T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Seda KURT

KANSERLİ HASTALARIN KANSER GEREKSİNİMLERİ VE SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

AYŞENUR ARCAN

Referans no: 10583509

EDİRNE-2024

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Seda KURT

KANSERLİ HASTALARIN KANSER GEREKSİNİMLERİ VE SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

AYŞENUR ARCAN

Destekleyen Kurum:

EDİRNE-2024

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI ..... **I**
ETİK BEYAN ..... **II**
İTHAF ..... **III**
TEŞEKKÜR ..... **İV**
SİMGE VE KISALTMALAR ..... **V**
ÖZET ..... **VI**
ABSTRACT ..... **VIII**
1. GİRİŞ VE AMAÇ **1-2**
2. GENEL BİLGİLER **3**
2.1. Kanser ve Epidemiyolojisi **3-4**
2.2. Kanserde Etiyolojik Risk Faktörleri **5**
2.1.1. Virüsler, bakteriler ve parazitler **5**
2.2.2. Çevresel faktörler **5**
2.2.3. Hormonlar ve cinsel yaşam **5-6**
2.2.4. Genetik faktörler **6**
2.2.5. Beslenme **6**
2.2.6. İmmünsüpresyon **7**
2.3. Kanser Gelişimini Önleme **7**
2.3.1. Kanserden korunma **7-8**
2.3.2. Kemoprevensiyon **8**
2.4. Kanserde Erken Tanı ve Tanılama Yöntemleri **8**
2.4.1. Kanserde erken tanı **8-9**
2.5. Kanserde Tanılama Yöntemleri **9**
2.5.1. Öykü ve fizik muayene **9**
2.5.2. Labaratuvar incelemeleri **9**
2.5.3. Tümör belirteç çalışmaları **9-10**
2.5.4. Genetik testler **10**
2.5.5. Görüntüleme yöntemleri **10**
2.5.6. Biyopsi çalışmaları **10**

2.5.7. Endoskopik çalışmalar 10-11
2.5.8. Sitolojik incelemeler 11
2.6. Kanser Sınıflandırması 11
2.6.1. Kanser sınıflandırma sistemi 11
2.7. Kanserde Tedavi Yöntemleri 12
2.7.1. Cerrahi tedavi yöntemleri 12
2.7.2. Radyoterapi 12
2.7.3. Kemoterapi 12-14
2.7.4. Hedefe yönelik tedaviler 14
2.7.5. Hormon tedavisi 14
2.7.6. İmmünoterapi 15-16
2.7.7. Hematopoetik kök hücre nakli 16-17
2.8. Kanserli Hastaların Gereksinimleri, Semptom Kontrolü ve Hemşirelik Bakımı 17
2.8.1. Kanser ağrısı 17-19
2.8.2. Yorgunluk 19-20
2.8.3. Uyku problemleri 20
2.8.4. Beslenme problemleri 20-21
2.8.5. Mukozit 21-22
2.8.6. Bulantı- kusma 22-23
2.8.7. Dispne 23-24
2.8.8. Alopesi 24
2.8.9. Hastaların yaşadığı psikolojik sorunlar ve sosyal destek gereksinimleri 24-26
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER 27-31
4. BULGULAR 32-48
5. TARTIŞMA 49-58
KAYNAKLAR 59-68
EKLER I
EK 1: Hasta Bilgi Formu II
EK 2: Kanser Gereksinimleri Ölçeği. V
EK 3: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği' nin Gözden Geçirilmiş

Formu..... VII
EK 4: Kanser Gereksinimleri Ölçeği İzni IX
EK 5: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği' nin Gözden Geçirilmiş Formu İzni..... X
EK 6: Etik Kurul İzni..... XI
EK 7 : Kurum İzni..... XII
ÖZGEÇMİŞ XXIII
BENZERLİK RAPORU XIV

ETİK BEYAN

“ Kanserli Hastaların Kanser Gereksinimleri ve Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi ” adlı bana ait olan tez çalışmamın bütün aşamalarında etik dışı davranışımın olmadığını, bütün verileri ve bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, verilerde ve sonuçlarda herhangi bir tahrifat yapmadığımı, tezimin yazımında yapay zeka yazılımları kullanmadığımı, diğer kaynaklardan elde ettiğim bilgi ve yorumlara tezimde uygun şekilde kaynak gösterdiğimi ve kaynaklar bölümünde yer verdiğimi, patent ve telif haklarını ihlal edici herhangi bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Ayşenur ARCAN

İmza

İTHAF

Aileme ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşarak bana her konuda yardımcı olan, bu süreçte beni anlayışla karşılayarak bana inandığını hissettiren, değerli tecrübe ve bilgileriyle bana yol gösteren saygıdeğer danışman hocam Doç. Dr. Seda KURT'a,

Yüksek lisans eğitimime, akademik gelişimime değerli katkılar sunan, bilgi ve deneyimleri ile her zaman beni destekleyen kıymetli hocalarım Sayın Prof. Dr. Serap ÜNSAR'a ve Sayın Prof. Dr. Özgül EROL'a,

Çalışmama katılmayı kabul ederek destek sunan tüm hastalara sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

SİMGE VE KISALTMALAR

AIDS: Acquired ımmune deficieny syndrome

AJCC: American Joint Commitee on Cancer (Amerikan Kanser Komitesi)

ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group

GGK: Gaitada Gizli Kan

HPV: Human Papillomavirüs

IARC: The International Agency for Research on Cancer (Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı)

MRG: Manyetik Rezonans Görüntüleme

NSAİİ: Non-steroidal Antiinflamatuar İlaçlar

PD-1: Programmed cell death protein 1

PET: Pozitron Emisyon Tomografi

PSA: Prostat Spesifik Antijen

RT: Radyoterapi

TENS: Transkutanöz Elektriksel Sinir Uyarımı

TNM : Tümör, Lenf, Metastaz

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

ÖZET

"Kanserli Hastaların Kanser Gereksinimleri ve Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi", Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2024.

Giriş ve Amaç: Tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanan bu çalışma kanser hastalarının kanser gereksinimleri ve sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi amacıyla planlandı.

Gereç ve Yöntemler: Araştırma Ekim 2022 - Nisan 2023 tarihleri arasında gönüllülük esasına dayalı olarak Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Medikal Onkoloji Kliniği'nde tedavi gören 407 hasta ile gerleştirildi. Araştırma verileri sosyodemografik bilgileri içeren anket formu, Kanser Gereksinimleri Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metodlardan (sayı, yüzde, ortalama vb.) Bağımsız Örneklem t testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (One-way ANOVA), Pearson korelasyon testi ve çok değişkenli linear regresyon modellemesinden yararlanıldı.

Bulgular: Hastaların yaş ortalamasının 54,42±10,67 yıl, %57,2' sinin kadın olduğu ve %33,2'sinin akciğer kanseri tanısına sahip olduğu saptandı. Kanserli hastaların kanser gereksinimleri ölçeği genel puan ortalamasının 72,46±24,10 olduğu, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği genel puan ortalamasının ise 45,34±11,74 olduğu bulundu. Cinsiyet, kanser tanısı, ECOG performans skoru, kemoterapi alma durumu ile kanser gereksinimleri ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi, meslek, sigara ve alkol kullanımı, kanser tanısı, kemoterapi alma durumu ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Kanserli hastaların sosyal destek düzeyi arttıkça kanser gereksinimlerinin azaldığı belirlendi ($p<0,05$). Artan eğitim düzeyi ve performans skoru, metastatik kanser tanısı, anne/baba desteği, aile tarafından verilen desteğin kısmen yeterli görülmesi, akciğer ve prostat kanserinin kanser gereksinim düzeyini arttıran; artan sosyal desteğin ise kanser geresiksinim düzeyini azaltan bağımsız değişkenler olduğu saptandı ($p<0,05$). Artan yaş, performans skoru, kanser gereksinimi ve metastatik kanser tanısına sahip

olmanın sosyal destek düzeyini azaltan, geniş aile yapısının ise arttıran bağımsız değişkenler olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Sonuç: Sonuç olarak hastaların kanser gereksinimlerinin ve sosyal destek düzeylerinin orta seviyede olduğu, kanserli hastaların sosyal destek düzeyi arttıkça kanser gereksinimlerinin azaldığı saptandı. Hastaların sosyodemografik ve hastalık ile ilgili özelliklerinin (cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim seviyesi, kanser tanısı vb.) kanser gereksinimlerini ve sosyal destek düzeylerini etkilediği belirlendi. Bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin kanserli hastaların bu özelliklerini dikkate alarak uygun hemşirelik girişimlerini planlayarak, fiziksel ve sosyal gereksinimlerini karşılaması önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Kanserli hasta, kanser gereksinimi, sosyal destek, hemşirelik bakımı

ABSTRACT

"Determination of Cancer Needs and Social Support Levels of Cancer Patients", Trakya University, Institute of Health Science, Nursing Department, Master, Edirne, 2024.

Background and Aim: This cross-sectional study was planned to determine the needs and social support levels of cancer patients.

Material and Methods: The study was carried out with 407 patients receiving treatment at the Medical Oncology Clinic of Trakya University Medical Faculty Hospital between October 2022 and April 2023, based on voluntary participation. Data were collected using a questionnaire form containing sociodemographic information, the Cancer Needs Scale, and the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Descriptive statistical methods (number, percentage, mean, etc.), Independent Samples t-test, One-Way Analysis of Variance (ANOVA), Pearson correlation test, and multivariate linear regression modeling were used it.

Results: It was determined that the age of the patients was 54.42±10.67 years, 57.2% were women and 33.2% were diagnosed with lung cancer. It was found that the general mean score of the cancer requirements scale of cancer patients was 72.46±24.10, and the general mean score of the multidimensional perceived social support scale was 45.34±11.74. Statistically significant difference was found between gender, cancer diagnosis, performance score, chemotherapy status and the cancer requirements scale ($p<0.05$). Statistically significant difference was also found between age, gender, marital status, education level, occupation, smoking and alcohol use, cancer diagnosis, chemotherapy status and the multidimensional scale of perceived social support scale ($p<0.05$). It was determined that as the social support level of cancer patients increased, their cancer requirements decreased ($p<0.05$). Increasing education level and performance score, metastatic cancer diagnosis, mother/father support, the support given by the family being considered partially sufficient, increasing the cancer requirements level of lung and prostate cancer; increasing social support was found to be independent variables that reduced the level of cancer requirements ($p<0.05$). It was determined that increasing age, ECOG performance score, cancer requirements and having a diagnosis of metastatic cancer were independent variables that decreased the level of social support, while extended family structure increased it ($p<0.05$).

Conclusion: In conclusion, it was found that the cancer needs and social support levels of the patients were moderate, and that as the social support level of cancer patients increased, their cancer needs decreased. It was determined that the sociodemographic and disease-related characteristics of the patients (gender, marital status, age, education level, cancer diagnosis, etc.) affected their cancer needs and social support levels. Based on these results, it may be suggested that nurses should consider these characteristics of cancer patients when planning appropriate nursing interventions to meet their physical and social needs.

Keywords: Cancer patient, cancer needs, social support, nursing care

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser günümüzün önemli sağlık sorunlarından biridir. İnsan yaşamını biyolojik, psikolojik, ekonomik ve sosyal açıdan etkilemektedir. Gelişen teknolojilerle çevresel karsinojenlere maruziyetin artması, tanı olanaklarının gelişmesi ve sağlık kuruluşlarından yararlanma olanaklarının artmasıyla her geçen yıl daha çok kanser vakası teşhis edilmektedir (1). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünya genelinde 2020 yılı itibari ile 19.2 milyon bireyin yeni kanser tanısı aldığı belirlenmiştir (2). Ülkemizde ise 2020 yılında 233.834 kişiye ilk kez kanser tanısı konmuştur. 126.335 kişi ise kansere bağlı problemlerden hayatını kaybetmiştir (3).

Kanser, anormal hücrelerin, kontrolsüz büyümesi ve yayılmasıyla karakterizedir. Ayrıca kanser tedavi edilmediğinde ölümle sonuçlanabilecek bir hastalıktır (4). Kanserin tedavisinde en önemli faktör; kanserin erken teşhis edilmesi, kanserin türü ve evresine uygun tedavi yönteminin uygulanmasıdır (5,6). Kanserin tedavisinde; cerrahi tedavi, radyoterapi, kemoterapi, biyoterapi, hormonal tedaviler, hedef tedaviler ve benzeri pek çok tedavi yöntemi bulunmaktadır (7). Bu tedavi yaklaşımlarından özellikle kemoterapinin yorgunluk, bulantı, kusma, alopesi gibi pek çok yan etkisi bulunmaktadır (8). Kanser hastaları bir yandan tedavi yöntemlerinin neden olduğu yan etkilerle uğraşırken bir yandan da hastalığın getirdiği sosyal ve psikolojik sıkıntılarla da uğraşmak zorunda kalmaktadır (9). Kanser hastalığının adı, adının verdiği korku, hastalık sürecinde yaşanabileceklerin yarattığı stres, gelecek kaygısının oluşması, hastaların yaşam kalitesini, kişinin problemleriyle mücadele edebilmesini, fiziksel ve sosyal gereksinimlerinin karşılanmasını önemli derecede etkilemektedir (10-12). Bu nedenle kanser hastalarının tedavi süresince ve sonrasında yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi için kanser gereksinimlerinin belirlenmesi çok önemlidir (10,13).

Bu zor süreç içerisinde olan kanser hastaları belirsizlik ve korku gibi faktörlerle mücadele ederken, sosyal desteğe olan ihtiyaçları da artmaktadır (13,14). Hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan semptomlar, hastane ortamında bulunmak, iyileşme umudunun zamanla kaybolması, tedavi sırasında ve sonrasında ortaya çıkabilecek komplikasyonlar psikolojik semptomların oluşmasına ve gereksinimlerin değişmesine sebep olmaktadır (14,15).

Literatürde; kanser hastalarının belirsizlik ve korkuyla mücadele ederken, aynı zamanda sosyal desteğe olan ihtiyaçlarının arttığı belirtilmektedir (13,14). Onkoloji hastalarının yalnızlık

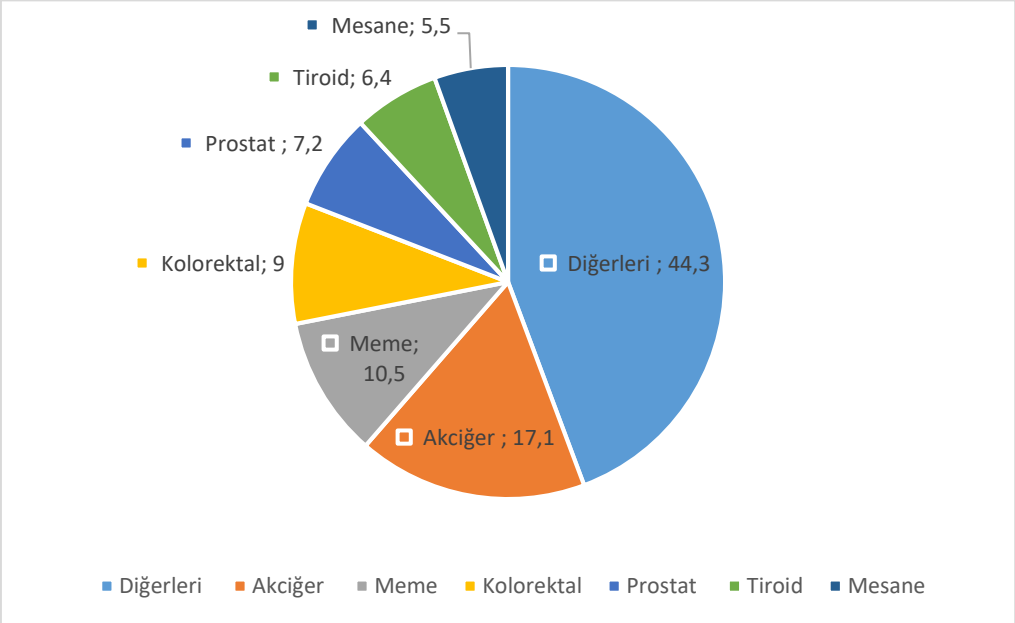
ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada hastaların sosyal destek düzeyleri arttıkça yalnızlık düzeylerinin azaldığı bulunmuştur (16). Meme kanserli hastalar ile yapılan bir çalışmada ise tanıdan sonraki ilk yıl içinde sosyal desteği azalan kadınların, daha şiddetli depresif belirtiler yaşadığı ve genel sağlık durumlarının kötüleştiği saptanmıştır (17). Kanser hastalarının kanser gereksinimleri ve sosyal destek düzeylerinin birlikte belirlenmesi; hastaların bu zorlu süreç ile başa çıkma düzeyinin de belirlenmesi açısından önemli olacaktır (1,9,10,16). Bu nedenle bu çalışma kanserli hastaların kanser gereksinimleri ve sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser ve Epidemiyolojisi

Kanser anormal hücre büyümesi ve çoğalmasıyla tanımlanan multifaktöriyel bir hastalıktır (5,18). Dünyada ve ülkemizde insan yaşamını biyolojik, psikolojik, sosyal ve hatta ekonomik açıdan artarak etkilemeye devam etmektedir (1-3).

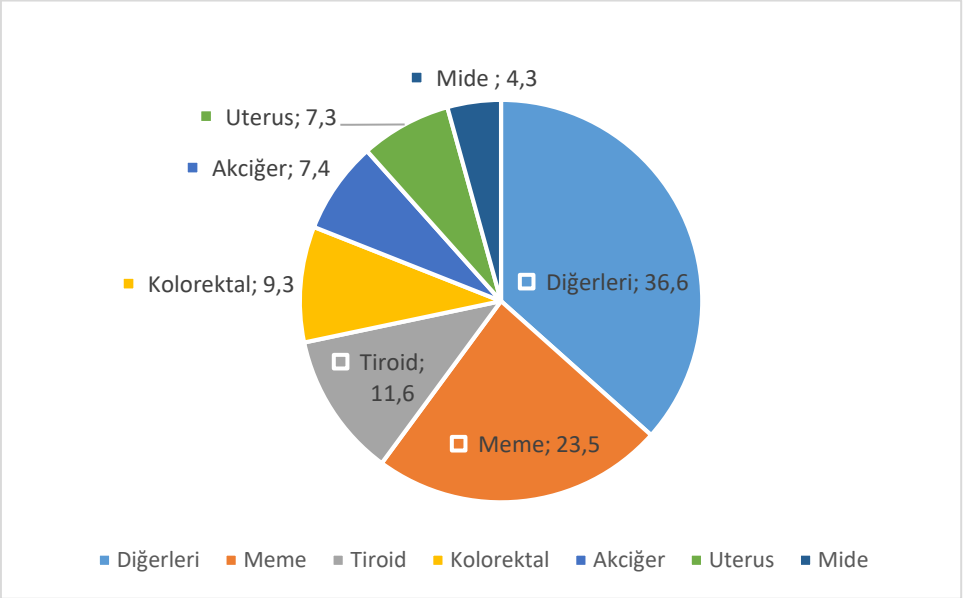
Ölüme neden olan hastalıklar arasında kanser, dünyanın birçok ülkesinde ve Türkiye'de kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yerini almaktadır (5). Her altı ölümden birinin kanserle ilgili olduğu tahmin edilmekte ve ülkemizde de her 5 ölümden biri kanser nedeniyle gerçekleşmektedir (3). Dünya Sağlık Örgütü, 2022 yılında küresel olarak yeni vakaların ve ölümlerin, neredeyse üçte ikisini 10 kanser türünün oluşturduğunu belirtmekte olup veriler 185 ülkeyi ve 36 kanser türünü kapsamaktadır. Akciğer kanseri, 2,5 milyon yeni vakanın %12,4'ünü oluşturmasıyla dünyada en sık görülen kanser türü olmuştur. Kadınlarda meme kanseri ikinci sırada (2,3 milyon vaka, %11,6) yer alırken, bunu kolorektal kanser (1,9 milyon vaka, %9,6), prostat kanseri (1,5 milyon vaka, %7,3) ve mide kanseri (970.000 vaka, %4,9) sırasıyla takip etmektedir.(19,20).



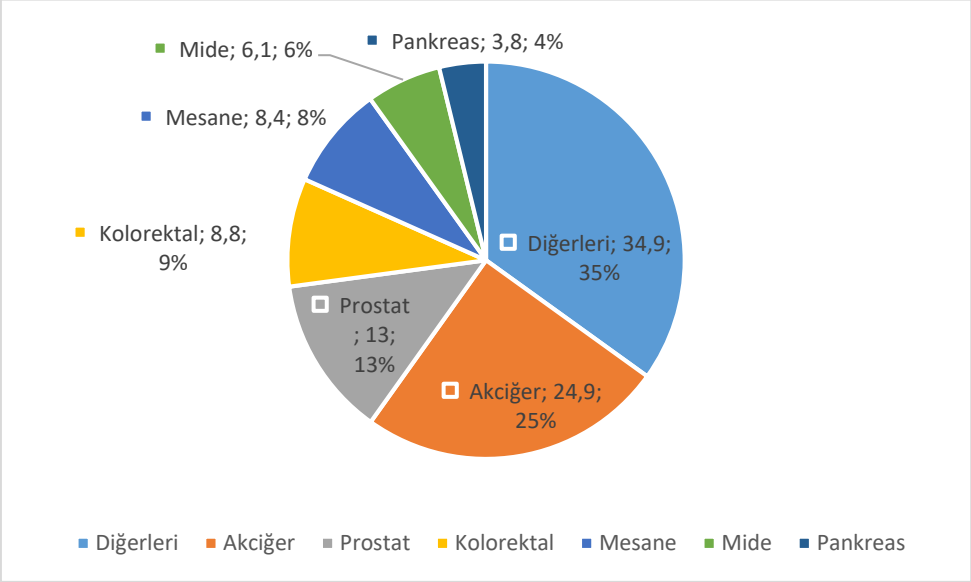
Şekil 2.1. Türkiye' de görülen kanser türlerinin yüzdelik dağılımları (20)

Ülkemizde her iki cinsiyette en fazla görülen kanser türü akciğer (%17,1) iken onu meme (%10,5) ve kolerektal (%9) kanserler takip etmektedir (20). **(Şekil 2.1.)**

Ayrıca ülkemizde %23,5‘ le kadınlarda en fazla görülen kanser türü meme kanseriyken (Şekil 2.2.), erkeklerde %24,9 ‘ la en fazla görülen kanser türü akciğer kanseridir (Şekil 2.3.) (21,22).



Şekil 2.2. Türkiyede kadınlarda görülen kanser türlerinin yüzdelik dağılımları (21)



Şekil 2.3. Türkiye’ de erkeklerde görülen kanser türlerinin yüzdelik dağılımları (22)

2.2. Kanserde etiyolojik risk faktörleri

Kansere neden olan birçok risk faktörü vardır. Bu risk faktörleri; virüsler, bakteriler, parazitler, çevresel faktörler (ultraviyole ışınlar, tütün ürünleri, iyonize radrasyon, kimyasal maddeler), hormonlar ve cinsel yaşam, genetik faktörler, beslenme ve imünsupresyon olarak alt başlıklarla incelenmektedir. (23,24).

2.2.1. Virüsler, bakteriler ve parazitler

Bazı virüsler, bakteriler ve parazitler kronik inflomasyonun sebebi olabilir ya da normal hücre büyümesini veya çoğalmayı sağlayan hücrelerin yapısını bozarak kansere sebep olabilir (23,25). Hepatit B virüsü karaciğer kanseri, Ebstein-Barr virüsü Burkit lenfoma, AIDS, non-Hodkin lenfomaya neden olabilmektedir (25).

2.2.2. Çevresel faktörler

Çevresel faktörler, kendi isteğimizle (sigara içmek) ya da isteğimiz dışında (kirli havaya maruziyet) kanser gelişiminde etkili rol almaktadır. Çok sayıda çevresel faktör kanser riskini arttırmaktadır. Tütün kullanımı kansere bağlı ölümlerden tek başına sorumlu olduğu için önemli bir risk faktörüdür. Özellikle ağız ve orofarenks kanseri riskini arttırmaktadır (26).

Birçok kimyasal maddenin kansere neden olduğu bilinmektedir. Örneğin asbestosa maruziyet akciğer kanserini arttırmaktadır. Kimyasalların kanser gelişimindeki zararlı etkileri, kimyasal maddenin dozuna, kimyasalın gücüne, kimyasala olan maruziyet süresine ve kişinin genel sağlık durumuna göre de değişiklik göstermektedir. Çevresel faktörlerin kontrol altına alınması ile birçok kanser önlenebilmektedir. Kanserlerin yaklaşık %30'u sigaraya bağlı olarak gelişirken, % 70' lik kısım ise çeşitli faktörlerin birlikte etkileşimleriyle oluşmaktadır (23,25,27). Aynı zamanda güneş ışınlarından kaynaklanan ultraviyole radyasyonlara maruziyet cilt kanserlerine neden olabilmektedir. Görüntüleme ve tedavide kullanılan iyonizan radyasyon da karsinojenik etkiler taşımaktadır (24,27).

2.2.3. Hormonlar ve cinsel yaşam

Erken menarş ve geç menopoz sonucu östrojene maruz kalma süresinin artması meme kanseri riskini arttırmaktadır (28,29). Menopozda geciken her 1 yıl için meme kanseri riskini %3

oranında arttığı belirtilmiş olup menarştaki bir yıl gecikme ve yapılan her doğum meme kanseri riskini sırasıyla %5 ve %10 azaltmaktadır (23,30). Serviks kanseri riski ise evli kadınlarda, erken evlenenlerde, sık ve erken yaşta cinsel ilişkiye başlamış bireylerde artış göstermektedir (23).

