

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

AYAKTAN KEMOTERAPİ ALAN KANSER HASTALARININ
KARŞILANMAMIŞ DESTEKLEYİCİ BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN YAŞ
BAĞLAMINDA İNCELENMESİ

İrem AYVAT

Psikiyatri Hemşireliği Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA

2019

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

AYAKTAN KEMOTERAPİ ALAN KANSER HASTALARININ
KARŞILANMAMIŞ DESTEKLEYİCİ BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN YAŞ
BAĞLAMINDA İNCELENMESİ

İrem AYYAT

Psikiyatri Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Azize ATLI ÖZBAŞ

ANKARA
2019

ONAY SAYFASI

Ayaktan Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Karşılanmamış Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Yaş Bağlamında İncelenmesi

Öğrenci: İrem AYVAT

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Azize ATLI ÖZBAŞ

Bu tez çalışması 25.07.2019 tarihinde jürimiz tarafından "Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı" nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:

Prof. Dr. Fatma ÖZ

(Lokman Hekim Üniversitesi)

Tez Danışmanı:

Dr. Öğr. Üyesi Azize ATLI ÖZBAŞ

(Hacettepe Üniversitesi)

Üye:

Prof. Dr. Sevgisun KAPUCU

(Hacettepe Üniversitesi)

Üye:

Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ

(Hacettepe Üniversitesi)

Üye:

Dr. Öğr. Üyesi Yeter Sinem ÜZAR ÖZÇETİN

(Hacettepe Üniversitesi)

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

31 Temmuz 2019

Prof. Dr. Diclehan Orhan
Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan "**Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge**" kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- o Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 6 ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- o Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

30 /07/2019


İrem AYVAT

ⁱ"**Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge**"

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulgular içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.
Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, grsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, Dr. Öğr. Üyesi Azize ATLI ZBAş danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.



Arş. Gör. İrem AYVAT

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren, benim gelişimimi destekleyen, kahve kokusu eşliğinde samimi bir çalışma ortamı sunan Sayın Dr. Öğr. Üyesi Azize ATLI ÖZBAŞ'a,

Yüksek lisans eğitimim süresince bana bilgi ve deneyimlerini aktaran Sayın Doç. Dr. Duygu HIÇDURMAZ'a ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Sinem ÜZAR ÖZÇETİN'e,

Tez çalışmam süresince bilgisini ve desteğini esirgemeyen, çalışmaya değerli katkılar sağlayan Sayın Doç. Dr. İmatullah AKYAR'a,

Lisans eğitimimde benim gelişimimi destekleyen Sayın Dr. Öğr. Üyesi Emel BAHADIR YILMAZ'a,

En umutsuz zamanlarımda bana destek olan değerli arkadaşım Sevda ÖZTÜRK'e ve beni destekleyen tüm arkadaşlarıma,

Hayatımda yanımda olarak, her zaman bana maddi ve manevi destek olan annem, babam ve kardeşim'e çok teşekkür ederim.

ÖZET

Ayvat, İ. Ayaktan Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Karşılanmamış Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Yaş Bağlamında İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2019. Bu araştırmada, ayaktan kemoterapi alan kanser hastalarının karşılanmamış destekleyici bakım gereksinimlerinin yaş bağlamında incelenmesi amaçlanmıştır. Tanımlayıcı olarak yapılan bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi'nde Gündüz Tedavi Ünitesi'nde ayaktan kemoterapi alan 65 yaş ve üstü 93 hasta ve 65 yaş altı 93 hasta, toplam 186 hasta ile yürütülmüştür. Her iki grup cinsiyet, kanser türü ve almakta oldukları kemoterapi protokolleri açısından eşleştirilmiştir. Veriler, "Hasta Bilgi Formu" ve "Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu" kullanılarak toplanmıştır. Araştırma verileri tanımlayıcı istatistikler, "Mann-Whitney U" testi, "Kruskal-Wallis H" testi ve Bonferroni düzeltmesi kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmada, katılımcıların Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği toplam puan ortancası 1,92 olarak bulunmuştur, günlük yaşam ihtiyaçları ve sağlık hizmeti ve bilgilendirme ihtiyaçları alt ölçeklerinde ihtiyaç belirttikleri bulunmuştur. Altmış beş yaş altı katılımcıların cinsellik ihtiyaçları ve sağlık hizmeti ve bilgilendirme ihtiyaçları alt ölçeklerinde 65 yaş ve üstü katılımcılara oranla daha fazla ihtiyaç belirttikleri bulunmuştur. Çalışmamız sonucunda, 65 yaş ve üstü hastalara bakım veren sağlık profesyonellerinin hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin içinde bulundaki yaş dönemine göre farklılık gösterebileceği konusunda farkındalık kazanmasını hedefleyen çalışmaların yürütülmesi ve yaşlı bireylerin gereksinimlerini ifade etmede sorun yaşayabileceklerinin sağlık bakım vericiler tarafından göz önünde bulundurulması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Kanser tedavi hizmetleri; Karşılanmamış gereksinimler; Sağlık hizmetleri gereksinim ve talepleri; Yaşlılar için sağlık hizmetleri

ABSTRACT

Ayvat, İ. The Investigation of the Unmet Supportive Care Needs of Cancer Patients Receiving Chemotherapy in an Ambulatory-Care Setting in The Context of Age, Hacettepe University, Hacettepe University Graduate School Health Sciences Psychiatric Nursing Master Thesis, Ankara, 2019. In this study, it was aimed to investigate the unmet supportive care needs of cancer patients receiving outpatient chemotherapy in the context of age. This descriptive study was carried out with 186 patients whom aged 65 years and over and 93 patients under 65 years old who received outpatient chemotherapy at the Daytime Treatment Unit of Hacettepe University Oncology Hospital. Both groups were matched for gender, type of cancer, and chemotherapy protocols they were receiving. The data were collected using the "Patient Information Form" and the "Short Form of Supportive Care Needs Scale". Data were analyzed using descriptive statistics, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis H test and Bonferroni correction. In the study, the median of the Supportive Care Needs Scale of the participants was found to be 1.92 and it was found that they indicated needs in daily life needs and health care and information needs subscales. We determined that young participants reported sexuality needs and health care and information needs subscale more than old participants. As a result of our study, we suggest that should be conduct more research about patients supportive care needs may differ according to age of the patient that aim for raise awareness of health professionals who care for old patients and the health professionals who care for old patients consider that elderly patient may have problems about their needs.

Key words: Assessment of Healthcare Needs; Cancer Care Facilities; Chemotherapy; Health Services Needs and Demand; Unmet needs

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xi
TABLolar	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Kanser	4
2.1.1. Kanserin Tanımı	4
2.1.2. Kanserin Etiyolojisi	4
2.1.3. Kanserin Epidemiyolojisi	5
2.1.4. Kanser Tedavisi	6
2.2. Kanserin Psikososyal Yönü	8
2.2.1. Tanı	8
2.2.2. Tedavi	9
2.2.3. Sağkalım	10
2.2.4. Nüks	11
2.3. Kemoterapinin Psikososyal Yönü	12
2.4. Kanser Hastalığında Destekleyici Bakım Gereksinimleri	12
2.4.1. Kanser Hastalarında Sağlık Hizmeti ve İletişim İhtiyacı	14
2.4.2. Kanser Hastalarında Günlük Yaşam İhtiyaçları	15
2.4.3. Kanser Hastalarında Cinsellik İhtiyacı	16
2.4.4. Kanser Hastalarının Psikolojik İhtiyacı	17
2.5. Yaşlılık ve Kanser	18

2.6. Kanser Hastalarının Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Karşılanmasında Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşiresinin Rolü	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. Araştırmanın Şekli	21
3.2. Araştırmanın Soruları	21
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	21
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	22
3.5. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi	23
3.5.1. Veri Toplama Araçları	23
3.5.2. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması	24
3.5.3. Araştırmanın Uygulanması	24
3.5.4. Verilerin Değerlendirilmesi	25
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu	25
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	26
4. BULGULAR	27
5. TARTIŞMA	46
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	54
7. KAYNAKLAR	56
8. EKLER	
EK-1. Hasta Bilgi Formu	
EK-2. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Türkçe Formu (DeBGÖ-KF 29Tr)	
EK-3. Etik Kurul İzni	
EK-4. Hacettepe Üniveritesi Onkoloji Hastanesi Uygulama İzni	
Ek-5. Onam Formu	
EK-6. Orjinallik Raporu	
EK 7. Dijital Makbuz	
9. ÖZGEÇMİŞ	

SİMGELER VE KISALTMALAR

- 65<** : Altmış beş yaş altı
65≥ : Altmış beş yaş ve üstü
Ç1 : Birinci çeyrek
Ç3 : Üçüncü çeyrek
DBGÖ : Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
KLP : Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
Med : Medyan/Ortanca
SS : Standart sapma
SPSS : Statistical Package for the Social Sciences
 \bar{X} : Ortalama

TABLULAR

Tablo		Sayfa
4.1.	Katılımcıların yaş gruplarına göre benzer olduğunu gösteren sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı	27
4.2.	Katılımcıların sosyodemografik ve tedavi ile ilgili özelliklerine göre dağılımı	29
4.3.	Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre DBGÖ puan ortancalarının dağılımları	31
4.4.	Katılımcıların yaş gruplarına göre DBGÖ puan ortancalarının dağılımı	34
4.5.	Katılımcıların cinsiyetlerine göre DBGÖ puan ortancalarının dağılımı	36
4.6.	Katılımcıların medeni durumlarına göre DBGÖ puan ortancalarının dağılımı	38
4.7.	Katılımcıların ikamet yerine göre DBGÖ puan ortancalarının dağılımı	40
4.8.	Katılımcıların eğitim durumuna göre DBGÖ puan ortancalarının dağılımı	42
4.9.	Katılımcıların kemoterapi dışında tedavi almış olma durumuna göre DBGÖ puan ortancalarının dağılımı	44

1. GİRİŞ

Kanser, vücudun bir bölümünde hücrelerin kontrol dışı çoğalması ve yayılmasıyla ile seyreden, hasta ve hasta yakınına biyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutlarıyla zorlayan, bazen ölümcül olabilen kronik bir hastalıktır (1). Kanser, korunma, tanı ve tedavisindeki gelişmelere rağmen, ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır (2-4). Dünya çapında 2012 yılında yaklaşık 14,1 milyon kişiye kanser tanısı konulmuş, 8,2 milyon kişi ise kanser nedeniyle yaşamını yitirmiştir (5, 6). Uluslararası Dünya Kanser Araştırma Fonu, bu sayının 2035 yılına kadar 24 milyona çıkacağını öngörmektedir (7). Türkiye’de ise 2014 yılı kanser istatistiklerine göre, yaklaşık 163.416 kanser hastası bulunmaktadır (8). Dünya genelinde giderek artan bir sağlık problemi olan kanser, birey ve ailede ciddi maddi ve manevi kayıplara ve zorluklara yol açarken toplumlarda ise önemli sosyoekonomik yüke neden olmaktadır (9).

Kanserin halen yüksek mortalite ve morbiditesi olan bir hastalık olması, hastalığın ölümü çağrıştıran bir durum olarak algılanmasına neden olmaktadır (10, 11). Gyllensköld’e göre kanser, doğrudan doğruya ölümlle ilişkili olduğu, sinsice hareket ettiği, nedenlerinin pek açıklanamadığı, sürecin kontrolünün güç olduğu, hatta zaman zaman kontrol kaybına yol açtığı için bireyi ve aileyi fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden etkilediği ve büyük acılara neden olduğu belirtilmektedir. Tüm bu sayılanlar kanserin diğer kronik hastalıklardan daha korkunç ve tehdit edici olarak algılanmasına yol açmaktadır (12). Bilim ve teknolojideki gelişmeler, kanserden sağ kalımı mümkün kılmış, pek çok kanser vakasını tedavi edebilir hale getirmiş, kanser sonrası yaşam süresini artırmıştır (13-16). Ancak kanser halen her durumda tedavisi mümkün olan bir hastalık değildir (9). Tedavinin mümkün olduğu durumlarda, tedavi ile iyileşmeye giden bir hasta için bile bu süreç pahalı, uzun, acılı ve zor olmakta, hasta ve yakınlarının fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik haline zarar vermektedir. Hastalar tedavinin etkilerinden korkma, tedaviyi reddetme, terk edilme korkusu, vücut imaj değişikliklerinden korkma, kaygı, izolasyon eğilimi, hafif depresif duygu durumu, altruistik duygular, nüks korkusu gibi deneyimler yaşayabilmekte, hastaların uyum

mekanizmaları sarsılmakta, geleceğe yönelik beklenti ve planları bozulmaktadır (12, 17).

Kanser tedavisinin önemli bir bölümünü kemoterapi oluşturmaktadır (18, 19). Pek çok vakada sağ kalım üzerinde oldukça olumlu etkileri olan kemoterapi, hastalarda ciddi fiziksel ve psikolojik semptomlara yol açmaktadır (17, 20). Kanser ve kemoterapinin hasta ve ailesinin yaşamına getirmiş olduğu değişimlere uyum sağlamak hem hastalar ve hem de yakınları için kolay değildir. Kanser süreci kadar hastaya ait bazı özellikler de hastaların uyumunu etkileyebilmektedir. Bu özelliklerden biri de yaş faktörüdür. Literatürde yaşlı grubun incinebilir gruplar içinde yer alması nedeniyle kansere uyum sürecinde daha fazla desteğe ihtiyaç duyduğunu gösteren çalışmalar olduğu gibi (21-24), genç hastaların daha fazla zorlandığını saptayan çalışmalara da rastlamamak mümkündür (25, 26).

Kanser ile baş etmede önemli kaynaklar olan fizyolojik organ fonksiyonları, bireyin fiziksel, bilişsel ve sosyal yetileri, yaşlanma sürecinin doğası gereği bozulmuştur. Yaşlılık döneminde sıklıkla görülen kayıplar, kırılganlık (27, 28), düşük sağlık okuryazarlığının yarattığı sorunlar (29, 30) ve ekonomik problemler, yaşlının sağlık hizmetlerine erişimini engelleyebilmektedir. Erişimin sağlandığı durumlarda ise yaşlı ayrımcılığından kaynaklı tutumlar yaşlının optimal düzeyde bakım almasına engel olabilmektedir (31, 32). Yaşlanma süreci ile bağlantılı bu zorluklar, sürece kanserin de eklenmesi ile hem hasta hem de hasta yakınları için mücadele edilmesi oldukça zor deneyimler haline gelebilmektedir.

Genç kanser hastaları fizyolojik organ fonksiyonları, bireyin fiziksel ve bilişsel yetileri açısından yaşlı kanser hastalarına oranla daha avantajlı olarak düşünseler de, içinde buldukları gelişim aşamasına bağlı olarak çeşitli zorlanmalar yaşayabilmektedir (25, 33). Genç hastalar, günlük yaşamda fiziksel ve sosyal olarak daha aktif rol almaları nedeniyle daha fazla alanda uyum sağlama gereksinimi içindedirler (26). Hastalığa uyumda son derece önemli olan baş etme becerileri de genç hastalarda henüz gelişmemiş olabilir. Hem günlük yaşamda daha fazla sorumluluğu olan hem de tamamlaması gereken daha fazla gelişim ödevi olan genç

kanser hastaları, yaşlı kanser hastalarına göre daha fazla alanda ihtiyaç içinde olabilirler (25, 33).

Yaşlı kanser hastalarının, yaşlanma ile ilişkili fizyolojik değişiklikler, komorbid tıbbi durumların varlığı ve yaşlanmayla ilgili psikososyal faktörler nedeniyle, genç hastalarda ise daha aktif sosyal hayatlarının olması nedeniyle benzersiz ve karmaşık ihtiyaçlar ortaya çıkabilmektedir. (21, 25, 26, 33, 34). Bu ihtiyaçlarının karşılanması, “destekleyici bakım” kavramını gündeme getirmektedir. Destekleyici bakım, kanser hastalarının fiziksel rahatlığını ve fonksiyonelliğini ayrıca sosyal, bilişsel, ekonomik, psikolojik ve manevi destek boyutlardaki iyilik halini optimize etmeyi içerir. Destekleyici bakım gereksinimleri karşılanamadığında hastaların bakım memnuniyeti ve yaşam kalitesi olumsuz etkilenebilir (35). Yapılan bazı çalışmalarda artan yaş ile karşılanmamış destekleyici bakım gereksinimlerinin de arttığı belirtilmektedir (21-23).

Karşılanmamış destekleyici bakım ihtiyaçlarına ilgi son yıllarda giderek artmaktadır. Bu ihtiyaçların karşılanması için, sağlık bakım hizmetlerinin hasta ve yakınlarını bütüncül olarak ele alınmayı hedeflemesi, hem hasta hem de hasta yakınlarının destekleyici bakım ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik hizmetler içermesi gerekmektedir (36, 37). Teknolojiye, sağlık sistemine, zamana, kültüre ve yaşa göre değişebilecek olan bu gereksinimlerin karşılanmasında ilk aşama, gereksinimin tespit edilmesidir. Bu çalışmanın temel amacı, yaşlı kanser hastalarının destekleyici bakım ihtiyaçlarının, genç hastaların ihtiyaçları ile farklılaşıp farklılaşmadığını saptamaktır. Literatürde(38-41) dezavantajlı grup olarak tanımlanmış olan yaşlı kanser hastalarının destekleyici bakım ihtiyaçları ile genç hastaların ihtiyaçlarının farklılaşıp farklılaşmadığının ortaya konabilmesi için bu çalışmaya 65 yaş ve üstü hastalarla benzer özellikleri olan, 18-64 yaş arasında olan hastalar da dahil edilmiş, her iki grubun da destekleyici bakım ihtiyaçlarının, kanser tanı ve tedavisinden bağımsız yaş faktörü temelinde ortaya çıkarılması hedeflenmiştir. Çalışmamızın sonuçlarının, ayaktan kemoterapi alan yaşlı kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimlerini karşılayacak uygulamaların geliştirilmesine kaynak olabileceğine inanılmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser

2.1.1. Kanserin Tanımı

Kanser vücudun bir bölümünde hücrelerin kontrol dışı çoğalması ve yayılmasıyla seyreden bir hastalık grubudur (42, 43). Kontrol dışı çoğalmaya başlamakta olan bu hücreler, buldukları yerdeki doku veya organlara zarar vermekte, hatta bir süre sonra bulunduğu yerlerin sınırlarını da aşarak diğer doku ve organlara sızayabilmektedir (44). Eğer kontrol dışı çoğalan bu hücrelerin yayılması kontrol edilemez ise süreç hastanın ölüm ile sonuçlanmaktadır (43-45). Uzun yıllardır tıp biliminin ilgi odağı olan kanserin tanı ve tedavisine yönelik pek çok gelişme yaşanmıştır. Ancak kanser halen, ölüm, acı ve belirsizlik kavramları ile tanımlanmakta, hasta ve hasta yakınına biyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik zorlayan bir kronik hastalık olarak kabul edilmektedir (46, 47).

2.1.2. Kanserin Etiyolojisi

Kanserin oluşum sürecinde spesifik bir etken tanımlanmamış olmakla birlikte, birbiriyle etkileşim içinde olan genetik, biyolojik, sosyal ve davranışsal pek çok faktörün hastalığın ortaya çıkmasında etkili olduğu bilinmektedir (48, 49). Bu faktörler, oldukça fazla sayıda olacak şekilde çeşitlenmektedir. Ancak, kabaca aşağıdaki gibi gruplanabilir:

- Yaş; yaşın ilerlemesiyle beraber kanser görülme sıklığı da artmaktadır. Artan yaş ile vücutta görülen hücresel değişiklikler kanser oluşumunu tetiklemektedir. Özellikle bazı kanser türleri belirli yaş aralıklarında sıkça görülmektedir (43, 50, 51).
- Beslenme alışkanlıkları; uygun koşullarda saklanmayan besinlerin küflenme sonucu oluşan toksinler, besinlerdeki doğal karsinojenler, besinlere uygulanan közleme-kızartma-tütsüleme gibi yöntemler, katkı maddeleri ve tuz/yağ miktarının fazla olması kansere yol açabilen besinlerin özelliklerindedir. Uygun olmayan beslenme alışkanlıklarına

sahip olan bireylerde mide ve kolon kanseri riskinin yüksek olduğu görülmektedir (45, 52).

- Tütün-alkol kullanımı; kansere yol açtığı kesin olarak gösterilmiş çevresel faktörlerin en başında içerdiği 100'den fazla kanserojen madde ile sigara yer almaktadır. Sigaranın içerdiği bu maddeler genlerde değişimlere neden olarak kanser riskini artırır. Başta akciğer kanseri olmak üzere baş-boyun kanseri, üriner sistem, sindirim sistemi kanserlerine de neden olmaktadır (53, 54). Diğer bir faktör olan alkol ise düzenli kullanıldığında ağız, gırtlak, yemek borusu kanserleri ve meme kanseri riskini artırmaktadır (52, 55).
- Çevresel karsinojenler; ortalama 1000 kadar kimyasal ajanın, doğal ya da yapay yollarla elde edilen iyonlaştırıcı radyasyonun ve endüstriyel artıklardan kirlenen havanın kanserojen etkisi olduğu bilinmekte ve bu karsinojenlere maruziyet genç yaşta gerçekleştiğinde, maruziyet miktarı daha yüksek olduğunda kanser riskini artmaktadır (45, 56).
- Genetik etkenler; genetik çeşitlilik sonucu kanser hücrelerindeki polimorfizm adı verilen farklılaşmalar vardır. Bazı gen polimorfizmleri hastalık riskini arttırırken bazıları ise azaltabilirler. Bazen ise sadece çevresel faktörün etkisi ile riski etkileyebilirler (57, 58).

2.1.3. Kanser Epidemiyolojisi

Kanser günümüzde halen yaygın olarak görülmeye devam eden ve etkilenen insan sayısının hızla arttığı bir hastalıktır. Kanser, DSÖ 2016 yılı ölüm nedenleri listesinde, ölüme yol açan kronik hastalıkların ilk sırasında yer almaktadır (43). 2018 yılında yaklaşık 18,1 milyon kişiye kanser tanısı konulmuş, 9,6 milyon kişi ise kanser nedeniyle yaşamını yitirmiştir (2, 4). Uluslararası Dünya Kanser Araştırma Fonu 2018 yılı verilerine göre ise 9,5 milyon erkek, 8,5 milyon kadın olmak üzere 18 milyon kanser tanısı konulmuş ve kanser tanısı almış hastaların sayısının 2035 yılına kadar 24 milyona çıkacağı öngörülmektedir (7). 2018 verilerine göre erkeklerde en sık akciğer, prostat ve bağırsak; kadınlarda ise meme, bağırsak ve akciğer kanserleridir (59, 60). Türkiye'de de bu durum dünya ile paralellik göstermekte, 2014 yılı kanser

istatistiklerine göre, yaklaşık 163.416 kanser hastası bulunmaktadır. Ülkemizde en sık görülen kanser türleri erkeklerde akciğer, prostat, kalın bağırsak; kadınlarda ise meme, tiroit ve kalın bağırsak kanserleridir (8, 61, 62).

Kanserin sıklıkla görüldüğü gruplar incelendiğinde ise yaşlı nüfusun daha dezavantajlı grup olduğu görülmektedir. Yaş ve kanser arasındaki ilişki incelendiğinde, kanser insidans oranlarının 55-59 yaşları arasında yükseldiği, en yüksek oranların ise hem kadın hem de erkekler için 65-74 yaş grubunda olduğu görülmektedir (63). Kanser tanısı almış hastaların 2035 yılına kadar öngörülen rakamlarına göre artan yaşlı nüfusu ile bu durumdan en çok etkilenecek olan bireyler yaşlı bireylerdir (50, 64). Kanser tanısı almış bireylerin yarısından fazlası 65 yaş ve üzeri bireylerdir (65, 66). İngiltere’de 2013-2015’de her yıl ortalama olarak yılda üçte birinden fazla(% 36) 75 yaş ve üstü kanser hastası bulunmaktadır (6). Türkiye’deki verilerde ise yaş gruplarında en sık görülen kanserler türlerinin yüzde verileri bulunmakta, tüm yaş gruplarına özgü toplamda kanser tanısı alan bireyler ile ilgili veri bulunmamaktadır (67).

2.1.4. Kanser Tedavisi

Tedavi hastanın yaşı, genel durumu, tümörün lokasyonu, tipi, hastalığın evresi gibi birçok etken göz önünde bulundurularak seçilmektedir. Tedavide en sık başvurulan yöntemler cerrahi tedavi, radyoterapi ve kemoterapidir. Bu tedavilere destek olarak ya da tek başına kullanılmak üzere daha nadir biyoterapi, hormon tedavisi gibi yöntemler de kullanılmaktadır (68). Bu araştırmanın konusu kemoterapi tedavisi almakta olan yaşlı bireyler olduğu için, kemoterapi daha ayrıntılı bir şekilde ele alınacaktır.

Cerrahi tedavi

Cerrahi tedavi; yüksek riskli hastalarda koruma, dokudan parça alarak tanı koyma, kanserli doku/kitlenin vücuttan uzaklaştırılması, hasarlı dokunun/bölgenin restorasyon ve rekonstrüksiyonu amaçlarıyla kullanılmaktadır (69).

