

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI

ONKOLOJİ SERVİSİNDE YATAN HASTALARIN PSİKOSOSYAL
GEREKSİNİMLERİNİ BELİRLEME

Emel ERTUĞRUL KIRIK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANLARI
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe KUZU
Doç. Dr. Latife UTAŞ AKHAN

ZONGULDAK

2020

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI

ONKOLOJİ SERVİSİNDE YATAN HASTALARIN PSİKOSOSYAL
GEREKSİNİMLERİNİ BELİRLEME

Emel ERTUĞRUL KIRIK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANLARI

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe KUZU

Doç. Dr. Latife UTAŞ AKHAN

ZONGULDAK

2020

KABUL VE ONAY

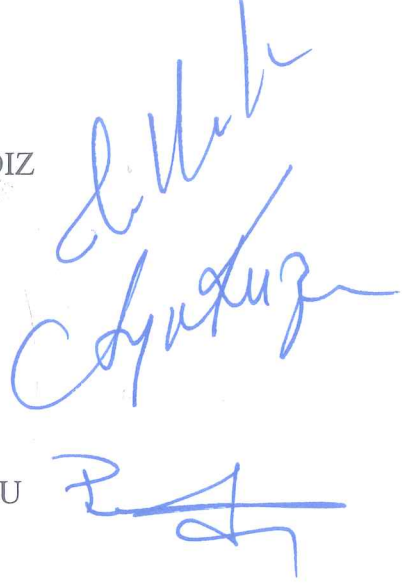
“Onkoloji Servisinde Yatan Hastaların Psikososyal Gereksinimlerini Belirleme” başlıklı bu araştırma jürimiz tarafından değerlendirilerek, Hemşirelik Anabilim Dalı Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tarih: 16.01.2020

Başkan : Doç. Dr. Tülay KUZLU AYYILDIZ

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Ayşe KUZU

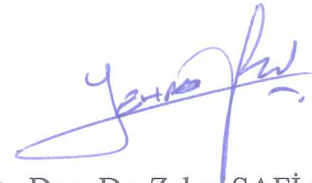
Üye: : Dr. Öğr. Üyesi Pınar ÇİÇEKOĞLU



ONAY:

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

TARİH: 05/02/2020



Doç. Dr. Zehra SAFİ ÖZ

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim sırasında ve akademik gelişmemde büyük emekleri olan ve tez çalışması sırasında desteğini hiçbir şekilde esirgemeyen değerli bölüm hocam ve tez danışmanın Dr. Öğretim Üyesi Ayşe KUZU'ya,

Yüksek lisans eğitimi ve tezin planlanması, yürütülmesi, değerlendirilmesi aşamasında manevi desteğini esirgemeyen akademik bilgi, beceri ve deneyimlerini benimle paylaşan değerli hocam Doç. Dr. Latife UTAŞ AKHAN'a,

Kaynak desteğiyle yardımlarını esirgemeyen, ülkemizde KLP hemşireliğinde bir ilki başlatan, yapılandıran, geliştiren ve yaygınlaştıran Prof. Dr. Nazmiye KOCAMAN YILDIRIM'a,

Manevi desteğini esirgemeyen değerli hocam Dr. Öğretim Üyesi Müge SEVAL'a ve dostum Dr. Öğretim Üyesi Türkan AKYOL GÜNER'e,

Ölçek izni için desteğini ve olurlarını esirgemeyen meslektaşım Ayfer AKSUOĞLUNA,

Tezimin istatistiksel analizleri ve değerlendirilmesinde yardım aldığım istatistikçi Emire BOR'a,

Araştırmamın yapılmasına izin veren Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi yöneticilerine,

Araştırmayı gerçekleştirdiğim kemoterapi ünitesi ve onkoloji kliniğinde çalışan hemşire, sağlık memuru arkadaşlarıma,

Çalışmama katılan tüm onkoloji hastalarına ve bakım verenlerine,

Hayatımın her dönemimde varlıkları, maddi ve manevi sonsuz destekleri ile yanımda olan sevgili annem Emine ERTUĞRUL'a ve babam Nevzat ERTUĞRUL'a, yanında güven duyduğum, beni her daim destekleyen eşim Savaş KIRIK'a,

Tez çalışması sürecinde manevi destekleriyle yanımda olan hemşire arkadaşlarım Yasemin ODABAŞ'ı ve Şükran DOĞAN'a,

Her daim birlikte iyi bir çalışma ekibi oluşturduğumuz ve manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen çok değerli mesai arkadaşlarım; perfüzyonist Şükrü MADENOĞLU'na, ameliyat hemşiresi Vildan ABIŞKA'ya ve Emrah ORHAN'a

Adını saymadığım fakat katkıda bulunan herkese sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Emel ERTUĞRUL KIRIK

Ocak 2020, ZONGULDAK

ÖZET

Emel ERTUĞRUL KIRIK, Onkoloji Servisinde Yatan Hastaların Psikososyal Gereksinimlerini Belirleme, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak, 2020.

Araştırma onkoloji biriminde yatan hastaların psikososyal gereksinimlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı-kesitsel olarak yapılan çalışmanın evrenini, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin Onkoloji Biriminde yatan kanser hastaları, örneklemini ise 01.07.2019-31.09.2019 tarihleri arasında bu birimde yatan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılamış olan 100 hasta oluşturmuştur.

Çalışmanın verileri “Onkoloji Biriminde Yatan Hastaların Sosyodemografik, Klinik ve Psikososyal Özelliklerine İlişkin Bilgi Toplama Formu” ve “Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği'nin Kısa Formu” ile toplanmıştır. İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel metodlar, Shapiro-Wilk testi, Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis testi, Dunn-Bonferroni testi, Pearson ki-kare testi, Fisher's exact test kullanılmıştır.

Çalışmanın sonucunda kanser hastaları arasında psikososyal sorun yaşayanların, psikiyatrik belirtileri ve tanısı olanların, ruhsal desteğe ihtiyacı olanların, destekleyici bakım gereksinimlerinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Sosyal destek alanların destekleyici bakım gereksinimleri, almayanlara oranla daha düşüktür. Hastada tanı süresinin uzaması ve metastaz varlığı, fiziksel ve günlük yaşamı destekleyici bakım gereksinimleri artırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kanser, Psikososyal gereksinimler, Psikososyal bakım, Konsültasyon liyazon psikiyatri hemşiresi

ABSTRACT

Emel ERTUĞRUL KIRIK, Determination of Psychosocial Needs of Patients Hospitalized in Oncology Department, Zonguldak Bülent Ecevit University, Institute of Health Sciences, Department of Nursing Mental Health and Psychiatric Nursing Master's Program, Master Thesis, Zonguldak, 2020.

The research was conducted to determine the psychosocial needs of patients hospitalized in the oncology unit. The universe of this descriptive-cross-sectional study consisted of cancer patients hospitalized in Oncology Unit of Zonguldak Bulent Ecevit University Application and Research Center and the sample consisted of 100 patients who received treatment between 01.07.2019-31.09.2019 and fulfilled the research criteria.

The data of the study were collected with "Information Collection Form Regarding Socio-demographic, Clinical and Psychosocial Features of Patients Hospitalized in Oncology Unit" and "Supportive Care Needs Scale". NCSS 2007 program was used for statistical analysis. Descriptive statistical methods, Shapiro-Wilk test, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test, Dunn-Bonferroni test, Pearson chi-square test, Fisher's exact test were used in the analysis of the data.

As a result of the study, it was found that supportive care needs were higher among cancer patients who had psychosocial problems, psychiatric symptoms and diagnoses, and those who needed psychological support. Supportive care needs of those receiving social support are lower than those who do not receive supportive care. Prolonged diagnosis and presence of metastases increase the need for physical and daily life supportive care.

Keywords: Cancer, Psychosocial needs, Psychosocial care, Consultation liaison psychiatric nursing.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
KABUL VE ONAY	iii
ÖNSÖZ	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISATMALAR DİZİNİ	ix
GRAFİK DİZİNİ	x
TABLOLAR DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Konusu ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Soruları	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Psiko-Onkoloji	3
2.1.1. Psiko-onkolojinin ilgilendiği alanlar	5
2.2. Psikososyal Gereksinimler	6
2.3. Destekleyici Bakım Gereksinimleri	7
2.4. Kanserde Hastaların Yaşadığı Psikolojik, Psikiyatrik ve Sosyal Sorunlar	8
2.4.1. Kanserde psikolojik sorunlar	8
2.4.2. Kanserde psikiyatrik sorunlar	10
2.4.3. Kanserde sosyal sorunlar	12
2.5. Kanserde Sosyal Destek ve Önemi	13
2.6. Kanser ve Hemşirelik	15
2.7. Konsültasyon Liyezon Psikiyatri ve Hemşireliği Tarihçesi	17
2.7.1. Konsültasyon liyezon psikiyatri tarihçesi	17
2.7.2. Konsültasyon liyezon hemşireliği tarihçesi	18
2.8. Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği	19
2.9. Kanserde Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği ve Psikososyal Bakım Uygulamaları	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Tipi	24
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı	24

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	24
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	25
3.5. Veri Toplama Araçları.....	25
3.5.1. Onkoloji biriminde yatan hastaların sosyodemografik, klinik ve psikososyal özelliklerine ilişkin bilgi toplama formu (Ek 3).....	25
3.5.2. Destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği kısa formu (Ek 4)	26
3.6. Veri Toplama Süreci	28
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	28
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	28
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu	29
4. BULGULAR.....	30
5. TARTIŞMA	62
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	69
6.1. Sonuçlar.....	69
6.2. Öneriler.....	72
7. KAYNAKÇA.....	74
8. EKLER.....	85
Ek 1. Ölçek Kullanım İzin Yazısı.....	85
Ek 2. Hasta İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Yazısı.....	86
Ek 3. Onkoloji Biriminde Yatan Hastaların Sosyodemografik, Klinik ve Psikososyal Özelliklerine İlişkin Bilgi Toplama Formu	90
Ek 4. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu (DBGÖ-KF).....	97
Ek 5. Etik Kurul İzin Yazıları.....	99
Ek 6. Kurum İzin Yazıları	101
Ek 7. Kurum İzin Yazıları	103
10. ÖZGEÇMİŞ	104

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
DBGÖ-KF	: Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu
İÜ	: İstanbul Üniversitesi
KLP	: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatri
NANDA	: North America Nursing Diagnosis Association/Kuzey Amerika Hemşirelik Tanılama Birliği
NCSS	: Number Cruncher Statistical System



GRAFİK DİZİNİ

<u>Grafik</u>	<u>Sayfa</u>
1. Cinsiyet Dağılımı	31
2. Yaş Gruplarının Dağılımı	31
3. Tanı Sürelerinin Dağılımı	34
4. Metastaz Varlığına İlişkin Dağılımlar.....	34
5. Sosyal Destek Alma Durumuna İlişkin Dağılımlar	38
6. Sosyal Destek Alınan Kişilerin Dağılımı.....	38
7. Hastanın Ruhsal Desteğe İhtiyaç Duyma Dağılımı	40
8. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu Alt Boyut Puan Dağılımları	44
9. Psikiyatrik Hastalık Öyküsüne Göre Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu Alt Boyut Puanlarının Dağılımı	47
10. Psikiyatrik Hastalık Öyküsüne Göre Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu Toplam Puan Dağılımı	48
11. Tanı Süresine Göre Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu Fiziksel ve Günlük Yaşam Alt Boyut Puan Dağılımı	50
12. Tanı Süresine Göre Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu Toplam Puan Dağılımı	51
13. Metastaz Varlığına Göre Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu Fiziksel ve Günlük Yaşam Alt Boyut Puan Dağılımı	51
14. Sosyal Destek Alma Durumuna Göre Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu Toplam Puanının Dağılımı.....	54
15. Psikososyal Sorun Yaşama Durumuna Göre Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu Alt Boyut Puanlarının Dağılımı	55
16. Psikososyal Sorun Yaşama Durumuna Göre Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu Toplam Puanının Dağılımı	56
17. Ruhsal Belirti ve Bulgu Varlığına Göre Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu Toplam Puan Dağılımı	59
18. Ruhsal Destek İhtiyacı Olması Durumuna Göre Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu Toplam Puan Dağılımı	61

TABLOLAR DİZİNİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
1. Destekleyici Bakım Gereksinimleri	8
2. Onkoloji Hastalarının Demografik Özelliklerinin Dağılımı	30
3. Onkoloji Hastalarının Hastalığı İle İlgili Tanımlayıcı Özellikleri	33
4. Onkoloji Hastalarının Psikososyal Gereksinimlere İlişkin Bulguları	35
5. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı	41
6. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu Alt Boyut ve Toplam Puan Dağılımları ve İç Tutarlılıklarının Değerlendirilmesi	43
7. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi	45
8. Hastalık ile İlgili Tanımlayıcı Özelliklere Göre Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi	49
9. Onkoloji Hastalarının Psikososyal Gereksinimlere İlişkin Bulgularına Göre Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi	52
10. Kronik Hastalık Öyküsüne Göre Ruhsal Desteğe İhtiyaç Durumlarının Değerlendirilmesi	56
11. Ruhsal Belirti ve Bulgulara, Karşılaşılan Psikososyal Sorunlara, Hastalık Süresince Baş Etmede Kullanılan Destekleyici Uygulamalara ve Ruhsal Desteğe İhtiyaç Duyma Durumuna Göre Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi	57

1. GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Konusu ve Önemi

Kanser 21. yüzyılın önemli bir sağlık problemi olarak geçerliliğini sürdürmektedir ve kanser vakaları Dünya Sağlık Örgütü verileri göz önüne alındığında, geçtiğimiz 30 yılda iki kat artmıştır (1). Ülkemizi de kapsayan dünyanın pek çok ülkesinde ikinci en sık ölüm sebebidir ve Türkiye’de her sene 300 bin kişi bu tanıyı almaktadır (2).

Her geçen gün görülme oranı artan kanser, fizyolojik güçlüklerin yanı sıra hastaların sosyal yaşamında sorunlara ve psikolojik etkisi ağır ruhsal problemlere de zemin hazırlayabilmektedir (3). Kanserli hastalar, büyük oranda psikiyatrik komorbiditeye de sahiptir; yaklaşık olarak hastaların %50’si duygusal sorunlar yaşamaktadır. Uyum bozuklukları, depresyon, anksiyete, yaşam memnuniyetinin azalması ve özgüven kaybı en sık gözlemlenen psikososyal komplikasyonlardır (4). Ayrıca psikososyal sorunlar, endişe, yas, çaresizlik duyguları, konsantrasyon ve uyku bozukluğu gibi tepkilere neden olur (5, 6, 7). Bunun yanı sıra hastalık süreci aşamalarında ortaya çıkan kaygı, endişe hastaların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkiler ve tedaviden alınacak yararı da engellemiş olur (8).

Kanserin tedavisi ağır ve uzun bir süreci içerdiği için, hastaların psikososyal yardım almaları ruh sağlıklarının korunmasında ve bu hastalıkla baş edebilme becerilerinin geliştirilmesinde önem taşımaktadır (4). Kanser hastalarının yaşamış olduğu travmayı atlatmaları, ruhsal sağlıklarını ve motivasyonlarını olduğundan daha güçlü tutmaları gereken bu hastalık sürecinde, psikososyal desteğin tedavinin önemli bir parçası olduğunu bilmek gerekmektedir (9).

Kanser hastaları için planlanmış tedaviye psiko-onkolojik tedavinin de entegre edilmesi tedavinin başarısını artırır ve buda doğal olarak hastaların yararına olacaktır (5, 10). Tedavi-bakım ekibinde bulunan tüm sağlık personelinin birbirleriyle fikir alışverişinde bulunması; hastanın da bu tedavi sürecine dahil edilmesini ve hastanın hastalıkla başa çıkabilmesini kolaylaştıracaktır (11, 12).

Onkoloji birimlerinde çalışan sağlık personelinin psikososyal destek sürecinde, hastalara uygun terapötik görüşme tekniklerini uygulayabilmesi de önem arz eder ve bunun için gerekli hizmet içi tekrarlı eğitimler alması psikososyal alanla ilgili oluşabilecek potansiyel sorunların önceden tanınmasında, belirlenmesinde ve

bu alanla ilgili gereksinimlerin giderilmesine fayda sağlar (13). Özellikle hemşirelerin, kanser hastalığı ve tedavi sürecinin neden olduğu fiziksel ve psikolojik problemleri belirlemede, hastaya ve ailesine yardım etmede önemli rol ve görevleri vardır (14).

Hemşirelerin psikososyal bakım sürecindeki rolü göz önünde bulundurulduğunda Konsültasyon Liyezon Psikiyatri (KLP) hemşiresi diğer hemşirelerden ayrı olarak, hasta bireylerin fiziksel ve psikolojik bakımı arasında köprü vazifesi rolüyle hizmet verir. Kanser hastalarının psikososyal gereksinimlerinin neler olduğunu saptar ve hastanın ruh sağlığına yönelik bakım uygulamalarında, hasta ve ailesinin yanı sıra klinikteki diğer hemşirelere de rehberlik ve danışmanlık sağlar (14).

KLP hemşiresinin hastanın psikolojik sağlığı üzerinde ve hastalıkla baş etme becerilerin geliştirilmesinde çok olumlu katkıları olduğu gibi, yine hastaların psikososyal gereksinimlerinin ortaya konmasında ve hastanın psikolojik sorunlarının çözüme kavuşturulmasında önemli destekleri vardır. KLP hemşiresi kanser hastalarının verdiği veya vereceği tüm tepkilerde, hastalıkla baş edebilmesinde ve bütün süreçte ona destek olur bu nedenle kanser hastaları için verilen psikolojik bakımın yadsınamaz bir parçasıdır (14). KLP hemşireliğinin yaygınlaşması, hasta bakım kalitesinin de artmasına katkı sağlayacaktır (15).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma onkoloji biriminde yatan hastaların psikososyal gereksinimlerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

1. Onkoloji hastalarının klinik ve sosyo-demografik özellikleri nelerdir?
2. Onkoloji hastalarının yaşadığı psikososyal sorunlar nelerdir?
3. Onkoloji hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri ne düzeydedir?
4. Onkoloji hastalarının klinik ve sosyo-demografik özelliklerine göre destekleyici bakım gereksinimleri arasında fark var mıdır?
5. Onkoloji hastalarının psikososyal özelliklerine göre destekleyici bakım gereksinimleri arasında fark var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Psiko-Onkoloji

Psiko kelimesi, Yunanca'da ruh, akıl anlamına gelen 'psyche' kelimesinden gelmiştir. Onkoloji kelimesi ise Yunanca'da kitle manasına gelen 'onkos'dan türemiştir. Psiko-onkoloji akıl ve kanser arasındaki ilişkiyle ilgilenmektedir (17).

Kanser hastalarının yaşadıkları psikolojik problemler yeni bir bilim dalı olan psiko-onkolojinin ortaya çıkmasını sağlamıştır. Psiko-onkoloji, son otuz yılda kanser hastalığı ve tedavisinin psikososyal etkilerinin ve hastaya bütüncül bir tedavi uygulanması ihtiyacının tanınmasıyla hızla gelişen bir onkoloji alt uzmanlık dalı haline gelmiştir (3).

Psiko-onkoloji, hastalık sürecinin bütün aşamalarında kanserin ruhsal, psikolojik, duygusal, sosyal, işlevsel yönlerinin anlaşılması ve tedavisi ile ilgilenir. Psiko-onkoloji aynı zamanda kanserden etkilenen kişilerin, onların yakınlarının yaşam kalitesini en iyi şekilde artırabilen, ihtiyaçları gideren, kanser tedavisine holistik bir yaklaşım ile bakan bir kavramdır (9).

Kanser hastalarının yaşadığı psikolojik kaygı ve acıları azaltmak, ölümcül hastalıkla yüzleşmesini kolaylaştırmak, tedavi sürecine olan uyumunu sağlamak, duygularını ifade etmesine olanak tanımak, yaşam kalitesini iyileştirmek, hastalığın yaratmış olduğu kriz ile sağlıklı baş etmesine yardımcı olmak ve hastalıkla savaşma gücünü arttırmak için psikososyal desteğe ihtiyaç vardır (9).

Psiko-onkoloji hastalığın önlemesinden erken teşhise, tedaviden hayatta kalmaya, yaşam sonu bakımına kadar tüm alanda hastanın ve ailesinin psikososyal gereksinimlerini ele alır. Bu psikososyal girişimler; hasta ve ailesinin sorunlarla başa çıkabilmesine katkı sağlarken aynı zamanda onkoloji uzmanlarının da işini kolaylaştırmış olur. Psiko-onkoloji çoğu ülkede kanser tedavisinin önemli bir unsuru olmasına rağmen yalnızca birkaç ülkede tam anlamıyla entegre edilmiştir. Psiko-onkoloji hizmetleri bütün kanser tedavi servislerinde sunulmalıdır ve psikososyal bakım hizmetleri her ulusal kanser bakımı planının bir ögesi olmalıdır. Psikososyal onkolojik bakım hizmetleri, kaliteli bir kanser tedavisinin vazgeçilmez bir unsurudur. Kanser hastalarının ve yakınlarının yaşam kalitelerini, tedaviden memnuniyetlerini, sağlık sonuçlarını iyileştirmesi amacıyla tüm ülkelerde uygulamaya konulmalıdır (3).

2008 yılında yayınlanan Dünya Sağlık Örgütü raporunda; onkolojik bakımın psikososyal kompetentlerinin ulusal kanser bakımı planının parçası olması, psiko-onkolojik hizmetlerin kanser tedavi servisinde sunulması gerektiği bildirilmektedir. Raporda; kanser hastaları ve bakım verenlerine tedavi sırasında, tedavi sonrasında psiko-onkoloji danışmanlığı hizmeti vererek, psikososyal destek sağlanması, bu bireylerin hastalığı hakkında ücretsiz ve açık olarak bilgilendirilmeleri, gereksinimlerine ve tercihlerine saygı duyulması, sağlık bakımı veren personele geçerli psikososyal değerlendirme araçlarının sunulması, eğitimin, gözetimin sağlanması ve bunlarla hastaların ve yakınlarının psikososyal gereksinimlerine yeterli yanıt verebilmelerine, olumlu bir iletişim kurabilmelerine, tıbbi karar alma aşamasında paylaşıma yardımcı olunması gerekliliğine vurgu yapılmaktadır (3).

Kanser hastalarının, psikososyal açıdan doğru bir şekilde değerlendirilmesi için hastaya bakım veren sağlık profesyonellerinin birçok faktörü göz önünde bulundurmaları gerekmektedir. Bu faktörler; hastalığın türü, belirti ve bulguları, etkilenen organ, işlev kaybının varlığı, tedavinin komplikasyonları, hastalıkla ilgili genel algı, yaşı, kişilik özellikleri, yaşam dönemi, sosyo-kültürel düzeyi, baş etme becerileri, daha evvelinde geçirmiş olduğu hastalıklara verdiği tepki, yakınlarında kanser öyküsü varlığı, ailesinin, toplumun hastalığı algılama biçimi, çevresel destek sistemleri, hastanın aile ve tedavi ekibi ile ilişkisi ve işbirliği gibi unsurlardır (9).

Kanser hastalığında psikolojik tedavi girişimleri; eğitim, danışmanlık ya da psikoterapötik yöntemlerle baş etme becerilerini geliştirmek için uygulanan sistematik çabalardır. Kanser hastalığı ile birlikte meydana gelen olumsuz duygu ve tepkilerin, hastalıkla ilgili düşüncelerin serbestçe ifadesini cesaretlendirmek, kişinin psikososyal uyumunu destekleyerek yaşam kalitesini artırmak, hasta, ailesi ve sosyal alanlar arasındaki ilişkiyi kuvvetlendirmek bu çabalardandır (18). Hastanın ailesine sağlanacak psikososyal tedavi de önemlidir. Bu tedavinin amaçları; hastalığın, aile üyeleri üzerindeki etkilerini araştırmak, hastalıkla ve tedavi süreci ile ilgili duygularını, düşüncelerini paylaşmak, var olan veya hastalıkla birlikte ortaya çıkan ve patolojik olan psikolojik tepkileri tanımlamak, hastayla ailesinin bir araya gelmesini sağlayarak, süreç hakkındaki duyguların paylaşımını cesaretlendirmektir (9).

Kanser hastaları için en uygun tıbbi hizmet; bu hastalığın tedavi sürecinde, fiziksel tedavi-bakım ile psikiyatrik tedavi ve psikososyal bakım hizmetlerinin eş zamanlı ve ekip olarak sunulmasıdır. (9). Kanser tedavisi multidisipliner bir yaklaşımı gerektirir ve onkolog, psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı,

diyetisyen ve hemşireyi içerir. Onkoloji biriminde hizmet veren sağlık personeli; birçok güçlük ile mücadele eden hastaya karşı anlayışlı, ilgili ve ulaşılabilir bir şekilde yaklaşımda bulunmalıdır. Psikososyal destek sağlayan sağlık çalışanı, hastanın yaşadığı sorunları açıkça ifade etmesine olanak tanımalı, psikososyal bakım gereksinimlerini belirleyip bunların karşılanmasını sağlamalı, hastalık ve tedavinin sebep olabileceği sıkıntılara karşı hastayı bilgilendirmelidir. Onkolojide çalışan psikiyatrist; hastadaki mevcut psikiyatrik sorunları saptayıp tedavi ederken, psikolog hasta için psikolojik destek sağlamaktadır. Birimde görevli sosyal hizmet uzmanının amacı ise kanser hastalarına duygusal destek sağlamak, psiko-sosyal destek grupları müdahaleleri ile hastaların uyumunu kolaylaştırmaktır (19). Eğitim veren hemşire; hastalığın ve tedavinin sebep olabileceği problemler konusunda hastaya bilgi vererek, hastalarda yaşanan bilgisizlikten ve belirsizlikten kaynaklı psikolojik problemlerin azaltılmasında rol oynamaktadırlar. Yapılan bir çalışmada; hastaların iyi bir şekilde bilgilendirilmesiyle, psikolojik sorunlara daha az oranda maruz kaldığı ve tedaviye olan uyumunun daha iyi olduğu saptanmıştır (20).

2.1.1. Psiko-onkolojinin ilgilendiği alanlar

Psiko-onkolojinin ilgilendiği alanlar;

- Kanserin ve tedavi süreçlerinin hastalar, onların yakınları ve tedavi ekibi üyeleri üzerinde oluşturduğu psikolojik etkilerini araştırmak ve psikolojik destek sağlamak,
- Kanseri riski ve seyri üzerinde ki psikolojik ve davranışsal faktörlerin etkilerini araştırmak, bu alan ile ilgili tanı-tedavi konularında araştırmalar yapmak,
- Kanseri veya tedavi yöntemlerine ilişkin meydana gelen psikolojik tepkilerin çözümlenmesini ve hastada, ailesinde, tedavi ekibinde oluşabilecek iletişim problemlerinin giderilmesini sağlamak,
- Psikiyatrik açıdan riskli olan bireylerin önceden saptanıp izlenmesini, psikiyatrik tedavi ve bakımın uygulanmasını, uzun dönemde ortaya çıkabilecek ruhsal problemlerin çözülmesini sağlamak olarak, sıralanabilir (18).

2.2. Psikososyal Gereksinimler

Gereksinim, 'herhangi bir hareket ya da kaynak için gereken, arzu edilen, faydalı, optimal iyilik haline erişme' biçiminde tanımlanabilir (21). Hemşirelik literatürünün çoğunda hastaların gereksinimleri, Maslow'un insan gereksinimleri teorisini baz almaktadır. Maslow yaşam için gereksinimleri fizyolojik, güvenlik, ait olma, sevgi, sevecenlik, saygınlık ve kendini gerçekleştirme olarak sıralamıştır. Bütün gereksinimler hiyerarşik bir sırada, kendi arasında gücünü ve önceliğini belirleyecek şekilde yer almaktadır. Altta bulunan tüm gereksinimler, hepsini içine alan kendini gerçekleştirme gereksinimine giden bir basamak gibi düşünülebilir (22).

Psikososyal gereksinim, hastalığın ve sağlığın biyo-psikososyal çerçevesi olarak değerlendirilir. Onkolojide bireyin gereksinimleri değerlendirilirken fiziksel, fonksiyonel, emosyonel, spiritüel ve sosyal alanlar ele alınmalı, kanserin hastanın yaşamı üzerindeki doğrudan ve çok yönlü etkileri geniş kapsamlı bir biçimde değerlendirilmelidir (22). İhtiyaçların değerlendirilmesi; hastanın deneyimleri ve beklentileri arasındaki uyumsuzluğun ölçüsüdür. Bir ihtiyaç saptandığında, arzu edilerek hareket gerçekleştirilir. Bunun aksine hareketsizlik ise memnuniyetsizlikle sonuçlanır, bu durum ise ihtiyacın devamlılığını sabit kılar. Hastaların gereksinimlerinin değerlendirmesi ve bu gereksinimlerin tam olarak anlaşılması hemşirelerin bakıma odaklanmalarına yardımcı olur (23).

'Psikososyal gereksinim' 'psikolojik gereksinim' ve 'emosyonel gereksinim' genellikle aynı anlamlarda kullanılır. Psikolojik gereksinimlerin tanımlanıp değerlendirilmesi konusunda fikir birliği oldukça azdır. İlişki kurma gereksinimi, ilgilenilme gereksinimi, bakım alma gereksinimi, anlaşılma gereksinimi, dokunma gereksinimi gibi gereksinimlerin psikolojik gereksinimler olduğu ileri sürülmüştür. Bekar (2001), Kaplan ve Sadock (1996) tanımlamadaki bu karmaşıklığı belirterek, hemşirelerin psikolojik gereksinimleri belirlemeleri için çaba göstermeleri gerektiğini vurgulamıştır. Psikolojik fonksiyonun; anlayış, karar verme becerisi motivasyon, entelektüel gelişim gibi farklı aktiviteleri ihtiva edebileceği belirtilir (24).

Onkoloji servislerinde görev yapan sağlık personelinin, hastaların psikososyal ihtiyaçlarını fark edebilecek ve gerektiğinde bu problemi giderebilmek için hastalara psiko-onkolojik tedaviyi talep edebilecek bilgiye sahip olması gerekmektedir (13). Ancak Dünya Kanser Raporu (2008) verilerine göre onkoloji biriminde çalışanlar, kanser hastalarının ve ailelerinin psikososyal ihtiyaçlarının tespiti konusunda

yetersizdir. Yapılan araştırmalar sahada çalışan sağlık personelinin, psikososyal danışmanlığa gereksinim duyan ve yüksek düzeyde depresyon veya anksiyete yaşayan hastaları yadsıdığını göstermektedir (3).

2.3. Destekleyici Bakım Gereksinimleri

Destekleyici bakım, hasta merkezli bir yaklaşımla bireyin bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu gereksinimlerin etkin bir biçimde giderilmesi olarak görülebilir (25). Hasta-merkezli bakım, literatürde kanser hastalığı gibi kronik hastalık durumlarından etkilenen bireylerin kaliteli bakımı için bir kriter olarak kabul edilmektedir (26).

Kanser tanısı konmadan önce, tanı ve tedavi süresince, iyileşme döneminde, terminal dönemde veya yas sürecinde hasta ve ailesinin baş edebilmesine yardımcı olan bakım, destekleyici bakımdır. Tedaviden sağlanan yararı en yüksek düzeye çıkarmak ve hastalığın getirmiş olduğu etkilerle mümkün olduğunca kaliteli bir biçimde yaşayabilmek için, hastaya yardım eden faaliyetleri ve sağlık bakım hizmetlerini kapsar (26, 27, 28, 29).