2.2.4. Genetik faktörler

Hücrelerin bölünmesi ve kontrolü, genlerin etkisinde olduğundan kanser genlerle ilişkili bir hastalıktır. Kromozomlar üzerinde yer alan genler paketlenmiş haldedir, genlerin üzerindeki fiziksel veya kimyasal değişimlerin olması hücrenin işlevini etkileyebilmektedir. Her ne kadar gende meydana gelen hasara bağlı olarak DNA tamir sistemleri genin işlevini yeniden kazandırmaya çalışsa da her zaman olumlu sonuçlar sağlayamamaktadır. Bu durumda genlerin ürünü olan proteinlerin eksik veya hatalı üretilmesi hücresel işlevlerde bozulmaya yol açmaktadır (31,32) DNA diziminde de görülen mutasyonlar oluşabilmekte ve bu tür mutasyonlar sonraki nesillere aktarılmaktadır (33). DNA tamir genlerinden BRCA-1 ve BRCA-2, işlevleriinin bozulmasıyla meme kanserine yol açmaktadırlar. Meme kanserlerinin çoğunluğu sporadik vakalardır ancak tüm olguların %5-10'unu kalıtsal nedenli ailesel meme kanseridir. BRCA geninin bulunmasından sonra yapılan çalışmalarda ise BRCA-1 ve BRCA-2 genlerinin mutasyonunun olması tüm ailesel kanserlerin %40-50' sinden sorumlu olduğunu ortaya koymuştur (31,33). PTEN gendeki mutasyonlar ise meme, tiroid, endometrium gibi diğer kanser türlerininde görülme riskini arttıran Cowden sendromuna sebep olmaktadır (23).

2.2.5. Beslenme

Beslenme şekli ve kanser gelişimine bakıldığında, işlenmiş etin yanı sıra yüksek miktarda kırmızı et tüketiminin kolorektal kanser riskini arttırdığı görülmektedir. Ayrıca, kilo alımının özefagus, kolorektum, pankreas, endometriyum, menopoz sonrası meme kanseri ve böbrek kanseri riskiyle ilişkili olduğu bildirilmektedir (34). Besinlerin hazırlanma ve saklanma yöntemleri karsinojen maddelerin oluşması açısından önem taşımaktadır. Odun ve kömür ateşinde pişirme tekniği kullanılması ve tuzlayarak saklama yöntemleri ile hazırlanan gıdalarda kanser başlatıcı maddelerin ortaya çıkma olasılığı oldukça yüksektir. Gıdaların kızartılması, yüksek ısıda hazırlanması heterosiklik aminlerin meydana gelmesine ve bu maddelerin başta özofagus kanserleri olmak üzere bazı kanser türlerini artırdığı bilinmektredir (35-37).

2.2.6. İmmünsüpresyon

İmmünosüpresit ilaçlar**,** kanser hücrelerinin bağışıklık sistemi tarafından tespit edilmesini engeller ya da kansere neden olan enfeksiyonlarla mücadelesini azaltarak kansere neden olabilirler (38).

2.3. Kanser gelişimini önleme

2.3.1. Kanserden korunma

Kanserden korunma; birincil korunma, ikincil korunma ve üçüncül korunma olarak üç başlıkta ele alınmaktadır (39,40).

Birincil korunma:

Kanser gelişmeye başlamadan, kanserojen maddelerle karşılaşmayı önlemekle birlikte etkeni yok etmek amaçlanır. Bu bağlamda; kanser insidansını azaltmaya yönelik davranışsal girişimler birincil korumanın temelinde yer almaktadır. Birincil korumada hemşirelerin amacı bireylerin sağlıklarını korumalarına yönelik eğitimler düzenlemek, uygulanacak sağlık eğitimleri ile kansere sebep olan risk faktörlerini azaltmaktır (41,42). Sağlık eğitimi, bireyelere sağlık konusunda olumlu davranışların kazandırılmasını hedeflemektedir. Bu hedefler doğrultusunda toplumun kanser konusunda bilgilendirilmesi, risklerin anlatılması, maruziyetlerinin ortadan kaldırılması ya da en az seviyede tutulması birincil korumanın temelidir (40-43).

Kanserlerin nedenleri hakkındaki bilgi ve kontrol stratejilerinin geliştirilmesi, bunların önlenmesi için DSÖ tarafından "Kansere Karşı Avrupa Kodu" öneri listesi oluşturulmuştur. (44).

İkincil korunma:

İkincil korunma mortaliteyi azaltacak erken tanı ve tedavi etkinliklerini içermektedir**.** Tarama programları sayesinde kanser klinik öncesi erken dönemde, daha bireysel semptomlar gelişmeden yakalanabilmektedir. Pap-smear testi sayesinde serviks kanserinin, mamografi sayesinde meme kanseri oluşumunun erken dönemlerde saptanmasını sağlayabilmektedir (15,40).

Üçüncül korunma:

Klinik olarak var olan kanser vakalarında morbidite ve mortalitenin azaltılmasına yöneliktir. Kanserin tekrarlanma olasılığı veya başka malign durumların izlenmesini önlemek örnek olarak verilebilir (15,35,40).

2.3.2. Kemoprevensiyon

Karsinogenik sürecin baskılanması veya durdurulması için doğal elde edilmiş ya da sentetik ilaçların kullanımı kemoprevensiyon olarak adlandırılmaktadır. Kemoprevensiyon kanser gelişme riski yüksek, genetik yatkınlığı olan bireylerde kanser gelişmesini önlemek, nüks oranını azaltmak amacıyla kullanılmaktadır (45,46).

COX-2 inhibitörlerinin kullanımı kolon ve meme kanserinde etkili olabilmektedir ancak bu inhibitölerin kalp sorunlarına neden olabileceğinden kaynaklı kanser riskini azaltan bu ilaçlar üzerinde yapılan çalışmalarda mavcuttur. Bu ilaçların yan etkilerine yönelik kesin sonuçlar bulunmasa da bu konu ile ilgili çalışmalar gün geçtikçe artmaktadır (23).

2.4. Kanserde erken tanı ve tanılama yöntemleri

2.4.1. Kanserde erken tanı

Kanserde erken tanı, sağ kalımı arttırmada ve tedavinin başarısında büyük önem taşımaktadır. Hastalığa karşı kesin koruyucu bir yöntem bulunmadığından erken tanının önemi artmaktadır.Erken tanıda amaç; hastalığın belirti ve bulgularının ortaya çıkmadan belirlenmesidir (47,48). Kanserin erken tanısında önemli belirti ve bulgular Tablo 2.1 de yer almaktadır (49).

Tablo 2.1. Kanserin erken tanısındaki ; belirti ve bulgular (49)

✓ Uzun süren ve nedeni açıklanamayan öksürük
✓ İyileşemeyen yaralar
✓ Rektal kanamalar
✓ Hematüri görülmesi
✓ Ses kısıklığı oluşması
✓ Açıklanamayan kilo kayıpları

Tablo 2.1. (Devam) Kanserin erken tanısındaki ; belirti ve bulgular (49)

✓ Abdominal ağrılar
✓ İdrar yapmada, dışkılamada değişiklikler
✓ Bölge veya bölgelerde kitle oluşumu

Bu gibi durumlarda bireylerin sağlık kuruluşlarına başvurması belirtilmeli, erken tanı ve kanser tarama programları hakkında bilgilendirilmesi gerekmetektedir. Kanser taramalarında hastalıkların her bir tipinin kendine göre etyolojisi, tanı ve tedavi yöntemleri, risk faktörleri bulunmaktadır. Bu yüzden erken tanı ve tarama stratejileri de kanser tiplerine göre değişmektedir (48-50). Ülkemizde sağlık bakanlığı kapsamında meme kanseri, serviks kanseri ve kolerektal kanser taramaları yapılmaktadır (50,51).

2.5. Kanserde tanılama yöntemleri

2.5.1. Öykü ve fizik muayene

Kanser tanısında hastanın öykü alınımında; yapılan görüşme de, bireyin yaşı, cinsiyeti, çalışma koşulları, evlilik, çocuk varlığı, aile öyküsü faktörleri sorgulamaktadır (52,53).

Öykü ve fizik muayene bulguları birlikte değerlendirilmelidir, fizik muayenede ise her hastanın ayrıntılı bir şekilde tüm sistemleri ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Kanserde tanılama için yapılan fizik muaynede de tümörün sistemik belirtileri, bulunduğu organa ve metastaz yapma durumuna göre farklılık götermektedir (53).

2.5.2. Laboratuvar incelemeleri

Hastadan alınan kan ve idrar örneklerinden çalışılan testler şüphenilen tümör varlığı veya hastalıkların tanısında yardımcı testlerdir. Farklı parametreler incelenerek kanser tanısı belirlenmeye çalışılmaktadır. Prostat kanserinde prostat spesifik antijen (PSA), kolon kanserinde gaitada gizli kan (GGK) incelenmesi örnek olarak gösterilebilir (53,54).

2.5.3. Tümör belirteç çalışmaları

Serumda ve vücut sıvılarında veya dokuda bulunabilen kanserin varlığını tespit etmek amaçlı yapılan, selüler veya genetik kaynaklı moleküllere tümör belirteçleri denilmektedir (52,54).

Tümör belirteçlerinin malign olan dokuyu normal dokudan ayıran veya farklı iki maligneteyi birbirinden ayıran özellikleri vardır (49,53).

Tümör kaynaklı veya bu duruma yanıt olarak normal dokudan üretilen belirteçlere proteinler, antijenler, reseptörler, enzimler, genler ve gen ürünleri örnek verilebilir. Bu belirteçler tarama, tanı, evreleme, tedavi seçimi gibi aşamalarda kullanılabilmektedirler (49,56).

2.5.4. Genetik testler

İnsan vücudundaki belirli genler başka genlerle veya çevresel faktörlerle etkileşime girerek kanser oluşumunda riski arttırmaktadır. Gen, kromozom ve protein analizi ile yapılan genetik testler; hastalık riskinin tahmin edilmesinde, taşıyıcı olabilecek kişilerin tanımlanmasında, hastalık teşhisinde ve tedavi şansının belirlenmesinde kullanılmaktadır (47,52,54).

2.5.5. Görüntüleme yöntemleri

- ✓ Konvensiyonel Radyografi (röntgen); direkt grafiler, kontrastlı tetkikler, mamografi, anjiyografi.
- ✓ Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG).
- ✓ Ultrasonografi; gri skala ultrasonografi, doppler ultrasonografi.
- ✓ Bilgisayarlı Tomografi (BT).
- ✓ Radyolojik Görüntüleme; Kemik Sintigrafi, Pozitron Emisyon Tomografi (PET), Trioid Sintigrafi, Diğer radyoisotop yöntemlerdir (47,48,54).

2.5.6. Biyopsi çalışmaları

Biyopsi çalışmaları dokudan parça alınarak incelenmesidir. Alınan parça; opere sırasında incelenirse buna ‘frozen section’, uygun koşullarda 24 saat bekletildikten sonra ayrıntılı inceleme yapılmasına ise ‘parafin section’ denmektedir (52).

2.5.7. Endoskopik çalışmalar

Endoskop vücut boşluklarına ilerlenilerek gözle inceleme yapılması, gerekli görülürse doku parçası ve sıvı alınması işlemi olarak tanımlanmaktadır. Ağız yoluyla direkt veya indirekt laringoskopi, gastroskopi, anal yol izlenerek de kolonoskopi rektoskopi gibi işlemler endoskopik değerlendirmelerin yaygın örnekleri arasında bulunmaktadır (57,58).

2.5.8. Sitolojik incelemeler

Vücut sekresyonlarındaki dökülmüş ve müköz membranların kazınmasıyla elde edilen hücrelerin, mikroskop yardımıyla incelenmesidir. Pap- Smear yöntemi uzun yıllardır tanı ve tarama yöntemleri içerisinde yer almakatadır (54).

2.6. Kanser sınıflandırması

2.6.1. Kanser sınıflandırma sistemi

Kanser sınıflandırma veya evrelendirmesinin amacı; evrenin bilinmesiyle hastaya en uygun tedavi yönteminin seçilmesi ve hastaya doğru rehberlik edilmesi açısından önem taşımaktadır. Farklı tip kanserler için çeşitli evreleme yöntemleri olsada günümüzde en çok kullanılan AJCC (American Joint Commitee on Cancer- Amerikan Kanser Komitesi) tarafından hazırlanmış TNM (tümör, lenf, metastaz) sistemidir (52-54). TNM evreleme siteminde, primer kanser odağı (T), nod veya lenf nodu (N) ve metastaz (M) olarak belirtilmektedir (52,54).

Hastaların performanslarının sınıflandırılması da kanser sınıflandırılması kadar önemlidir. Hemşirelik bakımına yön verilmesinde önemli bir değerlendirme olan performans; hastaların genel iyilik halleri hakkında bilgi kazanmamızı sağlamaktadır (49,52). ECOG performans skalası en sık kullanılan skalalardandır. Bu skalada, skor 0; asemptomatiktir, tam aktif, hastalık öncesi aktivitelerini kısıtlama olmaksızın yapabilir, skor 1; semptomlar mevcut, hasta tamamen ayakta, zorlu fiziksel aktiviteleri kısıtlanmasına rağmen ayakta hafif aktiviteleri yapabilir, skor 2; semptomatik, hasta günün yarısından daha az süreyi yatakta geçirirken kendi işlerini yapabilir ama herhangi bir işte çalışamaz, skor 3; semptomatik, hasta günün yarsısından fazlasını yatakta geçirir, kendi bakımını yapmakta zorlanabilir, skor 4; hasta yatakta, kendi bakımını yapamaz, sandalye veya yatağa bağımlı haldedir, skor 5; ölüm olarak belirtilmektedir (49).

2.7. Kanserde tedavi yöntemleri

2.7.1. Cerrahi tedavi yöntemleri

Onkoloji cerrahisi; radyoterapi ve kemoterapi gibi tedavi yöntemleriyle birlikte kullanılabilir ya da tek başına sıklıkla kullanılan bir yöntemdir. Hastasının kişisel veya genetik mutasyonlar sebebiyle kanser gelişimi açısından riskini, kanser gelişimini önlemeyi, tanı koymayı, hastayı tedavi etmeyi, hastanın yaşam kalitesini ve süresini arttırmayı amaçlamaktadır (59). Bu amaçlar doğrultusunda; primer cerrahi, adjuvan cerrahi, kurtarma cerrahisi, palyatif cerrahi, rehabilitatif cerrahi ve koruyucu cerrahi olarak bir çok dalda onkoloji cerrahisi gelişmiştir (60).

2.7.2. Radyoterapi

Radyoterapi, bening ve malign hastalıklarda iyonizan radyasyonu kullanılarak yapılan bir tedavidir. Bu tedavide amaç, sağlıklı dokulara en az düzeyde zarar vermek, tanımlanan tümörü ışınlayarak yok etmek veya bölgeyi lokal olarak sınırlandırmaktır. Radyoterapi; primer, kombine, adjuvan ve palyatif tedavi olarak dörde ayrılmaktadır (61).

- ✓ Primer tedavi; ilk defa kanser tanısı alan hastalarda uygulanan bir tedavidir.
- ✓ Kombine tedavi; kemoterapi ve radyoterapi eşzamanlı uygulanarak ameliyat öncesi (tümörü küçültmek amaçlı), ameliyat sonrası (kalan tümörü yok etmek amaçlı) uygulanabilmektedir.
- ✓ Adjuvan tedavi; akciğer, meme, pelvis vb. yumuşak doku tümörlerinde sağkalım oranını arttırmak amaçlı kullanılmaktadır.
- ✓ Palyatif tedavi; Uzak organ metastazı gerçekleşen hastalarda semptom kontrolü amaçlı uygulanmaktadır (61-63).

2.7.3. Kemoterapi

Çoğalan hücrelere karşı seçici öldürücü etkileri olan Kanser tedavileri arasında en çok kullanılan yöntemlerden kemoterapi; doğal, biyolojik ajanlar ve hormonlarla yapılan bir tedavi şeklidir. Kanser hücrelerini yok etmek veya bu hücrelerin büyümesini kontrol altına almak için yapılan bir tedavi yöntemidir (27,64).

Bu amaçla kullanılan ilaçların tümü antikanser ilaçlar (sitostatik ilaçlar) olarak adlandırılırlar. Kemoterapide kullanılan 100 den fazla ilaç ve protokol çeşidi bulanmaktadır. Sitostatik ilaçların hücre siklusuna özgü olan ve olmayan türleri varıdrı. Bu yüzden kanserli hücreye aynı anda, farklı şekillerde etki gösterebildikleri için farklı etki mekanizmaları olan ilaçlar kombine şekilde uygulanabilmektedir. Kanser tedavisinde sık kullanılan kemoterapi protokollerine bazı örnekler Tablo 2.2.‘ de belirtilmiştir (63).

Tablo 2.2. Kemoterapide sık kullanılan protokol örnekleri (63)

Sitostatik İlaç	**Uygulama Protokolü**
CMF Protokolü (Siklofosfamid, 5-Fluorourasil, Metatreksat)	21 günde bir yapılır, 8 defa uygulanır.
CAF Protokolü (Siklofosfamid, adriamisin, 5-Fluorourasil)	21 günde bir yapılır, toplam 6 defa uygulanır.
ABVD Protokolü (Adriamisin, Bleomisin, Vinblastin, Dakarbazin)	15 günde bir yapılır, toplam 12 defa uygulanır.
CHOP Protokolü (Adriamisin, Siklofosfamid, Onkovin, Prednisolon)	21 günde bir yapılır, toplam 6 defa uygulanır.
Sisplatin-Vepesit Protokolü	21 günde bir yapılır, toplam 6 defa uygulanır.
Gemsitabin-Sisplatin Protokolü	21 günde bir yapılır, toplam 6 defa uygulanır.
Sisplatin Protokolü	Radyoterapi süresince 3 haftada bir defa uygulanır.

Kemoterapi hastalığa bağlı oluşan belirtileri ve şikayetleri azaltmak veya ortadan kaldırıp yaşam kalitesini yükseltmek (palyatif), cerrahi veya radyoterapi sonrası hastalığın tekrarlanmasını azaltmak (adjuvan), cerrahi veya radyoterapi öncesi uygulanarak (neoadjuvan) yapılacak olan lokal tedavileri kolaylaştırmak amacıyla uygulanmaktadır (27,65).

Kemoterapi, tedavi edici etkilerinin yanı sıra istenmeyen toksik etkilere (bulantı-kusma, konstipasyon, diyare, nefes darlığı, mukozit, uykusuzluk, alopesi, ağrı, halsizlik, anemi, yorgunluk, cilt, ve göz ile ilgili sorunlar) neden olmaktadır (64,66)

Görülen semptomlar ve sürecin uzun oluşu hastaları fizyolojik, sosyal ve psikolojik yönden etkilemektedir. Bu dönemde tedaviye ilişkin semptomlar konusunda eğitim vermek, olumsuz etkileri azaltmaya yönelik girişimlerde bulunarak ve bu girişimleri hastalara öğreterek tedavi sürecini yönetmede hemşirelerin önemli rol üstlenmektedir (64,67).

2.7.4. Hedefe yönelik tedaviler

Kanser tedavisindeki epidermal vasküler endotel büyüme faktörü, büyüme faktörü reseptörü, tirozin kinaz inhibitörleri ve rapamisinin mekanik hedef inhibitörleri gibi hedefe yönelik tedavi ajanları geliştirilmiştir. Bu ajanlar, kemoterapi protokollerine eklenerek hastaların yaşam süresinin uzamasını, hastalarda sağkalım oranlarının artmasını sağlamıştır (68).

Hedefe yönelik tedaviler, hücre yüzeyinde ve içinde yer alan reseptörlerin bir noktasına bağlanarak, hücre farklılaşmasını sağlayan sinyalin hücre içine girmesini engellemtektedir. Böylece; hücrenin farklılaşmasını ve tümörün gelişmesini durdurulmaktadır (68). Bunun sonucunda hedefe yönelik tedavinin kullanılabilmesi için bağlanacak bir hedeflerinin olması gerektiği anlaşılmaktadır. Dolayısıyla hedefe yönelik tedaviler tüm hastalarda değil belli parametrelere sahip hastalarda uygulanmaktadır. Kemoterapi ve radyoterapi sağlıklı hücrelere zarar verirken, hedefe yönelik tedavilerde büyüme ve yayılımı engellemek için sadece tümör hücreleri hedef alınır ve daha fazla sağlıklı hücre korunur (68-70).

Hedefe yönelik tedavi uygulanan hastalarda görülen yan etkiler geleneksel tedavilerin yol açtığı yan etkilerden farklıdır ve hastalar tarafından daha iyi tolere edilebilmektedir. Hedefe yönelik tedavi alan hastalarda sık görülen yan etkilere; cilt reaksiyonları, yorgunluk, diyare, elektrolit dengesizliği,mukozit örnek verilebilir (70).

2.7.5. Hormon tedavisi

Hormon tedavisi östrojen ve progesteron reseptörü pozitif meme kanseri ve prostat kanseri için etkili ve toksik olmayan bir tedavidir. Bu ilaçlar vücudun doğal olarak ürettiği hormonun hücreye bağlanmasını sağlarken, kanser hücrelerinin de büyümesini engellemektir. Hormon tedavisi lokal olarak ilerlemiş veya metastatik hastalığı olan hastalarda daha fazla etkilidirler (71-73).

2.7.6. İmmünoterapi

Tümör immünolojisinin anlaşılmasıyla birlikte kanserin tedavisinde spefisik pek çok yeni tedavi seçenekleri gündeme gelmiştir. İmmün sistem organizmada yabancı olanı tanıma, hafızaya aldığı bu yabancı antijeni tekrar gördüğünde yok etme yeteneğine sahip olan bir sistemdir (74,75).

İmmünoterapi kişinin kendi bağışıklık sisteminin kanserle mücadele etmek için kullanılan bir tedavidir (75,76). İmmün sisteme ait hücrelerin kanser hücrelerini daha iyi tanıyarak, hedef alarak, kanserli hücreleri yok etmelerini sağlamak, metastazı önlemektir. İmmünoterapi farklı şekillerde etki gösteren tedavileri de içermektedir (77,78).

Bazı kanser türlerinde tek başına etkili, bazılarında ise diğer tedavi yöntemleriyle birlikte kullanılmakta ve etkinliğini arttırdığı bilinmektedir. Kanser immünoterapisindeki amaç, tümör hücresi tarafından baskılanarak işlevi azaltılmış immün sistemi, tekrar aktive etmek ve tümör hücrelerini tanır hale getirmektir. (75-78).

Günümüzde immünoterapide kullanılan başlıca tedavi yaklaşımları;

- Monoklonal antikorlar
- İmmün sistem kontrol inhibitörleri
- Kanser aşılarıdır (75).

Monoklonal antikorlar:

Monoklonal antikorlar, laboratuarda üretilirerek hastaya verilir ve vücudun doğal olarak ürettiği bir antikor gibi davranır. Kanserli hücrenin yerini belirler, hücrenin yüzeyine ya da taşıyıcısına bağlanarak tespitini sağlamaktadır. Monoklonal antikorlar immünoterapinin bir türü olarak ele alınsa da, aynı zamanda hedefe yönelik tedavi türü olarak sınıflandırılmaktadır (76-78).

İmmün sistem kontrol inhibitörleri:

Bu inhibitörler, immün sistemin kanser hücrelerine karşı saldırıya geçmesini engelleyerek kontrol mekanizmasını ortadan kaldırıp immün sistemin normal şekilde çalışmasını sağlamaktadır (74). PD-1 (Programmed cell death protein 1), immün sistemin T hücrelerinde yer alan bir kontrol proteinidir ve T hücrelerinin vücudun kendi hücrelerine saldırmasını engellemektedir. PD-1 inhibitörlerine örnek olarak, pembrolizumab ve nivolumab verilebilir. Bu ilaçların çeşitli kanser türlerinde etkili olduğu bilinmektedir. Örnek olarak baş-boyun kanserleri, melonomlar ve Hodgkin hastalığı verilebilirmektedir (38,74)

Kanser aşıları:

Kanser aşıları, virüslere karşı geliştirilen aşılardan farklılık göstermektedir. İmmün sistem hücrelerinin, kanser hücrelerine karşı saldırı oluşturmasını sağlayarak etki etmeye çalışmaktadırlar. Kanser aşılarının hedefi hastalığı önlemek yerine var olan hastalığa karşı immün savunmayı harekete geçirmektir. Kanser immünoterapisi tarafından onaylı olan Sipuleucel-T FDA, prostat kanserli hastalara uygulanan bir aşı türüdür (79).

Bu aşıların yanısıra kanseri önlemeyi hedefleyen aşılar da bulunmaktadır. Bu aşıların çalışma mekanizması; kansere neden olabilecek viral enfeksiyonları önlemek üzerinedir. Örneğin; Papilloma virüs enfeksiyonlarını ve bu virüse bağlı olarak görülen kanserleri (serviks kanseri, penis kanseri, vulva kanseri, orofarengial kanserler) önlemede aşılama oldukça önemlidir. HPV aşısı iki, dört ve dokuz valanlı olarak üç farklı tipte geliştirilmiştir (72). Aşının yüksek düzeyde koruma sağalaması için kişilerin cinsel olarak aktif olmaması gerekir ve 9- 26 yaş aralığı önerilmektedir. HPV aşısı, servikal lezyonları ve aşılanma öncesinde var olan enfeksiyonu yok etmemektedir. Genital siğilleri mevcut olan, cinsel yönden aktif ve HPV testi pozitif olan hastalara da aşı uygulanabilmektedir (72,79).

Yine bir diğer örnek olan hepatit B aşısı, hepatit B'ye bağlı gelişen karaciğer kanserinin önlenmesinde rol oynamaktadır (79).

2.7.7. Hematopoetik kök hücre nakli

Hematolojik hastalıklarda anormal işlevde bulunan kan hücrelerinin eradikasyonunu sağlayacak dozda kemoterapi ve radyoterapi uygulamalarını takiben hasta bireye sağlam olan hematopoetik kök hücrelerin verilmesi işlemidir (63,80). İki çeşit kök hücre nakli tedavisi mevcuttur. Bunlardan birincisi allojenik kök hücre naklidir.