Radyoterapi

Radyoterapi; kanser hücrelerine iyonize ışın vererek, sağlam dokulara minimum hasar ile kanser hücrelerini yok etme amacıyla kullanılmakta olan yöntemdir. Genelde kanser hücrelerinin bulunduğu bölgeye bazı durumlarda da tüm vücuda uygulanmaktadır (70).

İmmünoterapi

Biyoterapi olarak da bilinen immünoterapi; vücudun immün sisteme ait hücrelerinin aktifleşmesi ve güçlendirilmesi yoluyla yapılmakta, kanser hücreleriyle savaşması amacıyla kullanılmaktadır. Pasif ve aktif yaklaşım olarak ikiye ayrılmaktadır. Pasif yaklaşımda uyarılan immün yanıt dışarıdan ekzojen antijenlerin verilmesi ve allojenik transplantasyon ile oluşturulurken, aktif yaklaşımda spesifik olmayan immün modülasyon, terapötik aşılarda, T-hücre fonksiyonunun modülasyonu ve onkolitik virüsler kullanılarak oluşturulmaktadır (71, 72).

Kemoterapi

Kemoterapi; kanser tedavisinde sağlıklı hücreleri etkilemeden, kanserin evresine ve tipine göre tedavi etmek, yayılımını önlemek, tümörün gelişimini yavaşlatmak ve farklı bölgelere yayılmış olan kanser hücrelerini ortadan kaldırmak amacıyla sitotoksik ilaçların kullanıldığı sistemik bir tedavidir (18, 73).

Kanser hücrelerini ortadan kaldırmak için uygulanan kemoterapi, hastanın tedaviye verdiği cevaba göre birden fazla kez uygulanabilir. Kanser tipine ve evresine göre uygulanan kemoterapi protokolleri/şemaları vardır. Uygulanan tedavi protokolünün tamamlandığı her uygulamaya kür denilmektedir. Kürler; 7 gün, 15 gün, 21 gün, 28 günde bir ya da 2-3 gün üst üste olarak uygulanabilmektedir. Kemoterapi ilaçları tek veya kombine şekilde verilebilir (18, 19, 74, 75). Kullanılacak olan kemoterapinin türü ise hastalığa ve kişiye göre değişmektedir. Kemoterapinin dört ana klinik uygulaması vardır;

1. Primer indüksiyon tedavisi; genellikle ileri ya da metastatik evredeki, başka tedavi ihtimali olmayan kanserlerde kullanılmaktadır.

2. Primer veya neoadjuvan kemoterapi; genellikle ameliyattan ve radyoterapiden önce, lokal ileri evre hastalığı olan hastalara verilmektedir.
3. Adjuvan kemoterapi; ameliyat ve radyasyon tedavisinin ardından uygulanan sistematik tedavidir.
4. Kaviter veya organ perfüzyonu; vücudun kaviter boşluklarına veya dokulara perfüzyon şeklinde uygulanan kemoterapidir (74, 76).

Kanser hücrelerine tesir etmesi amacıyla verilen kemoterapi aynı zamanda normal hücrelerin de etkilenmesine neden olmaktadır. Bunun sonucunda hastalarda yorgunluk, enfeksiyon, saç dökülmesi, diyare gibi fiziksel belirtiler; değişen beden imajı, unutkanlık, uyku bozuklukları gibi psikolojik komplikasyonlar görülmektedir. Bu komplikasyonların sıklığı, şiddeti hastadan hastaya değişmektedir. Bu komplikasyonlara bağlı olarak hastaların yaşam kalitesinin bozulduğu belirtilmektedir (77, 78).

2.2. Kanserın Psikososyal Yönü

Kanser tanısı, tanıyı alan bireyler ve yakınlarının fiziksel, duygusal, bilişsel, kültürel, psikolojik, cinsel ve sosyal boyutlarında yoğun etkilere neden olabilmektedir. Bu etkiler hem bireyden bireye farklılık göstermekte hem de sürecin aşamasına göre değişmektedir (12, 79).

2.2.1. Tanı

Kanser tanısı, çoğu zaman hasta ve hasta yakınları, hatta toplum için akut kriz anlamına gelir. Tanı aldıktan sonra hasta ve ailesi çoğu zaman kulağa korkutucu gelen “kanser” ismi ile yüz yüze gelmekte ve belirsizlik hissi yaşamaktadır (47, 80). Hasta ve ailesi için bu tehlikeli durum, gelecekle ilgili planların ve beklentilerin bozulmasıyla, tanı alan hastayı uzun ve zor bir tedavinin bekliyor olmasıyla, tanı alana kadar kullanılan baş etme mekanizmalarının etkilenmesiyle beraber kocaman bir soru işareti olabilmektedir (81, 82).

Hastanın önceki deneyimlerine, kültür ve bilgi düzeyine göre “kanser” ismine verdiği tepki değişmektedir. Yapılan çalışmalarda “kanser” isminin çoğu zaman ölümü

çağrıştırdığı, kontrol kaybı hissine neden olduğunu, acı çekme ve şekil bozukluğu beklentisi içine girmesine yol açtığı belirtilmektedir. Bahsedilen bu çağrışım ve duygular bireylerde anksiyeteye yol açmaktadır (80, 83, 84).

Kanser tanısı, hastanın sağlığını kaybettiğini anladığı ve ölümlü olmak gerçeği ile yüzleştiği bir andır. Sağlığın ve alışık olduğu yaşam rutinlerinin kaybedilmesi, hasta ve yakınlarında kayıp tepkisine yol açar (85, 86). Bu tepki, Elizabeth Kübler-Ross tarafından, inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabul olarak beş evrede tanımlanmaktadır. İnkarda, şok olma ve inanmama duyguları yoğundur, hastalığın ya da tedavinin önemini reddetme davranışları ile karakterizedir. Öfke; hastalığa, tanı koyan doktoralarına, yakınlarına, kendisine, tanrıya ya da sağlıklı insanlara kızgınlık, kıskançlık, gücenme duymayı ifade eder. Pazarlık aşamasında hasta öleceğini bilir fakat yaşam süresini uzatabilmek için pazarlığa girer. Bu durumda hastanın daha çok iş birliği içerisine girdiği, tedaviye uyum gösterdiği, gerekenleri yapmaya çalıştığı ve çaba içerisine girdiği görülmektedir. Depresyon; kayıp duygusunun yaşandığı dönemdir. Bu dönemde hastanın kayıplarını fark ettiği, yapamadıkları ve yapamayacakları için yas duygusunun ortaya çıktığı görülmektedir. Kabullenme aşamasında olumsuz duygulardan kurtulup, hastalığın farkına varılmasıyla hastalığın kabul edildiği görülmektedir. Bu aşamada bireyin diğer insanlardan uzaklaştığı, sözel olmayan yollardan iletişim sağladığı görülmektedir (86-88).

Hayatı tehdit edici durum karşısında verilen bu tepkiler hastanın yaşına ve ihtiyaçlarına, hastalığa, tedaviye ve sosyo-kültürel faktörlere bağlı olarak kişiden kişiye değişmekte, çoğu zaman varoluşsal sorunlara ek olarak, beden imajında bozulma, güçsüzlük, umutsuzluk, kaygı gibi psikolojik ve sosyal sorunlar meydana gelebilmektedir (89-92).

2.2.2. Tedavi

Hastalığın tanı aşamasından sonra hızlı bir şekilde tedavi aşaması başlamaktadır. Tedavi aşaması, sonuca yönelik belirsizlikleri barındıran uzun bir süreçtir. Kanser tedavisi, ciddi ve yönetmesi her zaman mümkün olmayan yan etkileri,

çok sayıda ağırlı girişimi içermesi gibi özellikleri nedeniyle, hasta ve ailesi için zorlu bir dönem olabilmektedir (93-95).

Hastanın tedavisi, kanserin tipi ve evresine göre değişiklik gösterebilir. Seçilen tedavi yöntemine göre hastanın verdiği tepkiler; cerrahi girişimini geciktirmek istemesi, tedaviden ve tedavinin yan etkilerinden korkma, izolasyon eğilimi, kaygı, depresif duygu durumu ve altruistik duygular olarak karşımıza çıkabilir (96, 97). Bu durumda hasta ve ailesinin sosyal yaşamı, rol performansı olumsuz etkilenebilmekte, hastanın ve ailesinin işlevselliği ciddi düzeyde bozulabilmektedir. Hem birey ve hem de ailenin, ekonomik durumunu, sosyal yaşantısını ve ruhsal iyilik halini sarsan kanser tedavi süreci, çeşitli psikolojik problemlere yol açabilmektedir (12, 98). Yapılan araştırmalara göre tedavi sürecindeki hastalarda bilişsel bozukluklar, anksiyete ve depresyon semptomları gözlenmiştir. Bu semptomların yaşlı bireylerde ve kadınlarda daha fazla olduğu saptanmıştır (94, 95, 99).

2.2.3. Sağkalm

Tanı ve tedavi sürecini atlattıktan sonra “sağkalan” olarak tanımlanan birey, hastalığın remisyona aşamasına geçmektedir (100, 101). Hasta bu aşamada psikolojik olarak hazır bulunarak bekleyiş sürecindedir. Hastada belirsizlik ve tekrarlama korkusu, yeniden hasta olacak mıyım, semptomlar tekrardan ortaya çıkacak mı diye endişeler görülmektedir (102, 103). Hastalık her ne kadar remisyona girse de birey hastalığın ve tedavinin geride bıraktığı fiziksel ve psikolojik kronik yan etkiler ile baş etmeyi, onlarla yaşamayı öğrenmeye çalışmaktadır. Bu durum birey ve ailesinde çeşitli psikososyal reaksiyonlara neden olmaktadır (104-106).

Hastanın işlevselliğinin neredeyse yok denecek kadar azaldığı süreçte ise işsizlik, kontrol kaybı, ekonomik sorunlar, hastalığın tekrarlama ve sekonder kanserin oluşma korkusu, sosyal stigma, benlik ve beden bütünlüğünde değişikler, yaşam tarzı değişikleri gibi psikolojik, sosyal ve ekonomik problemlerin yanı sıra kardiyovasküler, nörolojik sorunlar ve infertilite gibi fiziksel problemlerle karşı karşıya kalınmaktadır (107-110). Edilen mücadele sürecinden sonra hastanın “kalanlar neler”, “gidenler

neler” sorularıyla değerlendirme aşamasına girdiği, değerlendirme sonucu kayıplarını görüp yas tutmaya başladığı için kaygıları oldukça yüksektir (96, 107, 111).

Kanserin kişiler üzerinde her zaman olumsuz etkisi olmayabilir. Yapılan çalışmalara göre, hayatına kanser tanısı girmiş ve kanser tedavisi ile mücadele etmiş bireylerin; yaşamdan yeniden anlam bulduğu, kendilerini daha kolay kabullenmeye başladığı, yaşamını daha değerli bulduğu, sevdiği kişilerle daha sağlam ilişkiler kurduğu görülmektedir (112, 113). Travma sonrası büyüme olarak karşılık bulan bu kavram, literatürde son zamanlarda ilgi çekmeye başlamıştır. Yaşanan hayat krizine bağlı bireyin kendisine ve hayatına bakış açısında, kişilerarası ilişkilerde, yaşamın anlamının olumlu yönde değişmesi olarak tanımlanmaktadır (114, 115).

2.2.4. Nüks

Tedavi sonrası kanserin haftalar, aylar veya yıllar sonra tekrar geri gelmesine nüks denir. Kanserin tekrar geri gelmesine ya da ne zaman geri gereceğine emin olmak imkansızdır. Bu muğlak durum hastayı kaygılı ve korkulu bir bekleyiş içine sokabilmektedir (116, 117).

Sağkalan bireyin en çok korktuğu olay, yani nüks gerçekleştiğinde hasta ve ailesi şok, öfke, suçluluk, inkar gibi ilk teşhislerinde yaşadıkları bir çok duyguyu daha derin hissedebilmektedir. Hasta test ve tedavi turuna yeniden başlayacak gücü kendinde bulamayabilmekte ve bu durum hasta ve ailesini endişelendirebilmektedir (118). Sağkalanların birçoğu hastalık tekrarlayacak endişesi ve geç yan etkiler nedenleri ile kontrol muayenesine gitmediklerini belirtmiştir (119, 120). Oysa, kanser ile savaşmış bireylerin edindikleri deneyimler, gelecek zorluklarla yüzleşme konusunda daha hazır kılabilir. Bu hazır olma durumunun; hastalık ve yan etkileri yönetme ile ilgili bilgi sahibi olmuş olma, hastane personeli ile önceki ilişkiler, stresle baş etme deneyiminin oluşu ve süreç boyunca ihtiyaç duyduğu desteği sağlamak için başvuracağı kaynakları bilme gibi avantajları olduğunu belirten kaynaklar bulunmaktadır (117, 121).

2.3. Kemoterapinin Psikososyal Yönü

Tedavinin önemli bir bölümünü oluşturan kemoterapi yaşam süresini uzatmaktadır. Ancak, ortaya çıkardığı bazı fiziksel, psikolojik, sosyal tablolar vardır. Kemoterapi süreci hasta ve ailesinin iyilik haline zarar veren maddi, manevi ve fiziksel olarak yoran, zor bir süreçtir (122, 123).

Tedavi süresince; sosyal olarak finansal kaynaklarda azalma, güçsüzlük, iş yaşamı ile ilgili kaygılar, aile üyeleri ve arkadaşlar ile olan iletişimde etkilenme, sağlık ekibindeki üyelerle iletişim sorunları, sosyal izolasyon ortaya çıkabilmekte; duyu durum ile ilişkili olarak kızgınlık, mutsuzluk, korku, umutsuzluk, gelecek konusunda belirsizlik, ağrı ve yorgunluk, beden imajı değişimleri ve kişilerarası ilişkiler ile ilgili endişeler görülmektedir (124, 125). Yapılan çalışmalarda(95, 99, 126, 127) kemoterapi alan kanser hastalarının en sık yaşadığı psikolojik semptomların uyku, iştah, hafıza bozuklukları, suçluluk duygusu, depresyon ve anksiyete semptomları ve somatizasyon olduğu saptanmıştır. Özellikle poliklinik ve gündüz tedavi ünitelerinde gününbirlik verilen kemoterapiler, tedavilerini alıp evlerine giden hasta ve ailesinin kemoterapinin yan etkileri ile kendi bilgileri ve becerilerini kullanarak baş etmelerini gerektirmektedir (128).

Bahsedilen bu semptom ve yan etkilerin ortaya çıkardığı psikososyal stresin ulaşılabilen en alt düzeye indirilmesi için hastalıklara karşı tampon görevinde olan sosyal destek gerekmektedir (128, 129). Hastanın sosyal destek ihtiyacı hastalığının ilerleyişine ve hastalığı algılayışına göre değişebilmektedir. Yapılan araştırmalar sosyal destek arttıkça hastanın iyilik halinin arttığını, yaşam kalitesinin de pozitif yönde etkilendiğini belirtmiştir (130, 131).

2.4. Kanser Hastalığında Destekleyici Bakım Gereksinimleri

Destekleyici bakım kavramının son zamanlarda önemi giderek kavranmakta ve kaliteli bakımın bir ölçütü olarak kabul edilmektedir. Destekleyici bakım kanser hastalarında, hasta ve aile merkezli olarak bütüncül bakımı sağlamak, tedavinin etkinliğini üst düzeye çıkarmak, kaliteli bakım sağlamak amacıyla genel ve özel tüm bakım servislerinin bir araya gelmesidir (132, 133). Destekleyici bakım, kanser tanı

öncesinden teşhis ve tedavi aşamasını, iyileşmeyi ve son dönemde palyatif bakımı da içine alan hatta ölüm ve yas aşamasına kadar devam eden, birey ve ailesine kanser ve kanserin tedavisinde baş etmesine yardım eden bir uygulamadır (134, 135).

Destekleyici bakımın amacı hastanın kendisini güçlendirmesini sağlamak, duygularına karşılık vermek ve belirsizliği yönetmesine yardımcı olmaktır. Destekleyici bakım hastanın eğitimi ve bilgilendirilmesini, etkili ve uygun iletişimi, tedavi planının koordinasyonunu ve geliştirilmesini, ruh sağlığı sorunlarının değerlendirilmesini ve karar vermede hastanın katılımını içermektedir (132, 133, 136). Bakım sürecinde hastanın incinebilirliği, eğitim düzeyi ve sağlık okuryazarlığı durumu, tercihlerini söyleme ve soru sormasını, tedavi ile ilgili tercihleri, kültürel değerleri ve inançları konularında duyarlı olunması gerekmektedir (137).

Kanser hastaları için verilen destekleyici bakımın ilkeleri;

- Destekleyici bakımın belirlenmesi,
- Bakım ihtiyaçlarının araştırılması ve değerlendirilmesi,
- Hasta eğitiminde ve bilginin sunumunda kanıta dayalı yaklaşımların kullanılması,
- Terapötik iletişim becerilerinin kullanılması,
- Hastanın öz yönetiminin desteklenmesi,
- Bakım hizmetinin önündeki engellerin saptanması'dır (133).

Bakım süresince hastanın destekleyici bakım gereksinimleri değişebilmekte, hastanın bireysel ihtiyaçlarına bağlı olduğu için gereksinimleri karşılamak amacıyla verilen hizmet türü de bireyden bireye değişmektedir. Verilen hizmet türünü etkileyebilecek faktörler şunlardır: Hastanın yaşı, fonksiyonel durumu, baş etme becerileri, destek sistemleri, amaçları, bakım anlayışı, eşlik eden hastalıklar, hastalığın prognozu, aldığı tedavinin türü, mesleği, rol ve sorumlulukları, içinde bulunan sağlık sistemi ve kaynaklara ulaşılabilirliği, finansal kaynaklarıdır (138, 139).

Destekleyici bakım alanlarındaki temel ögeler (132, 133);

- Öz yardım ve destek
 - Bireyin katılımı
 - Bilgi verme

- Psikososyal destek
 - Semptom kontrolü
 - Sosyal destek
 - Rehabilitasyon
- Tamamlayıcı tedaviler
 - Spiritüel destek
 - Palyatif bakım
 - Yaşam sonu bakım
- Ailelere yas bakım servis hizmetleridir.

Destekleyici bakım gereksinimleri genel olarak dört tane ana kategoriden oluşmaktadır. Bunlar; (I)sağlık hizmeti/iletişim, (II)fiziksel, (III)cinsellik, (IV)psikolojik ihtiyaçlardır (140, 141).

Kanser hastalarının algıladıkları gereksinimler ile hastalara sunulan hizmet arasında farklılıklar olunca bakım gereksinimleri karşılanmamaktadır (135, 137, 142). Yapılan çalışmalar karşılanmamış destekleyici bakım gereksinimlerinin etkisiz baş etme, anksiyete ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olduğunu göstermektedir (143-145).

2.4.1.Kanser Hastalarında Sağlık Hizmeti ve İletişim İhtiyacı

Sağlık hizmeti toplum ve bireylerin sağlığının korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonu için sağlık düzeyini geliştirmek, düzeltmek ve yükseltmek amacıyla yapılan çalışmalardır. Sağlık hizmetlerinin sunulması aşamasında iletişim ve bilgilendirme en önemli unsurlar arasındadır. Bu bağlamda bireyin hastalığı algılayışı, hastalık ile ilgili ne bildiği hastalık sürecini doğrudan etkilemektedir (84, 85).

Özellikle onkoloji gibi hassas bir alanda hem hastalar hem hasta yakınları hem de sağlık profesyonelleri için iletişim stres verici, genellikle zor bir durumdur (146). Kanser ile ilgili kültürel algı ve etkiler ile hastanın özerkliği ve yarar sağlama ilkeleri arasındaki hassas etkileşim, hasta ve ailesiyle iletişim kuran kişileri sınırlayabilmektedir (147, 148). Aynı zamanda yeterli eğitim ve danışmanlığa sahip olmadığı “kötü haber verme”nin sorumluluğunu alma, nasıl ve ne zaman söyleneceği

konusunda emin olamama, hasta ve ailesinde psikolojik morbiditeye neden olma korkusu, ailenin “tanıyı hastaya söylemeyin” isteği gibi nedenler de tanı söyleme aşamasını karmaşık hale getirebilmekte, tanıyı söyleyecek kişide baskı kurarak gerçeği gizlemeye çalışmasına neden olabilmektedir (149-151). Tanı söyleme aşamasında sorumluluk alan sağlık profesyoneli, hastaya paternalistik bir tutum sergileyerek hastayı bilgilendirme ve kötü giden prognozu söyleme konusunda isteksiz olabilmektedir (85). Öte yandan tıp öğrencileri ile yapılan bir araştırmada(152), öğrencilerin %72,4’ü kanser tanısının açıklanması gerektiğini, %29,1’nin ise prognozun kesinlikle açıklanması gerektiğini belirtmiştir.

Bireyin kendi ile ilgili bilgileri, gerçeği öğrenmesi en doğal hakkıdır. Birçok farklı ülkede yapılan araştırmalarda, hasta tanı ve prognozu hakkında bilgi sahibi olmak istediğini belirtmiştir (153-155). Khoshnood ve arkadaşlarının(156) yaptığı araştırmaya göre, kanser hastaları kanserin ne olduğunu, kanser tedavisi ve komplikasyonlarının yollarını bilme eğilimindedir. Yapılan araştırmalar, onkoloji hastalarının sağlık personelleriyle yeterli iletişim kuramadıklarını, desteğe ve eğitime ihtiyaç duyduklarını ortaya çıkarmaktadır (126, 157, 158). Kanser teşhisi, tedavisi ve olası etkileri ile ilgili belirli aralıklarla, uygun ve yeterli düzeyde bireye özel verilen bilgiler sağlık sonuçlarını etkileyebilmekte, kaygıyı azaltabilmekte ve kontrol duygularını artırabilmektedir (84, 159).

2.4.2. Kanser Hastalarında Günlük Yaşam İhtiyaçları

Kanser hastalarının hem hastalığın doğal süreci gereği hem de verilen tedavinin etkilerinden dolayı kas iskelet sistemleri etkilenmekte, bir çok fiziksel semptom yaşanmaktadır. Ayrıca tetkik, tedavi, kontrol için hastaneye gelmek zorunda olan hastaların günlük yaşam aktivitelerinde sınırlamalar olmaktadır (85, 160, 161).

Banyo yapma, giyinme, ulaşım, tuvalet ihtiyacını karşılama, idrar ve gaita kontrolünü sağlamak, beslenme gibi kişisel bakım becerileri olan “Günlük Yaşam Aktiviteleri”; alışveriş yapmak, taşımak, yemek hazırlamak, ev işleri yapmak, ilaç almak, telefon kullanmak, araba sürmek gibi diğer kişisel işler ise “Enstrümental

Günlük Yaşam Aktiviteleri” içinde yer almaktadır. Bu faaliyetler her bir birey için bağımsızlığını koruma ve temel ihtiyaçlarını gidermek amacıyla gerekli olan etkinliklerdir (162). Bu faaliyetler, kemoterapinin yan etkilerinin görülmesiyle fiziksel problemlere neden olabilmektedir. Fiziksel problemlerin de artmasıyla hasta günlük yaşam aktivitelerinde sınırlılıklar yaşayabilmektedir. Bu zor durum karşısında kanser hastasının bağımsızlığı olumsuz etkilenebilmektedir (64, 85, 163). Hemşirenin, hastanın bu aktivitelerle ilgili gereksinim ihtiyacını fark etmesi ve bunu tedavi planına katarak hastanın bağımsızlığını desteklemesi büyük bir öneme sahiptir (164).

2.4.3. Kanser Hastalarında Cinsellik İhtiyacı

Her gün hayatımızın içinde olan cinsellik, üreme eyleminden çok daha fazlasıdır. Maslow’un(1943) ihtiyaçlar hiyerarşisi teorisine göre birinci basamakta yer alan cinsellik sadece bir dürtü olmanın dışında zevk, samimiyet ve yakın ilişkiler kurma ihtiyaçlarını da içermektedir (79, 165).

Kanser ve tedavisi bireyin cinselliğini ve cinsel işlevini hem doğrudan hem de dolaylı olarak etkilemektedir. Kemoterapi alan hastalarda anksiyete, bulantı/kusma, uykusuzluk gibi yan etkilerin görülmesiyle kişinin cinselliği de dolaylı olarak etkilenmektedir. Kemoterapinin hormonal yan etkileri nedeniyle ise kadınlarda menopoz ve erken menopoz belirtileri, cinsel disfonksiyon, cinsel istekte değişimler, orgazm yoğunluğunda ve beden imajı değişiklikleri görülmektedir. Erkeklerde ise ereksiyon bozuklukları, cinsel istekte değişimler, orgazm yoğunluğunda ve beden imajı değişiklikleri görülmektedir (166-169).

Cinsellik, kanser tanısı konulduktan sonra bu süreçte oldukça olumsuz etkilenen ama sağlık profesyonelleri tarafından çoğu zaman ihmal edilen unsurlardan biri olmaktadır (168, 170-173). Olsson ve ark.(174) yaptığı çalışmada, kanser hastalarının cinsellik hakkında konuşma ve cinselliğe ilişkin desteğe ihtiyaç duymalarının bakımın içinde çok az yer aldığını göstermiştir. Aynı çalışmada, hemşireler hastalarıyla cinsellik hakkında konuşmaları gerektiğini, ancak kendi tutumları, bilgi ve becerilerinin yanı sıra fiziksel ortamdaki şartlar nedeniyle genellikle konuşmadıklarını belirtilmiştir.