Karşılanmamış olan gereksinimlerin, hasta bireyin iyiliği ve refahı üzerine olumsuz etkileri olduğuna ilişkin kanıtlar artmaktadır. Bu durumun hastaların tedaviye olan uyumunu azalttığı, psikolojik, fiziksel morbiditeye ve distrese katkıda bulunduğu, zrllk durumunu artırdığı, sağ kalım şansını azalttığı, ulusal sağlık sisteminde mali yük oluşturduğu bildirilmektedir. Sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanmışlık düzeyinin yüksek olması, hasta memnuniyetinin yüksek olması ve yaşam kalitesinin yüksek olmasıyla doğrudan ilişkilidir. Karşılanmamış gereksinimlerin belirlenmesi, kanser hastaları için sağlanacak kaynakların iyileştirilmesine ve sağlık hizmetlerinin yeniden planlanmasına hız getirebilir (26, 29, 30, 31, 32, 33). Uluslararası kanser politikası içerisinde önemli bir kavram olmayı sürdüren hastaların karşılanmamış gereksinimleri konusu, ülkemiz literatürü içerisinde önemli bir eksiktir. Kanser hastalarının bakımında, karşılanmamış olan destekleyici bakım gereksinimlerinin tanımlanması ve yönetilmesi süreci hemşirelik hizmetleri sorumluluğundadır.

Gereksinimlerin belirlenmesi hastanın kötü yaşam kalitesini, distresini, bakım memnuniyetsizliğini azaltacak, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin kullanımının ve maliyetinin artmasını engelleyecektir (25). Her hastanın bütüncül bir

bakış açısıyla değerlendirilip, destekleyici bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve karşılanması gerekir (34).

Tablo 1. Destekleyici Bakım Gereksinimleri (34)

Fiziksel Fonksiyon	Hastalık Semptomları ve Tedavi Yan Etkileri	Pratik – Günlük Yaşam	Bilgi-İletişim
Öz bakım	Ağrı	Çocuk bakımı	Hastalık, prosedür
Solunum	Yorgunluk	Ev işleri	Tedavi seçenekleri
Beslenme	Bulantı ve kusma	Transport	Yan etkiler
Hareket	İştahsızlık	Ekonomik durum	Kendi için
Günlük yaşam aktiviteleri	Konstipasyon	Legal	yapabilecekleri
Uyku			Sağlık hizmetleri
Fiziksel rahatlık			İletişim ve güven
Psikolojik İyilik	Emosyonel	Kognitif Sosyal	Sosyal
Öz-değer, öz-saygı	Kaygı	Konfüzyon	Partnerle ilişki
Öz-yeterlilik	Korku	Hafıza	Aile ilişkileri
Beden imajı	Üzüntü	Konsantrasyon	Ait olma
Baş etme	Öfke	Karar verme	Destek kaynakları
Kişisel kontrol	Suçluluk		İş, okul, hobiler
Uyum	Hayal kırıklığı		Rollerde değişim
Yaşam memnuniyeti	Yas		Toplumun tepkisi
Anksiyete, depresyon			Kültürel özellikler
Ölüm			
	Cinsellik	Spiritüel İyilik	
	Cinsel ilgi, istek	Yaşamın, hastalığın	
	Cinsel ilişki	anlamı-amacı	
	Cinsel aktivite	Öncelikleri	
	Ağrı, kayganlıkta azalma	Gelecek hakkında	
	gibi sorunlar	belirsizlik	
	Üreme fonksiyonu	İç huzur ve affetme	
		Ölüm ve sonrası yaşam	
		İnanç sistemi	
		Dini aktiviteler	
		Umut-umutsuzluk	

2.4. Kanserde Hastaların Yaşadığı Psikolojik, Psikiyatrik ve Sosyal Sorunlar

2.4.1. Kanserde psikolojik sorunlar

Kanser tanısı olasılığı olan veya bu tanıyı alan hastalarda negatif duygu ve düşüncelerin oluşması neredeyse kaçınılmaz hal alır. Kanser birey tarafından bir yıkım şeklinde algılanır ve bireyin psikolojik dengesinde bir krize sebep olur. Bu kriz; sağlıklı bir yaşamdan, hastalık ve ölüm tehdidinde uyuma uzanan bir süreçtir. Kişiler kanser tanısı aldıklarında birçok değişik tepkiler gösterirler. Hastalığın tanı, tedavi, nüks ve terminal dönemlerinde çeşitli duygusal, ruhsal, davranışsal tepkilerde

bulunabilirler. Tanıyı takiben hastada şok hali, inanamama, inkar, öfke, depresif duygudurum, günlük faaliyetlerde, uyku ve iştahta bozulma görülür. Aslında şok, tepki, direnç ve uyum süreçleri bütün dönemlerde yeniden yaşanmaktadır. Kanser tanısına normal yanıt, kaygı, gerginlik, kaybedilen sağlık için keder ve üzüntü duymadan, hastalığın ciddiyetini yadsıma, süreci bir savaş gibi algılama veya kadercı bir kabullenme durumuna kadar değişir. Bolund kanser tanısını alan hastada şok, tepki, direnme ve uyum olmak üzere toplam da dört aşamadan oluşan bir sürecin seyrettiğini bildirmiştir (9).

Elizabeth Kübler Ross 500 kanser hastası ile yapmış olduğu çalışmasında, bireyin yaşı, genetik yapısı, cinsiyeti, yaşam şekli, genel sağlık durumu, çevresel ve kültürel faktörlere bağlı olarak şekillenen tepkileri; inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme biçiminde evrelendirmektedir (35). Tepkilerin bu şekilde evrelendirilmesi, hastanın hangi aşamada olduğu, sosyal ve psikolojik açıdan ne gibi desteğe ve yardıma gereksinim duyduğu konusunda tedavi ekibine ve çevresine yol gösterici olmaktadır (36). Ross bu çalışmada evrelerin sıraya uymak veya birbirini tamamlamak durumunda olmadığını, aynı dönemde de yaşanabileceğini, hasta bireyin herhangi bir aşamada takılıp kalabileceği veya daha öncesinde geçtiği düşünülen evreye dönebileceğini belirtilmektedir (35).

İnkâr evresi, hastalığın ilk döneminde daha yoğun bir şekilde gözlenmekte fakat sonraki dönemlerde de görülebilmektedir. İnkâr, çoğunlukla beklenmedik ve katlanılması zor olaylarda, bireyin kendini toplayabilmesine ve ardından savunma mekanizmalarını harekete geçirebilmesine zaman tanır, böylelikle benlik bütünlüğünün korumasını sağlar. Çoğunlukla geçici olan, kısmi kabullenmenin de görülebildiği bu evrede, bireye tedavisi ile ilgili bilgiler vermek ve sosyal destek sağlamak önem arz eder (35).

İnkâr evresinin sonrasında, hasta bireylerde sağlıklı olan diğer kişilere duyulan kıskançlık, hırs, küskünlük, öfke tepkisi gözlenebilmektedir. Kişi “Neden ben?” sorusuna cevap arar ve kaygısı yoğundur. Bununla baş etmek hastanın yanı sıra ailesi ve sağlık ekibi için de oldukça güç bir süreçtir. Kişide temelde hastalığa karşı duyulan ve kontrol edilmede güçlük çekilen öfke tepkisi, depresyonun oluşmasında zemin hazırlayabilir. Bu dönemdeyken hasta kendisine saygı gösterilmesini, kendisinin anlaşılmasını ister. Bu nedenle hastaya karşı sabırlı ve anlayışlı bir yaklaşımda bulunulması gerekmektedir. Bireyin öfkesi kişisel algılanmamalı, mümkünse duygu ve düşüncelerini ifade etmesi sağlanmalıdır (36).

Hastalıkla ilk evrede yüzleşemeyen ve ikinci evredeyken herkese karşı öfke duyan birey, kaçınılmazı erteleme çabası ile uzlaşma yapabileceğini düşünür. Bu evre pazarlık evresi olarak isimlendirilir. Bu aşamada, hasta iyi davranışlarından dolayı ödüllendirilebileceği inancıyla Tanrıdan, ömrünün uzamasını ve akabinde de günlerinin ağrısız bir şekilde geçmesini isteyebilir. Bunlarla birlikte, aynı zamanda bu evrede farkındalık, tedaviye uyum ve çaba da gözlenmektedir (37).

Fiziksel güçsüzlük, bedensel kayıp, rol değişiklikleri, yaşam tarzı, ölüm kaygısı, ekonomik kayıplar ve bağımlı olma gibi reaktif depresyon nedenleri kişiyi giderek depresyon evresine sürüklemektedir. Öfke endişe ile yer değiştirebilmekte, bazen de gerçekçi olmayan utanç ve suçluluk duyguları bu evrede gözlenebilmektedir. Yakın zamanda kaybedebilecekleri için hasta yas tutmakta ve sessizliği tercih edebilmektedir. Kabullenmeye giden bu aşamada, devam etmekte olan kayıp duygusunun yaratmış olduğu etkiyi azaltmak için, hastanın üzüntüsünü paylaşmasını ve dışa vurabilmesini sağlamak, ailesinin de desteğiyle yasını tutabilmesine izin vermek, süreci olağan bir şekilde geçirebilmesine olanak tanır (35, 37).

Hastanın bu süreçleri sonuna kadar geçirmek için yeterli zamanı olduysa ve hasta daha evvelindeki evreleri geçirmek için de gerekli yardımı alabildiyse, kendisini depresif ve öfkeli hissetmediği bir evreye, yani kabullenme evresine girecek ve geçirdiği bu aşamalarda kaybedeceklerinin yasını tutmuş olacaktır. Bu evrede; kişinin çevreye ilgisi azalmakta, yorgunluk, güçsüzlük, duygularda yoksunluk gözlenebilmektedir. Kabullenme döneminde; hastanın yanı sıra ailesinin de desteklenmeye ihtiyacı vardır, artık ilgiler azalmış, sıklıkla yalnızlık tercih edilmiş, sözsüz iletişim hakim olmuştur (35).

2.4.2. Kanserde psikiyatrik sorunlar

Kanser hastalarının tümünde psikiyatrik rahatsızlık olacağı düşüncesi de, hastanın bütün tepkilerinin “normal” olarak kabul edilmesi gerektiği düşüncesi de yanlıştır (38). Yapılan araştırmalarda, bu tanıyı alan hastalarda %47 oranla tanı konması gereken seviyede ruhsal bozukluk olduğu bildirilmiştir. Genel tıbbi hastalar içerisinde bildirilen, %20-40 oranına göre, bu oran oldukça yüksektir. En sık görülen ruhsal bozukluklar; depresyon, kaygı bozuklukları ve de organik beyin sendromu'dur.

Kanserli hastalarda ortaya çıkan psikiyatrik bozuklukları şu şekilde sıralayabiliriz;

- Depresif sendromlar,
- Uyum bozuklukları,
- Anksiyete bozuklukları,
- Organik beyin sendromları (kemoterapötik ajanların nöropsikiyatrik etkileri demans, deliryum ve diğer organik psikiyatrik sendromlar),
- Kişilik ve tutum değişiklikleri,
- Ağrılı sendromlara eşlik eden psikiyatrik sendromlar,
- İştahsızlık, bulantı-kusma (kemoterapi tedavisine bağlı).

Araştırmalarda belirtilmiş olan psikiyatrik hastalıkların görülme oranları; %68 depresif uyum bozukluğu, %13 şiddetli depresyon, %8 kişilik bozukluğu, %8 organik mental bozukluk, %4 kaygı bozukluğu şeklindedir Radyoterapi tedavisi gören hastalarda, depresyon sıklığı %81 ile yüksek bir orana sahiptir. Bu hastaların %43'ünde depresif uyum bozukluğu, %38'inde şiddetli depresyon görülmektedir (9).

Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluk oranını, Ateşçi ve ark çalışmalarında %28,7 olarak bildirmiştir (12). Depresif duygudurum ile seyreden uyum bozukluğu sorunu ve majör depresyon tanıları en sık rastlanan iki tanı grubunu oluştururken, özellikle terminal dönemdeki kanser hastalarında organik mental bozukluğun görülme oranının yüksek olduğu bildirilmiştir (12). Minagawa ve ark. çalışmasında bu oranı %53 olarak, deliryum-demans tanılarını da %42 olarak saptamışlardır (9).

Deliryum, kanser tanısı konmuş hastalarda özellikle de terminal dönem hastalarında çok fazla görülebilen ve de sıklıkla gözden kaçabilen bir durumdur. Bir araştırmada hastaların %46,9'unda delirium meydana geldiği, ancak bunların sadece %43'ünün tanısının konulabildiği saptanmıştır. Delirium tedavi edilmediği zaman kalıcı unutkanlık, konsantrasyon güçlüğü, dikkat azlığı gibi kognitif belirtilere neden olabilmektedir (9).

Turan'nın çalışmasında kanser teşhisi olan kişilerin %30-40'ında psikososyal ve psikiyatrik morbidite geliştiği, bu kişilerin %26'sında uyum güçlüğü, %23'ünde depresyon, %20'sinde de anksiyete saptandığı belirtilmektedir. Derogatis ve ark yaptıkları çalışmada kanser hastalarının %68'inde uyum bozukluğu, %13'ünde majör depresyon, %8'inde organik beyin sendromu, %7'sinde kişilik bozukluğu ve %4'ünde anksiyete bozukluğu olduğunu belirtmişlerdir (9).

Rol ve yaşam tarzındaki değişiklikler, maddi sıkıntılar, bakım ihtiyacının artması ve gelecek ile ilgili belirsizlik, korku hastada meydana gelen anksiyeteye ve depresyona neden olabilmektedir Aynı zamanda, beden sağlığının bozulmasına duyulan elem ve ölüme ilişkin korku gibi sebeplerle klinik düzeyde depresyonun görülebileceği bildirilmiştir (9, 39).

Kanser hastalarında sık görülen depresyonun varlığı, hastanın tedaviye uyumunu bozabilmekte, hastanın hastanede yatış süresini ve tedavi maliyetini artırabilmekte ve hastalığın gidişatını olumsuz bir şekilde etkileyebilmektedir. Yine bu veriler göz önünde bulundurulduğunda, kanser tanısı alan hastalarda saptanan psikolojik ve psikiyatrik rahatsızlıkların göz ardı edilemeyecek seviyede olduğu bu durumda, hastanın yaşam kalitesini ve hastalığın seyrini olumsuz etkilediği görülmektedir (9).

2.4.3. Kanserde sosyal sorunlar

Gyllensköld kanseri, “Doğrudan ölümlerle ilişki içinde olduğu, sinsice ilerlediği, nedenlerinin tam olarak açıklanamadığı, ilerledikçe de kontrolün güçleştiği, büyük acılar verdiği, kişiyi sosyal olarak damgaladığı ve sınırladığı için diğer hastalıklardan daha tehdit edici olduğu” şeklinde tanımlamıştır ve böylelikle hastalığın sosyal boyutuna da dikkat çekmektedir (35).

Kanser hastalarında görülebilen sosyal sorunlar şu şekilde sıralanabilir;

- Hasta, ailesi ve toplum içindeki rollerinin ve sorumluluklarının üstesinden gelemeyebilir,
- Meslek yaşamında performansının düşmesi, işe gidememe gibi durumlar kişinin sosyal konumunda ve maddi kazancında kayba neden olabilir,
- Bazı aile üyeleri birbirine yaklaşabilmekte iken, bazı aile üyelerinde birbirinden uzaklaşma görülebilir,
- Eşler, hasta eşin duygusal güçlüklerinin, rol ve sorumlulukların değişmesi karşısında kendilerini yetersiz ve çaresiz hissedebilir,
- Aile üyeleri ve arkadaşları, hastaya karşı kendilerinin nasıl davranması gerektiği konusunda belirsizlikler yaşayabilir, bu nedenle hastaya yakın olmaktan da kaçınabilirler, bu durum ise hastada sosyal izolasyona sebep olabilir,

- Kanser tanısını nedeniyle etiketlenme sorunu yaşayabilirler,
- İletişim becerilerini geliştirememeye sebebiyle yakınlarıyla ve tedavi ekibiyle sorunlar yaşayabilirler,
- Hasta yaşamı ile ilgili plan ve önceliklerini yeni baştan oluşturmaya ihtiyaç duyabilir, bu da kişinin psikolojik durumu üzerinde yoğun bir baskı hissetmesine sebep olabilir,
- Hastanın benlik saygısında, beden imajında değişim, yorgunluk, enerji kaybı, immobilité ve bağışıklığın baskılanmasına bağlı olarak enfeksiyonlara yatkınlık gibi sebepler izolasyona neden olabilir; sosyal izolasyon da anksiyete ve depresyonu tetikleyebilir (9).

2.5. Kanserde Sosyal Destek ve Önemi

Kanser hastalığı tanısı gerek bireyin gerek yakınlarının bilişsel, psikolojik, spiritüel, duygusal ve sosyal alanlarında kuşkusuz çok derin etkiler meydana getirebilmektedir. Tanı ve tedavi süreçlerinde; hastanın benlik saygısı, bedeniyle ilgili algısı, yaşam kalitesi, hayatının işleyişi, seksüel durumu, kişisel ve sosyal rolleri, aile ve çevresiyle olan ilişkileri etkilenmekte, değişiklikler meydana gelebilmektedir. Bu süreç ise kişinin sosyal desteğe duyduğu ihtiyacı artırmaktadır (19).

Sosyal destek sistemleri, kişinin yaşam güçlükleri ile başa çıkabilmesinde önemli olan yardımcılarıdır (40, 41). İnsanların hayatında önemli bir yeri olan, ihtiyaç halinde bireye duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlayan bütün kişilerarası ilişkiler ağı sosyal destek sistemleri olarak kabul edilmektedir (40).

Sosyal destek, kişinin duygusal problemleri ile başa çıkabilmelerine, psikolojik destek kaynaklarını harekete geçirebilmelerine yardım eder. Sosyal destek; kişinin yerine getirmekle sorumlu olduğu görevleri paylaşan, kişiye para, eşyalar, çeşitli materyal, bilgi beceri edinmelerini sağlayarak, tavsiyelerde bulunarak stresli durumlarla başa çıkabilmelerinde yardımcı olan kişilerden oluşan bir sistem olarak tanımlanmaktadır (42).

Sosyal destek kavramının temelinde; kişinin çevresindeki insanlar tarafından sevilme, saygı duyulma, güvenilme, ilgi görme, değer verilme gibi ihtiyaçlarının bulunduğu varsayımı yatmaktadır. Bu gereksinimin değişik boyutlarının var olmasından dolayı farklı tanımlar ortaya çıkmıştır (43).

Literatürde sosyal destek ile ilgili ve de sosyal desteğin çeşitli yönlerini içine alan birçok tanımı bulmak mümkündür. Fakat genel anlamıyla sosyal destek; destek alan kişinin içinde bulunduğu durumun olumlu bir şekilde güçlendirilmesini amaçlayan, desteği alan veya desteği sağlayan kişi tarafından algılanan, iki kişi arasındaki kaynak alış verişidir (44).

Sosyal destek; günümüzde “güç durumdaki bireye ya da stres altındaki bireye yakından bağlı olduğu eş, aile, arkadaş gibi insanlar tarafından sağlanan maddi ve manevi yardım” olarak kabul edilmektedir. Kişi çevresindeki bireyler tarafından verilen destek ile fiziksel, psikolojik problemlerden kendisini daha kolay koruyabilmektedir. Ayrıca sosyal desteğin, kendini iyi hissetme ve fiziksel sağlık üzerine olumlu etkileri bulunmaktadır (45).

Tanımlarından ve işlevlerinden de anlaşıldığı üzere çok boyutlu bir yapı olan sosyal destek, farklı destek kaynaklarından doyum almanın yanında, aile için gerekli olan destek kaynaklarının sayısını da ifade etmektedir (46).

Sosyal desteği; bireye yardım edebilecek kişilerin sayısı, ilişkide bulunulan kişi sayısı, bireyin güven duyup sırlarını paylaşabileceği ve kendisi için önemli kişiyle kurduğu yakın bağ, kişilerle ilişkilerinin niceliği veya niteliğinden çok ihtiyaç duyduğu anda yardım alabileceği kişilerin olduğunu bilmesi olarak tanımlayan yaklaşımlar da vardır. Sosyal destek; sevgili, eş, çocuk gibi aile bireylerinden, arkadaş ve ya meslek elemanlarından, dini kurumlardan, kulüplerden, sosyal destek gruplarından, toplumsal destek sağlamak amacı ile oluşturulmuş gruplardan gelebilir (47).

Yaşamın içerisinde sevilen, değer verilen, aranan ve gerektiğinde ihtiyacı olan yardımı bulabilen bireyin, yakın insan ilişkilerinden daha çok doyum aldığı ve başka kişilerce desteklendiği duygusunu taşıdığı ileri sürülmüştür. Kişinin algıladığı destek, kişilik özellikleri, tutum ve mizaç gibi değişken özelliklerden etkilenmektedir. Algılanan sosyal destek kişiyi yoğun stresin negatif etkilerine karşı korurken, kişinin baş etme gücünü de artırmaktadır. Aynı zamanda algılanan sosyal destek, bireyin kimlik duygularının korunmasına, güçlendirilmesine ve bağlılık duygularının doyurulmasına yardımcı olmaktadır (43).

Bireyin algıladığı sosyal destek, başka bir anlamda, bireyin kendine biçtiği genel değerdir. Başka kişiler tarafından sevildiğini, sayıldığını, gerektiğinde yardım alabileceğini, ilişkilerinin doyum verici olduğunu düşünen bireyin algıladığı destek de fazladır (47). Sosyal desteğin yeterli olmaması ruhsal durumu negatif yönde etkileyebilmektedir. Sosyal desteğin etkisini bireyden veya dışarıdan kaynaklı

engeller azaltabilir. Bu engellerin saptanması, sosyal desteğin etkisinin artırılmasında oldukça önemlidir (43).

2.6. Kanser ve Hemşirelik

Hemşireler, hastaların fiziksel gereksinimlerinin giderilmesi için bakım verirken aynı zamanda onların emosyonel, spiritüel ve psikososyal ihtiyaçlarını da karşılar. Hemşire hastaların uyum sürecini kolaylaştırabilmek için sağlık ve hastalık durumunlarını iyi bilmeli, baş edebilme mekanizmalarını, bunların etkinliğini değerlendirebilmeli ve de bunlara göre uygun hemşirelik girişimlerini planlayabilmelidir (48).

Onkoloji hemşireleri, kanser tanısının hasta bireyin psikososyal iyilik halini etkilediğini farkındadırlar. Hasta ile en fazla vakit geçirmekte olan sağlık profesyoneli hemşireler, hastanın psikososyal durumundaki, tepkilerindeki değişiklikleri önceden fark ederek, daha ileri bir değerlendirme ve tedavi için uygun yönlendirmeyi sağlarlar.

Kanser hastalarında psikolojik tedavi yöntemleri; eğitim, danışmanlık veya psikoterapötik yollarla bireyin baş etme davranışını geliştirebilmek için uygulanan girişimlerdir. Psikolojik tedavi sürecinin amaçları şu şekilde sıralanabilir:

- Ruhsal morbiditeyi düzeltmek ve azaltmak,
- Psikolojik olarak çekilen acıyı azaltmak,
- Sosyal ve psikososyal uyumu sağlayarak bireyin yaşam kalitesini arttırmak,
- Depresyon, anksiyete ve diğer psikiyatrik bozuklukları tedavi etmek,
- Kişinin mücadelesini ve yaşam gücünü artırmak, kansere olan ruhsal, davranışsal uyumu güçlendirmek,
- Kanserle ilgili ortaya çıkan fiziksel ve psikolojik problemlerle baş edebilmek,
- Bireyin yaşam ve hastalık süreci üzerinde kendi denetimleri olduğu duygusunu kazandırmak, kanser tedavisine etkin katılımını sağlamak,
- Bireyin hastalıkla ilgili düşüncelerini anlatabilmesine, suçluluk, öfke, kırgınlık gibi duygularını serbest bir şekilde ifade edebilmesine olanak sağlamak,
- Hastanın ailesi ve sosyal etkileşim alanlarıyla olan iletişimi güçlendirmek (49).

Kanser hastaları ile çalışan hemşirelerin hastaya ve ailesine yardım etmek için kendilerini geliştirmesi, duruma ve hastaya özel yaklaşımları kullanabilmesi gereklidir. Hastaların destek kaynakları araştırılmalı, geçmiş deneyimleri, olumsuz düşünce kalıpları ortaya çıkarılmalı ve de genel problem çözme yöntemleri anlatılmalıdır. Hemşirelik uygulamalarındaki amaç, kişinin hastalık deneyimlerinde süreç ile baş etmelerine ve yaşantılarından anlam bulmalarına yardım etmektir (50).

Bilgi verme, aktif olarak dinleme ve problem çözmede hasta bireye yardımcı olma hemşirenin destekleyici rolü içinde yer almaktadır. Hastalar hastalıkları ve hastane süreçleri içerisinde sağlık personelinin kendilerini anlamalarını, gereksinimlerinin karşılanması konusunda güven ortamı oluşmasını isterler. Bu sebeple hemşirelerin hastaya ve ailesine destekleyici bir yaklaşımda bulunması oldukça önem arz eder. Destekleyici yaklaşımda amaç; olumsuz duygu ve düşünceleri düzeltmek, olumlu ve uyumlu baş etme mekanizmalarını geliştirmek, hasta ve ailesine sıkıntı veren duyguları anlamalarına yardımcı olmaktır. Hemşire, hasta ve ailesi arasında açık bir iletişim kurulmasında rol model olabilir ve ayrıca aile toplantıları da sorunların ve gereksinimlerin ele alınmasına bir fırsat sağlayabilir (36).

Umut da kanser tanısı alan bireylerin bakımında ve baş etme güçlerinin geliştirilmesinde önemli bir rol arz eder, aynı zamanda hastaların tedaviye devam etmelerini, kendilerini iyi hissetmelerini sağlar. Kübler Ross, kanser hastalarının terminal döneme katlanabilmelerindeki gücün umut olduğunu belirtmiştir. Umut etmek, hasta ve ailelerinin ilk sırada kullandığı baş etme yöntemlerindedir. Onkoloji biriminde görev yapan hemşirelerin, kanser hastalarıyla ilgili görüşlerinin değerlendirildiği bir çalışmada hemşireler, kendileri için amaç belirlemiş olan hastaların, amaç belirlememiş olan diğer hastalara oranla daha fazla umutlu olduklarını bildirmişlerdir. Umudun sağlanabilmesine yönelik yapılacak hemşirelik uygulamalarında ki hedef, bireylerin hastalık süreciyle baş etmelerine ve yaşamlarında anlam bulmalarına yardım etmektir. Hemşirenin görevi hasta bireyde umudu sürdürmek ve umutsuzluktan kaçınmasında hasta bireye yardımcı olabilmektir. Umudun sürdürülmesi ile ilgili hemşirelik uygulamalarındaki ilk adım, amaçların belirlenmesine yardımdır. Kanser hastalarının amaçlarının olması umutlarının sürmesine yardım eder, aynı zamanda geleceğe oryante olmasını da sağlar. Umudun sağlanması ve sürdürülmesi sürecinde amaçların da gerçekçi olması gerekir. Hastalara umudun niçin önemli olduğunun açıklanması ve hastanın umut kaynaklarını tanıması sağlanmalıdır (50).

2.7. Konsültasyon Liyezon Psikiyatri ve Hemşireliği Tarihçesi

2.7.1. Konsültasyon liyezon psikiyatri tarihçesi

Genel tıp ve klinik uzmanların alanları ile psikiyatrinin arasında bağlantı ve işbirliğini sağlayan bölüme konsültasyon-liyezon psikiyatrisi (KLP) denir. KLP, tıbbi hastalıklarda psikososyal yaklaşım eksikliğinin fark edilmesi neticesiyle 1930' larda ABD' de ortaya çıkmıştır. “Liyezon psikiyatrisi” deyimini ise ilk defa 1939' da Billings tarafından kullanılmıştır ve bağlantı psikiyatrisi anlamına gelmektedir. Bunu izleyen tarihlerde, Avrupada özellikle de Almanya da psikosomatik tıp akımının ortaya çıktığı görülmüştür. Günümüzde her iki çalışma alanı varlığını devam ettirmekle birlikte, ABD' nin tıp alanındaki egemenliğinin sonucu olarak KLP bütün dünyada yaygınlaşmakta, genel hastaneler bünyesinde KLP birimleri kurulmakta, bu alan ile ilgili yayınlanan dergilerin ve temel kitapların sayısı artmaktadır (51).

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de, KLP birimlerinin öncüleri psikosomatik üniteler olmuştur ve 1970'li yıllardan, 1990'lı yıllara kadar faaliyet göstermişlerdir. Bu ünitelerden ilki, 1969 senesinde İstanbul Üniversitesi (İÜ) Çapa Psikiyatri kliniğinde faaliyete başlayan “Psikosomatik Psikoterapi Polikliniği” olmuştur. Aynı poliklinik hizmeti İÜ Cerrahpaşa Psikiyatri Kliniğinde 1972 senesinde başlatılmıştır. İÜ Cerrahpaşa Psikiyatri kliniğinde yer alan bu poliklinik 1975 senesinde, “Psikosomatik-Psikoterapi Seksiyonu” olarak hizmet faaliyetlerini sürdürmüş ve 1978 senesinde de Ankara üniversitesi Psikiyatri Kliniğinde “Adolesan ve Psikosomatik Servisi” açılmıştır. Bu servislerde, psikosomatik sorunu olduğu düşünülen hastalara hizmet sağlanırken bunun yanı sıra psikiyatri kliniği, geleneksel olarak psikiyatri dışında ki kliniklerce istenmiş olan psikiyatrik konsültasyon taleplerine cevap vermektedir (52).

Ülkemizde ilk kez KLP birimi, 1989 senesinde İÜ İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı bünyesinde açılmıştır (52). Yükseköğretim Kurulu Ocak 1997'de, KLP' nin psikiyatri anabilim dalı içerisinde, bir bilim dalı olmasına karar vermiştir ve böylelikle Türkiye'nin ilk KLP Bilim Dalı İstanbul Tıp Fakültesinde kurulmuştur (51). 1994 senesinden itibaren İstanbul, Ankara, İzmir, Erzurum, Trabzon, Adana gibi illerin üniversite kliniklerinde de KLP servisleri kurulmaya başlamıştır (52).

Günümüz Türkiye'sinde psikiyatri, büyük akıl hastanelerinin bünyesinden taşarak, hastanelere yayılmıştır. Bunun sonucu olarak psikiyatrik bozukluklar diğer branşlardaki doktorlarca daha iyi tanınmış ve böylelikle evvelinde gözden kaçmış olan medikal durumların psikososyal yönleri, giderek daha iyi bir şekilde anlaşılmıştır. KLP servislerinin olmadığı hastanelerde genellikle psikiyatri, konsültasyon taleplerine cevap verilebilmektedir. Fakat iş yoğunluğu sebebiyle izlem yetersiz kalmakta, konsültanın ilgili servislerin günlük uygulamalarına bizzat katılımını gerektiren liyezon hizmeti ise gerçekleştirilememektedir (51).

2.7.2. Konsültasyon liyezon hemşireliği tarihçesi

KLP hemşireliği, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisinin gelişimiyle birlikte, buna paralel olarak yaklaşık 50 yıl sonra, psikiyatri hemşireliğinin bir alt dalı olarak ortaya çıkmıştır (51).

KLP hemşireliğinin meydana çıkmasına kaynak olarak; ruh sağlığı hemşireliğinin geneldeki gelişimi, 1930'lu yıllarda üniversite hastaneleri bünyesinde psikiyatri birimlerinin açılmış olması, II. dünya savaşında psikiyatri personelinin deneyimleri ve 1950' lerin sosyo-politik koşulları gösterilmiştir (51).

KLP hemşireliğinin ilk olarak ortaya çıkışı, 1960'lı yılların başında fizyolojik hastalıklar nedeniyle hastaneye yatış yapan hastaların psikososyal sorunlarının giderilmesi ihtiyacından doğmuştur. Çalışmalar ilk olarak, psikiyatri bölümlerinin denetimi, işbirliği ve eğitimi altında yapılabilmektedir. 1960' lı yılların sonları ve 1970' li yılların başlarında yetki, denetim, sorumluluk, hiyerarşi tanımlanmıştır. 1970' li yılların ortalarında ise KLP hemşiresi yetiştirebilecek master düzeyinde programlar hazırlanmıştır (51).

