel ilişki girişiminde bulundunuz mu?	Hormon replasyon tedavisi kullanıyor musunuz ?	Cinsel sorununuz için ilaç kullanıyor musunuz?	
1. Evet	1. Evet	1. Evet	
2. Hayır	2. Hayır	2. Hayır	
Basvuru-Tanı-Cerrahi Arasında Geçen Zaman:		Tipi	
1. 1 aydan az		1. Kolon	
2. 2-3		2. Rektosismoid	
3. 4 ve üzeri		3. Rektum	
		4. Anal	
Ameliyat öncesi KT;	Ameliyat öncesi RT;	KT - Cerrahi arası süre:	
1. Aldım	1. Aldım	HKS	
2. Almadım	2. Almadım		
AMELİYAT SONRASI (TABURCULUK ÖNCESİ)			
Yapılan ameliyat	Stoma durumu	Stoma tip	
1. APR	1. Yok	1. Kolostomi	
2. LAR/AR	2. Kalıcı stoma	2. İleostomi	
3. Kolektomi	3. Geçici stoma	3. Ürostomi+kolo/ileo	
4. Diğer			
Tip	PACU kalış (gün)	Komplikasyon varlığı	
1. Laparoskopik	1. Evet	1. Var <u>www</u>	
2. Açık	2. Hayır	2. Yok	

EK 7. Hasta Tanıtıcı Özellikler Taburculuk Sonrası Form



Protokol Taburculuk Sonrası (12 hafta)		
Medeni durum: 1. Bekar 2. Evli 3. Boşanmış	Kilo: <u> </u> BKİ: <u> </u>	Ameliyat sonrası Kemoterapi: 1. Aldım 2. Almadım
Yeniden yatış oldu mu? 1. Evet (<u> </u>) 2. Hayır	Yeniden yatış nedeni	Ameliyat sonrası Radyoterapi: 1. Aldım 2. Almadım
Komplikasyon gelişmesi 1. Gelişmedi 2. Anastomoz kaçağı 3. Yara yeri enfeksiyonu 4. Abdominal herniasyon 5. İleus 6. Diğer <u> </u>	Stoma (VARSA); komplikasyonlar 1. Yok 2. Peristomal enfeksiyon 3. Parastomal herni 4. Stomal prolapsus 5. Nukokütanöz ayrılma 6. Diğer <u> </u>	Stoma (YOKSA); Boşaltımla ilişkili sorunlar 1. Yok 2. Çok sık tuvalete gitme 3. Defekasyonda ağrı 4. Boşalmama hissi 5. Perianal bölgede kaşıntı 6. Diğer <u> </u>
Son üç ay içinde partnerinizle cinsel ilişki girişiminde bulundunuz mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		Stoma (varsa) bakımını yapma durumu 1. Kendisi 2. Başkası <u> </u>

Ameliyat öncesi ve sonrası aldığınız sağlık bakım tedavi hizmetinden memnuniyeti puanlayınız.

Hiç memnun değilim

Çok memnunuz

0 1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10

Ameliyat öncesi ve sonrası sağlık bakım tedavi hizmetinin iyileştirilmesi gereken yönleri ve önerilerinizi yazınız.

-
-

EK 8. Kanserden Sağ Kalanların Karşılanmamış Gereksinimleri Ölçeği

Kanserden Sağ Kalanların Karşılanmamış Gereksinimleri Ölçeği (K-KG)

Kanserden sağ kalanlar bazen tedavilerinin tamamlanmasından yıllar sonra devam eden sorunlar olduğunu ve çeşitli hizmetlere gereksinim duyduklarını bildirmektedir. Aşağıda yer alan ifadeler, kanserden sağ kalanların karşılaşılabileceği çeşitli sorunları kapsamaktadır. Bu sorunlar şunlardır:

- tıbbi bakım sorunları ve bilgi
- yaşam kalitesi
- duygusal ve ilişki sorunları
- kanserin yaşama bakış açısı üzerindeki etkisi.

SU AN gereksinim duyduğunuz hizmetlere ilişkin bilgi almak istiyoruz. Tanı ve tedavi süresince insanların birçok gereksiniminin olabileceğinin farkındayız, bu çalışma birincil tedaviniz bittikten **SONRA** sizin gereksinimlerinize odaklanmaktadır. Verdiğiniz yanıtlar kanserden kurtulan bireyler ve aileleri için gelecekte ne tür destek ve hizmetlere yer verilmesi gerektiği konusunda önerilerde bulunmamıza olanak sağlayacaktır. Ayrıca, kanser hastalığınız sonucunda deneyimlediğiniz olumlu değişiklikler hakkında da bilgi almak istiyoruz. Lütfen yaşadığınız deneyimi en iyi tanımlayan yanıtı işaretleyiniz. Bu çalışmada doğru ya da yanlış yanıt yoktur.

ÖRNEK ÖRNEK ÖRNEK ÖRNEK ÖRNEK ÖRNEK ÖRNEK

Geçen ay boyunca...	Karşılanmamış Gereksinim Yok		Gereksinim Var Ancak Hâlen Karşılanmamış		
	Gereksinim yok ya da uygun değil	Gereksinim var ve karşılanıyor	Gereksiniminiz ne kadar güçlü?		
			Az	Orta	Çok
1. Güncel bilgilere gereksinimim var...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Bu kişi, kanser tedavisinin tamamlanmasından sonra üzerine bilgi alma gereksinimi olmuş ve bu gereksinim orta derecede güçlüdür.

Geçen ay boyunca...	Karşılanmamış Gereksinim yok		Gereksinim Var Ancak Hâlen Karşılanmamış		
	Gereksinim yok ya da uygun değil	Gereksinim var ve karşılanıyor	Gereksiniminiz ne kadar güçlü?		
			Az	Orta	Çok
2. Ailemin ve/veya partnerimin/eşimin kendileri ile ilgili bilgilere gereksinimim var...	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Bu kişinin ailesinin ya da partnerinin/eşinin bilgilere gereksinimi olmuştur ama bu gereksinim şu anda karşılanmaktadır.

(A) Bilgi Gereksinimleri ve Tıbbi Bakım Sorunları: İlk birkaç soru gereksinim duyduğunuz bilgi ve tıbbi bakım deneyiminiz ile ilgilidir.					
Geçen ay boyunca	Karşılanmamış Gereksinim Yok		Gereksinim Var Ancak Hâlen Karşılanmamış		
	Gereksinim yok ya da uygun değil	Gereksinim var ve karşılanıyor	Gereksininiz ne kadar güçlü?		
			Az	Orta	Çok
1. Güncel bilgilere gereksinim var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ailemin/partnerimin/eşimin kendileri ile ilgili bilgiye gereksinim var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Anlayabileceğim şekilde verilen bilgilere gereksinim var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. En iyi tıbbi bakıma gereksinim var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Erişebileceğim yerel sağlık hizmetlerine (evde bakım vb) gereksinim var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sağlığımı, sağlık ekibi ile birlikte yönettiğimi hissetmeye gereksinim var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Bakımım/tedavim için tüm doktorlarımın birbirleriyle iletişim halinde olduğunu bilmeye gereksinim var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Bakımım/tedavim ile ilgili her türlü şikâyetimin uygun şekilde ele alınmasına gereksinim var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tamamlayıcı tıp hizmetlerinden faydalanmaya gereksinim var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(B) Yaşam Kalitesi: Aşağıdaki birkaç soru, kanserin sağlığını ve günlük aktiviteleriniz de dâhil olmak üzere hayatınızın çeşitli alanlarına olan etkileri ile ilgilidir.					
10. Hayatımdaki stresi azaltmak için yardıma gereksinim var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tedavinin yan etkilerini/ komplikasyonlarını yönetmek için yardıma gereksinim var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Yaşam kalitemde meydana gelen değişikliklere uyum sağlamam için yardıma gereksinim var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Doğurganlık/üreme (çocuk sahibi olma vb) konusunda yardıma gereksinim var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. İş bulma/mevcut işime devam etme konusunda yardıma gereksinim var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Hakkım olan devlet imkânları/maddi destekten yararlanma konusunda yardıma gereksinim var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Yaşam/seyahat sigortası edinme konusunda yardıma gereksinim var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Yasal hizmetleri kullanma konusunda yardıma gereksinim var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Hastanede daha rahat erişilebileceğim otopark yerine gereksinim var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) Duygusal ve İlişki Sorunları: Aşağıdaki birkaç soru, kanserle hayatta kalmaya karşı verdiğiniz duygusal tepkiler ve kanserin kişisel ilişkileriniz üzerindeki etkileri ile ilgilidir.					
19. Kanserin tekrarlaması ile ilgili endişelerimi yönetmek için yardıma gereksinim var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Bana duygusal destek sağlanmasına gereksinim var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Partnerime/eşime/aileme nasıl destek olacağım konusunda yardıma gereksinim var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Kanser in partnerimle/eşimle olan ilişkim üzerine yarattığı etkiyle başa çıkmak için yardıma gereksinim var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Kanser olduktan sonra yeni ilişkiler kurma konusunda yardıma gereksinim var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Kanseri deneyimlemiş diğer insanlarla konuşmaya gereksinim var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Sosyal, iş ortamında kanseri konuşmak için yardıma gereksinim var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Vücudumda hissettiğim değişikliklere uyum sağlamak için yardıma gereksinim var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Cinsel hayatım(ız)la ilgili sorunları çözmek için yardıma gereksinim var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Beni devamlı izleyen ve gerektiğinde bilgi almak için gidebileceğim bir sağlık personeline gereksinimim var	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) Yaşama Bakış Açısı: Bazen kanserden kurtulan bireyler, kanseri deneyimlemenin hayata bakışlarını ve geleceklerini değiştirdiğini bildirmektedir. Aşağıdaki birkaç soru bu konularla ilgilidir.					
29. Hayatıma (eskiden olduğu gibi) devam etmek için yardıma gereksinim var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Hayatımda daha kötü bir şey olmayacağı yönündeki inancımda değişiklik olursa bununla baş etmek için yardıma gereksinim var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Kanser in hayatım üzerindeki etkisini anlamayan diğer insanlarla baş etmek için yardıma gereksinim var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. “Kanserden kurtulan bir birey” olarak kendi beklentilerim/diğer insanların benden beklentileri ile baş etmek için	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

yardıma gereksinim var.					
33. Hayatımdaki belirsizlikler konusunda karar vermek için desteğe gereksinimim var	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Manevi inançlarımı keşfetmek için yardıma gereksinim var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Hayatımı anlamlı kılmak için yardıma gereksinim var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. Geçen ay içerisinde deneyimlediğiniz diğer gereksinimlerinizi lütfen listeleyiniz:

.....

