

**T.C.**  
**OKAN ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ÖZEL BİR HASTANEDE AYAKTAN VE YATARAK**  
**TEDAVİ GÖREN KANSER HASTALARININ**  
**PSİKOSOSYAL GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

**Havva Gül ERGÜL**

**Tez Danışmanı**  
**Yrd. Doç. Dr. Elçin BABAÖĞLU**

**İSTANBUL 2018**



**T.C.**  
**OKAN ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ÖZEL BİR HASTANEDE AYAKTAN VE YATARAK**  
**TEDAVİ GÖREN KANSER HASTALARININ**  
**PSİKOSOSYAL GEREKSİNİMLERİNİN BELİRLENMESİ**

**Havva Gül ERGÜL**  
**164003084**

**Tez Danışmanı**  
**Yrd. Doç. Dr. Elçin BABAÖĞLU**

**İSTANBUL 2018**

T.C  
OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Y Ü K S E K L İ S A N S  
T E Z O N A Y I



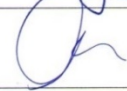
**ÖĞRENCİNİN**

Adı ve Soyadı : Havva Gül Ergül  
Anabilim/Bilim Dalı : Hemşirelik  
Danışman : Yrd. Doç. Dr. Elçin Babaoğlu

Öğrenci No : 164003084  
Tez Savunma Tarihi : 23.03.2018  
Tez Savunma Saati : 13.00

Tez Konusu: "Özel Bir Hastanede Ayaktan ve Yatarak Tedavi Gören Kanser Hastalarının Psikososyal Gereksinimlerinin Belirlenmesi"

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 33.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABUL ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Prof. Dr. Birsen Yürügen	Kabul	
Yrd. Doç.Dr. Özlem Yazıcı	Kabul	
Yrd. Doç.Dr Elçin Babaoğlu	Kabul	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Yrd. Doç.Dr. Kerime Derya Beydağ		

## ÖZET

Kanser, kronik bir hastalık olmasının yanı sıra psikiyatrik bozukluklar gibi farklı ek tanıları içinde barındırır. Konsültasyon Liyezon Psikiyatri hemşiresi; kanser hastalarında var olan veya gelişebilecek psikiyatrik komorbiditenin erken saptanması, gereken psikososyal destek ve yönlendirmelerle takibinin ve tedavisinin sağlanması, hastaların psikososyal gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu belirlenen gereksinimler göz önünde bulundurularak hastanın ruh sağlığına yönelik bakımının uygulanmasını, hasta ve ailesinin yanında klinikte görev alan hemşirelere de rehberlik ve danışmanlık yapılmasını sağlar. Kanser hastalarının psikososyal gereksinimlerinin belirlenmesi konusunda gerçekleştirilmiş sınırlı çalışmanın olması nedeniyle, hastaların bir bütünlük içinde biyopsikososyal açıdan değerlendirilerek psikososyal bakımının en iyi şekilde sağlanması amaçlanarak bu çalışmada özel bir hastanede ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarının psikososyal gereksinimleri araştırılmıştır.

Araştırma Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesinde tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini 01.02.2017-01.07.2017 tarihleri arasında tedavi alan ve araştırma kriterlerine uyan 149 hasta, oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak hastanın tanıtıcı bilgilerini içeren 22 soruluk sosyodemografik veri formu ve araştırmacı tarafından geliştirilen hastaların duygusal ve sosyal alanını temsil eden 57 maddelik psikososyal gereksinimleri belirleme formu kullanılmıştır. İç güvenirlik analizi, bağımsız Örnek t-testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA), Tukey HSD testi ve Korelasyon Analizi yapılmış ve verilerin değerlendirilmesinde SPSS 24.0 programı kullanılmıştır.

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre; ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarının psikososyal gereksinimlerini etkileyen değişkenler hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, gelir düzeyi, hastanın tanı yaşı ve kanser türü olarak belirlenmiştir. Aynı zamanda duygusal ve sosyal sorunların karşılıklı olarak birbirini etkilediği saptanmıştır. Bulgular doğrultusunda ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarının duygusal ve sosyal gereksinimlerinde önemli farklılıklar olduğu sonucuna varılmış, sonuçlara uygun öneriler geliştirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Kanser, Konsültasyon liyezon psikiyatrisi, Psikososyal bakım, Psikososyal gereksinimler

## ABSTRACT

### DETERMINATION OF PSYCHOSOCIAL REQUIREMENTS OF CANCER OUTPATIENTS AND INPATIENTS IN PRIVATE HOSPITAL

Cancer is not only a chronic disease but also consists additional diagnosis like psychiatric disorders. The psychiatric consultation liaison nurse detects comorbidity that exists or may develop in cancer patients early, provides follow-up and treatment that required for cancer patients with psychosocial support and instructions, determines psychosocial requirements of cancer patients and provides care intended for mental health of the patient with considering determined psychosocial requirements, provides consultancy and guidance for clinic nurses in addition to the patients and their family. Because of the studies about the determination of psychosocial requirements of patients are limited, in this study psychosocial requirements of outpatients and inpatients in private hospital are investigated aiming to provide the best psychosocial care with evaluating biopsychosocial integrity.

This study is done in Anadolu Medical Center as a descriptor. The sample of the study consists of 149 patients that receive a treatment between the dates of 01.02.2017 and 01.07.2017 and suit the criterions of the study. As a data collection instrument, sociodemographic data form which is consisted of 22 questions about patients' introductory information and determination of psychosocial requirements form which is developed by the researcher and be consisted of 57 questions that represent patients' affective domain and social domain are used. Internal reliability analysis, independent samples t-test, One-Way ANOVA, Tukey HSD test and correlation matrices are examined and SPSS 24.0 is used in the evaluation of the data.

According to results of the study; variables which affect the psychosocial requirements of cancer outpatients and inpatients are determined as age, gender, marital status, income level, age at diagnosis of the patient and type of cancer. At the same time, emotional and social problems are detected to mutually influence each other. In the direction of the findings, it is concluded that there are significant differences between emotional and social requirements of cancer outpatients and inpatients and suggestions based on the results are developed.

**Keywords:** Cancer, Consultation-liaison psychiatry, Psychosocial care, Psychosocial requirements

## ÖNSÖZ

Bu araştırma ayaktan ve yatarak tedavi alan kanser hastalarının psikososyal gereksinimlerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışmam boyunca bana yol gösteren, her türlü bilimsel katkıyı, manevi desteği esirgemeyen değerli tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Elçin BABAÖĞLU' na,

Her zaman yanımda olduklarını hissettiren beni hep sabır ve sevgiyle kucaklayarak destekleyen annem, eşim ve varlığıyla gücüme güç katan biricik kızım Ezgi' ye,

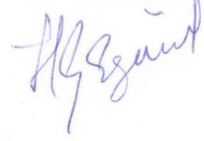
Araştırma boyunca verdikleri destek ve katkılardan dolayı Özel Anadolu Sağlık Merkezi'ndeki yöneticilerime ve arkadaşlarıma, teşekkür ederim.

Havva Gül ERGÜL

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmada yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

Havva Gül ERGÜL





# İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI.....	II
ÖZET .....	III
ABSTRACT.....	IV
ÖNSÖZ .....	V
BEYAN .....	VI
İÇİNDEKİLER .....	VII
TABLolar LİSTESİ .....	IX
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	X
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ .....	XI
1. GİRİŞ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. Kansere İlişkin Genel Bilgiler .....	3
2.1.1. Kanserde Tanı ve Koruma .....	5
2.1.2. Kansere Tedavisi .....	7
2.2. Kanserde Psikososyal Boyut .....	8
2.3 Hemşirelik ve Kansere .....	13
2.4 Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği .....	15
2.4.1. Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği ve Kansere .....	17
2.4.2. KLP Hemşiresi ve Kansere Psikososyal Bakım .....	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	21
3.1 Araştırmanın Şekli .....	21
3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri .....	21
3.3 Araştırmanın Sınırlılıkları .....	22
3.4 Veri Toplama Yöntem ve Aracı .....	22
3.5 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme .....	24
4. BULGULAR .....	25
4.1 Ayaktan Ve Yatarak Tedavi Gören Kansere Hastalarının Tanımlayıcı Özelliklerine Ait Bulgular .....	25
4.2 Ayaktan ve Yatarak Tedavi Gören Kansere Hastalarında Psikososyal Gereksinimlere İlişkin Bulgular .....	37