Allojenik kök hücre nakli günümüzde, hematolojik maligniteler ile birlikte hematolojik malignite, non-malign hastalıklar, otoimmun hastalıkların tedavisi için kullanılmaktadır (81). Allojenik nakilde; sağlıklı vericiden alınan kök hücreler, alıcı kişiye yüksek doz kemoterapi hazırlama rejiminden sonra verilmektedir. Bu nakil daha çok kardeş gönüllülerden (sibling), ikiz kardeşler arasında (sinjenik) veya akraba dışı gönüllülerden yapılmaktadır (27,63).

İkinci kök hücre nakli ise otolog hematopoetik kök hücre naklidir. Bu nakil ise hasta bireyin kendi kemik iliğinden veya periferik kanından sağlanan hematopoetik kök hücrelerinin,

yüksek doz nakil sonrası kişiye verilmesidir (27,81). Hematopoetik hücre transplantansyonu, yüksek riskli fakat iyileştirici bir tedavi yöntemidir (82).

2.8. Kanserli hastaların gereksinimleri, semptom kontrolü ve hemşirelik bakımı

Kanserin hastalar ve ailelerinde neden olduğu fiziksel, sosyal ve psikolojik değişiklikler, kanserli bireylerin uzun süre yaşamasından ziyade kaliteli bir şekilde yaşamını devam ettirmesi, gerçeğini gündeme getirmektedir (83,84).

Hastaların yaşam süresinin uzaması ve yaşamlarını daha nitelikli devam ettirmeleri amacıyla uygulanan tedavilerin (kemoterapi, cerrahi, radyoterapi, immünoterapi vb.) ağrı, yorgunluk, dispne, bulantı-kusma, beslenme problemleri, ruhsal değişiklikler, ciltte ve tırnaklarda yara, ağızda yara, ellerde uyuşma gibi istenmeyen etkileri görülebilmekte; ayrıca hastalar metastaz gibi sorunlarla da tekrardan karşılaşabilmektedir (85,86).

Bu nedenle kanserli hastaların kanser tedavi sürecinde ve sonrasında, fizyolojik, sosyal ve psikolojik iyilik halinin sürdürülmesi, hastalık ve alınan tedaviler nedeniyle ortaya çıkabilecek semptomların önlenmesi, olumlu sağlık davranışları geliştirme, sorunlarla baş etme, öz bakım gücünü arttırma, sosyal destek algısını kuvvetlendirme gibi konularda etkin hemşirelik bakımı uygulanmalıdır (83,87,88). Kanserli hastalar, tedavi sürecinde kullanılan ilaçlar ve yapılan girişimler sonucunda ağrı, yorgunluk, uyku problemleri, beslenme problemleri, mukozit, bulantı-kusma, alopesi, psikolojik problemler vb. pek çok sorun yaşamaktadır. Bu sorunların yönetiminin sağlanarak hastaların fizyolojik ve psikolojik tüm gereksinimlerinin olabildiğince karşılanması, hastaların yaşam kalitesinin yükseltilmesi açısından çok önemlidir. Bu nedenle onkoloji hemşireleri kanserli hastalardaki bu sorunları saptayıp etkin hemşirelik bakımıyla semptom kontrolünü sağlamalıdır (87-89).

2.8.1. Kanser ağrısı

Hastalarda ağrı, kanserin kendisine, uygulnan tedaviye, kanser dışı nedenlere bağlı olarak ortaya çıkar ve oldukça yaygın olarak görülen bir semptomdur (90).

Ağrı; akut ya da kronik olarak görülebilir. Akut ağrı süresi daha çok invaziv girişimlere bağlı olarak kısa etkiliyken, kronik ağrı ise 3 aydan uzun süre devam etmekte ve hastalığın süreci, mekanik baskısı, kemiklere invazyonu ve organ yayılımı ile ilişkilidir (91,92).

Kontrol edilemeyen ağrı, kanserli bireyin fiziksel, zihinsel ve sosyal fonksiyonlarını etkilemekte, yaşam kalitesinide düşürmektedir (92,93). Bu sebeple her hastanın ağrı algısının, ağrı düzeyinin, içinde bulunduğu psikolojinin ve etkilenen alanları kapsamlı olarak değerlendirilmeli, uygulanacak tedavi ve girişimler bu doğrultuda planlanmalıdır (94).

Hemşirelik girişimleri:

- Ağrının yerini, özelliğini, başlangıcını/süresini, sıklığını, niteliğini, şiddetini ve ağrıyı arttıran-azaltan faktörler değerlendirilir,
- Etkili iletişim kuramayan hastalarda sözel olmayan rahatsızlık belirtilerini gözlemlenir,
- Hastaya hekim istemine göre WHO kanser ağrısı analjezik merdiven tedavisi uygulanır.

✓ **Hafif düzeyde ağrı:** (< 3 puan, 10 üzerinden, parasetamol veya NSAİ ajanlar),

✓ **Hafif-orta düzeyde ağrı:** (3-6 puan, 10 üzerinden zayıf opioidler ± parasetamol veya NSAİ ajanlar),

✓ **Orta-şiddetli düzeyde ağrı:** (> 6 puan, 10 üzerinden, kuvvetli opioidler ± parasetamol veya NSAİ ajanlar)

- Analjezik uygulandıktan 30 dk sonra etkinliği değerlendirilir,
- Ağrı deneyimini tanımak için terapötik iletişim stratejileri kullanılır ve hastanın ağrıya tepkisinin kabul edildiği belirtilir,
- Hastanın ağrı hakkındaki bilgi ve inançları gözden geçirilir,
- Ağrıya tepkide kültürel etkilere dikkat edilir,
- Ağrı deneyiminin yaşam kalitesi üzerine etkileri (örn; uyku, aktivite, iştah ve rol sorumlulukları) tanımlanır,
- Hastanın ağrısını etkileyebilecek çevresel faktörler (örn; oda ısısı, aydınlatma, gürültü/ses) kontrol edilir,
- Ağrıyı giderme yöntemi seçerken hastanın bu yönteme katılmaya istekliliği, katılabilme yeteneği göz önünde bulundurulur,
- Hastaya uygun olan non-farmakolojik (TENS, hipnoz, hayal etme, müzik tedavisi, gevşeme, dikkati başka yöne çekme, oyun terapisi, aktivite terapisi, soğuk/sıcak uygulama, masaj) yöntemlerle hastanın rahatlaması sağlanır,

- Hasta yakınlarına da uygun şekilde, destek gruplarına yönlendirilerek ağrıyı giderme yöntemleri öğretilir,
- Hastanın ağrı yönetimi ile ilişkili memnuniyeti belirli aralıklarla değerlendirilir (93-96).

2.8.2. Yorgunluk

Kanser hastalarında sık görülen semptomlardan biri olan yorgunluğun sebepleri olarak; progresif tümör büyümesi, uygulanan kemoterapi tedavileri, moleküler hedefli tedavi, biyolojik ajanlar, radyasyon tedavisi, ağrı, anemi, kötü beslenme ve uyku bozukluğu sayılabilmektedir. Yoğun tedavi protokolleri uygulanan ve metastatik hastalarda özellikle kansere bağlı gelişen yorgunluk, yaygın olarak görülmektedir (97-99).

Hastaların yorgunluk yaşadığını belirtme oranı %39 - %98 arasında değişmektedir. Bu semptom; hastalara kemoterapi tedavisi uygulandığı zaman diliminde daha da artmakta, tedavi döneminin yanı sıra tedavi sonrasında devam edebilmektedir (100,101).

Hemşirelik girişimleri:

- Yorgunluk sebepleri belirlenir,
- Günlük yapılan aktivitelerde öncelikler belirlenir,
- Günlük aktivitelerin, enerjinin yüksek olduğu zamanlarda, önem sırasına göre gerçekleştirilmesi için uygun seçimler yapılır,
- Tek başına yapılabilecek ve yardım almayı gerektiren aktiviteler belirlenir.
- Hastanın bireysel olarak yapabileceği aktiviteler desteklenirken güçlü yönlerini, tanımasına yardım edilir,
- Enerjiyi koruma teknikleri öğretilir. (Çalışırken kullanılan objeleri yakınınıza yerleştirin, gidip gelme gibi merdiven inip çıkma gibi efor sarfedici harekerleri azaltın, zor işleri bütün haftaya yayın, zor işlerden önce dinlenin ve işi yorulmadan önce bırakın, öğünlerde az miktarda besin tüketin, günde beş öğün gibi, günlük ev işlerini kolaydan zora ayırın yada aile bireylerinden destek alın).
- Hastanın yorgunluk nedeniyle etkilenen rolleri, ilişkileri vb. konusundaki görüşlerini ifade etmesi sağlanır,
- Hastanın endişelerini azaltmak için yorgunluk hakkında bilgi verilir (98,100,102).

2.8.3. Uyku problemleri

Yeterli ve kaliteli uyku bireyin temel gereksinimlerinden biridir ve ciddi hastalıklar sırasında iyileşmenin kritik bir parçasıdır. Yaşam kalitesi kadar psikofizyolojik sağlığın korunması, bireyin sosyal hayatının devamlılığı için de gereklidir (103,104).

Hastaların çoğu, mevcut hastalıkları, tedavilerin yan etkileri, ağrı, anoreksi, stres, depresyon, anksiyete, yorgunluk gibi sebeplerden dolayı uyku bozukluğu yaşamaktadır (105).

Hemşirelik girişimleri:

- Uykusuzluğa neden olabilecek ağrı, yorgunluk, psikolojik faktörler değerlendirilir,
- Yatan hastalar için hastanede düzenlemeler yapılır, (ilaç tedavi saatleri vb)
- Yatmadan önce sıvı alımından kaçınması belirtilir,
- Yatmadan iki-üç saat önce yorgunluk düzeyi elverdiği sürece düzenli egzersiz yapması önerilir,
- Odanın aydınlanmasına dikkat edililir (gece karanlık, gündüz aydınlık, gürültü en aza indirilir),
- Uyku öncesi rutinlerini uygulaması sağlanır (eğer televizyon seyretmek rahatlatıyorsa uykudan 10-15 dakika önce televizyon izlemelidir),
- Hastanın uyku saati belirlenir, aynı saatte yatılıp kalkılması, uykusu geldiğinde yatağa gitmesi ve yatağını sadece uyku alanı olarak kullanması önerilir,
- Masaj, yoga, meditasyon, solunum teknikleri, aromaterapi yöntemlerinden herhangi birini uygulaması önerilir (104-106).

2.8.4. Beslenme problemleri

Beslenme problemleri; hastaların tedavi sürecinde yaşanan değişimler ve girişimler nedeniyle yetersiz beslenmenin oluştuğu, yaşam kalitelerinin düştüğü, morbidite ve mortalitenin arttığı önemli bir semptomdur (107).

Genel olarak uygulanan cerrahi yöntemler, radyoterapi ve kemoterapi hastalar üzerinde beslenme problemlerine yol açmaktadır (108,109). Radyoterapi, kemoterapi vb. uygulanan tedaviler nedeniyle hastanın konuşması, beslenmesi olumsuz yönde etkilerken, bulantı-kusma,

iştahsızlık gibi semptomlara da sebep olarak hastaların günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi olumsuz etkilenir (107-109).

Hemşirelik girişimleri:

- Beslenme ve yutma da dahil yaşam kalitesi parametreleri tanı, tedavi ve sonrasında da düzenli olarak değerlendirilir,
- Hastanın besin tercihleri belirlenir,
- Hasta yakınlarının, hastanın sevdiği yemekleri getirmesi konusunda bilgilendirilir,
- Bulantı-kusma gibi farklı semptomlar ile birlikte gelişen yeme reddi, semptom kontrolü ile desteklenir,
- Öğün tüketimi için uygun çevre sağlanır (örn; temiz, havalandırılmış alan),
- Gerekli ise hastaya diyet ayarlaması yapılır (yüksek protein içeren besinler, kalori artttırma, vitamin, mineral ve ek gıdaları arttırmak vb.),
- Yapılması gereken diyet değişiklikleri konusunda hastaya bilgi verilir (örn; sıvı gıda tüketimi, berrak sıvı, tölere edilenilen diyet vb.),
- Ağız bakımının önemi anlatılır,
- Tedavi sonrasındaki 3 aya kadar beslenme desteği sağlanır,
- Yüksek riskli hastalar müdahale için diyetisyene yönlendirilir,
- Kilo alımı veya kaybı yönünden hasta izlenir,
- Hastaların tedavi sürecine psikososyal destek sağlanır (107,110,111).

2.8.5. Mukozit

Oral mukozit, tedaviden sonra 5 gün ile 2 hafta içinde gelişir. Ağızda görülen kuruluk, yanma hissi, ağrı ve kızarıklıkla başlamaktadır. Mukozit tedavi edilmez ise hastanın yaşam kalitesinin bozulmasına sebep olabilmekte ve enfeksiyon riskini arttırarak hastanede yatış süresinin uzamasına neden olmaktadır (91).

Hemşirelik girişimleri:

- Her gün ağız mukozası, dudaklar ve dil değerlendirilir,
- Mukozitteki risk grubu belirlenir,

- Mukozada bozulmalara neden olacak yiyecek (sert,acı,baharatlı) ve içecekler diyetten çıkartılır,
- Diş fırçası yumuşak olması konusunda uyarılır,
- Sodyum bikarbonat, sodyum klorür içeren solüsyonlar ile gargara yapılması önerilir,
- Hastada mukozitten kaynaklı ağrı mevcutsa hekim istemine uygun analzejikler uygulanır,
- Hastalara proteinden zengin gıdalarla beslenmesi ve bol su tüketmesi önerilir,
- Hastalar sigara ve alkol kullanmaması konusunda uyarılır,
- Ayna yardımıyla ağız içi günlük olarak kontrol edilebilir,
- Hastaya ve ailesine ağız bakımı protokolleri öğretilip, mukozit oluşumunu önlemede ve tedavide etkinlik sağlanır (110-112).

2.8.6. Bulantı-Kusma

Bulantı-kusma kemoterapi alan hastalarda ilaçların gastrointestinal sistem tutulumunu sağlaması ya da medulladaki kusma merkezinin uyarılmasıyla oluşmaktadır (112). Radyasyon sonucu gelişen bulantı-kusma ise özafagus, mide ve bağırsakların epitel hücrelerdeki hasar ve hücre yıkımı sonucuyla ortaya çıkan toksik maddelerin birikmesine bağlı gelişmektedir. Akut olarak gelişen bulantı-kusma ilaç uygulamasını takiben başlar ve 24 saat içinde sonlanmaktadır. Gecikmiş bulantı-kusma ise tedaviden 24 saat sonra başlar, 48 - 72 saat arasında görülmekte, bazı kemoterapiklerde ise bir haftaya kadar devam edebilmektedir (110-112). Kanser hastalarının bu denli konfor alanını etkileyen bu semptomun iyi kontrol edilmesi gerekmektedir.

Hemşirelik girişimleri:

- Hastadan bulantı ile ilgili geçmiş öyküsü alınır (seyahat ile ilgili bulantı oluşumu, gebelik bulantısı vb.)
- Bulantı deneyiminin yaşam kalitesine etkisi sorgulanır (örn; iştah, aktivite vb.)
- Bulantı-kusmaya eşlik eden veya arttıran faktörler değerlendirilir,
- Kemoterapi öncesinde, sırasında ve sonrasında, bulantı olmadan ya da artmadan önce farmakolojik ve non-farmakolojik önlemler alınır,

- Antiemetik ilaçlar uygulanarak hasta rahatlatılır,
- Yiyecek seçiminde yağdan, baharattan uzak gıda tüketimi önerilir,
- Öğünlerin azar azar porsiyonlaması hakkında bilgi verilir,
- Yemek esnasında sıvı alınımından kaçınılması önerilir,
- Bulantı-kusma döneminde kuru gıdalar (örn; çubuk kraker) tüketilmesi önerilir,
- Oda havalandırılmalı ve ağır kokulardan uzak durulması gerektiği belirtilir,
- Çözüm bulunamayan inatçı bulantı-kusmalarda dehidratasyon değerlendirilir,
- Hastalara progresif gevşeme egzersizleri, refleksoloji vb. non-farmakolojik yöntemleri uygulaması önerilir (112-114).

2.8.7. Dispne

Solunum sıkıntısı, zor nefes alma hissi olarak tanımlanan dispne, kanser hastalığının her evresinde gelişebilen bir semptomdur. Özellikle primer ya da metastatik akciğer kanseri varlığında gelişme riski yüksektir. Kanser hastalarında dispne prevalansının, kanserin evresine bağlı olarakta değiştiği bilinmektedir (115,116). Kanser hastalarında sık görülen, dispnenin değerlendirilmesi amacıyla geliştirilen çeşitli ölçekler (Borg Skalası, Başlangıç Nefes Darlığı İndeksi (BDI), Akciğer Kanseri Semptom Skalası, Kanser Dispne Ölçeği vb.) bulunmaktadır (115,117). Bu ölçeklerden yararlanılarak hastanın dispne semptomu değerlendirilir.

Hemşirelik girişimleri:

- Dispnenin nedenleri tanımlanır,
- Kliniklerde uygun ölçek kullanılarak dispne şiddeti belirlenir,
- Dispneyi tetikleyen nedenler, hastayı etkileme düzeyi, eşlik eden diğer semptomlar belirlenir,
- Dispne yönetimi için hastaya uygun pozisyon (ortopne pozisyonu) verilir,
- Solunum egzersizleri (büzük dudak solunumu, diyafragmatik solunum) öğretilir,
- Odanın havalandırılmasına dikat edilir,
- Gerekli olan hastalara order edilen oksijen tedavisi uygulanır, oksijen tedavisi uygulanırken gerekli parametrelere dikkat edilir (satürasyon düzeyi vb.),

- Dispne yönetiminde uygun olan hastalara non-farmakolojik yöntemler (yüze soğuk hava uygulama, akupressur, akupunktur vb.) öğretilir (116-118).

2.8.8. Alopesi

Alopesi, kemoterapötik ilaçlara, baş-boyun bölgesine uygulanan radyasyona ve dozuna bağlı olarak saç, kaş, kirpik kaybını içermektedir (119). Hastaların saç kaybı tedaviden 2-3 hafta sonra başlar, tedavi bitiminden 8 hafta kadar sonra da tekrardan çıkmaktadır (120).

Saç, insan vücudunda hayati bir fonksiyona sahip olmamasına rağmen beden imajının önemli bir parçasıdır. Kemoterapinin bir yan etkisi olan alopesi nedeniyle hastalar, kaygı, anksiyete, depresyon, negatif beden imajı ve düşük benlik saygısı gibi sorunlar yaşamaktadır. Kanserin kendisi, uygulanan tedaviler, gelişen semptomlar hastanın iyilik halini olumsuz yönde etkilemekte ve bireyin psikolojik/bedensel bütünlüğüne yönelik sorunlara neden olmaktadır (120,121). Alopesi; hastaların yaşamını olumsuz etkilemesi nedeniyle yönetiminin önemli olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

Hemşirelik girişimleri:

- Hastaya saç-kirpik-kaş gibi bölgelerde kayıplar olacağı belirtilir,
- Bunun geçici bir süreç olduğu hakkında bilgi verilir,
- Peruk, göz kalemi, kaş kalemi, takma kirpikler, bone, eşarp kullanabileceği gibi öneriler verilir,
- Kalan saçlar için sık şampuan uygulanmaması, yumuşak saç fırçası kullanımı önerilir,
- Aile üyeleriyle beklenen fiziksel değişiklikler ve hastanın durumu kabullenmesine ilişkin görüşülerek, manevi destek sağlanması söylenir (119-121).

2.8.9. Hastaların yaşadığı psikolojik sorunlar ve sosyal destek gereksinimleri

Kanser, tedavisi ve kabul edilmesi zor olan bir hastalıktır, ölümün yanı sıra ölüme ağrı içinde yaklaşmayı, organ kayıplarını, maddi-manevi yükü ve uzun süren tedaviyi çağrıştırmaktadır. Tüm bu zorluklar, tanı, tedavi ve kontrol süreçlerinde hastanın uyumlarını ve baş etme davranışlarını olumsuz etkilemektedir. Tanı koyma aşamasında, en çok şok ve inanmama savunma mekanizmalarını kullanmalarına sebep olmaktadır. Daha sonrasında ise kişi inkâr,

pazarlık, öfke ve kabullenme aşamalarını sırasıyla ya da karışık olarak yaşamaktadır. Psikolojik bu tepkiler kişiden kişiye farklılık göstermektedir (122,123).

Psikolojik tepkiler uyuma yönelik olsa da, hasta bireyler zamanla yaşadığı psiko-sosyal sorunlarını çözmek için kullandığı başa çıkma mekanizmalarının yetersiz oluşuyla yüzleşmektedir. Kanserli hastaların yaşadığı bu önemli sorunu; kronik bir hastalığa sahip olunması, hastalığın prognozunun geri dönüşsüz oluşu, yaşamı tehdit etmesi, geleceğe dair belirsizlikler, zorlayıcı tedaviler, sürecin uzun oluşu, yatağa ve bakım verenlere bağımlılık, hastane yatışlarına bağlı olarak evinden, konfor alanından, sevdiklerinden ayrı kalması vb. olabilmektedir (123,124).

Kanser hastalarının yaşadıkları bu psiko-sosyal sorunların değerlendirilmesi yapılırken bireylerin verdikleri mücadeleden dolayı sosyal destek ihtiyaçları, psikolojik semptomlar ve gereksinimler göz önünde bulundurularak hemşirelik bakımı sunulmalıdır (124,125).

Kanser hastalarının hastalıkla mücadele ederken sosyal destek alması, sürecin daha etkili yönetilmesinde önemli bir yer tutmaktadır. Sosyal destek, hem yardım eden birey de hem de bu desteği alan hastada olumlu sonuçlar doğurmaktadır. Kanser hastalarının kendilerine faydalı olacak sosyal destek örnekleri olarak, aile ve akraba çevresi, arkadaşlar, sağlık personeli örnek verilebilmektedir (122,123).

Sosyal destek, anlayış, yardım, onay vb. konularda yarar sağlamaktadır. Kanserli hastalar ve yakınlarının iletişimleri, algılayış biçimleri, desteğe yönelik tepkileri, hastaların kendilerini ifade etmede yaşadıkları zorluklar sosyal destek ihtiyacını ortaya koymaktadır, olumsuz sosyal etkileşimlere yönelik müdahalelerle sosyal desteğin daha etkili olması sağlanmalıdır. Çünkü destek sağlamayan sosyal çevre, psikolojik destek yoksunluğu anlamına gelmekte ve hastalığa psikolojik uyumu engelleyebilmektedir (122,124).

Hemşirelik girişimleri:

- Hastaların psikososyal ihtiyaçları değerlendirilir,
- Hastalıkla mücadele stratejileri geliştirilir,
- Hastaların uygun dinlenme periyotları düzenlenir,
- Psikoonkolojik eğitimle hastalık ve terapi hastaya anlatılır,
- Beğendiği müzikleri dinlenmesi tavsiye edilir,
- Hastanın ihtiyaçlarına göre ortam düzenlemesi yapılır,

- Hastaların aromaterapi ve refleksoloji gibi bazı uygulamalarla rahatlaması sağlanır,
- Gerek duyulduğunda hastayı rahatlatmak için farmakolojik ajanlar uygulanır,
- Bakım verici bireylerle görüşülerek emosyonel destek sağlanması için öneriler verilir,
- Destek grupları, grup terapisi, birey-çift terapisi, psikoeğitim, bireysel danışmanlık sağlanır (123-125).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Türü

Tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanan bu çalışma kanser hastalarının kanser gereksinimleri ve sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Süresi

Araştırma Ekim 2022 - Nisan 2023 tarihleri arasında gönüllülük esasına dayalı olarak Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Medikal Onkoloji Kliniği'nde, hastalar ile yüz yüze görüşme metodu ile gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmada Yanıtlanması Beklenen Sorular

Kanserli hastaların kanser gereksinimleri ile kişisel ve hastalıkla ilgili özellikleri arasında fark var mıdır?

Kanserli hastaların sosyal destek düzeyleri ile kişisel ve hastalıkla ilgili özellikleri arasında fark var mıdır?

Kanserli hastaların kanser gereksinimleri ile sosyal destek düzeyleri arasında fark var mıdır?

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.4.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini; 01.07.2021 – 31.12.2021 verilerine göre tekrarlı yatışlar göz önünde bulundurulduğunda Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Medikal Onkoloji bölümünde tedavi gören 1049 onkoloji hastası oluşturmaktadır.

3.4.2. Araştırmanın Örneklemi

Evreni bilinen örneklem formülüne göre %99 güven düzeyinde, %5 tolerans öngörerek örnekleme alınması gereken en az 407 hasta olarak belirlenmiştir. Bu evrenden gönüllülük esasına dayalı olarak Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Mediakal Onkoloji kliniğinde

tedavi gören 407 hasta olasılıksız örnekleme yöntemlerden biri olan gelişigüzel örnekleme yöntemiyle araştırmaya dahil edilmiştir.

3.5. Gönüllülerin Araştırmaya Dahil Edilme ve Edilmeme Kriterleri

3.5.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Medikal Onkoloji bölümünde tedavi gören kanser tanısı konan
- En az 4 kür kemoterapi almış
- ECOG Performans Skoru ≤ 2
- Kanser tanısını bilen ve sözel olarak ifade eden,
- Bu tarihler arasında çalışmaya katılmaya gönüllü olan ve katılmasını engelleyecek herhangi bir sağlık sorunu olmayan kişiler araştırma kapsamına alınmıştır.