KLP hemşireliği ile ilgili yapılan ilk araştırma, 1974 yılında Lisa Robinson tarafından kaleme alınmış olan "Liyezon Hemşireliği: Hasta bakımının Psikolojik Yönleri" başlıklı makaledir. 1974-1982 yılları arasında, birçok üniversitede bu alan ile ilgili alt ihtisas programları başlamıştır (51). 1972 yılında Baltimor'da bulunan Maryland Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi psikiyatri hemşireliğinin master programının bir parçası olan KLP hemşireliği derslerini ilk olarak başlatmıştır. Bunun izini Yale Üniversitesi ve San Fransisco' da bulunan Kalifornia Üniversitesi takip etmiştir (52).

1990'lı yıllarda Amerikan Hemşireler Birliği tarafından KLP hemşireliği, ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin özelleşmiş bir dalı olarak kabul edilmiş ve uygulama standartları yayınlanmıştır (53).

Ülkemizde de 2011 senesinde kabul edilen hemşirelik yönetmeliğinde, ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliğinin içerisinde tanımlanmış olan KLP hemşireliğinin görev, yetki ve sorumlulukları, bu alanın kurumsal bir kimlik kazanmasını sağlamıştır (54).

Ülkemizde KLP'nin öncü hemşiresi, İstanbul Üniversitesi'nde alan ile ilgili eğitim almış, doktorasını tamamlamış psikiyatri hemşiresi olan Prof. Dr. Nazmiye Kocaman Yıldırım'dır ve kendisi KLP hemşireliğinde bir ilki başlatan, yapılandıran, geliştiren ve yaygınlaştıran kişidir.

Kocaman Yıldırım ve ark. tarafından 2012 yılında, ülkemizde KLP alanında görev alan hemşirelerin faaliyetlerinin incelendiği bir çalışma yapılmıştır. Bunun sonuçlarına göre, sadece biri devlet hastanesinde olmak üzere, sekiz hastane bünyesinde konsültasyon liyezon psikiyatri hizmeti verildiği ve altısında ise en az bir hemşirenin faaliyet gösterdiği tespit edilmiştir (55). Rollerine ilgili; dört ünite görev alan hemşirelerin, genel hastane içerisinde konsültasyon takibi, liyezon hizmeti, hastaya, ailesine ve çalışanlara yönelik eğitim hizmeti, ayrıca araştırma faaliyetleri olduğu saptanmıştır. Beş ünite ise ayaktan hasta takibinde bireysel ve grup terapileri ile psikososyal bakımın verildiği, iki ünite yataklı serviste hizmet verildiği, idari olarak yönetime danışmanlık ve çeşitli komitelerde de rollerinin olduğu belirlenmiştir. Türkiye genelinde, konsültasyon liyezon psikiyatri hizmetinin yaygınlaşmadığı ve mevcut olan bölümlerde görev alan hemşirelerin faaliyetlerinin de, değişkenlik gösterdiği anlaşılmıştır (56).

2.8. Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği

Günümüzde çoğu fiziksel hastalığın etiolojisinde özellikle psikolojik etkenlerin rol oynadığı ya da bedensel yakınmaların organik veya psikolojik kaynaklı olarak ayrılması görüşünden çok, hastaların tümüne bütüncül yaklaşılması gerektiği benimsenmektedir. Bu görüş, konsültasyon liyezon psikiyatrisinin temelini oluşturmaktadır (15).

“Liaison” Psikiyatrisi; klinik ve kavramsal açıdan insan varlığını, sağlığını, hastalıkları biyolojik, ruhsal, sosyal bütünlük içerisinde ele alıp değerlendirmenin ve

çözümleme gayretinin çağdaş psikiyatrik uzantısıdır. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi (KLP) ise psikiyatrik-psikososyal tıp, klinikler arası psikiyatri, genel tıp ve diğer uzmanlık alanları ile işbirliğine dayanan, klinik tıp alanında fiziksel hastalıklara eşlik eden, psikososyal sorunların ve psikiyatrik sendromların tanısı, tedavisi, takibi, araştırma etkinlikleri ve eğitimiyle uğraşan, medikal durumlar ile psikososyal durumlar arasındaki etkileşimi ve bağlantıyı araştıran psikiyatri disiplini (51).

Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisinin gelişimiyle de birlikte, KLP hemşireliği ruh sağlığı hemşireliğinin alt dalı olarak ortaya çıkmıştır. Uygulama alanı; primer olarak korumadan, müdahaleye ve rehabilitasyon sürecine kadar uzanır (51).

KLP hemşiresinin genel amacı; hastalarda bulunan psikiyatrik bozuklukları tanımlamak, tedavi etmek, yaygınlığını önlemek, hastalıkların meydana gelmesinde, seyrinde, tedavisinde ve bakımında etki gösteren psikososyal faktörlerin rolünü inceleyerek, bütüncül bir hizmet ortaya koymaktır. Birincil amacı; fiziksel hastalığa sahip olan hastaların bütüncül sağlığını yükseltmek, psikiyatrik bozuklukları önlemek ve de azaltmak, psikososyal uyumuna yardım etmek, bireyin mevcut hastalığı ile hastalığının yol açtığı yaşam zorluklarıyla baş edebilecek güce gelmesine, hastalık yaşantısından anlam çıkarabilmesine yardımcı olmaktır. KLP hemşiresi, birincil amacına yönelik olarak doğrudan bir hizmet verir. Bu hizmet; hasta ve ailesinin psikososyal ihtiyaçlarını belirlemeye yönelik verinin toplanmasından, gerekli hemşirelik tanısının koyulmasından, psikososyal bakım verilmesinden ve bakım sonuçlarının değerlendirilmesinden oluşur. Özellikle hasta ve ailesinin, hastalık ile ilgili, hastanede yatmak ile ilgili yaşadıkları streslerini, krize karşı reaksiyonlarını, baş etme eylemlerini ve uyum düzeylerini değerlendirir. Baş edebilme stratejilerini kuvvetlendirmeyi, sahip olduğu destek sistemlerini harekete geçirmeyi, bireyin duygularını rahat bir şekilde ifade edebilmesini sağlamayı, krize müdahale yöntemlerini, danışmanlığı, eğitim girişimlerini, bilişsel-davranışçı teknikleri içerir (15).

İkincil amacı; hemşirelerin ve diğer bakım verenlerin, psikososyal tanılama ve bakım becerilerini geliştirmek, profesyonel gelişimlerini destekleyerek kendi klinik ve bakım uygulamalarına, ruh sağlığı kavramları ve uygulamalarını entegre edebilir olmalarını sağlamaktır. İkincil amacına yönelik dolaylı hizmet verir. Yani, psikiyatri dışında tıbbi-cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin, hasta ve ailesinin psikososyal gereksinimlerine karşı duyarlılığı arttırmaya, tanılama, gözlem ve terapotik iletişim

becerilerini geliştirmeye yönelik danışmanlık yapar. KLP hemşiresi; çalışanlara eğitim verir, hasta ve ailesi ile olan iletişimlerini kolaylaştırmada, hemşire-hasta arasında kurulan terapötik ilişkiyi sağlamada, ekip içi veya kişilerarası çatışmaların çözümlenmesinde yardımcı olur. Bunun yanı sıra, hemşirelerin hastayla ilişkisinde ve bakımı planlamasında onlara rol modeli olur. Zor durumlar hakkında hemşirelerin problem çözme becerilerini geliştirmelerine destek olur, duygularını ifade etmesini kolaylaştırır, gelecekte karşılaşılabilecek benzer problemleri çözmeleri için onlara yol gösterir (15).

KLP hemşiresinin yaptığı hizmetlerin sonuçlarını değerlendirmek amaçlı yapılmış olan çalışmalarda;

Hasta ve aile için;

- Hasta bakım sürecinin ve bakım sonucunun iyileştiği,
- Psikiyatrik semptomların azaldığı,
- Psikososyal bakım standartlarının yükseldiği,
- Tedavi olan uyumun arttığı,
- Sağlık çalışanları ile olumlu iletişim sağlandığı,
- Konsültasyon taleplerinin nitelik ve nicelik olarak arttığı,
- Hastanın ve ailesinin duygusal rahatlığının ve sorunlarıyla etkin baş etme becerilerinin arttığı,
- Tedavi edilmemiş olan psikiyatrik durumlarla ilişkili hastanede yatış süresinin azaldığı,
- Hospitalize edilmiş yaşlılarda gelişen deliryum ve depresyonun tanınması ve tedavi edilmesinin arttığı,
- Hastanın ve ailenin memnuniyetinin arttığı,

Hemşireler ve diğer sağlık çalışanları için;

- Psikiyatri bilgisinin arttığı,
- Hastalarla ilişkilerin iyileştiği,
- Tedavi ekibi arasındaki iletişimin iyileştiği,
- Hemşirelerin yaşamış olduğu emosyonel gerginliğin azaldığı,
- Hemşirelerin, hastaların psikiyatrik durumlarına olan farkındalığının arttığı,
- Hemşirelerin, hastaların gereksinimlerini karşılama becerilerinin arttığı,
- İş memnuniyetinin arttığı,

Kurum için;

- Psikiyatrik komorbiditeyle ilişkili olan tıbbi komplikasyonların önlenebildiği,
- Hastanede kalma süresinin azaldığı,
- Tekrarlı yatışların azaldığı,
- Maliyet etkinliğinin sağlandığı belirtilmiştir (16).

2.9. Kanserde Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği ve Psikososyal Bakım Uygulamaları

KLP hemşiresi; kanser hastaların hastalık sürecinde verdiği veya vereceği tüm tepkilerde, hastalıkla baş etmesinde ve bütün süreçte ona destek olur. Dolayısıyla, kanser hastalarının psikolojik bakımının yadsınamaz bir parçasıdır (14).

KLP hemşiresi, hemşirelerle ve tedavi ekibindeki diğer üyelerle iş birliği içinde çalışır (11). Ayrıca hasta, ailesi/yakınları ile sağlık profesyonellerinin arasındaki iletişim ağını düzenlemekle beraber, desteğe gereksinim duyan her bireye spesifik bir biçimde de hizmet verir (14, 57).

Kanser hastalarının desteğe gereksinim duymalarının en önemli nedeni, yaşamakta oldukları strestir. Kanser tanısı almış olan hastalarda, kriz olarak tanımlanabilecek bazı emosyonel tepkiler ortaya çıkar. Genellikle kanser tanısının ilk konduğu, yeni bir tedaviye geçildiği ya da nüksün olduğu süreçler hasta için kriz dönemleridir. Bu nedenle de kanser hastaları uzun süreli kronik stres yaşamaktadır (14, 57).

Tedavi ile birlikte, kanserin hastanın yaşamında yaratmış olduğu değişiklikler, hastanın benlik algısında kayıplar yaşadığını hissetmesi ve hastane ortamında bulunuyor olması onun stres düzeyini artırır. Kanser hastalarının stres ile başa çıkabilmesi; kanserin yerine, türüne, süresine, belirtilerine, hastalığın ön görülen gidişatına, hastanın daha önceki hastalık durumlarına uyum sağlayabilme derecesine, psikolojik ve fiziksel iyileşme kapasitesine, hastanın sorunlarla başa çıkma yöntemlerine, ego kuvvetine, bulunduğu gelişimsel yaşam evresine, kültürel ve dinsel tutumlara, çevresinde duygusal destek veren bireylerin olup olmamasına, sağlık ekibiyle iletişim gibi kişilerarası faktörlere bağlıdır (37, 58).

Hastanın stres ile başa çıkmasında KLP hemşireleri yol göstericidir. Hastayla arasında sağlayacağı güven bağıyla, bireyin kendisini rahat bir şekilde ifade etmesine

olanak sağlar. Stres yaratan konunun belirlenip, çözümüyle ilgili yeni stratejiler geliştirmesinde hastaya yardımcı olur (14).

KLP hemşiresi; kişinin anksiyeteye sahip olduğunu fark etmesine, anksiyete ile bireyi rahatlatan anlayış arasında ilişki kurmasına, beklentilerini fark etmesine, kendisinde oluşabilecek değişiklikleri değerlendirebilmesine yönelik girişimlerde bulunmakla yükümlüdür (59, 60, 61).

KLP hemşiresi, kanser hastalarına yaşadığı anksiyete ile başa çıkmasında destek olduğu gibi, ailelerine ve onkoloji biriminde çalışan sağlık çalışanlarına psikososyal bakımın verilmesi hususunda da destek olmalıdır. Aynı zamanda hasta ile ailelerinin yeni sağlık durumu ve meydana gelen problemlerle baş etme becerilerini geliştirebilmesine, uyumlarının artırılmasına, yaşam kalitesinin olumlu yönde iyileştirilmesine olanak tanınmalıdır (11).

Kanser hastalarında fizyolojik, psikolojik, sosyal iyilik halinin sürdürülmesi, hastalık ve tedavi sürecinde ortaya çıkabilecek sağlık problemlerinin önlenmesi ve sorunlarla baş etme, olumlu sağlık davranışlarını geliştirme, öz bakım gücünü artırma, sosyal desteği kuvvetlendirme, danışmanlık, rehberlik ve eğitim verme gibi konularda, hemşirelikte sistematik yaklaşımın uygun bir biçimde kullanılabilmesi için kanser hastalarının mevcut durumlarının ve algıladıkları sosyal destek durumunun belirlenmesi gerekmektedir (62).

Kanser tanısı almış ve tedavileri sürdürülen hastaların psikososyal durumlarının, psikolojik olarak yaşadığı güçlüklerin biliniyor olması, bu hasta grubuna yönelik olan ve psikososyal destek sağlayan konsültasyon liyezon psikiyatrisi uygulamalarının planlanmasına ve yürütülmesine yön gösterir (63).

Psikososyal bakım ile ilgili bilgi ve becerilerin uygulanması, KLP hemşireliğinin daha yaygın bir duruma gelmesi, hemşireliğin gelişimine ve hemşirelik bakım sürecinin kalitesinin artırılmasına katkı sağlar (15).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, onkoloji biriminde yatan kanser hastalarının psikososyal gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı-kesitsel tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Araştırma, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde Eylül 2018 ve Aralık 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Hasta grubunda evrenin tümünü gözlemlemek zaman kısıtı yaratacağı için, araştırma örneklemini; 01.07.2019-31.09.2019 tarihleri arasında Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin Onkoloji Biriminde yatan hastalar oluşturmuştur. Bu süreç içerisinde ayda ortalama otuz altı hasta, üç aylık zaman diliminde yüz sekiz hasta tedavi olmuştur. Bir hasta çalışmaya katılmayı reddettiğinden; iki hasta tanısını bilmediğinden; beş hastada genel durumu kötü olduğundan toplam sekiz hasta çalışma dışında bırakılmış, 100 hasta ile çalışma tamamlanmıştır.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri;

- Türkçe anlayabilme ve Türkçe iletişim kurabilme
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan ve kendilerinden yazılı bilgilendirilmiş onam formu alınan
- 18 yaş üstünde olmak
- Anlatılan bilgileri anlayabilecek düzeyde olmak
- Görme, işitme ve algılama sorunu olmayan
- Yazılı ve sözlü olarak onam verebilecek olmak
- Kanser hastası olmak ve tanısını bilmek

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; hastaların, Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu (DBGÖ-KF)’undan almış oldukları puanlardır.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; onkoloji hastalarının; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, kanser olma süresi, birlikte yaşanılan kişiler, kanserin türü, tanı süresi, hastalığa uyum sağlayabilme durumu, sosyal destek alma durumu gibi sosyodemografik, hastalık ve psikososyal yönüne ilişkin değişkenlerdir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler, araştırmacı tarafından literatür baz alınarak hazırlanan anket formu ile toplanmıştır. Verileri toplamada; “Onkoloji Biriminde Yatan Hastaların Sosyodemografik, Klinik ve Psikososyal Özelliklerine İlişkin Bilgi Toplama Formu” ve “Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu” kullanılmıştır.

3.5.1. Onkoloji biriminde yatan hastaların sosyodemografik, klinik ve psikososyal özelliklerine ilişkin bilgi toplama formu (Ek 3)

İlgili literatür ışığında hazırlanan “Hastanın Sosyodemografik, Klinik ve Psikososyal Özelliklerine İlişkin Bilgi Toplama Formu” iki bölümden oluşmaktadır. Bu formun birinci bölümünde hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri, ikinci bölümünde ise psikososyal alana ilişkin bilgileri değerlendirilmiştir. Hastanın tanısını bilme durumu, cinsiyeti, yaş grubu, medeni durumu, çocuk durumu, eğitim düzeyi, mesleği, birlikte yaşanılan kişiler, hastanın araştırmaya alındığı yer, tanıyı bilme durumu, kanserin türü, tanı süresi, tanı evresi, metastaz durumu, tedavi şekli, kronik hastalık varlığı, tanı konulmuş psikiyatrik hastalık varlığı, sigara ve alkol kullanma durumu, ailede kanser hastalığı varlığı, hastanın içinde bulunduğu yaş aşaması, hastalığa uyum sağlayabilme durumu, sosyal destek alma durumu, destek alınan kişiler, sosyal desteğin yararına inanma durumu, bakıma yardımcı olan kişiler, bakım uygulamalarına ailenin katılım durumu, duygusal yardım ve desteği sağlayan kişi ya da kişilerin yeterliliği, hastada gözlemlenen ruhsal belirti ve bulgular, yaşanılan psikososyal sorunlar, hastanın hastalığı süresince baş etmede kullandığı destekleyici

uygulamalar, hastanın ruhsal desteğe ihtiyacı olma durumu ve hastayı bu konuda yönlendirmeye ihtiyaç duyulan birim şeklinde toplam 32 sorudan oluşmuştur.

3.5.2. Destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği kısa formu (Ek 4)

Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu (DBGÖ-KF), Mc Elduff, Boyes, Zucca, ve Girgis (2004) tarafından, "Centre for Health Research & Psycho-Oncology" için kanser hastalarının ihtiyaçlarını belirleyip, değerlendirebilmek üzere geliştirilmiştir (64). Ölçeğin; Almanya, Fransa, Çin ve Japonya gibi farklı ülkelerde de çevrilip, kullanılması için geçerliliği test edilmiştir. 34 maddeden oluşan bu ölçeğin alt boyut sayısı beştir. Bunlar, "ruhsal/psikolojik", "sağlık sistemi ve bilgilendirme", "fiziksel ve günlük yaşam", "hasta bakım ve desteği" ile "cinsellik" boyutlarıdır (64, 65). Ölçek beşli Likert tipindedir. Her soru için verilecek beş cevap; hiç ihtiyacım olmadı (1 puan), ihtiyacım olmadı (2 puan), az ihtiyacım oldu (3 puan), biraz ihtiyacım oldu (4 puan), çok fazla ihtiyacım oldu (5 puan) şeklindedir.

Ölçeğin orijinalinde;

Ruhsal/Psikolojik Alt Boyutu: Duygular ve başa çıkma ile ilgili gereksinimleri değerlendirmektedir. Madde sayısı 10, alınabilecek minimum puan 10 maksimum puan 50'dir (Bu alt boyutun maddeleri: 6, 7, 8, 9,10, 11, 12, 13, 14, 17 şeklindedir).

Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme Alt Boyutu: Hastalık, tanı-tedavi, tedavi sonrası izlem ve tedavi merkezinin hakkındaki bilgilerle ilgili gereksinimleri değerlendirmektedir. Madde sayısı 11, alınabilecek minimum puan 11 maksimum puan 55'tir (Bu alt boyutun maddeleri: 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34 şeklindedir).

Fiziksel ve Günlük Yaşam Alt Boyutu: Fiziksel belirtiler ve tedavinin yan etkileri ile başa çıkma, genel görevleri ve aktiviteleri gerçekleştirmeyle ilgili gereksinimleri değerlendirmektedir. Madde sayısı 5, alınabilecek minimum puan 5 maksimum puan 25'tir (Bu alt boyutun maddeleri: 1, 2, 3, 4, 5 şeklindedir).

Hasta Bakım ve Desteği Alt Boyutu: Hastanın mahremiyetine, seçimlerine, fiziksel ve duygusal gereksinimlerine duyarlılık gösteren sağlık çalışanları ile ilgili

gereksinimleri değerlendirmektedir. Madde sayısı 5, alınabilecek minimum puan 5 maksimum puan 25'tir (Bu alt boyutun maddeleri: 18, 19, 20, 21, 22 şeklindedir).

Cinsellik Alt Boyutu: Cinsellik ile ilgili gereksinimleri değerlendirmektedir. Madde sayısı 3, alınabilecek minimum puan 3 maksimum puan 15'tir (Bu alt boyutun maddeleri: 15, 16, 31 şeklindedir).

Ölçek puanlamasının hesaplanması formül ile yapılmaktadır. Toplam puan $\times 100/(m \times (k-1))$ formülüyle standardize edilerek hesaplanmaktadır. Toplam puan alt boyutlardaki puanların toplamı; m alt boyuttaki soru sayısı; k ise likert tipteki seçeneklerin sayısıdır (64).

Bu araştırmada ise ölçeğin Türkiye'de ki geçerlik güvenirlik çalışması Aksuoğlu (2015) tarafından yapılan 31 maddelik Türkçe versiyonu kullanılmıştır. "Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu"nu Türkçe'ye uyarlamak, geçerlik ve güvenirlik yönünden incelemek amacıyla Aksuoğlu (2015) tarafından gerçekleştirilen çalışmada, orijinal ölçekte yer alan üç madde (17, 22, 30), diğer alt boyutlar ile de yüksek korelasyon gösterdiği için ölçekten çıkarılmıştır. Faktör analizi doğrultusunda ölçeğin alt boyut madde sayıları "ruhsal/psikolojik" alt boyutunda 9; "sağlık sistemi ve bilgilendirme" alt boyutunda 10; "hasta bakım ve desteği" alt boyutunda ise 4 maddeye dönüşmüştür. DBGÖ-KF'nun iç tutarlık güvenirliği Cronbach alfa katsayısı ile hesaplanmıştır. Araştırmada tüm alt boyutlarda güvenirlik katsayısı 0,70'den yüksektir ve orijinal ölçeğin Cronbach alfa katsayısı ile uyumludur. Aksuoğlu (2015) çalışması sonucunda, DBGÖ-KF'nun yeterli geçerlik ve güvenirlik göstergelerine sahip bir ölçme aracı olduğu sonucuna varmıştır (66).

Geçerlik güvenirlik çalışması yapılan, beş alt boyuttan oluşan ve 31 maddeye dönüşen ölçeğin; "ruhsal/psikolojik" alt boyutunda 9 madde vardır ve bu boyuttan alınan minimum puan 9; maximum puan 45'dir. "Sağlık sistemi ve bilgilendirme" boyutunda 10 madde vardır ve bu boyuttan alınan minimum puan 10; maximum puan 50'dir. "Fiziksel ve günlük yaşam" boyutunda 5 madde vardır ve bu boyuttan alınan minimum puan 5; maximum puan 25'dir. "Hasta bakım ve desteği" boyutunda 4 madde vardır ve bu boyuttan alınan minimum puan 4; maximum puan 20'dir. "Cinsellik" boyutunda 3 madde vardır ve bu boyuttan alınan minimum puan 3; maximum puan 15'dir (66).

3.6. Veri Toplama Süreci

“Onkoloji Biriminde Yatan Hastaların Sosyodemografik, Klinik ve Psikososyal Özelliklerine İlişkin Bilgi Toplama Formu” ile “Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu” hastalarla yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 programı kullanılmıştır (67). Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanılmıştır. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemeler ile sınanmıştır. Normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann-Whitney U test, normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis test ve Dunn-Bonferroni test kullanılmıştır. Nitel verilerin karşılaştırılmasında Pearson ki-kare test ve Fisher’s exact test kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Cronbach’s Alfa katsayısının değerlendirilmesi aşağıdaki ölçüte göre yapılmaktadır;

0.0 < 0.40 ise ölçek güvenilir değildir.

0.40 < 0.60 ise ölçek düşük güvenilirliktedir.

0.60 < 0.80 ise oldukça güvenilirirdir.

0.80 < 1.00 ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir (68).

Bu çalışmada DBGÖ-KF’nun iç tutarlık güvenilirliği, Cronbach alfa katsayısı ile hesaplanmıştır ve güvenilirlik katsayısı $\alpha = 0.933$ olarak bulunmuştur. DBGÖ-KF yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın sınırlılığını; “terminal dönemde olan ağır hastalardan ve tanısını bilmeyen hastalardan veri alınamaması” oluşturmuştur.

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için, geçerlik güvenirliği yapılan ölçeğin yazarından öncelikle e-posta aracılığıyla izni alınmıştır (Ek 1), Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 10.10.2018 tarihli, 2018-208-10/10 protokol no'lu etik kurul izni alınmıştır (Ek 5), Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nden kurum izni alınmıştır (Ek 7). Araştırmaya katılacak hastalara araştırma hakkında bilgi verilmiş, sözlü ve yazılı onamları (Ek 2) alınmıştır.



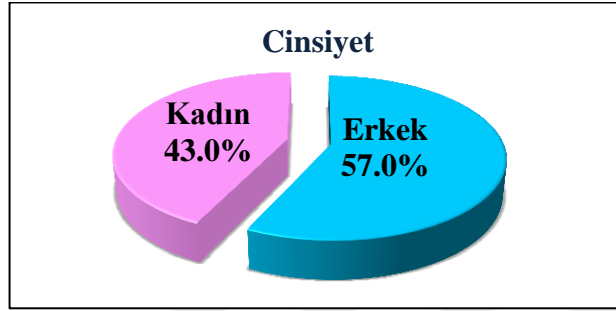
4. BULGULAR

Bu araştırmada onkoloji biriminde yatan hastaların sosyodemografik, klinik özellikleri ve psikososyal gereksinimleri değerlendirilmiş, elde edilen veriler tablolar halinde sunulmuştur.

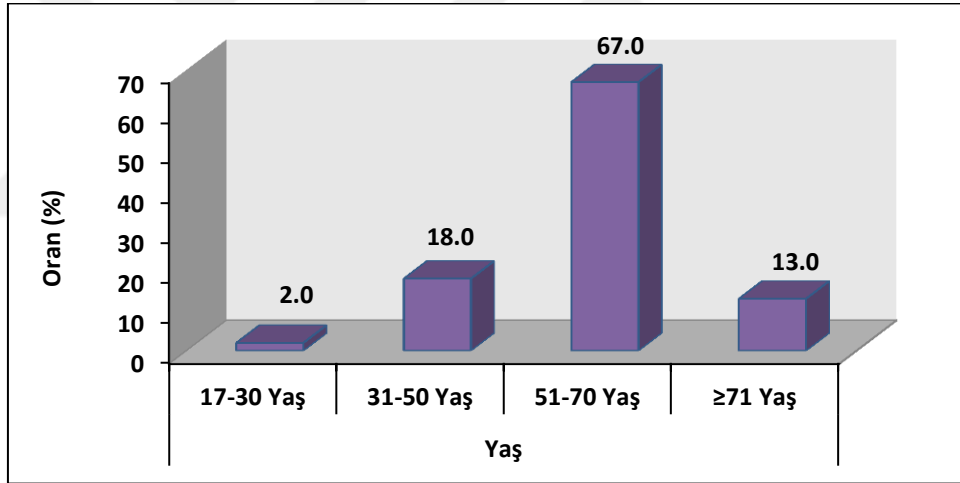
Tablo 2. Onkoloji Hastalarının Demografik Özelliklerinin Dağılımı

		n	(%)
Hastanın tanısını bilme durumu	Evet	100	100.0
	Hayır	0	0.0
Yaş	17-30 Yaş	2	2.0
	31-50 Yaş	18	18.0
	51-70 Yaş	67	67.0
	≥71 Yaş	13	13.0
Cinsiyet	Erkek	57	57.0
	Kadın	43	43.0
Medeni durum	Evli	79	79.0
	Bekâr	6	6.0
	Boşanmış	7	7.0
	Eşi Vefat Etmiş	8	8.0
Çocuk sahibi olma durumu	Var	94	94.0
	Yok	6	6.0
Eğitim durumu	Okuryazar Değil	5	5.0
	İlkokul	64	64.0
	Ortaokul	14	14.0
	Lise	12	12.0
	Üniversite ve Üzeri	5	5.0
Meslek	Ev Kadını	35	35.0
	Akademisyen	1	1.0
	Memur	3	3.0
	Serbest Meslek	17	17.0
	Emekli	41	41.0
	İşçi	2	2.0
	İşsiz	1	1.0
Birlik yaşadığı kişiler	Tek Başına	7	7.0
	Eş ile	32	32.0
	Eş ve Çocuklar ile	42	42.0
	Anne Baba ile	1	1.0
	Diğer	18	18.0
Diğer	Abla	1	
	Çocuk(lar)	17	
Kronik hastalık durumu	Yok	50	50.0
	Var	50	50.0
Var olan kronik hastalıkları	(Bir ya da daha fazla seçenek işaretlenebilmiştir.)		
	Hipertansiyon	38	76.0
	Diabetes Mellitus	26	52.0
	KOAH	6	12.0
	Koroner Arter Hastalığı	1	2.0
	Hipotroidi	1	2.0
	Daha öncesinde tanı konulmuş bir psikiyatrik hastalık	Var (tedavi görmüş/ görmekte)	16
Var (tedaviyi uygulamamış/ yarım bırakmış)	3	3.0	
Yok	77	77.0	
Psikiyatrik sıkıntıları olduğunu hissediyor, fakat uzamana danışmamış	4	4.0	
Sigara kullanımı	Var	38	38.0
	Yok	62	62.0
Alkol kullanımı	Var	12	12.0
	Yok	88	88.0

Araştırmaya katılan hastaların %100'ü tanısını bilmektedir. Hasta grubu; %57'si (n=57) erkek, %43'ü (n=43) kadın olmak üzere toplam 100 kişiden oluşmuştur. Çalışmaya katılan hastaların %67'sinin (n=67) 51-70 arasında, %18'inin (n=18) 31-50 yaş arasında, %13'ünün (n=13) 71 yaş ve üzerinde, %2'sinin (n=2) 17-30 yaş arasında olduğu gözlenmiştir.



Grafik 1. Cinsiyet Dağılımı



Grafik 2. Yaş Gruplarının Dağılımı

Çalışmaya katılan hastaların %79'unun (n=79) evli, %8'inin (n=8) eşi vefat etmiş, %7'sinin (n=7) boşanmış, %6'sının (n=6) bekar olduğu gözlenmiştir.

Hastaların %94'ünün (n=94) çocuk sahibi olduğu, %6'sının (n=6) ise çocuk sahibi olmadığı gözlenmiştir.

Hastaların %64'ünün (n=64) eğitim durumunun ilkokul, %14'ünün (n=14) ortaokul, %12'sinin (n=12) lise, %5'inin (n=5) üniversite mezunu ve üzeri, %5'inin (n=5) ise okuryazar olmadığı gözlenmiştir.

Hastaların %41'inin (n=41) emekli, %35'inin (n=35) ev hanımı, %17'sinin (n=17) serbest meslek çalışanı, %3'ünün (n=3) memur, %2'sinin (n=2) işçi, %1'inin (n=1) akademisyen, %1'inin (n=1) ise işsiz olduğu gözlenmiştir.

Hastaların %42'si (n=42) eşi ve çocuklarıyla, %32'si (n=32) sadece eşiyle birlikte, %18'i (n=18) diğer yakınları ile, %17'si sadece çocuğu ile, %7'si (n=7) tek başına, %1'i (n=1) anne-babasıyla, %1'i ise ablası ile yaşadığını belirtmiştir.

Hastaların %50'sinin (n=50) kronik hastalığı olduğu gözlenmiştir. Kronik hastalığı olan hastaların %76'sının (n=38) hipertansiyonu, %52'sinin (n=26) diyabeti, %12'sinin (n=6) KOAH'ı, %2'sinin (n=1) kronik arter hastalığı ve %2'sinin (n=1) hipotroidi olduğu gözlenmiştir.

Hastaların %77'si (n=77) psikiyatrik bir hastalığı olmadığını belirtirken, %16'sı (n=16) daha öncesinde tanı konmuş bir psikiyatrik hastalığının olduğu ve tedavi görmüş/görmeye devam ettiğini, %4'ü (n=4) psikiyatrik sıkıntıları olduğunu hissettiğini, fakat uzmana danışmadığını %3'ü (n=3) tedaviyi uygulamadığını/ yarım bıraktığını belirtmiştir.

Hastaların %38'i (n=38) sigara kullandığını, %12'si (n=12) alkol kullandığını belirtmiştir.