<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>38</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....</b>	<b>65</b>
<b>KAYNAKLAR .....</b>	<b>74</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>84</b>
<b>ETİK KURUL ONAYI.....</b>	<b>95</b>



## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 1. TNM sınıflama sistemi .....</b>	<b>4</b>
<b>Tablo 2. Kanserde tanı yöntemleri .....</b>	<b>5</b>
<b>Tablo 3. Kanserde psikolojik tepkiler .....</b>	<b>10</b>
<b>Tablo 4. Psikolojik bakım düzeyleri .....</b>	<b>16</b>
<b>Tablo 5. Ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarında sosyal ve duygusal alana ilişkin alt boyutlar .....</b>	<b>22</b>
<b>Tablo 6. Ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarının tanımlayıcı özellikleri .....</b>	<b>25</b>
<b>Tablo 7. Ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarının hastalığıyla ilişkili tanımlayıcı özellikleri .....</b>	<b>29</b>
<b>Tablo 8. Ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarında temel istatistikler .....</b>	<b>36</b>
<b>Tablo 9. Ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarında cinsiyet ve alt boyutların karşılaştırılması .....</b>	<b>37</b>
<b>Tablo 10. Ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarının yaşı ile psikososyal sorunları arasındaki ilişkinin puan ortalamaları .....</b>	<b>39</b>
<b>Tablo 11. Ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarında gelir ve alt boyutların karşılaştırılması .....</b>	<b>41</b>
<b>Tablo 12. Ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarında kanser tanısı ve alt boyutların karşılaştırılması .....</b>	<b>45</b>
<b>Tablo 13. Ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarında tanı yaşı ve alt boyutların karşılaştırılması .....</b>	<b>48</b>
<b>Tablo 14. Ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarında tanıdan bu yana geçen süre ve alt boyutların karşılaştırılması .....</b>	<b>49</b>
<b>Tablo 15. Ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarında çevreden alınan desteğin yeterlilik algısı ve alt boyutların karşılaştırılması .....</b>	<b>50</b>

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Kanserde Korunma .....	6
Şekil 2. Ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarının duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişkiler .....	53



## SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

<b>KLP</b>	<b>Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi</b>
<b>TNM</b>	<b>Amerikan Kanser Ortak Komisyonunun önerdiği kanser sınıflandırması</b>
<b>MRI</b>	<b>Manyetik Rezonans Grüntüleme</b>
<b>SPSS</b>	<b>Statistical Program For Social Scientists</b>
<b>p</b>	<b>Tek yönlü varyans analizinde test olasılığı</b>
<b>F</b>	<b>Tek yönlü varyans analizinde F değeri</b>
<b>t</b>	<b>Tek yönlü varyans analizinde t değeri</b>

## 1. GİRİŞ

Kanser, günümüzde özellikle gelişmiş ülkelerde olmak üzere önemli sağlık sorunları arasında ilk sıralarda yer almaktadır (1). Kronik ve tekrarlayıcı bir hastalık olmanın yanı sıra farklı ek tanıları da içinde barındırır. En sık görülen ek tanıları arasında psikiyatrik bozukluklar önemli yer tutar. Bu psikiyatrik bozukluklara uyum bozuklukları, anksiyete ve depresyon örnek verilebilir.

Psikiyatrik bozuklukların erken tanınması sonrasında tedavi edilmesi birincil hastalık olan kanserin de tedavi sürecinde hastanın ruhsal olarak iyileşmesine ve yaşama olan beklentisine olumlu etki eder. Tanı ve tedavi sürecinde ilerlemeler görülmesine karşın kanser, hastalar ve yakınları açısından, zorlayıcı bir deneyimdir. Hastalar ve yakınları için yaşam süresinin kısalması ile doğru orantılı olduğu düşünülen kanser evreleri; hastalarda ümitsizlik, öfke, ölüm korkusu, kendini suçlama, sosyal izolasyon ve yaşam tarzı değişikliği gibi psikososyal problemleri beraberinde getirebilir.

Hastalar yaşayabilecek oldukları psikososyal problemler ve içinde buldukları çaresizlik durumu sebebiyle çevreden gelebilecek her türlü desteğe açıktırlar. Bu nedenle çevresinde bulunan yakınlarının da aynı hastaların kendisi gibi kabullenmeyi öğrenmesi gerekir çünkü yetersiz duygusal ve sosyal destek hastaların psikiyatrik sorunlar yaşamasına neden olmaktadır (2). Ancak kanser hastasına sosyal destek sağlayabilmek için yalnızca aile yeterli olmamaktadır. Bu yüzden de aile bireylerinin yanı sıra, hekim, hemşire, psikolog, sosyal çalışmacı ve diğer çalışanların hasta üzerindeki rolü önemlidir (3).

Özellikle hemşirelerin, kanser tanısı ve tedavisinin neden olduğu fiziksel ve psikolojik sorunları belirleme ve hasta ile ailesine yardım etmede önemli rol ve sorumlulukları vardır. Hemşirelerin psikososyal bakımdaki rolü göz önünde bulundurulduğunda Konsültasyon Liyezon Psikiyatri hemşiresi diğer hemşirelerden farklı olmak üzere hastaların fiziksel bakımı ile psikolojik bakımı arasında bir köprü gibi hizmet verir (4). Aynı zamanda, kanser hastalarının psikososyal gereksinimlerini belirler ve hastanın ruh sağlığına yönelik bakımın uygulanmasında hasta ve ailesinin yanında klinikteki diğer hemşirelere de rehberlik ve danışmanlık sağlar.

KLP hemşiresinin hastanın psikolojik sağlığında ve hastalıkla baş etme becerisinde çok olumlu katkıları olduğu gibi hastaların psikososyal gereksinimlerinin belirlenmesinin de KLP hemşiresi açısından hastanın psikolojik problemlerinin çözüme kavuşturulmasında çok olumlu katkıları vardır.

Ülkemizde kanser hastalarının psikososyal gereksinimlerinin belirlenmesi konusunda gerçekleştirilmiş sınırlı çalışmanın olması ve hastaların biyopsikososyal bir bütünlük içinde değerlendirilerek psikososyal bakımın sağlanması amacıyla bu çalışmada özel bir hastanede ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarında psikososyal gereksinimler araştırılacaktır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1 Kansere İlişkin Genel Bilgiler

Hücreler bazen, çevresel faktörler neticesinde, hücre DNA'sında oluşturduğu değişiklikler sonucu kontrolsüz olarak bölünmeye başlarlar ve normal olmayan bir oluşum meydana getirirler. Bu oluşum yakındaki komşu dokulara ve bazen de uzak organlara yayılabilir. Bu normal olmayan hücrelerin kontrolsüz büyüme ve yayılma özelliğine sahip olması ile gelişen hastalığa kanser adı verilir. Ancak kanserin ortaya çıkabilmesi için sağlıklı dokuları istila etmesi ve dolaşıma katılarak diğer dokulara yayılması gerekmektedir (5, 6). Kısacası kanser, kromozomları yapısal değişime uğramış hücrelerin çekirdeklerinin sitoplazmaya yanlış mesajlar göndermesi sonucu hücre bölünmesindeki kontrolün kaybedilmesi yanında bazı malign özellikleri de kazanması ile meydana gelir (2).

Dünya sağlık raporuna göre 2012 yılında bütün dünyada 12,1 milyon kanser vakası tespit edilmiştir. Aynı yıl içerisinde de bu insanların 8,2 milyonu, kanserden hayatını kaybetmiştir (7). Ülkemizde ise 2008 yılı verilerine göre yılda yaklaşık 140 bin kişiye kanser tanısı konulmuş ve yaklaşık olarak 110 bin kişi de kanserden yaşamını kaybetmiştir. Kanser görülme sıklığı cinsiyete göre, bölgeden bölgeye, sosyo-ekonomik düzey, beslenme ve yaşam tarzı değişiklikleri gibi faktörlere bağlı olarak değişiklikler gösterebilmektedir (8).

Tümör ve kanser sözcükleri çoğunlukla eş anlamlı kullanılırlar. Ancak bu yanlıştır çünkü bu iki kelime eş anlamlı değildir. Tümörler benign yani iyi huylu ya da malign yani kötü huyludur. Bu iki tür tümör de anormal hücre büyümesi sonucu oluşur. Ama iyi huylu tümörlerin büyüme potansiyelleri sınırlıdır ve buldukları bölgede büyüyerek gelişirler, metastaz yapmazlar. Kötü huylu tümörler hızla çoğalıp, çevre dokulara bulaşır. Uzak olan organlara ise dolaşım sistemi yoluyla metastaz yaparlar (9, 10, 11). Malign hücreler köken aldıkları normal hücrelerdeki işlev, görünüş ve bazı özellikleri kaybetse de bazı durumlarda köken aldıkları hücrelerin işlevlerine hiç benzemeyen yeni hücre işlevleri de gösterebilirler. Örneğin endokrin bez özelliğine sahip olmayan bazı tümörler hormon salgılama özelliği kazanabilirler (10, 12).