Hastanın cinsellik ihtiyacının değerlendirilmesi, kanser sürecinde bütüncül bakım veren hemşirenin sorumlulukları arasındadır. Hemşire bakım süreci boyunca güven ilişkisi kurup etkili iletişim sağlayarak, cinsel sorunlar ve üreme ile ilgili somut bilgi ve becerilere sahip olarak hastanın cinsellik ihtiyacının değerlendirilmesinde ve sorunlarının çözüme kavuşmasında aktif rol almalıdır (170, 175-177).

2.4.4. Kanser Hastalarının Psikolojik İhtiyacı

Kanser ile hayata giren fiziksel sorunlar beraberinde psikososyal sorunları da getirmektedir. Bu durumda eski baş etmelerin yetersiz kalması söz konusu olabilmekte, uyum sorunları yaşanabilmekte böylece psikolojik ihtiyaçların artmasına neden olmaktadır (178, 179). Yapılan çalışmalar, özellikle tedavi başladıktan sonra hastanın psikolojik ihtiyaçların en üst düzeye ulaştığını belirtmektedir (180, 181).

Kanser tanısı almış bireylerin hastalık ve tedavi süresince anksiyete, izolasyon, korku, kırılganlık, performansta azalma, sosyal destek azlığı, uyku sorunları, yaşam kalitesinin düşmesi, kendini korunmasız ve zayıf hissetmesi gibi psikososyal sorunlar yaşadıkları belirtilmektedir. Bu sorunların kadınlarda erkeklerden daha fazla olduğu, 65 yaş ve üstü bireylerde, medeni durumu bekar olanlarda daha sık görüldüğü ortaya koyulmuştur (182-184). Bu sorunlar kanserin türü, süresi, yeri, belirtileri gibi hastalık faktörlerine; hastanın kişilik yapısı, baş etme becerileri, destek sistemleri, deneyimleri, kanseri algılama şekli, uyum sağlayabilme becerisi gibi psikolojik faktörlere; kültürel tutum ve inançlarına, hizmet veren sağlık ekibine bağlı olarak değişmektedir (185, 186).

Hayatının içine kanser girmiş olan bireylerin yaşadıkları psikososyal sorunlar sonucunda hastalık süreci olumsuz etkilenmekte ve psikiyatrik hastalıklar görülme olasılığı artmaktadır. En çok görülen psikiyatrik hastalıklar; anksiyete bozuklukları, uyum bozuklukları, uyku bozuklukları, duygudurum bozukluklarıdır. Bu hastalıklar yaşlı bireyler ve kadın hastalarda daha yaygındır (178, 179, 187, 188). Bu yüzden kaliteli bir hemşirelik bakımı için hastanın psikososyal ihtiyaçlarının da değerlendirilmesi gerekmektedir. Kanser hastalarına ve ailelerine bütüncül bir bakış açısıyla bakım veren sağlık profesyonellerinin empatik bir tavır ve etkili bir iletişim ile

yaklaşarak yaşanan psikososyal distresin erken tanınması, takip edilmesi ve kaydedilmesiyle, hastanın bireysel ihtiyaçlarının karşılanmasıyla hastanın hastalığa ve tedaviye uyumun artmasına, anksiyete ve depresyonun azalmasına olanak sağlayabileceği, kaliteli bir yaşam sürmesinde büyük bir payı olacağı bilinmektedir (178, 185).

2.5. Yaşlılık ve Kanser

Beklenen yaşam süresinin yıllar içinde artması ve kanser tanı ve tedavideki gelişmeler sonucu sağ kalım süresinin uzaması sonucu, kanser hastalarının yaş oranı giderek artmakta, kanser yaşanan bir hastalık olarak kabul edilmektedir (20). Yaşlanma ve kanser, fonksiyon kayıplarının söz konusu olması, uyum sağlanması gereken fiziksel, psikolojik ve sosyal süreçleri de paylaşır (20, 22, 23). Yaşlanma ve kanserin bu ortak süreçleri benzersiz ve karmaşık ihtiyaçlarla sonuçlanabilmektedir (21, 34).

Hastalık ile etkin baş etme, uygun tutum ve davranış sergileme, değişiklikleri kabul etmeyi içeren uyum süreci, hastalık, sosyodemografik ve psikolojik özelliklere göre değişim gösterebilmektedir (189). Artan yaşla beraber gelen çoklu ilaç kullanımı ve komorbid hastalıklara kanser tanısı ve tedavi uygulamaları da eklenince yaşlı bireyin uyum süreci zorlaşmaktadır (38, 190). Yaşlı birey uyumu sağlayamadığında hastalık ile mücadelesi daha güç bir duruma gelecektir. Bu durumda bireyin yaşam kalitesi düşebilmekte hatta sağkalım şansı azalabilmektedir (34, 39). Ayrıca yaşlanma sürecinin doğal bir sonucu olarak oluşan fonksiyonel, bilişsel, sosyal ve duyuşsal bir dizi bozukluk, bu bozuklukların getirdiği kayıplar durumu daha karmaşık hale getirmesiyle yaşlı birey oldukça ağır bir yük altında kalmaktadır (40, 51).

İçinde buldukları yaşam döneminin getirdiği yüklere ek olarak, kanser tanı ve tedavisinin gerekleri ile de mücadele etmek durumunda kalan yaşlıların bakım gereksinimleri artmakta ve eşsiz bir hal almaktadır. Yaşlıların bakım ihtiyaçlarının giderilmesinde ise "destekleyici bakım" çok daha önemli bir bileşen olarak ortaya çıkmakta, bakımında önemli bir yer kaplamaktadır (20, 40, 191). Destekleyici bakım ihtiyacının saptanması ve giderilmesi için, kapsamlı geriatrik değerlendirme ile yaşlı

bireyin gereksinimleri saptanarak kaliteli bakım verilmesi sağlanabilir (23, 41, 161, 192). Kapsamlı geriatrik değerlendirme temelli destekleyici bakımın anahtar alanları şunlardır:

- Komorbidite ve polifarmasi; yaş ile artan komorbidite durumu ve beraberinde gelen kalp, böbrek, akciğer ve karaciğer fonksiyonlarını etkileyen çoklu karmaşık tedavi, yaşlı kanser hastasının beklenen yaşam süresini azaltmakta ve ihtiyaçlarını arttırmaktadır. Bağımsız olarak ya da üst üste ortaya çıkan komorbidite, kırılabilirlik, güçsüzlük ve geriatrik sendromların değerlendirilmesi bakımın planındaki en önemli noktalardır.
- Beslenme; kilo takibi, bulantı ve kusmanın takibi yapılmaktadır.
- Duygusal durum; anksiyete ve depresyon semptomları açısından izlemek, bakıma katılmasını desteklemek, tedavi ve hastalığa uyumunu gözlemlemek bakımın parçasını oluşturmaktadır.
- Bilişsel fonksiyonlar; bilişsel fonksiyonlar hastalığa ve tedaviye uyumunu, tedavinin yararları ve yan etkilerini anlama durumunu, karar verici durumunu etkilemektedir. Dehidratasyon, malnütrisyon ve elektrolit değişikliği gibi kemoterapinin toksik yan etkileri yaşlı hastanın deliryum ve bilişsel gerileme riskini artırabilir.
- İşlevsellik, mobilite ve düşmeler; komorbid hastalıkların ve yaşlanan vücudun sonucu olarak fiziksel fonksiyonlarında yavaşlama olan yaşlı kanser hastalarının fiziksel işlevliğinde büyük desteğe ihtiyaçları vardır. Bu yüzden sağlık profesyonellerinin bu durumu tedaviden önce fark edip, var olan fiziksel fonksiyonlarını belirlemeleri gerekmektedir.
- Sosyal destek; finansal durumun, bakım veren kişinin varlığının, ulaşım gibi sosyal desteklerin varlığının sorgulanmasıdır (23, 40, 41, 193-196).

Hasta bireyin bakım gereksinimleri ile sunulan hizmet arasında fark olduğu zaman karşılanmamış ihtiyaçlar ortaya çıkmaktadır. Yapılan araştırmalar yaşlı bireylerde destekleyici bakım gereksinimlerinin daha fazla olduğunu belirtmektedir (21-23, 35, 36, 197). Bu bağlamda yaşlı kanser hastasına bakım veren profesyonellerin, yaşlılık süreci ve yaşa bağlı değişen fizyolojik ve psikolojik etkenler konusunda yeterli bilgi ve beceriye, yaşlı hastaların bireysel ihtiyaçları hakkında farkındalığa sahip olması gerekmektedir (38, 40, 198).

2.6. Kanser Hastalarının Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Karşılanmasında Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği (KLPH), hastalık veya şikayeti nedeniyle hastaneye başvuran hasta ve yakınlarına primer korumadan rehabilitasyona kadar olan süreçte oluşan duygusal, gelişimsel, davranışsal ve bilişsel tepkilerini ruhsal ve psikososyal sorunlarını tanımlayan aynı zamanda tedavi ve bakımda rol alan özelleşmiş bir psikiyatri hemşireliği üst uzmanlığıdır (199). KLP Hemşiresi, hasta ve hasta yakınlarının yanı sıra hastaya primer bakım veren hemşirelere ve sağlık ekibinin diğer üyelerine eğitim verir, danışmanlık yapar ve uzmanlık alanıyla ilgili araştırmalar yapar (199, 200).

Kanser hastalarının fiziksel, günlük yaşam aktiviteleri, ekonomik, çevre, kültür, bilgi, iletişim, duygusal, psikososyal, psikoseksüel ve spiritüel-varoluşsal alanları içeren çok boyutlu gereksinimlerinin olması, bu gereksinimlerin ekip çalışmasıyla belirlenmesi ve yönetilmesi hemşirelik hizmetlerinin sorumluluğundadır (134). KLP Hemşiresinin doğrudan hizmet verdiği, birincil amacı genel hastanede yatarak veya ayaktan tedavi gören hastaların, hastayı merkeze alarak holistik bakış açısıyla tıbbi bakım ve psikososyal bakım arasında bağ olmaktır (200). Bu çerçevede KLP Hemşiresi hastalarının gereksinimlerinin tanımlanmasından karşılanmasına kadar geçen süreçte aktif rol almaktadır.

KLP Hemşiresinin dolaylı olarak hizmet verdiği, ikincil amacı ise kliniklerde çalışan hemşirelere ve diğer sağlık ekibi üyelerine hasta ve yakınlarının psikososyal ihtiyaçlarına duyarlılığı arttırmaya, tanı, gözlem ve terapötik iletişim becerilerini geliştirmeye yönelik eğitim ve danışmanlık yapar. Böylelikle gereksinimleri tanımlanan hastaya ve hasta yakınana etkili bir şekilde müdahale etmelerini sağlamaktadır (199, 200).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Çalışma, ayaktan kemoterapi alan kanser hastalarının karşılanmamış destekleyici bakım gereksinimlerinin yaş bağlamında incelenmesi amacıyla yürütülmüş tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Soruları

Araştırmanın amacı doğrultusunda aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır;

1. Ayaktan kemoterapi alan kanser hastalarının karşılanmamış destekleyici bakım gereksinimleri nelerdir?
2. Ayaktan kemoterapi alan 65 yaş ve üzeri hastalar ve 65 yaş altı hastaların karşılanmamış destekleyici bakım gereksinimleri arasında farklılıklar nelerdir?
3. Ayaktan kemoterapi alan 65 yaş ve üstü ve 65 yaş altı hastaların karşılanmamış destekleyici bakım gereksinimleri sosyodemografik ve hastalık özelliklerine göre nasıl değişiklik göstermektedir?

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma; Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi'nde, Gündüz Tedavi Ünitesi'nde yapılmıştır.

Ankara ili Sıhhiye semtinde bulunan Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri; Yetişkin, İhsan Doğramacı Çocuk ve Onkoloji olmak üzere 3 ana hastaneden oluşmaktadır. Hacettepe Onkoloji Hastanesi 160 yatak kapasitesine sahip olup, Medikal Onkoloji, Radyasyon Onkolojisi, Çocuk Onkoloji, Temel Onkoloji, Preventif Onkoloji, Kemik İliği Nakli, Yoğun Bakım, Aferez, Gündüz Tedavi ve Sigarayı Bırakma Üniteleri, Radyoloji, Nükleer Tıp, Beslenme ve Diyet, Onkoloji Eczanesi ve özelleşmiş laboratuvarlar (Bronkoskopi, Biyokimya Sitogenetik, Doku Tiplendirme, Tümör Patolojisi ve Moleküler Teşhis) ile tedavi hizmeti vermektedir. Teknoloji, doktor ve bakım personeli, hizmet yaklaşımı konularında Türkiye'deki uluslararası düzeyde akreditasyona sahip hastanelerden biri olan Hacettepe Üniversitesi Onkoloji

Hastanesi, hastalara standart bakım sağlamakta, yaşlı hastalara özgü hastane politikaları ve/veya farklılaşmış uygulamaları bulunmamaktadır.

Araştırmanın gerçekleştirildiği Gündüz Tedavi Ünitesi, hafta içi 08-17 saatleri arasında 13 hemşire ile hizmet vermektedir. Bölümde kısa süreli ve infüzyonel tedavi, destek tedavileri ve venöz port ve kateter bakımı gibi hizmetler sunulmaktadır. 2017 yılı içerisinde bu birimden hizmet alan hasta sayısı, 16.318'dir.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Onkoloji Hastanesi'nde bulunan Gündüz Tedavi Ünite'sinde 01.10.2018-01.10.2019 tarihleri arasında kemoterapi tedavisi alan 18 yaş üzeri hastalar araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Örneklem iki gruptan oluşmaktadır. Birinci gruba 65 ve yaş üstü hastalar; ikinci gruba ise 18-64 yaş arasındaki hastalar alınmıştır. Her iki grup cinsiyet, kanser türü ve almakta oldukları kemoterapi protokolleri açısından eşleştirilmiştir. Gruplara atanacak hasta sayıları, Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeğinin "*Sağlık Hizmetleri ve Bilgi*" puanı ortalaması bakımından en az 0.30 puan fark olduğu öngörülerek (201) (SD: 0.66), %80 güç ve %5 tip I hata düzeylerinde G-Power analiz programı kullanılarak her bir grupta en az 93 katılımcı olarak hesaplanmıştır. Çalışmanın örneklemini toplamda 186 kanser hastası oluşturmuştur.

Örnekleme alınma kriterleri;

- Okur-yazar olma
- Kanser tanısını ilk kez almış olma
- Çalışmaya katılmayı kabul etme olarak belirlenmiştir.

Dışlama kriterleri;

- Sorulara etkin cevap vermeye ve iletişim kurmaya engel olacak herhangi bir fiziksel, psikolojik ve bilişsel fonksiyon kaybının olması olarak belirlenmiştir.

3.5. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

3.5.1. Veri Toplama Araçları

Hasta Bilgi Formu (Ek – 1): Araştırmacı tarafından literatür(20, 22, 201) taranarak oluşturulmuştur. Formda, gündüz tedavi ünitesine gelen hastaların sosyo-demografik özellikleri ile hastalık ve almakta oldukları tedaviye yönelik değişkenlerini içeren 13 soru yer almaktadır. Sosyo-demografik özellikleri içeren bölümde, katılımcının yaş, medeni durum, yaşadığı yer, ikamet yeri, eğitim durumu ve gelir düzeyi bilgisini sorgulayan sorular bulunmaktadır. Hastalık tanı ve tedavisi ile ilgili bilgileri içeren bölümde ise tanı, evre, tanının üzerinden geçen süre, almış olduğu tedaviler, almakta olduğu kemoterapi protokolü ve almakta olduğu kür sorgulanmaktadır.

Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Türkçe Formu (DBGÖ-KF 29^{Tr})(Ek – 2): Boyes ve ark. tarafından(202) geliştirilen ölçek, kanser hastalarının destekleyici ihtiyaçlarını tanımlamayı amaçlamaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.86 ile 0.90 arasındadır (202). Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik güvenirlik çalışması Özbayır ve ark. tarafından(203) 2017 yılında yapılmış ve bu çalışmadaki Cronbach alfa değeri ise 0.93 olarak bulunmuştur. *DBGÖ-KF 29^{Tr}*, sağlık hizmeti ve bilgilendirme (12,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,28,29), günlük yaşam (1,2,3,4,5), cinsellik (14,15,27) ve psikolojik (6,7,8,9,10,11,13) ihtiyaçlarını içeren dört faktörlü bir yapıya sahip olup, toplam 29 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin boyutlarının cronbach alfa değerleri; sağlık hizmeti ve bilgilendirme boyutu: 0.95, günlük yaşam boyutu: 0.83, cinsellik boyutu: 0.91, psikolojik boyutu: 0.88 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise ölçeğin cronbach alfa değeri 0.87 bulunmuştur. Ölçekteki her maddede beş cevap seçeneği bulunmaktadır. Bu seçenekler, 1 = Benim için uygun değil, 2 = Benim için yeterli, 3 = Biraz ihtiyacım oldu, 4 = Oldukça ihtiyacım oldu ve 5 = Çok fazla ihtiyacım oldu şeklindedir. Ölçeğin herhangi bir kesim noktası bulunmamakta, her bir alt ölçekten alınan puanın yüksekliği o alandaki destekleyici bakım ihtiyacının fazlalığına işaret etmektedir. Alternatif bir kullanım olarak, ölçek algılanan karşılanmamış ihtiyaçların varlığı/yokluğu ve sayısı hakkında bilgi elde

etmek için de kullanılabilir (3 veya daha yüksek puanlama karşılanmamış ihtiyaç olarak kabul edilmektedir) (203).

3.5.2. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması

Araştırmanın veri toplama formlarının ön uygulaması, 65 yaş ve üzeri 9 hasta ve 18-64 yaş arası 9 hasta ile 1 Ekim 2018 – 1 Kasım 2018 tarihleri arasında katılımcıların soruları kendilerinin okuyarak cevaplamasıyla gerçekleştirilmiştir. Altmış beş yaş altı katılımcılara anket 12 punto büyüklüğünde, 65 yaş ve üzeri katılımcılara anket 16 punto büyüklüğünde hazırlanarak verilmiştir. Ön uygulama sonucunda veri toplama formlarıyla ilgili bir düzenleme yapılmamış ancak bazı yaşlı hastaların görme sorunlarından dolayı okumada zorlanması nedeniyle, soruların araştırmacı tarafından katılımcılara okunarak uygulanması kararlaştırılmıştır. Ön uygulamaya dahil edilen katılımcılar örnekleme dahil edilmemiştir.

3.5.3. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın yapılabilmesi için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul'dan izin alınmıştır (Ek – 3). Yapılacak olan uygulama için Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi'nden izinler alınmıştır (Ek – 4). İzin sonrası uygulama yapılacak olan Gündüz Tedavi Ünitesi'ne gidilerek klinikten sorumlu öğretim üyelerine ve klinik hemşirelerine araştırma ile ilgili bilgi verilmiştir. Katılımcılara gerekli açıklamalar yapıp yazılı ve sözlü onam alındıktan sonra çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar ile kemoterapi aldıkları sürede, ünitenin ayaktan kemoterapi verilen odalarda hasta mahremiyeti sağlanarak veri toplama formları doldurulmuştur. Uygulamaya 65 yaş ve üstü katılımcıların verileri toplanarak başlanmış, örnekleme alınan her bir yaşlı birey için cinsiyet, kanser türü ve kemoterapi protokolleri açısından benzer bir 65 yaş altı katılımcı çalışmaya davet edilmiştir. Veri toplama formlarının doldurulması yaklaşık 20 dakika sürmüştür. Araştırmanın uygulaması 1 Kasım 2018 – 16 Mayıs 2019 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.5.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin istatistiksel analizi IBM SPSS Statistics 23 paket programında yapılmıştır. Örneklemenin normal dağılımı gösterip göstermediği Kolmogorov Smirnov Testi ile belirlenmiştir. Test sonucunda sosyodemografik ve hastalık ile ilgili verilerin normal dağıldığı ancak ölçek boyutlarının verilerinin normal dağılmadığı belirlenmiş ve verilerin analizinde parametrik olmayan testler kullanılmıştır. Sayısal değişkenler bakımından bağımsız iki grup arası farklılıklar Mann Whitney U testi (Z-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla gruplar arası farklılıklar ise “Kruskal-Wallis H” testi(χ^2 -tablo değeri) ile değerlendirilmiştir. İki den fazla olan gruplarda istatistiksel olarak anlamlı farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni Düzeltmesi yapılmıştır. Bulguların yorumlanmasında; sayısal değişkenler, Ç2 medyanı verecek şekilde üççeyreklik çerçevesinde değerlendirilmiş, Medyan(Ç1-Ç3) değeri ile özetlenmiş, kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde ile gösterilmiştir. İstatistik testlerinin anlamlılığı için $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma öncesi etik olarak uygunluğun değerlendirilmesi için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuru yapılmış, 13 Temmuz 2018 tarihinde GO 18/686-18 karar numarası ile etik kurul izni alınmıştır (Ek – 3). Araştırmanın uygulanması için Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi'nden izin alınmıştır (Ek – 4). Araştırma yapılacak olan Gündüz Tedavi Ünitesi'nin sorumlu öğretim üyeleri ve hemşirelerine araştırma ile ilgili bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılacak olan hastalara araştırmanın amacı, kimlerle yapıldığı, zamanı, verilerin gizliliğinin korunması konularında açıklama yapılmıştır. Araştırmaya katılmaması durumunda tedavisinin bu durumdan etkilenmeyeceği ve istediği zaman araştırmadan ayrılacağı belirtilmiştir. Yapılan açıklamalar sonucunda araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalardan yazılı ve sözlü onam alınmış ve araştırmaya dahil edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Bu sınırlılıklar;

Her ne kadar araştırmacı tarafından hasta mahremiyetini korumak için tedavi odasından hasta yakınlarının çıkarılması, odadaki tedavi koltukları arasındaki perdenin kullanılması, kapının kapatılması gibi önlemler alınmış olsa da veri toplama formlarının uygulanması hastanın kemoterapi tedavisi ve bakımı aldığı ortamda gerçekleşmiştir. Ayrıca soru formlarının okunarak doldurulması istençli cevap verme eğilimini azaltabileceği için sınırlılık oluşturmaktadır.



4. BULGULAR

Tablo 4.1. Katılımcıların yaş gruplarına göre benzer olduğunu gösteren sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	65≥		65<		Toplam		İstatistik
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	
Yaş	69,56	4,68	48,49	7,99	59,03	12,42	t=-21,94; p=0,000
Tanı süresi(ay)	6,25	4,23	6,56	6,03	6,40	5,20	t=0,41; p=0,676
Cinsiyet	n	%	n	%	n	%	
Kadın	50	53,8	50	53,8	100	53,8	$\chi^2=0,000$ p=1,000
Erkek	43	46,2	43	46,2	86	46,2	
Tanı							
Sindirim sistemi kanserleri	33	35,5	33	35,5	66	35,5	$\chi^2=0,000$ p=1,000
Genitoüriner sistem kanserleri	16	17,2	16	17,2	32	17,2	
Meme kanseri	20	21,5	20	21,5	40	21,5	
Baş-boyun kanserleri	3	3,2	3	3,2	6	3,2	
Akciğer kanseri	18	19,4	18	19,4	36	19,4	
NHL	3	3,2	3	3,2	6	3,2	
Evre							
Evre I	8	22,9	7	13,7	15	17,4	$\chi^2=2,060$ p=0,560
Evre II	6	17,1	11	21,6	17	19,8	
Evre III	15	42,9	27	52,9	42	48,8	
Evre IV	6	17,1	6	11,8	12	14,0	
Bilinmeyen	58	58	42	42	100	53,8	

*NHL = Non Hodgkin Lenfoma

Tablo 4.1.'de katılımcıların yaş gruplarına göre benzer olduğunu gösteren sosyodemografik özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, katılımcıların yaş ortalamasının 59,03 olduğu görülmektedir. 65 yaş altındaki katılımcıların yaş ortalaması 48,49 iken, 65 yaş ve üstü yaş ortalaması 69,56 olarak bulunmuştur. 65 yaş ve üstü ve 65 yaş altı katılımcıların yaş ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır ($t=-21,94$; $p=0,000$). Katılımcıların tanı sürelerinin ortalaması ise 6,40 olarak belirlenmiştir. 65 yaş ve üstü katılımcıların, tanı sürelerinin ortalaması 6,25 ay iken 65 yaş altı katılımcıların tanı sürelerinin ortalaması 6,56 ay olarak bulunmuştur. Yapılan incelemede aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($t=0,41$; $p=0,676$). Katılımcıların %46,2'sini erkek, %53,8'ini kadın katılımcılar oluşturmaktadır.

Hastalık tanılarının temsil oranlarının, sindirim sistemi kanserleri (%35,5), meme kanseri(%21,5), akciğer kanseri (%19,4), genitoüriner sistem kanserleri (%17,2), baş-boyun kanserleri (%3,2) ve Non Hodgkin Lenfoma (%3,2) olarak sıralandığı görülmektedir. Tanıların analizi sonucu grupların benzerdir ($\chi^2=0,000$; $p=1,000$). Hastalık evresine yönelik yapılan değerlendirmede, katılımcıların %53,8'inin evresi bilinmemektedir. Evre bilgisine ulaşılan 86 hastanın verileri incelendiğinde ise grupların evre açısından benzer olduğu bulunmuştur ($\chi^2=2,060$; $p=0,560$).