.....

.....

.....

(E) Olumlu Değişiklikler: Son birkaç soru kanserin bir sonucu olarak deneyimlediğiniz olumlu değişiklikler ile ilgilidir.

Dikkat: Lütfen buradaki cevap seçeneklerinin önceki sorulardan farklı olduğuna dikkat ediniz.

Geçen ay boyunca...	Evet, ama zaten hep böyleydim	Evet, bu olumlu bir sonuç	Hayır, ve bunu başarabilmeyi isterdim	Hayır, ve bu benim için önemli değil
37. Kanserden sağ kalanlar ve aileleri ile kurduğum iletişimden yararlandım...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Önemli olan şeylere daha fazla odaklandım...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Hayatın ne kadar değerli olduğunu anladım...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Hayatımda pek çok olumlu değişiklik yaptım...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Bir birey olarak büyüdüm/geliştim/olgunlaştım...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Diğer insanlarla olan ilişkilerimin değerini daha iyi anladım...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Yorumlar:.....

.....

.....

ZAMAN AYIRDIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER

Bu anketi doldurma sürecinde, ek desteğe gereksiniminiz olduğunu fark etmiş olabilirsiniz. Mevcut hizmetler hakkında bilgi için lütfen, hemşireniz, doktorunuz ve tedavi ekibiniz ile iletişime geçiniz.

EK 9. Kanserden Sağ Kalanların Karşılanmamış Gereksinimleri Ölçeği (K-KG) Alt boyutları

Alt boyut	Maddeler
Psikososyal destek	<p>33. Hayatımdaki belirsizlikler konusunda karar vermek için desteğe gereksinimim var</p> <p>19. Kanserin tekrarlama ile ilgili endişelerimi yönetmek için yardıma gereksinim var.</p> <p>30. Hayatımda daha kötü bir şey olmayacağı yönündeki inancımda değişiklik olursa bununla baş etmek için yardıma gereksinim var.</p> <p>10. Hayatımdaki stresi azaltmak için yardıma gereksinim var.</p> <p>20. Bana duygusal destek sağlanmasına gereksinim var.</p>
Bilgi	<p>3. Anlayabileceğim şekilde verilen bilgilere gereksinim var.</p> <p>2. Ailemin/partnerimin/eşimin kendileri ile ilgili bilgiye gereksinim var.</p> <p>4. En iyi tıbbi bakıma gereksinim var.</p> <p>1. Güncel bilgilere gereksinim var.</p> <p>7. Bakımım/tedavim için tüm doktorlarımın birbirleriyle iletişim halinde olduğunu bilmeye gereksinim var.</p> <p>6. Sağlığımı, sağlık ekibi ile birlikte yönettiğimi hissetmeye gereksinim var.</p>
Ekonomik kaygılar	<p>16. Yaşam/seyahat sigortası edinme konusunda yardıma gereksinim var.</p> <p>17. Yasal hizmetleri kullanma konusunda yardıma gereksinim var.</p> <p>15. Hakkım olan devlet imkânları/maddi destekten yararlanma konusunda yardıma gereksinim var.</p>
İlişkiler	<p>23. Kanseri olduktan sonra yeni ilişkiler kurma konusunda yardıma gereksinim var.</p> <p>25. Sosyal, iş ortamında kanseri konuşmak için yardıma gereksinim var.</p> <p>22. Kanserin partnerimle/eşimle olan ilişkim üzerine yarattığı etkiyle başa çıkmak için yardıma gereksinim var.</p> <p>24. Kanseri deneyimlemiş diğer insanlarla konuşmaya gereksinim var.</p> <p>9. Tamamlayıcı tıp hizmetlerinden faydalanmaya gereksinim var.</p> <p>21. Partnerime/eşime/aileme nasıl destek olacağım konusunda yardıma gereksinim var.</p>
Yaşam kalitesi	<p>12. Yaşam kalitemde meydana gelen değişikliklere uyum sağlamam için yardıma gereksinim var.</p> <p>11. Tedavinin yan etkilerini/komplikasyonlarını yönetmek için yardıma gereksinim var.</p> <p>8. Bakımım/tedavim ile ilgili her türlü şikâyetimin uygun şekilde ele alınmasına gereksinim var.</p> <p>26. Vücudumda hissettiğim değişikliklere uyum sağlamak için yardıma gereksinim var.</p>

EK 10. Kanserden Sağ Kalanların Karşılanmamış Gereksinimleri (K-KG) Ölçeğini Puanlama ve Yorumlama

K-KG ölçeğindeki maddeler karşılanmış gereksinim, karşılanmamış gereksinim, total gereksinim puanı ve/veya gereksinim gücü şeklinde puanlanabilir. Puanlama madde bazında veya alt boyut bazında yapılabilir. Total puan tüm gereksinim maddelerin toplamından oluşmaktadır. Yüksek puan daha fazla gereksinim olduğunu göstermektedir (0-35). Alt boyut puanı ilgili alt boyuttaki tüm maddelerin toplamından oluşur; alt boyutlar farklı sayıda madde içerdiğinden, ilgili alt boyuttaki ortalama gereksinim sayısı raporlanır. Olumlu değişim maddelerinden ve açık uçlu sorulardan elde edilen veriler niteliksel (nitel) olarak değerlendirilir.

Karşılanmış gereksinimler şu şekilde puanlanır:

Karşılanmamış Gereksinim Yok		Gereksinim Var Ancak Hâlen Karşılanmamış		
Gereksinim yok ya da uygun değil	Gereksinim var ve karşılanıyor	Gereksininiz ne kadar güçlü?		
		Az	Orta	Çok
0	1	0	0	0

Karşılanmamış gereksinimler şu şekilde puanlanır:

Karşılanmamış Gereksinim Yok		Gereksinim Var Ancak Hâlen Karşılanmamış		
Gereksinim yok ya da uygun değil	Gereksinim var ve karşılanıyor	Gereksininiz ne kadar güçlü?		
		Az	Orta	Çok
0	0	1	1	1

Total gereksinimler şu şekilde puanlanır:

Karşılanmamış Gereksinim Yok		Gereksinim Var Ancak Hâlen Karşılanmamış		
Gereksinim yok ya da uygun değil	Gereksinim var ve karşılanıyor	Gereksininiz ne kadar güçlü?		
		Az	Orta	Çok
0	1	1	1	1

Gereksinimlerin gücü şu şekilde puanlanır:

Karşılanmamış Gereksinim Yok		Gereksinim Var Ancak Hâlen Karşılanmamış		
Gereksinim yok ya da uygun değil	Gereksinim var ve karşılanıyor	Gereksininiz ne kadar güçlü?		
		Az	Orta	Çok
0	0	1	2	3

EK 11. European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of life Questionnaire Cancer 30 (EORTC QLQ C-30)

EORTC QLQ-C30 (version 3.0)

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

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
1. Ağır bir alışveriş torbası veya valiz taşımak gibi zorlu hareketler yaparken güçlük çeker misiniz?	1	2	3	4
2. Uzun bir yürüyüş yaparken herhangi bir zorluk çeker misiniz?	1	2	3	4
3. Evin dışında kısa bir yürüyüş yaparken zorlanır mısınız?	1	2	3	4
4. Günün büyük bir kısmını oturarak veya yatarak geçirmeye ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4
5. Yemek yerken, giyinirken, yıkanırken ve tualeti kullanırken yardıma ihtiyacınız oluyor mu?	1	2	3	4
Geçtiğimiz hafta zarfında:				
6. İşinizi veya günlük aktivitelerinizi yapmaktan sizi alıkoyan herhangi bir engel var mıydı?	1	2	3	4
7. Boş zaman aktivitelerinizi sürdürmekten veya hobilerinizle uğraşmaktan sizi alıkoyan bir engel var mıydı?	1	2	3	4
8. Nefes darlığı çektiniz mi?	1	2	3	4
9. Ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
10. Dinlenme ihtiyacınız oldu mu?	1	2	3	4
11. Uyumakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
12. Kendinizi güçsüz hissettiniz mi?	1	2	3	4
13. İştahınız azaldı mı?	1	2	3	4
14. Bulantınız oldu mu?	1	2	3	4
15. Kustunuz mu?	1	2	3	4
16. Kabız oldunuz mu?	1	2	3	4
17. İshal oldunuz mu?	1	2	3	4
18. Yoruldunuz mu?	1	2	3	4
19. Ağrılarınız günlük aktivitelerinizi etkiledi mi?	1	2	3	4
20. Televizyon seyretmek veya gazete okumak gibi aktiviteleri yaparken dikkatinizi toplamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
21. Gerginlik hissettiniz mi?	1	2	3	4
22. Endişelendiniz mi?	1	2	3	4
23. Kendinizi kızgın hissettiniz mi?	1	2	3	4
24. Bunalıma girdiniz mi?	1	2	3	4
25. Bazı şeyleri hatırlamakta zorluk çektiniz mi?	1	2	3	4
26. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz aile yaşantınıza engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
27. Fiziksel durumunuz veya tıbbi tedaviniz sosyal aktivitelerinize engel oluşturdu mu?	1	2	3	4
28. Fiziksel durumunuz veya tedaviniz maddi zorluğa düşmenize yol açtı mı?	1	2	3	4

Aşağıdaki sorular için 1 ile 7 arasındaki size en uygun rakamı daire içine alınız.

29. Geçen haftaki sağlığınızı genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?
 Çok kötü 1 2 3 4 5 6 7 Mükemmel
30. Geçen haftaki hayat kalitenizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?
 Çok kötü 1 2 3 4 5 6 7 Mükemmel

EK 12. European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of life Questionnaire Colorectal 29 (EORTC QLQ CR-29)

EORTC QLQ – CR29

Hastalar bazen aşağıdaki belirtilerin ya da problemlerin olduğunu bildirirler. Lütfen geçtiğimiz hafta zarfında belirti ya da problemleri ne ölçüde yaşadığınızı belirtin. Size en iyi uyan cevabın numarasını daire içine alarak cevaplayınız.