Bir organ ve dokuda tümör tespit edildiğinde tümörün evrelendirilmesi önemlidir. Evrelendirme hastalığın boyutlarını tanımlanmanın yanında, tedavinin



planlanmasında, prognozun belirlenmesinde ve değişik tedavi yaklaşımlarının karşılaştırılmasında yardımcı bir süreçtir (13). Kanserin evrelerinin belirlenmesi konusunda farklı görüşler olmakla birlikte en yaygın olarak kullanılan Amerikan Kanser Birliğinin Tümör Nodül Metastaz (TNM) sınıflama sistemidir (Tablo 1). “T” Birincil tümörün boyutları “N” bölgesel lenf düğümü tutulumu ve “M” metastaz varlığı veya yokluğunu ifade eder (9,14).

**Tablo 1:** TNM sınıflama sistemi

<p>T: Tümörün büyüklüğünü gösterir.</p> <p>N: Bölgesel lenf bezi metastazının olup olmadığını gösterir.</p> <p>M: Uzak metastazın olup olmadığını gösterir.</p> <p><i>*TNM bileşiklerinin alt boyutlarında malignant hastalığın yayılımını gösteren numaralandırma kullanılır.</i></p>	
<b>Primer Tümör (T)</b>	<p>Tx: Primer tümör tanımlanmamıştır.</p> <p>T0: Primer tümör bulgusu yok</p> <p>Tis: İnsitu (sınırlı evre) karsinomu</p> <p>T1, T2, T3, T4: Lokal tümörün artan boyutu ve lokal yayılımı gösterir.</p>
<b>Bölgesel Lenf Bezleri (N)</b>	<p>Nx: Bölgesel lenf bezleri tanımlanmamıştır.</p> <p>N0: Bölgesel lenf metastazı yok</p> <p>N1, N2, N3, N4: Bölgesel lenf bezlerinin arttığını gösterir.</p>
<b>Uzak Metastaz (M)</b>	<p>Mx: Uzak metastaz tanımlanmamıştır.</p> <p>M0: Uzak metastaz yok.</p> <p>M1: Uzak metastaz varlığını gösterir.</p>

**Kaynak: 15'den alınmıştır.**

### 2.1.1 Kanserde Tanı ve Korunma

İnsanlarda herhangi bir belirti oluşmadan kanserin araştırılmasına tarama denilmektedir. Erken teşhis imkânı sağladıkları için tarama yöntemleri kansere karşı mücadelede en önemli etkenlerdendir (16). Kanserde tanı yöntemleri Tablo 2'deki gibidir.

**Tablo 2:** Kanserde tanı yöntemleri

Kanserde Tanı Yöntemleri	<ul style="list-style-type: none"><li>• Anamnez</li><li>• Fizik muayene</li><li>• Tam kan sayımı</li><li>• Kan biyokimyası</li><li>• Akciğer grafisi</li><li>• Tümör markerleri</li><li>• Mamografi</li><li>• Sintigrafi</li><li>• Endoskopi</li><li>• Görüntüleme yöntemleri (tomografi, ultrason, MRI)</li></ul>
-----------------------------	--

**Kaynak: 16'dan alınmıştır.**

Kanserden korunmanın önemli adımlarından biri olan taramalar sayesinde konulan erken tanı tedavi şansını yüksek oranda artırır. Kansere erken ölümlere ve kayıplara yol açması bakımından öncelik verilmesi gereken bir sağlık sorunudur. Birçok hastalıkta olduğu gibi kanserden korunmada hedef, toplumun hastalığa yakalanma riskini en aza indirmektir. Kanserden korunma üç başlık toplanabilir. Bunlar:

- Primer korunma
- Sekonder korunma
- Tersiyer korunma (11).

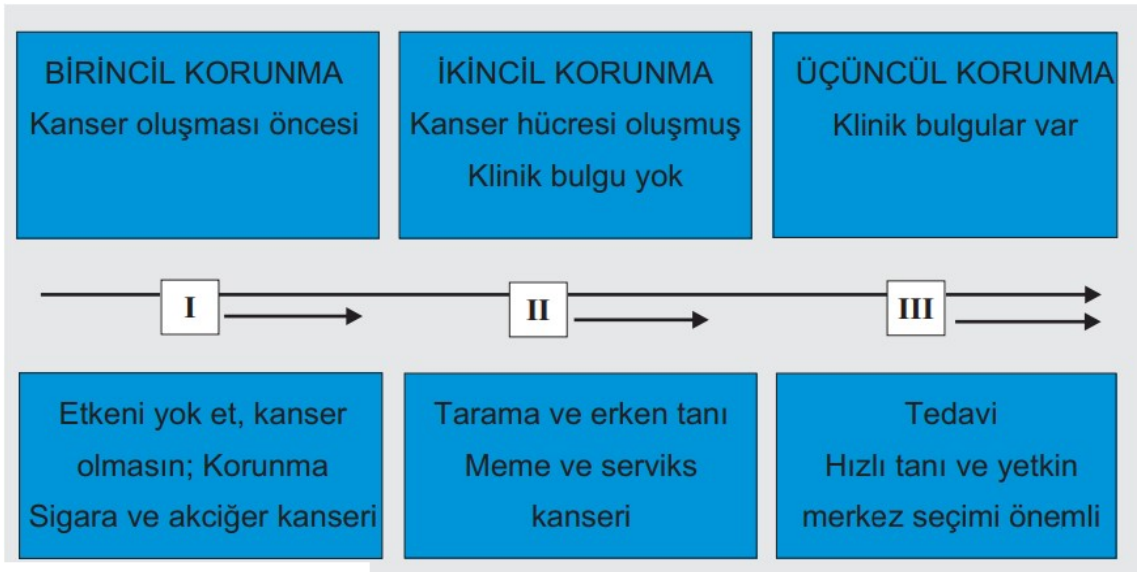
Primer korunma, kanser oluşumu mekanizmasını tetikleyecek olan her türlü kanser yapıcı madde ve oluşumla teması engellemektir. Primer korunmada hemşireler sağlık eğitimleri ile birlikte ön plandadır. Hemşireler, sağlık danışmanlığı yapmanın yanı sıra, sigara ve dengesiz beslenme gibi kötü alışkanlıkları bırakma konusunda

bireylere yardımcı olabilirler. Kanserde sađlık eđitimi, kanserle bađlantısı olduđu dűşünűlen risk faktűrleri ve bu faktűrlerle karřılařmayı azaltmayı ve engellemeyi içermelidir (10, 17).

Birincil korunmada ilk hedeflenen toplumdaki bűtűn insanların kanser konusunda bilinçlendirilmesidir. Toplumun dikkatini çekmek amacı ile űnemsenen devlet űst yűneticileri, politikacılar ve sanatçılar, yazılı ya da gűrsel medya aracılıđı ile kanser ve korunmanın űnemini belirtmeli, bu konuya dikkat çekmeli, bireyleri tarama programlarına yűnlendirilmeli ve kanserden korunmaya yűnelik dođru mesajlar vermelidir (18).

Sekonder korunmada erken tanı sűz konusu olup klinik bulgu yoktur fakat hűresel dűzeyde kanser bařlamıř bulunmaktadırdır. Sekonder ya da ikincil korunmaya űrnek olarak meme kanseri tarama programları gűsterilebilir. űűncűl veya tersiyer korunmada ise kanser bulguları vardır ve yalnızca dođru tedavilerin uygulanması ile mortalite oranları dűřűrűlebilir. Bu ű ařamada primer korunma hem yaygın kitleleri koruması hem de ucuz olması nedeni ile űnemlidir. Sekonder korunmada da maliyet etkinlik sűz konusudur. Tersiyer korunma yani sadece tedavi ise ekonomisi gűűlű űlkelerin karřılayabileceđi ekonomik olarak zorlayıcı bir uygulamadır (19).