3.5.2. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Medikal Onkoloji bölümünde tedavi görmeyen kanser tanısı konmamış
- 4 kürden daha az kemoterapi almış
- ECOG Performans Skoru ≥3
- Kanser tanısını bilmeyen, sözel olarak ifade edemeyen,
- Bu tarihler arasında çalışmaya katılmaya gönüllü olmayan ve katılmasını engelleyecek herhangi bir sağlık sorunu olan kişiler araştırma kapsamına dahil edilmeyecektir.

3.6. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

3.6.1. Bağımsız Değişkenler

Yaş, cinsiyet, medeni durum, sigara kullanma durumu, hastalığın tanısı, tedavi şekli, sosyal destek faktörleri vb.

3.6.2. Bağımlı Değişkenler

Kanser Gereksinimleri Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanları

3.7. Kullanılacak Araç, Gereç ve Yöntemler

Çalışma Ekim 2022 - Nisan 2023 tarihleri arasında gönüllülük esasına dayalı olarak Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Medikal Onkoloji Kliniği'nde tedavi gören hastalar ile yüz yüze görüşme metodu ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara sosyodemografik bilgileri içeren anket formu, Kanser Gereksinimleri Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği doldurtulmuştur. Hastalarla görüşme yaklaşık 20 dk sürmüştür.

3.8. Kişisel ve Hastalıkla İlgili Özellikler Bilgi Formu

Hastaya ilişkin kişisel özellikler, hastalık ve tedaviye ilişkin özellikler olmak üzere 2 ana bölümden oluşmaktadır.

3.9. Kişisel Özellikler

Bu bölümde cinsiyet, yaş, eğitim durumu, meslek, medeni durum, sigara ve alkol kullanma durumu, gelir durumu, çalışma durumunu vb. sorgulayan sorular yer almaktadır.

3.10. Hastalığa ve Tedaviye İlişkin Özellikler

Bu bölümde hastalığın tanısı, hastalığın durumu, tanı yılı, ECOG performans skoru, kanser tanısı ile ilgili ameliyat olma durumu, radyoterapi alıp almadığı, kemoterapi tedavi kürü sayısı vb. sorgulayan sorular yer almaktadır.

3.11. Kanser Gereksinimleri Ölçeği (KGÖ)

Ölçek; Cossich ve ark. (2004) tarafından geliştirilmiş,ölçeğin geçerlilik ve güvenirliliği Dolu ve ark. (2020) tarafından yapılmıştır. Toplamda 32 sorudan oluşan ölçek psikolojik, kişiler arası iletişim, sağlık bilgisi, hasta bakımı ve destek ile fiziksel ve günlük yaşam olmak üzere 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Orijinal ölçeğin alt boyutları için Cronbach alfa katsayısı 0,77-0,94 arasında değişmektedir. Ölçeğin 5'li Likert tipte olan soruları katılımcılar tarafından "yardıma gerek yok (1)", "yardım ihtiyacı giderilmiş (2)", "düşük yardım ihtiyacı (3)", "orta seviye yardım ihtiyacı (4)" ve "yüksek yardım ihtiyacı (5)" olarak gereksinimlere göre işaretlenir.Ölçekten alınan toplam puanlar "psikolojik" için 11-55, "kişiler arası iletişim" için

7-35, “sağlık bilgisi” için 7-35, “hasta bakımı ve destek” için 4-20, “fiziksel ve günlük yaşam” için 3-15 arasında, ölçeğin tamamı için ise 32-160 arasında değişmektedir. Alınan puanın yüksek olması, hastanın ihtiyacının yüksek olmasına işaret etmektedir. Ölçeğin bütününe ilişkin toplam puanın 0 ve 100 arasında değişen puanlara dönüştürülmesi önerilmekte olup, “0” ihtiyaç yok, “100” en yüksek seviyede ihtiyaç olarak yorumlanmaktadır.

3.12. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇASDÖ)

Ölçek; Zimmet ve ark. (1988) tarafından geliştirilmiş. Ölçeğin geçerlilik ve güvenirliliği Eker ve ark. (2001) tarafından yapılmış ve ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.78-0.92 olarak belirlenmiştir. Toplam 12 maddeden oluşan ölçek "kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 kesinlikle evet” şeklinde 7 dereceli (1-7) olarak düzenlenmiş Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin bireyin destek kaynaklarını yansıtan aile, arkadaş, özel kişi desteği olmak üzere dört maddeden oluşan üç alt ölçeği vardır. Ölçekte bulunan 3.4.8.11. maddeler aile, 6.7.9.12. maddeler arkadaş desteğini ve 1.2.5.10. maddeler de özel bir kişi desteğini ölçmektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28’dir. Ölçeğin tamamından elde edilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84’tür. Elde edilen puanın yüksek olması, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir.

3.13. İstatiksel Analiz

Çalışmada sürekli değişkenlerin normallik varsayımı Kolmogorov-Smirnov testi ile sınandı. Kategorik değişkenler frekans (n, %); sürekli değişkenler ortalama ve standart sapma olarak sunuldu. Ölçeklerin güvenilirliğini ölçmek amacıyla cronbach alpha güvenilirlik katsayıları belirlendi. Sürekli değişkenlerde iki grup arasındaki karşılaştırmalar Bağımsız örneklem t testi ile yapıldı. İkiden fazla grup karşılaştırmaları Tek yönlü ANOVA (varyans) testi ile yapıldı. ANOVA testinde, anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Tukey post-hoc testi kullanıldı. Sürekli iki değişken arasındaki ilişki düzeyi Pearson korelasyon testi ile incelendi. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenler (çok boyutlu algılanan sosyal destek ve kanser gereksinimi) üzerindeki etkisinin belirlenmesinde çok değişkenli doğrusal regresyon analizinden yararlandı. Sonuçlar; %95 güven aralığında anlamlılık ise $p<0,05$ altında değerlendirildi. Bütün istatistiksel hesaplamalar SPSS yazılımı versiyon 26 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) ile yapıldı.

3.14. Ölçek Cronbach's alpha değerleri

Araştırmada kullanılan çok boyutlu algılanan sosyal destek ve kanser gereksinim ölçekleri için cronbach alfa (α) katsayı değeri sırasıyla 0,864 ve 0,986 olarak hesaplandı. Bu bulgu ile araştırmada kullanılan ölçek güvenirliğinin çok iyi derecede olduğu belirlendi.

3.15. Araştırmanın Sınırlılıları ve Güçlü Yanları

Bu araştırma verileri; sadece araştırmanın yapıldığı klinikte tedavi olan hastalara uygulandığı için bu hastalara genellenebilir. Hastaların farklı tanı ve tedavilerinin olması, kanser gereksinimini ve sosyal destek düzeyini etkilemesi araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Bu araştırmanın güçlü yanı ise örneklemin büyük olmasıdır. Sonuçlarımız Trakya bölgesinde yaşayan kanserli hastalardan alınan verileri temsil etmektedir.

3.16. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Bilimsel Araştırma ve Etik Kurulu'ndan gerekli yazılı izin 17.10.2022 tarih ve TÜTF-GOBAEK 2022/362 protokol kodlu etik kurul izni alınmıştır. Araştırmaya gönüllü olarak katılan hastalara İnsan Hakları Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak araştırmanın amacı hakkında açıklama yapılarak katılımcıların kişisel bilgi ve gizliliği korunacağı bilgisi verilerek sözel onamları alınmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmaya yaş ortalaması 54,42±10,67 yıl, %57,2' si (233) kadın, %42,8' i (174) erkek olan toplam 407 sistemik tedavi alan kanser hastası dahil edildi. Hastaların %94,6'sının evli, %97,5'inin çekirdek aile yapısına sahip, %39,6'sının lise, %85,5'inin aktif olarak bir işte çalışmadığı, %37,6'sının ev hanımı olduğu, %95,3'ünün gelirinin giderlerini karşıladığı, % 99,8'inin bir sağlık güvencesi olduğu saptandı. Hastaların sağlıkla ilişkili özellikleri incelendiğinde; %21,4'ünün sigara ve %14,3'ünün alkol kullandığı, %18,2'sinin tanı konmuş kronik bir hastalığı olduğu saptandı.

Tablo 4.1. Hastaların Kişisel ve Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 4.1. Hastaların tanıtıcı özellikleri (n:407)

Özellikler (n=407)	**n**	**%**
Yaş, Ort±Ss	54,42±10,67	
Cinsiyet		
Erkek	174	42,8
Kadın	233	57,2
Medeni durum		
Evli	385	94,6
Bekar	22	5,4
Aile tipi		
Geniş	10	2,5
Çekirdek	397	97,5
Eğitim		
Okur yazar	88	21,6
İlköğretim	89	21,9
Lise	161	39,6
Üniversite	69	17,0
Meslek		
Serbest meslek	92	22,6
Ev hanımı	153	37,6
Memur	77	18,9
İççi	22	5,4
Emekli	45	11,1
Çiftçi	18	4,4

Çalışma durumu		
Evet	59	14,5
Hayır	348	85,5
Sağlık güvencesi		
Var	406	99,8
Yok	1	0,2
Gelir gider durumu		
Gelir giderden az	15	3,7
Gelir gidere denk	388	95,3
Gelir giderden fazla	4	1,0
Sigara kullanımı		
Hayır	284	69,8
Evet	87	21,4
Bıraktı	36	8,8
Alkol kullanımı		
Hayır	333	81,8
Evet	58	14,3
Bıraktı	16	3,9

Ss: Standart sapma **n:** Örneklem sayısı **Ort:**Ortalama

Hastalık ve tedavi ilişkili özellikler Tablo 4.2' de sunuldu.

Hastaların %33,2'si (n:135) akciğer, %27'si (n:110) meme, %22,9'u (n:93) GİS, %10,6 'sı (n:43) jinekolojik, %2,7'si (n:11) prostat kanseri ve %3,7' si (n:15) lenfoma, tiroid vb kanser tanısına sahip olup; hastaların %79,9' unun (n:325) tanısı primer, %20,1' inin (n:82) ise metastatikti. Hastaların %20,1'inin 1 yıl, %63,9'unun 2-4 yıl, %16'sının 5 yıl ve daha fazla süredir kanser tanısı aldığı; %16,5'inin ECOG performans skorunun 0, %45,5'inin 1 ve %38,1'inin 2 olduğu saptandı.

Kanser tanısı sonrası hastaların %15'ine sadece kemoterapi, %30,7'sine cerrahi tedavi+ kemoterapi, %19,7'sine kemoterapi+radyoterapi, %34,6'sına ise hem cerrahi hem kemoterapi hem de radyoterapi uygulandı. Hastaların %40,8' ine (n:166) 10 kürden daha az, %59,2' sine (n:241) 10 kürden daha fazla kemoterapi uygulanmış olup; hastaların %19,7'si (n:80) daha önce kemoterapi tedavisi almıştı.

Hastaların %3,2'sine annesi veya babasının, %3,9'una çocuklarının, %4,9'una eşinin, %88'ine eşi ve çocuklarının destek verdiği belirlendi. Hastaların %77,4'ü verilen aile desteğini yeterli görürken, %22,6'sının kısmen yeterli gördüğü belirlendi.

Tablo 4.2. Hastaların hastalık ve tedaviye ilişkin özellikleri (n:407)

Özellikler (n=407)	n	%
Tanı		
Akciğer kanseri	135	33,2
Meme kanseri	110	27,0
GİS kanseri	93	22,9
Prostat kanseri	11	2,7
Jinekolojik kanserler	43	10,6
Diğer (lenfoma,tiroid vb)	15	3,7
Hastalık düzeyi		
Primer tanı	325	79,9
Metastatik	82	20,1
Tanı üzerinden geçen zaman		
1 yıl	82	20,1
2-4 yıl	260	63,9
≥5 yıl	65	16,0
ECOG		
0	67	16,5
1	185	45,5
2	155	38,1
Alınan tedaviler		
Sadece KT	61	15,0
Cerrahi+KT	125	30,7
KT+RT	80	19,7
Cerrahi+KT+RT	141	34,6
Toplam KT kür sayısı		
≤10 kür	166	40,8
>10 kür	241	59,2
Daha önce KT alma durumu		
Evet	80	19,7
Hayır	327	80,3
Aileden destek aldığı birey		
Anne veya baba	13	3,2
Çocuklar	16	3,9
Eş	20	4,9

Eş ve çocuklar	358	88,0
Aileden alınan desteği yeterli görme		
Yeterli	315	77,4
Kısmen yeterli	92	22,6

GİS: Gastro intestinal sistem **KT:** Kemoterapi **RT:** Radyoterapi
ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group **n:** Örneklem sayısı

Kanser Gereksinimleri Ölçeği (KGÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) puanları Tablo 4.3' te sunuldu.

Hastaların genel KGÖ ve yüzlük sisteme göre düzeltilmiş puan ortalaması sırasıyla 72,46±24,10 ve 31,61±18,83 olarak hesaplandı. KGÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; psikolojik alt boyutu 30,10±9,79, kişilerarası iletişim alt boyutu 18,36±6,32, sağlık bilgisi alt boyutu 12,18±5,25, hasta bakımı ve destek alt boyutu 6,76±3,02 ve fiziksel ve günlük yaşam alt boyutu 5,06±2,27 puan olarak hesaplandı.

Hastaların genel ÇBASDÖ puan ortalaması 45,34±11,74 olarak hesaplandı. ÇBASDÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; aile alt boyutu 25,24±3,93, özel bir insan alt boyutu 5,49±4,53 ve arkadaş alt boyutu 14,60±8,31 puan olarak hesaplandı.

Tablo 4.3. Kanser gereksinimleri ölçeği ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanları

Kanser gereksinimleri ölçeği (KGÖ)	**Ort.±Ss**	**Medyan**	**En az**	**En çok**
KGÖ toplam	72,46±24,10	71	32	160
Psikolojik	30,10±9,79	27	11	55
Kişilerarası iletişim	18,36±6,32	17	7	35
Sağlık bilgisi	12,18±5,25	14	7	35
Hasta bakımı ve destek	6,76±3,02	8	4	20
Fiziksel ve günlük yaşam	5,06±2,27	6	3	15
KGÖ düzeltilmiş toplam puan	31,61±18,83	30	0	100
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)	**Ort.±Ss**	**Medyan**	**En az**	**En çok**
ÇBASDÖ toplam	45,34±11,74	44	15	84
Aile	25,24±3,93	28	4	28
Özel bir insan	5,49±4,53	4	4	28
Arkadaş	14,60±8,31	12	4	28

Ss: Standart sapma **KGÖ:** Kanser gereksinimleri ölçeği **ÇBASDÖ:** Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği

Tanıtıcı özelliklerine göre hastaların KGÖ puan ortalamaları Tablo 4.4' te sunuldu.

Erkek hastaların kadınlara göre kanser gereksinim düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı (t=2,530; p=0,012).

Sigara kullanmayan ve sigarayı bırakan hastaların aktif olarak sigara kullanan hastalara göre kanser gereksinim düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptandı (t=2,087; p=0,038).

Ailede destek alınan kişi durumuna göre hastaların kanser gereksinim düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu saptandı (F=3,237; p=0,022). Tukey testi alt grup analizine göre bu farkın eş ve çocuklarından destek alan hasta grubu ile eşinden destek alan hasta grubu arasında olduğu belirlendi. Eş ve çocuklarından destek alan hastalarda kanser gereksinimlerinin daha düşük olduğu saptandı.

Aileden aldığı desteği yeterli gören hastaların kanser gereksinim düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı (t=9,092; p<0,001).

Yaş, medeni durum, aile tipi, eğitim düzeyi, meslek, çalışma durumu, gelir düzeyi, kronik hastalık ve alkol kullanım durumuna göre hastaların kanser gereksinim düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

Tablo 4.4. Tanıtıcı özelliklerine göre hastaların kanser gereksinimleri ölçeği puan ortalamaları

		KGÖ		
Özellikler (n=407)	**n**	**Ort.±Ss**	**Test değeri**	***P*-değeri**
Yaş			1,914[a]	0,056
<60	258	30,25±18,96		
≥60	149	33,95±18,42		
Cinsiyet			**2,530[a]**	**0,012***
Erkek	174	34,32±18,75		
Kadın	233	29,58±18,67		
Medeni durum			0,845[a]	0,399
Evli	385	31,42±18,64		
Bekar	22	34,91±22,03		
Aile tipi			1,806[a]	0,072
Geniş	10	21,02±17,27		
Çekirdek	397	31,87±18,81		
Eğitim			2,202[b]	0,087
Okur yazar	88	29,39±18,65		

İlköğretim	89	31,68±22,23		
Lise	161	34,22±16,94		
Üniversite ve üzeri	69	28,24±17,96		
Meslek			0,871[b]	0,501
Serbest meslek	92	33,35±19,26		
Ev hanımı	153	30,89±19,34		
Memur	77	28,54±17,48		
İççi	22	34,16±19,69		
Emekli	45	33,09±18,75		
Çiftçi	18	35,11±17,00		
Çalışma durumu			1,227[a]	0,220
Evet	59	28,83±20,25		
Hayır	348	32,08±18,57		
Gelir gider durumu			0,033[b]	0,967
Gelir giderden az	15	30,52±18,57		
Gelir gidere denk	388	31,64±18,88		
Gelir giderden fazla	4	32,81±19,28		
Sigara kullanımı			**2,087[a]**	**0,038***
Hayır/bıraktı	320	30,60±18,74		
Evet	87	35,33±18,78		
Alkol kullanımı			1,411[a]	0,159
Hayır/bıraktı	349	31,07±19,25		
Evet	58	34,83±15,83		
Kronik hastalık			1,307[a]	0,194
Evet	74	34,51±21,76		
Hayır	333	30,96±18,08		

*p<0,05; **a:**Bağımsız örneklem t testi, **b:**Tek yönlü ANOVA analizi, **Ss:**Standart sapma **KGÖ:** Kanser gereksinimleri ölçeği

Hastalık ve tedavi ilişkili özelliklere göre hastaların KGÖ puan ortalamaları Tablo 4.5' te sunuldu.

Kanser tanı bölgesine göre hastaların kanser gereksinim düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu saptandı (F=4,313; p=0,001). Tukey testi alt grup analizine göre bu farkın meme kanseri tanısı alan hasta grubu ile GİS ve prostat kanseri tanısı alan hasta grubu arasında olduğu belirlendi. Meme kanseri tanısı alan hastalarda kanser gereksinim düzeyinin daha düşük olduğu saptandı.

Metastatik kanser tanısı alan hastaların primer kanser tanısı alan hastalara göre kanser gereksinim düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı (t=5,626; p<0,001).

Kanser tanısı üzerinden geçen zamana göre hastaların kanser gereksinim düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu saptandı (F=11,734; p<0,001). Tukey testi alt grup analizine göre bu farkın kanser tanısı üzerinden 5 yıl ve daha fazla süre geçen hasta grubundan kaynaklandığı belirlendi. Kanser tanısı üzerinden 5 yıl ve daha fazla süre geçen hastalarda kanser gereksinim düzeyi daha yüksekti.

Hastaların ECOG skoru arttıkça kanser gereksinim düzeyinin de arttığı saptandı (F=66,386; p<0,001).

Uygulanan tedavi türüne göre hastaların kanser gereksinim düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu saptandı (F=24,675; p<0,001). Tukey testi alt grup analizine göre bu farkın sadece kemoterapi alan hasta grubu ve bütün tedavileri alan hasta gurubundan kaynaklandığı saptandı. Sadece kemoterapi alan hastalarda kanser gereksinimlerinin düşük; tüm tedavileri alanlarda ise yüksek olduğu saptandı.

Kemoterapiyi 10 kürden fazla alan hastaların kanser gereksinim düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı (t=10,770; p<0,001).

Daha önce kemoterapi alma durumuna göre hastaların kanser gereksinim düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

Tablo 4.5. Hastalık ve tedavi ilişkili özelliklere göre hastaların kanser gereksinimleri ölçeği puan ortalamaları

		KGÖ		
Özellikler (n=407)	**n**	**Ort.±Ss**	**Test değeri**	***P*-değeri**
Tanı			**4,313[b]**	**0,001***
Akciğer kanseri[1]	135	32,54±18,76		
Meme kanseri[2]	110	25,77±17,12		*f**=2<3,4*
GİS kanseri[3]	93	36,30±18,05		
Prostat kanseri[4]	11	42,76±28,89		
Jinekolojik kanserler[5]	43	30,45±19,43		
Diğer tümör tipleri[6]	15	32,08±15,29		
Hastalık düzeyi			**5,626[a]**	**<0,001***
Primer tanı	325	28,81±17,28		
Metastatik	82	42,71±20,63		
Tanı üzerinden geçen zaman			**11,734[b]**	**<0,001***

1 yıl[1]	82	26,03±18,14		*f**=5>1,2*
2-4 yıl[2]	260	31,11±18,10		
≥5 yıl[3]	65	40,63±19,57		
ECOG			**66,386[b]**	**<0,001***
0[1]	67	18,76±15,24		*f**=1<2<3*
1[2]	185	26,71±15,21		
2[3]	155	43,00±18,09		
Alınan tedaviler			**24,675[b]**	**<0,001***
Sadece KT[1]	61	18,69±13,87		*f**=1<2,3,4*
Cerrahi+KT[2]	125	28,96±17,03		*4>2,3*
KT+RT[3]	80	29,99±17,46		
Cerrahi+KT+RT[4]	141	40,46±18,90		
Toplam KT kür sayısı			**10,770[a]**	**<0,001***
≤10 kür	166	27,96±18,49		
>10 kür	241	34,12±18,68		
Daha önce KT alma durumu			0,312[a]	0,755
Evet	80	32,20±20,57		
Hayır	327	31,46±18,41		
Aileden destek aldığı birey			**3,237[b]**	**0,022***
Anne veya baba[1]	13	41,11±29,17		*f**=4>3*
Çocuklar[2]	16	34,86±15,64		
Eş[3]	20	40,78±24,04		
Eş ve çocuklar[4]	358	30,60±18,00		
Aileden alınan desteği yeterli görme			**9,092[a]**	**<0,001***
Yeterli	315	27,42±16,93		
Kısmen yeterli	92	45,93±18,00		

p*<0,05; **a:Bağımsız örneklem t testi, **b:**Tek yönlü ANOVA analizi, **: Tukey post-hoc testi, **Ss:** Standart sapma
Ca: Kanser **KT:** Kemoterapi **RT:** Radyoterapi **GİS:** Gastro intestinal sistem

Tanıtıcı özelliklerine göre hastaların ÇBASDÖ puan ortalamaları Tablo 4.6' da sunuldu.

60 yaş altı hastaların 60 yaş ve üzeri hastalara göre çok boyutlu algılanan genel sosyal destek (t=4,552; p<0,001) ve arkadaş (t=4,900; p<0,001) ilişkili çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı.

Kadın hastaların erkek hastalara göre çok boyutlu algılanan genel sosyal destek (t=3,314; p=0,001) ile aile (t=3,255; p=0,001) ve arkadaş (t=3,699; p<0,001) ilişkili çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı.

Evli hastaların bekar hastalara göre özel bir insan (t=2,777; p=0,011) ilişkili çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük; arkadaş (t=2,147; p=0,041) ilişkili çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin ise yüksek olduğu saptandı.

Geniş aile yapısına sahip hastaların çok boyutlu algılanan genel sosyal destek (t=3,960; p<0,001) ile aile (t=5,416; p<0,001) ilişkili çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı.

Eğitim düzeyine göre hastaların çok boyutlu algılanan genel sosyal destek (F=5,910; p=0,001) ile özel bir insan (F=6,991; p<0,001) ve arkadaş (F=4,232; p=0,006) ilişkili çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu saptandı. Yapılan Tukey testi alt grup analizine göre bu farkın üniversite mezunu hasta grubundan kaynaklandığı belirlendi. Üniversite mezunu hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi daha yüksekti.

Meslek türüne göre hastaların çok boyutlu algılanan genel sosyal destek (F=3,688; p=0,003) ile aile (F=3,011; p=0,011), özel bir insan (F=2,682; p=0,021) ve arkadaş (F=4,821; p<0,001) ilişkili çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu saptandı. Yapılan Tukey testi alt grup analizine göre bu farkın memur ve işçi meslek gruplarında bulunan hastalardan kaynaklandığı belirlendi. Mesleği memur ve işçi olan hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi daha yüksekti.

Aktif olarak bir işte çalışabilen hastaların özel bir insan (t=2,535; p=0,014) ilişkili çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı.

Sigara kullanmayan veya bırakan hastaların çok boyutlu algılanan genel sosyal destek (t=2,459; p=0,014) ve aile (t=3,077; p=0,002) ilişkili çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı.

Alkol kullanmayan veya bırakan hastaların çok boyutlu algılanan genel sosyal destek (t=2,240; p=0,026) ile aile (t=2,174; p=0,030) ve arkadaş (t=2,508; p=0,013) ilişkili çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı.

Ailede destek alınan kişi durumuna göre hastaların aile (F=3,791; p=0,011), özel bir insan (F=20,225; p<0,001) ve arkadaş (F=5,212; p=0,002) ilişkili çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu saptandı. Yapılan Tukey testi alt grup analizine göre bu farkın eş ve çocuklarından destek alan hasta grubundan kaynaklandığı saptandı. Eş ve çocuklarının destek verdiği hastaların aile ve arkadaş ilişkili çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin yüksek, özel bir insan ilişkili çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin ise düşük olduğu belirlendi.

Verilen desteği yeterli gören hastaların çok boyutlu algılanan genel sosyal destek (t=10,890; p<0,001) ile aile (t=10,632; p<0,001) ve arkadaş (t=9,377; p<0,001) ilişkili çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı.