Geçtiğimiz hafta zarfında	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok
31. Gün boyunca sıkça idrar yaptınız mı?	1	2	3	4
32. Gece boyunca sıkça idrar yaptınız mı?	1	2	3	4
33. Hiç istemeyerek idrar kaçırdığınız (kaçırma) oldu mu?	1	2	3	4
34. İdrar yaparken ağrı oldu mu?	1	2	3	4
35. Karın ağrınız oldu mu?	1	2	3	4
36. Kalçalarınızda/anal bölgede/rektumda ağrı oldu mu?	1	2	3	4
37. Karmanızda şişme hissi oldu mu?	1	2	3	4
38. Büyük abdestinizde kan var mıydı?	1	2	3	4
39. Büyük abdestinizde mukus var mıydı?	1	2	3	4
40. Ağzınızda kuruma oldu mu?	1	2	3	4
41. Tedavi sonucunda saçınız döküldü mü?	1	2	3	4
42. Tat alma duyunuzda bir sorun oldu mu?	1	2	3	4
43. Gelecekteki sağlığınızla alakalı endişe duydunuz mu?	1	2	3	4
44. Kilonuz konusunda endişelendiniz mi?	1	2	3	4
45. Hastalığınız veya tedaviniz neticesinde kendinizi daha az çekici hissettiniz mi?	1	2	3	4
46. Hastalığınız ya da tedaviniz neticesinde kendinizi daha az kadınsı/erkeksi hissettiniz mi?	1	2	3	4
47. Vücudunuzdan memnuniyetsizlik duydunuz mu?	1	2	3	4
48. Stoma (kolostomi/ileostomi) torbanız var mı? (Lütfen doğru cevabı daire içine alınız)	Evet		Hayır	
Bu soruları sadece STOMA TORBANIZ VARSA cevaplayınız, yoksa aşağıdaki bölümden devam ediniz:				
49. Stoma torbanızdan istediğiniz dışında gaz çıktığı oldu mu?	1	2	3	4
50. Stoma torbanızdan dışkı sızıntısı oldu mu?	1	2	3	4
51. Stoma etrafında cilt yarası oldu mu?	1	2	3	4
52. Gün boyunca sık torba değişimi oldu mu?	1	2	3	4
53. Gece boyunca sık torba değişimi oldu mu?	1	2	3	4
54. Stomanız olduğu için utandınız mı?	1	2	3	4
55. Stoma bakımında problem yaşadınız mı?	1	2	3	4
Bu soruları sadece STOMA TORBANIZ YOKSA cevaplayınız:				
56. İstemeyerek gaz kaçırdığınız oldu mu?	1	2	3	4
57. Büyük abdestinizi kaçırdığınız oldu mu?	1	2	3	4
58. Makat bölgenizde cilt yarası oldu mu?	1	2	3	4
59. Gün boyunca büyük abdeste sık çıktınız mı?	1	2	3	4
60. Gece boyunca büyük abdeste sık çıktınız mı?	1	2	3	4
61. Bağırsak hareketliliğinizden dolayı mahcup oldunuz mu?	1	2	3	4
Sadece erkekler için:				
62. Cinsellikle ne derece ilgiliydiniz?	1	2	3	4
63. Sertleşme olurken ya da ereksiyonun sürdürülmesinde sıkıntı çektiniz mi?	1	2	3	4
Sadece kadınlar için:				
64. Cinsellikle ne derece ilgiliydiniz?	1	2	3	4
65. Cinsel ilişki sırasında acı ya da rahatsızlık hissettiniz mi?	1	2	3	4

EK 13. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCiÖ)

KADIN CİNSEL İŞLEV ÖLÇEĞİ (KCiÖ)

Sayın katılımcı; son dört haftada süregelen cinsel işlevlerinizi belirlemeye yönelik olarak hazırlanan bu ölçeğe 19 madde bulunmaktadır. Sizden istenen her bir maddede size uyan tek bir seçeneği işaretlemenizdir. Lütfen tüm sorulara cevap veriniz. Teşekkür ederim.

*** Cinsel aktivite** : Cinsel birleşme, sevişme ve kendini tatmin dahil olmak üzere tüm cinsel faaliyetler.
**** Cinsel ilişki** : Kadın ile erkeğin cinsel birleşmesi (sertleşmiş kamışın/erkeklik organının kadının haznesine girmesi)
***** Cinsel uyarılma**: Sevişme, şehvet duygu ve düşüncelerin belirmesi ile vajinanın ıslanması ve benzeri durumlar
****** Orgazm** : Bızır,hazne, rahim, makat ve alt karın ve tüm vücudu saran kuvvetli ritmik kasılmalar olması.
Tüm sorularda yalnız bir kutuyu işaretleyiniz.

1. Son 4 hafta içinde, ne sıklıkta cinsel istek duyduunuz?

- 5 Hemen hemen her zaman
- 4 Çoğu zaman (15 günden fazla)
- 3 Bazen (15 günde)
- 2 Birkaç kez (15 günden az)
- 1 Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

2. Son 4 hafta içinde, cinsel istek veya ilgi düzeyinizi (derecenizi) nasıl değerlendirirsiniz?

- 5 Çok yüksek
- 4 Yüksek
- 3 Orta
- 2 Düşük
- 1 Çok düşük veya hiç

3. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında ne sıklıkta uyarıldığınızı hissettiniz?

- 0 Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- 5 Hemen hemen her zaman
- 4 Çoğu zaman (15 günden fazla)
- 3 Bazen (15 günde)
- 2 Birkaç kez (15 günden az)
- 1 Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

4. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasındaki uyarılma düzeyinizi nasıl derecelendirirsiniz?

- 0 Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- 5 Çok yüksek
- 4 Yüksek
- 3 Orta
- 2 Düşük
- 1 Çok düşük veya hiç

5. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında cinsel bakımdan uyarılacağınızdan ne derecede emindiniz?

- 0 Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- 5 Çok emindim
- 4 Emindim
- 3 Oldukça emindim
- 2 Az emindim
- 1 Çok az / hiç emin değildim

6. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında uyarılma durumunuz sizin için ne sıklıkta tatminkardı?

- 0 Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- 5 Hemen hemen her zaman
- 4 Çoğu zaman (15 günden fazla)
- 3 Bazen (15 günde)
- 2 Birkaç kez (15 günden az)
- 1 Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

7. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında hazneniz ne sıklıkla ıslandı / kayganlaştı ?

- 0 Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- 5 Hemen hemen her zaman
- 4 Çoğu zaman (15 günden fazla)
- 3 Bazen (15 günde)
- 2 Birkaç kez (15 günden az)
- 1 Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

8. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişki** sırasında haznenizin ıslanması / kayganlaşmasındaki zorluk derecesi nasıldı?

- 0 Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- 5 Çok çok zor veya imkansızdı
- 4 Çok zorlu
- 3 Zorlu
- 2 Biraz zorlu
- 1 Hiç zorluk çekmedim

9. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz** bitene kadar cinsel organınızın ıslaklığını / kayganlığını ne sıklıkta koruyabildiniz?

- 0 Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- 5 Hemen hemen her zaman
- 4 Çoğu zaman (15 günden fazla)
- 3 Bazen (15 günde)
- 2 Birkaç kez (15 günden az)
- 1 Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

10. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz bitene kadar haznenizin ıslaklığını / kayganlığını koruyabilme zorluğunuzun sıklığı neydi?**

- 0 Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- 5 Hemen hemen her zaman
- 4 Çoğu zaman (15 günden fazla)
- 3 Bazen (15 günde)
- 2 Birkaç kez (15 günden az)
- 1 Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

11. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma* veya cinsel ilişki** ne sıklıkta orgazm**** oldunuz?**

- 0 Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- 5 Hemen hemen her zaman
- 4 Çoğu zaman (15 günden fazla)
- 3 Bazen (15 günde)
- 2 Birkaç kez (15 günden az)
- 1 Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

12. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma* veya cinsel ilişki** sırasında orgazm**** ulaşmak sizin için ne kadar zordu?**

- 0 Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- 5 Çok çok zordu / imkansızdı
- 4 Çok zordu
- 3 Zordu
- 2 Biraz zordu
- 1 Hiç zorluk çekmedim

13. Son 4 hafta içinde, cinsel uyarılma* veya cinsel ilişki** sırasında orgazm**** ulaşmanız ne kadar tatminkardı?**

- 0 Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- 5 Çok tatminkardı
- 4 Genellikle tatminkardı
- 3 Yarisında tatminkardı, yarisında tatminkar değildi
- 2 Genellikle tatminkar değildi
- 1 Hiç tatminkar değildi

14. Son 4 hafta içinde, cinsel aktivite* veya cinsel ilişkiniz sırasında siz ve eşiniz arasındaki duygusal yakınlık ne kadar tatminkardı?**

- 0 Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- 5 Çok tatminkardı
- 4 Genellikle tatminkardı
- 3 Yarisında tatminkardı, yarisında tatminkar değildi
- 2 Genellikle tatminkar değildi
- 1 Hiç tatminkar değildi

15. Son 4 hafta içinde, eşinizle cinsel ilişkiniz sizin için ne kadar tatminkardı?**

- 0 Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- 5 Çok tatminkardı
- 4 Genellikle tatminkardı
- 3 Yarisında tatminkardı, yarisında tatminkar değildi
- 2 Genellikle tatminkar değildi
- 1 Hiç tatminkar değildi

16. Son 4 hafta içinde, genel olarak cinsel hayatınız sizin için ne kadar tatminkardı?

- 0 Hiç cinsel aktivitede bulunmadım
- 5 Çok tatminkardı
- 4 Genellikle tatminkardı
- 3 Yarisında tatminkardı, yarisında tatminkar değildi
- 2 Genellikle tatminkar değildi
- 1 Hiç tatminkar değildi

17. Son 4 hafta içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize giriş sırasında ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duydunuz?

- 0 Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- 1 Hemen hemen her zaman
- 2 Çoğu zaman (15 günden fazla)
- 3 Bazen (15 günde)
- 4 Birkaç kez (15 günden az)
- 5 Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

18. Son 4 hafta içindeki, cinsel ilişkinizde haznenize girişten sonra ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık duydunuz?

- 0 Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- 1 Hemen hemen her zaman
- 2 Çoğu zaman (15 günden fazla)
- 3 Bazen (15 günde)
- 4 Birkaç kez (15 günden az)
- 5 Hemen hemen hiç / hiçbir zaman

19. Son 4 hafta içindeki, hazneye giriş sırasında veya sonrasında duyduğunuz ağrı / rahatsızlığın derecesini nasıl değerlendirirsiniz?