**şekil 1:** Kanserde korunma



**Kaynak:** 19'dan alınmıştır.

### 2.1.2 Kanser Tedavisi

Kanser tedavisinde amaç, kanser belirtilerini tümüyle yok ederek hastalığın iyileşmesini sağlamak, işlevsel ve yapısal yetersizlikleri azaltmak ya da yok etmek, hastanın yaşam süresini kansere ilişkin semptomlardan kurtulmuş olarak sürdürmesini sağlayarak yaşam süresini uzatmak ve hastanın yaşam kalitesini arttırmaktır (9,20,21). Kanserin başlıca tedavi yöntemleri kemoterapi, cerrahi tedavi ve radyoterapidir (22). Kanseri tanıyan hastaların bireysel özellikleri, kanserin evresi ve yaygınlığına göre bu yöntemlerden bir veya birkaçı tedavide kullanılmaktadır. Bu tedavi yöntemleri ile hastaların kaliteli yaşam süresinin uzaması ve tedaviye bağlı olarak ortaya çıkan semptomların kontrol altında tutulması amaçlanmaktadır (20, 23).

Kanserde en çok kullanılan tedavi yöntemlerinden biri olan kemoterapi, hastanın veya konakçının normal hücrelerine zarar vermeden tümör hücrelerinin büyümesini, çoğalmasını durdurmak veya yok etmek için uygulanan bir tür ilaç tedavisidir (24). Ancak kemoterapide uygulanan ilaçlar kanserli hücrelerin çoğalmasını önlediği gibi kanserli olmayan hücrelerin de çoğalmasını önler. Kemoterapi kanser hastalarına cerrahiden önce (neoadjuvan), cerrahiden sonra (adjuvan), iyileşme amacıyla birincil tedavi olarak (küratif), kanserden ötürü yaşanabilecek semptomların kontrolü için (palyatif), yoğun kemoterapi ile ilerlemiş hastalıkta tümör yükünü en üst düzeyde azaltmaya yönelik (kurtarma tedavisi) verilebilir (22).

Kanser tedavisinde üç ayaktan biri sayılan radyoterapi iyonizan radyasyon kullanılarak yapılır. Tek başına uygulanabileceği gibi ameliyat öncesi, sonrası ya da kemoterapi ve cerrahi gibi diğer tedavi yöntemleri ile birlikte uygulanabilir (15, 22). Kanseri hastasına uygulanış şekline göre radyoterapi eksternal radyoterapi ve brakiterapi olmak üzere iki kısımda incelenir. Eksternal radyoterapi; üç boyutlu konformal radyoterapi, yoğunluk ayarlı radyoterapi, görüntü kılavuzluğunda radyoterapi ve stereotaktik radyoterapi şeklinde uygulanabilir. Tüm bu tekniklerin asıl amacı sağlıklı hücrelere mümkün olduğunca az doz verip korurken tümör veya tümör taşıma olasılığı olan dokularda da en etkin yüksek dozlara çıkabilmektir. Brakiterapi ise eksternal radyoterapiden farklı olarak organ boşlukları içine veya kanserli doku içi ve çevresine yerleştirilen geçici ya da kalıcı radyoaktif kaynaklar aracılığıyla ışınlamanın uygulanmasıdır (25,26).

Cerrahi kanserde farklı birçok amaçla kullanılmaktadır. Bunlar tanısal cerrahi, önleyici cerrahi, küratif (radikal) cerrahi ve palyatif cerrahidir. Ama çoğu kanser türünde, kanserli dokular ameliyatla vücuttan tamamen çıkarılmasına rağmen gösterilemeyen mikroskobik yayılımlar söz konusudur. Bu sebeple ilaç tedavisi ve radyoterapi gibi diğer tedaviler de çoğu zaman cerrahiye ek olarak gereklidir (1).

Kanser semptomlarını yok ederek hastalığın iyileşmesi amacıyla kanserin başlıca tedavi yöntemlerinden olan kemoterapi, cerrahi tedavi, radyoterapi ve diğer tedavi yöntemlerinden hangisine başlanması gerektiğine olabildiğince erken karar verilerek tedavi stratejileri bu seçeneklere uygun şekilde belirlenmelidir.

## **2.2 Kanserde Psikososyal Boyut**

En kısa tanımı ile hücrelerin kontrolsüz şekilde çoğalmaları anlamına gelen kanser; süregelen ve ölümcül bir hastalık olmasının yanı sıra duygusal, ruhsal ve davranışsal tepkilere yol açan önemli bir sorundur (1,27). Kanser korku, umutsuzluk, suçluluk, çaresizlik, terk edilme ve ölüm gibi duygu ve düşünceleri çağırıştırır (2). Bu çağrışımlar göz önünde bulundurulduğunda kanser, fiziksel bir hastalık olmasının yanı sıra, psikososyal sorunların en fazla gözlemlendiği durumlardan biridir (3). Kanser, hastada işini devam ettirebilme ya da sürdürülebilirlikle ilgili kaygılara, duygusal zorlanmalara, yaşamında üstlendiği rol ve sorumluluklarda önemli değişikliklere sebep olur (28). Kanser hastalarında tedavi ile birlikte uzun dönemde en sık görülen psikososyal yan etkiler yorgunluk, uyku bozukluğu, bilişsel ve işlevsel alanda sınırlılık yaşanması, cinsel işlev bozukluğu, psikolojik sıkıntı ve psikiyatrik bozukluklardır (29).

Milyonlarca insan için ölüm sebebi olmasının yanında kanser en çok psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkma olasılığının yüksek olduğu bir hastalıktır. Kanser hastalarında ortaya çıkan psikiyatrik bozukluk oranının %30-40 aralığında olduğu belirtilmektedir ve bu oran yüksek olarak nitelendirilmektedir (30). Psikiyatrik bozukluklar hem tanı ilk konulduğunda hem tedavi sürecinde hem de uzun süreli izlemde ortaya çıkabilmektedir (31). Kanserli olguların tedavisinde hastanın psikolojik durumu, tedaviye uyumunu ve tedavi başarısını etkilemektedir. Kanserle birlikte geçirilen yaşam süresinin uzaması hedeflenen başarı göstergesi değildir. Hedef hem sağ kalım hem de kaliteli yaşamaktır (32).

Kanser tanısı alan hastalarda görülen psikiyatrik sorunlar ve sıklıkları kanserin türüne, hastalığın doğasına, kullanılan tedavi ve yan etkilerine bağlı olarak gelişmekte ve değişmektedir. Kanser hastasının sağlıklı iken yerine getirdiği bazı rol ve fonksiyonları sınırlandığı ve sosyal ilişkileri daraldığı için kanser hastanın ailesi için de zorlayıcıdır. Bunun sonucu olarak hasta yakınlarının hastaya karşı çelişkili davrandıkları belirlenmiştir (33). Hasta yakınlarının çeliştiği düşüncelerden olan, bütün kanser hastalarında psikiyatrik bozukluk ortaya çıktığı düşüncesi ve hastanın tüm tepkilerinin “normal” olarak kabul edilmesi gerektiği düşüncesi yanlıştır (34).

Kanser, kronik bir hastalıktır ve kronik hastalığı olan hastalarda üzüntü, öfke, çaresizlik, sürekli ağlama, ümitsizlik, endişe, içe kapanma, aile ve iş yaşantısına ilişkin rol kaybı, öz güvende azalma, ölüm korkusu, bağımlı olma endişesi, beden imajı değişikliği ve yaşam tarzında bozulma, depresif görüntü ve sosyal izolasyon gibi psikososyal problemler görülmektedir (35). Kanser tanısına eşlik eden psikiyatrik bozuklukların tanısının koyulup tedavisinin yapılması gerek birincil hastalık olan kanserin tedavi süreci ve prognozunda gerekse hastanın yaşam kalitesi, yaşam süresi ve beklentisi üzerinde olumlu etki gösterir (31). Aynı zamanda psikiyatrik bozuklukların tedavisinin yapılması, psikososyal problemlerin azalmasını sağlar. Doktorların ve diğer sağlık çalışanlarının da kanser hastalarında majör depresyon gibi psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı ve ortaya çıkan bu psikolojik bozuklukların hastada yol açabileceği psikososyal değişiklikler konusundaki farkındalıklarının yüksek olması gereklidir çünkü kanser tedavi sürecinde ve hemen sonrasında belirsizliğin oldukça yoğun yaşandığı, bireyin psikososyal dünyasında yalnızca iz bırakmayan aynı zamanda anlamlı değişimler yaratan çok boyutlu bir hayat tecrübesidir (36, 37, 38).