Gelir düzeyi ve kronik hastalık varlığına göre hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

Tablo 4.6. Tanıtıcı özelliklerine göre hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyleri puan ortalamaları

	Aile	**Özel bir insan**	**Arkadaş**	**ÇBASDÖ-Toplam**
Özellikler (n=407)	**Ort.±Ss**	**Ort.±Ss**	**Ort.±Ss**	**Ort.±Ss**
Yaş				
<60	25,51±3,80	5,70±4,75	16,10±8,19	47,30±11,20
≥60	24,78±4,11	5,13±4,11	12,02±7,90	41,93±11,91
Test değeri/*P*-değeri	1,809[a]/0,071	1,257[a]/0,210	**4,900[a]/<0,001***	**4,552[a]/<0,001***
Cinsiyet				
Erkek	24,49±4,44	5,78±4,85	12,87±7,95	43,13±12,12
Kadın	25,80±3,40	5,28±4,27	15,90±8,36	46,98±11,20
Test değeri/*P*-değeri	**3,255[a]/0,001***	1,095[a]/0,274	**3,699[a]/<0,001***	**3,314[a]/0,001***
Medeni durum				
Evli	25,26±3,97	5,27±4,28	14,77±8,39	45,30±11,77
Bekar	24,91±3,18	9,32±6,76	11,73±6,33	45,95±11,50
Test değeri/*P*-değeri	0,407[a]/0,684	**2,777[a]/0,011***	**2,147[a]/0,041***	0,254[a]/0,800
Aile tipi				
Geniş	27,60±1,26	13,20±11,91	18,80±8,39	59,60±15,15
Çekirdek	25,18±3,96	5,30±4,03	14,50±8,29	44,98±11,44
Test değeri/*P*-değeri	**5,416[a]/<0,001***	2,096[a]/0,065	1,619[a]/0,106	**3,960[a]/<0,001***
Eğitim				
Okur yazar[1]	24,85±4,37	4,72±3,03	13,10±8,96	42,67±11,45
İlköğretim[2]	25,39±4,52	7,19±6,38	13,83±8,13	46,42±13,19
Lise[3]	24,89±3,67	4,76±3,18	14,58±7,91	44,24±10,81
Üniversite[4]	26,35±2,81	5,99±5,31	17,57±8,03	49,90±10,96
Test değeri/*P*-değeri	2,606[b]/0,051	**6,991[b]/<0,001***	**4,232[b]/0,006***	**5,910[b]/0,001***
Fark		*f**=4>1,3*	*f**=4>1,2,3*	*f**=4>1,3*
Meslek				
Serbest meslek1	24,37±3,87	5,66±4,95	13,09±7,91	43,12±11,84
Ev hanımı[2]	25,55±3,62	4,96±3,68	14,43±8,55	44,94±11,23
Memur[3]	26,36±2,76	5,47±4,34	18,39±7,85	50,22±9,90

İççi[4]	24,14±7,05	8,32±6,54	11,68±6,76	44,14±13,53
Emekli[5]	24,96±4,29	5,02±3,73	14,02±8,32	44,00±12,28
Çiftçi[6]	24,33±3,83	6,94±6,99	12,67±7,55	43,94±14,65
Test değeri/*P*-değeri	**3,011[b]/0,011***	**2,682[b]/0,021***	**4,821[b]/<0,001***	**3,688[b]/0,003***
Fark	*f**=3>1*	*f**=4>2*	*f**=3>1,2,4,5,6*	*f**=3>1,2,5*
Çalışma durumu				
Evet	26,02±3,03	7,32±6,27	14,20±8,90	47,54±12,92
Hayır	25,11±4,05	5,18±4,10	14,67±8,22	44,96±11,50
Test değeri/*P*-değeri	1,645[a]/0,101	**2,535[a]/0,014***	0,400[a]/0,689	1,564[a]/0,119
Gelir gider durumu				
Gelir giderden az	24,40±6,54	10,07±8,75	15,27±10,08	49,73±19,67
Gelir gidere denk/fazla	25,27±3,80	5,32±4,21	14,58±8,25	45,17±11,34
Test değeri/*P*-değeri	0,513[a]/0,616	2,092[a]/0,055	0,314[a]/0,754	0,893[a]/0,386
Sigara kullanımı				
Hayır/bıraktı	25,55±3,73	5,51±4,68	15,02±8,26	46,08±11,76
Evet	24,10±4,43	5,44±3,93	13,07±8,37	42,61±11,32
Test değeri/*P*-değeri	**3,077[a]/0,002***	0,127[a]/0,899	1,950[a]/0,052	**2,459[a]/0,014***
Alkol kullanımı				
Hayır/bıraktı	25,41±3,68	5,43±4,54	15,02±8,30	45,87±11,70
Evet	24,21±5,08	5,86±4,47	12,09±7,99	42,16±11,56
Test değeri/*P*-değeri	**2,174[a]/0,030***	0,673[a]/0,502	**2,508[a]/0,013***	**2,240[a]/0,026***
Kronik hastalık				
Evet	24,93±4,16	5,53±4,36	13,05±8,15	43,51±11,38
Hayır	25,31±3,88	5,48±4,57	14,95±8,32	45,74±11,80
Test değeri/*P*-değeri	0,746[a]/0,456	0,075[a]/0,940	1,779[a]/0,076	1,479[a]/0,140

*$p<0,05$; **a:**Bağımsız örneklem t testi, **b:**Tek yönlü ANOVA analizi, **: Tukey post-hoc testi, **Ss:** Standart sapma

Hastalık ve tedavi ilişkili özelliklere göre hastaların ÇBASDÖ puan ortalamaları Tablo 4.7' de sunuldu.

Kanser tanı bölgesine göre hastaların çok boyutlu algılanan genel sosyal destek (F=5,337; p<0,001) ile özel bir insan (F=3,468; p=0,004) ve arkadaş (F=6,103; p<0,001) ilişkili çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu saptandı. Yapılan Tukey testi alt grup analizine göre bu farkın özel bir insan alt boyutunda prostat kanseri tanısı alan, ölçek toplam ve arkadaş alt boyutunda ise GİS kanseri tanısı alan hasta grubundan kaynaklandığı belirlendi. GİS kanseri tanısı alan hastaların çok

boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin düşük, prostat kanseri tanısı alan hastaların ise özel bir insan ilişkili çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin yüksek olduğu saptandı.

Metastatik kanser tanısı alan hastaların çok boyutlu algılanan genel sosyal destek ($t=2,481$; $p=0,015$) ile aile ($t=2,686$; $p=0,008$) özel bir insan ($t=3,703$; $p<0,00$) ve arkadaş ($t=6,321$; $p<0,001$) ilişkili çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı.

Tanı üzerinden geçen zamana göre hastaların çok boyutlu algılanan genel sosyal destek ($F=24,686$; $p<0,001$) ile aile ($F=11,762$; $p<0,001$) ve arkadaş ($F=21,955$; $p<0,001$) ilişkili çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu saptandı. Yapılan Tukey testi alt grup analizine göre bu farkın tüm alt boyutlar arasında olduğu saptandı. Tanı üzerinden geçen zaman arttıkça hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin de düştüğü belirlendi.

ECOG performans skoruna göre hastaların çok boyutlu algılanan genel sosyal destek ($F=69,932$; $p<0,001$) ile aile ($F=26,022$; $p<0,001$), özel bir insan ($F=7,426$; $p=0,001$) ve arkadaş ($F=56,136$; $p<0,001$) ilişkili çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu saptandı. Yapılan Tukey testi alt grup analizine göre bu farkın tüm alt boyutlar arasında olduğu saptandı. ECOG performans skoru arttıkça hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin de düştüğü belirlendi.

Verilen tedavi türüne göre hastaların çok boyutlu algılanan genel sosyal destek ($F=23,647$; $p<0,001$) ile aile ($F=12,658$; $p<0,001$) ve arkadaş ($F=21,438$; $p<0,001$) ilişkili çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık olduğu saptandı. Yapılan Tukey testi alt grup analizine göre bu farkın sadece kemoterapi alan hasta grubu ve bütün tedavileri alan hasta gurubundan kaynaklandığı saptandı. Sadece kemoterapi alan hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin yüksek; tüm tedavileri alanlarda ise düşük olduğu saptandı.

Kemoterapiyi 10 kürden fazla alan hastaların çok boyutlu algılanan genel sosyal destek ($t=3,709$; $p<0,001$) ile aile ($t=3,022$; $p=0,003$) ve arkadaş ($t=4,206$; $p<0,001$) ilişkili çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptandı. Daha önce bir kemoterapi tedavisi alan hastaların, almayanlara göre aile ($t=2,794$; $p=0,005$) ilişkili çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptandı.

Tablo 4.7. Hastalık ve tedavi ilişkili özelliklere göre hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyleri puan ortalamaları

	Aile	Özel bir insan	Arkadaş	ÇBASDÖ-Toplam
Özellikler (n=407)	**Ort.±Ss**	**Ort.±Ss**	**Ort.±Ss**	**Ort.±Ss**
Tanı				
Akciğer kanseri[1]	25,18±4,29	5,26±4,12	14,48±8,21	44,92±11,73
Meme kanseri[2]	26,03±3,29	5,20±3,91	17,39±8,51	48,62±11,08
GİS kanseri[3]	24,30±4,12	4,92±3,67	11,68±7,99	40,90±10,92
Prostat kanseri[4]	24,45±4,32	9,91±6,98	10,55±6,15	44,91±15,12
Jinekolojik kanserler[5]	25,65±3,68	6,84±6,85	15,98±7,04	48,47±11,66
Diğer tümör tipleri[6]	25,27±3,22	6,13±4,98	12,47±7,59	43,87±11,01
Test değeri/*P*-değeri	2,166[b]/0,057	**3,468[b]/0,004***	**6,103[b]/<0,001***	**5,337[b]/<0,001***
Fark		*f**=4>1,2,3*	*f **=3<2,5*	*f**=3<2,5*
Hastalık düzeyi				
Primer tanı	25,56±3,53	4,88±3,25	15,77±8,19	46,20±10,70
Metastatik	23,98±5,04	7,93±7,28	10,00±7,16	41,90±14,75
Test değeri/*P*-değeri	**2,686[a]/0,008***	**3,703[a]/<0,001***	**6,321[a]/<0,001***	**2,481[a]/0,015***
Tanı üzerinden geçen zaman				
1 yıl[1]	26,79±2,47	6,13±5,48	17,95±8,47	50,88±10,43
2-4 yıl[2]	25,12±3,97	5,45±4,48	14,87±7,90	45,44±11,43
≥5 yıl[3]	23,75±4,57	4,85±3,16	9,32±7,22	37,92±10,64
Test değeri/*P*-değeri	**11,762[b]/<0,001***	1,500[b]/0,224*	**21,955[b]/<0,001***	**24,686[b]/<0,001***
Fark	*f**=1>2>3*		*f**=1>2>3*	*f**=1>2>3*
ECOG				
0[1]	27,06±2,15	7,28±6,77	20,07±8,20	54,42±11,00
1[2]	25,94±3,36	5,44±4,22	16,55±7,65	47,92±9,66
2[3]	23,63±4,54	4,77±3,36	9,92±6,61	38,32±10,32
Test değeri/*P*-değeri	**26,022[b]/<0,001***	**7,426[b]/0,001***	**56,136[b]/<0,001***	**69,932[b]/<0,001***
Fark	*f**=1>2>3*	*f**=1>2>3*	*f**=1>2>3*	*f**=1>2>3*
Alınan tedaviler				
Sadece KT[1]	26,87±3,43	6,57±5,81	19,85±7,77	53,30±10,40
Cerrahi+KT[2]	25,65±3,68	5,34±4,33	16,49±8,20	47,47±11,29
KT+RT[3]	25,99±3,21	5,53±4,47	13,74±7,42	45,25±9,79
Cerrahi+KT+RT[4]	23,75±4,25	5,14±4,07	11,16±7,50	40,05±11,25
Test değeri/*P*-değeri	**12,658[b]/<0,001***	1,497[b]/0,215	**21,438[b]/<0,001***	**23,647[b]/<0,001***
Fark	*f**= 4<1,2,3*		*f**=1>2,3,4 ve 4<2*	*f**=1>2,3,4 ve 4<2,3*
Toplam KT kür sayısı				
≤10 kür	25,92±3,49	5,33±4,36	16,65±8,38	47,90±11,30
>10 kür	24,77±4,15	5,61±4,65	13,20±7,98	43,57±11,74

Test değeri/*P*-değeri	**3,022[a]/0,003***	0,614[a]/0,540	**4,206[a]/<0,001***	**3,709[a]/<0,001***
Daha önce KT alma durumu				
Evet	24,15±4,87	6,30±5,85	13,54±8,22	43,99±13,36
Hayır	25,51±3,62	5,29±4,13	14,87±8,33	45,67±11,31
Test değeri/*P*-değeri	**2,794[a]/0,005***	1,452[a]/0,150	1,282[a]/0,201	1,147[a]/0,252
Aileden destek aldığı birey				
Anne veya baba[1]	23,46±6,91	12,31±6,97	10,69±6,45	46,46±14,45
Çocuklar[2]	24,25±5,84	8,56±7,46	8,31±5,74	41,13±14,28
Eş[3]	23,05±5,55	8,80±8,41	12,30±8,04	44,15±17,05
Eş ve çocuklar[4]	25,47±3,52	4,92±3,54	15,16±8,33	45,55±11,17
Test değeri/*P*-değeri	**3,791[b]/0,011***	**20,225[b]/<0,001***	**5,212[b]/0,002***	0,833[b]/0,476
	*f**=4>3*	*f**=4<1,2,3*	*f**=4>2*	
Alınan desteği yeterli görme				
Yeterli	26,50±2,47	5,61±4,76±	16,24±8,21	48,35±10,50
Kısmen yeterli	20,92±4,85	5,08±3,61±	9,01±5,91	35,01±9,74
Test değeri/*P*-değeri	**10,632[a]/<0,001***	1,000[a]/0,318	**9,377[a]/<0,001***	**10,890[a]/<0,001***

p*<0,05; **a:Bağımsız örneklem t testi, **b:**Tek yönlü ANOVA analizi, **: Tukey post-hoc testi, **Ss:** Standart sapma **ÇBASDÖ:** Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği **Ca:** Kanser **KT:** Kemoterapi **RT:** Radyoterapi **GİS:** Gastro intestinal sistem

Hastaların çok boyutlu algıladığı sosyal destek ve kanser gereksinimleri ölçekleri toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki düzeyi Tablo 4.8' de detaylı olarak sunulmuştur. Hastaların çok boyutlu algıladığı sosyal destek arttıkça kanser gereksinimlerinin istatistiksel olarak anlamlı derecede azaldığı saptandı (r=-0,567; p<0,001).

Tablo 4.8. Hasta kanser gereksinimleri ölçeği ile çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanları arasındaki ilişki düzeyi

Değişken	KGÖ	Aile	Özel bir insan	Arkadaş
KGÖ	UD			
Aile	**r=-0,482***			
Özel bir insan	r=-0,029	r=0,045		
Arkadaş	**r=-0,557***	**r=0,410***	r=0,059	
ÇBASDÖ	**r=-0,567***	**r=0,642***	**r=0,442***	**r=0,868***

*p<0,001; **r=**Pearson korelasyon testi, **UD:** Uygun değil **KGÖ:** Kanser gereksinimleri ölçeği **ÇBASDÖ:** Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği

Kanser gereksinimleri ile ilişkili bağımsız değişkenler Tablo 4.9' da sunuldu.
Kanser gereksinimlerine etki eden bağımsız faktörleri belirleme amacıyla, yapılan tek değişkenli analizlerde kanser gereksinimleri ile %5 ve %10 istatistiksel önem düzeyinde anlamlı bir ilişkisi olan değişkenler enter yöntemiyle modellendi. Model %5 önem düzeyinde

anlamlı bulundu ($F_{(21-385)}$=16,70, p<0,001). Modelde çoklu doğrusallık (VIF=<5 ve Tolerans=>0,20) sorunu yoktur. Modelde bağımsız değişkenler, bağımlı değişkendeki toplam değişimin %44,9'unu açıklamaktadır (Adjusted R^2=0,449). Modelin bağımsız değişkenleri ile bağımlı değişken arasındaki ilişki incelendiğinde;

Artan eğitim düzeyi [β=1,16; p=0,045] ve ECOG performans skoru [β=5,76; p<0,001], metastatik kanser tanısı [β=8,18; p<0,001], anne/baba desteği [β=11,391; p=0,009], aile tarafından verilen desteğin kısmen yeterli görülmesi [β=7,70; p<0,001], akciğer [β=5,61; p=0,019] ve prostat [β=10,48; p=0,040] kanserinin kanser gereksinim düzeyini arttırdığı saptanırken; artan çok boyutlu algılanan sosyal desteğin [β=-0,53; p<0,001] hasta kanser gereksinim düzeyini azalttığı saptandı.

Tablo 4.9. Kanser gereksinimleri ile ilişkili bağımsız değişkenler

			95% Güven Aralığı			
Değişkenler	**β**	**SH**	**Alt**	**Üst**	**t**	***P*-değeri**
Sabit değer	35,658	8,414	19,115	52,200	4,238	<0,001
Yaş	-0,042	0,088	-0,215	0,130	-0,484	0,629
Cinsiyet						
Kadın – Erkek**	1,048	2,162	-3,203	5,299	0,485	0,628
Eğitim düzeyi	1,162	0,577	0,028	2,296	2,015	**0,045***
ECOG	5,766	1,313	3,185	8,347	4,393	**<0,001***
KT kür sayısı	0,084	0,164	-0,238	0,406	0,514	0,608
Çok boyutlu algılanan sosyal destek	-0,539	0,080	-0,697	-0,381	-6,711	**<0,001***
Sigara						
Evet – Hayır/bıraktı**	1,210	1,933	-2,590	5,010	0,626	0,532
Kanser tanı tipi						
Akciğer ca – Meme ca**	5,614	2,383	0,928	10,299	2,356	**0,019***
GİS ca – Meme ca**	3,726	2,879	-1,935	9,388	1,294	0,196
Prostat ca – Meme ca**	10,483	5,080	0,496	20,471	2,064	**0,040***
Jinekolojik ca – Meme ca**	2,803	2,659	-2,425	8,032	1,054	0,292
Diğer ca– Meme ca**	1,208	4,139	-6,929	9,346	0,292	0,770
Hastalığın düzeyi						
Metastatik – Primer ca**	8,180	2,243	3,771	12,589	3,648	**<0,001***
Sistemik tedavi						
Cerrahi/KT – KT**	4,462	2,502	-0,456	9,380	1,784	0,075
KT/RT – KT**	0,323	2,597	-4,782	5,428	0,124	0,901
Cerrahi/KT/RT– KT**	4,610	2,821	-0,937	10,157	1,634	0,103
Destek sağlayan yakın						

Anne/baba – Eş ve çocuklar**	11,391	4,329	2,881	19,902	2,632	**0,009***
Çocuklar – Eş ve çocuklar**	-1,717	3,765	-9,119	5,686	-0,456	0,649
Eş– Eş ve çocuklar**	2,354	3,411	-4,352	9,061	0,690	0,490
Alınan desteği yerli görme						
Kısmen yeterli – Yeterli**	7,708	1,956	3,863	11,553	3,941	**<0,001***
Tanı üzerinden geçen zaman	-0,400	0,559	-1,498	0,698	-0,716	0,474
Linear Regresyon Model özeti	$F_{(21-385)}$		16,70; p<0,001			
	R^2		0,477			
	Düzeltilmiş R^2		0,449			
	Bağımlı değişken		Kanser gereksinimi			

*p<0,05; **SH:**Standart hata, **:Referans değer, **β:**Regresyon tahmin katsayısı **Ca:** Kanser **KT:** Kemoterapi **RT:** Radyoterapi **ECOG:** Eastern Cooperative Oncology Group

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ile ilişkili bağımsız değişkenler Tablo 4.10'da sunuldu.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyine etki eden bağımsız faktörleri belirleme amacıyla, yapılan tek değişkenli analizlerde çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ile %5 istatistiksel önem düzeyinde anlamlı bir ilişkisi olan değişkenler enter yöntemiyle modellendi. Model %5 önem düzeyinde anlamlı bulundu ($F_{(24-382)}$=14,60, p<0,001). Modelde çoklu doğrusallık (VIF=<5 ve Tolerans=>0,20) sorunu yoktur. Modelde bağımsız değişkenler, bağımlı değişkendeki toplam değişimin %44,6'sını açıklamaktadır (Adjusted R^2=0,446). Modelin bağımsız değişkenleri ile bağımlı değişken arasındaki ilişki incelendiğinde;

Artan yaş [β=-0,13; p=0,020], ECOG performans skoru [β=-3,59; p<0,001] ve kanser gereksinimi [β=-0,25; p<0,001] ile metastatik kanser tanısının [β=-3,69; p=0,009] hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyini azalttığı; geniş aile yapısının [β=8,70; p=0,003] ise arttırdığı saptandı.

Tablo 4.10. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ile ilişkili bağımsız değişkenler

			95% Güven Aralığı			
Değişkenler	**β**	**SH**	**Alt**	**Üst**	**t**	***P*-değeri**
Sabit değer	64,964	4,300	56,510	73,418	15,109	<0,001
Yaş	-0,132	0,057	-0,244	-0,021	-2,331	**0,020***

Cinsiyet						
Kadın – Erkek**	0,759	1,718	-2,620	4,137	0,441	0,659
Aile tipi						
Geniş – Çekirdek**	8,704	2,900	3,002	14,406	3,001	**0,003***
Eğitim düzeyi	0,655	0,393	-0,118	1,427	1,666	0,096
Meslek						
Ev hanımı – Serbest meslek**	-0,280	1,727	-3,676	3,115	-0,162	0,871
Memur – Serbest meslek**	1,236	1,665	-2,037	4,509	0,743	0,458
İşçi – Serbest meslek**	-1,033	2,146	-5,253	3,188	-0,481	0,631
Emekli – Serbest meslek**	1,854	1,710	-1,507	5,216	1,085	0,279
Çiftçi – Serbest meslek**	0,775	2,417	-3,976	5,527	0,321	0,749
Sigara						
Hayır/bıraktı – Evet**	1,221	1,311	-1,356	3,798	0,932	0,352
Alkol						
Hayır – Evet**	1,675	1,512	-1,298	4,647	1,108	0,269
Kanser tanı tipi						
Akciğer ca – Meme ca**	1,024	1,502	-1,929	3,978	0,682	0,496
GİS ca – Meme ca**	-1,550	1,803	-5,095	1,996	-0,859	0,391
Prostat ca – Meme ca**	3,234	3,187	-3,033	9,500	1,015	0,311
Jinekolojik ca – Meme ca**	2,540	1,665	-0,734	5,814	1,525	0,128
Diğer ca– Meme ca**	-2,746	2,590	-7,838	2,346	-1,060	0,290
Hastalığın düzeyi						
Metastatik – Primer ca**	-3,693	1,414	-6,472	-0,913	-2,612	**0,009***
Tanı üzerinden geçen zaman	-0,524	0,349	-1,211	0,163	-1,500	0,134
ECOG	-3,592	0,803	-5,171	-2,013	-4,472	**<0,001***
Sistemik tedavi						
Cerrahi/KT – KT**	-1,835	1,572	-4,926	1,257	-1,167	0,244
KT/RT – KT**	-3,133	1,634	-6,346	0,081	-1,917	0,056
Cerrahi/KT/RT– KT**	-3,137	1,757	-6,592	0,318	-1,785	0,075
KT kür sayısı	0,043	0,102	-0,159	0,244	0,417	0,677
Kanser gereksinimleri	-0,257	0,028	-0,312	-0,202	-9,166	**<0,001***
Linear Regresyon Model özeti	$F_{(24\text{-}382)}$		14,60; p<0,001			
	R^2		0,479			
	Düzeltilmiş R^2		0,446			
	Bağımlı değişken		Çok boyutlu algılanan sosyal destek			

*p<0,05; **SH:**Standart hata, **:Referans değer, **β:**Regresyon tahmin katsayısı **Ca:** kanser **KT:** kemoterapi **RT:** radyoterapi **ECOG:** Eastern Cooperative Oncology Group

5.TARTIŞMA

Kanserli hastalar; hastalığın ve tedavinin etkisiyle hastalık sürecinde fiziksel, psikolojik ve sosyal pek çok sorun ile mücadele etmek zorunda kalır. Bu sorunlar hastaların, yaşam kalitesini azaltarak, gereksinimlerini ve sosyla destek ihtiyaçlarının artmasına neden olur. Hemşireler hastaların içinde bulunduğu bu zorlu süreçteki gereksinim ve sosyal destek ihtiyaçlarını belirleyerek etkili bir hemşirelik bakımı sunabilir.

Bu çalışma kanserli hastaların kanser gereksinimleri ve sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

Araştımadan elde edilen bulgular aşağıdaki bölümler altında tartışılmıştır.

- ✓ Kişisel, hastalık ve tedaviye ilişkin özelliklerin dağılımı
- ✓ Kanser Gereksinimleri Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin puan dağılımları
- ✓ Hastaların sosyodemografik, tanı ve tedavi özelliklerinin Kanser Gereksinimleri Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile karşılaştırılması
- ✓ Hastaların Kanser Gereksinimleri Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki ilişki

Hastaların kişisel özelliklerinin dağılımına ilişkin veriler incelendiğinde; çalışmaya dahil olan 407 kanser tanılı hastaların yaş ortalamasının 54,42±10,67 yıl, %57,2' sinin kadın, % 94,6'sının evli, % 97,5'inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu saptandı. Hastaların %39,6'sının lise mezunu olduğu, %85,5'inin aktif olarak bir işte çalışmadığı, % 37,6'sının ev hanımı olduğu belirlendi. Hastaların %95,3'ünün gelirinin giderlerini karşıladığı, hastaların tamamına yakınının (% 99,8) bir sağlık güvencesi olduğu saptandı. Hastaların sağlıkla ilişkili özellikleri incelendiğinde; %21,4'ünün sigara ve %14,3'ünün alkol kullandığı, % 18,2'sinin tanı konmuş kronik bir hastalığı olduğu saptandı.