- 0 Hiç cinsel aktivitede bulunmadım.
- 1 Çok yüksek
- 2 Yüksek
- 3 Orta
- 4 Düşük
- 5 Çok düşük veya hiç

EK 14. Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme Formu (EIUD)

EREKSİYON İŞLEVİ ULUSLARARASI DEĞERLENDİRME FORMU (EIUD)

Sayın katılımcı; son dört haftada süregelen cinsel işlevlerinizi değerlendirmeye yönelik olarak hazırlanan bu ölçekte 15 madde bulunmaktadır. Sizden istenen her bir maddede size uyan tek bir seçeneği işaretlemenizdir. Lütfen tüm sorulara cevap veriniz. Teşekkür ederim.

1. Son 4 hafta içindeki cinsel faaliyetleriniz sırasında peniste sertleşme ne sıklıkla oldu?

- 0 Cinsel faaliyet olmadı
- 1 Hemen hemen hepsinde (her zaman)
- 2 Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)
- 3 Bazen (yaklaşık yarısında)
- 4 Nadiren (yarısından çok daha azında)
- 5 Hiç ya da hemen hemen hiç

2. Son 4 hafta içindeki cinsel uyarılma ile oluşan sertleşmelerin ne kadarlık bir kısmı cinsel ilişkiyi sağlayacak düzeyde idi?

- 0 Cinsel uyarılma olmadı
- 1 Hemen hemen hepsinde (her zaman)
- 2 Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)
- 3 Bazen (yaklaşık yarısında)
- 4 Nadiren (yarısından çok daha azında)
- 5 Hiç ya da hemen hemen hiç

3. Son 4 hafta içindeki cinsel ilişki girişimlerinde hazneye giriş (duhul) ne sıklıkla mümkündü?

- 0 Cinsel ilişki girişiminde bulunmadım
- 1 Hemen hemen hepsinde (her zaman)
- 2 Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)
- 3 Bazen (yaklaşık yarısında)
- 4 Nadiren (yarısından çok daha azında)
- 5 Hiç ya da hemen hemen hiç

4. Son 4 hafta içindeki cinsel ilişkiler sırasındaki sertliği ne sıklıkla devam ettirebildiniz?

- 0 Cinsel ilişki girişiminde bulunmadım
- 1 Hemen hemen hepsinde (her zaman)
- 2 Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)
- 3 Bazen (yaklaşık yarısında)
- 4 Nadiren (yarısından çok daha azında)
- 5 Hiç ya da hemen hemen hiç

5. Son 4 hafta içindeki cinsel ilişkileri tamamlamak için sertleşmeyi sürdürmekte ne kadar zorlandınız?

- 0 Cinsel ilişki girişiminde bulunmadım
- 1 Aşırı zorlandım
- 2 Çok zorlandım
- 3 Zorlandım
- 4 Biraz zorlandım
- 5 Hiç zorlanmadım

6. Son 4 hafta içinde kaç kez cinsel ilişki girişiminde bulundunuz?

- 0 Hiç girişimde bulunmadım
- 1 1-2
- 2 3-4
- 3 5-6
- 4 7-10
- 5 10 dan fazla

7. Son 4 hafta içindeki cinsel ilişki girişimlerinizde ne sıklıkla memnun oldunuz?

- 0 Cinsel ilişki girişiminde bulunmadım
- 1 Hemen hemen hepsinde (her zaman)
- 2 Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)
- 3 Bazen (yaklaşık yarısında)
- 4 Nadiren (yarısından çok daha azında)
- 5 Hiç ya da hemen hemen hiç

8. Son 4 hafta içindeki cinsel ilişkilerden ne kadar zevk aldınız?

- 0 Cinsel ilişki olmadı
- 1 Hiç zevk almadım
- 2 Pek zevk almadım
- 3 Az derecede zevk aldım
- 4 Çok zevk aldım
- 5 Son derece zevk aldım

9. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında ne sıklıkta boşaldınız?

- 0 Cinsel uyarılma veya cinsel ilişki olmadı
- 1 Hiç ya da hemen hemen hiç
- 2 Nadiren (yarısından çok daha azında)
- 3 Bazen (yaklaşık yarısında)
- 4 Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)
- 5 Hemen hemen hepsinde (her zaman)

10. Son 4 hafta içinde cinsel uyarılma veya cinsel ilişki sırasında ne sıklıkta orgazm (doyum) hissi yaşadınız?

- 0 Cinsel uyarılma veya cinsel ilişki olmadı
- 1 Hiç ya da hemen hemen hiç
- 2 Nadiren (yarısından çok daha azında)
- 3 Bazen (yaklaşık yarısında)
- 4 Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)
- 5 Hemen hemen hepsinde (her zaman)

11. Son 4 hafta içinde ne sıklıkla cinsel istek duydunuz?

- 1 Hiç ya da hemen hemen hiç
- 2 Nadiren (yarısından çok daha azında)
- 3 Bazen (yaklaşık yarısında)
- 4 Çoğunlukla (yarısından çok daha fazlasında)
- 5 Her zaman

12. Son 4 hafta içinde cinsel isteğinizin düzeyini nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 1 Çok az veya hiç yok
- 2 Az
- 3 Orta
- 4 Fazla
- 5 Çok fazla

13. Son 4 hafta içindeki cinsel hayatınız genel olarak ne kadar tatminkardı?

- 1 Hiç tatminkar değildi
- 2 Pek tatminkar değildi
- 3 Ne tatminkardı, ne de değildi
- 4 Orta derecede tatminkardı
- 5 Çok tatminkardı

14. Son 4 hafta içinde eşinizle cinsel ilişkiniz ne kadar tatminkardı?

- 1 Hiç tatminkar değildi
- 2 Pek tatminkar değildi
- 3 Ne tatminkardı, ne de değildi
- 4 Orta derecede tatminkardı
- 5 Çok tatminkardı

15. Son 4 hafta içinde sertleşmeyi sağlamak ve devam ettirme konusunda kendinize güveninizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 1 Çok az
- 2 Az
- 3 Orta derecede
- 4 Tama yakın
- 5 Tam

EK 15. The Cancer Survivors' Unmet Needs Measure (CaSUN) izni

26.08.2016 Permission for using CaSUN (Cancer Survivors' Unmet Needs measure) - emelsutsunbuloglu@gmail.com - Gmail

Gmail

COMPOSE

Inbox
Starred
Important
Sent Mail
Drafts
Trash
Circles
More

Emel

Permission for using CaSUN (Cancer Survivors' Unmet Needs measure) Inbox x

Emel Sütünbüloğlu Dear Hunt I am PhD student 5:07 PM (23 hours ago) ☆

Glenn Hunt <glenn.hunt@sydney.ec> 8:36 PM (20 hours ago) ☆
to Phyllis, me

Katherine no longer works at Sydney Uni. I do not see any reason you can not use the scale as it is in the public domain. Make sure you reverse translate the Turkish version of the CaSUN when testing reliability and validity.
best wishes

Emel Sütünbüloğlu Dear Hunt Thank you very m 9:20 PM (19 hours ago) ☆

Glenn Hunt <glenn.hunt@sydney.ec> 9:38 PM (19 hours ago) ☆
to me

Yes, both of them have appeared in full in published journals, please acknowledge them in your thesis and any publications.
glenn

Sent: Friday, 26 August 2016 4:20 AM
To: Glenn Hunt
Subject: Re: Permission for using CaSUN (Cancer Survivors' Unmet Needs measure)

Emel Sütünbüloğlu Thank you. Make sure I mak 9:48 PM (19 hours ago) ☆

Phyllis Butow <phyllis.butow@syd> 12:56 AM (16 hours ago) ☆
to Glenn, me

Dear Emel, that is fine,

Best wishes
Phyllis

No recent chats
Start a new one

People (2)
Phyllis Butow
Friends
Show details

4 of 69

https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/156c207168692af

EK 16. EORTC QLQ C-30 ve EORTC QLQ CR-29 izni

26.08.2016

Permission for using EORTC QLQ CR-29 - emelsutsunbuloglu@gmail.com - Gmail

Gmail

More1 of 69

COMPOSE

Inbox

Starred

Important

Sent Mail

Drafts

Trash

Circles

More

Emel

Permission for using EORTC QLQ CR-29

Inbox x

People (3)

Emel Stsnbuloglu

Aug 24 (2 days ago)

Dear Blazeby I am PhD student and also Research Assistant in Dokuz Eyll Univ...

J M Blazeby

Aug 24 (2 days ago)

Dear Emel I am sure that this will be fine, however, you do need to register ...

Emel Stsnbuloglu

Aug 24 (2 days ago)

Thank you for recommendations

Andrew Bottomley

Aug 24 (2 days ago)

Dear Emel, Melodie will guide you in registering... Thanks Andrew From: J Blaze...

Melodie Cherton

2:21 PM (2 hours ago)

Dear Emel Thank you for your message We do grant permission to use our measur...

Emel Stsnbuloglu

2:37 PM (2 hours ago)

Dear Cherton Thank you for guide. I have downloaded the Turkish version of EO...

Melodie Cherton

2:42 PM (2 hours ago)

to me

Dear Emel

Normally you was able to download the CR29 in the same time than the QLQ-C30

However please see below the link

<http://www.eortc.be/qol/files/CR29/CR29%20Turkish.pdf>

http://www.eortc.be/qol/files/ScoringInstructions/CR29_summary.pdf

No recent chats

Start a new one

https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/159bc7149c381b00

EK 17. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ) İzni

26.08.2016 KCIÖ kullanım izni - emelsutsunbuloglu@gmail.com - Gmail

Gmail

COMPOSE

KCIÖ kullanım izni


Inbox x

Emel Sütünbuloğlu Aug 24 (2 days ago) ☆
Sayın Aygün Ben Dokuz Eylül Üniversitesi'nde Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği ...

Dilek Aygün Aug 24 (2 days ago) ☆
to me

Turkish English Translate message Turn off for: Turkish

Emel hanım iyi geceler,
KCIÖ'ni kullanmanızda tezimi ve makalelerimi kaynak göstermek koşuluyla hiç bir sakınca yoktur.
Kolaylıklar dilerim.