Tedavinin yan etkileri ile birlikte hastalar anksiyete, depresyon, ağrı, cinsel işlev bozukluğu, yorgunluk gibi semptomlar yaşamakta, var olan uyum mekanizmaları sarsılmakta, geleceğe yönelik beklenti ve planları bozulmakta, yaşam kaliteleri azalmaktadır (39). Tedavinin yan etkilerine örnek olarak; hastalarda tanı sırasındaki duygusal stres ve tedavi için kullanılan ilaçların depresyona yatkınlığı artırması verilebilir.

Hastayı psikososyal açıdan bir bütün olarak değerlendirebilmek için psikolojik tepkilerinin en iyi şekilde değerlendirerek psikososyal bakımın planlanıp uygulanması gerekmektedir. Kanserli hasta tarafından verilen uyuma yönelik ve uyuma yönelik

olmayan psikolojik tepkiler; tanı öncesi, tanı aşaması, tedavi aşaması, tedavi sonrası, hastalığın seyri ve ilerlemesi, terminal/palyatif dönem olarak altı kısımda incelenebilir.

**Tablo 3:** Kanserde psikolojik tepkiler

	Uyuma Yönelik Tepkiler	Uyuma Yönelik Olmayan Tepkiler
<b>Tanı Öncesi</b>	1.Kanser olasılığı ile ilgili kaygı geliştirme	1. Kanser tanısı konmadan hastalık belirtileri geliştirme 2. Hastalık olasılığının inkâr edilmesi ve tedavide gecikme
<b>Tanı Aşaması</b>	1. Şok olma 2. İnanamama 3. Başlangıçta kısmi inkâr 4. Kaygı 5. Kızgınlık, isyan, suçlayıcı duygular 6. Depresif mizaçlı uyum	1. Kesin inkâr, tedaviyi reddetme 2. Ölümün kaçınılmaz olacağı düşüncesi ile tedaviyi reddetme
<b>Tedavi Aşaması</b>	Cerrahi Tedavi 1. Cerrahi girişimin geciktirilmesi Radyoterapi 1. Işın tedavisinin etkilerinden korkma 2. Terk edilme korkusu Kemoterapi 1. Yan etkilerinden korkma 2. Vücut imajı değişiklikleri 3. Kaygı, izolasyon eğilimi, hafif depresif duygu durumu 4. Alturuistik duygular (organlarını bağışlama)	1. Ameliyat sonrası reaktif depresyon 2. Vücut imajı değişiklikleri ve uzamış ciddi elem reaksiyonu

**Kaynak: 41'den alınmıştır.**

**Tablo 3:** Kanserde psikolojik tepkiler (Devam)

	Uyuma Yönelik Tepkiler	Uyuma Yönelik Olmayan Tepkiler
<b>Tedavi Sonrası</b>	1. Normal baş etme düzeneklerine ve hastalık- tedavi sınırları içinde yaşama dönüş 2. Nüks korkusu	1. Şok olma 2. İnanamama 3. Kısmi inkâr 4. Kaygı 5. Kızgınlık 6. Depresif duygu durum
<b>Hastalığın Seyri ve İlerlemesi</b>	1. Yeni bilgi araştırma ve çeşitli tedavi olasılıklarına dönük arayış ve konsültasyonlar	1. (Majör) Depresyon
<b>Terminal / Palyatif Dönem</b>	1. Terk edilme korkusu, ağrı, bilinmezlik korkusu, varoluşçu endişeler 2. Ölüm düşüncesine bağlı kişisel elem duygusu ve kabulleniş	1. Depresyon 2. (Akut) Deliryum

**Kaynak: 41'den alınmıştır.**

Kanser bir yıkım gibi algılanır ve en dramatik anlamıyla kişinin psikolojik dengesinde krize neden olur. Kriz; sağlıklı yaşamdan, hastalık ve ölüm tehdidine uyuma uzanan uzun bir süreçtir. İnsanlar, kanser tanısı karşısında birçok farklı psikolojik tepki gösterirler. Kanser hastaları tanı, terminal dönem gibi farklı aşamalarda çeşitli ve değişik duygusal, ruhsal, davranışsal tepkiler gösterirler. Tanıyı takiben şok hali, inanamama, inkâr, kızgınlık, depresif duygu durum, uyku, iştah ve günlük faaliyetlerde bozulma gelişir (42).

Hastalara uygulanan tedavinin yan etkileriyle ve hastaların verdiği tepkilerle beraber kanserli hastaların 1/3'ünde depresif rahatsızlık görülmektedir (43). Bu tedavilerden biri olan kemoterapi uygulanan kanserli hastalar depresyon, anksiyete gibi psikolojik sorunları yoğun yaşadıkları için hastaların yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmekte ve yaşamdan aldıkları doyum da azalmaktadır (40). Bu sebeple kanser gibi



kronik bir hastalıkla yüz yüze olan bir birey için yalnızca kemoterapi, radyoterapi, cerrahi operasyon vb. tıbbi tedavi yöntemleri tek başına yeterli değildir. İyileşmenin tam anlamıyla sağlanabilmesi için hastaya sunulan sosyal desteğin doyurucu olması ve onkolojik tedavi ekibi tarafından hastanın güçlü yönlerine yapılan vurgunun tatmin edici olması gerekir (44).

### **2.2.1 Psiko-onkoloji**

Kanser ve psikiyatrinin ilişkisi eski olmasına karşın psiko-onkoloji 1970'ler itibariyle Amerika Birleşik Devletleri'nde hemen herkese tanılarının söylenilmeye başlanması, kanserle ilgili korkular ve damgalanmanın azalmasıyla eş zamanlı olarak ayrı bir disiplin olarak tanımlanma ve araştırılma sürecine başlamıştır. Ülkemizde ise bu alandaki ilk adımlar 1990'lı yıllarda atılmıştır (31).

Psiko-onkoloji kanser hastalarının, ailelerinin ve sağlık çalışanlarının hastalığın tüm evrelerinde gösterdikleri ruhsal tepkilerle ilgilenen bilim dalı olarak tanımlanır. Kanser hastalarındaki ruhsal sendromlar, bunların sıklıkları, psikoterapiler, hasta aileleri kanser hastalarıyla çalışan sağlık personeli, hastalığın ortaya çıkışında ve dirençte ruhsal etkenlerin yeri, kanser ve yaşam kalitesi psiko-onkoloji bilim dalını oluşturur. (45)

“Psiko-onkolojinin iki temel amacı vardır:

1) Kanser hastalığının her evresinde hastaların psikolojik tepkilerini birbirinden ayırıp yeterli bakım ve tedavi konseptleri geliştirerek yaşam kalitesini yükseltmek ve hastalıkla başa çıkma stratejilerinde hastalara yardımcı olmak.

2) Kanser prognozunda ve hastalık sürecinde hasta yakınlarında ve hastanın tedavisinde yer alan ekipteki yaşanması olası psikolojik kökenli risk belirtilerini önceden tanımak ve önlem almak.”

Psiko-onkoloji ya da psikososyal onkoloji yalnızca tıp kökenli meslek gruplarıyla değil, aynı zamanda sosyal çalışma uzmanı ve din görevlisi gibi farklı meslek gruplarıyla da birlikte sıkı bir iş birliği içerisinde. Ayrıca kanser hastalığının rehabilitasyonu, tedavisi, etiyolojisinde psiko-onkolojik tedavi ve bakım sunumunda bilimsel tartışmaları dikkate alır ve psikososyal bir bakış açısı getirir (46).

Son yirmi yılda dünyada ve ülkemizde önemli gelişmeler kaydeden psiko-onkoloji disiplini, günümüzde de kanserin etiyojoloji, tanı, tedavi ve rehabilitasyonunda biyopsikososyal bütüncül yaklaşımın benimsenmesi ile gelişimini sürdürmektedir (47). Çağdaş tıp anlayışının, insanın biyopsikososyal bütünlük içinde değerlendirilmesi gereğini özenle vurgulamasına karşın, psiko-onkolojinin optimal biçimde uygulanabilmesi, ancak diğer tıp disiplinleri ile psikiyatri arasında kurulacak sağlam bir iş birliği ile mümkün olmaktadır. İş birliği ise, doğru ve olumlu bakış açıları ile yaşama geçirilebilecek bir kavramdır (48).