Tablo 4.2. Katılımcıların sosyodemografik ve tedavi ile ilgili özelliklerine göre dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	65≥		65<		Toplam	
	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS	\bar{X}	SS
Medeni durum						
Evli	72	77,4	80	86,0	152	81,7
Bekar ve diğer	21	22,6	13	14,0	34	18,3
Kiminle yaşadığı						
Evde yalnız	10	10,7	4	4,3	14	7,5
Evde eşiyile/partneriyle	70	75,3	80	86,0	150	80,6
Çocuk/akraba yanında	13	14,0	9	9,7	22	11,8
İkamet yeri						
Ankara içi	54	58,1	69	74,2	123	66,1
Ankara dışı/misafirhane/otel/ akraba yanı/günlük ulaşım	39	41,9	24	25,8	63	33,9
Eğitim durumu						
İlköğretim ^a	42	45,2	26	28,0	68	36,6
Ortaöğretim ^b	33	35,5	38	40,9	71	38,2
Yükseköğretim ^c	18	19,4	29	31,2	47	25,3
Gelir düzeyi						
Gider gelirden fazla	5	5,4	6	6,5	11	5,9
Gelir gider eşit	62	66,7	71	76,3	133	71,5
Gelir giderden fazla	26	28,0	16	17,2	42	22,6
Almış olduğu tedaviler						
Cerrahi tedavi	54	58,1	53	57,0	107	57,5
Radyoterapi	26	28,0	17	18,3	43	23,1
İmmünoterapi	1	0,5	2	1,1	3	1,6
En az 1 tedavi almış olma durumu						
Var	64	68,8	60	64,5	124	66,7
Yok	29	31,2	33	35,5	62	33,3

Tablo 4.2. katılımcıların sosyodemografik ve tedavi ile ilgili özelliklerine göre dağılımını göstermektedir. Katılımcıların çoğunluğu evli (%81.7) ve evde eşi/partneriyle yaşamaktadır (%86,0). Katılımcıların büyük bir kısmı Ankara içinde (%66.1) ya da hastaneye günlük ulaşım sağlayabilecek mesafede (%11.3) ikamet ederken, %22.6'sı ise misafir, otel ya da akraba yanında kalmaktadır. Katılımcıların eğitim durumunun dağılımı incelendiğinde, eğitim durumlarını gösteren gözlere düşen katılımcı sayısının birbirine yakın olduğu görülmektedir. Katılımcıların büyük bir bölümü maddi durumlarını gelir gider denk olarak ifade etmiştir (%76,3'ü).

Her iki gruptaki katılımcıların yarısından fazlasının cerrahi tedavi almış olduğu bulunmuştur (%57,5). Radyoterapi alan 65 yaş ve üstü grubun %28,0'i, 65 yaş altı grubun %18,3'üdür. İmmünoterapi almış olan toplamda 3 katılımcı bulunduğu için bu veri analiz edilmemiştir. Katılımcıların %66.7'si kemoterapi dışında kansere yönelik en az 1 tedavi almıştır.

Tablo 4.3. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre DBGÖ puan ortancalarının dağılımları

	Psikolojik İhtiyaçlar	Sağlık Hizmeti ve Bilgilendirme İhtiyaçları	Günlük Yaşam İhtiyaçları	Cinsellik İhtiyaçları	DBGÖ Toplam
	Ortanca(Ç1-Ç3)	Ortanca(Ç1-Ç3)	Ortanca(Ç1-Ç3)	Ortanca(Ç1-Ç3)	Ortanca(Ç1-Ç3)
Cinsiyet					
Kadın	1,85(1,42-2,53)	2,10(1,66-2,62)	3,00(2,40-3,60)	1,00(1,00-1,33)	2,12(1,76-2,51)
Erkek	1,42(1,14-1,85)	1,92(1,64-2,35)	2,20(1,60-2,80)	1,00(1,00-1,66)	1,79(1,54-2,10)
İstatistik*	Z=-4,379; p=0,000	Z=-1,877; p=0,060	Z=-5,338; p=0,000	Z=1,758; p=0,079	Z=-4,118; p=0,000
Medeni durum					
Evli	1,57(1,14-2,14)	2,00(1,71-2,50)	2,50(1,80-3,40)	1,00(1,00-1,66)	1,98(1,62-2,37)
Bekar	1,85(1,28-2,39)	1,85(1,55-2,42)	2,80(2,20-3,25)	1,00(1,00-1,00)	2,00(1,65-2,20)
İstatistik*	Z=1,562; p=0,118	Z=-1,023; p=0,306	Z=0,470; p=0,639	Z=-2,907; p=0,004	Z=-1,153; p=0,878
Kiminle yaşadığı					
Evde yalnız ^a	1,64(1,14-2,71)	1,85(1,41-2,57)	3,20(2,40-3,40)	1,00(1,00-1,00)	2,05(1,51-2,50)
Evde eş/partner ^b	1,57(1,14-2,14)	2,00(1,71-2,50)	2,50(1,80-3,40)	1,00(1,00-1,66)	1,98(1,62-2,37)
Çocuk/akraba ile ^c	1,85(1,39-2,32)	1,85(1,55-2,35)	2,50(1,40-3,20)	1,00(1,00-1,00)	1,94(1,65-2,17)
İstatistik**	$\chi^2 = 3,007; p=0,222$	$\chi^2=1,729; p=0,421$	$\chi^2=2,911; p=0,233$	$\chi^2=9,925; p=0,007$ a,b	$\chi^2=0,264; p=0,876$
İkamet yeri					
Ankara içi	1,57(1,28-2,14)	1,92(1,64-2,42)	2,40(1,80-3,40)	1,00(1,00-1,66)	1,96(1,62-2,31)
Ankara dışı	1,57(1,14-2,14)	2,00(1,64-2,57)	2,80(2,00-3,20)	1,00(1,00-1,66)	2,03(1,68-2,41)
İstatistik*	Z=0,191; p=0,849	Z=0,615; p=0,539	Z=0,284; p=0,776	Z=-0,543; p=0,587	Z=0,541; p=0,588
Eğitim durumu					
İlköğretim ^a	1,71(1,28-2,64)	1,92(1,57-2,42)	3,10(2,25-3,55)	1,00(1,00-1,25)	2,05(1,68-2,36)
Ortaöğretim ^b	1,57(1,14-2,00)	2,00(1,64-2,42)	2,20(1,80-3,00)	1,00(1,00-1,66)	1,89(1,58-2,34)
Yükseköğretim ^c	1,57(1,28-2,00)	2,07(1,78-2,57)	2,40(1,60-3,00)	1,00(1,00-1,66)	2,10(1,62-2,31)
İstatistik**	$\chi^2=3,787; p=0,151$	$\chi^2=3,521; p=0,172$	$\chi^2=13,790; p=0,001$ a,b; a,c	$\chi^2=9,046; p=0,011$ a,c	$\chi^2=1,855; p=0,396$

Tablo 4.3. (Devam) Katılımcıların DBGÖ puan dağılımları

		Psikolojik İhtiyaçlar	Sağlık Hizmeti ve Bilgilendirme İhtiyaçları	Günlük Yaşam İhtiyaçları	Cinsellik İhtiyaçları
		Ortanca(Ç1-Ç3)	Ortanca(Ç1-Ç3)	Ortanca(Ç1-Ç3)	Ortanca(Ç1-Ç3)
En az 1 tedavi almış olma durumu					
Yok	1,57(1,14-2,03)	1,92(1,64-2,37)	2,40(1,80-3,00)	1,00(1,00-1,66)	1,93(1,58-2,28)
Var	1,57(1,28-2,28)	2,00(1,64-2,50)	2,80(1,85-3,40)	1,00(1,00-1,66)	2,00(1,66-2,37)
İstatistik*	Z=0,715; p=0,475	Z=0,625; p=0,532	Z=1,750; p=0,080	Z=-0,190; p=0,849	Z=1,038; p=0,299

*Normal dağılıma sahip olmayan 2 bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" testi(Z tablo değeri) kullanılmıştır.

** Normal dağılıma sahip olmayan 3 veya daha fazla bağımsız grupların karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ^2 -tablo değeri) kullanılmıştır.

Tablo 4.3.'te katılımcıların DBGÖ puan dağılımları verilmiştir. Cinsiyete göre DBGÖ puan ortancalarının dağılımı incelendiğinde, kadınların DBGÖ toplam puan, psikolojik ihtiyaçlar ve günlük yaşam ihtiyaçları alt boyutları puan ortancaları erkeklerden daha yüksek görülmüştür (DBGÖ toplam: $Z=-4,118$, $p=0,000$; Psikolojik: $Z=-4,379$, $p=0,000$; Günlük yaşam: $Z=-5,338$, $p=0,000$). Medeni durumda ise evli katılımcıların günlük yaşam alt boyut puan ortancalarının bekar katılımcılara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($Z=-2,907$; $p=0,004$). Ayrıca, evli katılımcılar cinsellik ihtiyaçları alanında da bekar katılımcılara oranla daha fazla ihtiyaç belirtmiştir ($Z=-2,907$; $p=0,004$). Katılımcıların kiminle yaşadığına göre yapılan grupta, sadece cinsellik ihtiyaçları alt boyutunda anlamlı farklılık bulunmuştur. Evde eş/partneriyle yaşayan katılımcıların cinsellik ihtiyacı puan ortancası, evde yalnız yaşayan katılımcılara oranla daha yüksektir ($\chi^2=9,925$; $p=0,007$). Ankara içi ve Ankara dışında ikamet eden katılımcıların, DGBÖ toplam puan ortancaları ve ölçek alt boyutlarının puan ortancaları arasında farklılık bulunmamıştır. Katılımcıların eğitim durumuna göre puan ortancalarını incelediğimizde ise günlük yaşam ve cinsellik ihtiyaçları alt boyutlarında farklılık bulunmuştur (Günlük yaşam: $\chi^2=13,790$; $p=0,001$, Cinsellik: $\chi^2=9,046$; $p=0,011$). İlköğretim mezunu katılımcıların, hem ortaöğretim hem de yükseköğretim mezunu olan katılımcılara oranla günlük yaşam ihtiyaçları alt boyutunda daha fazla ihtiyaçları olduğu bulunmuştur. Cinsellik alt boyutunda ise ihtiyaçların, eğitim düzeyi ilköğretim olan katılımcılarda, eğitim düzeyi yükseköğretim olan katılımcılardan daha az olduğundan ortaya çıkmıştır. Kemoterapi dışında cerrahi tedavi, radyoterapi veya immünoterapiden en az birini almış hastaların DGBÖ toplam ve alt ölçek puan ortancaları ile kemoterapi tedavisi gören hastaların DGBÖ puanları arasında anlamlı farka rastlanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.4. Katılımcıların yaş gruplarına göre DBGÖ puan ortancalarının dağılımı

DBGÖ	Toplam	65≥	65<	İstatistik
	Ortanca (Ç1-Ç3)	Ortanca (Ç1-Ç3)	Ortanca (Ç1-Ç3)	
Psikolojik İhtiyaçlar	1,57(1,14-2,14)	1,42(1,14-2,14)	1,71(1,28-2,28)	Z=-1,697 p=0,090
Sağlık Hizmeti ve Bilgilendirme İhtiyaçları	2,00(1,65-2,45)	1,79(1,64-2,17)	2,21(1,82-2,68)	Z=-3,918 p=0,000
Günlük Yaşam İhtiyaçları	2,60(1,80-3,40)	2,40(1,80-3,20)	2,60(2,00-3,40)	Z=-1,553 p=0,120
Cinsellik İhtiyaçları	1,00(1,00-1,67)	1,00(1,00-1,00)	1,33(1,00-1,66)	Z=-4,945 p=0,000
DBGÖ Toplam	1,92(1,60-2,25)	1,76(1,52-2,09)	2,06(1,70-2,43)	Z=-3,771 P=0,000

*Veriler, Mann Whitney U testi kullanılarak analiz edilmiştir.

Katılımcıların DBGÖ puan ortancaları yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 4.4.'de verilmiştir. DBGÖ toplam puan ve ölçeğin alt boyutlarının normal dağılmadığı için veri analizleri nonparametrik testlerle yapılmıştır. DBGÖ toplam puan ortancası, 65 yaş ve üstü katılımcılarda 1,76(Ç1=1,52-Ç3=2,09) iken, 65 yaş altı katılımcılarda 2,06(Ç1=1,70-Ç3=2,43)'dür. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($Z=3,771$; $p=0,000$).

Sağlık hizmeti ve bilgilendirme ihtiyacı alt boyutunda ise 65 yaş ve üstü grubun puan ortancası 1,79 iken 65 yaş altı grubun puan ortancası 2,21 bulunmuştur. Aradaki bu fark anlamlıdır ($Z= -3,918$; $p=0,000$) ve her iki grubun toplamda almış olduğu puan ortancası 2,00(Ç1=1,65; Ç3=2,45)] bulunmuştur.

Altmış beş yaş üstü katılımcıların günlük yaşam ihtiyaçları puan ortancası 2,40 iken, 65 yaş altı katılımcıların puan ortancası ise 2,60 olarak bulunmuştur. Aradaki fark anlamlı değildir ($Z=-1,553$; $p=0,120$). İki grubun toplam puan ortancası ise 2,60'tır.

Cinsellik boyutunda ise 65 yaş ve üstü katılımcıların olduğu grubun puan ortancası 1,00 iken, 65 yaş altı katılımcıların olduğu grubun puan ortancası 1,33'tür. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($Z=-4,945$; $p=0,000$). Cinsellik alt boyutunda her iki grubun aldığı toplam puan ise 1,00(Ç1=1,00-Ç3=1,67) bulunmuştur.

Tüm katılımcıların DBGÖ alt ölçek puanları göz önünde bulundurulduğunda, en fazla ihtiyacın günlük yaşam alanında olduğu bulunmuştur [Med=2,60(Ç1=1,80; Ç3=3,40)]. Bu boyutu sırasıyla, sağlık hizmeti ve bilgilendirme ihtiyacı [Med=2,00(Ç1=1,65; Ç3=2,45)] ve psikolojik ihtiyaçlar [Med=1,57(Ç1=1,14; Ç3=2,14)] izlemektedir. En az ihtiyaç ifade edilen boyut ise cinsellik ihtiyacı boyutudur[Med=1,00 (Ç1=1,00-Ç3=1,67)]. Yaş grupları arasında karşılanmamış ihtiyaçların sırası aynı kalmıştır ancak sağlık hizmeti ve bilgilendirme ihtiyaçları ve cinsellik ihtiyaçları alt boyutlarında ihtiyacın düzeyi farklılık göstermiştir. Altmış beş yaş ve üstü bireylerin 65 yaş altı bireylere oranla sağlık hizmeti ve bilgilendirme ihtiyaçları ve cinsellik ihtiyaçları alt boyutlarında daha az ihtiyaç belirtmiştir (Sağlık Hizmeti ve Bilgilendirme İhtiyaçları: $Z=-3,918$; $p=0,000$, Cinsellik İhtiyaçları: $Z=-4,945$; $p=0,000$).

Tablo 4.5. Katılımcıların cinsiyetlerine göre DBGÖ puan ortancalarının dağılımı

	65≥		65<		Yaş grupları arası	
	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek
	Ortanca(Ç1-Ç3)	Ortanca(Ç1-Ç3)	Ortanca(Ç1-Ç3)	Ortanca(Ç1-Ç3)	Ortanca(Ç1-Ç3)	Ortanca(Ç1-Ç3)
Psikolojik İhtiyaçlar	1,78(1,28-2,43)	1,28(1,00-1,71)	1,92(1,53-2,71)	1,42(1,14-2,00)	Z=-1,338 p=0,181	Z=-1,381 p=0,167
	Z=-3,074; p=0,002		Z=-3,139; p=0,002			
Sağlık Hizmeti ve Bilgilendirme İhtiyaçları	1,96(1,67-2,30)	1,79(1,57-2,00)	2,35(1,84-2,79)	2,07(1,79-2,50)	Z=-2,867 p=0,004	Z=-2,803 p=0,005
	Z=-1,248; p=0,212		Z=-1,508; p=0,132			
Günlük Yaşam İhtiyaçları	3,00(2,35-3,40)	1,80(1,40-2,40)	3,00(2,40-3,80)	2,20(1,80-3,00)	Z=-0,753 p=0,451	Z=-2,068 p=0,039
	Z=-4,461; p=0,000		Z=-3,174; p=0,002			
Cinsellik İhtiyaçları	1,00(1,00-1,00)	1,00(1,00-1,67)	1,33(1,00-1,66)	1,33(1,00-1,66)	Z=-4,990 p=0,000	Z=-2,134 p=0,033
	Z=2,688; p=0,007		Z=0,458; p=0,647			
DBGÖ toplam	1,97(1,69-2,17)	1,62(1,48-1,90)	2,27(1,93-2,71)	2,00(1,69-2,31)	Z=-2,910 p=0,004	Z=-3,059 p=0,002
	Z=-3,528; p=0,000		Z=-2,933; p=0,003			

Tablo 4.5.'de katılımcıların cinsiyetlerine göre DBGÖ puan ortancalarının dağılımı verilmiştir. Psikolojik ihtiyaçlar alt boyutuna baktığımızda, hem 65 yaş ve üstü, hem de 65 yaş altı grupta kadınların erkeklere göre daha fazla ihtiyaç belirttikleri görülmüştür (65 yaş ve üstü: $Z=-3,074$; $p=0,002$, 65 yaş altı: $Z=-3,139$; $p=0,002$). Ancak, bu fark yaş grupları arasında anlamlı bulunmamıştır (Kadın: $Z=-1,338$; $p=0,181$, Erkek: $Z=-1,381$; $p=0,167$).

Sağlık hizmeti ve bilgilendirme ihtiyaçları alt boyutunda, hem 65 yaş ve üstü hem de 65 yaş altı grupta, kadınların ve erkeklerin puan ortancaları arasında fark bulunmamıştır (65 yaş ve üstü: $Z=-1,248$; $p=0,212$, 65 yaş altı: $Z=-1,508$; $p=0,132$). Yaş grupları arasında ise hem kadınların hem de erkeklerin puan ortancası arasında fark bulunduğu (Kadın: $Z=-2,867$; $p=0,004$; Erkek: $Z=-2,80$; $p=0,005$), 65 yaş ve üstündeki hastaların bu alt boyutta diğer gruba göre daha az ihtiyaç belirttikleri görülmektedir.

Günlük Yaşam İhtiyaçları alt boyutuna baktığımızda, hem 65 yaş ve üstü hem de 65 yaş altı grupta kadınların erkeklere göre daha fazla ihtiyaç belirttikleri görülmüştür (65 yaş ve üstü: $Z=-4,461$; $p=0,000$, 65 yaş altı: $Z=-3,174$; $p=0,002$). Ancak, bu fark gruplar arası düzeyde kadın katılımcılarda anlamlı bulunmazken ($Z=-0,753$; $p=0,451$), erkek katılımcılarda anlamlı bulunmuştur ($Z=-2,068$; $p=0,039$).

Cinsellik ihtiyaçları alt boyutunda ise 65 yaş ve üstü kadın katılımcıların ihtiyaç belirtmediği, erkeklerin ise düşük düzeyde ihtiyaç belirttiği, aradaki farkın ise anlamlı olduğu görülmüştür ($Z=2,688$; $p=0,007$). Altmış beş yaş altı grupta ise erkek ve kadın katılımcıların benzer düzeyde ihtiyaç belirtmişlerdir. Yaş grupları arasında ise hem kadınlarda hem de erkeklerde 65 yaş altı katılımcıların 65 yaş ve üstü katılımcılara oranla daha fazla ihtiyaç belirttiği bulunmuştur (Kadın: $Z=-4,990$; $p=0,000$, Erkek: $Z=-2,134$; $p=0,033$).

DBGÖ toplam puan ortancalarına göre hem gruplar içinde hem de gruplar arasında fark bulunmuştur. Hem 65 yaş ve üzeri hem 65 yaş altı grupta kadınlar erkeklere oranla daha fazla ihtiyaç belirtmiştir (65 yaş ve üstü: $Z=-3,528$; $p=0,000$, 65 yaş altı: $Z=-2,933$; $p=0,003$). Yaş grupları arasında ise her iki cinsiyette de 65 yaş altı katılımcılar daha fazla ihtiyaç belirtmişlerdir (Kadın: $Z=-2,910$; $p=0,00$, Erkek: $Z=-3,059$; $p=0,002$).

Tablo 4.6. Katılımcıların medeni durumlarına göre DBGÖ puan ortancalarının dağılımı

	65≥		65<		Yaş grupları arası	
	Evli	Bekar	Evli	Bekar	Evli	Bekar
	Ortanca(Ç1-Ç3)	Ortanca(Ç1-Ç3)	Ortanca(Ç1-Ç3)	Ortanca(Ç1-Ç3)	Ortanca(Ç1-Ç3)	Ortanca(Ç1-Ç3)
Psikolojik İhtiyaçlar	1,43(1,14-2,11)	1,86(1,29-2,21)	1,71(1,29-2,14)	1,71(1,29-2,79)	Z=-1,951 p=0,051	Z=-0,249 p=0,807
	Z=1,681; p=0,093		Z=0,706; p=0,480			
Sağlık Hizmeti ve Bilgilendirme İhtiyaçları	1,86(1,59-2,20)	1,79(1,64-2,25)	2,21(1,85-2,64)	2,36(1,46-2,75)	Z=-3,759 p=0,000	Z=-0,657 p=0,529
	Z=-0,078; p=0,938		Z=-0,505; p=0,614			
Günlük Yaşam İhtiyaçları	2,30(1,60-3,15)	3,00(2,30-3,30)	2,80(2,00-3,40)	2,40(1,40-3-30)	Z=-2,291 p=0,022	Z=1,035 p=0,309
	Z=1,787; p=0,074		Z=-1,105; p=0,269			
Cinsellik İhtiyaçları	1,00(1,00-1,00)	1,00(1,00-1,00)	1,33(1,00-1,67)	1,00(1,00-1,00)	Z=-4,737 p=0,000	Z=-0,475 p=0,807
	Z=0,813; p=0,416		Z=-2,669; p=0,008			
DBGÖ toplam	1,80(1,56-2,15)	1,97(1,72-2,12)	2,10(1,80-2,47)	2,03(1,52-2,69)	Z=-4,011 p=0,000	Z=-0,302 p=0,780
	Z=1,375; p=0,169		Z=0,643; p=0,520			

Tablo 4.6.'da katılımcıların medeni durumuna göre DBGÖ puan ortancalarının dağılımı yer almaktadır. DGBÖ Psikolojik ihtiyaçlar alt boyutu incelendiğinde, 65 yaş altında evli ve bekar katılımcıların puan ortancaları arasında anlamlı bir fark bulunmazken, 65 yaş ve üstü grupta, bekar katılımcıların evli katılımcılara oranla daha fazla ihtiyaç belirttikleri görülmüştür (65 yaş ve üstü: $Z=1,681$; $p=0,093$, 65 yaş altı: $Z=0,706$; $p=0,480$). Ancak, bu fark yaş grupları arası düzeyde hem evli hem de bekar katılımcılar için anlamlı bulunmamıştır (Evli: $Z=-1,951$; $p=0,051$, Bekar: $Z=-0,249$; $p=0,807$). Sağlık hizmeti ve bilgilendirme ihtiyaçları alt boyutunda ise gruplar içinde fark bulunmazken, yaş grupları arasında evli katılımcılar arasında fark bulunmuştur. Altmış beş yaş altı evli katılımcılar, 65 yaş ve üstü evli katılımcılara oranla daha fazla ihtiyaç belirtmişlerdir ($Z=-3,759$; $p=0,000$). Benzer şekilde günlük yaşam ihtiyacı altı boyutunda ve DBGÖ toplamında da 65 yaş altı evli katılımcılar, 65 yaş ve üstü evli katılımcılara oranla daha fazla ihtiyaç belirtmektedir (Günlük Yaşam İhtiyaçları: $Z=-2,291$; $p=0,022$, DBGÖ toplam: $Z=-4,011$; $p=0,000$). Cinsellik boyutunda ise 65 yaş altı evli katılımcıların karşılanmamış ihtiyaçlarının 65 yaş altı bekar katılımcılara oranla daha fazla olduğu ($Z=-2,669$; $p=0,008$), gruplar arası karşılaştırmada da evli katılımcıların bekar katılımcılara oranla daha fazla ihtiyaç belirttiği görülmüştür ($Z=-4,737$; $p=0,000$).