SAKARYA
ÜNİVERSİTESİ

Doç. Dr. Dilek AYĞÜN

No recent chats
Start a new one

https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/159d10755c0deb

EK 18. Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme Formu (EİUD) İzni

26.08.2016

EİUD kullanım izni - emelsutsunbuloglu@gmail.com - Gmail

Gmail

COMPOSE

Inbox x

Aug 25 (1 day ago) ☆

TÜRK ANDROLOJİ DERNEĞİ <androloji@androloji.org.tr> to me

Turkish English Translate message Turn off for: Turkish

From: Emel Sütünbüloğlu [mailto:emelsutsunbuloglu@gmail.com]
Sent: Wednesday, August 24, 2016 5:55 PM
To: androloji@androloji.org.tr
Subject: EİUD kullanım izni

Sayın Androloji Demeği yetkilileri

Ben Dokuz Eylül Üniversitesi'nde Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği alanında Doktora yapmaktayım. Tez çalışmamda kolorektal kanserli bireylerin yaşadıkları cinsel problemleri belirlemek için demeginizin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığım Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme Formu-EİUD (the International Index of Erectile Function- IIEF) tezimde kullanmak için izninizi istiyorum.

Yapılan çalışmalarda ölçeğin (IIEF-15) demeginiz tarafından Türkiye geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapıldığı ifade edilmiştir. Fakat ölçeğinTürkiye geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yayınlayan bir makaleye ulaşamadım,bununla ilgili bir yayın yapmış mıdır?

Ölçek kullanımı ile ilgili önerileriniz varsa iletebilirsiniz ve ölçeğin Türkiye halini gönderebilirsiniz çok memnun olurum.

Saygılarımla

Emel SÜTÜNBOĞLU

Research Assistant Emel SÜTÜNBOĞLU

Department of Surgery

1-ULUSLAR AR.

https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox/156c0790099c395d

1/1

**EK 19. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Başhekimlik Hizmetleri
Müdürlüğü Uygulama izni**



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ



19 Ekim 2016

.../2016

Sayı : 82010743-045
Konu : Uygulama izni

12498

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi : 26.09.2016 tarih ve 2232 sayılı yazınız.

İlgi yazıda bahsi geçen çalışma Genel Cerrahi Anabilim Dalında yapılabilmesi
Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Erkan DEREBEK
Başhekim

Ek : 1 sayfa

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
Kayıt Tarihi : 20.10.2016
Kayıt No :
Dosya No : 3399

Mithatpaşa Cad. No: 1606 İnciraltı Yerleşkesi 35340 Balçova / İzmir
Telefon: +90 (232) 412 23 26 Faks: +90 (232) 412 97 97
E-Posta: emine.elgin@deu.edu.tr Elektronik Anı: http://hastane.deu.edu.tr/

Ayrıntılı bilgi için iribhat:
Emine ELGİN
Mentür

**EK 20. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı
Başkanlığı Uygulama izni**



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
HASTANESİ
GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI

Sayı : 56797979-805.02.02.02
Konu : çalışma uygunluğu



637

17-10-2016

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgili : 82010743-302.14-11985 sayılı ve 07.10.2016 tarihli yazı.

Fakültemiz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Doktora programı öğrencisi Emel SÜTSÜNBÜLOĞLU tarafından yürütülmesi planlanan " Kolorektal
Kanserli Hastalarda Periooperatif Hemşire Danışmanlığının Hasta Sonuçlarına Etkisi " isimli çalışmanın
klinikimizde yapılması uygun görülmüştür.Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. İlhan SÜTSÜNBÜLOĞLU
Genel Cerrahi Uzmanı

DOKUZ EYLÜL ÜNİV. HAST.
17.10.2016 14:19 - 17290
HASTANE GENEL EVRAK BİRLİĞİ


Adres:Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Tesisleri / Kuşçuyu 35340-02500
Telefon: 02324122940 Fax: 02324122999
E-posta: ynyas@deu.edu.tr Etkinlik Adı:
Kıp Adresi: dokuz@kuzeyvesti.net.tr

İzmir
Piraciye Mahallesi
Sıhhiye Mahallesi

izmir
www.izmir.gov.tr

EK 21. Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırma Değerlendirme Komisyonu Etik Kurul Izni

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

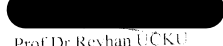
Konu: Karar hk. 

04.11.2016

Sayın Yard.Doç.Dr.Fatma VURAL.,

Kurulumuz tarafından 03.11.2016 tarih ve 2926-GOA protokol numaralı 2016-28-25 karar numarası ile görüşülen **“Kolonorektal Kanserli Hastalarda Perioperatif Hemşire Danışmanlığının Hasta Sonuçlarına Etkisi”** konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerimizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Reyhan UÇKU
Başkan Yardımcısı

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr



DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
ACIK ADRES	GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TELEFON	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
FAKS	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
E-POSTA	0 232 412 22 43 etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	2926-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/> AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kolorektal Kanserli Hastalarda Perioperatif Hemşire Danışmanlığının Hasta Sonuçlarına Etkisi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Yard.Doç.Dr.Fatma VURAL Hemşirelik Fakültesi
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input checked="" type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2016/28-25	Tarih:03.11.2016
	Yard.Doç.Dr.Fatma VURAL'ın sorumlusu olduğu "Kolonorektal Kanserli Hastalarda Perioperatif Hemşire Danışmanlığının Hasta Sonuçlarına Etkisi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	[İmza]
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	[İmza]
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEÜ Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	[İmza]
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	[İmza]
Prof.Dr.Aesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEÜ Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	[İmza]
Prof.Dr.Sevine ERASLAN	Endokrinoloji	DEÜ Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	[İmza]
Prof.Dr.Mukaddes GÜMÜŞTEKİN	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	[İmza]
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	[İmza]
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	[İmza]
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	[İmza]
Doç.Dr.Şeyda SEREN İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEÜ Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	[İmza]
Doç.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	[İmza]
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	[İmza]
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEÜ Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	[İmza]
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	DEÜ Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	[İmza]

EK 22. Pandemi Koşulları Nedeniyli Alınan İkinci Etik Kurul Kararı

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-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	DOSYA NO:	2926-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/> AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kolorektal Kanserli Hastalarda Perioperatif Hemşire Danışmanlığının Hasta Sonuçlarına Etkisi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Yard.Doç.Dr.Fatma VURAL Hemşirelik Fakültesi
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input checked="" type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2021/01-34	Tarih:04.0.2021
	Yard.Doç.Dr.Fatma VURAL'ın sorumlusu olduğu "Kolektal Kanserli Hastalarda Perioperatif Hemşire Danışmanlığının Hasta Sonuçlarına Etkisi" isimli klinik araştırmaya ait 29.12.2020 tarihli araştırmacı dilekçesine ilişkin; -Örneklem grubuna acil cerrahi geçiren kolektal kanserli hastaların da dahil edilmesi, -Örneklem grubunun post-test izleminin 3. Ayda sonlandırılması, -Örneklem grubunda ameliyat sonrası yüz yüze görüşmelerin telefonla sürdürülmesi, İle ilgili belgeler incelenerek bilgi edinilmiş ve uygun bulunmuştur.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Sadık Kıvanç METİN (Başkan)	Kalp ve Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Sermin ÖZKAL (Başkan Yardımcısı)	Tıbbi Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Serkan YENER	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Pınar TUNCEL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Nil Hocaoglu AKSAY	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Tufan ÇANKAYA	Tıbbi Genetik	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Ayfer DAYI	Davranış Fizyolojisi	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Korcan DEMİR	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Mahmut Cem ERGON	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç YÜKSEL	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Av.Esra FIRTINA	Avukat	DEU Rektörlüğü Hukuk Müşavirliği	Kadın	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

EK 23. Kİİ İçin Uzman Görüşleri Alınan Uzmanların Listesi

Prof. Dr. Seher Deniz ztekin	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Prof. Dr. Nevin Kanan	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Prof. Dr. Neriman Akyolcu	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Prof. Dr. Meryem Yavuz Van Giersbergen	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Prof. Dr. Özge Uzun	Emekli
Doç. Dr. Özlem Uğur	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Onkoloji Hemşireliği Anabilim Dalı
Doç Dr. Ezgi Karadağ	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Onkoloji Hemşireliği Anabilim Dalı
Doç. Dr. Dilek Aygin	Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Doç. Dr. Hülya Bulut	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Doç. Dr. Türkan zbayır	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Doç. Dr. İlkbāl avdar	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Doç Dr. Fatma Cebeci	Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Doç. Dr. Aysel Gürkan	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Doç. Dr. Emel Yılmaz	Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yrd. Doç. Dr. Aylin Durmaz Edeer	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yrd. Doç. Dr. Zahide Tunçbilek	Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Doç. Dr. Nuray Akyüz	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yrd. Doç. Dr. Sonay Baltacı Göktaş	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yrd. Doç. Dr. Eda Dolgun	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yrd. Doç. Dr. Raşan am	Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı



KOLON & REKTUM KANSERİ HASTALARI & YAKINLARI İÇİN REHBER

Öğr. Gör. Emel SÜTSÜNBÜLOĞLU
Doç. Dr. Fatma VURAL

İÇİNDEKİLER


İÇİNDEKİLER.....	5
GENEL BİLGİLER.....	10
Bağırsakların anatomi ve fizyolojisi nasıldır?	11
Kolon ve rektum kanseri nedir?	15
Kimler risk altındadır?	18
Kolon ve rektum kanserinin görülme sıklığı nedir?	19
Kolon ve rektum kanserinin tedavisi nasıldır?	19
Cerrahi tedavi nasıldır?	19
Kolon kanseri için cerrahi nasıldır?	21
Rektum kanseri için cerrahi nasıldır?	30
Kolon ve rektum kanseri yayılır mı?	37
Medikal tedavi nedir?	39
Radyoterapi nedir?	39
Kemoterapi nedir?	42
AMELİYAT ÖNCESİ DÖNEM	46
Hastaneye yatış öncesinde neler yapmalıyım?	46
Hastaneye yatış işlemleri nasıl olacak?	52
Ameliyattan bir gün önce / gece ne yapmalıyım?	54
Ameliyat sabahı/ günü ne yapmalıyım?	58
Ameliyathaneye gidiş nasıl olacak?	58
Ameliyathane ortamı nasıl olacak?	59
Ameliyat sonrası nasıl olacak?	60
AMELİYAT SONRASI DÖNEM	64
Ameliyat sonrası servise geldiğimde ne yapmalıyım?	64
Ağrım olacak mı?	66
Bulantım ve kusmam olacak mı?	67
Ne zaman yürüyeceğim?	68
Ne zaman yemek yiyeceğim?	69
Ne zaman taburcu olacağım?	71
Ne zaman acile başvurmalıyım?	72
AMELİYAT SONRASI KOMPLİKASYONLAR	73
Kanama	73
İdrar retansiyon	73
Kardiyak komplikasyonlar	73
Solunum komplikasyonları	74
Stoma iskemisi ve nekrozu	75
İleus	76
Enfeksiyon ve yara komplikasyonları	77
Venöz tromboemboli	77