“Dünya Sağlık Örgütü 2008 yılında yayınladığı raporunda; onkolojik bakımın psikososyal bileşenlerinin ulusal kanser bakımı planının bir parçası olması, psiko-onkoloji hizmetlerinin kanser tedavisi servisinde sunulması gerektiğini bildirmektedir. Kanser hastaları ve yakınlarına tedavi sırasında ve sonrasında psikososyal onkoloji danışmanlığı hizmeti ile bir dizi psikososyal desteğin sağlanması; bu kişilerin durumları hakkında açık ve ücretsiz bilgilendirilmeleri, ihtiyaç ve tercihlerine saygı gösterilmesi, sağlık personeline geçerli psikososyal değerlendirme araçları, eğitimi, gözetim sağlanması ve bunlarla hastalar ve yakınlarının psikososyal ihtiyaçlarına yeterli yanıt verebilmelerine, iyi iletişim kurabilmelerine ve tıbbi karar alma sürecinde paylaşıma yardımcı olunması gerekliliğine vurgu yapılmaktadır.”(49)

Psiko-onkoloji disiplini; kanser hastaları, aileleri ve yakınların ruhsal sağlığı değerlendirilerek psikososyal desteğin sağlanması açısından birlikte hareket ettiği tıp kökenli ya da tıp kökenli olmayan (sosyal çalışma uzmanı gibi) diğer meslek gruplarıyla ayrılmaz bir bütündür.

### **2.3 Hemşirelik ve Kanser**

Kanser sadece birey değil bir aile hastalığıdır. Son yıllarda gelişen tedavi yöntemleri sonucu kanserli hastalar daha uzun süre yaşamaktadır ve uzun süre hastanede kalmanın tedavi ve bakım maliyetini artırması nedeniyle karmaşık kemoterapi ve radyoterapi protokolleri artık evde, taburcu edilmiş hastalara da uygulanabilmektedir. Bu nedenlerle kanser tanısı alan birey kadar aile üyelerinin de günlük yaşam düzeninin bozulduğu ve kanserli hasta ailesinin stresinin arttığı düşünülmektedir (49). Bu sebeple hastanın ailesinin de aynı hasta gibi stresle baş etmeyi ve hastalığı kabullenmeyi öğrenmesi gerekmektedir (40).

Kanser hastalarında vücut üzerindeki kontrolün azalışı, özerkliğin yitirilişi ve hastalıkla ilgili belirsizlik yüksek oranda gözlemlenmektedir. Hastalığın evrelerinde ortaya çıkan belirsizliğe bağlı olarak birçok test ve tedavi prosedürüne razı olmak

hastalarda umutsuzluk, anksiyete, bağımlılık ve bağımsızlık gibi çeşitli depresyon duygularına yol açabilir (50). Hasta bu belirsizlik ve yaşanabilen psikososyal problemlerle baş edebilmek için sosyal anlamda desteğe ihtiyaç duyar. Bu desteği hasta yakınları ve ailesi tek başına sağlayamaz. Bu nedenle hekim, hemşire, psikolog, sosyal çalışmacı ve diğer çalışanların hasta üzerindeki rolü sosyal anlamda destek sağlayabilmek ve iyileşme sürecinin gelişimini hızlandırmak için önemlidir (2).

Özellikle hemşireler, kanserli hastaların kendi durumlarını kabul etme sürecinde önemli bir role ve sorumluluğa sahiptir. Bakım sürecinde hemşirelerin üstlendiği bu rol, hastanın tedaviyi kabullenmesini kolaylaştırabilir, hastanın iyileşmesini hızlandırabilir ve hastanın moral ve motivasyonunun yükselmesine katkı sağlayarak yaşam kalitesini olumlu etkileyebilir. Bu rol kapsamındaki hemşireler, umutları korkuları ve diğer birçok duyguları hakkında konuşan hastaları dinlemek için ayrıcalıklı bir pozisyonadırlar. Hemşirelerin bilgi, beceri ve deneyimleri; hastalar ve ailelerine, durumlarını gözden geçirmelerinde ve durumlarıyla uzlaşmalarında yardımcı olur (51).

Gyllensköld'e göre kanser, doğrudan doğruya ölümle ilişkili olduğu, sinsice hareket ettiği, nedenleri pek açıklanamayan zamanla kontrolün güçleştiği, kontrolden çıktığı ve büyük acılara neden olduğu, bireyi sosyal yönden etiketlediği ve soyutladığından ötürü diğer bütün kronik hastalıklardan daha korkunç ve tehdit edici olarak algılanır (63). Kanser hastaları tehdit edici olarak algıladıkları hastalıklarında, yaşamakta oldukları problemlerin çözümü için çevreden gelecek desteklere açık olmakla birlikte kendilerini dinlemekle ön planda olan hemşirelerle diyaloga girmekten çekinmez. "Hemşirelerin problem çözme becerilerinin diğer birçok meslekte olduğundan daha gelişmiş ve yeterli olması, bakım verdiği bireylerin zarar görmesini önleme ve yaşamı koruma sorumlulukları gereğidir" (52).

Kanser hastalarına en uygun tıbbi hizmet, hastalığı tedavi ederken fiziksel tedavi ve bakımla birlikte psikiyatrik tedavi ve psikososyal bakım hizmetinin eş zamanlı olarak sunulmasıyla mümkündür. Hemşirelerin fiziksel tedavide olduğu gibi psikososyal desteğin sağlanması konusunda da önemli bir sorumluluğu vardır. Hastalara sağlanan psikososyal destek gözlemlendiğinde tedavi ve iyileşme sürecinde olumlu katkılara sebep olduğu sonucuna varılmıştır.

## 2.4 Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği

Sağlık fiziksel, ruhsal ve sosyal boyutları ile bir bütün olarak nitelendirilebilir ve bahsedilen her boyut birbiri ile etkileşim halindedir. Hastalık ise biyolojik, ruhsal, sosyal, çevresel, ailesel, psikososyal ve psikoseksüel yönden çok boyutlu bir olgudur; bir yaşam, kimlik ve varoluş krizidir. Bugünlerde, birçok fiziksel hastalığın etiyojisinde özellikle psikolojik faktörlerin rol oynadığı veya bedensel yakınmaların organik veya psikolojik temelli olarak ayrılması görüşü değil, tüm hastalara bütüncül yaklaşılması gerektiği anlayışı benimsenmektedir. Bu anlayış konsültasyon liyezon psikiyatrisinin temelini oluşturmaktadır (53).

Konsültasyon liyezon psikiyatri hemşiresinin primer amacı, bütüncül bir yaklaşımla hastanın psikolojik sağlığına kavuşmasında yardımcı olmak, psikososyal uyumuna yardım etmek, psikiyatrik bozuklukları önlemek ve azaltmak bireyin mevcut hastalığı ile ve hastalığın yaşam sorunları ile baş edebilecek güce gelmesine ve hastalık yaşantısından bir anlam çıkarmasına yardımcı olmaktır (53). Bu amacın doğrultusunda hemşirelik uygulamaları; hastanın baş etme yöntemlerini kuvvetlendirmeye, destek sistemlerini harekete geçirmeye, duyguların ifade edilmesini kolaylaştırmaya, kriz girişimlerini ve bilişsel davranışçı tekniklerin kullanılmasını, danışmanlığı ve eğitimi içerir (53).

Ruhsal ve fiziksel sağlık bakımının ayrı ele alınmasının, bakımın bütüncüllüğünü ve sürekliliğini engellediği göz önünde bulundurulduğunda; konsültasyon liyezon psikiyatrisi ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliğinin geliştirilmesinin, bütüncül yaklaşımın iyileşme sürecine sağladığı katkıların ve etkinliğinin anlaşılması ile hızlanacağı yorumunda bulunulabilir. Literatürde KLP hizmetinin hastalara, ailelerine ve sağlık profesyonellerine ve kuruma etkileri yer almaktadır (54).

“Bunlar:

Psikiyatrik semptomların sıkıntısını azaltmak,

Tedaviye uyumu arttırmak,

Hasta, aile ve tedavi ekibi arasında etkileşimi iyileştirmek, zor hastalarla iletişimi kolaylaştırmak,

Çalışan ve hasta memnuniyetini arttırmak,

Psikiyatri dışı sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı bilgisinin arttırmak,

Hastanın psikososyal gereksinimlerini karşılamada bilgi, beceri ve deneyimleri ile yardımcı olmak,

Psikiyatrik komorbidite ile ilişkili tıbbi komplikasyonları önlemek,

Hastanede kalma süresini ve tekrarlı yatışları azaltmak böylece maliyeti düşürmektir.” (67,68).