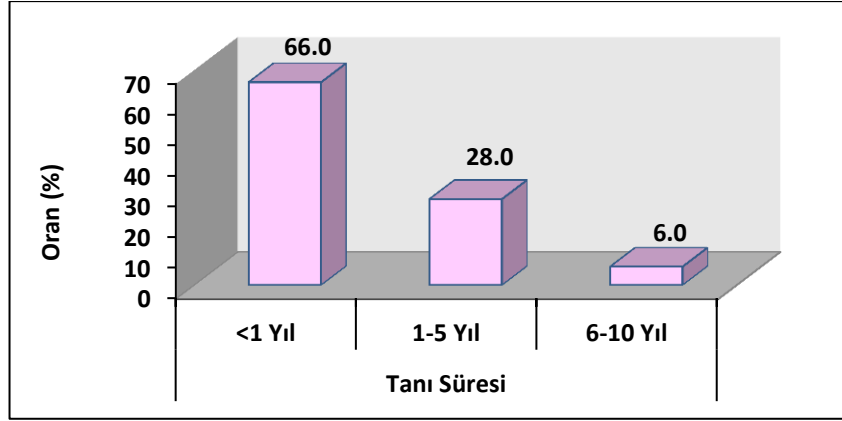
Tablo 3. Onkoloji Hastalarının Hastalığı ile İlgili Tanımlayıcı Özellikleri

		n	(%)
Hastanın araştırmaya alındığı yer	Klinik	63	63.0
	Poliklinik (günübirlik tedavi)	37	37.0
Kanser türü	Kolon	31	31.0
	Akciğer	27	27.0
	Meme	10	10.0
	Mide	8	8.0
	Pankreas	4	4.0
	Özefagus	3	3.0
	Over	2	2.0
	Prostat Ca	2	2.0
	Rahim	2	2.0
	Karaciğer	2	2.0
	Larinks	1	1.0
	Sarkom	1	1.0
	Nazofarenks	1	1.0
	Lenfoma	1	1.0
	Lösemi	1	1.0
Rektum	1	1.0	
Yumurtalık	1	1.0	
Yumuşak Doku Kanseri	1	1.0	
Tanı süresi	<1 Yıl	66	66.0
	1-5 Yıl	28	28.0
	6-10 Yıl	6	6.0
Tanı evresi	Evre 1	7	7.0
	Evre 2	9	9.0
	Evre 3	15	15.0
	Evre 4	18	18.0
	Bilmiyor ya da yanıt yok	51	51.0
Metastaz	Yok	48	48.0
	Var	52	52.0
Tedavi şekli	Birleşik Tedavi	70	70.0
	Kemoterapi	29	29.0
	Radyoterapi	1	1.0
Ailede kanser öyküsü	Var	46	46.0
	Yok	54	54.0

Hastaların %63'ü (n=63) araştırmaya alındığı yerin klinik olduğunu belirtirken, %37'si (n=37) poliklinik (günübirlik tedavi) olduğunu belirtmiştir.

Hastaların %31'inin (n=31) kolon, %27'sinin (n=27) akciğer, %10'unun (n=10) meme, %8'inin (n=8) mide, %4'ünün (n=4) pankreas, %3'ünün (n=3) özefagus, %2'sinin (n=2) over, %2'sinin (n=2) prostat, %2'sinin (n=2) rahim, %2'sinin (n=2) karaciğer, %1'inin larinks, %1'inin sarkom, %1'inin nazofarenks, %1'inin lenfoma, %1'inin lösemi, %1'inin rektum, %1'inin yumurtalık ve %1'inin yumuşak doku kanseri olduğu gözlenmiştir.

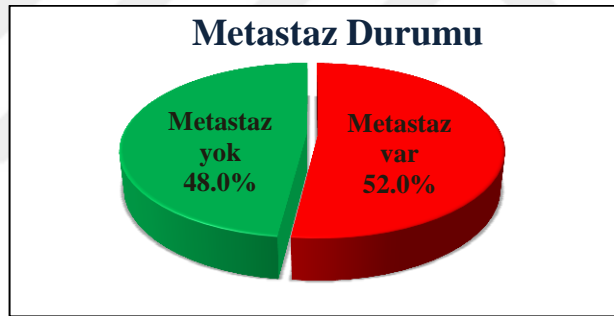
Hastaların %66'sının (n=66) tanı süresinin 1 yıldan az olduğu gözlenirken, %28'inin (n=28) 1-5 yıl arasında ve %6'sının (n=6) 6-10 yıl arasında olduğu gözlenmiştir.



Grafik 3. Tanı Sürelerinin Dağılımı

Hastaların %51'inin (n=51) hangi evrede olduğu bilinmiyor, %18'inin (n=18) 4. evre de, %15'inin (n=15) 3. evrede, %9'unun (n=9) 2. evrede, %7'sinin (n=7) 1. evrede olduğu gözlemlenmiştir.

Hastaların %52'sinde (n=52) ise metastaz varlığı gözlenmiştir.



Grafik 4. Metastaz Varlığına İlişkin Dağılımlar

Hastaların %70'inin (n=70) tedavi şeklinin birleşik tedavi, %29'unun (n=29) kemoterapi, %1'inin (n=1) ise radyoterapi olduğu gözlenmiştir.

Hastaların %46'sı (n=46) ailesinde kanser öyküsü olduğunu belirtmiştir.

Tablo 4. Onkoloji Hastalarının Psikososyal Gereksinimlere İlişkin Bulguları

		n	(%)	
Hastanın içinde bulunduğu yas aşaması	İnkar	0	0.0	
	Öfke	0	0.0	
	Pazarlık	1	1.0	
	Depresyon	4	4.0	
	Kabullenme	95	95.0	
Hastalığa uyum sağlama	Evet	92	92.0	
	Hayır	8	8.0	
Sosyal destek alma durumu	Alıyor	75	75.0	
	Kısmen alıyor	21	21.0	
	Almıyor	4	4.0	
Destek alınan kişi *	Aileden	95	99.0	
	Arkadaş	34	35.4	
	Psikiyatri uzmanı	3	3.1	
	Diğer (Akraba)	11	11.5	
Sosyal desteğin yararına inanma	Evet	100	100.0	
	Hayır	0	0.0	
Bakıma yardımcı olan kişi varlığı	Yardımcı olan kimse yok	5	5.0	
	Yardımcı olan bir kişi var	50	50.0	
	Yardımcı olan iki ve daha fazla kişi var	45	45.0	
Bakım uygulamalarına ailenin katılım durumu	Evet	81	81.0	
	Hayır	3	3.0	
	Kısmen	16	16.0	
İhtiyaç durumunda duygusal yardım ve desteği sağlayan kişi ya da kişilerin destek yeterlilikleri *	Anne	Yetersiz	1	16.7
		Yeterli	5	83.5
	Baba	Yetersiz	1	25.0
		Kısmen Yeterli	1	25.0
		Yeterli	2	40.0
	Kardeş	Kısmen Yeterli	1	7.7
		Yeterli	11	84.6
		Çok Yeterli	1	7.7
	Eş	Çok Yetersiz	1	1.6
		Kısmen Yeterli	8	12.7
		Yeterli	43	68.3
		Çok Yeterli	11	17.5
	Çocuklar	Kısmen Yeterli	11	17.5
		Yeterli	46	73.0
Çok Yeterli		6	9.5	
Akraba	Kısmen Yeterli	1	20.0	
	Yeterli	4	80.0	
Özel İnsan	Yeterli	1	100.0	
Arkadaş	Kısmen Yeterli	6	27.3	
	Yeterli	14	63.6	
	Çok Yeterli	2	9.1	
Diğer	Kısmen Yeterli	11	50.0	
	Yeterli	8	36.4	
	Çok Yeterli	3	13.6	

* Birden fazla kişi değerlendirilebilmiştir.

Tablo 4. (Devam)

		n	(%)
Hastada gözlemlenen ruhsal belirti ve bulgu varlığı	Var	72	72.0
	Yok	28	28.0
Ruhsal belirti ve bulgular **	Yeme sorunları	36	36.0
	Öfke sorunları	34	34.0
	Uyku sorunları	32	32.0
	Kaygı ile ilgili sorunlar	29	29.0
	Depresif belirtiler	25	25.0
	Cinsel sorunlar	19	19.0
	Uyum sorunları	8	8.0
Hastada karşılaşılan psikososyal sorun varlığı	Evet	89	89.0
	Hayır	0	0.0
Psikososyal Sorunlar **			
Enerji kaybı		62	62.0
Ev/iş ve okulda çalışırken zorlanma ya da bırakmak zorunda kalma		62	62.0
Kanserin tekrarlanması ve yayılması ile ilgili korku		45	45.0
Gelecek kaygısı		41	41.0
Sinirli ruhsal durum		40	40.0
Korku, endişe, belirsizlik ve çaresizlik		35	35.0
Anne, baba, eş ve çocuk gibi rolleri yerine getirememe		31	31.0
Ağrı nedeniyle konforda bozulma		31	31.0
Artan fiziksel sorunlarla beraber başkalarına bağımlı olma		27	27.0
Ölüm korkusu		25	25.0
Eğlence aktivitelerinden mahrum kalma		20	20.0
İlaç ve tedaviye uyum güçlüğü yaşama		15	15.0
Psikolojik destek yoksunluğu		13	13.0
Beden imajında değişme		11	11.0
İlgide azalma, zevk alamama		7	7.0
Maddi problemler		7	7.0
Toplumsal çevre ile ilişkili sorunlar		4	4.0
Hayatı anlamlandırmada zorlanma		4	4.0
Var olan psikiyatrik sıkıntılarda alevlenme-artış		4	4.0
Aile içi sorunlar		3	3.0
İntihar düşünceleri		3	3.0
Etiketlenme		2	2.0
Yalnız kalma isteği		2	2.0
İnanç değerlerinde bozulma		1	1.0
Hastalığın getirdiği yükü beraber diğer insanlarla iletişim ve etkileşimde bozulma		1	1.0
Sağlık personeli ile iletişim sorunları yaşama		1	1.0

** Bir ya da daha fazla seçenek işaretlenebilmiştir.

Tablo 4. (Devam)

		n	(%)
Hastanın baş etmede kullandığı destekleyici uygulamalar	Var	89	89.0
	Yok	11	11.0
Kullanılan destekleyici uygulamalar **	Dua etmek	54	54.0
	Sohbet etme	40	40.0
	Diğer	40	40.0
	Müzik dinleme	17	17.0
	Namaz kılmak	15	15.0
	Film izleme	12	12.0
	Kuran okumak	9	9.0
	Derin nefes egzersizleri	6	6.0
	Uyuma	5	5.0
	Kitap okuma	4	4.0
Hastanın ruhsal desteğe ihtiyaç durumu	Evet	23	23.0
	Hayır	42	42.0
	Kısmen	35	35.0
Hastayı yönlendirmeye ihtiyaç duyulan birim	Yok	42	42.0
	Var	58	58.0
Yönlendirmeye ihtiyaç duyulan birimler **	Sorumlu onkolog	1	1.0
	Psikolog	27	27.0
	Psikiyatri uzmanı	18	18.0
	KLP hemşiresi	58	58.0

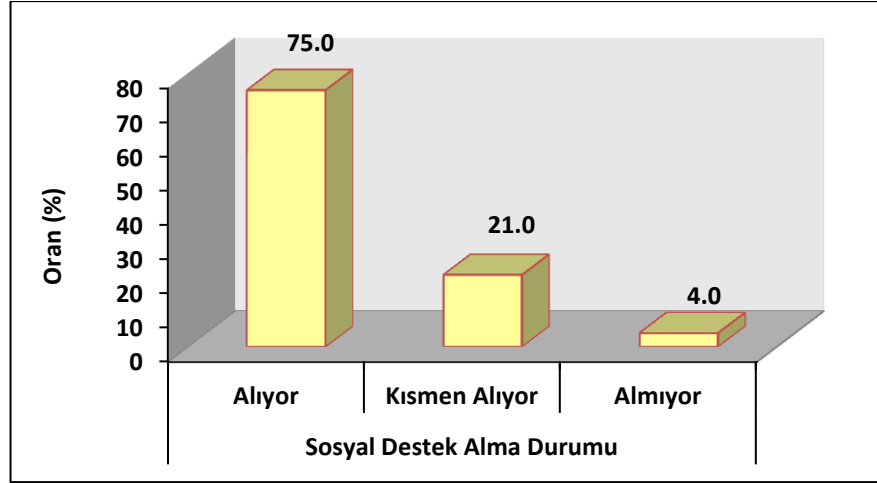
**** Bir ya da daha fazla seçenek işaretlenebilmiştir.**

Hastaların %95'inin (n=95) kabullenme, %4'ünün (n=4) depresyon, %1'inin (n=1) pazarlık aşamasında olduğu gözlenmiştir.

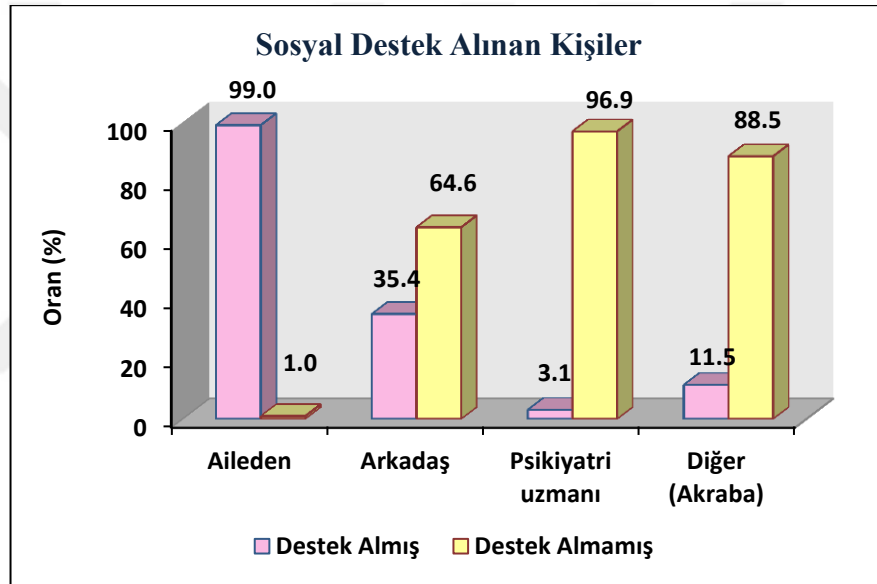
Hastaların %92'si (n=92) hastalığa uyum sağladığını belirtmiştir.

Çalışmaya katılan hastaların %75'i (n=75) sosyal destek aldığını belirtirken, %21'i (n=21) kısmen destek aldığını ve %4'ü (n=4) destek almadığını belirtmiştir. Destek alan hastaların %99'u (n=95) aileden destek aldığını, %35.4'ü (n=34) arkadaşından destek aldığını, %11.5'i (n=11) diğer yakınlarından destek aldığını, %3.1'i (n=3) ise psikiyatri uzmanından destek aldığını belirtmiştir.

Hastaların %100'ü (n=100) sosyal desteğin yararına inandığını belirtmiştir.



Grafik 5. Sosyal Destek Alma Durumuna İlişkin Dağılımlar



Grafik 6. Sosyal Destek Alınan Kişilerin Dağılımı

Hastaların %50'si (n=50) bakıma yardımcı olan bir kişinin olduğunu, %45'i (n=45) yardımcı olan iki ve daha fazla kişinin olduğunu, %5'i (n=5) ise bakıma yardımcı olan kimsenin olmadığını belirtmiştir.

Hastaların %81'i (n=81) bakım uygulamalarına ailesinin katıldığını, %16'sı (n=16) kısmen katıldığını, %3'ü (n=3) ise ailesinin katılmadığını belirtmiştir.

Hastaların %83.5'i (n=5) ihtiyaç durumunda duygusal yardım ve desteği sağlayan annenin desteğinin yeterli olduğunu belirtirken, %16.7'si (n=1) yetersiz olduğunu belirtmiştir. Hastaların %40'ı (n=2) baba desteğinin yeterli olduğunu, %25'i (n=1) kısmen yeterli olduğunu, %25'i (n=1) ise yetersiz olduğunu belirtmiştir. Hastaların %84.6'sı (n=11) kardeş desteğinin yeterli olduğunu, %7.7'si (n=1) çok

yeterli olduğunu, %7.7'si (n=1) kısmen yeterli olduğunu belirtmiştir. Hastaların %68,3'ü (n=43) eş desteğini yeterli bulduğunu, %17,5'i (n=11) çok yeterli bulduğunu, %12,7'si (n=8) kısmen yeterli bulduğunu, %1,6'sı (n=1) ise çok yetersiz olduğunu belirtmiştir. Hastaların %73'ü (n=46) çocukların desteğini yeterli bulduğunu, %17.5'i (n=11) kısmen yeterli bulduğunu, %9,5'i (n=6) çok yeterli bulduğunu belirtmiştir. Hastaların %80'i (n=4) akraba desteğinin yeterli, %20'si (n=1) kısmen yeterli olduğunu belirtmiştir. Hastaların %100'ü (n=1) özel bir insanın desteğinin yeterli olduğunu belirtmiştir. Hastaların %63,6'sı (n=14) arkadaş desteğinin yeterli olduğunu, %27,3'ü (n=6) kısmen yeterli olduğunu, %9,1'i (n=2) çok yeterli olduğunu belirtmiştir. Hastaların %50'si (n=11) diğer kişilerin desteğini kısmen yeterli bulduğunu, %36,4'ü (n=8) yeterli bulduğunu, %13,6'sı (n=3) ise çok yeterli bulduğunu belirtmiştir.

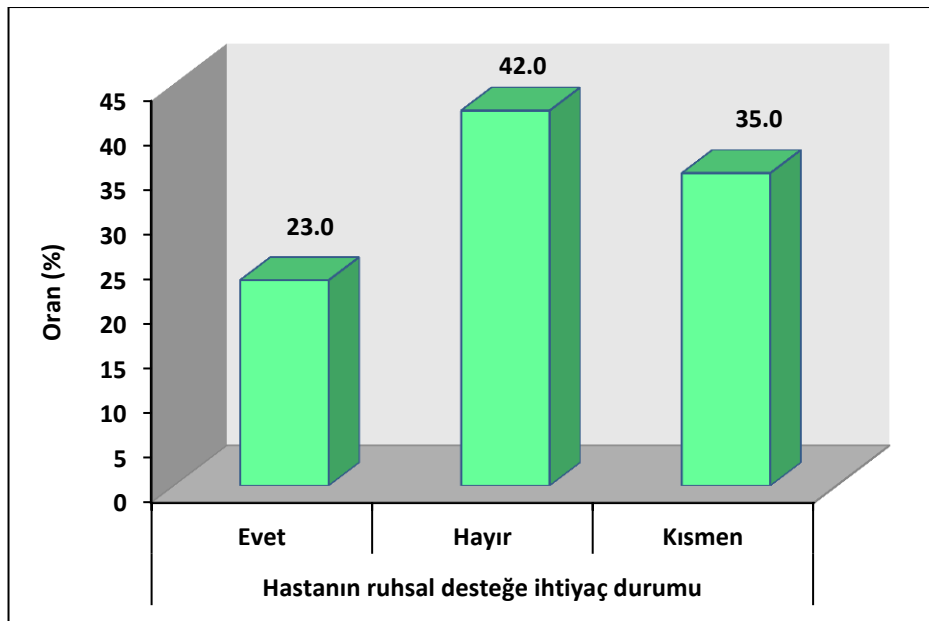
Hastaların %72'sinde (n=72) ruhsal belirti ve bulgular gözlenmiştir. Hastaların %36'sında (n=36) yeme sorunları, %34'ünde (n=34) öfke sorunları, %32'sinde (n=32) uyku sorunları, %29'unda (n=29) kaygı ile ilgili sorunlar, %25'inde (n=25) depresif belirtiler, %19'unda (n=19) cinsel sorunlar, %8'inde (n=8) uyum sorunları gözlenmiştir.

Hastaların büyük çoğunluğu (%89'u) bazı psikososyal sorunlar yaşadığını belirtmiştir. %62'si enerji kaybı, %62'si ev/iş ve okulda çalışırken zorlanma ya da bırakmak zorunda kalma, %45'i kanserin tekrarlanması ve yayılması ile ilgili korku, %41'i gelecek kaygısı, %40'ı sınırlı ruhsal durum, %35'i korku, endişe, belirsizlik ve çaresizlik, %31'i anne, baba, eş ve çocuk gibi rolleri yerine getirememeye, %31'i ağrı nedeniyle konforda bozulma, %27'si artan fiziksel sorunlarla beraber başkalarına bağımlı olma, %25'i ölüm korkusu %20'si eğlence aktivitelerinden mahrum kalma, %15'i ilaç ve tedaviye uyum güçlüğü yaşama, %13'ü psikolojik destek yoksunluğu, %11'i beden imajında değişme, %7'si ilgide azalma, zevk alamama, %7'si maddi problemler, %4'ü toplumsal çevre ile ilişkili sorunlar, %4'ü hayatı anlamlandırmada zorlanma, %4'ü var olan psikiyatrik sıkıntılarda alevlenme-artış, %3'ü aile içi sorunlar, %3'ü intihar düşünceleri, %2'si etiketlenme, %2'si yalnız kalma isteği, %1'i inanç değerlerinde bozulma, %1'i hastalığın getirdiği yüklerle beraber diğer insanlarla iletişim ve etkileşimde bozulma, %1'i de ise sağlık personeli ile iletişim sorunları yaşadığını belirtmiştir.

Hastaların %89'unun (n=89) hastalığı boyunca baş etmede destekleyici uygulama kullandığı gözlenmiştir. %54'ü (n=5) destekleyici uygulama olarak dua ettiğini, %40'ı (n=40) sohbet ettiğini, %40'ı (n=40) diğer destekleyici uygulamalara baş vurduğunu (el işi yaptığını, yürüyüş ve spor yaptığını, balık tuttuğunu, sigara içtiğini, tv izlediğini, yalnız kalmak istediğini, internette vakit geçirdiğini, çiçeklerle ve bahçe ile uğraştığını), %17'si (n=17) müzik dinlediğini, %15'i (n=15) namaz kıldığını, %12'si (n=12) film izlediğini, %9'u (n=9) kuran okuduğunu, %6'sı (n=6) derin nefes egzersizleri yaptığını, %5'i (n=5) uyuduğunu, %4'ü (n=4) ise kitap okuduğunu belirtmiştir.

Hastaların %42'sinin (n=42) ruhsal desteğe ihtiyacı olmadığı, %35'inin (n=35) kısmen ihtiyacı olduğu, %23'ünün (n=23) ise ruhsal desteğe ihtiyacı olduğu gözlenmiştir.

Hastaların %58'inin (n=58) ruhsal destek ve/veya tedavi amaçlı yönlendirilmesi gereken bir birime ihtiyacı olduğu gözlenmiştir. %58'inin (n=58) KLP hemşiresine, %27'sinin (n=27) psikoloğa, %18'inin (n=18) psikiyatri uzmanına, %1'inin (n=1) sorumlu onkoloğa yönlendirilmesi gerektiği gözlenmiştir.



Grafik 7. Hastanın Ruhsal Desteğe İhtiyaç Duyma Dağılımı

Tablo 5. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu Sorularına Verilen Cevapların Dağılımı

Geçtiğimiz ay içerisinde; Hangi seviyede yardıma ihtiyacınız oldu:	Hiç ihtiyacım olmadı		İhtiyacım olmadı		Az ihtiyacım oldu		Biraz ihtiyacım oldu		Çok fazla ihtiyacım oldu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ağrı	54	54.0	15	15.0	7	7.0	10	10.0	14	14.0
Enerji eksikliği ve yorgunluk	29	29.0	9	9.0	21	21.0	19	19.0	22	22.0
Çoğunlukla kendini iyi hissetmeme	41	41.0	9	9.0	20	20.0	14	14.0	16	16.0
Ev işlerini yapma	31	31.0	8	8.0	19	19.0	19	19.0	23	23.0
Eskiden yaptığı şeyleri yapamama	29	29.0	9	9.0	20	20.0	19	19.0	23	23.0
Kaygı/gerginlik	47	47.0	24	24.0	14	14.0	9	9.0	6	6.0
Çöküntüde ya da depresyonda hissetme	51	51.0	24	24.0	11	11.0	8	8.0	6	6.0
Hüzünlü hissetme	48	48.0	25	25.0	14	14.0	7	7.0	6	6.0
Kanserin yayılmasıyla ilgili endişe	39	39.0	16	16.0	18	18.0	17	17.0	10	10.0
Tedavinin sonuçlarının kendi kontrolünüz dışında olmasından endişelenme	76	76.0	22	22.0	1	1.0	0	0.0	1	1.0
Gelecek hakkında belirsizlik	44	44.0	16	16.0	18	18.0	13	13.0	9	9.0
Durumunuzla ilgili kontrolün sizde olduğu hissini öğrenme	76	76.0	22	22.0	0	0.0	1	1.0	1	1.0
Olumlu bir bakış açısını sürdürme	49	49.0	16	16.0	23	23.0	7	7.0	5	5.0
Ölüm ve ölme ile ilgili duygular	56	56.0	19	19.0	12	12.0	7	7.0	6	6.0
Cinsel duygularda değişiklikler	60	60.0	20	20.0	11	11.0	8	8.0	1	1.0
Cinsel ilişkilerde değişiklikler	61	61.0	20	20.0	10	10.0	8	8.0	1	1.0
Hangi kanser uzmanına gideceğiniz hakkında daha fazla seçenek sunulması	78	78.0	22	22.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Hangi hastaneye gideceğiniz hakkında daha fazla seçenek sunulması	78	78.0	22	22.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Hissettiğiniz şeylerin normal olduğunun tıbbi ekip tarafından belirtilmesi	77	77.0	22	22.0	0	0.0	1	1.0	0	0.0

Tablo 5 (Devam)

Geçtiğimiz ay içerisinde; Hangi seviyede yardıma ihtiyacınız oldu:	Hiç ihtiyacım olmadı		İhtiyacım olmadı		Az ihtiyacım oldu		Biraz ihtiyacım oldu		Çok fazla ihtiyacım oldu	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hastane personelinin fiziksel ihtiyaçlarınıza gecikmeden yardım etmesi	76	76.0	22	22.0	0	0.0	2	2.0	0	0.0
Tedavinizin önemli kısımlarıyla ilgili bilgilerin yazılı olarak size iletilmesi	78	78.0	22	22.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Tedavi süreciniz ve yan etkiler ile evde başatmeniz için gereken bilgilerin size iletilmesi	78	78.0	22	22.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Yapılacak testler ile ilgili bilgi istediğinizde gerekli açıklamaların yapılması	77	77.0	22	22.0	1	1.0	0	0.0	0	0.0
Tedavinizi seçmeden önce tedavi seçeneklerinin yararları ve yan etkileri açısından yeterli bilgilendirmelerin yapılması	78	78.0	22	22.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Test sonuçlarınızın mümkün olan en kısa sürede size iletilmesi	78	78.0	22	22.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Kanserin kontrol altında olduğunun ya da gerilemekte olduğunun size iletilmesi	78	78.0	22	22.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
İyileşmenize yardımcı olacak şeyler hakkında bilgilendirilme	77	77.0	22	22.0	1	1.0	0	0.0	0	0.0
Cinsel ilişkiler hakkında bilgilendirilme	68	68.0	20	20.0	11	11.0	1	1.0	0	0.0
Herhangi bir vaka gibi değil bir birey olarak tedavi edilmek	77	77.0	22	22.0	1	1.0	0	0.0	0	0.0
Fiziksel koşulları mümkün olduğu kadar iyi olan bir tesiste tedavi görmek	76	76.0	22	22.0	0	0.0	1	1.0	1	1.0
Hastalığınız, tedaviniz ve takip süreciniz ile ilgili tüm durumları konuşabileceğiniz bir tıbbi personelin bulunması	76	76.0	22	22.0	1	1.0	1	1.0	0	0.0

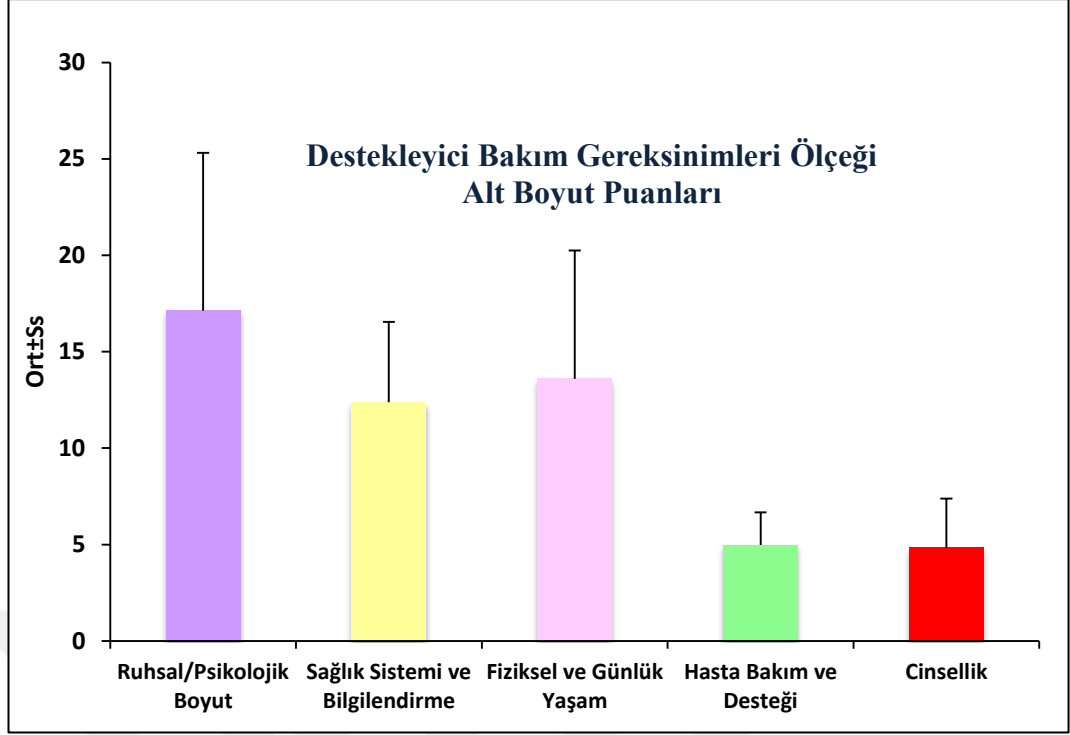
Çalışmaya katılan hastaların DBGÖ-KF sorularına verdikleri cevapların dağılımları Tablo 5’de görülmektedir.

Tablo 6. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu Alt Boyut ve Toplam Puan Dağılımları ve İç Tutarlılıklarının Değerlendirilmesi

	Madde Sayısı	Min-Maks (Medyan)	Ort±Ss	Cronbach’s Alpha
Ruhsal/Psikolojik Boyut	9	9-45 (15.5)	17.13±8.18	0.922
Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme	10	10-20 (10)	12.38±4.16	0.973
Fiziksel ve Günlük Yaşam	5	5-25 (13.5)	13.59±6.66	0.918
Hasta Bakım ve Desteği	4	4-8 (4)	4.97±1.70	0.906
Cinsellik	3	3-11 (3)	4.83±2.55	0.902
Toplam Puan	31	31-90 (50)	52.90±17.42	0.933

Çalışmaya katılan hastaların DBGÖ-KF “Ruhsal/ Psikolojik Boyut” alt boyutlarından aldıkları puanlar 9 ile 45 arasında değişmekte olup ortalama 17.13±8.18 olarak; “Fiziksel ve Günlük Yaşam” alt boyutundan aldıkları puanlar 5 ile 25 arasında değişmekte olup ortalama 13.59±6.66 olarak; “Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme” alt boyutundan aldıkları puanlar 10 ile 20 arasında değişmekte olup, ortalama 12.38±4.16 olarak; “Hasta Bakım ve Desteği” alt boyutundan aldıkları puanlar 4 ile 8 arasında değişmekte olup ortalama 4.97±1.70 olarak; “Cinsellik” alt boyutundan aldıkları puanlar 3 ile 11 arasında değişmekte olup ortalama 4.83±2.55 olarak ve ölçek toplamından aldıkları puanlar 31 ile 90 arasında değişmekte olup, ortalama 52.90±17.42 olarak saptanmıştır.