Bağırsak tıkanıklığı.....	78
Anastomoz kaçağı.....	80
Anastomozda darlık.....	80
İnsizyonel herni.....	80
TABURCULUK SONRASI DÖNEM.....	82
Ne zaman kontrollere gelmeliyim?.....	82
Ameliyat sonrası takip programı neden yapılmalıdır?.....	82
Takip programım ne kadar sürecek?.....	83
Takip ziyaretimde ne bekleyebilirim?.....	83
EVDE YAŞAMIM NASIL OLACAK?.....	84
Bağırsak fonksiyonları.....	84
Aşağı rezeksiyon sendromu (LARS).....	86
Kabızlık.....	90
İshal.....	92
Gaz problemi.....	96
Ağrı.....	97
Yara Bakımı.....	99
Banyo.....	101
Aktivite ve egzersiz.....	101
Beslenme.....	104
Cinsel yaşam.....	119
STOMA İLE YAŞAM NASIL OLACAK?.....	122
Ürün rehberi.....	124
Stoma bakımı.....	130
Banyo.....	137
Beslenme.....	137
İlaç kullanımı.....	146
İşe geri dönüş.....	150
Spor.....	150
Seyahat.....	151
Giyim.....	151
İbadet.....	152
Gebelik.....	152
Sosyal yaşam.....	153
Stomayla cinsel yaşam.....	154
STOMA KOMPLİKASYONLARI.....	159
Bağırsak tıkanıklığı.....	159
Gaz problemi.....	161
Koku ve renk değişikliği.....	163
İshal.....	163






Kabızlık.....	165
Yüksek çıktılı ileostomi.....	166
İrritan kontak dermatit.....	171
Mükokütanöz ayrışma.....	173
Mekanik Yaralanma.....	174
Mantar Enfeksiyonu.....	175
Stoma retraksiyonu.....	176
Stomal prolapsus.....	177
Stoma stenozu.....	178
Parastomal fitik.....	179
Alerjik Dermatit.....	180
Folikülit.....	182
Pseudovarikoz Lezyonlar.....	183
KEMOTERAPİ YÖNETİMİ	185
Enfeksiyon riski.....	185
Bulantı ve kusma.....	187
Ağız yaraları.....	188
İştahsızlık.....	191
Tat değişiklikleri.....	193
Kabızlık.....	194
Ishal.....	195
Nöropati.....	198
Yorgunluk.....	201
Uyku bozukluğu.....	203
El ayak sendromu.....	204
Cinsel yaşam problemleri.....	204
Laringeal spazm.....	206
Saç kaybı.....	207
Kısırlık/Doğurganlık.....	207
Diğer etkiler.....	208
Geç etkiler.....	209
RADYOTERAPİ YÖNETİMİ	210
Bağırsak problemleri.....	210
Mesane problemleri.....	211
Doğurganlık ve cinsel yaşam problemleri.....	213
Deri problemleri.....	214
Geç etkiler.....	216
BİLGİ ALABİLECEĞİNİZ KAYNAKLAR.....	218
KAYNAKLAR	219

EK 25. Tezden Türetilmiş Veya Tezle İlgili Konularda Yayımlanmış Makaler

E. Sütünbüloglu & F. Vural, Evaluation of Sexual Satisfaction and Function in Patients Following Stoma Surgery: A Descriptive Study, Sexuality And Disability, 2018, 36, 4, 349-361. **Araştırma makalesi, kabul edildi ve yayımlandı, Social Science Citation Index)**

Web of Science™ Search Marked List History Alerts  Emel Sutsunbuloglu

Search > WOS:000450588200006

 Full text at publisher  Full Text Links  Export  Add to Marked List  EN < 1 of 1 >

Evaluation of Sexual Satisfaction and Function in Patients Following Stoma Surgery: A Descriptive Study


By: Sutsunbuloglu, E (Sutsunbuloglu, Emel) ^{1,2}; Vural, F (Vural, Fatma) ¹
[View Web of Science ResearcherID and ORCID \(provided by Clarivate\)](#)

SEXUALITY AND DISABILITY
Volume: 36 Issue: 4 Page: 349-361
DOI: 10.1007/s11195-018-9544-x
Published: DEC 2018
Document Type: Article


Abstract
Many patients who undergo stoma surgery experience erectile dysfunction or dyspareunia after the procedure. The purpose of this study was to evaluate sexual satisfaction and function in stoma patients. Data were collected from 100 stoma patients between March 2015 and 2016 using the International Index of Erectile Function (IIEF), Female Sexual Function Index (FSFI), and Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRIS). Statistical analysis was performed using descriptive methods, the Mann-Whitney U test, and Kruskal-Wallis test. GRIS female (n=24) and male (n=76) mean scores were 6.20 +/- 2.02 and 7.43 +/- 1.44, respectively. FSFI mean score was 6.17 +/- 8.97 and IIEF mean score was 23.5 +/- 18.0. Severe erectile dysfunction was present in 60.5% of males (n=46). Reportedly, 79.0% of patients had not been informed about possible sexual problems after surgery. Patients shared their experience with sexual problems with a partner (n=28), medical doctor (n=9), or no one (n=20). Statistical significance was found between GRIS female mean scores and education level, marital status, chronic disease and stoma status (permanent/temporary) (p<.05), and between FSFI mean scores and chronic disease and drug use (p<.05). This study suggests that stoma patients experience sexual dissatisfaction and sexual dysfunction, and most patients had not been informed about possible sexual problems and treatment options. Based upon our findings, patients undergoing stoma surgery should receive perioperative sexual counseling conducted by a multidisciplinary team including stomatherapy nurses.

Citation Network

In Web of Science Core Collection

2
Citations
 Create citation alert


All Citations

2 In All Databases
 See more citations

Cited References

32
[View Related Records](#)

You may also like...

 New
Purcell, J. A.; Louschke, C.; Rocco, A.; Delmonico, W.



Evaluation of Sexual Satisfaction and Function in Patients Following Stoma Surgery: A Descriptive Study

Emel Sutsunbuloglu^{1,2} · Fatma Vural¹

Published online: 27 October 2018
© Springer Science+Business Media, LLC, part of Springer Nature 2018

Abstract

Many patients who undergo stoma surgery experience erectile dysfunction or dyspareunia after the procedure. The purpose of this study was to evaluate sexual satisfaction and function in stoma patients. Data were collected from 100 stoma patients between March 2015 and 2016 using the International Index of Erectile Function (IIEF), Female Sexual Function Index (FSFI), and Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS). Statistical analysis was performed using descriptive methods, the Mann–Whitney U test, and Kruskal–Wallis test. GRISS female ($n=24$) and male ($n=76$) mean scores were 6.20 ± 2.02 and 7.43 ± 1.44 , respectively. FSFI mean score was 6.17 ± 8.97 and IIEF mean score was 23.5 ± 18.0 . Severe erectile dysfunction was present in 60.5% of males ($n=46$). Reportedly, 79.0% of patients had not been informed about possible sexual problems after surgery. Patients shared their experience with sexual problems with a partner ($n=28$), medical doctor ($n=9$), or no one ($n=20$). Statistical significance was found between GRISS female mean scores and education level, marital status, chronic disease and stoma status (permanent/temporary) ($p < .05$), and between FSFI mean scores and chronic disease and drug use ($p < .05$). This study suggests that stoma patients experience sexual dissatisfaction and sexual dysfunction, and most patients had not been informed about possible sexual problems and treatment options. Based upon our findings, patients undergoing stoma surgery should receive perioperative sexual counseling conducted by a multidisciplinary team including stomatherapy nurses.

Keywords Sexual dissatisfaction · Sexual dysfunction · Ostomy · Stoma · Turkey

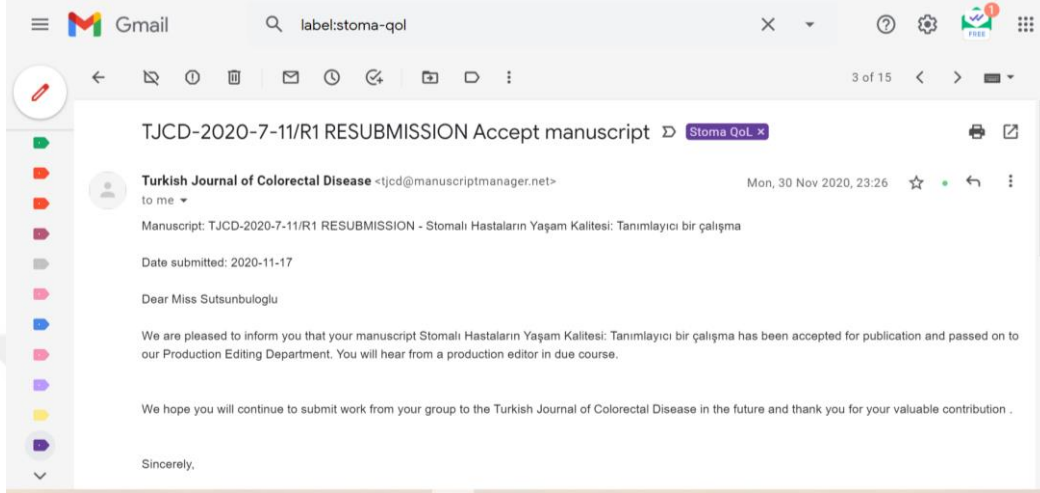
This article has been presented as an oral presentation on 2–5 November 2017 in “2nd International & 10th National Congress of Turkish Surgical and Operating Room Nurses” in Turkey.