Tablo 4.7. Katılımcıların ikamet yerine göre DBGÖ puan ortancalarının dağılımı

	65≥		65<		Yaş grupları arası	
	Ankara içi	Ankara dışı	Ankara içi	Ankara dışı	Ankara içi	Ankara dışı
	Ortanca(Ç1-Ç3)	Ortanca(Ç1-Ç3)	Ortanca(Ç1-Ç3)	Ortanca(Ç1-Ç3)	İstatistik	
Psikolojik İhtiyaçlar	1,43(1,14-2,04)	1,57(1,14-2,14)	1,71(1,29-2,50)	1,78(1,18-2,14)	Z=-1,510 p=0,131	Z=-1,208 p=0,227
	Z=0,35; p=0,72		Z=0,30; p=0,79			
Sağlık Hizmeti ve Bilgilendirme İhtiyaçları	1,79(1,63-2,23)	2,00(1,64-2,14)	2,14(1,79-2,60)	2,46(1,94-2,77)	Z=-2,844 p=0,004	Z=-2,191 p=0,028
	Z=0,44; p=0,66		Z=1,50; p=0,13			
Günlük Yaşam İhtiyaçları	2,40(1,75-3,25)	2,60(1,80-3,20)	2,60(2,00-3,40)	2,80(2,05-3,55)	Z=-1,315 p=0,188	Z=-1,209 p=0,304
	Z=0,37; p=0,71		Z=0,41; p=0,69			
Cinsellik İhtiyaçları	1,00(1,00-1,00)	1,00(1,00-1,00)	1,33(1,00-1,67)	1,16(1,00-1,67)	Z=-4,386 p=0,000	Z=-1,358 p=0,174
	Z=0,78; p=0,44		Z=-0,35; p=0,73			
DBGÖ toplam	1,82(1,58-2,10)	1,90(1,62-2,17)	2,07(1,72-2,48)	2,28(1,80-2,50)	Z=-2,929 p=0,003	Z=-1,959 p=0,050
	Z=0,68; p=0,50		Z=1,05; p=0,30			

Tablo 4.7.'de katılımcıların ikamet ettikleri yerlere göre DBGÖ puan ortancalarının dağılımı verilmiştir. Katılımcıların psikolojik ve günlük yaşam ihtiyaçları incelendiğinde, ikamet ettikleri yerin grup içinde ve gruplar arasında bir farka yol açmadığı görülmektedir. Ancak sağlık hizmeti ve bilgilendirme ihtiyacı puan ortancalarının, 65 yaş altı katılımcılarda 65 yaş ve üstü katılımcılardan daha fazla olduğu bulunmuştur (Ankara içi: $Z=-2,844$; $p=0,004$, Ankara dışı: $Z=-2,191$; $p=0,028$). Cinsellik ihtiyacı alt boyutu ve DBGÖ toplam puanlara baktığımızda, 65 yaş altı Ankara içinde yaşayan grubun 65 üstü Ankara içinde yaşayan gruba oranla daha fazla ihtiyaç belirttikleri bulunmuştur (Cinsellik: $Z=-4,386$; $p=0,000$, BDGÖ toplam: $Z=-2,929$; $p=0,003$).



Tablo 4.8. Katılımcıların eğitim durumuna göre DBGÖ puan ortancalarının dağılımı

	65≥			65<			Yaş grupları arası		
	İlköğretim ^a	Ortaöğretim ^b	Yükseköğretim ^c	İlköğretim ^a	Ortaöğretim ^b	Yükseköğretim ^c	İlköğretim ^a	Ortaöğretim ^b	Yükseköğretim ^c
	Ortanca(Ç1-Ç3)	Ortanca(Ç1-Ç3)	Ortanca(Ç1-Ç3)	Ortanca(Ç1-Ç3)	Ortanca(Ç1-Ç3)	Ortanca(Ç1-Ç3)	İstatistik		
Psikolojik İhtiyaçlar	1,71 (1,14-2,43)	1,43 (1,14-1,71)	1,35 (1,10-2,04)	1,79 (1,43-2,86)	1,64 (1,14-2,18)	1,71 (1,29-2,00)	Z=-0,867 p=0,386	Z=-1,577 p=0,115	Z=-1,177 p=0,239
	$\chi^2 = 3,841; p=0,147$			$\chi^2 = 1,426; p=0,490$					
Sağlık Hizmeti ve Bilgilendirme İhtiyaçları	1,78 (1,50-2,21)	1,86 (1,64-2,18)	1,92 (1,66-2,20)	2,32 (1,70-2,60)	2,07 (1,77-2,79)	2,35 (1,93-2,64)	Z=-1,965 p=0,049	Z=-1,964 p=0,049	Z=-2,566 p=0,010
	$\chi^2 = 0,673; p=0,714$			$\chi^2 = 1,201; p=0,549$					
Günlük Yaşam İhtiyaçları	3,00 (2,20-3,40)	2,20 (1,60-2,70)	1,90 (1,35-2,85)	3,20 (2,35-3,60)	2,40 (2,00-3,40)	2,60 (1,90-3,30)	Z=-0,507 p=0,612	Z=-1,706 p=0,088	Z=-1,831 p=0,067
	$\chi^2 = 14,117; p=0,001; a,b,c$			$\chi^2 = 3,248; p=0,197$					
Cinsellik İhtiyaçları	1,00 (1,00-1,00)	1,00 (1,00-1,00)	1,00 (1,00-1,67)	1,67 (1,00-1,67)	1,00 (1,00-1,67)	1,67 (1,00-2,17)	Z=-3,440 p=0,001	Z=-2,559 p=0,010	Z=-2,179 p=0,029
	$\chi^2 = 2,933; p=0,231$			$\chi^2 = 3,586; p=0,166$					
DBGÖ toplam	1,97 (1,64-2,21)	1,80 (1,57-1,99)	1,62 (1,52-2,12)	2,10 (1,78-2,71)	2,01 (1,69-2,46)	2,24 (1,88-2,48)	Z=-1,616 p=0,106	Z=-2,376 p=0,017	Z=-2,945 p=0,003
	$\chi^2 = 3,469; p=0,176$			$\chi^2 = 0,967; p=0,617$					

Tablo 4.8.'de katılımcıların eğitim durumuna göre DBGÖ puan ortancalarının dağılımı verilmiştir. DGBÖ Psikolojik ihtiyaçlar alt boyutu incelendiğinde, eğitim durumun grup içinde ve yaş grupları arasında bir farka yol açmadığı görülmektedir. Sağlık hizmeti ve bilgilendirme ihtiyaçları ve cinsellik ihtiyaçları alt boyutunda ise tüm öğretim düzeylerinde 65 yaş altındaki katılımcıların daha fazla ihtiyaç belirttikleri bulunmuştur (Sağlık hizmeti ve bilgilendirme: ilköğr.: $Z=-1,965$; $p=0,049$, ortaöğr.: $Z=-1,964$; $p=0,049$, yükseköğr.: $Z=-2,566$; $p=0,01$, Cinsellik: ilköğr.: $Z=-3,440$; $p=0,001$, ortaöğr.: $Z=-2,559$; $p=0,010$, yükseköğr.: $Z=-2,179$; $p=0,0290$). Günlük yaşam ihtiyaçları alt boyutuna baktığımızda, 65 yaş ve üstündeki ilkokul mezunu katılımcıların, hem ortaöğretim hem de yükseköğretim mezunu katılımcılara oranla daha fazla ihtiyaç belirttikleri olduğu bulunmuştur ($k^2=14,117$; $p=0,001$). DBGÖ toplam puanları değerlendirildiğinde ilköğretim mezunu katılımcıların gruplar arası analizinde fark bulunmazken ($Z=-1,616$; $p=0,106$), orta öğretim ve yükseköğretim düzeyinde, 65 yaş altı katılımcıların 65 yaş ve üstü katılımcılara oranla daha fazla ihtiyaç belirttiği görülmektedir (Ortaöğr.: $Z=-2,376$; $p=0,017$, Yükseköğr.: $Z=-2,945$; $p=0,003$).

Tablo 4.9. Katılımcıların kemoterapi dışında tedavi almış olma durumuna göre DBGÖ puan ortancalarının dağılımı

Kemoterapi dışında en az 1 tedavi almış olma durumu	65≥		65<		Yaş grupları Arası İstatistik	
	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var
	Ortanca(Ç1-Ç3)	Ortanca(Ç1-Ç3)	Ortanca(Ç1-Ç3)	Ortanca(Ç1-Ç3)		
Psikolojik İhtiyaçlar	1,42(1,14-2,07)	1,50(1,14-2,14)	1,86(1,21-2,07)	1,64(1,32-2,53)	Z=-0,738 p=0,460	Z=-1,546 p=0,122
	Z=0,458; p=0,643		Z=0,585; p=0,569			
Sağlık Hizmeti ve Bilgilendirme İhtiyaçları	1,71(1,50-2,00)	1,92(1,64-2,28)	2,28(1,86-2,78)	2,17(1,78-2,64)	Z=-3,497 p=0,000	Z=-2,420 p=0,016
	Z=1,721; p=0,081		Z=-0,432; p=0,664			
Günlük Yaşam İhtiyaçları	2,20(1,60-2,90)	2,60(1,80-3,40)	2,60(2,00-3,40)	2,80(2,00-3,40)	Z=-1,791 p=0,073	Z=-0,727 p=0,467
	Z=2,089; p=0,042		Z=0,536; p=0,601			
Cinsellik İhtiyaçları	1,00(1,00-1,00)	1,00(1,00-1,00)	1,00(1,00-1,67)	1,33(1,00-1,67)	Z=-1,602 p=0,109	Z=-4,421 p=0,000
	Z=-1,167; p=0,236		Z=0,989; p=0,321			
DBGÖ toplam	1,69(1,51-2,03)	1,90(1,62-2,17)	2,07(1,72-2,43)	2,17(1,74-2,58)	Z=-2,986 p=0,000	Z=-2,631 p=0,009
	Z=1,679; p=0,091		Z=0,242; p=0,803			

Tablo 4.9.'da katılımcıların kemoterapi dışında tedavi almış olma durumuna göre DBGÖ puan ortancalarının dağılımı verilmiştir. Psikolojik ihtiyaçlar boyutunda, grup içinde ve gruplar arasında fark olmadığı görülmektedir. Sağlık hizmeti ve bilgilendirme ihtiyaçları alt boyutu ve DBGÖ toplam puanında ise hem sadece kemoterapi alan katılımcılar, hem de kemoterapi dışında en az bir tedavi almış olan katılımcıların puan ortancaları grup içinde farklılaşmazken, her iki grupta yaş grupları arası fark bulunduğu görülmektedir. Altmış beş yaş altı katılımcılar 65 yaş ve üstü katılımcılara oranla daha fazla ihtiyaç belirtmişlerdir (Sadece kemoterapi: $Z=-3,497$; $p=0,000$, Kemoterapi dışında en az bir tedavi: $Z=-2,420$; $p=0,016$). Günlük yaşam ihtiyaçlarına baktığımızda, yalnızca 65 yaş ve üstü katılımcılarda grup içi fark olduğu, kemoterapi dışında en az bir tedavi alan katılımcıların, sadece kemoterapi alan katılımcılara oranla daha fazla ihtiyaç belirttiği görülmektedir ($Z=2,089$; $p=0,042$).

5. TARTIŞMA

Ayaktan kemoterapi alan kanser hastaları, hem hastalık tanısının neden olduğu kriz hem de kemoterapinin getirdiği zorluklarla mücadele etmek durumundadır. Bu mücadele, hasta ve ailesini hem fiziksel hem de psikososyal olarak zorlamakta ve bakım gereksinimlerini arttırmaktadır. Artan bu gereksinimlerin karşılanabilmesi, hastalara hizmet sunan kişilerin bu ihtiyacı fark etmeleri ve ele almaları ile mümkün olacaktır (36, 95, 99, 122, 128). Yaşlı hastalar içinde buldukları yaşam döneminin bir özelliği olarak daha incinebilir bir gruba oluşturmaktadır. Bu grubun gereksinimlerinin diğer hastalara göre daha farklı olması beklenmektedir (34, 41, 51, 204). Ayaktan kemoterapi alan kanser hastalarının karşılanmamış destekleyici bakım gereksinimlerinin yaş bağlamında incelenmesi amacıyla yürütülen bu çalışma sonucunda elde edilen veriler, iki bölümde tartışılmaktadır.

Ayaktan kemoterapi alan kanser hastalarının karşılanmamış destekleyici bakım gereksinimleri;

Çalışmamızda, ayaktan kemoterapi alan kanser hastalarının aldıkları DBGÖ toplam ortalama puanları sonucunda, katılımcıların destekleyici bakım gereksinimlerinin karşılandığı şeklinde yorumlanabilir (Tablo 4.4). Literatürde, kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimlerine yönelik farklı sonuçlar yer almakta ve bu farklılık, destekleyici bakım gereksinimlerinin, sağlık sistemi (36, 135, 141), kanserin tipi (35, 37) hasta özellikleri (21-23, 35), tedavinin şekli ve aşaması (77, 123, 143) gibi faktörlerine bağlı olarak değişebildiği görülmektedir. Boyes ve ark. (2012) tarafından gerçekleştirilen geniş örneklemlili bir çalışmada, katılımcıların yarıya yakını (%42) gereksinim belirtmezken, %21'i düşük düzeyde karşılanmayan gereksinim bildirmiştir (181). Yine Boyes ve ark. (2015) tarafından ayaktan tedavi sürecindeki hematolojik kanser hastalarıyla yapılan çalışmada, hastaların %51'i 'orta ila yüksek' düzeyde, gereksinim bildirmiştir (33). Sakamoto ve ark.(2017)'nin Japonya'da ayaktan kemoterapi alan kolorektal kanseri tanılı hastalarla yaptığı çalışmada ise katılımcıların %58'i karşılanmamış gereksinim bildirmemiştir (205). Ülkemizde ise, karşılanmamış gereksinim kavramını ele alan özgün çalışmalar oldukça sınırlı sayıdadır. Bu çalışmalarda, karşılanmamış ihtiyaçların günlük yaşam ihtiyaçları ve sağlık hizmeti ve

bilgilendirme alt boyutlarına odaklanılmış, genel olarak bir değerlendirme sunacak veri elde ortaya konmamıştır (206, 207).

Çalışmamızda, katılımcıların DBGÖ alt boyutlarının puan ortancaları incelendiğinde en fazla gereksinimin, günlük yaşam boyutunda olduğu bulunmuştur. İkinci sırada ise sağlık hizmeti ve bilgilendirme ihtiyacı yer almaktadır (Tablo 4.4.). Literatürü (25, 33, 135, 181, 208-214) incelediğimizde, karşılanmamış gereksinimlerin öncelik sıralamasının tanı ve tedavi sürecine ve ayaktan ya da yatan hasta olma durumuna göre değişiklik gösterdiği görülmektedir. Klinikte yatarak tedavi gören hastaların, daha çok fiziksel/günlük yaşam aktiviteleri alanında karşılanmamış gereksinimlerinin olduğu (208, 209, 212), ancak ayaktan tedavi gören hastaların psikolojik alanda karşılanmamış gereksinimlerinin ön plana çıktığı görülmektedir (25, 33, 210, 211, 213). Boyes ve ark. (2012) tarafından, büyük bir bölümü son bir ay içinde aktif tedavi almayan hastalarla yürütülen çalışmada, karşılanmamış psikolojik gereksinimlerin ilk sırada, günlük yaşama yönelik gereksinimlerinin ise ikinci sırada olduğu görülmüştür (181). Her ne kadar ayaktan tedavi almakta olan hastaların daha çok psikolojik alanda gereksinim belirttiklerine yönelik çalışmalar varsa da bizim çalışmamızda hastalar günlük yaşam aktivitelerinde daha fazla gereksinim belirtmiştir. Bu durumun, kemoterapinin günlük yaşamı sekteye uğraticı etkisinin bir sonucu olduğu düşünülmektedir. Nitekim, Türkiye’de 2005 yılında Gözüm ve Akçay’ın (2005) ayaktan kemoterapi alan hastalarla yaptığı çalışmada, çalışmamız ile benzer olarak günlük yaşam gereksinimleri en fazla gereksinim bildirilen alan olarak bulunmuştur (207). Temiz ve Durna’nın (2019) en az iki doz kemoterapi almış olan 450 hasta ile yaptığı çalışmada da hastaların en çok günlük yaşam ihtiyaçları alanında gereksinim belirttiği, ikinci sırada ise psikolojik ihtiyaçlarının olduğu bulunmuştur (206).

Çalışmamızda katılımcıların en düşük düzeyde belirtmiş oldukları gereksinim cinsellik alanıdır (Tablo 4.4.). Literatürde (33, 181, 206, 213) kanser tipine bakılmaksızın yapılan çalışmalarda, cinsellik ihtiyacı diğer gereksinimlere göre düşük oranda bulunmuştur. Ancak, cinselliği doğrudan etkileyen genito-üriner sistem kanserlerini hedef alan çalışmalarda, hastaların destekleyici cinsel bakım

gereksinimlerinin yüksek olduğu bulunmuştur (167, 168, 170, 215, 216). Genitoüriner sistem kanserlerinde hastalığın doğası gereği, hastaların yüksek düzeyde karşılanmamış cinsel gereksinim bildirmeleri beklendik bir durumdur. Bu çalışmaların bulgularına göre, kadın ve erkek hastalar cinsel sağlık ile ilgili bilgi, konuşma ve desteğe ihtiyaçları olduğunu belirtmişlerdir (167, 168, 171, 215). Çalışmamızda katılımcıların cinsellik alanında daha düşük puan almış olmalarının, ayırım göstermeksizin tüm kanser tiplerinin çalışmanın örnekleme dahil edilmiş olması ve kültürel özelliklerle bağlantılı olduğu düşünülmektedir. Literatürde (212, 217-221) kanser hastaları ile yapılan çalışmalarda, Asya kültürlerine sahip hastaların cinsellik ihtiyacı alt boyutunda daha düşük puan aldıklarını gösteren veriler bulunmaktadır. Kültürümüzde cinselliğin bir tabu olarak görüldüğü, sağlık profesyonellerinin bile hastaları ile cinselliği konuşmamayı tercih ettiği, hastaların cinsel ihtiyaçlarını dile getirmeye utandığı, bu ihtiyaçları dile getirirken ise kaygı yaşadığı bu durumun ise hastaların cinsellik ihtiyacının geri plana atılması ve cinsellik ihtiyacına olan değer azaltılması ile sonuçlandığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (168, 171, 222, 223).

Ayaktan kemoterapi alan 65 yaş ve üzeri hastalar ve 65 yaş altı hastaların karşılanmamış destekleyici bakım gereksinimleri arasında farklılıklar;

Çalışmamızda, 65 yaş altı katılımcılar DBGÖ toplam puanında, 65 yaş ve üstü katılımcılara oranla daha yüksek puan almışlardır (Tablo 4.4.). Literatürde, karşılanmamış ihtiyaçlar çalışmamızın desenine benzer bir desende, yaş bağlamında değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak, özgül bazı kanser türlerinde tanımlayıcı veriler arasında toplanan hasta yaşı ve destekleyici bakım gereksinimi analiz edilmiştir (20, 24, 223, 224). Bu çalışmalar incelendiğinde ise, birbirleri ile çelişen bulgulara rastlanmıştır. Çalışmamızdaki verilerle paralellik gösteren bazı çalışmalar, genç hastaların daha fazla ihtiyaç belirttiklerini bildirmektedir (33, 181, 217, 223, 225, 226). Boyes ve ark. (2015)'nin ayaktan tedavi alan hematolojik kanser hastalarıyla yaptığı çalışmada, 55 yaş altı katılımcıların diğer katılımcılara oranla, daha fazla karşılanmamış gereksinim belirttikleri bulunmuştur (33). Ng ve ark. (2012) Singapur'da, yatarak ve ayaktan tedavi alan meme, jinekolojik ve kolorektal kanseri olan hastalarla yaptığı çalışmada, 60 yaşın altında olan katılımcıların, diğer hastalara

oranla daha fazla ihtiyaç belirttiği bulunmuştur (217). Literatürde, incinebilir grupta yer alan yaşlı bireylere özel bakım gerektiği vurgulanmaktadır (27, 28). Puts ve ark. (2012) yapmış olduğu sistematik bir incelemede, yaşlı hastaların karşılanmamış gereksinimlerinin yüksek olduğunu ifade etmektedir (24). Ancak, çalışmamızda kullanılan veri toplama aracı, yaşlının sübjektif algısını ölçmekte ve yaşlı bireyin ifadelerine dayanmaktadır. Yaşlı bireylerin mevcut ihtiyaçlarını dile getirme, talepte bulunma, yardım isteme özellikleri ve alanları da kültürel değişkenlerden etkilenmektedir (190). Çalışma bulgularımızda yer alan bu sonucun, kültürel özelliklerin yaşlıların davranışlarının etkilemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

DBGÖ alt boyutlarında, 65 yaş altı katılımcılar ile 65 yaş ve üstü katılımcılar arasındaki farkın, cinsellik ihtiyacı alt boyutu ve sağlık hizmeti ve bilgilendirme ihtiyaçları alt boyutunda anlamlı farklılıklar olduğu görülmektedir (Tablo 4.4). Çalışmamızda 65 yaş ve üstü katılımcıların cinsellik alanında ihtiyaç belirtmedikleri bulunmuştur (Tablo 4.4). Yaşlılık ve cinsellik ile ilgili yapılan çalışmalarda, artan yaşın sonucu olarak fiziksel fonksiyonlarda azalma, eş kaybı, iş yitimi, ekonomik krizler, sağlığın kötüye gitmesi gibi cinselliği etkileyen faktörlerin cinsel aktivitede düşmeye neden olduğu ve bu dönemde cinsel yaşamın geri plana atıldığı belirtilmiştir (227-232). Amerika'da Mohamed ve ark. (2016), mesane kanseri olan hastalar ile yürüttükleri çalışmada, genç hastaların daha fazla cinsellik ihtiyacı olduğunu bulmuştur (20). Lopez ve ark. (2019) jinekolojik kanserli kadınlarla yürüttükleri nitel çalışmada, genç hastaların cinsellik ihtiyacının daha fazla olduğunu söylemektedir (223). Cinselliğin sadece gençlerde yaşanabileceği önyargısı, yaşlılıkta cinselliğin uygunsuz olarak görülmesi gibi toplumsal mitlerin (227, 233, 234) yaşlı bireyler tarafından içselleştirilerek cinsel yaşamdan kaçınmaya neden olduğu ve yaşlıların cinsel ihtiyaçlarını belirtmede zorlandıkları düşünülmektedir.

Çalışmamızda ayrıca 65 yaş ve üstü kadınların hiç cinsellik ihtiyacı belirtmediği, yaşlı erkek hastaların ise kadınlardan daha fazla oranda cinsellik ihtiyacı ifade ettikleri bulunmuştur (Tablo 4.5). Stulhofer ve ark. (2019) Avrupa ülkelerinde (Norveç, Danimarka, Belçika ve Portekiz) 65 yaş ve üstü çiftlerle yaşlılık ve cinsellik hakkındaki yaygın klişe düşünceleri dikkate alarak yaptığı çalışmada, cinsel istekte ve tatminde

her iki cinsiyette de düşüş olduğu, fakat erkeklerin kadınlara kıyasla cinsel istekte daha az düşüş olduğu saptanmıştır (235). Cinsel yaşamın, samimiyet ve yakın ilişkiler kurma boyutlarının arka plana atılan, fiziksel boyutunun ön plana konulan bir yaklaşım, yaşlılarda özellikle de kadınlarda cinselliği göz ardı edilmesine yol açmaktadır. Birey hangi yaşta olursa olsun, erkekler açısından cinsel ihtiyacın ifadesi kabul edilirken kadınların bunu arsızca veya çirkin olarak kabul edilebilmektedir (227, 236, 237). Bu doğrultuda, kültürel normların cinsellik üzerinde kayda değer etkileri bulunduğu görülmekte ve çalışmamızın bu bulgusunun kültürel normlarla açıklanabileceği düşünülmektedir.

Sağlık hizmeti ve bilgilendirme ihtiyaçları alt boyutunda ise 65 yaş altı katılımcıların daha fazla ihtiyaç belirttiği bulunmuştur (Tablo 4.4). Benzer şekilde, Mohamed ve ark. (2016) yaptığı çalışmada, genç hastalar tarafından en çok belirtilen ihtiyaçların sağlık hizmeti ve bilgilendirme alanında olduğu bulunmuştur (20). Yaşlı anne baba ile ilgilenmenin geleneksel toplumlarda büyük bir sorumluluk olması, yavaş yavaş ebeveynlik rollerinde değişmelere ve hatta rollerin tersine dönmesine neden olduğu görülmektedir (238). Zamanla bağımsızlığını yitiren yaşlı birey, regrese olmakta, bağımlı bir ilişki tarzını benimsemekte, ihtiyaçlarını dile getirme, nerden ve nasıl yardım alacağı ile ilgili kaynakların farkında olmama, yardım arayışına girmeme davranış kalıplarını benimseyebilmektedir (40, 238-240). Sağlık profesyonellerinin yaşlı hastalara sağlık ve hastalık bilgilendirmesini daha az yapması, daha az ilgi ve saygı göstermesi, daha az zaman ayırması ve bilgiyi hastaya değil aileye vermesi gibi tutumlar sonucu, yaşlı hastalar sağlık hizmeti ve bilgilendirme hakkının farkında olmamakta, bu ihtiyacını dile getirmemeyi tercih edebilmektedir (239, 240).