Ölçek alt boyutlarının iç tutarlılıkları incelendiğinde; “Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme” alt boyutu için $\alpha=0.973$ olarak; “Ruhsal/Psikolojik Boyut” alt boyutu için $\alpha=0.922$ olarak; “Fiziksel ve Günlük Yaşam” alt boyutu için $\alpha=0.918$ olarak; “Hasta Bakım ve Desteği” alt boyutu için $\alpha=0.906$ olarak; “Cinsellik” alt boyutu için $\alpha=0.902$ olarak ve ölçek toplamı için $\alpha=0.933$ olarak saptanmıştır.



Grafik 8. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu Alt Boyut Puan Dağılımları

Tablo 7: Tanımlayıcı Özelliklere Göre Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi

			Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği					
			Ruhsal/ Psikolojik Boyut	Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme	Fiziksel ve Günlük Yaşam	Hasta Bakım ve Desteği	Cinsellik	Toplam Puan
Yaş	17-50 Yaş (n=20)	Min-Maks	9-36 (19)	10-20 (10)	5-25 (15)	4-8 (4)	3-11 (4.5)	31-83 (53.5)
		(Medyan)						
		Ort±Ss	19.2±6.99	12.2±3.82	15.2±6.89	4.9±1.62	5.9±3.26	57.4±16.79
	51-70 Yaş (n=67)	Min-Maks	9-37 (14)	10-20 (10)	5-25 (11)	4-8 (4)	3-11 (3)	31-84 (44)
		(Medyan)						
		Ort±Ss	16.19±7.95	12.15±4.08	12.63±6.35	4.88±1.66	4.57±2.43	50.42±16.76
≥71 Yaş (n=13)	Min-Maks	9-45 (18)	10-20 (10)	5-25 (17)	4-8 (4)	3-6 (5)	31-90 (65)	
	(Medyan)							
	Ort±Ss	18.77±10.58	13.85±5.06	16.08±7.26	5.54±2.03	4.54±1.51	58.77±20.22	
	Test Değeri	X ² :3.760	X ² :1.422	X ² :4.744	X ² :1.673	X ² :2.929	X ² :3.842	
	p	^a 0.153	^a 0.491	^a 0.093	^a 0.433	^a 0.231	^a 0.146	
Cinsiyet	Erkek (n=57)	Min-Maks	9-45 (15)	10-20 (10)	5-25 (12)	4-8 (4)	3-11 (3)	31-89 (46)
		(Medyan)						
		Ort±Ss	16.28±7.95	12.7±4.33	12.74±6.54	5.09±1.77	4.98±2.42	51.79±17.6
	Kadın (n=43)	Min-Maks	9-37 (19)	10-20 (10)	5-25 (15)	4-8 (4)	3-11 (3)	31-90 (53)
		(Medyan)						
		Ort±Ss	18.26±8.44	11.95±3.94	14.72±6.72	4.81±1.61	4.63±2.73	54.37±17.28
	Test Değeri	Z:-1,307	Z:-1,083	Z:-1,520	Z:-0,799	Z:-1,181	Z:-0,732	
	p	^b 0,191	^b 0,279	^b 0,128	^b 0,424	^b 0,238	^b 0,464	
Medeni Durum	Evli (n=79)	Min-Maks	9-45 (15)	10-20 (10)	5-25 (13)	4-8 (4)	3-11 (3)	31-89 (51)
		(Medyan)						
		Ort±Ss	16.85±8.39	12.38±4.14	13.42±6.81	4.97±1.69	5.05±2.7	52.67±17.68
	Bekar (n=21)	Min-Maks	9-31 (17)	10-20 (10)	5-25 (14)	4-8 (4)	3-9 (3)	31-90 (48)
		(Medyan)						
		Ort±Ss	18.19±7.46	12.38±4.36	14.24±6.16	4.95±1.75	4±1.73	53.76±16.8
	Test Değeri	Z:-1,086	Z:-0,229	Z:-0,622	Z:-0,056	Z:-1,531	Z:-0,415	
	p	^b 0,277	^b 0,819	^b 0,534	^b 0,955	^b 0,126	^b 0,678	
Çocuk	Var (n=94)	Min-Maks	9-45 (15.5)	10-20 (10)	5-25 (13.5)	4-8 (4)	3-11 (3)	31-90 (50)
		(Medyan)						
		Ort±Ss	17.06±8.29	12.43±4.19	13.55±6.66	4.99±1.71	4.83±2.53	52.86±17.5
	Yok (n=6)	Min-Maks	9-28 (17.5)	10-20 (10)	5-23 (13.5)	4-8 (4)	3-11 (3)	31-84 (50)
		(Medyan)						
		Ort±Ss	18.17±6.85	11.67±4.08	14.17±7.25	4.67±1.63	4.83±3.25	53.5±17.71
	Test Değeri	Z:-0,626	Z:-0,534	Z:-0,161	Z:-0,453	Z:-0,229	Z:-0,138	
	p	^b 0,531	^b 0,593	^b 0,872	^b 0,651	^b 0,819	^b 0,890	

Tablo 7. (Devam)

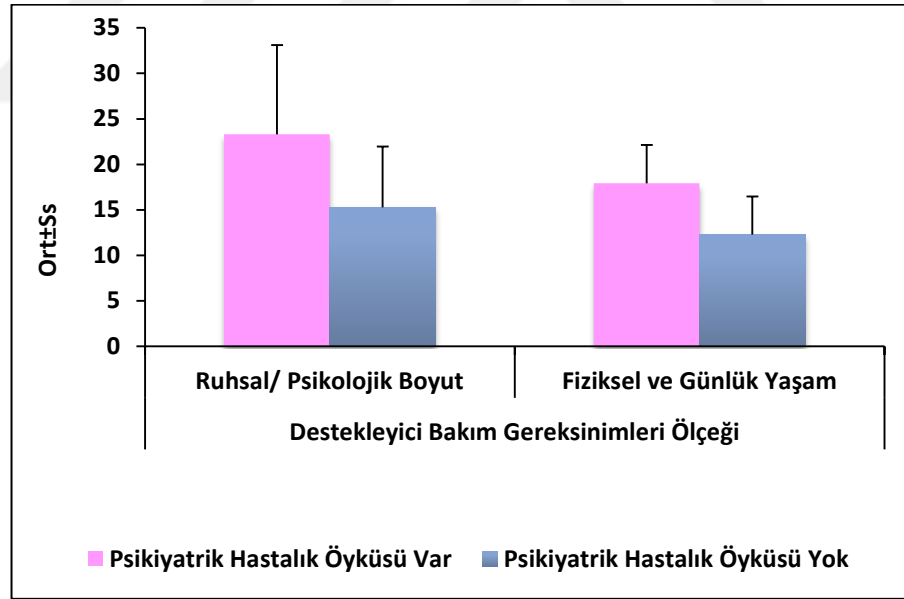
		Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği						
			Ruhsal/ Psikolojik Boyut	Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme	Fiziksel ve Günlük Yaşam	Hasta Bakım ve Desteği	Cinsellik	Toplam Puan
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil (n=5)	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	9-31 (20)	10-20 (20)	11-25 (16)	4-8 (8)	3-6 (6)	43-90 (65)
		<i>Ort±Ss</i>	19.2±9.28	16±5.48	16.2±5.54	6.4±2.19	4.8±1.64	62.6±19.73
	İlkokul (n=64)	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	9-45 (18.5)	10-20 (10)	5-25 (14)	4-8 (4)	3-11 (3)	31-89 (56.5)
		<i>Ort±Ss</i>	18.31±8.65	12.58±4.34	14.44±6.61	5.05±1.76	4.95±2.57	55.33±16.87
	Ortaokul (n=14)	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	9-25 (12.5)	10-20 (10)	5-25 (12)	4-8 (4)	3-11 (3)	31-83 (42)
		<i>Ort±Ss</i>	14.14±5.67	12.21±3.89	12.79±7.47	5±1.66	4.79±2.99	48.93±20.39
Lise (n=12)	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	9-30 (9)	10-20 (10)	5-22 (11)	4-8 (4)	3-11 (3)	31-68 (44)	
	<i>Ort±Ss</i>	14.5±7.91	11±2.89	11.33±6.14	4.33±1.15	5±2.8	46.17±14.79	
≥Üniversite (n=5)	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	9-23 (15)	10-10 (10)	5-14 (7)	4-4 (4)	3-3 (3)	31-48 (39)	
	<i>Ort±Ss</i>	14.6±5.37	10±0	7.8±3.7	4±0	3±0	39.4±7.57	
	Test Değeri	X ² :4.512	X ² :5.951	X ² :6.978	X ² :7.008	X ² :3.855	X ² :8.292	
	p	^a 0.341	^a 0.203	^a 0.137	^a 0.135	^a 0.426	^a 0.081	
Kronik Hastalık	Yok (n=50)	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	9-36 (15)	10-20 (10)	5-25 (13)	4-8 (4)	3-11 (3)	31-84 (47.5)
		<i>Ort±Ss</i>	16.46±7.12	12.44±4.2	12.78±6.42	4.94±1.7	4.88±2.53	51.5±16.8
	Var (n=50)	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	9-45 (18)	10-20 (10)	5-25 (14.5)	4-8 (4)	3-11 (3)	31-90 (53)
		<i>Ort±Ss</i>	17.8±9.15	12.32±4.17	14.4±6.86	5±1.71	4.78±2.61	54.3±18.09
	Test Değeri	Z:-0.259	Z:-0.178	Z:-1.276	Z:-0.178	Z:-0.241	Z:-0.835	
	p	^b 0.796	^b 0.859	^b 0.202	^b 0.858	^b 0.810	^b 0.404	
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Var (n=23)	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	9-45 (22)	10-20 (10)	5-25 (20)	4-8 (4)	3-11 (3)	32-90 (66)
		<i>Ort±Ss</i>	23.3±9.8	12.35±4.21	17.91±6.74	5±1.73	5.39±3	63.96±17.36
	Yok (n=77)	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	9-34 (14)	10-20 (10)	5-25 (11)	4-8 (4)	3-11 (3)	31-83 (45)
		<i>Ort±Ss</i>	15.29±6.66	12.39±4.18	12.3±6.1	4.96±1.7	4.66±2.4	49.6±16.13
	Test Değeri	Z:-3.736	Z:-0.085	Z:-3.367	Z:-0.098	Z:-0.960	Z:-3.301	
	p	^b 0.001**	^b 0.933	^b 0.001**	^b 0.922	^b 0.337	^b 0.001**	
^a Kruskal Wallis Test		^b Mann Whitney U Test		**p<0.01				

Yaş gruplarına, cinsiyetlere, medeni duruma, çocuk sahibi olma durumuna, eğitim durumuna, kronik hastalık varlığına göre hastaların DBGÖ-KF “Ruhsal/ Psikolojik Boyut”, “Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme”, “Fiziksel ve Günlük Yaşam”, “Hasta Bakım ve Desteği”, “Cinsellik” alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Psikiyatrik hastalık öyküsü olan hastaların DBGÖ-KF “Ruhsal/ Psikolojik” alt boyutundan aldıkları puanlar, psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0.001$; $p<0.01$).

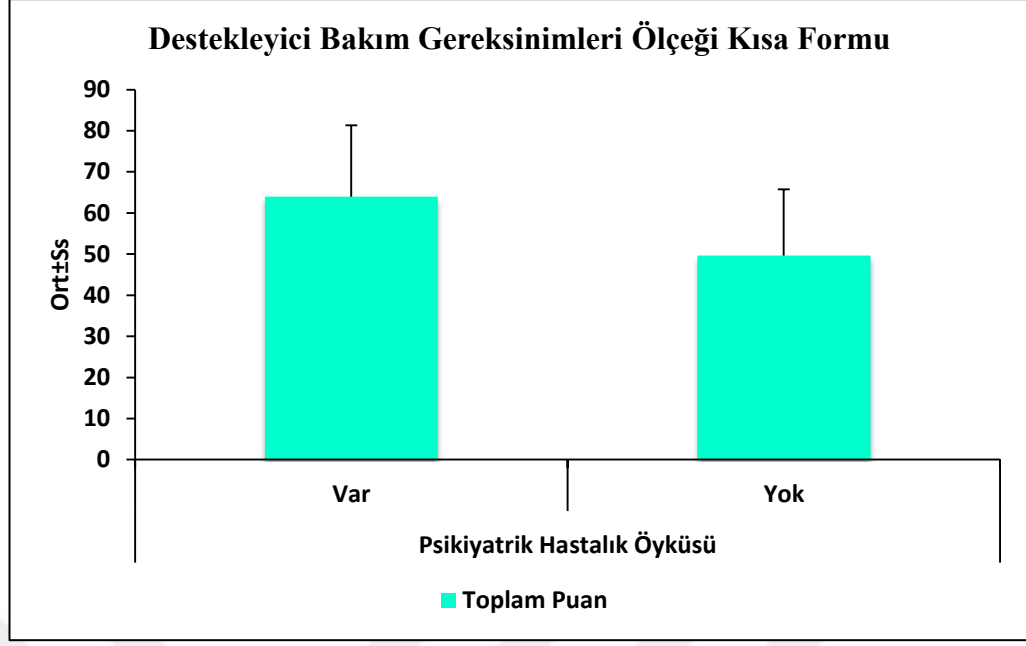
Psikiyatrik hastalık öyküsü olan hastaların DBGÖ-KF “Fiziksel ve Günlük Yaşam” alt boyutundan aldıkları puanlar, psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0.001$; $p<0.01$).

Psikiyatrik hastalık öyküsü varlığına göre hastaların DBGÖ-KF “Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme”, “Hasta Bakım ve Desteği”, “Cinsellik” alt boyutlarından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).



Grafik 9. Psikiyatrik Hastalık Öyküsüne Göre Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

Psikiyatrik hastalık öyküsü olan hastaların DBGÖ-KF toplamından aldıkları puanlar, psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0.001$; $p<0.01$).



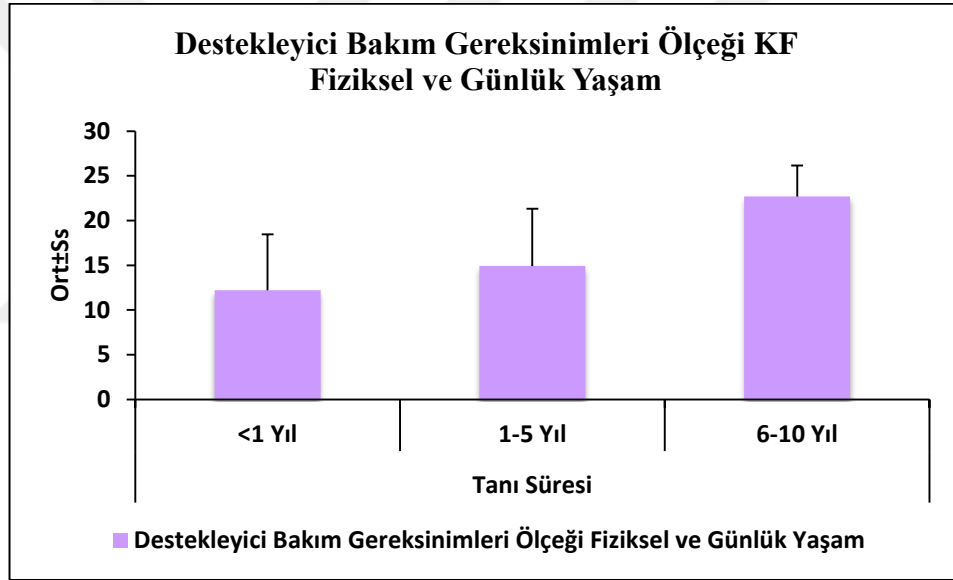
Grafik 10. Psikiyatrik Hastalık Öyküsüne Göre Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu Toplam Puan Dağılımı

Tablo 8: Hastalık ile İlgili Tanımlayıcı Özelliklere Göre Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi

			Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu						
			Ruhsal/ Psikolojik Boyut	Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme	Fiziksel ve Günlük Yaşam	Hasta Bakım ve Desteği	Cinsellik	Toplam Puan	
Tanı Süresi	<1 Yıl (n=66)	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	9-37 (15)	10-20 (10)	5-25 (11.5)	4-8 (4)	3-11 (3)	31-90 (46)	
		<i>Ort±Ss</i>	16.24±7.2	12.74±4.4	12.2±6.27	5.12±1.78	4.76±2.35	51.06±17.61	
	1-5 Yıl (n=28)	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	9-45 (15.5)	10-20 (10)	5-25 (14.5)	4-8 (4)	3-11 (3)	32-89 (51.5)	
		<i>Ort±Ss</i>	17.57±9.31	11.54±3.56	14.93±6.38	4.57±1.43	4.93±2.88	53.54±15.82	
	6-10 Yıl (n=6)	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	11-37 (22.5)	10-20 (10)	16-25 (24)	4-8 (4)	3-11 (3)	44-81 (78.5)	
		<i>Ort±Ss</i>	24.83±10.03	12.33±4.08	22.67±3.5	5.17±1.83	5.17±3.49	70.17±14.99	
			Test Değeri	x ² :5.242	x ² :1.634	x ² :13.609	x ² :2.158	x ² :0.000	x ² :6.793
			p	^a 0.073	^a 0.442	^a 0.001**	^a 0.340	^a 1.000	^a 0.033*
	Metastaz	Var (n=52)	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	9-45 (18.5)	10-20 (10)	5-25 (15.5)	4-8 (4)	3-11 (3)	31-90 (53)
<i>Ort±Ss</i>			18.13±9.02	11.65±3.53	15.25±7.24	4.65±1.45	5.29±2.99	54.98±17.98	
Yok (n=48)		<i>Min-Maks (Medyan)</i>	9-37 (15)	10-20 (10)	5-25 (11)	4-8 (4)	3-9 (3)	31-84 (44.5)	
		<i>Ort±Ss</i>	16.04±7.1	13.17±4.66	11.79±5.5	5.31±1.88	4.33±1.89	50.65±16.7	
		Test Değeri	Z:-1.064	Z:-1.576	Z:-2.402	Z:-1.937	Z:-1.334	Z:-1.174	
		p	^b 0.287	^b 0.115	^b 0.016*	^b 0.053	^b 0.182	^b 0.240	
^a Kruskal Wallis Test		^b Mann Whitney U Test	^a p<0.05		^a **p<0.01				

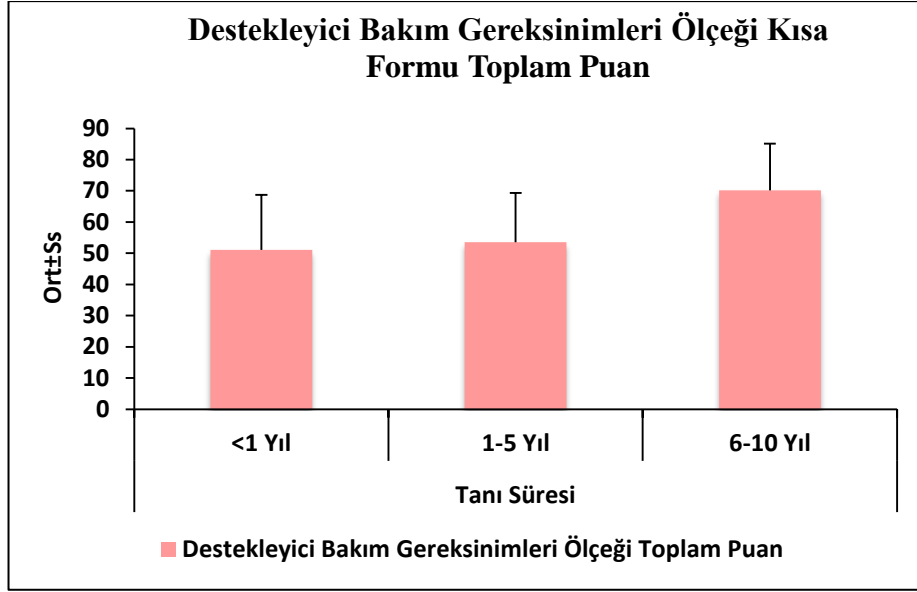
Tanı sürelerine göre hastaların DBGÖ-KF “Ruhsal/ Psikolojik Boyut”, “Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme”, “Hasta Bakım ve Desteği”, “Cinsellik” alt boyutlarından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tanı sürelerine göre hastaların DBGÖ-KF “Fiziksel ve Günlük Yaşam” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.001$; $p<0.01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Dunn-Bonferroni test sonuçlarına göre; tanı süresi 6-10 yıl arasında olan hastaların “Fiziksel ve Günlük Yaşam” alt boyutundan aldıkları puanlar, tanı süresi 1 yıldan az olan ve 1-5 yıl arasında olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0.002$; $p=0.049$; $p<0.05$).



Grafik 11. Tanı Süresine Göre Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu Fiziksel ve Günlük Yaşam Alt Boyut Puan Dağılımı

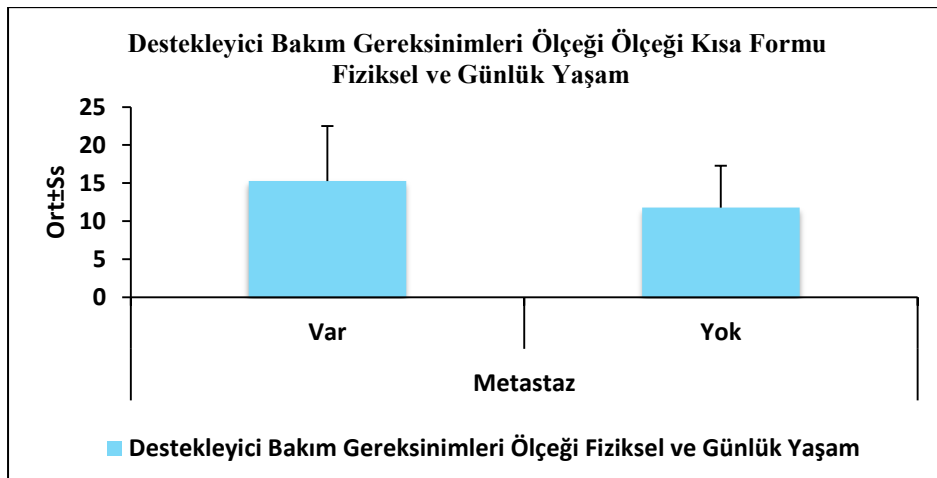
Tanı sürelerine göre hastaların DBGÖ-KF toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.033$; $p<0.015$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Dunn-Bonferroni test sonuçlarına göre; tanı süresi 6-10 yıl arasında olan hastaların ölçek toplamından aldıkları puanlar, tanı süresi 1 yıldan az olan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0.032$; $p<0.05$).



Grafik 12. Tanı Süresine Göre Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu Toplam Puan Dağılımı

Metastaz varlığına göre hastaların DBGÖ-KF “Ruhsal/ Psikolojik Boyut”, “Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme”, “Hasta Bakım ve Desteği”, “Cinsellik” alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Metastaz gözlenen hastaların DBGÖ-KF “Fiziksel ve Günlük Yaşam” alt boyutundan aldıkları puanlar, metastaz gözlenmeyen hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0.016$; $p<0.05$).



Grafik 13. Metastaz Varlığına Göre Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu Fiziksel ve Günlük Yaşam Alt Boyut Puan Dağılımı

Tablo 9: Onkoloji Hastalarının Psikososyal Gereksinimlere İlişkin Bulgularına Göre Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi

			Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği					
			Ruhsal/ Psikolojik Boyut	Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme	Fiziksel ve Günlük Yaşam	Hasta Bakım ve Desteği	Cinsellik	Toplam Puan
Sosyal Destek Alma Durumu	Alıyor (n=75)	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	9-37 (15)	10-20 (10)	5-25 (11)	4-8 (4)	3-11 (3)	31-83 (46)
		<i>Ort±Ss</i>	16.79±7.79	12.32±4.13	12.52±6.65	4.93±1.68	4.51±2.24	51.07±17.06
	Kısmen Alıyor (n=21)	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	9-45 (19)	10-20 (10)	5-25 (17)	4-8 (4)	3-11 (6)	35-90 (57)
		<i>Ort±Ss</i>	19.57±9.56	13.05±4.59	17.38±5.44	5.29±1.87	6.33±3.21	61.62±17.34
	Almıyor (n=4)	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	9-13 (10.5)	10-10 (10)	5-21 (14.5)	4-4 (4)	3-3 (3)	32-47 (43.5)
		<i>Ort±Ss</i>	10.75±1.71	10±0	13.75±6.6	4±0	3±0	41.5±6.66
Test Değeri			$\chi^2:3.570$	$\chi^2:1.932$	$\chi^2:9.811$	$\chi^2:2.072$	$\chi^2:8.794$	$\chi^2:7.738$
p			^a 0.168	^a 0.381	^a 0.007**	^a 0.355	^a 0.012*	^a 0.021*
Desteğin Alındığı Kişi								
Arkadaş	Evet (n=34)	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	9-30 (16)	10-20 (10)	5-22 (11)	4-8 (4)	3-11 (5.5)	31-84 (47.5)
		<i>Ort±Ss</i>	15.97±6.98	13.59±4.82	11.74±5.56	5.41±1.94	5.18±2.46	51.88±17.74
	Hayır (n=62)	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	9-45 (18)	10-20 (10)	5-25 (14.5)	4-8 (4)	3-11 (3)	31-90 (52.5)
		<i>Ort±Ss</i>	18.18±8.81	11.87±3.76	14.6±7.08	4.79±1.56	4.76±2.65	54.19±17.59
Test Değeri			Z:-1.143	Z:-1.780	Z:-1.977	Z:-1.695	Z:-1.162	Z:-0.717
p			^b 0.253	^b 0.075	^b 0.048*	^b 0.090	^b 0.245	^b 0.473

Tablo 9. (Devam)

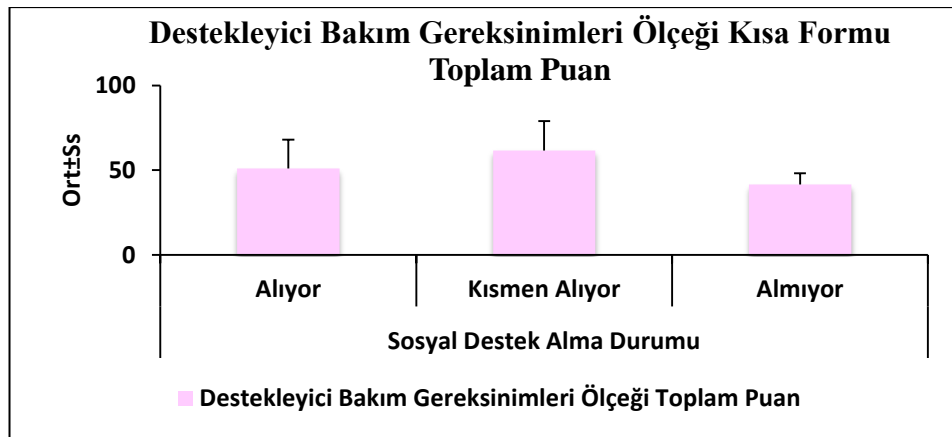
		Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği						
			Ruhsal/ Psikolojik Boyut	Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme	Fiziksel ve Günlük Yaşam	Hasta Bakım ve Desteği	Cinsellik	Toplam Puan
Diğer (Akraba)	Evet (n=11)	<i>Min-Maks</i>	9-25 (15)	10-20 (10)	5-25 (14)	4-8 (4)	3-9 (6)	33-83 (54)
		<i>(Medyan)</i>						
		<i>Ort±Ss</i>	1582±5.64	14.27±4.98	14.45±6.02	5.73±2	5.73±2.49	56±18.14
	Hayır (n=85)	<i>Min-Maks</i>	9-45 (18)	10-20 (10)	5-25 (13)	4-8 (4)	3-11 (3)	31-90 (51)
<i>(Medyan)</i>								
	<i>Ort±Ss</i>	17.6±8.52	12.25±4.09	13.47±6.8	4.92±1.67	4.8±2.59	53.04±17.59	
	Test Değeri	Z:-0.397	Z:-1.355	Z:-0.613	Z:-1.468	Z:-1.392	Z:-0.749	
	p	^b 0.691	^b 0.175	^b 0.540	^b 0.142	^b 0.164	^b 0.454	
Psikososyal Sorun Yaşama Durumu	Evet (n=89)	<i>Min-Maks</i>	9-45 (18)	10-20 (10)	5-25 (14)	4-8 (4)	3-11 (3)	31-90 (54)
		<i>(Medyan)</i>						
		<i>Ort±Ss</i>	18.07±8.19	12.67±4.32	14.65±6.29	5.09±1.76	5.06±2.62	55.54±16.65
	Hayır (n=11)	<i>Min-Maks</i>	9-13 (9)	10-10 (10)	5-5 (5)	4-4 (4)	3-3 (3)	31-35 (31)
<i>(Medyan)</i>								
	<i>Ort±Ss</i>	9.55±1.21	10±0	5±0	4±0	3±0	31.55±1.21	
	Test Değeri	Z:-3.655	Z:-2.111	Z:-4.817	Z:-2.011	Z:-2.800	Z:-5.024	
	p	^b 0.001**	^b 0.035*	^b 0.001**	^b 0.044*	^b 0.005**	^b 0.001**	
^a <i>Kruskal Wallis Test</i>	^b <i>Mann Whitney U Test</i>		* <i>p</i> <0.05	** <i>p</i> <0.01				

Sosyal destek alma durumuna göre hastaların DBGÖ-KF “Ruhsal/ Psikolojik Boyut”, “Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme”, “Hasta Bakım ve Desteği” “alt boyutlarından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Sosyal destek alma durumuna göre hastaların DBGÖ-KF “Fiziksel ve Günlük Yaşam” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.007$; $p<0.01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Dunn-Bonferroni test sonuçlarına göre; sosyal destek alan hastaların Fiziksel ve Günlük Yaşam” alt boyutundan aldıkları puanlar, kısmen sosyal destek alan hastalara göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0.005$; $p<0.01$).

Sosyal destek alma durumuna göre hastaların DBGÖ-KF “Cinsellik” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.012$; $p<0.05$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Dunn-Bonferroni test sonuçlarına göre; kısmen sosyal destek alan hastaların “Cinsellik” alt boyutundan aldıkları puanlar, sosyal destek alan ve sosyal destek almayan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0.039$; $p=0.049$; $p<0.05$).

Sosyal destek alma durumuna göre hastaların DBGÖ-KF toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.021$; $p<0.05$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Dunn-Bonferroni test sonuçlarına göre; sosyal destek alan hastaların ölçek toplamından aldıkları puanlar, kısmen sosyal destek alan hastalara göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0.032$; $p<0.05$).



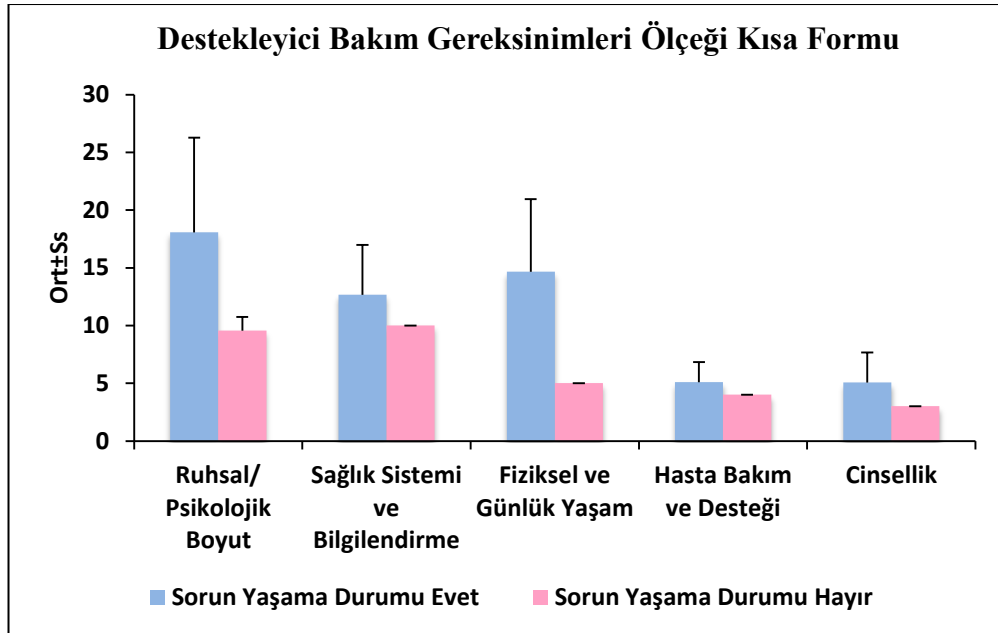
Grafik 14. Sosyal Destek Alma Durumuna Göre Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu Toplam Puanının Dağılımı

Sosyal desteği arkadaştan alma durumuna göre hastaların DBGÖ-KF “Ruhsal/ Psikolojik Boyut”, “Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme”, “Hasta Bakım ve Desteği”, “Cinsellik” alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Sosyal desteği arkadaşından alan hastaların DBGÖ-KF “Fiziksel ve Günlük Yaşam” alt boyutundan aldıkları puanlar, sosyal desteği arkadaşından almayan hastalara göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0.048$; $p<0.05$).