✉ Emel Sutsunbuloglu
emelsutsunbuloglu@gmail.com

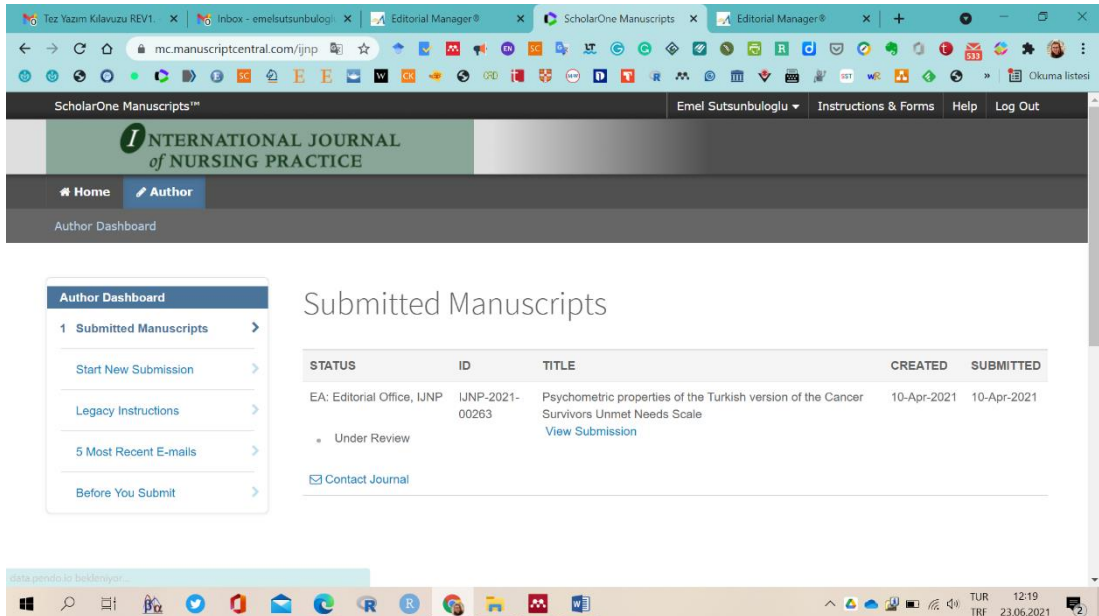
¹ Surgical Nursing Department, Faculty of Nursing, Dokuz Eylul University Institute of Health Science, İzmir, Turkey

² Turkish Sexual Health Institute (CISED), Ankara, Turkey

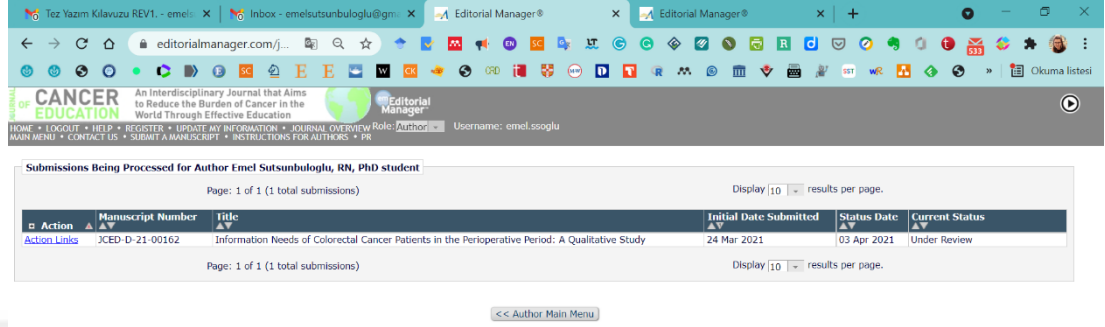
F. Vural, E. Sütümbüloğlu. Quality of Life of Patients with Stoma: A descriptive study. Turkish Journal of Colorectal Disease. Doi:10.4274/tjcd.galenos.2020.2020-7-11 (**Araştırma makalesi, yayımlanmak üzere kabul edildi, Alan indeksi (Uluslararası hakemli dergi)**)



Sütümbüloğlu E, Vural F. Psychometric properties of the Turkish version of the Cancer Survivors Unmet Needs Scale. International Journal of Nursing Practice. (**Araştırma makalesi, Science Citation Index Expanded, dergide gönderildi, hakemde**)



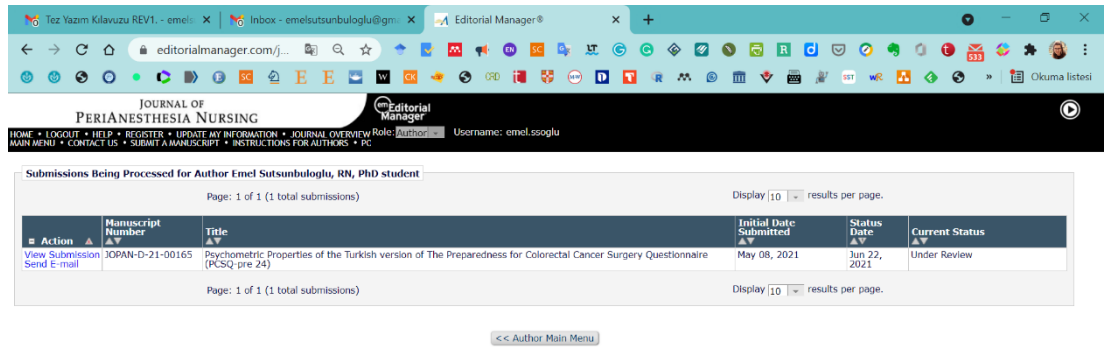
Sütsünbuloğlu E, Vural F, Bağrıaçık Altıntaş S, Öztürk Kaynar G, Bişgin B, Canda AE, Sökmen S. Information Needs of Colorectal Cancer Patients in the Perioperative Period: A Qualitative Study. Journal of Cancer Education. (Araştırma makalesi, Science Citation Index Expanded, dergide gönderildi, hakemde)



Action	Manuscript Number	Title	Initial Date Submitted	Status Date	Current Status
View Submission	JCED-D-21-00162	Information Needs of Colorectal Cancer Patients in the Perioperative Period: A Qualitative Study	24 Mar 2021	03 Apr 2021	Under Review



Sütsünbuloğlu E, Vural F, Bağrıaçık Altıntaş S, Öztürk Kaynar G, Bişgin B, Canda AE, Sökmen S. Psychometric Properties of the Turkish version of The Preparedness for Colorectal Cancer Surgery Questionnaire (PCSQ-pre 24). Journal of PeriAnesthesia Nursing. (Araştırma makalesi, Science Citation Index Expanded, dergide gönderildi, hakemde)



Action	Manuscript Number	Title	Initial Date Submitted	Status Date	Current Status
View Submission Send E-mail	JOPAN-D-21-00165	Psychometric Properties of the Turkish version of The Preparedness for Colorectal Cancer Surgery Questionnaire (PCSQ-pre 24)	May 08, 2021	Jun 22, 2021	Under Review



F. Vural, E. Sütsünbuloğlu, H. D. Selimen, Literature Review Profile of Publications for the Patients with Stoma in Turkey, Turkish Journal of Colorectal Disease, 2016, 26, 3, 59-70. (Derleme, kabul edildi ve yayımlandı, Alan indeksi (Uluslararası hakemli dergi))

DOI: 10.4274/tjcd.26779
Turk J Colorectal Dis 2016;26:59-70



REVIEW

Literature Review: Profile of Publications for the Patients with Stoma in Turkey

Literatür İnceleme: Stomalı Bireylere Yönelik Yayınların Türkiye Profili

Fatma Vural, Emel Sütsünbuloğlu, Deniz Şelimen
Dokuz Eylül University Faculty of Nursing, İzmir, Turkey

ABSTRACT

Aim: The aim of this literature review is to qualitatively and quantitatively evaluate research and publications on patients with stoma in Turkey and to contribute and improve the quality of care for patients with stoma by shedding light on new studies.

Method: Dokuz Eylül University electronic data base (n=71), ULAKBİM (Turkish Academic Network and Information Center), Pubmed, Council of Higher Education Thesis Center, Google Scholar, congress websites, accessible conference/symposium books and reference lists of articles were searched online.

Results: Two hundred and seventy-eight studies (between January 1981 and January 2016) were reached. These studies were 54% (n=100) research articles, 14% (n=27) thesis, 15% (n=28) review articles, 14% (n=27) case reports and 3% (n=6) qualitative research; Rate of studies being published in international journals was 7% (n=20). More than half, 65% (n=182) of the studies were in the form of full/summary text. Descriptive (retrospective, prospective, cross-sectional) research articles made up 80% (n=80), ampirical articles made up 8% (n=8) and methodological research made up 6% (n=6) of research articles; 58% (n=19) of the thesis was of master's, 11% (n=3) was of expertise in medicine, 18% (n=5) was PhD thesis; 15% (n=6) of thesis was published in a journal. It was found that out of 107 studies that were presented at the congress 71% (n=76) was original research, 18% (n=19) was case report and 9% (n=11) was review. Studies were on stoma complications (17%), life quality (12%), stoma surgery techniques and comparison of effectiveness (10%), patient follow-up results (6%), sexuality (6%), patient experience (4%), adaptation to ostomy (4%), body image (4%), self-esteem (3%), nurse/patient knowledge level about ostomy care (3%).

Conclusion: It was seen that most of the studies were descriptive and on stoma complications and quality of life. Moreover, the ratio of publications published in international journals were low. More interventional studies should be conducted on adaptation to life with stoma for the patients in Turkey; these studies should be presented in congress and published in national/international journals.

Keywords: Stoma, researches in Turkey, nursing, literature review

ÖZ

Amaç: Ülkemizde stomalı bireylerle yapılan araştırmaların ve bu alandaki yayınların niceliksel ve niteliksel olarak incelemek ve yapılacak yeni çalışmalara ışık tutarak stomalı bireylere yönelik bakımın kalitesini arttırmaya katkı sağlanmasıdır.

Yöntem: Dokuz Eylül Üniversitesi abone elektronik veri tabanları (n=71), ULAKBİM (Ulusal Akademik Ağ ve Bilgi Merkezi) Ulusal Veri Tabanı, Pubmed, Ulusal Tez Merkezi, Google Akademik, kongre web siteleri, ulaşılabilen kongre/sempozyum kitapları ve makalelerin referans listeleri online tarandı.