Literatürde kadın kanser hastalarının erkek kanser hastalarına oranla daha fazla ihtiyaç belirttikleri olduğu vurgulanmıştır (180, 205, 212, 241-243). Bizim çalışmamızda da kadın katılımcıların DBGÖ puanları, erkek hastaların puanlarından daha yüksek bulunmuştur. Yapılan incelemede bu farkın, psikolojik ve günlük yaşam ihtiyaçları alanlarında fark olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5). Kadın cinsiyette her iki yaş grubunda da psikolojik ihtiyaç daha fazladır. Boyes ve ark. (33) yaptığı çalışmada, kadınların karşılanmamış ihtiyaç bildirme oranının erkeklerden daha yüksek olduğu,

yaş arttıkça ihtiyaçların da arttığını belirtmişlerdir. Japonya’da Sakamoto ve ark. (205) yaptığı çalışmada da psikolojik ihtiyaçların daha ön planda olduğu ve bu karşılanmamış gereksinimlerin çoğunluğunun kadınlar tarafından bildirildiğini belirtmiştir. Watson ve ark. (216) prostat kanseri tanısı konulmuş erkek hastalarla yapmış olduğu çalışmada, hastalar psikososyal problemlere kıyasla daha çok cinsel işlevde bozulma gibi fiziksel problemler belirtirken, Edib ve ark. (212) meme kanseri tanılı kadın hastalarla yaptığı çalışmada, katılımcılar en yüksek ihtiyaçlarının psikolojik alanda olduğunu belirtmişlerdir. Cinsiyet kalıp yargıları sonucu, erkekliği baskın olarak ifade eden kültürlerde, erkeğin evi geçindiren güçlü kişi vurgusuyla duygularını ifade etmede zorlandıkları düşünüldüğünde, erkeğin ihtiyacını duygusal sorunlarını dile getirmesi konusunda zorlandığı söylenebilir.

Günlük yaşam ihtiyaçları boyutunda, her iki yaş grubunda da kadınlar erkeklerden daha fazla ve diğer yaş grubundaki kadınlarla aynı düzeyde ihtiyaç belirtmiştir (Tablo 4.5). Genç erkekler kadınlara oranla önemli derecede düşük düzeyde ihtiyaç belirtmiş, yaşlı erkekler ise genç erkeklerden de düşük düzeyde ihtiyaç ifade etmiştir. Kadın katılımcılar arasında günlük yaşam ihtiyaçları bakımından yaş belirleyici bir faktör değilken, erkek katılımcılar arasında belirleyici bir faktördür. Schmidt ve ark. (244) ayaktan tedavi alan solid tümör kanseri ile yaşayan erişkin hastaların karşılanmayan ihtiyaçlarını tanımlamak amacıyla 2018 yılında 115 hasta ile yaptığı çalışmada, daha yaşlı hastaların, daha küçük yaş gruplarına göre günlük yaşam aktiviteleri alanında daha fazla ihtiyaç belirttiğini, 75 yaşın üstünde olan hastalarda ise günlük yaşam ihtiyaçlarında artış görülmediğini bulmuştur. Pergolotti ve ark. (2017) ise 65 yaş ve üstü kanser hastalarının fiziksel aktivite, fonksiyon ve yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, erkek katılımcıların fiziksel olarak daha az aktif olduğu belirtilmiştir (245). Yaşın ilerlemesiyle bilişsel, fizyolojik olarak yıkımlar artmakta, bu duruma kanser ve kemoterapi tedavisi de eklenince yaşlı bireylerin günlük yaşam ihtiyaçlarında bozulmalar görülmesi beklenmektedir (23, 198, 245, 246). Ancak bizim çalışmamızda, erkek genç hastalar, erkek yaşlı hastalardan daha fazla ihtiyaç belirtmektedir. Erkek genç hastalarda daha aktif bir yaşam sürdürme gerekliliğinin bu alanda daha fazla ihtiyaç belirtmelerine yol açmış

olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda yaşın ilerlemesiyle çalışma yaşamının değişebilmesi, emeklilik ile sonuçlanması yaşlı bireylerde sedanter yaşama başlamaya neden olmaktadır (247, 248). Yıllar geçtikçe artan yıkımlar ve değişen yaşam stillerinin, bireylerde yaşamdan beklentinin azalmasına yol açabildiği görülmekte, bağımsızlığını zamanla kaybeden yaşlı bireyler ihtiyaç belirtmemeye başlamaktadır (40, 247). Ancak kadınların ev içindeki görev rol ve sorumluluklarının iş yaşamından ve yaş döneminden bağımsız olarak devam ediyor olması, kadınların kanser ve tedavinin de etkisiyle bu sorumlulukları yerine getirmekte zorlandıkları şeklinde yorumlanmaktadır.

Çalışmamızda evli katılımcıların bekar katılımcılara oranla daha fazla cinsellik ihtiyaçları olduğu, 65 yaş ve üstü bekar katılımcıların ise daha fazla psikolojik ihtiyaç belirttiği bulunmuştur (Tablo 4.6.). Aynı zamanda evde eş/partner ile yaşayan katılımcıların cinsellik ihtiyaçlarının da daha fazla olduğu bulunmuştur (Tablo 4.7.). Evliliğin, iki insanın cinselliğini de içinde bulunduran uyum içerisindeki bir beraberliği temsil etmesi, bu yüzden cinselliği doğrudan veya dolaylı olarak etkilenen evli onkoloji hastalarının, sadece kendisi için değil, partneri için de kaygılar yaşayabilmesinin cinsel ihtiyaçları arttırdığı söylenebilir (169, 249, 250). Literatüre(251-254) baktığımızda bekar olma ve yalnız yaşama durumunun, karşılanmayan ihtiyaçları arttırdığı görülmektedir. Yaşın ilerlemesiyle beraber kayıpların artması sonucu sosyal desteklerde azalma sonucunda bireyin kendini daha çok yalnız hissetmesiyle sonuçlanabilen böylelikle bekar katılımcıların, özellikle yaşlı bekar katılımcıların psikolojik ihtiyaçlarının daha fazla olmasını beklendik bir durumdur.

Hastaların eğitim düzeyleri ile karşılanmamış gereksinimlerinin ilişkisinin araştırıldığı çalışmalarda, bilgilendirilme ihtiyacının ön plana çıktığı görülmektedir (20, 217, 255). Ng ve ark. (2012) eğitim seviyesi yüksek olan hastaların, hastalık ile ilgili bilgi alma konusunda daha fazla karşılanmamış ihtiyaç belirttiğini bulmuştur (217). Temiz ve Durna'nın (2019) yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar ortaya çıkmış, eğitim düzeyi yüksek olan hastaların sağlık hizmeti ve bilgilendirme ihtiyaçlarının daha fazla olduğu bulunmuştur (206). Çalışmamızın sonuçları literatürle paralellik göstermemektedir (Tablo 4.8.). Bizim çalışmamızda sağlık hizmetleri ve bilgilendirme

ihtiyacı eğitim düzeyinden çok yaşla bağlantılı bulunmuştur. Çalışmamızda, eğitim düzeyi günlük yaşam ihtiyaçları alanında belirleyici faktör olarak ortaya çıkmıştır. Çalışmamızda ilköğretim mezunu olan katılımcıların, günlük yaşam ihtiyaçlarının eğitim düzeyi ortaöğretim ve yükseköğretim olan katılımcılardan daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu fark yaşlı hastalarda daha belirgin hale gelmiştir. Günlük yaşam ihtiyaçlarının banyo yapma, giyinme, beslenme, alışveriş yapma, yemek hazırlama, ev işleri yapma, telefon kullanma, araba sürme gibi kişisel bakım ve enstrümental aktiviteleri ifade etmesi doğrultusunda, farklı eğitim ve yaş düzeylerinin, farklı yaşam stillerine neden olabildiğini ve bu durum stres ve ihtiyaçlarla baş etme becerilerinin farklılıklarına neden olabildiğini söyleyebiliriz (162, 212). Ayrıca kanser ve kemoterapi gibi bir süreci yürütmek de kişilerin baş etmesini zorlayabilmektedir.

Altmış beş yaş üstü grupta, kemoterapi dışında en az bir tedavi alan katılımcıların sadece kemoterapi alan katılımcılara oranla daha fazla ihtiyaç belirttikleri bulunmuştur (Tablo4.9.). Yapılan çalışmalar kemoterapi, cerrahi tedavi, radyoterapi veya kök hücre naklini içeren yoğun tedavilerin hastaların fizyolojik, psikolojik ve sosyal iyi oluşlarını azaltabildiğini belirtmektedir (256-258). Artan yaş ile birlikte görülen fonksiyon kaybına kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi tedavilerinde eklenmesiyle, bireyin kırılabilirliği artmış karşılanmamış ihtiyaçlarda artış ortaya çıkarmış olabileceği söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

a. Sonuçlar

Ayaktan kemoterapi alan kanser hastalarının karşılanmamış destekleyici bakım gereksinimlerinin yaş bağlamında incelediğimiz bu çalışmada elde ettiğimiz sonuçlar şunlardır:

- Katılımcıların DBGÖ puan ortancası 1,92 puan olarak bulunmuştur. Bu düzey, örnekleme dahil edilen hastaların karşılanmamış destekleyici bakım gereksinimlerinin düşük düzeyde olduğunu göstermektedir.
- Katılımcıların, günlük yaşam ihtiyaçları ve sağlık hizmeti ve bilgilendirme boyutunda diğer alanlara göre daha fazla karşılanmamış ihtiyaçları vardır.
- Altmış beş yaş altı katılımcılar, 65 yaş ve üstü katılımcılara oranla daha fazla destekleyici bakım ihtiyacı vardır.
- Altmış beş yaş altı katılımcılar, 65 yaş ve üstü katılımcılara oranla cinsellik ve sağlık hizmeti ve bilgilendirme ihtiyaçları boyutlarında daha fazla karşılanmamış ihtiyacı vardır.
- 65 yaş ve üstü kadın katılımcılar en düşük düzeyde cinsellik ihtiyacı ifade eden grubu oluşturmuştur.
- Kadın katılımcılar, erkek katılımcılara oranla psikolojik ve günlük yaşam aktiviteler alanlarında daha fazla ihtiyaç belirtmişlerdir.
- Evli katılımcıların, cinsellik ihtiyaçları bekar katılımcılardan daha fazladır. Altmış beş yaş üstü grupta, bekar katılımcıların psikolojik ihtiyaçları evli katılımcılardan daha fazladır. Altmış beş yaş altı grupta, evli katılımcıların cinsellik ihtiyaçları bekar katılımcılardan daha fazladır. Evli 65 yaş altı grubun, sağlık hizmeti ve bilgilendirme, günlük yaşam ve cinsellik ihtiyaçları evli 65 yaş üzeri gruptan daha fazladır.
- İlkokul mezunu katılımcılar diğer hastalara oranla günlük yaşam aktiviteleri alanında daha fazla ihtiyaç belirtmişlerdir.
- Altmış beş yaş üstü grupta, kemoterapi dışında en az bir tedavi alan katılımcıların sadece kemoterapi alan katılımcılardan daha fazla ihtiyaçları vardır.

b. Öneriler

- Altmış beş yaş ve üzeri hastalara bakım veren sağlık profesyonellerinin hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin içinde bulunduğu yaş dönemine göre farklılık gösterebileceği konusunda farkındalık kazanmasını hedefleyen çalışmaların yürütülmesi,
- Altmış beş yaş ve üstü grupta yer alan yaşlı bireylerin gereksinimlerini ifade etmede sorun yaşayabileceklerinin sağlık bakım vericiler tarafından göz önünde bulundurulması,
- Kansere hastalarının destekleyici bakım gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik müdahale çalışmalarının yapılması,
- Kansere hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri ile ilişkili olabileceğini düşünülen cinsiyet özellikleri inceleyecek çalışmaların planlanması,
- Kansere hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri ile ilişkili olabileceğini düşünülen kültürel özellikleri inceleyecek çalışmaların planlanması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Özkan M, Akın S. Kanserli hastalarda yorgunluğun fonksiyonel yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2017;25(3):177-92.
2. TÜİK. Ölüm nedeni istatistikleri, 2017 [İnternet]. 2018 [Erişim tarihi: 12 Haziran 2018]. Erişim adresi: file:///C:/Users/%C4%B0rem/Downloads/%C3%96l%C3%BCm_Nedeni_%C4%B0statistikleri_26.04.2018%20(1).pdf.
3. WHO. The top 10 causes of death [İnternet]. 2018 [Erişim tarihi: 23 Haziran 2018]. Erişim adresi: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.
4. Ritchie H, Roser M. Causes of Death. Published online at OurWorldInData.org. 2018.
5. Lindsey A. Torre, Freddie Bray, Rebecca L. Siegel, Jacques Ferlay, Joannie Lortet-Tieulent, Jemal A. Global Cancer Statistics, 2012. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2015;65(2):87-108.
6. Cancer Research UK. Cancer incidence by age [İnternet]. 2018 [Erişim tarihi: 18 Haziran 2018]. Erişim adresi: <http://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/incidence/age#heading-Zero>.
7. World Cancer Research Fund International. Worldwide data [İnternet]. 2018 [Erişim tarihi: 11 Haziran 2018]. Erişim adresi: <https://www.wcrf.org/int/cancer-facts-figures/worldwide-data>.
8. Hacıkamiloğlu E, Gültekin M, Boztaş G, DüNDAR S, Utku EŞ, Ergün AK, et al. TC sağlık bakanlığı halk sağlığı kurumu türkiye kanser İstatistikleri. 2017.
9. Karacan R, Kılıçkan Z. Türkiye’de kanser hastalığının bütçeye getirdiği yük bakımından tarama ve tedavi edici sağlık harcamalarının karşılaştırılması. Finans Politik & Ekonomik Yorumlar. 2016;53(613).
10. Yılmaz M, Usluoğlu AK, Dişsiz G, Göçmen F, Alacacioğlu A. Kansere ilişkin tutumları (kansere damgası) ölçme anketi toplum versiyonu’nun türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017;20(2).
11. Cho J, Smith K, Choi E-K, Kim I-R, Chang Y-J, Park H-Y, et al. Public attitudes toward cancer and cancer patients: A national survey in korea. Psycho-Oncology. 2013;22:605–13
12. Ülger E, Alacacioğlu A, Gülseren AŞ, Zencir G, Demir L, Tarhan MO. Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2014;28(2):85-92.
13. Marzorati C, Riva S, Pravettoni G. Who is a cancer survivor? A systematic review of published definitions. J Canc Educ. 2017(32):228–37.

14. Rowland JH, Bellizzi KM. Cancer survivorship issues: life after treatment and implications for an aging population. *J Clin Oncol*. 2014;32(24):2662-8.
15. Kent EE, Ambs A, Mitchell SA, Clauser SB, Smith AW, Hays RD. Health-related quality of life in older adult survivors of selected cancers: data from the SEER-MHOS linkage. *Cancer*. 2015;121(5):758-65.
16. Guerard EJ, Nightingale G, Bellizzi K, Burhenn P, Rosko A, Artz AS, et al. Survivorship care for older adults with cancer: U13 conference report. *Journal of geriatric oncology*. 2016;7(4):305-12.
17. Hintistan S, Pekmezci H, Nural N, Güner SG. Kemoterapi alan hastalarda psikolojik semptomlar. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 2015;4(1):1-9.
18. Otto SE. Chemotherapy. In: Langhorne ME, Fulton JS, Otto SE, editors. *Oncology Nursing Fifth Edition*. St. Louis, Missouri: Elsevier; 2007. s. 362-76.
19. Wilkes GM. Chemotherapy: Principles of administration. In: Yarbro CH, Wujcik D, Gobel BH, editors. *Cancer nursing principles and practice*. 7th ed. Sudbury, Massachusetts: Jones and Barlett Publishers; 2011. s. 390-457.
20. Mohamed NE, Pisipati S, Lee CT, Goltz HH, Latini DM, Gilbert FS, et al. Unmet informational and supportive care needs of patients following cystectomy for bladder cancer based on age, sex, and treatment choices. *Urol Oncol*. 2016;34(12):531.e7-.e14.
21. Herr M, Arvieu JJ, Aegerter P, Robine JM, Ankri J. Unmet health care needs of older people: prevalence and predictors in a French cross-sectional survey. *Eur J Public Health*. 2014;24(5):808-13.
22. Ahn YH, Kim NH, Kim CB, Ham OK. Factors affecting unmet healthcare needs of older people in Korea. *Int Nurs Rev*. 2013;60(4):510-9.
23. Koll T, Pergolotti M, Holmes HM, Pieters HC, van Londen GJ, Marcum ZA, et al. Supportive Care in Older Adults with Cancer: Across the Continuum. *Curr Oncol Rep*. 2016;18(8):51.
24. Puts MT, Papoutsis A, Springall E, Tourangeau AE. A systematic review of unmet needs of newly diagnosed older cancer patients undergoing active cancer treatment. *Support Care Cancer*. 2012;20(7):1377-94.
25. Sanson-Fisher R, Girgis A, Boyes A, Bonevski B, Burton L, Cook P. The unmet supportive care needs of patients with cancer. *Supportive Care Review Group. Cancer*. 2000;88(1):226-37.
26. Hall AE, Boyes AW, Bowman J, Walsh RA, James EL, Girgis A. Young adult cancer survivors' psychosocial well-being: a cross-sectional study assessing quality of life, unmet needs, and health behaviors. *Support Care Cancer*. 2012;20(6):1333-41.
27. Perez-Zepeda MU, Cardenas-Cardenas E, Cesari M, Navarrete-Reyes AP, Gutierrez-Robledo LM. Cancer and frailty in older adults: a nested case-control

- study of the Mexican Health and Aging Study. *Journal of cancer survivorship : research and practice*. 2016;10(4):736-42.
28. Atakul E. 65 yaş ve üzeri hematolojik onkoloji hastalarının kırılabilirlik düzeylerinin belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]: Hacettepe Üniversitesi; 2017.
 29. Yılmaz M, Tiraki Z. Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl ölçülür? *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2016;9(4):142-7.
 30. Bozkurt H. Bir eğitim aile sağlığı merkezine kayıtlı bilişsel bozukluğu olmayan 65 yaş ve üzeri bireylerde sağlık okuryazarlığı durumunun belirlenmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]: Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2017.
 31. Özdemir Ö, Bilgili N. Sağlık hizmetlerinde yaşlı ayrımcılığı. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2014;56(2):128-31.
 32. Sao Jose JMS, Amado CAF, Ilinca S, Buttigieg SC, Taghizadeh Larsson A. Ageism in health care: A systematic review of operational definitions and inductive conceptualizations. *Gerontologist* 2017.
 33. Boyes AW, Clinton-McHarg T, Waller AE, Steele A, D'Este CA, Sanson-Fisher RW. Prevalence and correlates of the unmet supportive care needs of individuals diagnosed with a haematological malignancy. *Acta oncologica (Stockholm, Sweden)*. 2015;54(4):507-14.
 34. Bond SM, Bryant AL, Puts M. The evolution of gero-oncology nursing. *Semin Oncol Nurs*. 2016;32(1):3-15.
 35. Jorgensen ML, Young JM, Harrison JD, Solomon MJ. Unmet supportive care needs in colorectal cancer: differences by age. *Support Care Cancer*. 2012;20(6):1275-81.
 36. Kocaman Yıldırım N, Kaçmaz N, Özkan M. Yetişkin kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri ve verilen hizmet arasındaki boşluk. *DEUHYO ED* 2013;6(4):231-40.
 37. Yıldırım NK, Kaçmaz N, Özkan M. İleri evre kanser hastalarının karşılanmamış bakım gereksinimleri. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2013;4(3):153-8.
 38. Akdemir N, Akkuş Y. Yaşlı kanser hastasına yaklaşım. In: Can G, editor. *Onkoloji hemşireliği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2015. s. 943-54.
 39. Bailey C. The needs of older people. In: Corner J, Bailey C, editors. *Cancer nursing care in context*. Oxford: Blackwell Science; 2001. s. 496-507.
 40. Given BA, Given CW. The older patient. In: Holland JC, Breitbart WS, Jacobsen PB, Lederberg MS, Loscalzo MJ, McCorkle R, editors. *Psycho-oncology*. second ed. Oxford: Oxford University Press; 2010. s. 491-6.
 41. Steer CB. Supportive care in older adults with cancer - An update of research in 2015. *J Geriatr Oncol*. 2016;7(5):397-403.
 42. American Cancer Society. *Basic cancer facts*. Atlanta: American Cancer Society; 2017.

43. WHO. Cancer [Internet]. 2018 [updated 12 September 2018; Erişim tarihi: 11 Őubat 2019]. Erişim adresi: <https://www.who.int/cancer/en/>.
44. Corner J. What is cancer? In: Corner J, Bailey C, editors. Cancer nursing care in context. Oxford: Blackell Science; 2001. s. 3.
45. Birol L, Akdemir N, Bedük T. Onkoloji hemişreliği. In: Birol L, Akdemir N, Bedük T, editors. İç hastalıkları hemşireliği. Ankara1993. s. 96-145.
46. Irmak MK, Bilgin MG, Sızlan A. Hasta gözüyle kanser. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2008;7(2):167-72.
47. Lang-Rollin I, Berberich G. Psycho-oncology. Dialogues in clinical neuroscience. 2018;20(1):13-22.
48. Gerpen RV. Pathophysiology. In: Langhorne ME, Fulton JS, Otto SE, editors. Oncology nursing. fifth ed. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier; 2001. s. 3-14.
49. American Cancer Society. What causes cancer? [Internet]. 2018 [Erişim tarihi: 19 Aralık 2018]. Erişim adresi: <https://www.cancer.org/cancer/cancer-causes.html>.
50. White MC, Holman DM, Boehm JE, Peipins LA, Grossman M, Henley SJ. Age and cancer risk: a potentially modifiable relationship. Am J Prev Med. 2014;46(3 Suppl 1):S7-15.
51. Aunan JR, Cho WC, Soreide K. The Biology of Aging and Cancer: A Brief Overview of Shared and Divergent Molecular Hallmarks. Aging Dis. 2017;8(5):628-42.
52. Akbulut H. Kanser ve beslenme ilişkisi. In: Demirer T, Őahin K, editors. TÜBA-gıda, beslenme ve kanserin önlenmesi sempozyumu raporu2015.
53. Cancer research UK. Smoking and cancer [Internet]. 2018 [Erişim tarihi: 5 Ocak 2019]. Erişim adresi: <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/causes-of-cancer/smoking-and-cancer>.
54. Sasco AJ, Secretan MB, Straif K. Tobacco smoking and cancer: a brief review of recent epidemiological evidence. Lung Cancer. 2004;45 Suppl 2:S3-9.
55. Bagnardi V, Rota M, Botteri E, Tramacere I, Islami F, Fedirko V, et al. Light alcohol drinking and cancer: a meta-analysis. Ann Oncol. 2013;24(2):301-8.
56. WHO. Cancer prevention [Internet]. 2018 [Erişim tarihi: 6 Ocak 2019]. Erişim adresi: <https://www.who.int/cancer/prevention/en/>.
57. Ekmekçi A, Konaç E, Önen Hİ. Gen polimorfizmi ve kansere yatkınlık. Marmara Medical Journal 2008;21(3):282-95.
58. Hodgson S. Mechanisms of inherited cancer susceptibility. J Zhejiang Univ Sci B. 2008;9(1):1-4.
59. World Cancer Research Fund. Global cancer statistics for the most common cancers [Internet]. 2018 [Erişim tarihi: 17 Aralık 2018]. Erişim adresi: <https://www.wcrf.org/dietandcancer/cancer-trends/worldwide-cancer-data>.

60. WHO. Cancer today [Internet]. 2018 [Erişim tarihi: 17 Aralık 2018]. Erişim adresi: <http://gco.iarc.fr/>.
61. Sürmeli ZG. Kanserli yaşlıya yaklaşım. In: VARLI M, editor. Yaşlıda sık görülen durumlar -2 kronik hastalıklar. Ankara: Hedef CS yayıncılık; 2018.
62. TUIK. Türkiye Kanser İstatistikleri. Ankara; 2017.
63. National Cancer Institute. Age and Cancer Risk [Internet]. 2015 [Erişim tarihi: 10 Ocak 2019]. Erişim adresi: <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/age>.
64. Klepin HD, Rodin M, Hurria A. Treating older adults with cancer: geriatric perspectives. Am Soc Clin Oncol Educ Book. 2015:e544-52.
65. Cancer. In: Eliopoulos C, editor. Gerontological nursing 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2014. s. 417-25.
66. Uysal M. Yaşlılarda kanser ve koruma. In: Altındış M, editor. Yaşlılarda güncel sağlık sorunları ve bakımı. İstanbul: İstanbul tıp kitabevi; 2003. s. 131-41.
67. TC Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu. Ulusal Tarama Programında Yer Alan Kanserlerin Yaşa Özel Hızları. Ankara; 2016.
68. Baykara O. Current Modalities in Treatment of Cancer. Balıkesir Health Sciences Journal. 2016;5(3):154-65.
69. Parks L. Surgical Therapy. In: Newton S, Hickey M, Brant MJ, editors. Mosby's Oncology Nursing Advisor 2nd Edition. St Louis, Missouri: Elsevier; 2017. s. 163-7.
70. Aistars J. Radiation Therapy. In: Langhorne ME, Fulton JS, Otto SE, editors. Oncology Nursing Fifth Edition. St. Louis, Missouri: Elsevier; 2007. s. 346-61.
71. Remer S. Immunotherapy. In: Newton S, Hickey M, Brant MJ, editors. Mosby's Oncology Nursing Advisor 2nd Edition. St. Louis, Missouri: Elsevier; 2017. s. 221-35.
72. Üçüncü Kefeli A, Ekşioğlu Demiralp E, Melek Atasoy B. Radyoterapinin ve İmmüno terapinin Birlikte Kullanımı. Türkiye Klinikleri J Radiat Oncol-Special Topics. 2015;1(3):34-40.
73. Chritofanelli A. Chemotherapy. In: Newton S, Hickey M, Brant MJ, editors. Mosby's Oncology Nursing Advisor 2nd Edition. St. Louis, Missouri: Elsevier; 2017. s. 206-20.
74. Yalçın B. Kanserde ilaç tedavisi prensipleri. In: İliçin G, Biberoglu K, Süleymanlar G, Ünal S, editors. İç hastalıkları. 1. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2012. s. 1816-7.
75. Gündoğdu F. Kemoterapide tedavinin planlanması ve uygulanması. In: Can G, editor. Onkoloji hemşireliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014. s. 191-204.