Tunmore, KLP hemşireliği hakkında yazdığı bir yazısında bir psikolojik bakım modeli tanımlamıştır. Model psikolojik bakımı: temel iletişim ve tanılama becerileri, rutin-önleyici psikolojik bakım, özelleşmiş psikolojik müdahaleler ve psikoterapi olmak üzere dört düzeyde açıklamıştır (53,55).

**Tablo 4:** Psikolojik bakım düzeyleri

<b>Psikolojik Bakım Düzeyleri</b>
<b>Düzye I: Temel iletişim ve tanılama becerileri</b> Bilgi verme, görüşme, dinleme ve empati becerisi, psikolojik gereksinimleri tanımlayabilme, sunabilme, aktarılan problem hakkında bilgili olma.
<b>Düzye II: Rutin-koruyucu psikolojik bakım</b> Hasta/ailesinin stresle baş etme yeteneği, terapötik ilişki kurabilme, duyguların ifade edilmesini kolaylaştırma, aktarılan problem hakkında bilgili olma.
<b>Düzye III: Özelleşmiş psikolojik girişimler</b> Kurumsal modeller ve beceri eğitimlerine dayalı çeşitli psikolojik girişimler, danışman denetimi altında kısa süreli çalışma gibi.
<b>Düzye IV: Terapi</b> Bilişsel terapi, davranışı değiştirme gibi psikoterapi uygulamaları.

**Kaynak: 55’den alınmıştır.**

KLP hemşiresi psikolojik bakımın tüm düzeylerinde etkin rol alır ve KLP hemşirelerinin uyguladığı psikolojik bakım, genel bakıma entegre edilmiş şekildedir.

#### 2.4.1 Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği ve Kanser

Kanser hastalığı kuşkusuz, tanıyı alan bireylerin ve yakınlarının; bilişsel, psikolojik, spritüel, duygusal ve sosyal alanlarında çok derin etkiler meydana getirmektedir. Gerek hastalığın tanı aşamasında gerekse tedavi sürecinde hastanın benlik saygısında, bedeniyle ilgili algısında, yaşam kalitesinde, hayatının işleyişinde, seksüel durumunda, kişisel ve sosyal rollerinde, aile ve çevresiyle olan ilişkilerinde değişiklik yaratmaktadır ve sosyal desteğe duyulan ihtiyacı artırmaktadır (56).

Günümüzde tanı ve tedavisi multidisipliner ve bütüncül olarak ele alınması gereken kanser, çok yönlü bir sorundur. Hastanın ihtiyaç duyduğu sosyal desteği sağlama konusunda ekibin önemli üyelerinden biri olan psikiyatri hemşirelerine konsültasyon liyezon psikiyatrisi kapsamında önemli görevler düşmektedir (53,55,57,58). KLP hemşiresi, hemşirelerle ve tedavi ekibinin diğer üyeleriyle iş birliği içinde çalışmalıdır (59).

Daha önce de belirtildiği üzere sosyal destek hastanın iyileşme süreci için çok önemli ve çok boyutlu bir olgudur. KLP hemşiresi; hasta, ailesi/yakınları ve sağlık profesyonellerinin arasındaki iletişimi arttırarak düzenlemekle beraber, desteğe ihtiyaç duyan her bireye spesifik olarak da hizmet verir. Kanser hastalarının desteğe ihtiyaç duymalarının en önemli nedeni yaşamakta oldukları strestir.

Kanser tanısı alan hastalarda kriz olarak tanımlanabilecek emosyonel tepkiler ortaya çıkar. Genellikle tanının ilk konduğu, yeni bir tedaviye geçildiği veya nüksün olduğu dönemler hasta için kriz dönemleridir. Bu nedenle kanserli hastalar uzun süreli kronik stres yaşamaktadır. (20,60).

Kanser tanısı belirtildiği gibi hastalar için başlı başına stres verici bir olaydır (61). Tedavi ile birlikte kanserin hastanın hayatında yarattığı değişiklikler, hastanın benlik algısında kayıplar hissetmesi ve hastane ortamında bulunmak hastanın stres düzeyini arttırır. Kanser hastasının stres ile başa çıkabilmesi, kanserin türüne, süresine, yerine, belirtilerine, ön görülen gidiş gibi tıbbi faktörlere, hastanın daha önceki hastalıklara uyum sağlayabilme derecesine, hastanın fiziksel ve psikolojik rehabilitasyon kapasitesine, hastanın kendi kişiliği ve sorunları ile başa çıkma yöntemlerine, ego kuvvetine, yaşamın gelişimsel evresi ve kanserin o evredeki anlamı gibi psikolojik faktörlere, kültürel ve dinsel tutumlara, çevrede duygusal destek veren

kişilerin olup olmamasına, sağlık ekibinin etkisi gibi kişilerarası faktörlerle ilişkilidir (62,63).

KLP hemşireleri, hastanın stres ile başa çıkmasında yol göstericidir. Hastayla arasında sağladığı güven bağıyla, hastanın kendini ifade etmesine olanak sağlar, stres yaratan konunun ne olduğunu belirleyip çözümle ilgili hastanın yeni stratejiler geliştirmesine yardımcı olur.

KLP hemşiresi tarafından stres faktörünü ortadan kaldırmaya yönelik yapılan çalışmalar, KLP hemşiresinin kanser hastası ve ailesine yönelik girişimlerine örnek olarak gösterilebilir. Bunun gibi psikiyatrik semptomların sıkıntısını azaltarak ya da ortadan kaldırarak tedaviye uyumu arttırmak KLP hemşiresinin görevlerindedir.

Her hastalık kişinin dengesini sarsar ve yeni bir uyum gerektirir. Hastalık, bireyin planlarına ve günlük yaşamına ne kadar çok engel oluyorsa psikolojik olarak da o kadar ağır sorunlara neden olmaktadır (64). Kübler-Ross kansere yakalanmış insanların tepkilerini şu şekilde sıralar:

1. İnkâr ve izolasyon
2. Öfke
3. Depresyon
4. Pazarlık
5. Kabullenme (65).

KLP hemşiresi kanser hastaların verdiği ya da vereceği bütün tepkilerde, hastalıkla başa çıkmasında ve tüm süreçte ona destek olur. KLP hemşiresi kanser hastaları için psikolojik bakımın yadsınamaz bir parçasıdır.

#### **2.4.2 KLP Hemşiresi ve Kanserde Psikososyal Bakım**

Çoğu kişi için kanser; çaresizlik, belirsizlik, suçluluk, terk edilme, fiziksel acı, ölüm gibi duygu ve düşünceleri akla getirmektedir (66). Yaşamış oldukları fiziksel ve psikolojik zorlanmalar sonucu bu düşünceleri pekiştiren kanser hastalarının yaşadığı

psikososyal sorunların ve ortaya çıkan psikiyatrik bozuklukların ele alınması, kanser tedavisinde ve hastaların tedaviye uyumlarında etkilidir (67,68).

Kanserli hastalar, yüksek oranda psikiyatrik komorbiditeye sahiptir; yaklaşık olarak hastaların %50'si duygusal güçlükler yaşamaktadır. Uyum bozuklukları, depresyon, anksiyete, azalan yaşam memnuniyeti ve özgüven kaybı en çok gözlemlenen psikososyal komplikasyonlardır (69).

En çok gözlemlenen psikososyal sorunlardan olan anksiyete, kanserli hastanın saygınlığını, özgürlüğünü, kontrolünü yitirme düşüncesi ve acı çekmekten korkması sonucu oluşabilir. Bunun dışında spesifik anksiyete semptomları, belirti-bulgunun ortaya çıkmasında, tedavi ve tetkik sonuçlarını beklerken, yeni bir tedavi öncesi, tedavi değişiminde, hastalığın tekrar etmesi durumunda, hastalık çağrıştıran değişikliklerin hissedilmesi gibi akut kriz dönemlerinde de ortaya çıkabilir ve hastanın işlevselliğini bozabilir (41,70,71,72). Anksiyete evrenseldir ve hoş olmayan bir gerginlik ve endişe duygusu olarak tanımlanır. Dış dünyadan kaynaklanan bir tehlike durumuna ya da birey tarafından tehlikeli algılanan bir durum karşısında verilen duygusal tepkidir. Birey, bir alarm durumundadır ve sanki her an bir şey olacaktı gibi hissedip endişe duyar (73,74). KLP hemşiresi bireye, anksiyeteye sahip olduğunu fark etmesi, anksiyete ile onu rahatlatan anlayış arasında ilişki kurması, beklentilerini fark etmesi ve bunun kendini nasıl etkilediğini bilmesi ve kendisinde oluşabilecek değişikliği değerlendirebilmesini sağlamaya yönelik girişimlerde bulunmakla yükümlüdür (74,75,76).