Çalışamaya katılan hastaların %33,2'sinin akciğer kanseri tanısına sahip olup; hastaların %79,9' unun tanısının primer , %63,9'unun 2-4 yıl tanı alma süresi olduğu, ECOG performans skorunun %38,1'inin 2 olduğu saptandı. Kanser tanısı sonrası hastaların, %34,6'sına ise hem cerrahi hem kemoterapi hem de radyoterapi uygulandığı belirlendi. Hastaların, %59,2' sine 10 kürden daha fazla kemoterapi uygulanmış olup; hastaların %19,7'si daha önce kemoterapi

tedavisi aldığı saptandı. Hastaların %88'ine eşi ve çocuklarının destek verdiği, ayrıca hastaların %77,4'ü verilen aile desteğini yeterli gördüğü belirlendi. Çalışma bulgularımızın literatür ile benzer özellikler gösterdiği görülmektedir (1,6,13,14,126,127).

Çalışmamızda kanser gereksinimleri ölçeği genel puan ortalamasının 72,46±24,10 değeri ile ortada düzeyde olduğu görülmüştür. Ayrıca hastaların en fazla gereksiniminin psikoloji (30,10±9,79) alt boyutunda olduğu saptanmıştır. Hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği genel puan ortalamasının 45,34±11,74 değeri ile orta seviyeye yakın olduğu bulunmuştur. Ayrıca en fazla sosyal desteğin aile alt boyutunda (25,24±3,93) olduğu görülmüştür**. Eş ve çocuklarından destek alan hastaların kanser gereksinimlerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca verilen desteği yeterli gören hastaların toplam, aile ve arkadaş ile ilişkili çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.** Ertin ve Kurt 'un (2022) kanserli hastalar ile yaptıkları çalışmasında yaşam kalitesinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (126). Çidem ve Ersin'in (2019) meme kanserli hastalar ile yaptıkları çalışmasında hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek puan ortalamasını 49,37 ve en fazla sosyal desteğin ise aile alt boyutunda (22,00) olduğunu belirlemiştir (128). Biswas ve ark. (2024) kanserli hastalar ile yaptıkları çalışmasında hastaların %74,7'sinin algılanan genel sosyal destek düzeyinin orta ile yüksek arasında olduğunu ve hastların %97,4' ü ailelerinden orta ile yüksek düzeyde destek aldıklarını saptamıştır (129). Şimşek'in (2018) kanser hastalarıyla yapmış olduğu çalışmasında hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puan ortalaması 62,98±16,10 olup, en fazla algılanan sosyal destek alt boyutunun 'aile' olduğu saptanmıştır (130). Düzen ve Göktaş'ın (2021) kanserli hastalarla yapmış oldukları çalışmalarında hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puan ortalaması 41,367 olup en fazla algılanan sosyal destek alt boyutunun aile olduğu saptanmıştır (131). Yapılan çalışma sonuçları ile bizim çalışma sonuçlarımızın benzer olduğu görülmektedir. Knaserli hastaların gereksinim ve sosyal destek düzeylerinin orta seviyede olduğu söylenebilir. Kanserli hastaların içinde bulunduğu süreç neticesinde hastalar çeşitli fiziksel ve psikolojik semptomlarla başetmek zorunda kalmaktadır. Hastaları en fazla zorlayan durumun psikolojik zorluklar olduğu ve en fazla desteği aileden aldığı görülnmektedir. Bu durum; hastaların yaşadığı semptomlara bağlı olması ile açıklanabilir. Ayrıca bireylerin içinde bulunduğu durum ne kadar zor olsa da ailenin verdiği desteğin çok önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda erkek hastaların kadınlara göre kanser gereksinim düzeylerinin daha yüksek olduğu saptandı. Menekli ve ark.'nın (2020) kanserli hastalarda hastalık algısı ve yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmasında erkek hastaların kadın hastalara göre yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (132). Albayrak Okçin' in (2018) kanserli hastalarla yaptığı çalışmasında aynı şekilde erkek hastaların kadınlara göre yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (133). Ertin ve Kurt ' un (2022) kanserli hastalar ile yaptıkları çalışmasında kadın hastalarda bulantı semptomunun, erkek hastalarda ise dispne semptomunun daha kötü olduğu saptanmıştır (126). Çalışma bulgularımız erkek hastaların gereksinim düzeylerinin daha fazla olduğunu göstermektedir. Kadınlar erkeklere göre genel anlamda kendi ihtiyaçlarını kendileri karşılayabilmektedir ve dolayısıyla beklentileri de daha düşük seviyede olmaktadır. Bu durumun erkeklerin beklenti ve gereksinimlerinin artmasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda meme kanseri tanısı alan hastaların GİS ve prostat kanseri tanısı alan hastalara göre kanser gereksinim düzeyinin daha düşük olduğu saptandı. Menekli ve ark.'nın (2020) kanserli hastalar ile yaptığı çalışmasında meme kanserli hastaların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (132). Özgün ve ark.' nın (2020) kanserli hastalarda yapmış olduğu çalışmada prostat kanseri tanısı alan hastaların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (134). Bu durumun hastaların almış olduğu tanı, tedavi protokolleri ve tedaviye alınan cevap ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Aratşırmamızda metastatik kanser tanısı alan hastaların primer kanser tanısı alan hastalara göre kanser gereksinimlerinin daha yüksek olduğu saptandı. Kanser tanısı üzerinden 5 yıl ve daha fazla süre geçen hastalarda kanser gereksinim düzeyi daha yüksek olduğu saptandı. Ayrıca hastaların tanı üzerinden geçen zaman arttıkça, çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin de düştüğü belirlendi. Lin ve ark (2024) kanserli hastalar ile yaptığı çalışmada 2-5 yıl ile 5 yıldan fazla, kanser öyküsü olan hastaların kanser gereksinimlerinin fazla ve karşılanmamış ihtiyaçlarının olduğunu saptamışlardır (135). Çakır'ın (2019) kolorektal kanserli hastalarla yapmış olduğu çalışmasında tanı üzerinden geçen zamanın ve metastaz olma durumunun hastaların sosyal destek düzeyini etkilemediği belirlenmiştir (136). Bu durum; kanser sürecinin ilerlemesi, ilerleyen süreç ile alınan tedavi sürecinin uzaması ve hastaların fizyolojik, psikolojik gereksinimlerinin artması ile açıklanabilir.

Hastaların ECOG skoru arttıkça kanser gereksinim düzeyinin de arttığı saptandı. Aynı zamanda ECOG performans skoru arttıkça hastaların çok boyutlu algılanan sosyal

destek düzeyinin de düştüğü belirlendi. Ertin ve Kurt'un (2022) kanserli hastalar ile yaptıkları çalışmasında hastaların ECOG performans skoru arttıkça tüm semptomların arttığı ve yaşam kalitesinin kötüleştiği bulunmuştur (126). Yılmaz' ın (2014) kanserli hastalarla yapmış olduğu çalışmada ECOG performans puanı düştükçe sosyal destek düzeyinin arttığı bulunmuştur (137). Andrew ve ark. (2023) kanserli hastalar ile yapmış olduğu çalışmada hastaların bağımlılık düzeyi artıkça fiziksel gereksinimlerininde karşılanmasının önemi vurgulanmıştır (138). Bu durumun hastaların performansları kötüleştikçe bağımlılık düzeyinin artmasına dolayısıyla gereksinim seviyesinin de artmasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Çalışma grubumuzdaki kemoterapi tedavisi alan hastalarda kanser gereksinimlerinin düşük; tüm tedavileri alanlarda ise yüksek olduğu saptandı. Kemoterapiyi 10 kürden fazla alan hastaların kanser gereksinim düzeyinin daha yüksek olduğu saptandı. Ayrıca sadece kemoterapi alan hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin yüksek; tüm tedavileri alanlarda ise düşük olduğu saptandı. Kemoterapiyi 10 kürden fazla alan hastaların toplam, aile ve arkadaşla ilişkili çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin daha düşük olduğu belirlendi. Çiçek ve Beydağ' ın (2022) meme kanserli hastalarda yapmış olduğu çalışmada, kemoterapi tedavisinin tedavi sürecini zorlaştırdığı belirlenmiştir (139). Kemoterapi tedavisinin yan etkilerinin hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Albayrak Okçin' in (2018) hedefe yönelik tedavi alan hastalarla yaptığı çalışmasında da tedavi protokollerine göre yaşam kalitelerinde farklılıklar olduğu saptanmıştır (133). Erarslan'ın (2021) akciğer kanserli hastalarla yapmış olduğu çalışmasında kemoterapinin yanı sıra cerrahi ve radyoterapi tedavisi alan hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyinin sadece kemoterapi alan hastalara oranla daha düşük olduğu saptanmıştır (140). Fisher ve ark.'nın (2021) meme kanserli hastalarla yapmış olduğu çalışmasında alınan çoklu tedaviler sonrasında da hasta bireylerin sosyal destek ihtiyacının yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızdan elde edilen bu bulgu kemoterapiye ek olarak alınan tedavilerin hastada fiziksel ve ruhsal ek semptomlara neden olup, hastaların gereksinimlerini arttırdığı ve sosyal destek beklentisini daha da arttırdığını düşündürmektedir (141).

60 yaş altı hastaların 60 yaş ve üzeri hastalara göre çok boyutlu algılanan toplam ve arkadaşla ilişkili sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu saptandı. Atan' ın (2022) yapmış olduğu çalışmasında 65-69 yaş arasındaki hastalarda 70 yaş üzerindeki hastalara oranla sosyal destek algılarının daha yüksek olduğunu saptamıştır (142). Çakır'ın (2019) kolorektal kanserli hastalarla yapmış olduğu çalışmasında 30-49 yaş arasında olan hastaların sosyal destek

özel insan alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (143). Aydıner Boylu ve ark.' nın (2018) yaşlı bireylerle yapmış olduğu çalışmada yaşlıların çocuklarını görme sıklıkları azaldıkça, akrabalarını görme sıklıkları arttıkça sosyal destek algı puanları da artış gösterdiği belirtilmiştir (144). Bu durumun bireylerin yaşları arttıça birlikte yaşadığı/zaman geçirdiği destek verenlerden beklentisinin artması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Kadın hastların erkeklere göre çok boyutlu algılanan toplam ve arkadaşla ilişkili sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu saptandı. Çakır'ın (2019) kolorektal kanserli hastalarla yapmış olduğu çalışmasında erkek hastaların sosyal destek düzeylerinin kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (143). Çidem (2016) ve Kılıç'ın (2019) meme kanserli kadın hastalarla yapmış oldukları çalışmalarda çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği aile alt boyutu puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır (145,146). **Ayrıca evli hastaların bekarlara göre özel bir insanla ilişkili algılanan sosyal destek düzeyinin düşük; arkadaşla ilişkili algılanan sosyal destek düzeyinin ise yüksek olduğu saptandı. Ayrıca geniş aile yapısına sahip hastaların çok boyutlu algılanan toplam ve aile ile ilişkili sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu saptandı.** İsmailoğlu ve Khorshıd' in (2016) baş-boyun kanserli hastalarla yapmış olduğu çalışmada evli olan hastaların bekarlara göre özel bir insan ve aile ile ilişkili algılanan sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (147). Özdemir' in (2017) meme kanserli hastalarla yapmış olduğu çalışmada da evli olanların bekar olanlara göre özel bir insan ile ilişkili sosyal desteğin daha yüksek olduğu saptanmıştır (148). Arslan ve ark.'nın (2022) onkoloji hastaları ile yapmış olduğu çalışmada çekirdek aile yapısına sahip olan hastaların sosyal destek algılarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (149). Çalışmamıza katılan hastaların çoğunluğu evli olmasına rağmen bu durum; hastaların bakım vericilerinin ya da ihtiyaçlarını karşılayanların farklı bireyler olması ile açıklanabilir.

Çalışmamızda üniversite mezunu hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Şimşek' in (2018) kanser hastalarıyla yapmış olduğu çalışmasında ön lisans ve üzeri eğitim durumuna sahip hastaların arkadaşla ilişkili sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (130). Özdemir' in (2017) meme kanserli hastalarla yapmış olduğu çalışmasında orta okul ve üzeri eğitim durumuna sahip hastaların arkadaşla ilişkili sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (148). Bu durum çalışma grubumuzu oluşturan hastaların eğitim seviyesi arttıkça çok yönlü düşünerek, kendi beklentilerini karşılaması veya başkalarından olan beklentilerinin azalması ile açıklanabilir.

Çalışma bulgularamıza göre mesleği memur ve işçi olan hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca aktif olarak bir işte çalışabilen hastaların özel bir insanla ilişkili çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çakır'ın (2019) kolorektal kanserli hastalarla yapmış olduğu çalışmasında aktif olarak bir işte çalışan hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (143). Tomi ve ark.'nın (2023) meme kanserli hastalarla yapmış olduğu çalışmasında aktif olarak işte çalışan hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeylerinin orta düzeyde olduğu sağtanmıştır (150). Bireylerin aktif olarak çalışması onların gereksinimlerini ve başkalarına bağımlılıklarını azaltabilir. Ayrıca aktif olan bireylerin daha sosyal olması beklenen bir bulgudur.

Çalışma grubumuzdaki sigara kullanmayan veya bırakan hastaların toplam ve aile ile ilişkili çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu saptandı. Aktif olarak sigara kullanan hastalara göre sigara kullanmayan veya sigarayı bırakan hastalarda kanser gereksinim düzeyinin de düşük olduğu saptandı. Ayrıca alkol kullanmayan veya bırakan hastaların aile ve arkadaş ile ilişkili çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu belirlendi. Düzen' in (2016) akciğer kanserli hastalarla yapmış olduğu çalışmasında sigara ve alkol kullananların sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (151). Altunışık ve Doğan'ın (2023) KOAH' lı hastalarla yapmış oldukları çalışmasında sigara kullananların sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (152). Bu durumun sigara ve alkol gibi zararlı alışkanlıkların bireyler üzerindeki psikolojik ve sosyal açıdan olumsuz etkileriyle ilişkili olduğu düşünülmektedir.

GİS kanseri tanısı alan hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin düşük, prostat kanseri tanısı alan hastaların ise özel bir insan ilişkili çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin yüksek olduğu saptandı. Ayrıca metastatik kanser tanısı alan hastaların genel, aile, özel bir insan ve arkadaşla ilişkili çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin daha düşük olduğu saptandı. Şimşek' in (2018) kanserli hastalarla yapmış olduğu çalışmasında GİS kanseri tanılı hastaların sosyal destek düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır (130). Çakır'ın (2019) kolorektal kanserli hastalarla yapmış olduğu çalışmasında metastatik kanserli hastaların genel, aile ve arkadaşla ilişkili algılanan sosyal destek düzeyinin yüksek, özel bir insan desteği alt boyutunun ise düşük olduğu saptanmıştır (143). Bu durumun; tanı ve tedavi ile ilişkili oluşan semptomların çeşitliliğine bağlı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan hastaların sosyal destek düzeyi arttıkça kanser gereksinimlerinin azaldığı saptanmıştır. Düzen ve ark.'nın (2021) akciğer kanserli hastalar ile yapmış olduğu çalışmasında algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça hastaların genel iyilik halinin de arttığı saptanmıştır (131). Aksoy' un (2018) beyin tümörlü hastalarla yapmış olduğu çalışmasında algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı bulunmuştur (153).

Literatüre bakıldığında hastaların kanser gereksinimleri ve sosyal destek düzeylerini birlikte sorgulayan çalışmalara rastlanmamıştır. Yapılan çalışmalarda genelde yaşam kalitesi ve semptomlar sorgulanmıştır. Çalışmamız bu yönüyle literatüre yeni bir katkı sağlayacaktır. Çalışmamıza katılan hastaların sosyal destek düzeyleri arttıkça kanser gereksinimlerinin de azaldığı görülmektedir. Dolayısıyla hastaların gerek aile, gerek arkadaş/özel insan vb. sosyal destekleri arttıkça, gereksinimlerini, ihtiyaçlarını karşılayabildikleri veya zorlu süreç ile daha kolay başa çıktıkları söylenebilir.

Kanser hastalarının kanser gereksinimler ile sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir.

- Çalışmaya dahil edilen 407 kanser tanısı alan hastaların yaş ortalamasının 54,42±10,67 yıl, %57,2' sinin kadın, % 94,6'sının evli, % 97,5' inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu saptanmıştır. Hastaların %39,6'sının lise mezunu olduğu, %85,5'inin aktif olarak bir işte çalışmadığı, % 37,6'sının ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Hastaların %95,3'ünün gelirinin giderlerini karşıladığı, hastaların tamamına yakınının (% 99,8) bir sağlık güvencesi olduğu saptanmıştır. Hastaların sağlıkla ilişkili özellikleri incelendiğinde; %21,4'ünün sigara ve %14,3'ünün alkol kullandığı, % 18,2' sinin ek bir kronik hastalığa sahip olduğu saptanmıştır.
- Çalışamaya katılan hastaların %33,2'sinin akciğer kanseri tanısına sahip olup; hastaların %79,9' unun tanısının primer , %63,9'unun 2-4 yıl tanı alma süresi olduğu, ECOG performans skorunun %38,1'inin 2 olduğu saptanmıştır. Kanser tanısı sonrası hastaların, %34,6'sına ise hem cerrahi hem kemoterapi hem de radyoterapi uygulandığı belirlenmiştir. Hastaların , %59,2' sine 10 kürden daha fazla kemoterapi uygulanmış olup; hastaların %19,7'si daha önce kemoterapi tedavisi aldığı saptanmıştır. Hastaların %88'ine eşi ve çocuklarının destek verdiği, ayrıca hastaların %77,4'ü verilen aile desteğini yeterli gördüğü belirlenmiştir.

- Kanser gereksinimleri ölçeği genel puan ortalamasının 72,46±24,10 değeri ile orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Ayrıca hastaların en fazla gereksiniminin psikoloji (30,10±9,79) alt boyutunda olduğu saptanmıştır. Hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği genel puan ortalamasının 45,34±11,74 değeri ile orta seviyeye yakın olduğu bulunmuştur. Ayrıca en fazla sosyal desteğin aile alt boyutunda (25,24±3,93) olduğu görülmüştür.
- Eş ve çocuklarından destek alan hastaların kanser gereksinimlerinin daha düşük olduğu saptanmıştır.
- Çalışmamızda erkek hastaların kadınlara göre kanser gereksinim düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Çalışmamızda meme kanseri tanısı alan hastaların GİS ve prostat kanseri tanısı alan hastalara göre kanser gereksinim düzeyinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Metastatik kanser tanısı alan hastaların primer kanser tanısı alan hastalara göre kanser gereksinimlerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kanser tanısı üzerinden 5 yıl ve daha fazla süre geçen hastalarda kanser gereksinim düzeyi daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Hastaların ECOG skoru arttıkça kanser gereksinim düzeyinin de arttığı saptanmıştır. Aynı zamanda ECOG performans skoru arttıkça hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin de düştüğü belirlenmiştir**.**
- Kemoterapi tedavisi alan hastalarda kanser gereksinimlerinin düşük; tüm tedavileri alanlarda ise yüksek olduğu saptanmıştır. Kemoterapiyi 10 kürden fazla alan hastaların kanser gereksinim düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- 60 yaş altı hastaların 60 yaş ve üzeri hastalara göre çok boyutlu algılanan toplam ve arkadaşla ilişkili sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Kadın hastların erkeklere göre çok boyutlu algılanan toplam ve arkadaşla ilişkili sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Evli hastaların bekarlara göre özel bir insanla ilişkili algılanan sosyal destek düzeyinin düşük; arkadaşla ilişkili algılanan sosyal destek düzeyinin ise yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca geniş aile yapısına sahip hastaların çok boyutlu algılanan toplam ve aile ile ilişkili sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

- Çalışmamızda üniversite mezunu hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Çalışma bulgularamıza göre mesleği memur ve işçi olan hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca aktif olarak bir işte çalışabilen hastaların özel bir insanla ilişkili çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Çalışma grubumuzdaki sigara kullanmayan veya bırakan hastaların toplam ve aile ile ilişkili çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aktif olarak sigara kullanan hastalara göre sigara kullanmayan veya sigarayı bırakan hastalarda kanser gereksinim düzeyinin de düşük olduğu belirlenmiştir**.** Ayrıca alkol kullanmayan veya bırakan hastaların aile ve arkadaş ile ilişkili çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- GİS kanseri tanısı alan hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin düşük, prostat kanseri tanısı alan hastaların ise özel bir insan ilişkili çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca metastatik kanser tanısı alan hastaların genel, aile, özel bir insan ve arkadaşla ilişkili çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Hastaların tanı üzerinden geçen zaman arttıkça, çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin de düştüğü belirlenmiştir.
- Sadece kemoterapi alan hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin yüksek; tüm tedavileri alanlarda ise düşük olduğu saptanmıştır. Kemoterapiyi 10 kürden fazla alan hastaların toplam, aile ve arkadaşla ilişkili çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin daha düşük olduğu belirlenmiştir.
- Verilen desteği yeterli gören hastaların toplam, aile ve arkadaş ile ilişkili çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Kanserli hastaların sosyal destek düzeyi arttıkça kanser gereksinimlerinin azaldığı saptanmıştır.
- Artan eğitim düzeyi ve ECOG performans skoru, metastatik kanser tanısı, anne/baba desteği, aile tarafından verilen desteğin kısmen yeterli görülmesi, akciğer ve prostat kanserinin kanser gereksinim düzeyini arttıran; artan çok boyutlu algılanan sosyal

desteğin ise kanser geresiksinim düzeyini azaltan bağımsız değişkenler olduğu saptanmıştır.

- Artan yaş ve ECOG performans skoru, metastatik kanser tanısı ile kanser gereksiniminin hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyini azaltan; geniş aile yapısının ise çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyini arttıran bağımsız değişkenler olduğu belirlenmiştir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda verilebilecek öneriler;

- Kanserli hastaların tanı ve tedaviye bağlı yaşadıkları gereksinimleri ve sosyal destek düzeyleri geçerli ve güvenilir ölçeklerle belirlenmesi, değerlendirilmesi ve kayıt edilmesi,
- Kanserli hastaların gereksinimleri ve sosyal destek düzeylerini değerlendirirken hastaların kişisel ve hastalıkla ilgili özelliklerine dikkat edilmesi,
- Kanserli hastaların gereksinimlerinin karşılanması, sosyal desteklerinin sağlanması için uygun hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanması,
- Spesifik kanser türlerine sahip olan hasta grupları ile kanser gereksinimleri, sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik karşılaştırılmalı çalışmalar yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Kıyak M, Özkaraman A. Kanser sonrası yaşam: sağ kalanların gereksinimleri. İKÇÜSBFD. 2022;7:99-104.

2. Global Cancer Observatory. WHO. 2021. [Cited Date: 01.09.2022]. Avaible from: https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-fact-sheet.pdf,

http://www.who.int/cancer/en/.

3. Türkiye kanser istatistikleri. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. 2018. [Cited Date: 01.09.2022]. URL: http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri.html.pdf.

4. Kanserde risk faktörleri. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. 2018. [Alıntı Tarihi: 05.08.2022]. URL: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2017.pdf.

5. Ertem E, Alkım A, Bulut S, Sevil Ü. Radyoterapi alan hastaların evde bakım gereksinimleri ve yaşam kaliteleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2009;2:3-12.

6. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Parkin D.M, Piñeros M, Znaor A, et al. Cancer statistics for the year 2020: An overview. International journal of cancer. 2021;149:778-789. doi: 10.1002/ijc.33588.

7. Eylen B. Kanser hastalarında sosyal destek ölçeği (KHSDÖ): Türkçe geçerlilik ve güvenilirlilik çalışması. Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2002;15:109-117.

8. Dolu İ, Dönmez E, Yaranoğlu C. Kanser gereksinimleri ölçeği kısa formu: ayaktan tedavi alan hastalarda türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi. 2021;13:55-544.

9. Çalışkan T, Duran S, Karadaş A, Ergün S, Tekir Ö. Kanser hastalarının yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi: Balıkesir Üniversitesi, Balıkesir Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2015;17:27-36. doi: 10.24938/kutfd.124910.

10. Özyurt B E. Kanser hastalarının algıladıkları sosyal destek düzeyine ilişkin betimsel bir çalışma. Kriz Dergisi. 2007;15:1-15.

11. Bıkmaz Z. Lösemili hastaların yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi. [Yüksek Lisans Tezi]. Edirne: Trakya Üniversitesi; 2009.

12. Arslan, S. Y Akın, B. ve Koçoğlu, D. Kemoterapi alan hastalarda hastalık ve tedaviye bağlı yaşanan semptomların sosyo-demografik özellikler ve algılanan sosyal destek ile ilişkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2008;1:47-56.

13. Kurt S, Unsar S. Assessment of Symptom Control Patients with Cancer in Northwestern Turkey. European Journal of Oncology Nursing. 2021;15:137-144.

14. Arslan A, Batmaz M, Yazıcı H. Onkoloji hastalarında yalnızlık ve algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişki. Van Tıp Dergisi. 2022;29:168-176.

15. Erol Ö. Kanser gelişimini önlemek. Editör: Can G . Onkoloji Hemşireliği. Anakara: Nobel; 2015. s.31-41.

16. American Cancer Society. Signs and Symptoms of Cancer. 2023. [Cited Date:05.11.2023] Available from: https://www.cancer.org/cancer/diagnosis-staging/signs-and-symptoms-of-cancer.html.

17. Thompson T, Pérez M, Kreuter M, Margenthaler J, Colditz G, Jeffe DB et al. Perceived social support in African American breast cancer patients: predictors and effects. 2017;192:134-142.