76. Tortorice PV. Cytotoxic chemotherapy: Principles of therapy. In: Yarbro CH, Wujcik D, Gobel BH, editors. Cancer nursing principles and practice. 7th ed. Sudbury, Massachusetts: Jones and Barlett Publishers; 2011. s. 352-89.
77. Gelin D, Ulus B. Hastanede kemoterapi alan hastaların yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörler. ACU Sağlık Bil Derg. 2015;6(1):31-5.
78. Camp-Sorell D. Chemotherapy toxicities and management. In: Yarbro CH, Wujcik D, Gobel BH, editors. Cancer nursing principles and practice. 7th ed. Sudbury, Massachusetts: Jones and Barlett Publishers; 2011. s. 460.
79. Sarıkoç G, Demiralp M. Hastalığa psikosoyal yanıt. In: F. Ö, Demiralp M, editors. Psikososyal hemşirelik. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2014. s. 8.
80. Yılmaz M, Dişsiz G, Göçmen F, Usluoğlu AK, Alacacioğlu A. Kansere ilişkin tutumları (kansere damgası) ölçme anketi-toplum versiyonu'nun Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017(2).
81. Kavradim S, Ozer Z. Hope in People with Cancer. Psikiyatride Guncel Yaklasimler - Current Approaches in Psychiatry. 2014;6(3).
82. Öz F. Kanserde psikososyal hemşirelik. Türkiye Klinikleri Internal Medicine Nursing-Special Topics. 2015;1(2):46-52.
83. Karabulutlu EY, Karaman S. Kanser hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2015;2(3):271-84.
84. Heidari H, Mardani-Hamooleh M. Cancer Patients' Informational Needs: Qualitative Content Analysis. J Cancer Educ. 2016;31(4):715-20.
85. Okçin FA. Kanser sürecinde hastaya yaklaşım. In: Can G, editor. Onkoloji Hemşireliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2015. s. 925-31.
86. Çam O, Gümüş AB, Serap Y. Fiziksel hastalıklara verilen psikososyal tepkiler. In: Çam O, Engin E, editors. Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri; 2014. s. 601-38.
87. Dülgerler Ş, Çam O. Kanser tanısı konan hastalarda tanıyı söyleme süreci ve hemşirelik yaklaşımları. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016;2(1):15-9.
88. Avuçan EE, İmrek M, Karaboğa I. Kanserın Psikososyal Yönleri. Türk Psikoloji Bülteni. 2006;12(38):81-91.
89. Gemalmaz A, Avşar G. Cancer Diagnosis And After Experiences: A Qualitative Study. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2015.
90. Mehta RD, Roth AJ. Psychiatric considerations in the oncology setting. CA: a cancer journal for clinicians. 2015;65(4):300-14.
91. Seven M, Akyüz A, Sever N, Dinçer Ş. Kanser tanısı alan hastaların yaşadığı fiziksel ve psikolojik semptomların belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2013;12(3):219-24.

92. Kocaman N, Kutlu Y, Ozkan M, Ozkan S. Predictors of psychosocial adjustment in people with physical disease. *J Clin Nurs*. 2007;16(3A):6-16.
93. Bultz BD, Carlson LE. Emotional distress: the sixth vital sign in cancer care. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2005;23(26):6440-1.
94. Hernandez Blazquez M, Cruzado JA. A longitudinal study on anxiety, depressive and adjustment disorder, suicide ideation and symptoms of emotional distress in patients with cancer undergoing radiotherapy. *Journal of psychosomatic research*. 2016;87:14-21.
95. Bergerot CD, Mitchell HR, Ashing KT, Kim Y. A prospective study of changes in anxiety, depression, and problems in living during chemotherapy treatments: effects of age and gender. *Support Care Cancer*. 2017;25(6):1897-904.
96. Öz F. Hastalık yaşantısında belirsizlik. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001;12(1):61-8.
97. Linden W, Vodermaier A, Mackenzie R, Greig D. Anxiety and depression after cancer diagnosis: prevalence rates by cancer type, gender, and age. *Journal of affective disorders*. 2012;141(2-3):343-51.
98. Endo M, Haruyama Y, Muto G, Kiyohara K, Mizoue T, Kojimahara N, et al. Work Sustainability Among Male Cancer Survivors After Returning to Work. *Journal of epidemiology*. 2018;28(2):88-93.
99. Lee MS, Tyson DM, Gonzalez BD, Small BJ, Lechner SC, Antoni MH, et al. Anxiety and depression in Spanish-speaking Latina cancer patients prior to starting chemotherapy. *Psychooncology*. 2018;27(1):333-8.
100. Centers for Disease Control and Prevention and Lance Armstrong Foundation. A national action plan for cancer survivorship: Advancing public health strategies [Internet]. 2004 [Erişim tarihi: 20 Mart 2019].
101. Marzorati C, Riva S, Pravettoni G. Who Is a Cancer Survivor? A Systematic Review of Published Definitions. *J Cancer Educ*. 2017;32(2):228-37.
102. Morgan MA. Cancer survivorship: history, quality-of-life issues, and the evolving multidisciplinary approach to implementation of cancer survivorship care plans. *Oncology nursing forum*. 2009;36(4):429-36.
103. Ganz PA. Survivorship: adult cancer survivors. Primary care. 2009;36(4):721-41.
104. Wolff SN, Nichols C, Ulman D, Miller A, Kho S, Lofye D, et al. Survivorship: An unmet need of the patient with cancer - implications of a survey of the Lance Armstrong Foundation (LAF). *Journal of Clinical Oncology* 23. 2005:6032.
105. Fitch M, Zomer S, Lockwood G, Louzado C, Shaw Moxam R, Rahal R, et al. Experiences of adult cancer survivors in transitions. *Support Care Cancer*. 2018.
106. Kim Y, Shaffer KM, Carver CS, Cannady RS. Quality of life of family caregivers 8 years after a relative's cancer diagnosis: follow-up of the National Quality of Life Survey for Caregivers. *Psychooncology*. 2016;25(3):266-74.

107. Recklitis CJ, Syrjala KL. Provision of integrated psychosocial services for cancer survivors post-treatment. *The Lancet Oncology*. 2017;18(1):e39-e50.
108. Canada AL, Murphy PE, Stein KD, Alcaraz KI, Fitchett G. Trajectories of spiritual well-being in long-term survivors of cancer: A report from the American Cancer Society's studies of Cancer Survivors-I. *Cancer*. 2019.
109. Leigh S. Chapter 5. Coping: survivorship issues and financial concerns. In: Itano JK, Takoa KN, editors. *Core curriculum for oncology nursing*. St. Louis: Elsevier Saunders; 2005. s. 83.
110. Kiasuwa Mbengi R, Otter R, Mortelmans K, Arbyn M, Van Oyen H, Bouland C, et al. Barriers and opportunities for return-to-work of cancer survivors: time for action--rapid review and expert consultation. *Systematic reviews*. 2016;5:35.
111. Elçigil A. Sağlık alanlarının gereksinimleri ve yaşadıkları sorunlar. In: Can G, editor. *Onkoloji hemşireliği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014. s. 957-65.
112. American Cancer Society. Life After Cancer [Internet]. 2016 [updated 2016; Erişim tarihi: 20 Mart 2019]. Erişim adresi: <https://www.cancer.org/treatment/survivorship-during-and-after-treatment/be-healthy-after-treatment/life-after-cancer.html>.
113. Costanzo ES, Ryff CD, Singer BH. Psychosocial adjustment among cancer survivors: Findings from a national survey of health and well-being. *Health Psychology*. 2009;28(2):147-56.
114. Biçer Kanat B, Yılmaz Özpolat AG. Kanser hastalarında travma sonrası büyüme kavramı. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*. 2016;7(4):106-10.
115. Üzar Özçetin YS, Hiçdurmaz D. Kanser Deneyiminde Travma Sonrası Büyüme ve Psikolojik Sağlık. *Psikiyatride Guncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry*. 2017;9(4):2-.
116. Stricker CT, Tilley C. Survivorship. In: Newton S, Hickey M, Brant MJ, editors. *Mosby's oncology nursing advisor*. 2nd ed. St. Louis, Missouri: Elsevier; 2017. s. 399-409.
117. National Cancer Institute. Recurrent Cancer: When Cancer Comes Back [Internet]. 2016 [Erişim tarihi: 8 Nisan 2019]. Erişim adresi: <https://www.cancer.gov/types/recurrent-cancer>.
118. National Cancer Institute. Your Feelings. In: U.S. Department of Health & Human Services, National Institutes of Health, editors. *Support for People with Cancer When Cancer Returns* 2019. s. 12-20.
119. Salloum RG, Hornbrook MC, Fishman PA, Ritzwoller DP, O'Keeffe Rossetti MC, Elston Lafata J. Adherence to surveillance care guidelines after breast and colorectal cancer treatment with curative intent. *Cancer*. 2012;118(22):5644-51.
120. Schapira MM, McAuliffe TL, Nattinger AB. Underutilization of mammography in older breast cancer survivors. *Medical care*. 2000;38(3):281-9.

121. Cancer. Net. Dealing With Cancer Recurrence [Internet]. 2018 [Erişim tarihi: 7 Nisan 2019]. Erişim adresi: <https://www.cancer.net/survivorship/dealing-cancer-recurrence>.
122. Miller KD, Siegel RL, Lin CC, Mariotto AB, Kramer JL, Rowland JH, et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2016. CA: a cancer journal for clinicians. 2016;66(4):271-89.
123. Chiou YJ, Lee CY, Li SH, Chong MY, Lee Y, Wang LJ. Screening for Psychologic Distress in Taiwanese Cancer Inpatients Using the National Comprehensive Cancer Network Distress Thermometer: The Effects of Patients' Sex and Chemotherapy Experience. Psychosomatics. 2017;58(5):496-505.
124. Akın S. Kanser tedavisine bağlı geç yan etkiler. In: Can G, editor. Onkoloji hemşireliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2015. s. 967-80.
125. Ganz PA. Late effects of cancer and its treatment. Seminars in oncology nursing. 2001;17(4):241-8.
126. Hintistan S, Pekmezci H, Nural N, Gülhan Güner S. Kemoterapi alan hastalarda psikolojik semptomlar. Cumhuriyet Hem Der. 2015;4(1):1-9.
127. Jacobs JM, Ream ME, Pensak N, Nisotel LE, Fishbein JN, MacDonald JJ, et al. Patient Experiences With Oral Chemotherapy: Adherence, Symptoms, and Quality of Life. Journal of the National Comprehensive Cancer Network : JNCCN. 2019;17(3):221-8.
128. Büker N, Şen F. Onkoloji hastasında kemoterapi ve bakım. In: Can G, editor. Onkoloji hemşireliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014. s. 205-14.
129. Dedeli Ö, Fadıllıoğlu Ç, Uslu R. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. Türk Onkoloji Dergisi. 2008;23(3):132-9.
130. Dumitrache CG, Rubio L, Rubio-Herrera R. Extroversion, social support and life satisfaction in old age: a mediation model. Aging Ment Health. 2018;22(8):1063-71.
131. Dumitrache CG, Rubio L, Cordon-Pozo E. Successful aging in Spanish older adults: the role of psychosocial resources. Int Psychogeriatr. 2018:1-11.
132. Fadıoğlu Ç. Palyatif bakım. In: Can G, editor. Onkoloji Hemşireliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2015. s. 993.
133. Cancer Australia. EdCaN module: Module Five - Cancer supportive care principles [Internet]. 2016 [Erişim adresi: <http://edcan.org.au/edcan-learning-resources/entry-to-specialty-program/principles-of-supportivecare>].
134. Yıldırım NK, Kaçmaz N, Özkan M. Yetişkin kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri ve verilen hizmet arasındaki boşluk. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2013;6(4):231-40.

135. 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*. 2009;17(8):1117-28.
136. Institute of Medicine. Patient-Centered Cancer Treatment Planning: Improving the Quality of Oncology Care: Workshop Summary. Patlak M, Balogh E, Nass SJ, editors. Washington, DC: The National Academies Press; 2011. 78 p.
137. Richardson A, Medina J, Brown V, Sitzia J. Patients' needs assessment in cancer care: a review of assessment tools. *Support Care Cancer*. 2007;15(10):1125-44.
138. Alfano CM, Rowland JH. Recovery issues in cancer survivorship: a new challenge for supportive care. *Cancer journal (Sudbury, Mass)*. 2006;12(5):432-43.
139. Howell D, Keller–Olaman S, Oliver T, Hack T, Broadfield L, Biggs K, et al. A pan-Canadian practice guideline and algorithm: screening, assessment, and supportive care of adults with cancer-related fatigue. *Current oncology*. 2013;20(3):e233.
140. Wells-Di Gregorio S, Porensky EK, Minotti M, Brown S, Snapp J, Taylor RM, et al. The James Supportive Care Screening: integrating science and practice to meet the NCCN guidelines for distress management at a Comprehensive Cancer Center. *Psycho-Oncology*. 2013;22(9):2001-8.
141. Kash KM, Mago R, Kunkel EJ, editors. *Psychosocial oncology: supportive care for the cancer patient*. Seminars in oncology; 2005: Elsevier.
142. Yıldırım NK, Kaçmaz N, Özkan M. İleri evre kanser hastalarının karşılanmamış bakım gereksinimleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2013;4(3):153-8.
143. Fitch M, Maamoun J. Unmet supportive care needs and desire for assistance in patients receiving radiation treatment: Implications for oncology nursing. *Canadian Oncology Nursing Journal*. 2016;26(1):53-9.
144. Park BW, Hwang SY. Unmet Needs and Their Relationship with Quality of Life among Women with Recurrent Breast Cancer. *J Breast Cancer*. 2012;15(4):454-61.
145. Hack TF, Pickles T, Ruether JD, Weir L, Bultz BD, Mackey J, et al. Predictors of distress and quality of life in patients undergoing cancer therapy: impact of treatment type and decisional role. *Psychooncology*. 2010;19(6):606-16.
146. Şengün H. Sağlık hizmetlerinde iletişim yönetimi. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*. 2016;79(1):38-42.
147. Surbone A, Ritossa C, Spagnolo AG. Evolution of truth-telling attitudes and practices in Italy. *Critical reviews in oncology/hematology*. 2004;52(3):165-72.
148. Figg WD, Smith EK, Price DK, English BC, Thurman PW, Steinberg SM, et al. Disclosing a diagnosis of cancer: where and how does it occur? *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 2010;28(22):3630-5.

149. Oksuzoglu B, Abali H, Bakar M, Yildirim N, Zengin N. Disclosure of cancer diagnosis to patients and their relatives in Turkey: views of accompanying persons and influential factors in reaching those views. *Tumori*. 2006;92(1):62-6.
150. Li JY, Liu C, Zou LQ, Huang MJ, Yu CH, You GY, et al. To tell or not to tell: attitudes of Chinese oncology nurses towards truth telling of cancer diagnosis. *J Clin Nurs*. 2008;17(18):2463-70.
151. Ling DL, Yu HJ, Guo HL. Truth-telling, decision-making, and ethics among cancer patients in nursing practice in China. *Nursing ethics*. 2017;969733017739783.
152. Elger BS, Harding TW. Should cancer patients be informed about their diagnosis and prognosis? Future doctors and lawyers differ. *Journal of medical ethics*. 2002;28(4):258-65.
153. Noone I, Crowe M, Pillay I, O'Keeffe ST. Telling the truth about cancer: views of elderly patients and their relatives. *Irish medical journal*. 2000;93(4):104-5.
154. Seo M, Tamura K, Shijo H, Morioka E, Ikegame C, Hirasako K. Telling the diagnosis to cancer patients in Japan: attitude and perception of patients, physicians and nurses. *Palliative medicine*. 2000;14(2):105-10.
155. Başol İ, Özoğlu E, Ozan NH, Nergis A, Hancı D, Göksel Ö, et al. Akciğer kanserli hastaya tanısı söylenmeli mi? *Ege Tıp Dergisi*. 2016;55(1):20-5.
156. Khoshnood Z, Dehghan M, Iranmanesh S, Rayyani M. Informational Needs of Patients with Cancer: A Qualitative Content Analysis. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*. 2019;20(2):557-62.
157. Özkaraman A, Orlu N, Özden Atalay H, Babadağ B, Yılmaz H, Dinđer M, et al. Assessment of problems and medication adherence of patients taking oral chemotherapy. *Bakirkoy Tıp Dergisi / Medical Journal of Bakirkoy*. 2017:91-7.
158. Kent EE, Arora NK, Rowland JH, Bellizzi KM, Forsythe LP, Hamilton AS, et al. Health information needs and health-related quality of life in a diverse population of long-term cancer survivors. *Patient education and counseling*. 2012;89(2):345-52.
159. Fang CY, Heckman CJ. Informational and Support Needs of Patients with Head and Neck Cancer: Current Status and Emerging Issues. *Cancers of the head & neck*. 2016;1.
160. Kuzeyli YY, Uyar M, Fadıllıoğlu Ç. Kanser ağrısı ve yaşam kalitesine etkisi. *Ağrı*. 2005;17(4):17-22.
161. Mitchell SA. Functional status in the patient with cancer. In: Langhorne ME, Fulton JS, Otto SE, editors. *Oncology nursing*. 5th ed. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier; 2007. s. 565-90.
162. Yazıcı SÖ, Kalaycı I. Yaşlı hastaların günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. *Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi*. 2015;3(3):385-90.

163. Brown AJ, Thaker PH, Sun CC, Urbauer DL, Bruera E, Bodurka DC, et al. Nothing left to chance? The impact of locus of control on physical and mental quality of life in terminal cancer patients. *Support Care Cancer*. 2017;25(6):1985-91.
164. Pearce JD. Alterations in mobility. In: Itano JK, Takoa KN, editors. *Core curriculum for oncology nursing*. St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders; 2005. s. 245-8.
165. Lester D, Hvezda J, Sullivan S, Plourde R. Maslow's Hierarchy of Needs and Psychological Health. *The Journal of general psychology*. 1983;109(1):83-5.
166. Pınar G. Kanser tedavisi alan hastalarda cinsel disfonksiyon ve danışmanlığa ilişkin hemşirelik yaklaşımları. *Gülhane Tıp Derg*. 2010;52:241-7.
167. Katz A, Dizon DS. Sexuality After Cancer: A Model for Male Survivors. *The journal of sexual medicine*. 2016;13(1):70-8.
168. Stabile C, Goldfarb S, Baser RE, Goldfrank DJ, Abu-Rustum NR, Barakat RR, et al. Sexual health needs and educational intervention preferences for women with cancer. *Breast cancer research and treatment*. 2017;165(1):77-84.
169. American Cancer Society. Fertility and sexual side effects [Internet]. 2018 [Erişim tarihi: 22 Mart 2019]. Erişim adresi: <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/physical-side-effects/fertility-and-sexual-side-effects/how-cancer-affects-sexuality.html>.
170. Katz A. Sexuality after hysterectomy: a review of the literature and discussion of nurses' role. *Journal of advanced nursing*. 2003;42(3):297-303.
171. Stead ML, Brown JM, Fallowfield L, Selby P. Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. *British journal of cancer*. 2003;88(5):666-71.
172. Julien JO, Thom B, Kline NE. Identification of barriers to sexual health assessment in oncology nursing practice. *Oncology nursing forum*. 2010;37(3):E186-90.
173. Canadian Cancer Society. Sexuality and cancer [Internet]. 2019 [Erişim tarihi: 22 Mart 2019]. Erişim adresi: <http://www.cancer.ca/en/cancer-information/cancer-journey/living-with-cancer/sexuality-and-cancer/?region=bc>.
174. Olsson C, Berglund AL, Larsson M, Athlin E. Patient's sexuality - a neglected area of cancer nursing? *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*. 2012;16(4):426-31.
175. Shell JA. Sexualltiy. In: Langhorne ME, Fulton JS, Otter R, editors. *Oncology Nursing (fifth edition)*. St. Louis, Missouri: Mosby Elsevier; 2007. s. 560.
176. Erdemir F. Hemşirelik tanıları el kitabı. Erdemir F, editor. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2012.

177. Oskay Ü. Cinselik ve üreme sorunları. In: Can G, editor. *Onkoloji Hemşireliği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2015. s. 497-516.
178. Shell JA. Psychosocial care. In: Langhorne ME, Fulton JS, Otto SE, editors. *Oncology nursing fifth edition*. St.Louis, Missouri: Mosby Elsevier; 2007. s. 524-41.
179. Weis J. Psychosocial Care for Cancer Patients. *Breast Care (Basel)*. 2015;10(2):84-6.
180. White KJ, Roydhouse JK, D'Abrew NK, Katris P, O'Connor M, Emery L. Unmet psychological and practical needs of patients with cancer in rural and remote areas of Western Australia. *Rural and remote health*. 2011;11(3):1784.
181. Boyes AW, Girgis A, D'Este C, Zucca AC. Prevalence and correlates of cancer survivors' supportive care needs 6 months after diagnosis: a population-based cross-sectional study. *BMC cancer*. 2012;12(1):150.
182. Gil F, Costa G, Hilker I, Benito L. First anxiety, afterwards depression: psychological distress in cancer patients at diagnosis and after medical treatment. *Stress Health*. 2012;28(5):362-7.
183. Stanton AL, Bower JE. Psychological Adjustment in Breast Cancer Survivors. *Advances in experimental medicine and biology*. 2015;862:231-42.
184. Perrig-Chiello P, Spahni S, Hopflinger F, Carr D. Cohort and Gender Differences in Psychosocial Adjustment to Later-Life Widowhood. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2016;71(4):765-74.
185. Daştan NB, Buzlu S. Psikososyal distres. In: Can G, editor. *Onkoloji hemşireliği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2015. s. 551-66.
186. Gouzman J, Cohen M, Ben-Zur H, Shacham-Shmueli E, Aderka D, Siegelmann-Danieli N, et al. Resilience and psychosocial adjustment in digestive system cancer. *J Clin Psychol Med Settings*. 2015;22(1):1-13.
187. Krishnasamy M. Anxiety and depression. In: Corner J, Bailey C, editors. *Cancer nursing care in content*. Oxford: Blackwell Science Ltd; 2001. s. 428-34.
188. Andersen BL, Rowland JH, Somerfield MR. Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: an american society of clinical oncology guideline adaptation. *Journal of oncology practice*. 2015;11(2):133-4.
189. Dekker J, de Groot V. Psychological adjustment to chronic disease and rehabilitation - an exploration. *Disability and rehabilitation*. 2018;40(1):116-20.
190. Beğer T, Yavuzer H. Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. *Klinik Gelişim*. 2012;25:1-3.
191. Kotronoulas G, Papadopoulou C, Burns-Cunningham K, Simpson M, Maguire R. A systematic review of the supportive care needs of people living with and beyond cancer of the colon and/or rectum. *European journal of oncology*

- nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society. 2017;29:60-70.
192. Overcash J, Momeyer MA. Comprehensive Geriatric Assessment and Caring for the Older Person with Cancer. *Seminars in oncology nursing*. 2017;33(4):440-8.
 193. Alan Ö, Gürsel Ö, Ünsal M, Altın S, Kılçksız S. Geriatrik Hastalarda Onkolojik Yaklaşım. *Okmeydanı Tıp Dergisi*. 2013;29(2):94-8.
 194. Burhenn PS, McCarthy AL, Begue A, Nightingale G, Cheng K, Kenis C. Geriatric assessment in daily oncology practice for nurses and allied health care professionals: Opinion paper of the Nursing and Allied Health Interest Group of the International Society of Geriatric Oncology (SIOG). *J Geriatr Oncol*. 2016;7(5):315-24.
 195. Magnuson A, Allore H, Cohen HJ, Mohile SG, Williams GR, Chapman A, et al. Geriatric assessment with management in cancer care: Current evidence and potential mechanisms for future research. *J Geriatr Oncol*. 2016;7(4):242-8.
 196. Hernandez Torres C, Hsu T. Comprehensive Geriatric Assessment in the Older Adult with Cancer: A Review. *European urology focus*. 2017;3(4-5):330-9.
 197. Nair SC, Hassen WA, Sreedharan J, Qawasmeh K, Ibrahim H. Comparison of perceptions of unmet supportive care needs between cancer patients and their oncologists. *Support Care Cancer*. 2019.
 198. Li D, Soto-Perez-de-Celis E, Hurria A. Geriatric Assessment and Tools for Predicting Treatment Toxicity in Older Adults With Cancer. *Cancer journal (Sudbury, Mass)*. 2017;23(4):206-10.
 199. Kocaman N. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve rolü nedir? *Anadolu hemşirelik ve sağlık bilimleri dergisi*. 2005;8(3):107-18.
 200. Kocaman N. Genel hastane uygulamasında psikososyal bakım ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2005;9(1).
 201. Cheah WL, Ling NC, Chang KH. The supportive care needs for prostate cancer patients in Sarawak. *Chin Clin Oncol*. 2016;5(1):7.
 202. Boyes A, Girgis A, Lecathelinais C. Brief assessment of adult cancer patients' perceived needs: development and validation of the 34-item Supportive Care Needs Survey (SCNS-SF34). *J Eval Clin Pract*. 2009;15(4):602-6.
 203. Ozbayir T, Geckil OS, Aslan A. An Adaptation of the Short-Form Supportive Care Needs Survey Questionnaire (SCNS-SF 34) into Turkish. *Eur J Breast Health*. 2017;13(4):183-8.
 204. Kars A, Türker A. Yaşlılık ve kanser. In: Kutsal. YG, editor. *Temel geriatri*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2007. s. 767-88.
 205. Sakamoto N, Takiguchi S, Komatsu H, Okuyama T, Nakaguchi T, Kubota Y, et al. Supportive care needs and psychological distress and/or quality of life in ambulatory advanced colorectal cancer patients receiving chemotherapy: a