Bulgular: Ocak 1981-Temmuz 2016 yılları arasında yapılmış 278 çalışmaya ulaşıldı. Çalışmaların %54'ünün (n=100) araştırma makalesi, %14'ünün (n=27) tez çalışması, %15'inin (n=28) derleme makale, %14'ünün (n=27) olgu sunumu ve %3'ünün (n=6) niteliksel araştırma olduğu; yurt dışı dergilerde yayınlananların oranının %7 (n=20) olduğu belirlendi. Çalışmaların %65'inin (n=182) tam/özet metnine ulaşıldı. Araştırma makalelerinin %80'inin (n=80) tanımlayıcı (retrospektif, prospektif, kesitsel), %8'inin (n=8) deneysel, %6'sının (n=6) metodolojik araştırmalar olduğu; tezlerin %70'inin (n=19) yüksek lisans, %11'inin (n=3) uzmanlık tezi, %18'inin (n=5) doktora tezi olduğu; %15'inin (n=6) bir dergide yayımlandığı; kongrelerde sunulan 107 çalışmanın %71'inin (n=76) orijinal araştırma, %18'inin (n=19) olgu sunumu, %9'unun (n=11) derleme olduğu belirlendi. Çalışmalar stoma komplikasyonları (%17), yaşam kalitesi (%12), stoma cerrahi teknik uygulamaları ve etkinliğinin karşılaştırılması (%10), izlem sonuçları (%6), cinsellik (%6), hasta deneyimleri (%4), ostomiye uyum (%4), beden algısı (%4), benlik saygısı (%3), hemşire/hastaların ostomi bakımı hakkındaki bilgi seviyesi (%3) konularında yapılmıştır.

Sonuç: Çalışmaların daha çok stoma komplikasyonları ve yaşam kalitesine yönelik tanımlayıcı çalışmalar olduğu; yurtdışı dergilerde yayınlanma oranının da düşük olduğu belirlendi. Ülkemizde stomalı bireylerin stomayla yaşama uyumlarını kolaylaştıracak daha fazla girişimsel çalışmaların yapılması; çalışmaların kongrelerde sunulmasının yanı sıra yurt içi/yurt dışı dergilerde yayınlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Stoma, Türkiye'deki araştırmalar, hemşirelik, literatür inceleme



Address for Correspondence/Yazışma Adresi: Nurse Emel Sütsünbuloğlu
Dokuz Eylül University Faculty of Nursing, İzmir, Turkey
Phone: +90 542 839 07 90 E-mail: emelsutsunbuloglu@gmail.com
Received/Geliş Tarihi: 08.03.2016 Accepted/Kabul Tarihi: 23.08.2016

©Turk J Colorectal Dis, Published by Galenos Publishing House.
This article is distributed under the terms of the "Creative Commons Attribution NonCommercial 4.0 International Licence (CC BY-NC 4.0)".

Congress: 19-23 May 2015 in
Antalya. It was presented at XV.
the Congress of National Colon
and Rectal Surgery

KATKI

Rehber kitap için uzman görüşü aldığımız Uzm. Dr. Öğr. Gör. Tayfun Bişgin'e,
Hem. Deniz Cenana, Prof. Dr. Türkan Özbayır'a, katkıları için teşekkür ederim.



ÖZGEÇMİŞ

EMEL SÜTSÜNBUĞLU

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

Dogum Tarihi [Redacted]
İletişim Adresi [Redacted]
Telefon [Redacted]
E-posta [Redacted]
İnternet <https://orcid.org/0000-0002-1363-8471>
Sayfası <https://avesis.ksbu.edu.tr/emel.sutsunbuloglu>
https://twitter.com/emel_sunbul

Öğrenim

Bilgileri

06 Eylül 2016 - Şu Anda (4 yıl 11 ay)
Doktora, Dokuz Eylül Üniversitesi, Türkiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıklar Hemsireliği (DR), Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.74 / 4.0
16 Eylül 2013 - 13 Temmuz 2016 (2 yıl 10 ay)
Yüksek Lisans, Tezli Program, Dokuz Eylül Üniversitesi, Türkiye, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıklar Hemsireliği (YL) (Tezli), Diploma Numarası: 201605363, Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.03 / 4.0
01 Eylül 2008 - 04 Haziran 2012 (3 yıl 10 ay)
Lisans, Anadal/Normal Öğretim, Gazi Üniversitesi, Türkiye, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemsirelik Pr, Diploma Numarası: 328, Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.29 / 4.0

Deneyim

/ İsyeri

Bilgileri

01 Ocak 2021 - Şu Anda (7 ay) (Tam Zamanlı)
Öğretim Görevlisi, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemsirelik Bölümü
01 Eylül 2013 – 30 Eylül 2019 (6 yıl 1 ay) (Tam Zamanlı)
Araştırma Görevlisi, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemsirelik Bölümü
18 Ocak 2013 – 31 Aralık 2020 (8 yıl) (Tam Zamanlı)
Araştırma Görevlisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemsirelik Fakültesi Hemsirelik Bölümü

Yabancı Dil

Bilgileri

İspanyolca (Okuma: Başlangıç, Yazma: Başlangıç, Konuşma: Başlangıç)
İngilizce (Okuma: İyi, Yazma: İyi, Konuşma: İyi)

Ar-Ge Yetkinlik

Kitaplar

A. Savci, K. Karacabay, **E. Sütsünbüloğlu** & B. Yüksel, Covid-19 Hastalarının Ameliyat Sürecinde Hemsirelik Bakımı veKoruyucu Yaklaşımlar., Covid-19 Pandemisi ve Hemsirelik Yaklaşımları (145-160), ISBN: 978-625-7707-83-1:Akademisyen Kitabevi, Kitapta Bölüm.
Ö. Karayurt & **E. Sütsünbüloğlu**, Malnutrisyon, Yogun Bakım Seçilmiş Semptom ve Bulguların Yönetimi (401-422), ISBN: 978-605-9942-59-1: Akademisyen Tıp Kitabevi, Kitapta Bölüm.

Makaleler

E.Sütsünbüloğlu, F. Vural. Quality of Life of Patients with Stoma: A descriptive study. Turkish Journal of Colorectal Disease, 2021,

Bildiriler

Ö. Bilik, Y. Sarigöl Ordin, Z. Deveci, B. Çelik, **E. Sütsünbüloğlu** & Ö. Karayurt, Ameliyat Öncesi Açlık Süresinin Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeyine Etkisinin İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 2020, 13, 2, 3-8.

E. Sütsünbüloğlu & F. Vural, Evaluation of Sexual Satisfaction and Function in Patients Following Stoma Surgery: A Descriptive Study, Sexuality And Disability, 2018, 36, 4, 349-361.

Y. Sarigöl Ordin & **E. Sütsünbüloğlu**, Yanık Yaraları ve Hemşirelik Bakımı, Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics, 2017, 3, 3, 216-223.

F. Vural & **E. Sütsünbüloğlu**, Ergonomics an important factor in the operating room, Journal of Perioperative Practice, 2016, 26, 7-8, 175-179.

F. Vural, **E. Sütsünbüloğlu** & H. D. Selimen, Literature Review Profile of Publications for the Patients with Stoma in Turkey, Turkish Journal of Colorectal Disease, 2016, 26, 3, 59-70.

E. Sütsünbüloğlu, Kolon kanseri psikososyal sorunlar ve hemşirelik yaklaşımları, Davetli Konuşmacı, Kolon kanserinden korunabilirsiniz sempozyumu, 12 Mart 2020, 12 Mart 2020.

E. Sütsünbüloğlu & F. Vural, Kanserden Sağ Kalanların Karşılanamaması Gereksinimleri (K-KG) Ölçeğinin Türkçe Psikometrik Özellikleri, Sözlü Sunum, 3rd International 11th National Congress of Turkish Surgical and Operating Room Nurses, 03 Ekim 2019, 06 Ekim 2019.

E. Sütsünbüloğlu, F. Vural, S. B. Altıntaş, G. Ö. Kaynar, T. Bisgin, A. E. Canda & S. Sökmen, Kolorektal Kanser Cerrahisine Hazır Olusluk (KoCH) Ölçeğinin Türkçe Psikometrik Özellikleri, Sözlü Sunum, 3rd International 11th National Congress of Turkish Surgical and Operating Room Nurses, 03 Ekim 2019, 06 Ekim 2019.

T. Askaran & **E. Sütsünbüloğlu**, Ülkemizde Erkek Hemşire Konusunu İçeren Yayınların İncelenmesi, Poster Sunumu, 17. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 04 Nisan 2018, 06 Nisan 2018.

F. Vural & **E. Sütsünbüloğlu**, Stomal Bireylerin Yaşam Kalitesi: Tanımlayıcı Bir Çalışma, Poster Sunumu, 2nd International 10th National Congress of Turkish Surgical and Operating Room Nurses, 02 Kasım 2017, 05 Kasım 2017.

E. Sütsünbüloğlu & F. Vural, Stomas Olan Bireylerin Cinsel Doyum ve Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi, Sözlü Sunum, 2nd International 10th National Congress of Turkish Surgical and Operating Room Nurses, 02 Kasım 2017, 05 Kasım 2017.

E. Sütsünbüloğlu & F. Vural, Kolorektal Kanseri Hastalarda Perioperatif Hemşire Danışmanlığı Nasıl Olmalıdır?, Sözlü Sunum, IX. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi, 16 Mayıs 2017, 20 Mayıs 2017.

Ö. Bilik, Y. Sarigöl Ordin, Z. Deveci, B. Çelik, **E. Sütsünbüloğlu** & Ö. Karayurt, The effect of the pre-operative fasting time on anxiety level, Poster Sunumu, 8th EORNA Congress the Colosus of Perioperative nursing, 04 Mayıs 2017, 07 Mayıs 2017, 244 - 244.

E. Sütsünbüloğlu, Spinal Cerrahi Sonrası Erken Dönem Hemşirelik Bakım, Davetli Konuşmacı, İzmir Kuzey Hemşirelik Günleri, 01 Nisan 2016, 03 Mayıs 2016.

F. Vural, H. D. Selimen & **E. Sütsünbüloğlu**, Literatür İnceleme Stomal Bireylere Yönelik Yayınların Türkiye Profili, Sözlü Sunum, XV. Ulusal Kolon ve Rektum Cerrahisi Kongresi XIII. Kolorektal Cerrahi Hemşireliği Kongresi, 19 Mayıs 2015, 23 Mayıs 2015, 25, 1, 128 - 128.

F. Vural & **E. Sütsünbüloğlu**, Why Is Ergonomics So Important In The Operating Room, Sözlü Sunum, 7th EORNA Congress, 07 Mayıs 2015, 10 Mayıs 2015.