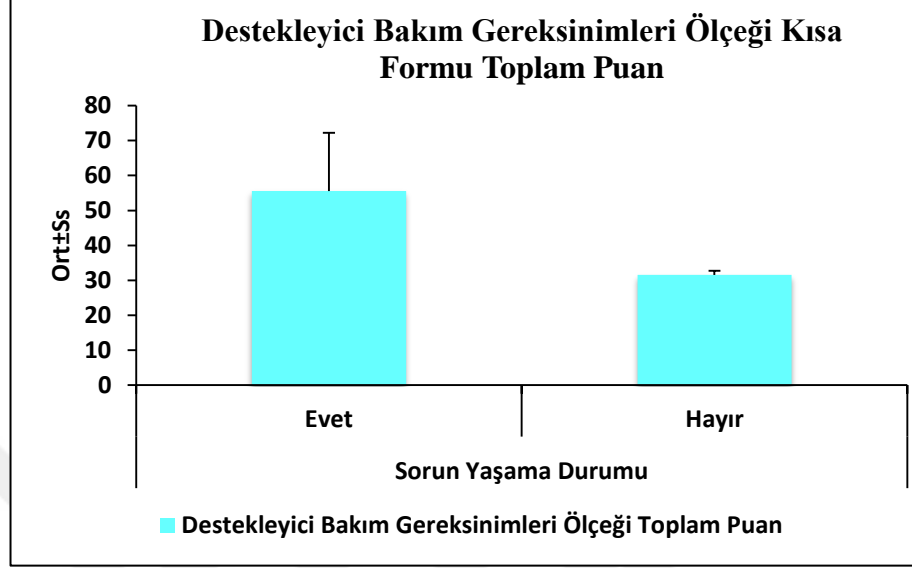
Sosyal desteğin diğer yakınardan (akraba) alma durumuna göre hastaların DBGÖ-KF “Ruhsal/ Psikolojik Boyut”, “Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme”, “Fiziksel ve Günlük Yaşam”, “Hasta Bakım ve Desteği”, “Cinsellik” alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Psikososyal sorun yaşayan hastaların DBGÖ-KF “Ruhsal/ Psikolojik Boyut”, “Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme”, “Fiziksel ve Günlük Yaşam”, “Hasta Bakım ve Desteği”, “Cinsellik” alt boyutlarından aldıkları puanlar, sorun yaşamayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0.001$; $p=0.035$; $p=0.001$; $p=0.044$; $p=0.005$; $p<0.05$).



Grafik 15. Psikososyal Sorun Yaşama Durumuna Göre Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

Psikososyal sorun yaşayan hastaların DBGÖ-KF toplamından aldıkları puanlar, sorun yaşamayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0.001$; $p<0.01$).



Grafik 16. Psikososyal Sorun Yaşama Durumuna Göre Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu Toplam Puanının Dağılımı

Tablo 10. Kronik Hastalık Öyküsüne Göre Ruhsal Desteğe İhtiyaç Durumlarının Değerlendirilmesi

		Kronik Hastalık		Test Değeri
		Yok	Var	
		n (%)	n (%)	P
Ruhsal desteğe ihtiyaç durumu	Var	9 (18.0)	14 (28.0)	$\chi^2:2.582$
	Yok	20 (40.0)	22 (44.0)	$d)0.275$
	Kısmen Var	21 (42.0)	14 (28.0)	

^dPearson Chi-Square Test

Kronik hastalık varlığına göre ruhsal desteğe ihtiyaç duyan hastaların oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 11. Ruhsal Belirti ve Bulgulara, Karşılaşılan Psikososyal Sorunlara, Hastalık Süresince Baş Etmede Kullanılan Destekleyici Uygulamalara ve Ruhsal Desteğe İhtiyaç Duyma Durumuna Göre Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirilmesi

			Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu					
			Ruhsal/ Psikolojik Boyut	Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme	Fiziksel ve Günlük Yaşam	Hasta Bakım ve Desteği	Cinsellik	Toplam Puan
Ruhsal Belirti ve Bulgular	Var (n=72)	<i>Min-Maks</i>	9-45 (19)	10-20 (10)	5-25 (15)	4-8 (4)	3-11 (4)	31-90 (59)
		<i>(Medyan)</i>						
		<i>Ort±Ss</i>	19.1±8.33	12.61±4.26	15.39±6.55	5.07±1.75	5.31±2.75	57.47±16.43
	Yok (n=28)	<i>Min-Maks</i>	9-28 (9)	10-20 (10)	5-20 (8)	4-8 (4)	3-8 (3)	31-73 (35)
		<i>(Medyan)</i>						
		<i>Ort±Ss</i>	12.07±5.09	11.79±3.9	8.96±4.34	4.71±1.56	3.61±1.37	41.14±14.28
Test Değeri			Z:-4.245	Z:-1.144	Z:-4.411	Z:-0.943	Z:-3.033	Z:-4.466
p			^b 0,001**	^b 0,252	^b 0,001**	^b 0,346	^b 0,002**	^b 0,001**
Hastanın Baş Etmede Kullandığı Destekleyici Uygulamalar	Var (n=89)	<i>Min-Maks</i>	9-37 (15)	10-20 (10)	5-25 (13)	4-8 (4)	3-11 (3)	31-90 (49)
		<i>(Medyan)</i>						
		<i>Ort±Ss</i>	16.65±7.4	12.55±4.31	13.12±6.28	5.02±1.74	4.88±2.53	52.22±16.72
	Yok (n=11)	<i>Min-Maks</i>	9-45 (23)	10-17 (10)	5-25 (21)	4-7 (4)	3-11 (3)	31-89 (61)
		<i>(Medyan)</i>						
		<i>Ort±Ss</i>	21±12.72	11±2.32	17.36±8.61	4.55±1.21	4.45±2.84	58.36±22.52
Test Değeri			Z:-0.850	Z:-0.960	Z:-1.785	Z:-0.870	Z:-0.838	Z:-0.783
p			^b 0.396	^b 0.337	^b 0.074	^b 0.384	^b 0.402	^b 0.434

Tablo 11. (Devam)

		Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu						
			Ruhsal/ Psikolojik Boyut	Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme	Fiziksel ve Günlük Yaşam	Hasta Bakım ve Desteği	Cinsellik	Toplam Puan
Hastanın Ruhsal Destek İhtiyacı	Var (n=23)	Min-Maks (Medyan)	10-45 (25)	10-20 (10)	5-25 (22)	4-8 (4)	3-11 (5)	32-90 (69)
		Ort±Ss	26.17±8.11	13.09±4.5	19.39±6.01	5.3±1.84	5.52±2.95	69.48±14.54
	Yok (n=42)	Min-Maks (Medyan)	9-25 (9)	10-20 (10)	5-22 (8)	4-8 (4)	3-11 (3)	31-73 (37)
		Ort±Ss	11.62±4.05	11.24±3.27	9.55±5.2	4.55±1.37	4.05±2.15	41±12.43
	Kısmen Var (n=35)	Min-Maks (Medyan)	9-33 (19)	10-20 (10)	5-25 (14)	4-8 (4)	3-11 (6)	33-79 (57)
		Ort±Ss	17.8±6.27	13.29±4.65	14.63±5.38	5.26±1.88	5.31±2.54	56.29±13.72
		Test Değeri	x ² :51.171	x ² :5.851	x ² :33.447	x ² :4.499	x ² :8.121	x ² :41.254
		p	^a 0.001**	^a 0.054	^a 0.001**	^a 0.105	^a 0.017*	^a 0.001**
^a <i>Kruskal Wallis Test</i>		^b <i>Mann Whitney U Test</i>		^a <i>*p<0.05</i>	^a <i>**p<0.01</i>			

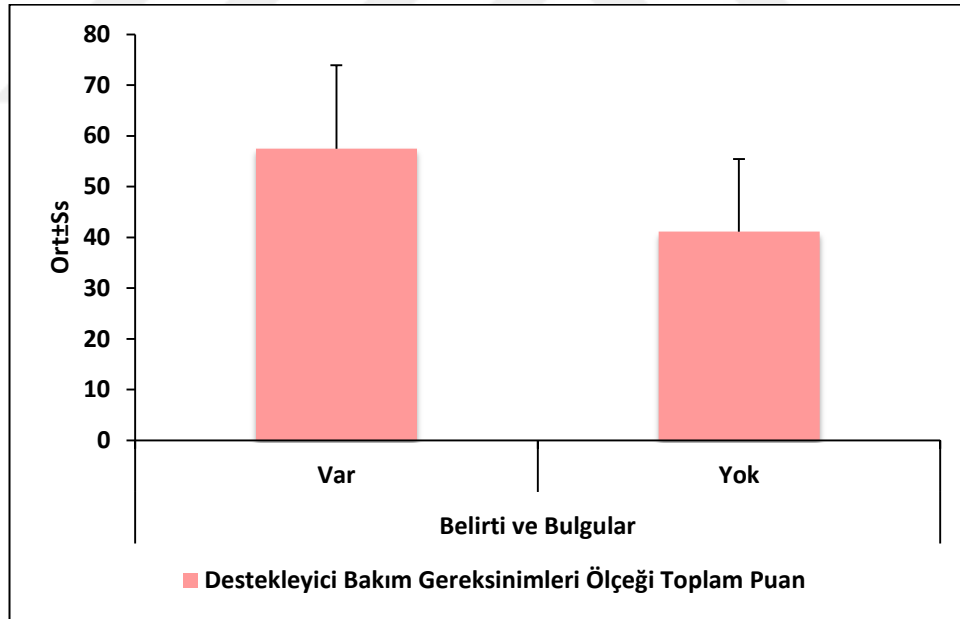
Ruhsal belirti ve bulgu saptanan hastaların DBGÖ-KF “Ruhsal/ Psikolojik” alt boyutundan aldıkları puanlar, ruhsal belirti ve bulgu saptanmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0.001$; $p<0.01$).

Ruhsal belirti ve bulgu saptanma durumuna göre DBGÖ-KF “Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme”, “Hasta Bakım ve Desteği” alt boyutlarından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Ruhsal belirti ve bulgu saptanan hastaların DBGÖ-KF “Fiziksel ve Günlük Yaşam” alt boyutundan aldıkları puanlar, ruhsal belirti ve bulgu saptanmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0.001$; $p<0.01$).

Ruhsal belirti ve bulgu saptanan hastaların DBGÖ-KF “Cinsellik” alt boyutundan aldıkları puanlar, ruhsal belirti ve bulgu saptanmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0.002$; $p<0.01$).

Ruhsal belirti ve bulgu saptanan hastaların DBGÖ-KF toplamından aldıkları puanlar, ruhsal belirti ve bulgu saptanmayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0.001$; $p<0.01$).



Grafik 17. Ruhsal Belirti ve Bulgu Varlığına Göre Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu Toplam Puan Dağılımı

Hastalıkla baş etmede destekleyici uygulama kullanma durumuna göre hastaların DBGÖ-KF “Ruhsal/ Psikolojik Boyut”, “Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme”, “Fiziksel ve Günlük Yaşam”, “Hasta Bakım ve Desteği”, “Cinsellik” alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

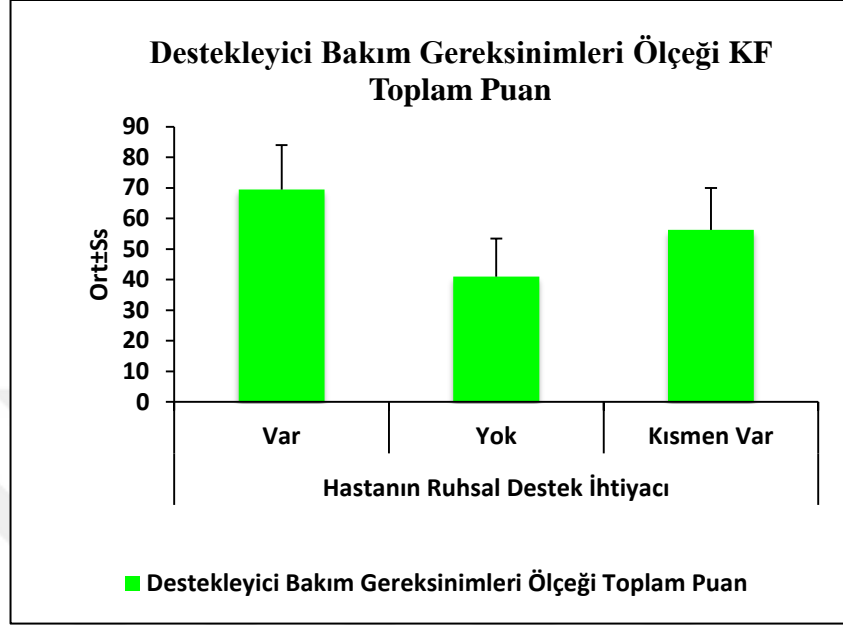
Ruhsal destek ihtiyacı durumuna göre hastaların DBGÖ-KF “Ruhsal/ Psikolojik” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.001$; $p<0.01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Dunn-Bonferroni test sonuçlarına göre; ruhsal desteğe ihtiyaç duyan hastaların “Ruhsal/ Psikolojik” alt boyutundan aldıkları puanlar, ruhsal desteğe kısmen ihtiyaç duyan ve desteğe ihtiyaç duymayan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0.006$; $p=0.001$; $p<0.01$). Ruhsal desteğe kısmen ihtiyaç duyan hastaların “Ruhsal/ Psikolojik” alt boyutundan aldıkları puanlar, ruhsal desteğe ihtiyaç duymayan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0.001$; $p<0.01$).

Ruhsal destek ihtiyacı durumuna göre hastaların DBGÖ-KF “Fiziksel ve Günlük Yaşam” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.001$; $p<0.01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Dunn-Bonferroni test sonuçlarına göre; ruhsal desteğe ihtiyaç duyan hastaların “Fiziksel ve Günlük Yaşam” alt boyutundan aldıkları puanlar, ruhsal desteğe kısmen ihtiyaç duyan ve desteğe ihtiyaç duymayan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0.049$; $p=0.001$; $p<0.01$). Ruhsal desteğe kısmen ihtiyaç duyan hastaların “Fiziksel ve Günlük Yaşam” alt boyutundan aldıkları puanlar, ruhsal desteğe ihtiyaç duymayan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0.001$; $p<0.01$).

Ruhsal destek ihtiyacı durumuna göre hastaların DBGÖ-KF “Cinsellik” alt boyutundan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.017$; $p<0.05$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Dunn-Bonferroni test sonuçlarına göre; ruhsal desteğe kısmen ihtiyaç duyan hastaların “Cinsellik” alt boyutundan aldıkları puanlar, ruhsal desteğe ihtiyaç duymayan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0.036$; $p<0.05$).

Ruhsal destek ihtiyacı durumuna göre hastaların DBGÖ-KF toplamından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.001$; $p<0.01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Dunn-Bonferroni test sonuçlarına

göre; ruhsal desteğe ihtiyaç duymayan hastaların ölçek toplamından aldıkları puanlar, ruhsal desteğe ihtiyaç duyan ve desteğe kısmen ihtiyaç duymayan göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0.001$; $p=0.001$; $p<0.01$).



Grafik 18. Ruhsal Destek İhtiyacı Olması Durumuna Göre Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu Toplam Puan Dağılımı

5. TARTIŞMA

Kanser hastalığı, fiziksel bir hastalık olmasının yanında psikososyal sorunların en çok gözlendiği durumlardan biridir (69). Şüphesiz ki kanser tanısı, konulduğu andan itibaren ve sonrasında süreçte, insanların büyük bir bölümünün yaşamında önemli değişikliklere yol açar (70). Hastaların sürece uyumunun sağlanması, yaşam kalitelerinin artırılması ve sağlık hizmetleri sürecindeki yüksek maliyetin düşürülmesi açısından, kanser hastalarının psikososyal sorunlarının ve süreç içerisinde vermiş olduğu tepkilerin öğrenilip, bu yönde psikososyal gereksinimlerinin karşılanması oldukça önemlidir (71). Psikolojik yaklaşım ve tekniklerin uygulanmasının, geri dönüş olarak hasta çıktısına olumlu katkı sağladığı yönünde kanıtlarda bulunmaktadır (72).

Bu çalışmada; onkoloji biriminde yatan hastaların psikososyal gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla elde edilen verileri, bulgular doğrultusunda tartışılmıştır.

Çalışmaya katılan hastaların %79'unun evli olduğu gözlenmiştir. Yapılan bu çalışma kapsamında, kanser vakalarının büyük oranda evli kişilerde olduğu belirlenmiştir. Literatür taraması sonucu başka çalışmalarda da kanser vakalarının benzer şekilde evli kişilerde daha sık rastlandığı görülmüştür (14, 73). Diğer bir çalışmada da, medeni durumlar incelendiğinde kanser hastalarının çoğunluğunun, evli veya dul olan, orta ileri yaşlı kişiler olduğu belirtilmiştir (74).

Hastaların %50'sinde kronik hastalık varlığı mevcuttur. Kronik hastalığı olan hastaların %76'sının hipertansiyonu, %52'sinin diyabeti, %12'sinin KOAH'ı olduğu gözlenmiştir. Kronik hastalık varlığına göre ruhsal desteğe ihtiyaç duyan hastaların oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Ateşçi ve ark'nın (2003), kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ile ilgili yaptıkları bir araştırmada ek fiziksel hastalıkların mevcudiyeti ile psikiyatrik tanı ve çalışmadaki diğer alt boyutların arasında, anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (12). Literatür taraması sonucunda da başka benzer bulgular elde edilmiştir (14).

Hastaların %38'i sigara kullandığını, %12'si alkol kullandığını belirtmiştir. Literatüre göre, kanser kaynaklı ölümlerin %30'unda sigara içmek tek başına sorumludur (75). Alkol kullanımı ise, bilinen en önemli kanser nedenlerinden biridir ve tek başına kanser kaynaklı ölümlerin %5'inden sorumludur (75, 76).

Çalışmada ki hastalarda en çok rastlanan kanser türleri ilk üç sırada; %31 ile kolon, %27 ile akciğer ve %10 ile meme kanseri olarak belirlenmiştir. Literatürde de yaygınlık yönünden benzerlikler vardır. İnsidans açısından dünyada en yaygın kanser türleri akciğer kanseri (1.52 milyon), meme kanseri (1.29 milyon) ve kolorektal (1.15 milyon) kanserlerdir (3).

Çalışmada tanı süresi arttıkça, fiziksel ve günlük yaşamı destekleyici bakım gereksinimlerinin arttığı ve aynı şekilde metastaz gözlemlenen hastaların fiziksel ve günlük yaşamı destekleyici bakım gereksinimlerinin, metastaz gözlenmeyen hastalara göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Kanserde tanı süresinin artması ve metastaz varlığı; tedavi süreçlerinin yoğunlaşmasını, kemoterapi ve diğer tedavilerin uzun süreçte vücuda olan yan etkilerinin artmasını, organ işlevlerinde bozulmayı, karşılaşılan fizyolojik ve psikolojik güçlüklerin de artmasını beraberinde getirecektir. Tuncay'ın (2009) çalışmasında; kemoterapi tedavisinin yan etkilerinin, hastanın duygusal, psikolojik ve manevi alanındaki baskıları artırdığı ve bununda bireyde güçsüzleştirme tehdidi yarattığı bulgularına rastlanmıştır (77). NANDA'nın hemşirelik tanılarına göre de, güçsüzlük ilerlediğinde umutsuzluğa yol açar ve bu da birçok problemi beraberinde getirir (78). Aynı zamanda yorgunluk; hastalık ve bunu takip eden tedavi süresince kişide yeti yitimine önemli ölçüde sebebiyet verir (79). Bu bağlamda; süreç uzadıkça mevcut enerji kaybı, güçsüzlük ve daha birçok problemin artışı, kişinin fiziksel ve günlük yaşamı destekleyici bakım gereksinimlerinin de artmasına neden olur.

Çalışmadaki kanser hastalarının büyük çoğunluğunun (%89'u) bazı psikososyal sorunlar yaşadığı saptanmıştır. “%62'si enerji kaybı, yine %62'si ev/iş ve okulda çalışırken zorlanma ya da bırakmak zorunda kalma, %45'i kanserin tekrarlanması ve yayılması ile ilgili korku %41'i gelecek kaygısı, %40'ı sinirli ruhsal durum, %36'sı yeme bozukluğu, %35'i korku, endişe, belirsizlik ve çaresizlik, %34'ü öfke patlamaları, %31'i anne, baba, eş ve çocuk gibi rolleri yerine getiremememe, %31'i ağrı nedeniyle konforda bozulma, %32'si uyku bozukluğu, %29'u kaygı ile ilgili sorunlar, %27'si artan fiziksel sorunlarla beraber başkalarına bağımlı olma, %25'i depresif belirtiler, %25'i ölüm korkusu %20'si eğlence aktivitelerinden mahrum kalma, %19'u cinsel fonksiyon sorunları, %15'i ilaç ve tedaviye uyum güçlüğü yaşama” gibi problemleri olduğunu belirtmişlerdir. Yukarıda belirtilen psikososyal sorunları (Tablo 4) ve ruhsal belirti bulguları (Tablo 4) yaşayan hastaların “Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu” toplamından

aldıkları puanlar, bu psikososyal sorunları ve ruhsal belirti, bulguları yaşamayan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Bu durum ise, bu tür güçlükleri yaşayan hastaların daha çok destekleyici bakıma ihtiyaçları olduğunu göstermektedir.

Kanser hastalığının seyri boyunca, beden işlevlerinin bozulması veya uzun dönemli tedavi sürecinden dolayı günlük yaşam aktivitelerinin bir kısmının geçici ya da sürekli olarak sekteye uğraması sıklıkla yaşanan bir durumdur. Kayış'ın (2009) çalışmasında, kanser hastalarında güç kaybı, yorgunluk, ağrı, bulantı ve uyku sorunları en sık yaşanan belirtiler olarak tanımlanmıştır (80). Tsai ve ark'nın (2010) çeşitli kanser tanıları olan hastalar ile yaptığı çalışmada, en çok görülen semptomların halsizlik, yorgunluk, iştahsızlık ve ağrı olduğu belirtilmiştir (81). Nazik ve ark. (2012) çalışmasında kanser tanısını alan hastaların %90'dan fazlasının ağrı ve yorgunluk yaşadığını saptamıştır (82). Uzun dönem sağ kalımı olan hastalarda, yorgunluk kanser hastasının günlük yaşantısını olumsuz etkileyen bir belirtidir. 379 kanser hastasından oluşan ve de kemoterapi tedavisinden sonra yorgunluk sorunu yaşayan hastalar ile yapılan araştırmada, hastaların %91'i normal yaşamlarını sürdürmekte problem yaşadıklarını aktarmışlardır. Bu hastaların %88'i yaşadıkları yorgunluk yüzünden günlük aktiviteleri ile ilgili yeniden bir planlama yapmak zorunda kaldıklarından yakınmışlardır (83). 301 kanser hastası ile yapılan diğer bir araştırmada ise hastaların %81'i işlevsellik alanında problem yaşadıklarını, % 79'u uyku ihtiyacında artış olduğunu, normalden 2.8 saat daha fazla uyduklarını belirtmişlerdir. Yorgunluk sorunu yaşayan kanser hastaları, hastalık öncesinde hiçbir güçlük yaşamadan yapabildikleri yemek pişirme, bir şeylerin kaldırılması, evi düzeltme, kişisel bakım, hatta sosyal aktivitelerin algılanmasında önemli sorunlar yaşadıklarını bildirmişlerdir (84).

İlerlemiş kanser hastalarında, yorgunluk prevalansının %75-100 oranında olduğu bildirilmiştir. Yorgunluk hastaların işlevsellik durumunu olumsuz yönde etkiler, günlük aktivitelerini yapabilmeyi ve kişinin sosyalleşmesini azaltır. Yorgunluğun anemi, ağrı, emosyonel distres, kötü beslenme, depresyon, uyku bozukluğu, düşük aktivite düzeyi, tedavinin yan etkileri, komorbidite gibi çeşitli faktörlerle bağlantılı olduğu gösterilmiştir (85, 86).

Kanser hastaları, gün içerisinde farklı bir takım rollere sahipken (eş, anne-baba, oğul-kız, işçi vb.) hastalıkla birlikte birden rolleri azalır ve kişinin hastane ortamında bazen yalnızca hasta rolü olur. Rollere göre bireylerin anlamlı aktiviteleri

değişmektedir, böylelikle hastalıkla birlikte kişinin birçok rol ve aktivitesinde kayıplar meydana gelir (87, 88). Kanser hastalarında hastalığın getirmiş olduğu komplikasyonlar, öz-bakım gücünde, performansta azalma, psikolojik, fiziksel, ekonomik, sosyal sorunlar bireyin işlevsel durumunu ve yaşam kalitesini azaltmakta, kişiyi olumsuz etkilemektedir (57, 89, 90). Bu çalışmadaki hastalarda saptanan sorunlar literatürdeki araştırma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Hastaların “%62’si enerji kaybı, yine %62’si ev/iş ve okulda çalışırken zorlanma ya da bırakmak zorunda kalma, %31’i anne, baba, eş ve çocuk gibi rolleri yerine getirememeye, %20’si eğlence aktivitelerinden mahrum kalma” sorunlarını yaşamaktadır. Yaşanılan tüm sorunlar hastanın fizyolojik, psikolojik, sosyal alanlarında ve rollerinde yetersizliği beraberinde getirmektedir, bu durum ise kişinin destekleyici bakım ihtiyaçlarını arttırmaktadır.

Bu çalışmadaki hastaların %25’i depresif belirtiler yaşamaktadır. Kanser hastalarında en sık major depresyon, depresyon belirtilerinin eşlik ettiği uyum bozukluğu ve genel tıbbi duruma bağlı depresyon görülür. Bir gözden geçirme çalışmasında; kanser hastalarında %10-25 oranında major depresyon ve de benzer oranlarda klinik olarak anlamlı depresif belirtiler saptandığı bildirilmiştir. Bu oranlar baz alındığında major depresyon yaygınlığı kanser hastalarında genel populasyona oranla 2-3 kat daha fazladır. Kanser hastalarında depresyon, izole depresif belirtilerden, major depresyona kadar değişen geniş bir aralıkta görülür (91).

Bu çalışmadaki hastaların %29’u kaygı ile ilgili sorunlar yaşamaktadır. Anksiyete bozuklukları kanser hastalarında depresyondan sonra en çok görülen ruhsal bozukluklardır (37, 92, 93, 94, 95).

Tanı ve tedavi sürecinde hastanın yaşadığı anksiyete ve depresyon, fiziksel ve diğer psikolojik bulguları arttırarak, bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği ve tedaviye olan uyumunu azalttığı belirtilmektedir (96, 97).

Bu çalışmadaki hastaların %32’si uyku bozukluğu yaşamaktadır. Kanser hastalarında uykusuzluk da, sıklıkla tıbbi yardım almayı gerektirecek ölçüde şiddetlidir. Kanser hastaları için yazılan ilaçların %25-50’si hipnotiklerden oluşur. Uyku bozukluğu yaygınlığının kanser hastalarında %50 oranında olduğu saptanmıştır (98).

Çalışmaya katılan hastaların DBGÖ-KF “Ruhsal/ Psikolojik Alt Boyut Puanları”, diğer alt boyutlara göre daha fazladır. Bu bulgular doğrultusunda, kanser hastalarının “Ruhsal/ Psikolojik Boyut” puan ortalamasının yüksek çıkması beklenen bir durumdur. Aksuoğlu’nun (2015) çalışmasında da benzer şekilde hastaların

“Ruhsal/ Psikolojik Alt Boyut Puanları” yüksek çıkmıştır (99). Literatürde; tedavi süreci ile ilgili kaygıları, fiziksel ve psikolojik güçlükleri, ekonomik sorunları, hastalığı kabullenememe, tedavinin yan etkileri gibi durumları yaşıyor olmanın, hastalarda psikiyatrik semptomların meydana çıkma riskini artırdığı belirtilmektedir (100). Bu durum ise; ruhsal boyuttaki destekleyici bakım gereksinimlerinin daha fazla olması ihtimalini beraberinde getirir.

Çalışmada psikiyatrik hastalık öyküsü olan hastaların; ölçeğin “Ruhsal/ Psikolojik” ile “Fiziksel/Günlük Yaşam” alanındaki destekleyici bakım gereksinimleri, psikiyatrik hastalık öyküsü olmayanlara oranla daha fazladır. Bu çalışmada psikiyatrik tanı alan hastaların bir kısmı, kanser tanısından sonra psikiyatri uzmanına danışmaya ve tedavi görmeye ihtiyaç duyduğunu ifade etmiştir. Kanser hastalığında psikiyatrik hastalıklar, kanserin kendisine veya tedavilere bağlı olabilir. Psikiyatrik hastalık yaygınlığı, kötü gidişli hastalıkta ve ileri evrelerde daha fazladır (10). Gerek kanser tanısından önce, gerekse kanser tanısından sonra hastada mevcut psikiyatrik tanı varlığının olması kişinin ruhsal desteğe olan ihtiyacını da artıracaktır. Aynı zamanda hastalığın kendisi ve tedavinin yan etkileri; psikiyatrik şikâyetlerin alevlenmesine, kişinin işlevselliğinde azalma ile birlikte fiziksel-günlük yaşam alanındaki ve psikolojik alanındaki destekleyici bakım gereksinimlerinin artmasına sebebiyet verecektir.

Bu çalışmada ki tüm kanser hastalarının %58’inin ruhsal destek ve/veya tedavi amaçlı yönlendirilmesi gereken bir birime ihtiyacı olduğu belirlenmiştir. Kanser hastalığı, psikolojik sorunlara ve güçlüklerle yol açma riski en yüksek olan hastalık gruplarındandır (36, 101). Kanser hastalarının arasında psikiyatrik morbidite de artışın olduğu ve psikiyatrik hastalık yaygınlığının %9-60 gibi geniş bir aralıkta değişen, oranlarda seyrettiği belirtilmiştir (102). Kanser hastalarının %90’ında, psikiyatrik bozukluk hastalığa ya da tedaviye tepki şeklinde ortaya çıkmışken, yalnızca %10’unda anksiyete ya da kişilik bozuklukları gibi kanser tanısı öncesinde de bozukluklar vardır (103). Bu çalışmada ayrıca ruhsal desteğe ihtiyaç duyan ve/veya kısmen duyan hastaların toplam ölçek puanları ve ölçeğin “Ruhsal/ Psikolojik”, “Fiziksel/Günlük Yaşam” ve “Cinsellik” alt boyutlarındaki destekleyici bakım gereksinimleri, ruhsal desteğe kısmen ihtiyaç duyan ve/veya desteğe ihtiyaç duymayan hastalara göre daha fazladır. Ruhsal desteğe ihtiyaç duyan hastaların psikolojik, fizyolojik, cinsel alanda gereksinimlerinin fazla olması, bu alanların birbirleriyle karşılıklı bir etkileşim ağı içerisinde olmasıyla açıklanabilir.