- cross-sectional study. *Japanese journal of clinical oncology*. 2017;47(12):1157-61.
206. Temiz G, Durna Z. Evaluation of Quality of Life and Health Care Needs in Cancer Patients Receiving Chemotherapy. *J Cancer Educ*. 2019.
 207. Gozum S, Akcay D. Response to the needs of Turkish chemotherapy patients and their families. *Cancer Nurs*. 2005;28(6):469-75.
 208. Whelan TJ, Mohide EA, Willan AR, Arnold A, Tew M, Sellick S, et al. The supportive care needs of newly diagnosed cancer patients attending a regional cancer center. *Cancer*. 1997;80(8):1518-24.
 209. Taylor K, Currow D. A prospective study of patient identified unmet activity of daily living needs among cancer patients at a comprehensive cancer care centre. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2003;50(2):79-85.
 210. Longman AJ, Atwood JR, Sherman JB, Benedict J, Shang TC. Care needs of home-based cancer patients and their caregivers. Quantitative findings. *Cancer Nurs*. 1992;15(3):182-90.
 211. Newell S, Sanson-Fisher RW, Girgis A, Ackland S. The physical and psycho-social experiences of patients attending an outpatient medical oncology department: a cross-sectional study. *European journal of cancer care*. 1999;8(2):73-82.
 212. Edib Z, Kumarasamy V, Binti Abdullah N, Rizal AM, Al-Dubai SA. Most prevalent unmet supportive care needs and quality of life of breast cancer patients in a tertiary hospital in Malaysia. *Health and quality of life outcomes*. 2016;14:26.
 213. White K, D'Abrew N, Katris P, O'Connor M, Emery L. Mapping the psychosocial and practical support needs of cancer patients in Western Australia. *European journal of cancer care*. 2012;21(1):107-16.
 214. Uchida M, Akechi T, Okuyama T, Sagawa R, Nakaguchi T, Endo C, et al. Patients' supportive care needs and psychological distress in advanced breast cancer patients in Japan. *Japanese journal of clinical oncology*. 2011;41(4):530-6.
 215. Wilmoth MC. The aftermath of breast cancer: an altered sexual self. *Cancer Nurs*. 2001;24(4):278-86.
 216. Watson E, Shinkins B, Frith E, Neal D, Hamdy F, Walter F, et al. Symptoms, unmet needs, psychological well-being and health status in survivors of prostate cancer: implications for redesigning follow-up. *BJU international*. 2016;117(6b):E10-9.
 217. Ng R, Verkooijen HM, Ooi LL, Koh WP. Unmet psychosocial needs among cancer patients undergoing ambulatory care in Singapore. *Support Care Cancer*. 2012;20(5):1049-56.
 218. Smith A, Lyons A, Pitts M, Croy S, Ryall R, Garland S, et al. Assessing knowledge of human papillomavirus and collecting data on sexual behavior: computer assisted telephone versus face to face interviews. *BMC Public Health*. 2009;9:429.

219. Moses S, Oloto E. Asian women's use of specialist Contraception, Sexual and Reproductive Health Services in Leicester, UK. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2010;36(3):137-40.
220. Han Y, Zhou Y, Wang J, Zhao Q, Qin H, Fan Y, et al. Psychometric testing of the Mandarin version of the 34-item Short-Form Supportive Care Needs Survey in patients with cancer in mainland China. *Support Care Cancer*. 2017;25(11):3329-38.
221. Okuyama T, Akechi T, Yamashita H, Toyama T, Endo C, Sagawa R, et al. Reliability and validity of the Japanese version of the Short-form Supportive Care Needs Survey questionnaire (SCNS-SF34-J). *Psychooncology*. 2009;18(9):1003-10.
222. Dyer K, das Nair R. Why don't healthcare professionals talk about sex? A systematic review of recent qualitative studies conducted in the United kingdom. *The journal of sexual medicine*. 2013;10(11):2658-70.
223. Lopez AJ, Butow PN, Philp S, Hobbs K, Phillips E, Robertson R, et al. Age-related supportive care needs of women with gynaecological cancer: A qualitative exploration. *European journal of cancer care*. 2019:e13070.
224. Brennan ME, Butow P, Spillane AJ, Boyle F. Patient-reported quality of life, unmet needs and care coordination outcomes: Moving toward targeted breast cancer survivorship care planning. *Asia-Pacific journal of clinical oncology*. 2016;12(2):e323-31.
225. Hwang SS, Chang VT, Cogswell J, Alejandro Y, Osenenko P, Morales E, et al. Study of unmet needs in symptomatic veterans with advanced cancer: incidence, independent predictors and unmet needs outcome model. *Journal of pain and symptom management*. 2004;28(5):421-32.
226. Mohamed NE, Pisipati S, Lee CT, Goltz HH, Latini DM, Gilbert FS, et al. Unmet informational and supportive care needs of patients following cystectomy for bladder cancer based on age, sex, and treatment choices. *Urol Oncol*. 2016;34(12):531 e7- e14.
227. Reyhan F, Özerdoğan N, Arik E. İhmal edilen bir konu: Yaşlılıkta cinsellik. *Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018;27(1):76-9.
228. Ginsberg TB, Pomerantz SC, Kramer-Feeley V. Sexuality in older adults: behaviours and preferences. *Age Ageing*. 2005;34(5):475-80.
229. Sevim Şen S, Usta E, Aygin D, Sert H. Yaşlılık ve cinsellik konusunda sağlık profesyonellerinin yaklaşımları. *Androloji Bülteni*. 2015;17(60):64-7.
230. Mahieu L, de Casterle BD, Acke J, Vandermarliere H, Van Elssen K, Fieuws S, et al. Nurses' knowledge and attitudes toward aged sexuality in Flemish nursing homes. *Nursing ethics*. 2016;23(6):605-23.
231. DeLamater J. Sexual expression in later life: a review and synthesis. *J Sex Res*. 2012;49(2-3):125-41.

232. DeLamater J, Moorman SM. Sexual behavior in later life. *J Aging Health*. 2007;19(6):921-45.
233. Chapman JL. Knowledge and attitudes of sexuality in the elderly among educators of health care professionals [Master Thesis]. Canada: Edith Cowan University; 1999.
234. Meston CM. Aging and sexuality. *West J Med*. 1997;167(4):285-90.
235. Stulhofer A, Hinchliff S, Jurin T, Carvalheira A, Traeen B. Successful aging, change in sexual interest and sexual satisfaction in couples from four European Countries. *Eur J Ageing*. 2019;16(2):155-65.
236. Minkin MJ. Sexual health and relationships after age 60. *Maturitas*. 2016;83:27-32.
237. Ören M, Kızıltepe R, Özekes B. Yaşlılıkta cinsellik *Ege Tıp Dergisi*. 2016;55.
238. İçli G. Yaşlılar ve yetişkin çocuklar. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*. 2008;1(1):29-38.
239. Özdemir Ö, Bilgili N. Sağlık hizmetlerinde yaşlı ayrımcılığı. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2014;56(2):128-31.
240. Tsuchiya A, Dolan P, Shaw R. Measuring people's preferences regarding ageism in health: some methodological issues and some fresh evidence. *Soc Sci Med*. 2003;57(4):687-96.
241. Lee MS, Nelson AM, Thompson LM, Donovan KA. Supportive care needs of oral cancer survivors: Prevalence and correlates. *Oral oncology*. 2016;53:85-90.
242. Chiesi F, Bonacchi A, Primi C, Miccinesi G. Assessing unmet needs in patients with cancer: An investigation of differential item functioning of the Needs Evaluation Questionnaire across gender, age and phase of the disease. *PLoS One*. 2017;12(7):e0179765.
243. Konstantinidis TI, Samonis G, Sarafis P, Philalithis A. Assessment of needs of hospitalized cancer patients with advanced cancer *Global Journal of Health Science*. 2017;9(6):184-94.
244. Schmidt AL, Lorenz RA, Buchanan PM, McLaughlin L. Evaluating the Needs of Patients Living With Solid Tumor Cancer: A Survey Design. *J Holist Nurs*. 2018;36(1):15-22.
245. Pergolotti M, Deal AM, Williams GR, Bryant AL, Bensen JT, Muss HB, et al. Activities, function, and health-related quality of life (HRQOL) of older adults with cancer. *J Geriatr Oncol*. 2017;8(4):249-54.
246. Pamoukdjian F, Liuu E, Caillet P, Gisselbrecht M, Herbaud S, Boudou-Rouquette P, et al. [Geriatric assessment and prognostic scores in older cancer patient: Additional support to the therapeutic decision?]. *Bull Cancer*. 2017;104(11):946-55.

247. Sun F, Norman IJ, While AE. Physical activity in older people: a systematic review. *BMC public health*. 2013;13(1):449.
248. Bayrak F. Yaşlılık olgusuna sosyolojik bir yaklaşım/A sociological approach to the phenomenon of old age [Yüksek Lisans Tezi]: Firat Üniversitesi; 2018.
249. Sekse RJ, Hufthammer KO, Vika ME. Sexual activity and functioning in women treated for gynaecological cancers. *J Clin Nurs*. 2017;26(3-4):400-10.
250. Kim Y, Kashy DA, Wellisch DK, Spillers RL, Kaw CK, Smith TG. Quality of life of couples dealing with cancer: dyadic and individual adjustment among breast and prostate cancer survivors and their spousal caregivers. *Ann Behav Med*. 2008;35(2):230-8.
251. Williamson TJ, Jorge-Miller A, McCannel TA, Beran TM, Stanton AL. Sociodemographic, Medical, and Psychosocial Factors Associated With Supportive Care Needs in Adults Diagnosed With Uveal Melanoma. *JAMA Ophthalmol*. 2018;136(4):356-63.
252. Hunter EG, Gibson RW, Arbesman M, D'Amico M. Systematic Review of Occupational Therapy and Adult Cancer Rehabilitation: Part 2. Impact of Multidisciplinary Rehabilitation and Psychosocial, Sexuality, and Return-to-Work Interventions. *Am J Occup Ther*. 2017;71(2):7102100040p1-p8.
253. Parry C, Lomax JB, Morningstar EA, Fairclough DL. Identification and correlates of unmet service needs in adult leukemia and lymphoma survivors after treatment. *Journal of oncology practice*. 2012;8(5):e135-41.
254. Okediji PT, Salako O, Fatiregun OO. Pattern and Predictors of Unmet Supportive Care Needs in Cancer Patients. *Cureus*. 2017;9(5):e1234.
255. Chua GP, Tan HK, Gandhi M. What information do cancer patients want and how well are their needs being met? *Ecancermedicalscience*. 2018;12:873.
256. Oberoi D, White VM, Seymour JF, Miles Prince H, Harrison S, Jefford M, et al. The influence of unmet supportive care needs on anxiety and depression during cancer treatment and beyond: a longitudinal study of survivors of haematological cancers. *Support Care Cancer*. 2017;25(11):3447-56.
257. Albrecht TA, Rosenzweig M. Management of Cancer Related Distress in Patients with a Hematological Malignancy. *J Hosp Palliat Nurs*. 2012;14(7):462-8.
258. Oberoi DV, White VM, Seymour JF, Prince HM, Harrison S, Jefford M, et al. Distress and unmet needs during treatment and quality of life in early cancer survivorship: A longitudinal study of haematological cancer patients. *Eur J Haematol*. 2017;99(5):423-30.

8. EKLER

EK-1. Hasta Bilgi Formu

1. Yaş:
2. Cinsiyet: a) Kadın b) Erkek
3. Medeni durum: a) Evli b) Bekar c)Diğer(ayrıyaşıyor,boşanmış,eşini kaybetmiş)
4. Yaşadığı yer:
 - a) Kurum
 - b) Evde yalnız
 - c) Evde eşiyile
 - d) Evde çocuk/akraba
5. İkamet yeri:
 - a) Ankara içi
 - b) Ankara dışı/misafirhane/otel
 - c) Ankara dışı/akraba yanı
 - d) Ankara dışı/günlük ulaşım
6. Eğitim durumu:
 - a) Okur-yazar
 - b) İlkokul
 - c) Ortaokul
 - d) Lise
 - e) Üniversite
 - f) Lisansüstü eğitim
7. Gelir düzeyi
 - a) Gider gelirden fazla
 - b) Gelir gider eşit
 - c) Gelir giderden fazla
8. Tanı
9. Tanının üzerinden geçen süre
10. Almakta olduğu kür
11. Evre
 - I. Evre
 - II. Evre
 - III. Evre

IV. Evre

12. Almış olduğu tedaviler

- a) Cerrahi tedavi
- b) Radyoterapi
- c) İmmünoterapi

13. Almakta olduğu kemoterapi protokolü



EK-2. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Türkçe Formu (DeBGÖ-KF 29Tr)

Bu ölçek, hastalığınız nedeniyle ortaya çıkan ihtiyaçlarınızın karşılanıp karşılanmadığını öğrenmek için hazırlanmıştır. Böylece hastalık tanısı konmuş kişilere yönelik hizmetlerin daha iyi planlanabilmesi amaçlanmaktadır. Aşağıdaki maddelerde geçtiğimiz ay içerisinde hastalığınız nedeniyle, sorulan konuyla ilgili yardıma ihtiyaç duyup duymadığınızı belirtiniz. Geçtiğimiz ay içerisinde ne düzeyde yardıma ihtiyaç duyduğunuzu en iyi şekilde açıklayan rakamı yuvarlak içine alınız. Seçim yapmanız gereken 5 muhtemel yanıt bulunmaktadır:

İHTİYAÇ YOK	1 Benimle ilgili değil – Bu konuda hastalığımdan kaynaklanan herhangi bir sorun yaşamadım.
	2 Memnun – Bu konuda yardıma ihtiyaç duydum, fakat ihtiyacım o dönemde karşılandı. Durumdan memnun olma, sıkıntı duymama
İHTİYAÇ VAR	3 Düşük İhtiyaç – Bu konu nedeniyle endişe/ rahatsızlık duydum. Ek yardıma çok az ihtiyaç duydum.
	4 Orta Düzeyde İhtiyaç – Bu konu nedeniyle endişe/ rahatsızlık duydum. Ek yardıma biraz ihtiyaç duydum.
	5 Yüksek İhtiyaç – Bu konu nedeniyle endişe/ rahatsızlık duydum. Ek yardıma oldukça fazla ihtiyaç duydum.

Geçen ay içerisinde, aşağıda yer alan seçeneklere ilişkin hangi desteğe ne düzeyde ihtiyacınız oldu?	İhtiyacım olmadı		İhtiyacım oldu		
	Benim için uygun değil	Benim için yeterli	Biraz ihtiyacım oldu	Oldukça ihtiyacım oldu	Çok fazla ihtiyacım oldu
1. Ağrı	1	2	3	4	5
2. Güçsüzlük/ yorgunluk	1	2	3	4	5
3. Çoğu zaman iyi hissetmeme	1	2	3	4	5
4. Ev işi yapma	1	2	3	4	5
5. Önceden yapabildiğiniz işleri yapamama	1	2	3	4	5
6. Kaygı/Endişe	1	2	3	4	5
7. Morali bozuk ya da depresif hissetme	1	2	3	4	5
8. Üzgün hissetme	1	2	3	4	5
9. Kanserin yayılacağı korkusu	1	2	3	4	5
10. Tedavi sonuçlarının kontrolünüzün dışında olacağı endişesi	1	2	3	4	5
11. Gelecek hakkında belirsizlik	1	2	3	4	5
12. Durumunuzu kontrol altına almayı öğrenme	1	2	3	4	5
13. Ölüm ve ölüme ilişkin hisler	1	2	3	4	5
14. Cinsel duygularda değişme	1	2	3	4	5
15. Cinsel ilişkide değişme	1	2	3	4	5

16. Sağlık personelinin hissettiğiniz duyguların normal olduğunu onaylaması	1	2	3	4	5
17. Hastane çalışanlarının fiziksel ihtiyaçlarınıza hemen cevap vermesi	1	2	3	4	5
18. Hastane çalışanlarının hislerinize ve duygusal ihtiyaçlarınıza duyarlılık göstermesi ve bunları kabul etmesi	1	2	3	4	5
19. Bakımınızla ilgili önemli konular hakkında yazılı bilgi verilmesi	1	2	3	4	5
20. Evinizde hastalığınız ve yan etkileri ile baş edebilmeniz için size bilgi verilmesi (yazılı, şema, çizimler)	1	2	3	4	5
21. Bilgi verilmesini beklediğiniz testler hakkında size açıklama yapılması	1	2	3	4	5
22. Tedavinizi seçmeden önce yararları ve yan etkileri hakkında yeterince bilgilendirilme	1	2	3	4	5
23. Test sonuçlarınız hakkında en kısa sürede bilgilendirme	1	2	3	4	5
24. Kontrol altına alınmış veya iyileşmekte olan hastalık hakkında bilgilendirilme	1	2	3	4	5
25. İyileşmek için kendi kendinize yapabileceğiniz şeyler hakkında bilgilendirilme	1	2	3	4	5
26. Siz, aileniz ve arkadaşlarınızın ihtiyaç duyduğunda profesyonel danışmanlık alabilmesi (ör. psikolog, sosyal hizmet uzmanı, danışman, uzman hemşire)	1	2	3	4	5
27. Cinsel ilişki hakkında bilgilendirilme	1	2	3	4	5
28. Mümkün olduğu kadar fiziksel açıdan güzel bir hastane veya klinikte tedavi görme	1	2	3	4	5
29. Durumunuz, tedaviniz ve takibiniz hakkındaki tüm konuları konuşabileceğiniz bir sağlık çalışanının olması	1	2	3	4	5

EK-3. Etik Kurul İzni



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 -1202

Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 13 TEMMUZ 2018 CUMA
Toplantı No : 2018/18
Proje No : GO 18/686 (Değerlendirme Tarihi: 13.07.2018)
Karar No : GO 18/686-18

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Dr. Öğr. Üyesi Azize Atlı ÖZBAŞ'ın sorumlu araştırmacı olduğu, Arş. Gör. İrem AYYAT'ın yüksek lisans tezi olan, GO 18/686 kayıt numaralı, "Ayaktan Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Karşılanmamış Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Yaş Bağlamında İncelenmesi" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydıyla 01 Ağustos 2018-01 Ağustos 2019 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan uygun bulunmuştur.

- | | |
|---|---|
| 1. Prof. Dr. Nurten AKARSU (Başkan) | 10 Doç. Dr. Gözde GİRGİN (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Sevda F. MÜFTÜOĞLU (Üye) | 11 Doç. Dr. Fatma Visal OKUR (Üye) |
| İZİNLİ | |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım SARA (Üye) | 12. Doç. Dr. Can Ebru KURT (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Necdet SAĞLAM (Üye) | 13. Doç. Dr. H. Hüsrev TURNAGÖL (Üye) |
| İZİNLİ | |
| 5. Prof. Dr. Hatice Doğan BUZGİNE (Üye) | 14. Dr. Öğr. Üyesi Özay GÖKÖZ (Üye) |
| İZİNLİ | |
| 6. Prof. Dr. R. Köksal ÖZGÜL (Üye) | 15. Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR (Üye) |
| İZİNLİ | |
| 7. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN (Üye) | 16. Öğr. Gör. Dr. Meltem ŞENGELEN (Üye) |
| İZİNLİ | |
| 8. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL (Üye) | 17. Av. Meltem ONURLU (Üye) |
| İZİNLİ | |
| 9. Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU (Üye) | |

EK-4. Hacettepe Üniveritesi Onkoloji Hastanesi Uygulama İzni

Tarih: 20.09.2018 10:07
Sayı: 68571210-755.03-E.00000239642
E.00000239642



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMLERİ YÖNETİM KURULU BASKANLIĞI
Onkoloji Hastanesi Başhekimliği

Sayı: 63305009-
Konu: Uygulama İzni (İrem AYYAT)

19.09.2018

SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMİ YÖNETİM KURULU BAŞKANLIĞI

İlgi: T.C. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı'nın 02.08.2018 tarih ve E.176600 sayılı yazısı.

İlgi yazıya istinaden, Hemşirelik Fakültesi Dr. Öğr. Üyesi Azize ATLI ÖZBAŞ'ın ve Arş.Gör. İrem AYYAT'ın yardımcı araştırmacısı olduğu "Ayaktan Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Karşılammış Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Yaş Bağlamında Belirlenmesi" konulu çalışmanın yapılması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla arz ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Ömer DİZDAR
Onkoloji Hastanesi Başhekimisi

Ek: Medikal Onkoloji Bilim Dalı Başkanlığı'nın 19.09.2018 tarih ve E.234902 sayılı Uygunluk Yazısı

Evrakın elektronik imzalı suretine <https://belgedogrulama.hacettepe.edu.tr> adresinden 35c4adb3-5e4a-4422-bada-ea80450db7c5 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.
Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Onkoloji Hastanesi Hemşire Müdürlüğü Sıhhiye ANKARA, Tel:(312)3053215-16-17-18

Ek-5. Onam Formu

Aydınlatılmış Onam Formu

Sayın Katılımcı,

“Ayaktan Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Karşılanmamış Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Yaş Bağlamında İncelenmesi” başlıklı bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Araştırma Ayaktan kemoterapi alan kanser hastalarının karşılanmamış destekleyici bakım gereksinimlerinin yaş bağlamında incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlar, hastaların destekleyici bakım gereksinimlerini belirleme ve belki de bu ihtiyaçları karşılayacak uygulamalar planlayabilme açısından önemlidir. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldurma sırasında istediğiniz anda çalışmadan çekilebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Bilgileriniz, araştırmacı tarafından yüz yüze soru cevap şeklinde ve toplamda 2 form kullanılarak yaklaşık 30 dakika zamanınızı alacak şekilde toplanacaktır. Bilgilerinizin toplandığı ilk form hem çoktan seçmeli hem de açık uçlu; sosyo-demografik, hastalık ve almakta olduğunuz tedaviye yönelik bilgileri sorgulayan 15 sorudan oluşmaktadır. İkinci form destekleyici bakım ihtiyaçlarınızı sorgulayan 29 maddeden oluşmaktadır.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişiler ile iletişim kurabilirsiniz:

Dr. Öğr. Üyesi Azize ATLI ÖZBAŞ

Arş. Gör. İrem AYYAT

Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

05077380194

Araştırma Ekibi

Azize ATLI ÖZBAŞ

İrem AYYAT

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

Kabul ediyorum.

EK-6. Orjinallik Raporu

Ayaktan Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Karşılanmamış Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Yaş Bağlamında İncelenmesi

ORIGINALITY REPORT

9%	6%	1%	7%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 Internet Source	3%
2	Submitted to TechKnowledge Turkey Student Paper	1%
3	Submitted to American University in Cairo Student Paper	1%
4	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Student Paper	1%
5	hemarge.org.tr Internet Source	<1%
6	www.hastane.hacettepe.edu.tr Internet Source	<1%
7	Submitted to Yeditepe University Student Paper	<1%
8	Submitted to Istanbul Medipol Üniversitesi Student Paper	<1%

EK 7. Dijital Makbuz



Digital Receipt

This receipt acknowledges that Turnitin received your paper. Below you will find the receipt information regarding your submission.

The first page of your submissions is displayed below.

Submission author: İrem Ayvat
Assignment title: İrem Ayvat Tez
Submission title: Ayaktan Kemoterapi Alan Kanser Ha..
File name: TEZ_REM_turnitin.docx
File size: 538.39K
Page count: 56
Word count: 11,934
Character count: 85,835
Submission date: 30-Jul-2019 12:55PM (UTC+0300)
Submission ID: 1156196190



9. ÖZGEÇMİŞ

I. Kişisel Bilgiler

Adı soyadı : İrem AYYAT
Doğum yeri ve tarihi : ANKARA / 09.04.1994
Uyruğu : T. C.
İletişim adresi :Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi D Blok
Altındağ/Ankara Telefonu : 0312 305 15 80/181

II. Eğitim

Derece	Kurum	Tarih
Yüksek Lisans	Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı	2017 – devam ediyor
Lisans	Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	2012 – 2016
Lise	Süleyman Demirel Anadolu Lisesi	2008 – 2012

III. Mesleki deneyim

Görev	Kurum	Tarih
Araştırma Görevlisi	Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	2018 – devam ediyor
Kardiyoloji Hemşiresi	TOBB ETÜ Hastanesi	2017 - 2018