18. Dalay N, Buyru N. Kanser biyolojisi. Editör: Can G. Onkoloji Hemşireliği. Ankara: Nobel; 2018. s.7-17.

19. Global cancer burden growing, amidst mounting need for services. IARC's Global Cancer Observatory Database. WHO. 2024. [Cited Date: 25.02.2024]. Avaible From: https://www.who.int/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for services#:~:text=In%202022%2C%20there%20were%20an,women%20die%20from%20the%20disease.

20. Cancer TODAY | IARC . Globocan 2022 (version 1.1) Database. WHO. 2024. [Cited Date: 25.02.2024]. Avaible From: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=cancer&populations=792&sexes=0.

21. Cancer TODAY | IARC . Globocan 2022 (version 1.1) Database. WHO. 2024. [Cited Date: 25.02.2024]. Avaible From: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=cancer&populations=792&sexes=2.

22. Cancer TODAY | IARC . Globocan 2022 (version 1.1) Database. WHO. 2024. [Cited Date: 25.02.2024]. Avaible From: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=cancer&populations=792&sexes=1.

23. Akdemir N, Can G. Kanserin önemi, etiyolojik risk faktörleri, değerlendirme ve korunma. Editör: Akdemir N. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 5.baskı. Ankara: Akademisyen; 2020. s.331-344.

24. Arifoğlu A, Dağoğlu N, Küçücük S, Oral E. Kanser epidemiyolojisi. Editör: Can G. İstanbul: Nobel; 2015. s.21-27.

25. Yazıcı H. Kanserde genetik risk, genetik testler, ve genetik danışma. Editör: Can G. Onkoloji hemşireliği. İstanbul: Nobel; 2015. s.59-71.

26. Türk Radyasyon Onkoloji Derneği. Kanserde çevresel risk faktörleri. [Alıntı Tarihi: 22.11.2023. URL: https://www.trod.org.tr/app_society_patient?id=10.

27. Uğur Ö. Kanser ve bakım yönetimi. Editör: Özer S. Olgu senaryolarıyla iç hastalıkları hemşireliği. İstanbul: İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık; 2019. s.57-78.

28. Koçak S, Çelik L, Özbaş S, Sak S. D, Tükün A, Yalçın, B. Meme kanserinde risk faktörleri, riskin değerlendirilmesi ve prevansiyon. 2010 konsensus raporu. Meme Sağlığı Dergisi. 2011;7.

29. Özsoy A, Barça N, Dölek B. A, Aktaş H, Elverici E, Araz L ve ark. The relationship between breast cancer and risk factors: a single-center study. European journal of breast health. 2017;13:145. doi: 10.5152/tjbh.2017.3180.

30. Açıkgöz A, Yıldız E. A. Meme kanseri etiyolojisi ve risk faktörleri. Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi. 2017;5:45-56. doi:10.30720/ered.441784.

31. Akkuzu M, Küçüköner M, Irtegun S, Akdeniz N, Urakçı Z, Kaplan MA ve ark. Meme kanserinde brca-1 ve brca-2'de sık görülen polimorfizm mutasyonların bölgemizde varlığı. Dicle Tıp Dergisi. 2019;46:623-631. doi: 10.5798/dicletip.661170.

32. Olgun Ş. Meme Kanserinde genetik risk faktörleri: Brca1 ve brca2 genleri. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2021;8:23-25.

33. Paşalak Ş. İ, Seven M. Onkolojide genetik gelişmeler ve hemşirenin rollerine etkisi. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2017;14:212-217.

34. Türkiye Kanser Kontrol Programı. T.C. Sağlı Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kanser Daire Başkanlığı. Kanserin etiyolojik risk faktörleri. 2021. s.253-260. Avaible From: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/dokumanlar-kanserdb/raporlar.html.

35. Türkiye Kanser Kontrol Programı. T.C. Sağlı Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kanser Daire Başkanlığı. Koruma stratejileri. 2021. s.262-287. Avaible From: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/dokumanlar-kanserdb/raporlar.html.

36. Mısıroğlu P, Köse B. Kanserde kaşeksi ve beslenme. Beslenme ve Diyet Dergisi. 2023;32: 26–32. doi: 10.17827/aktd.1213292.

37. Pekmezci H , Başaran B. Kanser hastalarının beslenme alışkanlıkları. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci. 2021;13:386-395. doi: 10.5336/hemşireler.2020-78631.

38. Akdemir N, Can G. Kanserin önemi, etiyolojik risk faktörleri, değerlendirme ve korunma. Editörler: Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 5.baskı. Ankara: Akademisyen; 2020. s.331-344.

39. Ulutaş Y, Ünal F. Birinci basamakta toplum tabanlı kanser taramaları sempozyumu. Birinci basamakta toplum tabanlı kanser taramaları sempozyumu, Ankara. 2019. Kongre özet kitabı. s.11-15.

40. Gençtürk N. Meme kanserinde korunma. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2007;10:72-82.

41. Hotun Şahin N, Karaçam Yılmaz Z. D, Dinç Kaya H, Akkaya Ş, Kırmızılar N, Keskin S. Jinekolojik kanserli kadınlarda kişilik tiplerinin incelenmesi. Etkili Hemşirelik Dergisi. 2024;17:270-282. doi: 10.46483/jnef.1468592.

42. Özerdoğan N, Gürsoy E. Serviks kanserinde korunma ve hemşirelik. Türkiye Klinikleri J Obstet Kadın Sağlığı Dis Nurs-Özel Konular. 2017;3:40-49.

43. Erol Ö. Kanserden korunma. Editör: Can G. Onkoloji hemşireliği. İstanbul: Nobel; 2015. s.31-38.

44. European code against cancer. Europen commission: 12 ways to reduce your cancer risk. WHO. 2016. [Cited date: 01.02.2024]. Avaible from: https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/en/.

45. Zengin F. H, Akbulut G. Mangiferin ve kanser. Beslenme ve Diyet Dergisi. 2019;47:73-81. doi: 10.33076/2019.BDD.1203.

46. Arvas M, Gezer A. Ailevi (herediter) over kanserlerinde yönetim over kanserlerinin önlenmesi-cerrahi yaklaşımlar ve kemoprevensiyon. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi. 2004;7:89-98.

47. Güzel N, Bayraktar N. Kadınların meme kanserinin erken tanısına yönelik farkındalıklarının ve uygulamalarının belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2019;6:101-110.

48. Gök Uğur H, Aydın Avcı İ. Kanser tarama merkezine başvuran kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının erken tanı bilgi ve uygulamalarına etkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015;4:244-258.

49. Şen F, Aydıner A. Kanserde tanı, sınıflandırma ve evrelendirme. Editör: Can G. Onkoloji Hemşireliği. 2.baskı. Ankara: Nobel; 2019. s.67-91.

50. Türkiye Kanser Kontrol Programı. T.C. Sağlı Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kanser Daire Başkanlığı. Korunma stratejileri. 2021. s.306-322. URL: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/dokumanlar-kanserdb/raporlar.html#.

51. Sağlı Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Daire Başkanlığı. 2023. [Alıntı tarihi: 01.02.2024]. URL: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari.html#.

52. Akdemir N, Can G. Kanserde tanı yöntemleri, kanserin oluşumu- gelişmesi ve sınıflandırılması. Editörler: Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 5.baskı. Ankara: Akademisyen; 2020. s.345-352.

53. Eroğlu N, Özkan İ. Meme kanserli hastaların ailesel öykü varlığı ile kanser tanısı alma evresi arasındaki ilişki. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2021;30:152-159.

54. Şen F, Aydıner A. Kanserde tanı, sınıflandırma ve evrelendirme. Editör: Can G. Onkoloji hemşireliği. İstanbul: Nobel; 2015. s.73-90.

55. Sahip B, Aslaner M, Ertop Ş. Hematolojik tanıda anamnez ve fizik muayene. Editör: Ertop Ş. Tanısal Hematoloji. Türkiye Klinikleri. 2020;1-5.

56. Kurt SS. Kanserli Hastalarda Semptom Kontrolünün Değerlendirilmesi. [Yüksek lisans tezi]. Edirne: Trakya Üniversitesi; 2008.

57. Ceylan F. Endoskopi uygulaması öncesi hastalara video ile verilen eğitimin bakım sonuçları üzerine etkisi [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: Medipol Üniversitesi; 2022.

58. Ceyhan Ö, Tekinsoy-Kartın P, Taşcı S. Effect of anxiety evel of education in Patients of Endoscopy. 2018;11:293-300.

59. Hasbahçeci M, Müslümanoğlu M. Genel cerrahi- güncel uygulamalar. Editör: Can G. Onkoloji hemşireliği. İstanbul: Nobel; 2015. s.111-118.

60. Geyikçeli E. Kanserden sağ kalan bireylerde kanser nüks korkusu ve ruhsal belirtilerin incelenmesi.[Yüksek lisans tezi]. Çanakkale: Onsekiz Mart Üniversitesi; 2023.

61. Kinhikar RA, Pawar AB, Mahantshetty U, Murthy V, Dheshpande DD, Shrivastava SK. Rapid Arc, helical tomotherapy, sliding window intensity modulated radiotherapy and three dimensional conformal radiation for localized prostate cancer: a dosimetric comparison. J Cancer Res Ther. 2014;10:575-82. doi: 10.4103/0973-1482.138200.

62. Baykara O. Kanser tedavisinde güncel yaklaşımlar. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016;5:154-165.

63. Akdemir N, Can G. Kanser tedavileri ve hemşirelik bakımı. Editör: Akdemir N. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 5.baskı. Ankara: Akademisyen; 2020. s.353-373.

64. Pekmezci H, Köse B. G, Akbal Y, Özdemir V. A, Çol B. K. Kemoterapi alan kanser hastalarının semptom yönetiminde tamamlayıcı terapi kullanımları. Sağ Aka Derg. 2022;9: 211-219. doi:10.52880/sagakaderg.1045498.

65.Yıldız İ. Sitotoksik kemoterapi ve prensipleri. Editör: Can G. Onkoloji hemşireliği. İstanbul: Nobel; 2015. s.169-186.

66. Çıtlak K, Kapucu S. Kemoterapi alan hastalarda görülen oral mukozitin önlemesi ve tedavisinde güncel yaklaşımlar: kanıta dayalı uygulamalar. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2015;2:70-77.

67. Cairo J, Muzi M. A, Ficke D, Ford-Pierce S, Goetzke K, Stumvoll D et al. Practice model for advanced practice providers in oncology. American Society of Clinical Oncology Educational Book. 2017;37:40-43. doi: 10.1200/EDBK_175577.

68. Çömlekçi N, Çevik A. B. Hedefe yönelik tedavilerde semptom yönetimi. 2.Ulusal Onkoloji Hemşireliği Kongresi, Bartın. 2019. Kongre Özet Kitabı. s.222-227.

69. Demirkazık A, Özal, G. Prostat kanserinde hedefe yönelik tedavinin yeri. Üroonkoloji Bülteni. 2010:2; 64-68.

70. Gökhan A, Kılıç KD, Gülle K, Uyanıkgil Y, Çavuşoğlu T. Apoptotik yolaklar ve hedefe yönelik tedaviler. SDÜ Tıp Fak Derg. 2020;27:565-73. doi: 10.17343/sdutfd.619417.

71. Desai K, Mc Manus J. M, Sharifi N. Hormonal therapy for prostate cancer. Endocrin reviews. 2021;42:354-373. doi: 10.1210/endrev/bnab002.

72. Baykara O. Kanser Tedavisinde güncel yaklaşimlar. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016;5:154-165. doi: 10.5505/bsbd.2016.93823.

73. Abraham J, Staffurth J. Hormonal therapy for cancer. Medicine. 2016;44:30-33.

74. Salman T, Dinçkal Ç. Kanser ve İmmünoterapi. Editörler: H Koçdor, A Pabuççuoğlu, F Zihnioğlu ve F Sağın. Sağlık Biyoteknolojisi. 2022;78-84.

75. Özlük A. A, Oytun M. G, Günenç D. Kanser immünoterapisi. İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Transplantasyon Dergisi. 2017;2:21-3.

76. Larkin J, Chiarion-Sileni V, Gonzalez R, Grob JJ, Cowey CL, Lao CD, et al. Combined Nivolumab and Ipilimumab or Monotherapy in Untreated Melanoma. N Engl J Med 2015;373:23-34. doi: 10.1056/NEJMoa1504030.

77. Ault KA. Effect of prophylactic human papillomavirus L1 virus-like-particle vaccine on risk of cervical intraepithelial neoplasia grade 2, grade 3, and adenocarcinoma in situ: a combined analysis of four randomised clinical trials. 2007;369:1861-1868.

78. Kapucu S. Biyoterapi. Editör: Can G. Onkoloji hemşireliği. İstanbul: Nobel; 2015. s.237-249.

79. Çeşmeci Y, Köylü B, Sulaiman J, Sancak E, Şenel S, Baki HE ve ark. İnternlerin gözünden HPV enfeksiyonları ve HPV aşısı. TRSGO Dergisi. 2015;18:85-92.

80. Arat M, Arpaci F, Ertem M, Gürman G. Turkish Transplant Registry: a comparative analysis of national activity with the EBMT European Activity Survey. Bone Marrow Transplant. 2008;42:142-145.

81. Trajkovska I, Hasan T, Nedeska-Minova N, Georgievski B, Cevreska L, Gacovski A. Early and late complications in patients with allogeneic transplantation of hematopoietic stem cell – Case report. Maced J Med Sci: 2017;5:340-343.

82. Kara H, Arıkan F. Hematopoetik Kök hücre transplantasyonu sonrası yaşam: hemşirenin bakım rolü. Uludağ Tıp Derg. 2021;47:133-140. doi: 10.32708/uutfd.840073.

83. Çalışkan T, Duran S, Karadaş A, Tekir Ö. Kanser hastalarının yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2015;17:27-36.

84. Dedeli Ö, Fadıloğlu Ç, Uslu R. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. Türk Onkoloji Dergisi. 2008;23:132-139.

85. Eren H, İskender M. D. Kemoterapi alan mide kanserli bir vakanın roy adaptasyon modeli'ne göre hemşirelik bakımı. Selçuk Tıp Dergisi. 2019;35:58-62. doi: 10.30733/std.2019.01049.

86. Kıyak M, Özkaraman A. Kanser sonrası yaşam: sağ kalanların gereksinimleri. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlı Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2021;*7*:99-104.

87.Kavradım S. T, Özer Z. C. Kanser tanısı alan hastalarda umut. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2014;6:154-164. doi: 10.5455/cap.20130901084242.

88. Arslantaş H, Adana F, Kaya F, Turan D. Yatan hastalarda umutsuzluk ve sosyal destek düzeyi ve bunları etkileyen faktörler. Florence Nightingale Journal of Nursing. 2010;18:87-97.

89. Ülger E, Alacacıoğlu A, Gülseren A. Ş, Zencir G, Demir L, Tarhan M. O. Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2014;28:85-92.

90. Özdemir Ü, Tokaç Akdeniz A. Kanser hastalarının ağrı inançları ve ilişkili faktörler. Ağrı Dergisi. 2023;35:244-253. doi:10.14744/agri.2022.55798.

91. Akdemir N, Can G. Kanser hemşireliğinde semptom kontrolü, onkolojik aciller ve bakım verenin korunması. Editör: Akdemir N. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 5.baskı. Ankara: Akademisyen; 2020. s.375-390.

92. Zorba Bahçeli P, Arıkan Dönmez A, Ünver G, Kapucu S. Kemoterapi alan meme kanserli kadınların ağrı distresi şiddeti ve yorgunluk düzeyleri arasındaki ilişki: tanımlayıcı kesitsel bir çalışma. Uludağ Tıp Derg. 2023;49:221-229. doi: 10.32708/uutfd.1299065.

93. Buğdaycı M. Kanserli hastalarda ağrı ve yönetimi. Sağlık Araştırmaları Dergisi. 2023;1:52-59.

94. Genç F, Köçkar Ç, Mutlu F, Buğdaycı M. Kanser hastalarının ağrı için kullandıkları non-farmakolojik yöntemler. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2018;15:88-93.

95. Uslu A, Hisar F. Metastatik meme kanseri olan hastanın Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntüleri modeline göre hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. Genel Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020;2:59-69.

96. Bulechek G. M, Butcher H. K, Dochterman J.M, Wagner C.M. Hemşirelik girişimleri sınıflaması. 6. baskı. İstanbul: Nobel;2017. s.67-71.

97. Arslan S. Kansere Bağlı Yorgunluk. Akciğer kanserinde destek tedavisi. Editörler: Gülhan M, Yılmaz Ü. Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği. 2016;331-337.

98. Uğur Ö, Kozan, F. B. Hemşirelerin kanserli hastaların yorgunluk durumuna yönelik farkındalığı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018;21:231-238.

99. Noël M. A, Debra L. B, Suzanna M. Z. Integrative therapies for cancer-related fatigue. Published in final edited form as: Cancer J. 2019;25:349-356.

100. Bag B. Kanser hastalarında yorgunluğa bağlı psikososyal sorunlar ve çözüm önerileri. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2012;21:253-273.

101. Arring N. M, Barton D. L, Brooks T, Zick S. M. Kanserle ilgili yorgunluk için bütünsel terapi. Kanser Dergisi. 2019;25:349-356. doi: 10.1097/PPO.0000000000000396.

102. Tarakçıoğlu Çelik GH. Onkoloji hemşireliğinde semptom yönetimi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016;5:93-100.

103. Pazarcıkcı, F. Kemoterapi alan kanser hastalarında uyku kalitesinin değerlendirilmesi. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2017;5:11-21. doi: 10.24998/maeusabed.292260.

104. Aksu N. T, Erdoğan A. Akciğer rezeksiyonu yapılan hastalarda uyku kalitesinin değerlendirilmesi. Journal of Turkish Sleep Medicine. 2017;4:35-42. doi: 10.4274/jtsm.76486.

105. Chen ML, Chang HK. Physical symptom profiles of depressed and nondepressed patients with cancer. Palliat Med. 2004;18:712-718. doi: 10.1191/0269216304pm950oa.

106. Duruk N, Kalaycı F. Covid-19 Pandemi sürecinin yetişkin bireylerde uyku kalitesi üzerine etkisi. SBÜHD. 2022;4:133-140. doi:10.48071/sbuhemsirelik.1185414.

107. Uğur Ö, Karadağ E, Çetinayak O. Kemoradyoterapi alan baş-boyun kanserli hastaların beslenme durumlarının değerlendirilmesi. İKÇÜSBFD. 2019;4:83-89.

108. Karakaş F.O, Alpaslan C. Baş-boyun bölgesine radyoterapi uygulanan hastaların yutma güçlüğü, ağız kuruluğu ve beslenme durumunda oluşan değişiklikler açısından değerlendirilmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020;13:227-234.

109. Muhsiroglu O. Kanser hastalarında tıbbi beslenme tedavisi. Gülhane Medical Journel. 2017;59:79-88.

110. Çelik G. H. T. Onkoloji hemşireliğinde semptom yönetimi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016;5:93-100.

111. Bulechek G. M, Butcher H. K, Dochterman J.M, Wagner C.M. Hemşirelik girişimleri sınıflaması, besleme. İstanbul: Nobel; 2017. s.105-107.

112. Karadovan A. Mukozit. Editör: Gülbeyaz Can. Onkoloji hemşireliği. 6 baskı. İstanbul: Nobel; 2015. s.371-372.

113. Bal S, Meral G, Doğru B.V. Ayaktan kemoterapi alan kanser hastalarının bulantı-kusma ve yorgunluk semptomlarına yönelik tamamlayıcı ve bütünleşik tedavi kullanım durumlarının belirlenmesi. Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022;5:13-23. doi: 10.53493/avrasyasbd.981525.

114. Pehlivan Z, Güner S.G, Nural N. Kemoterapiye bağlı gelişen bulantı kusma yönetimine ilişkin hemşirelik alanında yapılmış deneysel tezlerin incelenmesi. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi. 2023;6:193-204. doi: 10.38108/ouhcd.1070519.

115. Bitek D. E, Tokem Y. Kanser dispne ölçeğinin Türk kanser hastalarında geçerlik ve güvenirliğinin incelenmesi. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2021;6:155-162.

116. Altunışık B, Doğan N. KOAH' lı bireylerde dispne, sosyal destek ve yaşam kalitesinin belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2023;25:1-22.

117. Kurak D, Ateş B, Aygin D. Dispnede güvenli opioid kullanımı ve bakımı. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2023;27:34-44.

118. Arslan C, Ünsar S. Kronik obstrüktif akciğer hastalarına dispne algısı ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021;24:42-50.

119. Bahar A, Ovayolu Ö, Ovayolu N. Onkoloji hastalarinda sık karşılaşışan semptomlar ve hemşirelik yönetimi. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2019;6:42-58.

120. Pehlivan S, Doğan D, Kahraman B.N, Özkalemkaş F. Akut lösemi hastalarında alopesinin beden imajı ve benlik saygısına etkisi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2019;*45*:173-178. doi: 10.32708/uutfd.558864.

121. Ateş S, Olgun N. Kemoterapiye bağlı alopesi ve yaşam kalitesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2014;1:67-80.

122. Karakartal D. Kanser hastalarının yaşadıkları psiko-sosyal sorunların incelenmesi. Uluslararası Beşeri Bilimler ve Eğitim Dergisi. 2019;4:48-62.

123. Abay Alyüz S. B. Sosyal Desteğin Birey Yaşamında Önemi ve Sosyal Hizmet. Talim. 2020;4:115-134. doi: 10.37344/talim.2020.4.

124. Ülger E, Alacacıoğlu A, Gülseren A.Ş, Zencir G, Demir L, Tarhan MO. Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. DEU Tıp Derg. 2014;28:85-92. doi: 10.18614/deutfd.88761.

125. Öztürk H, Nazik F. S, Yaman S. Ç. Öğrencilerde yalnızlık ve sosyal destek ile bunlara etki eden faktörlerin incelenmesi. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2006;16:383-394.

126. Kurt S, Ertin B. Evaluation of symptom control and functional quality of life in Turkish patients with cancer during chemotherapy. European Journal of Oncology Nursing. 2022;61:102-239.

127. Demir D. M, Kurt S, Ertin B. The correlation between individuals' attitudes toward cancer screening, cancer information overload, and healthy life awareness: a cross-sectional study. Journal of Public Health. 2024;32;759-764.

128. Cidem, F, Ersin F. The Effect of Women's Social Support and Self-Efficacy Perceptions on Early Diagnosis Behaviors of Breast Cancer/Kadinlarin Sosyal Destek ve Oz Etkililik Algilarinin Meme Kanseri Erken Tani Davranislarina Etkisi. Journal of Education and Research in Nursing. 2019;16:183-191.

129. Biswas J, Bhuiyan M. R, Alam A, Chowdhury M. K. Relationship between perceived social support and mental health status of the advanced cancer patients receiving palliative care in Bangladesh. Palliative Care & Social Practice. 2024:18;1-11.

130. Şimşek C. Kanser hastalarında travma sonrası gelişim ve sosyal desteğin incelenmesi. [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi; 2018.

131. Düzen Ö, Göktaş S. Akciğer kanser cerrahisi geçiren ve adjuvan kemoterapi alan hastaların yaşam kaliteleri ve sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi. Sağlık ve Toplum. 2021;31:153-162.

132. Menekli T, Doğan F, Elkıran E. T. Kanserli hastalarda hastalık algısı ve yaşam kalitesi. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2020;17:467-474. doi: 10.35440/hutfd.810484.

133. Okçin F. Monoklonal antikor (Hedef Ajan) kullanan kanser hastalarının semptom sıklıkları ve yaşam kalitelerinin incelenmesi. Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018;4:1037-1055.

134. Özgün G, Türker P. F, Kaya B. Onkoloji hastalarının kanser türlerine göre yaşam kalitesi, kaygı ve antropometrik ölçümlerinin değerlendirilmesi. Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal. 2020;7:345-368. doi: 10.21020/husbfd.663720.

135. Lin W, Yoon S, Zhao Y, Seow-En I, Chok A. Y, Tan E. K. W. Asyalı bir popülasyonda küratif tedaviden sonra uzun süreli kolorektal kanser sağ kalanlarında hasta tarafından bildirilen karşılanmamış destekleyici bakım ihtiyaçları. Asya Cerrahi Dergisi. 2024;47: 256-262.

136. Çakır H. Cerrahi tedavi uygulanan kolorektal kanserli hastaların sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi [Yüksek lisasn tezi]. Nevşehir: Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi; 2019.

137. Yılmaz M. S. Kanser hastalarının sosyal destek algısı ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. [Yüksek lisans tezi]. Ankara: Ankara Üniversitesi; 2014.

138. Andrew S. E, Kevin T. L, Sally A. D. R, Raymond E. B, Greta W. Han X et al. Acupuncture vs massage for pain in patients living with advanced cancer the impact randomized clinical trial. Jama Network Open. 2023;6:e2342482. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.42482.

139. Çiçek S, Beydağ K. D. Postpartum dönem meme kanseri tanısı alan kadınların yaşadığı güçlükler. Abant Sağlık Bilimleri ve Teknolojileri Dergisi. 2022;2:49-57.

140.Erarslan R. Akciğer kanserli hastaların destekleyici bakım gereksinimleri ile algıladıkları sosyal destek düzeyi arasındaki ilişki. [Yüksek Lisans Tezi]. Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi; 2021.

141. Fisher H. M, Winger J. G, Miller S. N, Wright A. N, Vilardaga J. C. P, Majestic C et al. Relationship between social support, physical symptoms, and depression in women with breast cancer and pain. Published in final edited form as: Support Care Cancer. 2021;29:5513–5521. doi:10.1007/s00520-021-06136-6.

142. Atan Ç. 65 yaş üstü kadınlarda sağlı okuryazarlığı düzeyinin ve sosyal destek durumunun algılanan sağlı durumu ile ilişkisi. [Yüksek lisans tezi]. Konya: Selçuk Üniversitesi; 2022.