Bu çalışmada hastaların %19'unda cinsel fonksiyon sorunları saptanmıştır. Hastalığın yaratmış olduğu durum ve tedavi biçimlerine karşı gelişen fizyolojik ve psikolojik reaksiyonlar, kişide cinsel alanda sıkıntılara neden olabilir. Literatürde de tedaviye başladıktan sonra, hastaların yarısının cinsel yaşamlarını sonlandırdığı belirtilmektedir (104). Yine literatüre göre; kanser tanısının konulmasından itibaren, hastaya uygulanan tedaviler ve tanının ilerlemesi ile birlikte hastada en olumsuz etki, cinsel sağlık üzerine olmaktadır (14, 105,106).

Çalışmada sosyal destek alan hastaların destekleyici bakım gereksinimleri, kısmen sosyal destek alan hastalara göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. Sosyal destek alıyor olmak, destekleyici bakıma olan ihtiyacı da azaltmaktadır. Hastalar tarafından alınan sosyal desteğin, güç ve stresli yaşamsal olayların olumsuz, yıkıcı etkilerini hafiflettiği, yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (107, 108). Bu bağlamda; sosyal destek alanların destekleyici bakım gereksinimlerinin az olmasını, alınan desteğin kanserin olumsuz etkilerini tamponize etmesi ve bunlarla baş etmeyi kolaylaştırmasıyla açıklayabiliriz.

Çalışmadaki hastaların büyük çoğunluğunun sosyal destek aldığı ve ihtiyaç duydukları yardımı, bakım uygulamalarındaki desteği büyük oranda aileden sağladığı, aynı zamanda tüm hastaların sosyal desteğin yararına inandığını belirlenmiştir. Ülkemiz aile yapısı, bakımdaki desteği öncelikli sırada aile fertlerine yüklemektedir. Arslan'nın (2016) yaptığı benzer bir araştırmada çalışmaya katılmış olan kanser hastalarının %93.8'i bakımı ile ilgili desteği birinci derece yakınından, aileden almaktadır (109). Her hasta birey günlük yaşamda; ailesi, eşi veya diğer herhangi biri ile yaşaması fark etmeksizin, sosyal desteğe ihtiyaç duymaktadır. Çünkü kanser hastalarının yaşadıkları olumsuz durum ile baş etmesini sağlayacak en önemli güç kaynağı sosyal destektir (9). Özyurt (2007) çalışmasında kanser hastalarının en fazla çekirdek ailesinden destek aldığı sonucunu vurgular (69). Literatürde kanser hastalarının endişe durumlarının, destek aldığı kişilerin yakınlık derecesine göre daha azaldığı belirtilmektedir (110). Karaaslan'ın (2013), kanser hastalarının bakım verenleri ile yapmış olduğu araştırmasında, aileden sağlanan sosyal desteğin daha yüksek olduğu bulgusu saptanmıştır (111). Konu ile ilgili yapılan diğer araştırmalarda da hastaların sahip olduğu sosyal destek düzeyinin yüksek olduğu ve ailelerden alınan sosyal desteğin daha fazla oranda olduğu belirlenmiştir (112-119).

Hastaların hastalığı süresince başetmede destekleyici uygulama olarak; %54'ü dua ettiğini, %15'i namaz kıldığını, %9'u kuran okuduğunu belirtmiştir. Masat'ın (2018) yaptığı araştırmada da, hastaların hastalıklarına şifa bulmak için büyük çoğunluğunun dua etme, sonrasında sırasıyla namaz kılma ve adak kurban adama gibi yöntemlere başvurdukları belirlenmiştir (120). Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda, kanser hastalarının olumsuz yaşam olayları ile başa çıkmada en fazla dini uygulamalardan yararlandıkları (121), hastalık sürecinde ve semptomlar ile başa çıkabilmede yaklaşım olarak dua ettikleri (122-125), adak kurban adadıkları (122), Kur'an okudukları ve ibadet ettikleri (126, 127), kiliseye veya tapınaklara gittikleri bildirilmiştir (128). Başka bir çalışmada ise bu durumun aksine, kanser hastalarının %93.1'inin dini uygulamaları yerine getirmekte isteklerinin olmadığı belirlenmiştir (129).

Ülkemizde kanser hastalarının psikososyal ihtiyaçlarının belirlenmesi ile ilgili sınırlı sayıda çalışma vardır. Bu nedenle konu ile ilgili daha fazla çalışma yapılması; sahadaki kanser hastalarının psikososyal gereksinim profillerinin tanımlanması, uygulanacak olan gerekli girişimlerin planlanması ve sorunların çözümlenmesi adına sağlık profesyonellerine ışık tutacaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Onkoloji biriminde yatan hastaların sosyodemografik, klinik özelliklerinin ve psikososyal gereksinimlerinin değerlendirildiği bulguların sonuçları şu şekildedir;

- Hastaların %57'si erkek, %43'ü kadındır, çoğunluğu (%67) 51-70 yaş arasındadır. %79'u evli, %94'ü çocuk sahibidir. %42'si eşi ve çocuklarıyla, %32'si sadece eşiyle, %7'si tek başına yaşamaktadır. %64'ü ilkokul mezunu, %41'i emekli, %35'i ev hanımıdır.
- Hastaların %50'sinin ek bir kronik hastalığı vardır. Kronik hastalığı olan hastaların %76'sının hipertansiyonu, %52'sinin diyabeti, %12'sinin KOAH'ı olduğu gözlenmiştir.
- Hastaların; “%77'si daha öncesinde psikiyatrik bir hastalığının olmadığını”, “%16'sı tanı konmuş bir psikiyatrik hastağının olduğunu ve tedavi görmüş/görmeye devam ettiğini”, “%4'ü “psikiyatrik sıkıntıları olduğunu hissettiğini, fakat bir uzmana danışmadığını”, “%3'ü de tedaviyi uygulamadığını/yarım bıraktığını” belirtmiştir.
- Hastaların %38'i sigara kullandığını, %12'si alkol kullandığını belirtmiştir.
- Hastaların kanser tanılarında ilk üç sırada; %31 ile kolon, %27 ile akciğer, %10 ile meme kanseri olduğu belirlenmiştir. %52'sinde metastaz vardır. %46'sı ailesinde kanser öyküsü olduğunu ifade etmiştir. %92'si hastalığa uyum sağladığını belirtmiştir.
- Çalışmaya katılan hastaların %75'i sosyal destek aldığını belirtirken, %21'i kısmen destek aldığını ve %4'ü destek almadığını belirtmiştir. Destek alan hastaların %99'u desteği aileden, %35.4'ü arkadaşından, %11.5'i diğer yakınlarından, %3.1'i ise psikiyatri uzmanından aldığını ifade etmiştir. Hastaların %100'ü sosyal desteğin yararına inandığını belirtmiştir.
- Hastaların %50'si bakımına yardımcı olan bir kişinin olduğunu, %45'i yardımcı olan iki ve daha fazla kişinin olduğunu, %5'i ise bakıma yardımcı olan kimsenin olmadığını belirtmiştir.
- Hastaların içinde bulunduğu yas aşamasına bakıldığında; %95'inin kabullenme, %4'ünün depresyon, %1'inin pazarlık aşamasında olduğu gözlenmiştir.

- Hastaların büyük çoğunluğunda (%72'sinde) bazı ruhsal belirti ve bulgular gözlenmiştir. %36'sında yeme sorunları, %34'ünde öfke sorunları, %32'sinde uyku sorunları %29'unda kaygı ile ilgili sorunlar, %25'inde depresif belirtiler, %19'unda cinsel sorunlar ve %8'inde uyum sorunları gözlenmiştir.
- Hastaların büyük çoğunluğu (%89'u) bazı psikososyal sorunlar yaşadığını belirtmiştir. %62'si enerji kaybı, %62'si ev/iş ve okulda çalışırken zorlanma ya da bırakmak zorunda kalma, %45'i kanserin tekrarlanması ve yayılması ile ilgili korku, %41'i gelecek kaygısı, %40'ı sınırlı ruhsal durum, %35'i korku, endişe, belirsizlik ve çaresizlik, %31'i anne, baba, eş ve çocuk gibi rolleri yerine getirememeye, %31'i ağrı nedeniyle konforda bozulma, %27'si artan fiziksel sorunlarla beraber başkalarına bağımlı olma, %25'i ölüm korkusu %20'si eğlence aktivitelerinden mahrum kalma, %15'i ilaç ve tedaviye uyum güçlüğü yaşama, %13'ü psikolojik destek yoksunluğu, %11'i beden imajında değişme, %7'si ilgide azalma, zevk alamama, %7'si maddi problemler, %4'ü toplumsal çevre ile ilişkili sorunlar, %4'ü hayatı anlamlandırmada zorlanma, %4'ü var olan psikiyatrik sıkıntılarda alevlenme-artış, %3'ü aile içi sorunlar, %3'ü intihar düşünceleri, %2'si etiketlenme, %2'si yalnız kalma isteği, %1'i inanç değerlerinde bozulma, %1'i hastalığın getirdiği yükü beraber diğer insanlarla iletişim ve etkileşimde bozulma, %1'i de ise sağlık personeli ile iletişim sorunları yaşadığını belirtmiştir.
- Hastaların %89'u hastalığı boyunca baş etmede destekleyici uygulama kullandığını ifade etmiştir. Destekleyici uygulama olarak %54'ü dua ettiğini, %40'ı (n=40) diğer destekleyici uygulamalara baş vurduğunu (el işi yaptığını, yürüyüş ve spor yaptığını, balık tuttuğunu, sigara içtiğini, tv izlediğini, yalnız kalmak istediğini, internette vakit geçirdiğini, çiçeklerle ve bahçe ile uğraştığını), %40'ı sohbet ettiğini, %17'si müzik dinlediğini, %15'i namaz kıldığını, %12'si film izlediğini, %9'u kuran okuduğunu, %6'sı derin nefes egzersizleri yaptığını, %5'i uyuduğunu, %4'ü kitap okuduğunu belirtmiştir.
- Hastaların %81'i bakım uygulamalarına ailesinin katıldığını, %16'sı kısmen katıldığını belirtmiştir.
- Hastaların %42'sinin ruhsal desteğe ihtiyacı olmadığı, %35'inin kısmen ihtiyacı olduğu, %23'ünün ruhsal desteğe ihtiyacı olduğu belirlenmiştir.
- Hastaların %58'inin ruhsal destek ve/veya tedavi amaçlı yönlendirilmesi gereken bir birime ihtiyacı olduğu belirlenmiştir. %58'inin KLP hemşiresine,

%27'sinin psikoloğa, %18'inin psikiyatri uzmanına yönlendirilmesi gerekmektedir.

- Hastaların DBGÖ-KF “Ruhsal/ Psikolojik Boyut” alt boyutlarından aldıkları puanlar 9 ile 45 arasında değişmekte olup, ortalama 17.13 ± 8.18 olarak; “Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme” alt boyutundan aldıkları puanlar 10 ile 20 arasında değişmekte olup, ortalama 12.38 ± 4.16 olarak; “Fiziksel ve Günlük Yaşam” alt boyutundan aldıkları puanlar 5 ile 25 arasında değişmekte olup, ortalama 13.59 ± 6.66 olarak; “Hasta Bakım ve Desteği” alt boyutundan aldıkları puanlar 4 ile 8 arasında değişmekte olup, ortalama 4.97 ± 1.70 olarak; “Cinsellik” alt boyutundan aldıkları puanlar 3 ile 11 arasında değişmekte olup, ortalama 4.83 ± 2.55 olarak ve ölçek toplamından aldıkları puanlar 31 ile 90 arasında değişmekte olup, ortalama 52.90 ± 17.42 olarak saptanmıştır.
- Yaş gruplarına, cinsiyetlere, medeni duruma, çocuk sahibi olma durumuna, eğitim durumuna, kronik hastalık varlığına göre hastaların DBGÖ-KF alt boyutlarından ve ölçek toplamından aldıkları puanlar, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir.
- Psikiyatrik hastalık öyküsü olan hastaların “ruhsal/ psikolojik” ile “fiziksel ve günlük yaşamı destekleyici bakım gereksinimleri”, psikiyatrik hastalık öyküsü olmayanlara oranla daha fazladır.
- Tanı süresi artıkça “fiziksel ve günlük yaşamı destekleyici bakım gereksinimleri” artmaktadır.
- Tanı süresi 6-10 yıl arasında olan hastaların destekleyici bakım gereksinimleri, tanı süresi 1 yıldan az olan hastalara göre daha fazla saptanmıştır.
- Metastaz gözlemlenen hastaların “fiziksel ve günlük yaşamı destekleyici bakım gereksinimlerinin”, metastaz gözlenmeyen hastalara göre daha fazla olduğu saptanmıştır.
- Ruhsal belirti ve bulgu saptanan hastaların (Tablo 4) destekleyici bakım gereksinimlerinin, ruhsal belirti ve bulgu saptanmayan hastalara göre daha fazla olduğu saptanmıştır.
- Psikososyal sorunla karşılaşan hastaların (Tablo 4) “ruhsal/ psikolojik boyut”, “fiziksel ve günlük yaşam”, “cinsellik” alt boyutundaki destekleyici bakım gereksinimleri, sorunla karşılaşmayan hastalara göre daha fazladır.

- Psikososyal sorunla karşılaşan hastaların DBGÖ-KF toplamından aldıkları puanlar, psikososyal sorunla karşılaşmayan hastalara göre yüksek saptanmıştır.
- Psikososyal sorun yaşayan hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin, sorun yaşamayan hastalara göre daha fazla olduğu saptanmıştır.
- Ruhsal desteğe ihtiyaç duyan hastaların “ruhsal/ psikolojik” ile “fiziksel ve günlük yaşam” alt boyutundaki destekleyici bakım gereksinimleri, ruhsal desteğe kısmen ihtiyaç duyan ve desteğe ihtiyaç duymayan hastalara göre daha fazladır.
- Ruhsal desteğe kısmen ihtiyaç duyan hastaların “ruhsal/ psikolojik”, “cinsellik”, “fiziksel ve günlük yaşam” alt boyutlarındaki destekleyici bakım gereksinimleri, ruhsal desteğe ihtiyaç duymayan hastalara göre daha fazladır.
- Ruhsal desteğe ihtiyaç duymayan hastaların destekleyici bakım gereksinimleri, ruhsal desteğe ihtiyaç duyan ve desteğe kısmen ihtiyaç duymayan hastalara göre daha az bulunmuştur.
- Kısmen sosyal destek alan hastaların fiziksel ve günlük yaşamı destekleyici bakım gereksinimleri, sosyal destek alan hastalara göre daha fazladır.
- Sosyal destek alan hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin, kısmen sosyal destek alan hastalara göre daha az olduğu saptanmıştır.

6.2. Öneriler

- Kanser tanısı alan hastaların tedavi süreçleri boyunca psikososyal gereksinimlerinin değerlendirilmesi,
- Tanı süresi uzamış ve metastaz varlığı olan hastaların artmış olan fiziksel ve günlük yaşamı destekleyici bakım gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik hemşirelik bakımının planlanması ve uygulanması,
- Psikiyatrik tanısı olan, ruhsal belirti-bulgulara sahip olan, psikososyal sorun yaşayan hastaların artmış olan destekleyici bakım gereksinimlerinin karşılanması için gerekli hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanması,
- Hastaların duygu, düşünce ve yaşadıklarını ifade edebilecekleri ortamların oluşturulması, kendileri ile benzer güçlükleri yaşayan bireylerle bir araya

gelmesinin sağlanması, hastalar arasında sosyal destek gruplarının oluşturulması,

- Kanser hastalarının ve ailesinin hastalık, tedavi süreçleri, etkin baş etme yöntemleri hakkında eğitim almasının sağlanması,
- Onkoloji hastalarının konsültasyon liyezon psikiyatri ekibi tarafından izlenmesi,
- Hastaya bakımda ve destekde önemli rolü olan hasta ailesine ve bakım veren kişilere psikososyal destek sunulması,
- Onkoloji biriminde çalışan hemşirelere belli aralıklarla; “Psikososyal Tanılama Yöntemi-Teknikleri”, “Terapotik İletişim Becerileri”, “Kanserli Hastaya Yaklaşım”, “Kanserin Psikolojik Yönü”, “Ölüm ve Ölümcül Hastaya Yaklaşım” konularını içeren hizmet içi eğitimlerin planlanması,
- Hastanın ve ailesinin yaşadığı mevcut ya da olası psikososyal güçlükler karşısında yardım sağlayan ve aynı zamanda bu hastalara bakım veren hemşirelere danışmanlık, rehberlik, eğitim desteği sağlayan “Konsültasyon-Liyezon Psikiyatri Hemşireliği” biriminin hastane bünyelerinde oluşturulması,
- Kanser hastalarının psikososyal gereksinimlerine yönelik niteliksel ve deneysel çalışmaların yapılması önerilir.

7. KAYNAKÇA

1. WHO Global cancer rates could increase by 50% to 15 million by 2020
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr27/en/> Erişim Tarihi: 15.09.2019.
2. Türkiye onkoloji hizmetleri yeniden yapılanma programı 2010-2023.
https://www.kanser.org/saglik/userfiles/file/11Mayis2011/turkiye_onkoloji_hizmetleri_kitapcik.pdf Erişim Tarihi: 10.07.2019.
3. Boyle P, Levin B. Dünya Sağlık Örgütü. Dünya Kanseri Raporu. s. 82-91, Fransa, 2008.
4. Peter P Roy-Byrne. Management of psychiatric and psychologic disorders in patients with cancer. <https://www.uptodate.com/contents/management-of-psychiatric-disorders-in-patients-with-cancer> Erişim Tarihi: 21.06.2019.
5. Chah P, Bond A. 'I'm sorry but you've got cancer': the role of psycho-oncology. *Br J Hosp Med* 70(9):514-517, 2009.
6. Arolt V, Rothermundt M. Depressive Störungen bei körperlich Kranken. *Nervenarzt* 74(11):1033-1052, 2003.
7. Tada Y, Matsubara M, Kawada S, Ishida M, Wada M, Wada T, Onishi H. Psychiatric disorders in cancer patients at a university hospital in Japan: descriptive analysis of 765 psychiatric referrals. *Jpn J Clin Oncol* 42(3):183-188, 2012.
8. Breitbart SW, Alici Y. Psycho-oncology. *Harv Rev Psychiatry* 17(6):361-365, 2009.
9. Ülger E, Alacacıoğlu A, Gülseren AŞ, Zencir G, Tarhan MO, Demir L. Kanserde psikolojik sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 28(2):85-92, 2013.
10. Soygur H, Özalp E, Basterzi, DA. TPD 4 Şubat 2010 Dünya Kanseri Günü Basın Bülteni. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni* 13(1):59-61, 2010.
11. Yıldırım S, Gürkan A. Psikososyal açıdan kanser ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 26(1):87-97, 2010.
12. Ateşçi FÇ, Oğuzhanoglu NK, Baltalarlı B, Karadağ F, Özdel O, Karagöz N. Kanseri hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 14(2):145-152, 2003.

13. Bag, B. Psiko-onkoloji, psikososyal sorunlar ve ölçüm yöntemleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 4(4):449-464, 2012.
14. Ergül GH. Bir hastanede ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarının psikososyal gereksinimlerinin belirlenmesi. *Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı Uzmanlı Tezi*, İstanbul, 2018.
15. Kocaman N. Genel hastane uygulamasında psikososyal bakım ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 9(1):49-54, 2005.
16. Kocaman N. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve genel hastanede psikososyal bakım. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2(47):97-107, 2006.
17. Barraclough J. *Cancer and Emotion: A Practical Guide to Psycho-oncology*. third edition. pp.6, John Wiley, Chichester, England, 1999.
18. Özkan S. Psikiyatrik ve psikososyal açıdan kanser. V. Ulusal Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Kongresi Bildiriler Kitabı, Düz: Özkan S, s.140-153, İstanbul, 1998-1999.
19. Tuncay T. Kanserle Başetmede Destek Grupları. *Journal of Society & Social Work* 21(1):59-69, 2010.
20. Montgomery C, Lydon A, Llyoyd K. Psychological distress among cancer patients and informed consent. *Journal of Psychosomatic Research* 46(3):241-245, 1999.
21. Sanson-Fisher R, Girgis A, Boyes A, Bonevski B, Burton L, Cook P. The unmet supportive care needs of patients with cancer. *Cancer* 88(1):226-237, 2000.
22. Bonevski, B, Sanson-Fisher R, Girgis A, Burton L, Cook P, Boyes, A. Evaluation of an instrument to assess the needs of patients with cancer. *Supportive Care Review Group* 88(1):217-225, 2000.
23. Schmid-Büchi S, Halfens R, Dassen T, Van Den Borne B. A review of psychosocial needs of breast-cancer patients and their relatives. *Journal of Clinical Nursing* 17(21):2895-2909, 2008.
24. Bekar M. Hemşirelik eğitim ve uygulamasında psikolojik bakım, tanımlama ve boyutları hakkında bir araştırma. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 4(1):79-85, 2001.
25. Maguire, R, Papadopoulou C, Kotronoulas G., Simpson MF, McPhelim J, Irvine L. A Systematic review of supportive care needs of people living with lung cancer. *European Journal of Oncology Nursing* 17(4):449-464, 2013.

26. Harrison JD, Young JM, Price MA, Butow PN, Solomon MJ. What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. *Support Care Cancer* 17(8):1117-1128, 2009.
27. Richardson A, Medina J, Brown V, Sitzia A. Patients' needs assessment in cancer care: a review of assessment tools. *Support Care Cancer* 15(10):1125-1144, 2007.
28. Steele R, Fitch, MI. Supportive care needs of women with gynecologic cancer cancer nursing. *Cancer Nurs* 31(4):284-291, 2008.
29. Wen KY, Gustafson DH. Needs Assessment for cancer patients and their families. *Health and Quality of Life Outcomes* 2(1):1-12, 2004.
30. Gardner, RB. (2008) A holistic assessment of the perceived supportive care needs of cancer patients during treatment. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.425.9417&rep=rep1&type=pdf> Erişim Tarihi: 03. 07. 2019.
31. Howell D, Mayo S, Currie S, Jones G, Boyle M, Hack T, Green E, Hoffman L, Collacutt V, McLeod D, Simpson J. Psychosocial health care needs assessment of adult cancer patients: a consensus-based guideline. *Support Care Cancer* 20(12):3343-3354, 2012.
32. Newell S, Sanson-Fisher RW, Girgis A, Ackland S. The physical and psychosocial experiences of patients attending an outpatient medical oncology department: A cross-sectional study. *European Journal of Cancer Care* 8(2):73-82, 1999.
33. Polikandrioti M, Ntokou M. Needs of hospitalized patients. *Health Science Journal* 5(1):15-22, 2011.
34. Kocaman YN, Kaçmaz N, Özkan M. Yetişkin kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri ve verilen hizmet arasındaki boşluk. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 6(4):231-240, 2013.
35. Biçer KB, Yılmaz ÖA . Kanser hastalarında travma sonrası büyüme kavramı. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory* 7(4):106-110, 2016.
36. Bahar A. Kanser hastalarına psikososyal yaklaşım. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 10(1):105-111, 2007.
37. Güleç G, Büyükkınacı A. Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 3(2):343-367, 2011.

38. Önen SÖ. Kanserli hastada gözlenen ruhsal hastalıkların farmakolojik tedavisi. Ed:Uyar M, Uslu R, Kuzeyli YY. s.175-196, Kanser ve Palyatif Bakım, Meta Basım, İzmir, 2006.
39. Angelino AF, Treisman GJ. Majör depression and demoralization in cancer patients: diagnostic and treatment considerations. Support Care Cancer 9(5):344-349, 2001.
40. Okçin F. Kanser hastasına bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ölçeği geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, İzmir, 2007.
41. Yüzer S, Yiğit R, Taşdelen B. Çocuğu hastanede yatan annelerin aldığı sosyal destek ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 9(4):54-62, 2009.
42. Uğur Ö. Onkoloji hastalarına evde bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilimdalı Doktora Tezi, İzmir, 2006.
43. Özbaş AA. Meme kanseri hastalarının distres ve algılanan sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2008.
44. Öner İÖ. Onkoloji hastalarına bakım verenlerin bakım verme yükü ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2012.
45. Khorshid L, Arslan GG. Hemşirelik ve sosyal desteğin önemi. Dirim 81(1):182-188, 2006.
46. Kaner S. Aile destek ölçeği: faktör yapısı, güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi 4(1):57-72, 2003.
47. Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 9(2):68-75. ISSN:1301-9899, 2006.
48. Birol, L. Hemşirelik Süreci. 8. Basım, s.21-28, Etki Matbaacılık Yayıncılık, İzmir, 2007.
49. Pehlivan T. Onkoloji hemşirelerinin hastaların psikososyal gereksinimlerini tanılama becerileri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2013.

50. Kelleci M. Kanser hastalarının umudunun geliştirilmesine yönelik hemşirelik girişimleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi 6(1):41-47, 2005.
51. Ekinci M, Okanlı A. Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 4(2):75-77, 2001.
52. Kaçmaz N, Konsültasyon liyezon psikiyatrisi ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği: Tarihsel bakış. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 9(1):78-79, 2006.
53. Yıldırım S, Şimşek E, Geridönmez K, Basma Ş, Vurak Ü. Hemşirelerin konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği hakkındaki bilgi ve uygulamalarının incelenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 10(2):96-102, 2019.
54. T.C. Resmi Gazete. Sağlık Bakanlığı: Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. 19 Nisan 2011. Sayı: 27910, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm> Erişim Tarihi: 30.10.2018.
55. Kocaman YN, Kaçmaz N, Özkan M, Özkan S. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisinde Psikososyal Bakım Hizmetinin Ülkemizdeki Mevcut Durumu. 12. Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Psikosomatik Tıp Kongresi. [CD-ROM] -D RDS Inc. İstanbul, 2012.
56. Kocaman YN, Terakye G. Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliğinin bugünü ve geleceği. Türkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics 3(1):1-6, 2017.
57. Kızılcı S. Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 3(2):18-26, 1999.
58. Lederberg MS. "Psychooncology", In Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th ed., Ed: Sadock BJ, Sadock VA. pp.2196-2225, Lippincott Williams & Wilkins , Philadelphia, USA, 2005.
59. Öz F. Anksiyete Problemleri, Psikososyal Hemşirelik Ed: Demiralp M. 3. Basım. s.57-72, Akademisyen Tıp Kitapevi, Ankara, 2014.
60. Öz F. Sağlık Alanına İlişkin Temel Kavramlar. 2. Basım. s.135-145. Mattek Matbaacılık, Ankara, 2010.
61. Schultz JM, Videbeck SL. Lippincott's Manuel Of Psychiatric Nursing Care Plans. 7th Edition, pp.177-229 , Lippincott Williams and Wilkins, 2005.

62. Yarbrow CH, Frogge HM, Goodman M, Groenwald SL. (Editors). *Cancer Nursing Principles and Practice*. 5th Edition. pp. 352-486, Jones and Barlett Publishers, London, 2006.
63. Şener Ş, Günel N, Akçalı Z, Şenol S, Koçkar Aİ. Meme kanserinin ruhsal ve sosyal etkileri üzerine bir çalışma. *Klinik Psikiyatri* 2(4):254-260, 1999.
64. McElduff P, Boyes A, Zucca A, Girgis A. Supportive care needs survey: a guide to administration, scoring and analysis. Report. Australia: Centre for Health Research & Psycho-Oncology. pp.2-54, 2004.
65. Li WW, Lam WW, Shun SC, Lai YH, Law WL, Poon J, Fielding R. Psychometric assessment of the Chinese version of the supportive care needs survey short form (SCNS-SF34-C) among Hong Kong and Taiwanese Chinese colorectal cancer patients. *PLoS One* 8(10):e75755, 2003.
66. Aksuoğlu A, Şenturan L. Destekleyici bakım gereksinimleri ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 36(3):121-129, 2016.
67. NCSS (2007). NCSS for Windows. Version 1, Kaysville, Utah.
68. Karagöz Y. SPSS 21.1 Uygulamalı Biyoistatistik. 1. Basım, s.698, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, 2014
69. Özyurt BE. Kanser hastalarının algıladıkları sosyal destek düzeyine ilişkin betimsel bir çalışma. *Kriz Dergisi* 15(1):1-15, 2007.
70. Karabinis G, Koukourikos K, Tsaloglidou A. Psychological support and quality of life in patients with gynecological cancer. *International Journal of Research in Medical Sciences* 3(11):2992-2997, 2015.
71. Carlson LE, Bultz DB. Benefits of psychosocial oncology care: Improved quality of life and medical cost offset. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(8):1-9, 2003.
72. Velikova G. Patient benefits from psychosocial care: screening for distress and models of care. *Journal of Clinical Oncology* 28(33):4871- 4873, 2010.
73. Bektaş HA, Akdemir N. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Dergisi Journal of Medical Sciences* 26(5):488-499, 2006.
74. Deniz M. Ayaktan kemoterapi alan hastalar ve yakınlarında sağlıkla ilgili yaşam kalitesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Edirne, 2011.

75. Taşkın T. Kanser hastalarının yoğun bakım süreçlerinin değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2013.
76. Mumcu KH. Kırk yaş ve üzeri kanser tanısı almamış bireylerin kansere ilişkin bilgi, tutum ve davranışları. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Tezi, Kayseri, 2014.
77. Tuncay T. Genç kanser hastalarının hastalık anlatılarının güçlendirme yaklaşımı temelinde analizi. Toplum ve Sosyal Hizmet 20(2):69-88, 2009.
78. Carpenito MLJ. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. (Çev: Erdemir F.) 10th Edition. s.48-208, Nobel Tıp Kitapevleri, 2005.
79. Lewy MR. Cancer fatigue: A neurobiological review for psychiatrists. Psychosomatics 49(4):283-291, 2008.
80. Kayış A. Kanser hastalarının hastalık algısı ve umutsuzluk düzeyleri. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2009.
81. Tsai JS, Wu CH, Chiu TY, Chen CY. Significance of symptom clustering in palliative care of advanced cancer patients. J Pain Symptom Manag 39(4):655-662, 2010.
82. Nazik E, Arslan S, Nazik H, Narin MA, Karlangic H, Koc Z. Anxiety and symptom assessment in turkish gynecologic cancer patients receiving chemotherapy. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 13(7):3129-3133, 2012.
83. Curt GA, Breitbart W, Cella D, Groopman JE, Horning SJ, Itri LM, Johnson DH, Miaskowski C, Scherr SL, Portenoy RK, Vogelzang NJ. Impact of cancer-related fatigue on the lives of patients: new findings from the fatigue coalition. Oncologist 5(5):353-360, 2000.
84. Crawford J, Gabrilove JL. Therapeutic options for anemia and fatigue. https://www.medscape.org/viewarticle/416404_2 Erişim Tarihi: 27.10.2019.
85. Hauser K, Walsh D, Rybicki LA, Davis MP, Seyidova KD. Fatigue in advanced cancer: a prospective study. Am J Hosp Palliat Care 25(5):372-378, 2008.
86. Spichiger E, Müller FC, Denhaerynck K, Stoll H, Hantikainen V, Dodd M. Prevalence and contributors to fatigue in individuals hospitalized with advanced cancer: a prospective, observational study. Int J Nurs Stud 49(9):1146-1154, 2012.