143. Çakır H. Cerrahi tedavi uygulanan kolorektal kanserli hastaların sosyal destek ve psikolojik dayanıklılı düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. [Yüksek lisans tezi]. Nevşehir: Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi; 2019.

144. Aydıner Boylu A, Günay G. Yaşlı bireylerde algılanan sosyal desteğin yaşam doyumu üzerine etkisi. İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi. 2018;7:1351-1363.

145. Çidem F. Kadınların sosyal destek ve öz etlilik algılarının meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi. [Yüksek lisans tezi]. Şanlıurfa: Harran Üniversitesi; 2016.

146. Kılıç M. Şanlıurfa'da engelli kadınların sosyal destek ve engel algılarının meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi. [Yüksek lisans tezi]. Şanlıurfa: Harran Üniversitesi; 2019.

147. İsmailoğlu E. G, Khorshid L. Baş-boyun kanserli hastaların stresle baş etme tarzları ve sosyal destek düzeylerinin incelenmesi. Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences. 2016;8:288-296.

148. Özdemir D. Onkoloji Eğitim hemşireliği biriminde eğitim alan meme kanseri hastalarında stresle başa çıkma yolları ve algılanan sosyal destek düzeyleri. [Yüksek lisasn tezi]. Konya: Selçuk Üniversitesi; 2017.

149. Arslan A, Batmaz M. Onkoloji Hastalarında Yalnızlık ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişki. Van Tıp Dergisi. 2022;29:168-176. doi :10.5505/vtd.2022.26529.

150. Tomi S. D, Malenkovi G , Šljivo A , Muji E, Tomi S. The Role of Resilience in the Relationship between Sociodemographic, Clinical Characteristics, and Social Support among Breast Cancer Patients in Serbia. . Healthcare. 2023;11:3184. doi: 10.3390/healthcare11243184.

151. Düzen Ö. Küçük hücreli dışı akciğer kanseri nedeniyle ameliyat olan ve adjuvan kemoterapi alan hastaların yaşam kaliteleri ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi. [Yüksek lisans tezi]. İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi; 2016.

152. Altunışık B, Doğan N. KOAH'lı bireylerde dispne, sosyal destek ve yaşam kalitesinin belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2023;25:1-22.

153. Aksoy E. Beyin tümörü tanısı konmuş bireylerin fonksiyonel değerlendirilmesi ve algıladıkları sosyal destek sistemlerinin yaşam kalitesi üzerine etkileri. [Yüksek lisans tezi]. Tekirdağ: Namık Kemal Üniversitesi; 2018.

EKLER

EK 1: HASTA BİLGİ FORMU

EK 2: KANSER GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ

EK 3: ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ'NİN GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ FORMU

EK 4: KANSER GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ İZNİ

EK 5: ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ'NİN GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ FORMU İZNİ

EK 6: ETİK KURUL İZNİ

EK 7: KURUM İZNİ

EK 1

HASTA BİLGİ FORMU

A. KİŞİSEL ÖZELLİKLER

1. Yaş:…….

2. Cinsiyet: 1) Erkek 2) Kadın

3. Medeni durum: 1) Evli 2) Bekar

4. Aile tipi: 1) Geniş aile 2) Çekirdek aile 3) Diğer…….

5. Eğitim durumu: 1) Okur-yazar değil 2) Okur-yazar 3) İlk öğretim
4) Orta öğretim 5) Lise 6)Üniversite ve üzeri

6. Meslek: 1) Serbest Meslek 2) Ev Hanımı 3) Memur 4) İşçi 5)Diğer……

7.Çalışma durumu: 1) Çalışıyor 2) Çalışamıyor

8. Sağlık güvencesi: 1) Var 2) Yok

9.Gelir durumu: 1) Gelir giderden az 2) Gelir gidere eşit 3) Gelir giderden fazla

10. Sigara kullanımı: 1) Hayır 2) Evet 3) Bırakmış; bırakmış ise ne zaman: ……

11.Sigara kullanıyor ise:

Miktarı: günde…….tane……..….yıl……

12. Alkol kullanımı: 1) Hayır 2) Evet 3) Bırakmış; bırakmış ise ne zaman: …….

13.Alkol kullanıyor ise:

Miktarı: ayda…….……kez……..….yıl……

14. Kanser dışında başka kronik hastalık varlığı: 1) Evet 2) Hayır

Cevabınız evet ise hastalığın tanısı: ……

B. HASTALIK VE TEDAVİYE İLİŞKİN ÖZELLİKLER

1. Hastalığın tanısı…….

2. Hastalığın durumu: 1) Primer 2) Metastatik; …….

3. İlk hastalık tanısı ne zaman kondu (yıl): ……

4. ECOG Performans Skoru:

0 Aktivite düzeyi normal

1 Hastalığı semptomları var, fakat günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yeterli

2 Gününün %50'sini yatak dışında geçirir, genellikle desteğe ihtiyacı var

3 Gününün %50'sinden fazlasını yatak içinde geçirip hemşirelik bakımına ihtiyacı var

4 Yatağa bağımlı, hospitalizasyona ihtiyacı olabilir.

5. Bugüne kadar hastalığınız ile ilgili hangi tedavileri aldınız (Birden fazla yanıt işaretleyebilirsiniz)

1) Cerrahi müdahale 2)Radyoterapi 3)Kemoterapi 4)Hormon tedavisi 5) Diğer…..

6. Şu anda hastanede bulunma nedeni?

1) Kemoterapi tedavisi 2) Semptomatik tedavi 3) Diğer……

7. Toplam aldığı kemoterapi kür sayısı:……

8. Öncesinde aldığı başka bir kemoterapi protokolü var mı? 1) Evet 2) Hayır

Cevabınız evet ise toplam kür sayısı: …….

9. Hastalığınız ya da tedavinizle ilgili size sürekli bakıp destek olacak kimse var mı?

1) Evet 2) Hayır

10. (9. Soruya evet diyenler cevaplayacaktır)

Hastalık sürecinde sosyal destek faktörleri kim/kimler?

1) Anne 2) Baba 3) Çocukları 4) Eşi

5) Eş ve çocukları 6) Diğer (belirtiniz)…….

11. Size destek olan kişi/ler sizi hangi yönlerden destekliyorlar? (Birden fazla cevap işaretlenebilecektir)

1) Fiziksel bakım 2) Maddi destek 3) Ruhsal destek 4) Diğer……..

12 . Bakımınıza yönelik yapılan destek/destekleri nasıl buluyorsunuz?

1) Tam olarak yeterli 2) Orta düzeyde yeterli 3) Yetersiz

EK 2

KANSER GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda sizin tedavi aldığınız süre boyunca fiziksel ve psikolojik olarak gereksinimlerinizi belirlemek için bazı ifadeler yer almaktadır. Her bir ifadenin yanında sizin şu an mevcut probleminize duyduğunuz yardım ihtiyacınızı tanımlayabilecek dereceler bulunmaktadır. Lütfen size en uygun gelen seçeneği işaretleyiniz.

Yardıma gerek yok: Bu probleminizle ilgili yardıma gerek duymuyorsunuz.

Yardım ihtiyacı giderilmiş: Bu probleminiz şu an devam etmiyor, sorun giderilmiş.

Düşük yardım ihtiyacı: Bu probleminizle ilgili düşük seviyede yardıma ihtiyaç duyuyorsunuz.

Orta seviye yardım ihtiyacı: Bu probleminizle ilgili orta seviyede yardıma ihtiyaç duyuyorsunuz.

Yüksek yardım ihtiyacı: Bu probleminizle ilgili yüksek seviyede yardıma ihtiyaç duyuyorsunuz.

	Yardıma gerek yok	**Yardım ihtiyacı giderilmiş**	**Düşük yardım ihtiyacı**	**Orta seviye yardım ihtiyacı**	**Yüksek yardım ihtiyacı**
1. Enerji kaybı ve yorgunlukla başa çıkma					
2. Uyku bozukluğuyla baş etme					
3. Ev işleriyle baş etme					
4. Eskiden yapılabilen şeyleri yapamamanın verdiği üzüntüyle baş etme					
5. Bağımsız hareket etme kabiliyetini kaybetme korkusuyla baş etme					
6. Sıkılmışlık ve/veya işe yaramazlık hissiyle baş etme					
7. Kaygı veya stresle baş etme					
8. Keyifsiz veya depresif hislerle baş etme					

9. Kanserin yayılması ya da tekrarlanması korkusuyla başa çıkma					
10. Ağrı ve ızdırap yaşayabilme korkusuyla baş etme					
11. Tedavi görme ya da ameliyat olma kaygısıyla başa çıkma					
12. Fiziksel kısıtlılıkların ya da sağlık durumundaki bozulmaların ilerlemesiyle ilgili korkularla başa çıkma					
13. Dış görünüş ve beden imajındaki değişiklikleri kabullenme					
14. Kanserin kişinin kontrolü dışında olması kaygısıyla başa çıkma					
15. Gelecekteki belirsizliklerle başa çıkma					
16. Ölüm ve ölmekle ilgili hislerle baş etme					
17. Mevcut durumunun kendi kontrolü altında olduğuna dair hislerin öğrenilmesi					
18. Kanser hakkında diğer insanların uygunsuz konuşmalarıyla başa çıkma					
19. Diğer insanların size karşı tutum ve davranışlarındaki değişikliklerle başa çıkma					
20. Hastanede aile ya da arkadaşlarınızın sizinle birlikte kalmasına izin verilmesi					
21. Kişinin klinikte ya da hastanede mahremiyet haklarının eksiksiz bir şekilde korunması					
22. Fiziksel ve duygusal tepkilerinin normal olduğunun sağlık personelleri tarafından ifade edilmesi					

23. Hastanede fiziksel ihtiyaçlarınızın hemşireler tarafından hemen karşılanması					
24. Hemşirelerin hisleriniz ve duygusal gereksinimlerinizi dikkate alıp duyarlılık göstermesi					
25. Doktorunuzun hisleriniz ve duygusal gereksinimlerinizi dikkate alıp duyarlılık göstermesi					
26. Uygulanan her test ve tedavi protokolü hakkında size ayrıntılı açıklama yapılması					
27. Tedavinin ya da ameliyatın faydaları ve yan etkileri hakkında, karar verme sürecinden önce tam olarak bilgi verilmesi					
28. Tedavideki başarı oranları hakkında tam olarak bilgi verilmesi					
29. Test sonuçlarının mümkün olan en kısa sürede kişiye tam olarak bildirilmesi					
30. Kanserin, hayatın geri kalan kısmında olası etkileri hakkında tam olarak bilgi verilmesi					
31. Kanserin iyileşmesi hakkında tam olarak bilgilendirilme yapılması					
32. Kendinizi iyi hissetmeniz için yapabileceğiniz şeyler hakkında tam olarak bilgi verilmesi					

EK 3

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ'NİN GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ FORMU

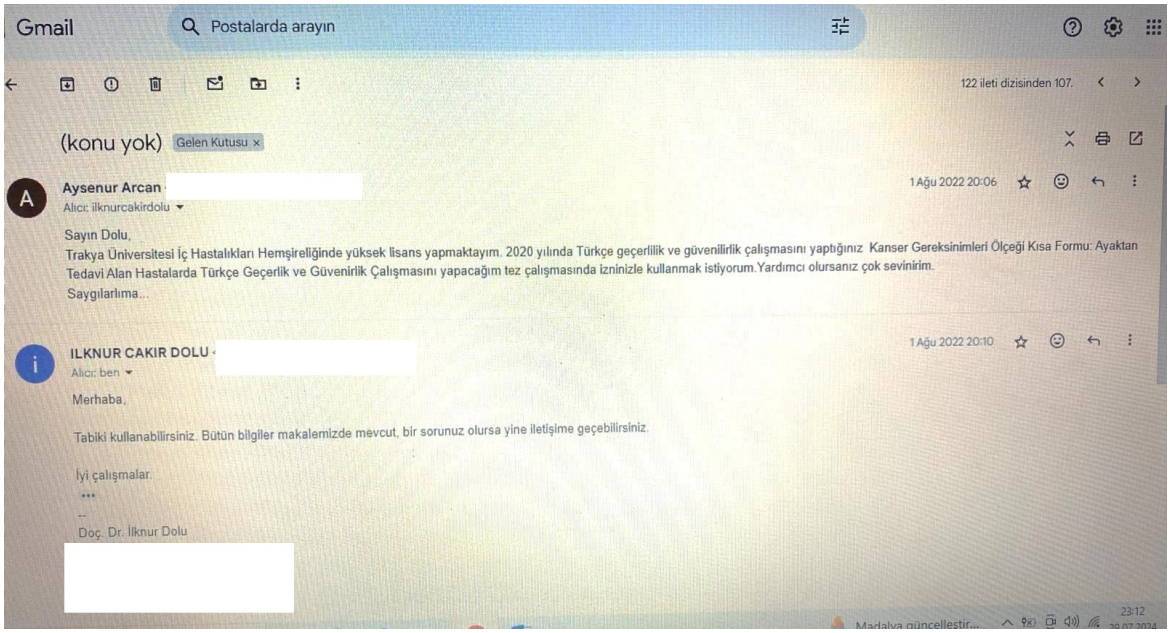
Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.							
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.							
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.							

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.							
8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.							
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.							
10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.							
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.							

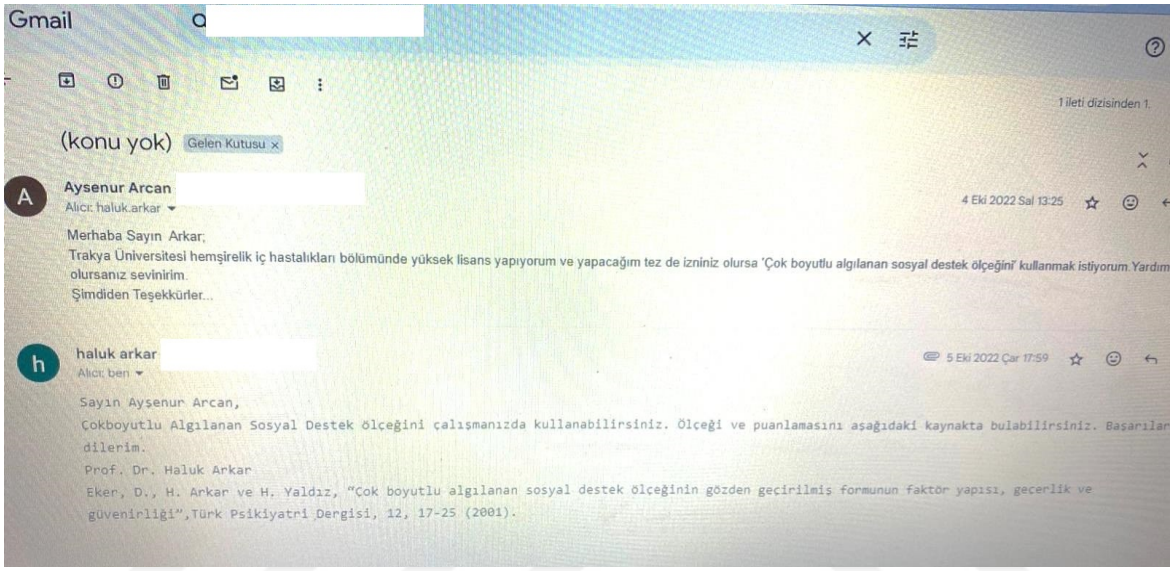
EK 4

KANSER GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ İZNİ



EK 5

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ'NİN GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ FORMU İZNİ


Gmail

1 ileti dizisinden 1

(konu yok) Gelen Kutusu ×

A **Aysenur Arcan**
Alıcı: haluk.arkar

4 Eki 2022 Sal 13:25

Merhaba Sayın Arkar;
Trakya Üniversitesi hemşirelik iç hastalıkları bölümünde yüksek lisans yapıyorum ve yapacağım tez de izniniz olursa 'Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğini' kullanmak istiyorum. Yardım olursanız sevinirim.
Şimdiden Teşekkürler...

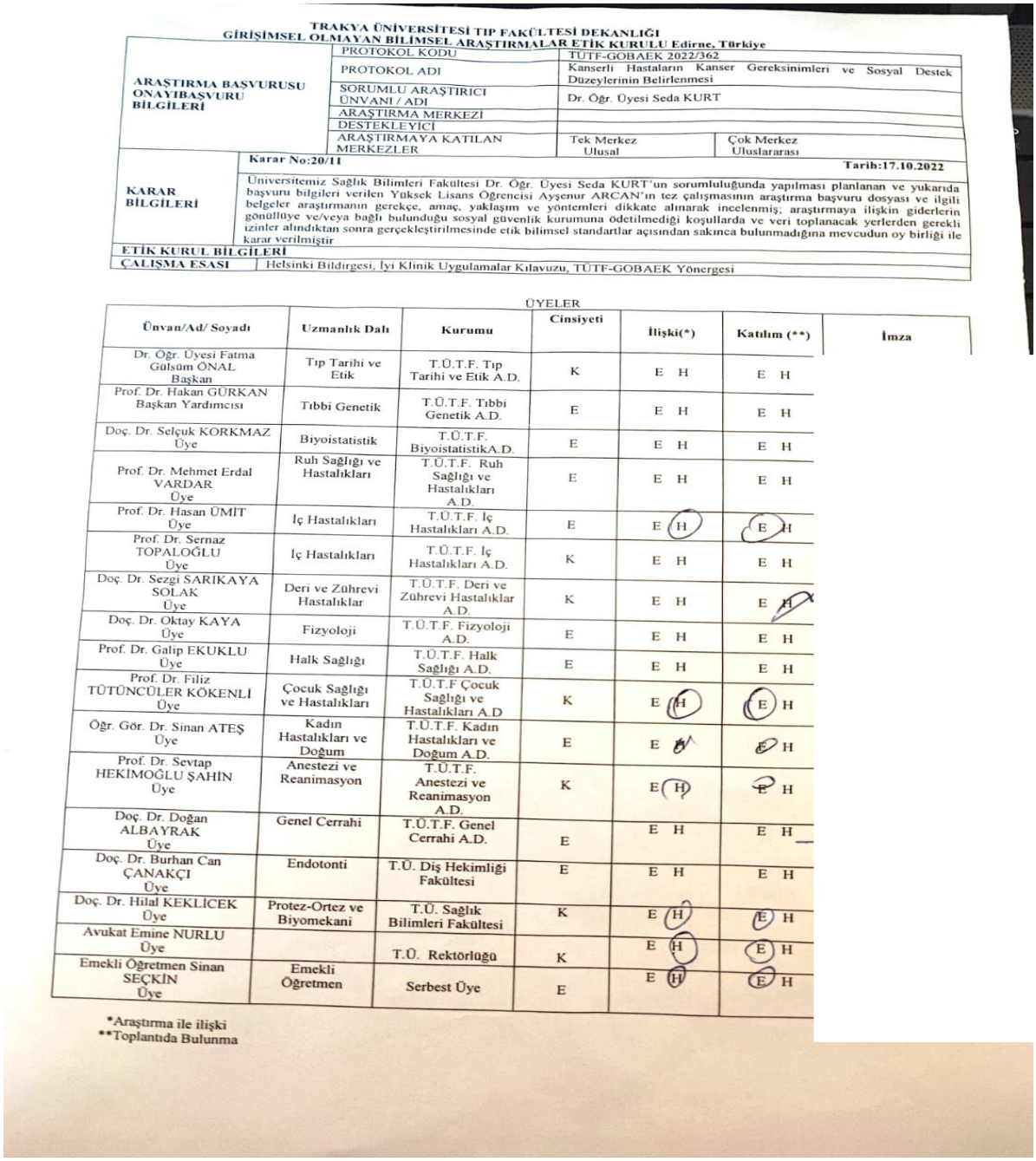
h **haluk arkar**
Alıcı: ben

5 Eki 2022 Çar 17:59

Sayın Ayşenur Arcan,
Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve puanlamasını aşağıdaki kaynakta bulabilirsiniz. Başarılar dilerim.
Prof. Dr. Haluk Arkar
Eker, D., H. Arkar ve H. Yaldız, "Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği",Türk Psikiyatri Dergisi, 12, 17-25 (2001).

EK 6

ETİK KURUL İZNİ



TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
GİRİŞİMSEL OLMAYAN BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-GOBAEK 2022/362	
	PROTOKOL ADI	Kanserli Hastaların Kanser Gereksinimleri ve Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Dr. Öğr. Üyesi Seda KURT	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:20/11** **Tarih:17.10.2022** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Dr. Öğr. Üyesi Seda KURT'un sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Ayşenur ARCAN'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir
ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-GOBAEK Yönergesi

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Gülsüm ÖNAL Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Hakan GÜRKAN Başkan Yardımcısı	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Selçuk KORKMAZ Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Mehmet Erdal VARDAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sernaz TOPALOĞLU Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Sezgi SARIKAYA SOLAK Üye	Deri ve Zührevi Hastalıklar	T.Ü.T.F. Deri ve Zührevi Hastalıklar A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Filiz TÜTÜNCÜLER KÖKENLİ Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E H	E H	
Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Doğan ALBAYRAK Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Burhan Can ÇANAKÇI Üye	Endotonti	T.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi	E	E H	E H	
Doç. Dr. Hilal KEKLİCEK Üye	Protez-Ortez ve Biyomekani	T.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi	K	E H	E H	
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye	Emekli Öğretmen	Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

EK 7

KURUM İZNİ

Evrak Tarih Sayısı: 06.02.2023-401998

T.C.
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : E-30804820-600-401432 03.02.2023
Konu : Tez Çalışması Hk.

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 25.01.2023 tarihli ve 600-E.395889 sayılı yazı

Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Ayşenur ARCAN'nın, "Kanserli Hastaların Kanser Gereksinimleri ve Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi" başlıklı tez çalışmasını Medikal Onkoloji Kliniğinde yapması uygun görülmüştür.

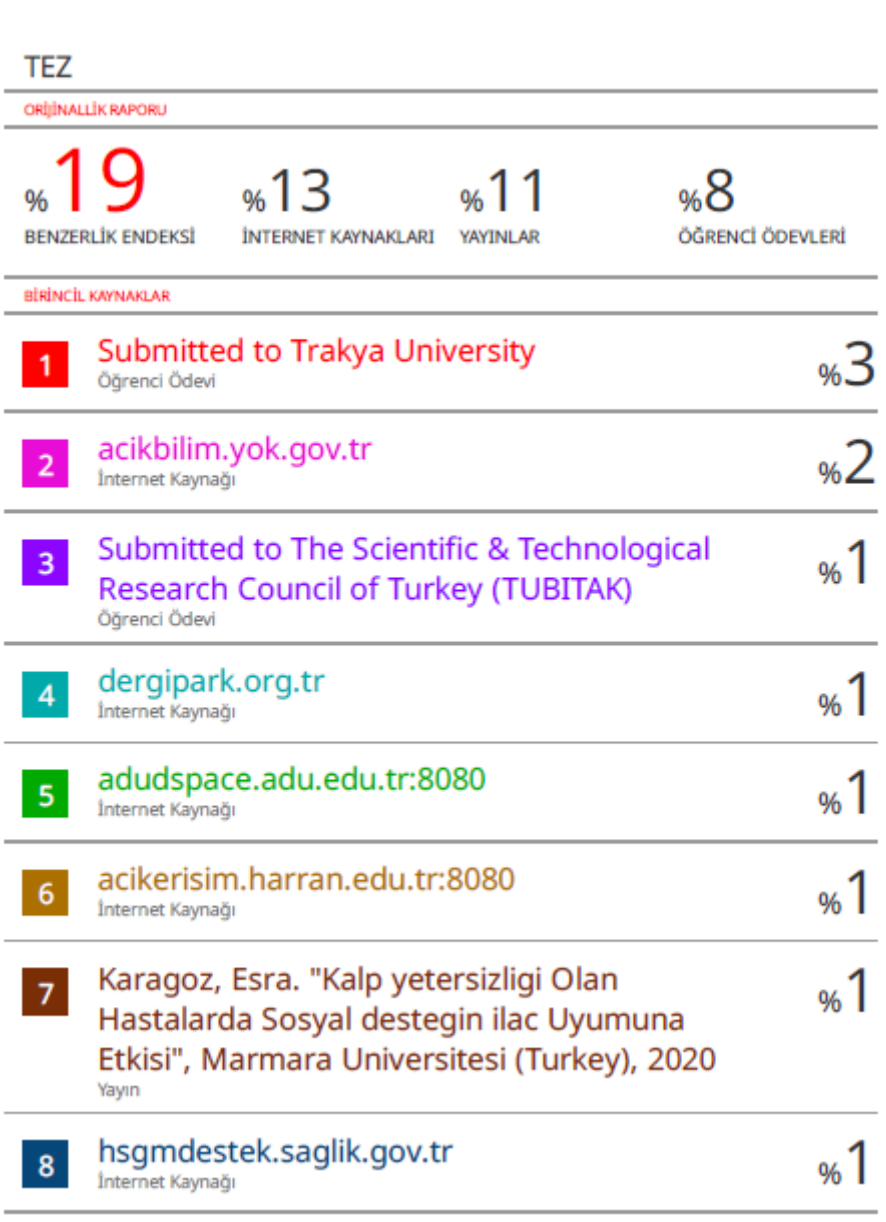
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Ahmet Muzaffer DEMİR
Anabilim Dalı Başkanı V.

Ek:1 syf.

ÖZGEÇMİŞ

BENZERLİK RAPORU



TEZ

ORİJİNALLİK RAPORU

%19	%13	%11	%8
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Trakya University Öğrenci Ödevi	%3
2	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%2
3	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	%1
4	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1
5	adudspace.adu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
6	acikerisim.harran.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
7	Karagoz, Esra. "Kalp yetersizligi Olan Hastalarda Sosyal destegin ilac Uyumuna Etkisi", Marmara Universitesi (Turkey), 2020 Yayın	%1
8	hsgmdestek.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı	%1