87. Sleight AG, Duker LI. Toward a broader role for occupational therapy in supportive oncology care. *Am J Occup Ther Jul-Aug 70(4):7004360030 pp.1-8, 2016.*
88. Cooper J. Occupational therapy in oncology and palliative care. *Australian Occupational Therapy Journal 57(5):301-309, 2010.*
89. Birol L, Akdemir N. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2.Basım, s.243-306, Sistem Ofset, Ankara, 2004.
90. Baird S. (Ed.) A Cancer Source Book for Nurses. Hemşireler İçin Kanser El Kitabı. (Çev. Ed: Platin N.) AÇEM ve. 4. 2. Basım, s.175-85, Akşam Sanat Okulu Matbaası, Ankara, 1998.
91. Nelson CJ, Berk AR, Holland J, Roth AJ. Are gold standard depression measures appropriate for use in geriatric cancer patients? A systematic evaluation of self-report depression instruments used with geriatric, cancer, and geriatric cancer samples. *J Clin Oncol Clinical Oncology 28(2):348-356, 2009.*
92. Jadoon NA, Munir W, Shahzad MA, Choudhry ZS. Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: across-sectional study. *BMC Cancer 10:594, 2010.*
93. Karakaş S. Kanser hastalarının hastalığı değerlendirme biçimlerinin anksiyete depresyon ve yaşam kalitesine etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2007.
94. Ell K, Xie B, Wells A, Nedjat HF, Lee P, Vourlekis B. Economic stress among lowincome women with cancer. Effects on Quality of Life. *Cancer 112(3):616-625, 2008.*
95. Dedeli Ö, Fadıllıoğlu Ç, Uslu R. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi 23(3):132-139, 2008.*
96. Stein KD, Denniston M, Baker F, Dent M, Hann DM, Bushhouse S, West M. Validation of modified rotterdam symptom checklist for use with cancer patients In The United States. *J Pain Symptom Manag 26(5):975-989, 2003.*
97. Kutlu R, Çivil S, Börüban MC, Demir A. Kanserli hastalarda depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi 27(3):149-153, 2011.*

98. Tokgöz G, Yaluğ İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K, Aker T. Kanserli hastalarda travma sonrası stres bozukluğunun yaygınlığı ve ruhsal gelişim. Yeni Sempozyum Dergisi 46(2):51-61, 2008.
99. Aksuoğlu A. Kanser hastaları için destekleyici bakım gereksinimleri ölçeği'nin Türk toplumunda geçerlilik ve güvenilirliğinin incelenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015.
100. Erol H. Kemoterapi alan hastalarda algılanan stresin umutla ilişkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2009.
101. Bag B. Kanser hastalarında uzun dönemde görülen psikososyal sorunlar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 5(1):109-126, 2013.
102. Tavoli A, Mohagheghi MA, Moztazeri A, Roshan R, Tavoli Z, Omidvari S. Anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer: does knowledge of cancer diagnosis matter? BMC Gastroenterology 7:28, 2007.
103. Çevik A. Psikosomatik Bozukluklar. In Onkolojik Hastalıkların Psikosomatik Yönü. Ed: Çevik A. s.77-90, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1996.
104. Şıra F. Kemoterapi alan onkoloji hastalarında semptomların değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007.
105. Yaniv H. Kanserli Hastalarda Seksüalite. Onkoloji Hemşireliği Derneği Mezuniyet Sonrası Eğitim Kurs Kitabı. s.24-38, Ankara, 21-22 Eylül 2000.
106. Pınar G. Kanser tedavisi alan hastalarda cinsel disfonksiyon ve danışmanlığa ilişkin hemşirelik yaklaşımları. Gülhane Tıp Dergisi 52(4):241-247, 2010.
107. Hegelson V, Cohen S. Social support and adjustment to cancer. Health Psychoogy 15(2):135-148, 1996.
108. Koopman C, Hermanson K, Diamond S, Angell K, Spiegel D. Social support, life stress, pain and emotional adjustment to advanced breast cancer. Psycho-Oncology 7(2):101-111, 1998.
109. Arslan A. Onkoloji kliniklerinde tedavi gören hastalarda yalnızlık ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişki. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2016.

110. Korkmaz E. Kanser ve kanser hastalarına ilişkin tutumların incelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Prevanatif Onkoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010.
111. Karaaslan A. Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve algıladıkları sosyal destek düzeyi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013.
112. Ayaz S, Yaman EŞ, Korukluoğlu S. Jinekolojik kanserli hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. Türkiye Klinikleri Journal Medical Sciences 28(6):880-885, 2008.
113. Öztunç G, Yeşil P, Paydaş S, Erdoğan S. Social support and hopelessness in patients with breast cancer. Asian Pasific Journal of Cancer Prevention 14(1):571-578, 2013.
114. Çalışkan T, Duran S, Karadaş A, Ergün S, Tekir Ö. Kanser hastalarının yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 17(1):27-36, 2015.
115. Bozdoğan YS, Öztunç G, Yeşil DP, İnel MA, Paydaş S. The evaluation of hopelessness and perceived social support level in patients with lung cancer. International Journal of Health and Life Sciences 3(2):88-105, 2007.
116. Bener A, Alsulaiman R, Doodson L, Agathangelou T. Depression, hopelessness and social support among breast cancer patients: in highly endogamous population. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 18(7):1889-1896, 2007.
117. Özdemir D. Onkoloji eğitim hemşireliği biriminde eğitim alan meme kanseri hastalarında stresle başa çıkma yolları ve algılanan sosyal destek düzeyleri. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2017.
118. Yıldırım E. Kanser hastası yakınlarının algıladığı sosyal destek ile umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. İstanbul Aydın Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aile Danışmanlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2017.
119. Kahrıman F, Zaybak A. Caregiver burden and perceived social support among caregivers of patients with cancer. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 16(8):3313-3317, 2015.

120. Masat S. Onkoloji hastalarında psikososyal sorunlar ile manevi yönelim ve dini başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Samsun, 2018.
121. Öner H. Cerrahi onkolojik hastalarda spiritualite ve yaşam kalitesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2012.
122. Üstündağ S. Kemoterapi alan kanser hastalarının semptom yönetiminde kullandıkları tamamlayıcı tedavi yaklaşımlarının yaşam kalitesine etkisi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013.
123. Cufta M. Kanser hastalığı ile başa çıkmada dini inanç ve tutumların rolü (Kosova örneği). Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Bursa, 2014.
124. Yazgan EÖ. Kemoterapi alan kanser hastalarında dini inanç ve maneviyatın depresyon düzeyi ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014.
125. Dedeli Ö, Yıldız E, Yüksel S. Assessing the spiritual needs and practices of oncology patients in Turkey. *Holist Nurs Pract* 29(2):103-113, 2015.
126. Can G, Demir M, Aydın A. Complementary and alternative therapies used by Turkish breast cancer patients undergoing chemotherapy. *Breast Care* 7(6):471-475, 2012.
127. Zaheya AL, Alkhasawneh EM. Complementary alternative medicine use among a sample of Muslim Jordanian oncology patients. *Complement Ther Clin* 18(2):121-126, 2012.
128. Tsai TJ, Chung UL, Chang CJ, Wang HH. Influence of religious beliefs on the health of cancer patients. *Asian Pacific journal of cancer prevention* 17(4):2315-2320, 2016.
129. Güngör A. Kanser hastalarındaki bakım gereksinimlerinin karşılanmasında hemşirelik uygulamalarının etkinliğinin incelenmesi. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2015.

8. EKLER

EK 1. Ölçek Kullanım İzin Yazısı

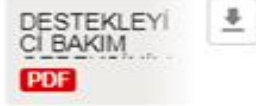


İlt: EMEL ERTUĞRUL KIRIK TEZİM İÇİN DBGÖ ÖLÇEK İZİNİ



AYFER AKSUOĞLU ayfer_55_@hotmail.com

Size



Merhabalar Emel Hanım,
Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeğini tezinizde kullanabilirsiniz.
Ölçek alt boyut ve hesaplanmasıyla ilgili bilgiler ekteki makalede mevcuttur.
Çalışmalarınızda başarılar diliyorum.

EK 2. Hasta İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Yazısı

Sayın

Sizi Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde yürütülen **“Onkoloji Servisinde Yatan Hastaların Psikososyal Gereksinimlerini Belirleme”** başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın niçin ve nasıl yapılacağını, bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz, yakınlarınız ve/veya doktorunuzla tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz, doktorunuz ve kuruluş görevlisi bir tanık tarafından doldurup imzalanmış bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Ayrıca sorumlu araştırmacı gerek duyarsa sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmama, çalışmadan çıkma veya çıkarılma durumlarında bir ceza veya tedaviniz ve klinik izleminizde hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

Araştırma konusuyla ilgili ve sizin araştırmaya katılmayı devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde, siz veya yasal temsilciniz zamanında bilgilendirilecektir.

Araştırmanın yürütücüleri, Etik Kurul Üyeleri, Sağlık Bakanlığı ve diğer ilgili sağlık otoriteleri sizin bu araştırmadaki tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişebileceklerdir; ancak kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır ve bu çalışmadan elde edilen bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırma Sorumlusu

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe KUZU

Araştırmanın Amacı:

Bu çalışma; Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin Onkoloji Biriminde yatan hastaların psikososyal gereksinimlerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Açıklama: Temel psikososyal gereksinimler; damgalanma (etiketleme, ayrımcılık) sorunundan kurtulma, yakınlarla ve tedavi ekibiyle sağlıklı iletişim becerileri geliştirme, kanser ve tedavi yöntemleri konusunda bilgi edinme, yaşam planını yeniden oluşturma, baş etme becerileri geliştirme, aileden ve arkadaşlardan destek alma ve onlara destek verme yeteneğini artırma, ölüm düşüncesinden uzaklaşma, stresi (ruhsal gerilimi), depresyonu (çöküntüyü) ve anksiyeteyi (bunalıyı, kaygıyı) azaltma ya da ortadan kaldırma ve kontrol kaybı ile çaresizlik hissini azaltma şeklinde sıralanabilir.

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler: Bu araştırmaya, Onkoloji Biriminde yatan hasta grubunda olduğunuz için davetlisiniz. İlk olarak "sosyodemografik, klinik ve psikososyal özelliklerinize ilişkin bilgi toplama formu"nu doldurmanız gerekmektedir. Bu form yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum gibi özelliklerinizi, hastalıkla ilgili özelliklerinizi ve psikososyal gereksinimlerinizi belirlemeyi amaçlayan otuz iki sorudan oluşmaktadır. Sonrasında da otuz bir sorudan oluşan "Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu"nu (Kanser tanısı konmuş hastaların ihtiyaçlarının farkına varıp değerlendirmek için kullanılan bir form) doldurmanız gerekmektedir.

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 01.07.2019-31.09.2019 tarihleri arasında Onkoloji biriminde yatan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan kanserli hastalar

Araştırmanın Süresi: 6 ay

Size Getirebileceği Olası Faydalar

- Mevcut ya da hastalığınızın getirmiş olduğu psikolojik sıkıntılarınız varsa, bunları ayrıntılı olarak ifade edebilme olanağı bulabilirsiniz, böylelikle psikososyal gereksinimleriniz belirlenebilir ve netlik kazanabilir.
- Psikososyal gereksinimlerinizin karşılanması ve bir bakım uygulaması oluşturulabilmesi için geliştirilecek çalışmalara ışık tutmuş olacaksınız.
- Akademik bir çalışmaya katkı sağlamış olacaksınız.

Size Getirebileceği Ek Risk ve Rahatsızlıklar: Araştırmamızın size getireceği herhangi bir risk söz konusu değildir.

Çalışmaya Katılan Araştırmacılar:

- Dr. Öğr. Üyesi Ayşe KUZU

- Hemş. Emel ERTUĞRUL

İletişim Kurulacak Kişi(ler): Araştırma hakkında, kendi haklarınız hakkında veya araştırmayla ilgili daha fazla bilgi temin edebilmeniz veya meydana gelebilecek herhangi bir olumsuz durum için günün 24 saatinde 0 536 256 76 58 nolu telefondan Emel ERTUĞRUL'a ulaşabilirsiniz. Araştırma konusuyla ilgili ve araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde siz veya yasal temsilcisinin zamanında bilgilendirilebileceksiniz

Ben,.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)]

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkânı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman mevcut tedavimin olumsuz yönde etkilenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda;

- Söz konusu Klinik Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.
- Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi/kurum kuruluşların erişebilmesine,
- Çalışmada elde edilen bilgilerin (kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz ve/veya ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

“[.....] çalışması kapsamında alınan biyolojik örneklerimin (kan, idrar vb.); (Gönüllü tarafından uygun olan şık işaretlenmelidir)

- Sadece yukarıda bahsi geçen çalışmada kullanılmasına izin veriyorum.
- İleride yapılması planlanan tüm çalışmalarda kullanılmasına izin veriyorum.
- Biyolojik materyallerimin analizlerinin yurtdışında yapılmasına izin veriyorum.
- Hiçbir koşulda kullanılmasına izin vermiyorum.

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

(varsa Telefon No, Faks No):

Tarih (gün/ay/yıl):/...../.....

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Varsa Telefon No, Faks No:

Tarih (gün/ay/yıl):/...../.....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih (gün/ay/yıl):/...../.....

Açıklamaları Yapan Kişinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl) :...../...../.....

NOT: Bu formun bir kopyası gönüllüde kalacak, diğer kopyası ise hasta dosyasına yerleştirilecektir. Hasta dosyası veya protokol numarası olmayan sağlıklı gönüllülerden alınacak onam formunun bir kopyası mutlaka sorumlu araştırmacı tarafından saklanacaktır.

Ek 3. Onkoloji Biriminde Yatan Hastaların Sosyodemografik, Klinik ve Psikososyal Özelliklerine İlişkin Bilgi Toplama Formu

1. BÖLÜM

HASTANIN SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BİLGİLERİ

1) Tanınızı biliyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

2) Cinsiyetiniz?

1. Erkek
2. Kadın

3) Yaş grubunuz?

1. 17 – 30
2. 31 – 50
3. 51 – 70
4. 71 ve üzeri

4) Medeni durumunuz?

1. Evli
2. Bekar
3. Boşanmış
4. Eşi vefat etmiş
5. Ayrı yaşıyor

5) Çocuğunuz var mıdır?

1. Var
2. Yok

6) Eğitim düzeyiniz?

1. Okur-yazar değil
2. İlkokul
3. Ortaokul
4. Lise
5. Üniversite ve üzeri

7) Mesleğiniz nedir?

1. Ev kadını
2. Çalışmıyor
3. Akademisyen
4. Memur
5. Serbest
6. Emekli
7. İşçi
8. Esnaf

8) Birlikte yaşadığınız kişiler?

1. Tek başına
2. Eş ile
3. Eş ve çocuklar ile
4. Anne baba ile
5. Anne, baba, kardeş ile
6. Arkadaş ile
7. Akraba ile
8. Bakımevi

9) Hastanın araştırmaya alındığı yer?

1. Poliklinik (günübirlik tedavi)
2. Klinik

10) Kanseri türü nedir?

1. Akciğer
2. Over
3. Mesane
4. Mide
5. Lenfoma
6. Cilt
7. Malign fibröz histiyositom
8. Karaciğer
9. Larinks
10. Meme
11. Kolon
12. Özofagus
13. Beyin
14. Pankreas
15. Sarkom
16. Nazofarinks
17. Safra kesesi
18. Kemik
19. Diğer (belirtiniz).....

11) Tanı süresiniz nedir?

1. 1 yıldan az
2. 1-5 yıl arası
3. 6-10 yıl arası

12) Tanı Evresiniz nedir?

1. Evre 1
2. Evre 2
3. Evre 3
4. Evre 4
5. Bilmiyor ya da yanıt yok

13) Metastaz (diğer organlara sıçrama) var mıdır?

1. Var
2. Yok

14) Tedavi şekliniz nedir?

1. Kemoterapi
2. Radyoterapi
3. Cerrahi
4. Hormon replasman tedavisi
5. Birleşik tedavi

15) Başka bir kronik hastalığınız var mıdır? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)

1. Yok
2. Hipertansiyon
3. Diabetes Mellitus (şeker hastalığı)
4. KOAH (akciğer hastalığı)
5. Koroner Arter Hastalığı (kalp-damar hastalığı)
6. Diğer

16) Daha öncesinde tanı konulmuş bir psikiyatrik hastalığınız var mıdır?

1. Var (tedavi gördüm / görmekteyim)
2. Var (tedaviyi uygulamadım / yarım bıraktım)
3. Yok
4. Psikiyatrik sıkıntılarım olduğunu hissediyordum, fakat bir uzmana danışmadım.

17) Sigara kullanma durumunuz?

1. Evet
2. Hayır

18) Alkol kullanma durumunuz?

1. Evet
2. Hayır

19) Ailenizde (birinci ve ikinci derece akrabalarda) kanser hastalığı olan birisi var mı?

1. Evet ise yakınlık dereceniz.....
Aldığı tanı.....
2. Hayır

2. BÖLÜM

HASTANIN PSİKOSOSYAL ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BİLGİLERİ

1) Hastanın içinde bulunduğu yas aşaması hangisidir?

- İnkâr** (Ölüm yok sayılır yani inkâr edilir. Başa gelmiş olarak kabul edilmez, bir yanlışlık olduğu düşünülür.)
- Öfke** (Ölümün varlığını kabul etmekte ancak büyük bir öfke duymaktadır, kızar, yargılar. - Neden benim başıma geldi?)
- Pazarlık** (Üzüntü, boşluk duygusu iç içe geçmiştir. Kişinin bir anlam arayışı vardır. İnsanlarla ya da Allah'la pazarlık eder.)
- Depresyon** (Ölüm gerçeğini inkâr etmekten vazgeçmiştir, kişi kendini bırakır, artık karşı koymaz, acısını yaşamaya başlar.)
- Kabullenme** (Bu evre artık son noktadır. Kişi ölüm gerçeğini kabul etmektedir, artık bu gerçekle yaşamaya başlar.)

2) Hastalığa uyum sağlayabiliyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır

3) Sosyal destek alma durumunuz nedir?

1. Sosyal destek alıyorum
2. Sosyal destek kısmen alıyorum
3. Sosyal destek almıyorum

4) Kimlerden sosyal destek alıyorsunuz? (Bir ya da daha fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

1. Aileden
2. Özel bir insan
3. Arkadaş
4. Psikolog / terapist
5. Psikiyatri uzmanı
6. Sosyal hizmet uzmanı
7. Diğer (belirtiniz).....

5) Sosyal desteğin yararına inanıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır 3. Kısmen

6) Bakımınıza yardımcı olan kişiler var mıdır?

1. Yardımcı olan kimse yok
2. Yardımcı olan bir kişi var
3. Yardımcı olan iki ve daha fazla kişi var

7) Bakım uygulamalarına ailenin katılım durumu; (aktif dinleme, hastaya bilgi verme, fizyolojik bakım verme, danışmanlık yapma vb.)

- Evet Hayır Kısmen

8) İhtiyacınız olan durumlarda duygusal yardım ve desteği sağlayan kişi ya da kişiler var mıdır? Varsa bu kişi ya da kişilerin desteklerini nasıl nitelendirirsiniz? (Birden fazla kişiyi değerlendirebilirsiniz.)

	Çok yetersiz	Yetersiz	Kısmen yeterli	Yeterli	Çok yeterli
1. Annem					
2. Babam					
3. Kardeşim					
4. Eşim					
5. Çocuklarım					
6. Akrabam					
7. Özel bir insan					
8. Arkadaş					
9. Diğer kişi.....					

9) Hastada gözlemlenen belirti ve bulgular (Bir ya da daha fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz);

- Kaygı ile ilgili sorunlar
- Depresif belirtiler
- Uyum sorunları
- Uyku sorunları
- Yeme sorunları
- Organik ruhsal sorunlar (deliryum, demans vs)
- Cinsel sorunlar
- Regresyon sorunları
- Bağımlılık sorunları
- Hostil (düşmanca) düşünceler
- Öfke sorunları
- Diğer (Açıklayınız.....)
- Yok

10) Aşağıdaki sorunlardan yaşadıklarınız varsa belirtebilir misiniz? (Bir ya da daha fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz);

1. Artan fiziksel sorunlarla beraber başkalarına bağımlı olma
2. Eğlence aktivitelerinden mahrum kalma
3. Ev / iş ve okulda çalışırken zorlanma ya da bırakmak zorunda kalma
(Ev işlerinde sorunlar / eğitimle ilgili sorunlar / mesleki sorunlar)
4. Anne, baba, eş, çocuk gibi rolleri yerine getiremememe
5. Aile içi sorunlar
6. Aileye yük olma algısı sonucu suçluluk
7. Hastalığın getirdiği yükü beraber diğer insanlarla iletişim ve etkileşimde bozulma

8. Toplumsal çevre ile ilişkili sorunlar
9. Korku, endişe, belirsizlik, çaresizlik
10. Kanserın tekrarlanması ve yayılması ile ilgili korku
11. Gelecek kaygısı
12. Ölüm korkusu
13. Ağrı nedeniyle konforda bozulma
14. Enerji kaybı
15. Beden imajında değişme
16. Yalnız kalma isteği
17. İlgide azalma, zevk alamama
18. Sınırlı ruhsal durum
19. Değersizlik hissi
20. Etiketlenme
21. Hastalığı ile ilgili olarak yeteri kadar empati yapılmadığını, anlaşılmadığını düşünme
22. Hayatı anlamlandırmada zorlanma
23. İnanç değerlerinde bozulma
24. İntihar düşünceleri
25. Psikolojik destek yoksunluğu
26. Var olan psikiyatrik sıkıntılarda alevlenme, artış
27. Maddi problemler
28. İşsiz kalma korkusu
29. Sağlık kurumlarına, tedavi ve bakıma ulaşma sıkıntısı
30. İlaç ve tedaviye uyum güçlüğü yaşama
31. Sağlık personeli ile iletişim sorunları
32. Diğer (.....)

11. Hastanın hastalığı süresince baş etmede kullandığı destekleyici uygulamalar (Bir ya da daha fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz);

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Müzik dinleme | <input type="checkbox"/> Yoga / Meditasyon |
| <input type="checkbox"/> Film izleme | <input type="checkbox"/> Derin nefes egzersizleri |
| <input type="checkbox"/> Sohbet etme | <input type="checkbox"/> Namaz kılmak |
| <input type="checkbox"/> Uyuma | <input type="checkbox"/> Kuran okumak |
| <input type="checkbox"/> Kitap okuma | <input type="checkbox"/> Dua etme |
| <input type="checkbox"/> Diğer (Belirtiniz | |
| <input type="checkbox"/> Hiçbiri / Herhangi bir faaliyet ile ilgilenmemek | |

12. Hastanın ruhsal desteğe ihtiyacı durumu;

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır | <input type="checkbox"/> Kısmen |
|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|

13. Hastayı yönlendirmeye ihtiyaç duyduğunuz birim (Bir ya da daha fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz);

Yok

Varsa belirtiniz

Sorumlu Onkolog

Psikiyatri uzmanı

Psikolog

Klip Hemşiresi

Diğer (Belirtiniz.....)



EK 4. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu (DBGÖ-KF)**DESTEKLEYİCİ BAKIM İHTİYAÇLARI ANKETİ**

Kanser teşhisi konmuş hastalara en iyi hizmeti sunmaya yardımcı olması için, hastalığınızı öğrendiğinizden beri karşılaştığınız olduğunuz ihtiyaçlarınızın giderilip giderilmediği ile ilgileniyoruz.

Sonraki sayfada her soru için, kanser hastası olduğunuz geçen ay içinde her ne konuda yardıma ihtiyacınız olduğuna belirtiniz. Aşağıda yer alan maddeleri; geçen ay içerisinde ne düzeyde yardıma ihtiyacınız olduğuna en iyi ifade eden sayıyı yuvarlak içine alarak belirtiniz.

Aşağıdaki tablo her soruya verilecek beş muhtemel cevaba ne anlama geldiğini göstermektedir.

Tablo 1: Açıklamalar

İHTİYACIN OLMAMASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hiç İhtiyacım Olmadı: Hastalığım benim için sorun olmadı. 2. İhtiyacım Olmadı: Yardıma ihtiyacım oldu ama ihtiyaçlarım o anda karşılandı.
İHTİYACIN OLMASI	<ol style="list-style-type: none"> 3. Az İhtiyacım Oldu: Çok az ek yardıma ihtiyacım oldu. 4. Biraz İhtiyacım Oldu: Biraz ek yardıma ihtiyacım oldu. 5. Çok Fazla İhtiyacım Oldu: Çok fazla ek yardıma ihtiyacım oldu.

Tablo 2: Örnek

Geçtiğimiz ay içerisinde; Hangi seviyede yardıma ihtiyacınız oldu:	İhtiyacınızın Olmaması		İhtiyacınızın Olması		
	Hiç İhtiyacım Olmadı	İhtiyacım Olmadı	Az İhtiyacım Oldu	Biraz ihtiyacım Oldu	Çok Fazla İhtiyacım Oldu
İyileşmenize yardımcı olacak şeyler hakkında bilgilendirilme.	1	2	3	4	5
Bu seçeneği seçmeniz durumunda, iyi olmanız için yapabileceğiniz şeyler hakkında yeterli bilgiyi alamadığınız ve bu nedenle hala bilgiye ihtiyacınız olduğu anlaşılacaktır.					

Geçtiğimiz ay içerisinde; Hangi seviyede yardıma ihtiyacınız oldu:	İHTİYACIN OLMAMASI			İHTİYACIN OLMASI	
	Hiç İhtiyacım olmadı	İhtiyacım olmadı	Az İhtiyacım oldu	Biraz ihtiyacım oldu	Çok Fazla ihtiyacım Oldu
	1	2	3	4	5
Ağrı					
Enerji eksikliği ve yorgunluk					
Çoğunlukla kendini iyi hissetmeme					
Ev işlerini yapma					
Eskiden yaptığı şeyleri yapamama					
Kaygı/Gerginlik,					
Çöküntüde ya da depresyonda hissetme					
Hüzünlü hissetme					
Kanserin yayılmasıyla ilgili endişe					
Tedavinin sonuçlarının kendi kontrolünüz dışında olmasından endişelenme					
Gelecek hakkında belirsizlik					
Durumunuzla ilgili kontrolün sizde olduğu hissini öğrenme					
Olumlu bir bakış açısını sürdürme					
Ölüm ve ölme ile ilgili duygular					
Cinsel duygularda değişiklikler					
Cinsel ilişkilerde değişiklikler					
Hangi kanser uzmanına gideceğiniz hakkında daha fazla seçenek sunulması					
Hangi hastaneye gideceğiniz hakkında daha fazla seçenek sunulması					
Hissettiğiniz şeylerin normal olduğunun tıbbi ekip tarafından belirtilmesi					
Hastane personelinin fiziksel ihtiyaçlarınıza gecikmeden yardım etmesi					
Tedavinizin önemli kısımlarıyla ilgili bilgilerin yazılı olarak size iletilmesi					
Tedavi süreciniz ve yan etkiler ile evde baş etmeniz için gereken bilgilerin size iletilmesi					
Yapılacak testler ile ilgili bilgi istediğinizde gerekli açıklamaların yapılması					
Tedavinizi seçmeden önce tedavi seçeneklerinin yararları ve yan etkileri açısından yeterli bilgilendirmelerin yapılması					
Test sonuçlarınızın mümkün olan en kısa sürede size iletilmesi					
Kanserin kontrol altında olduğunun ya da gerilemekte olduğunun size iletilmesi					
İyileşmenize yardımcı olacak şeyler hakkında bilgilendirilme					
Cinsel ilişkiler hakkında bilgilendirilme					
Herhangi bir vaka gibi değil bir birey olarak tedavi edilmek					
Fiziksel koşulları mümkün olduğu kadar iyi olan bir tesiste tedavi görmek					
Hastalığınız, tedaviniz ve takip süreciniz ile ilgili tüm durumları konuşabileceğiniz bir tıbbi personelin bulunması					

EK 5. Etik Kurul İzin Yazıları



SAYI : 33479383/
KONU : Toplantı Kararı

T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı

12/10/2018

Sayın, Dr. Öğr. Üyesi Ayşe KUZU
Zonguldak B.E.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği
Anabilim Dalı

Bülent Ecevit Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'nın 10/10/2018 tarihinde yapmış olduğu toplantıda çalışmanızla ilgili almış olduğu karar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Günnur ÖZBAKIŞ DENGİZ
Zonguldak B.E.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Ek: Karar 1 adet



T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı

TOPLANTI TARİHİ : 10/10/2018
TOPLANTI NO : 2018/19

KARARLAR :

- 10-** Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 2018-208-10/10 Protokol no'lu "Onkoloji Servisinde Yatan Hastaların Psikososyal Gereksinimlerini Belirleme" konulu çalışmasının Etik Kurul İlkelerine uygun olduğuna,

Oy birliği ile karar verilmiştir.

A S L I G İ B İ D İ R

Prof. Dr. Günnur ÖZBAKIŞ DENGİZ
Zonguldak B.E.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

EK 6. Kurum İzin Yazıları

Evrak Tarih ve Sayısı: 30/10/2018-51418



T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 36771699/302.14.01/
Konu : Tez Konusu

HEMŞİRELİK ENSTİTÜ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Anabilim Dalımız Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Emel ERTUĞRUL'un tez konusu konulu Enstitümüz 19.10.2018 tarih 2018/29 (06) sayılı Yönetim Kurul Kararı yazımız ekinde sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Veysel Haktan ÖZAÇMAK
Enstitü Müdürü

Ek :
Yön.Kur.Kar .(madde 06)

Dağıtım:
Hemşirelik Enstitü Anabilim Dalı
Başkanlığına

BEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Birimleri Kampüsü, 67600 Kozlu, Zonguldak
Tel: : (0372) 261 32 42 E-Posta: : saglikbilimleri@beun.edu.tr
Faks: (0372) 261 02 10 Elektronik ağ: http://web.beun.edu.tr/sabe/

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrak Tarih ve Sayısı: 30/10/2018-51418



T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI

TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI NO
19.10.2018	2018/29

MADDE 06
Gündem Dışı

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığının 19.10.2018 tarih 49927 sayılı yazı ve eki "Yüksek Lisans Tez Başvuru Bildirim Formu" (Form:10) okundu.

Tez Konusu
Emel ERTUĞRUL

Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanlığı'nın ve BEÜ Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığının teklifleri doğrultusunda yüksek lisans programı öğrencisi **Emel ERTUĞRUL**'un tez konusunun, "BEÜ Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliği"nin 23. maddesi gereği, "**Onkoloji Servisinde Yatan Hastaların Psikososyal Gereksinimlerini Belirleme**" olarak kabul edilmesine oy birliği ile karar verildi.



ZBEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 67100 Zonguldak, Tel: (0 372) 291 24 57, Fax: (0 372) 291 24 57

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 7. Kurum İzin Yazıları

Evrak Tarih ve Sayısı: 27/12/2018-18281



T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü

Sayı : 16734702/903.07.01/
Konu : Görevlendirme

Sayın Emel ERTUĞRUL
Hemşire

Başhekimlik Makamı'nın 27.12.2018 tarih ve 61627 sayılı Oluruna istinaden Hemşirelik Anabilim Dalı Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği öğretim üyesi Dr. Öğr. Üyesi Ayşe KUZU'nun danışmanlığında, "Onkoloji Servisinde Yatan Hastaların Psikososyal Gereksinimlerini Belirleme"konulu tez çalışmasını, Merkezimiz Onkoloji Bilim Dalında yatarak yada ayakta tedavi ile kemoterapi alan kanserli erişkin hastalar ve bu birimde görev yapan hemşireler ile yapabileceğiniz hususundaki talebiniz Başhekimliğimizce uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Şenay ÖZDOLAP
Başhekim

Evrak Doğrulamak için : <https://ebys.beun.edu.tr/enVision/Dogrula/5N4H990>

BEÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü (İnsan Kaynakları/Personel Birimi) Kozlu/Zonguldak
Tel: : (0372) 261 27 73 Faks: (0372) 261 27 68
E-Posta: : ozelkalem@beun.edu.tr Elektronik ağ:<http://hastane.beun.edu.tr/v.2/>



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

10. ÖZGEÇMİŞ

Emel ERTUĞRUL KIRIK, 27.09.1978 tarihinde Kdz. Ereğli’de doğdu. İlköğretimini Kdz. Ereğli’de Kayabaşı İlköğretim Okulunda, orta öğretimini ve liseyi Kdz. Ereğli Lisesinde tamamladı. 2002 yılında Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümünden mezun oldu. Aralık 2002’de Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi’ne (şimdiki adıyla Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi’ne) atandı. 2010 yılında Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalında tezli yüksek lisans eğitimini bitirdi. 2015 yılında Ereğli Eğitim Fakültesinde Pedagojik Formasyon eğitimini tamamladı. 2017 yılında Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisansına başladı. Halen, 2002 yılında atandığı Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi’nde kalp damar cerrahisi ameliyat hemşiresi ve eğitim hemşiresi olarak görev yapmaktadır.