KLP hemşiresi kanser hastalarına anksiyeteleriyle başa çıkmada destek olduğu gibi ailelerine ve onkoloji servislerinde çalışan sağlık çalışanlarına gerektiğinde psikososyal bakımın verilmesinde destek olmalıdır. Psikososyal bakım ile ilgili bilgilerin beceriye dönüştürülmesi, uygulanması, KLP hemşireliğinin yaygınlaştırılması, hemşireliğin gelişimine ve hemşirelik bakım kalitesinin artırılmasına katkı sağlayacağı gibi hastaların ve ailelerinin de yeni sağlık durumu ve ortaya çıkan sorunlarla baş etme becerilerini geliştirerek hastaların uyumlarını arttıracak ve dolayısıyla hasta ve ailesinin yaşam kalitesinin artmasına da büyük katkı sağlayacaktır (59).

Kanserli bireylerde tedavi yöntemleri, semptom kontrolü, fizyolojik, psikolojik ve sosyal iyilik halinin sürdürülmesi, hastalık ve tedavi nedeni ile ortaya çıkabilecek



sağlık sorunlarının önlenmesi ve sorunlarla baş etme, olumlu sağlık davranışı geliştirme, öz bakım gücünü artırma, sosyal destek ağını kuvvetlendirme, danışmanlık ve eğitim verme gibi konularda hemşirelikte sistematik yaklaşımın kullanılabilmesi için; kanserli hastaların fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin belirlenmesi gerekmektedir (77).

Kanser tanısı ile tedavileri sürdürülen hastaların psikososyal özellikleri ve psikolojik zorluklarının bilinmesi bu hasta grubuna yönelik konsültasyon liyezon psikiyatrisi uygulamalarının psikososyal destek sağlamak üzere planlanması ve yürütülmesinde yön gösterici olmaktadır (67).

Psikososyal bakım ile ilgili bilgilerin beceriye dönüştürülmesi, uygulanması ve konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliğinin yaygınlaştırılması, hemşireliğin gelişimine ve hemşirelik bakım kalitesinin arttırılmasına katkı sağlar (53).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1 Araştırmanın Şekli**

Araştırma, ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarının psikososyal gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### **3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Bu araştırma Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesinde ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarıyla yapılmıştır.

Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi Kocaeli ili sınırında yer almaktadır. Şubat 2005 yılında hizmete başlayan hastane 209 yatak kapasitesine sahiptir. Ayaktan Tedavi uygulanan Kemoterapi Ünitesinde 16 yatak, Onkoloji hastalarının yatarak tedavi gördüğü Böl:31'de 16 yatak kapasitesi mevcuttur. Radyoterapi alan hastalara üç ayrı cihazla hizmet verilmektedir. Radyoterapi hastalarının hekim değerlendirme ve yönlendirmesi ile destek tedavisi aldıkları tedavi bölümü radyoterapi bölümünün içerisinde yer almaktadır.

Onkoloji hastalarının yatarak tedavi gördüğü Böl:31'de, bir bölüm sorumlu hemşiresi 15 servis hemşiresi, kemoterapi ayaktan tedavi ünitesinde bir bölüm sorumlu hemşiresi, üç ilaç hazırlama hemşiresi, 8 kemoterapi hemşiresi, bir vaka yöneticisi, bir kemoterapi eczacısı bir hasta bakım teknikeri görev yapmaktadır. Radyoterapi bölümünde altı radyoterapi teknikeri, üç radyasyon fizikçisi, bir hemşire ve bir vaka yöneticisi, onkoloji hastalarının psikolojik değerlendirme ve destek sürecini yöneten bir KLP hemşiresi görev yapmaktadır.

Hastanenin Doktor kadrosunda beş Medikal Onkoloji Uzman Hekimi, üç Radyasyon Onkolojisi Uzman Hekimi, Ayaktan Tedavi uygulanan Kemoterapi Ünitesinde iki Kat hekim, Onkoloji hastalarının yatarak tedavi gördüğü Böl:31'de bir Dahiliye Uzmanı bir kat hekim görev yapmaktadır.

### 3.3 Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmanın yalnız Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesinde yapıyor olması,
- Kemik iliği transplantasyon hastası olmaması,
- 18 yaş üstü olması,
- İletişim kurmakta güçlük yaşayacak bir engelinin bulunmaması,
- Mental ve bilişsel yetersizliği olmaması,
- Okuma-yazma bilmesi,
- Çalışmaya gönüllü katılmak istemesi ve bilgilendirilmiş onay formunu imzalaması gerekmektedir.

### 3.4 Veri Toplama Yöntem ve Aracı

Araştırma için gerekli olan verilerin elde edilmesinde yüz yüze anket yöntemi kullanılmıştır. Anket öncesinde hastalara konu hakkında bilgi verilerek, bilgilendirilmiş onay formu imzalatılmıştır. Anket formunun ilk bölümünü hastanın tanıtıcı bilgilerini içeren 22 soruluk sosyodemografik veri formu oluşturmaktadır. İkinci bölümde ise hastaların duygusal ve sosyal alanını temsil eden 57 maddelik psikososyal gereksinimleri belirleme formu yer almaktadır. Psikososyal gereksinimleri belirleme formu ilgili literatür taranarak oluşturulmuştur. Kuzey Amerika Hemşireler Birliği (NANDA) tanıları, formdaki duygusal ve sosyal alanların belirlenmesinde kullanılmıştır. Sorular açıklık ve anlaşılabilirlik bakımından değerlendirilmesi için uzman görüşüne sunulmuş, üç uzman görüşü sonucunda 61 madde olan formdan üç soru tamamı ile çıkarılmış, iki soru birleştirilmiştir. Böylece form 57 soru olmak üzere yeniden düzenlenmiştir. Uzman görüşleri doğrultusunda formlardaki maddelerin hangi psikososyal gereksinimleri karşıladığı belirlenmiş, formun iç geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Hazırlanan formla ilgili 15 hastada ön uygulama yapılmış, sonrasında bu hastalar araştırmanın örnekleme dahil edilmemiştir.

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 24.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Her bir boyut için maddelerin iç tutarlılığını ölçmek amacıyla güvenilirlik analizi yapılmış ve Cronbach Alpha değerleri tabloda verilmiştir.

**Tablo 5:** Ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarında sosyal ve duygusal alana ilişkin alt boyutlar

	<b>Alt Boyut</b>	<b>Boyutu açıklayan madde numarası</b>	<b>Cronbach <math>\alpha</math> Katsayısı</b>
<b>DUYGUSAL ALAN</b>	Etkisiz bireysel baş etme	44-50-51-54	0,757
	Spiritüel distress	20-41-42-43	0,648
	Uyku örüntüsünde rahatsızlık	11-12-13-14-15	0,646
	Güçsüzlük	2-19-28-37-49	0,755
	Cinsellik örüntülerinde etkisizlik	23-38-39-40	0,545
	Korku	16-18-34	0,647
	Anksiyete	32-33-35-36-55	0,861
	Benlik saygısında bozulma	1-3-5-6-7	0,687
	Savunucu baş etme	22-27-47-48-56-57	0,601
	<b>SOSYAL ALAN</b>	Sosyal etkileşimde bozulma	1-3-5-6-7
Aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma		4-26-29-30-45	0,720
Eğlence aktivitelerinde eksiklik		8-9-10-31-52-53	0,595

Alfa katsayısının bulunabileceği aralıklar ve buna bağlı olarak da ölçeğin güvenilirlik durumu aşağıda verilmiştir (78):

$0 \leq \alpha < 0,40$  ise ölçek güvenilir değildir,

$0,40 \leq \alpha < 0,60$  ise ölçek düşük güvenilirliktedir,

$0,60 \leq \alpha < 0,80$  ise ölçek oldukça güvenilirdir,

$0,80 \leq \alpha < 1$  ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

Dolayısıyla tüm alt boyutlar için iç tutarlılığın olduğu görülmüştür.

Maddelerin aldığı puanlar bir ile dört arasında değerlendirilmiştir. Her bir alt boyut için o boyutu temsil eden maddelerin ortalaması hesaplanarak dört üzerinden skorlar elde edilmiştir. Ortalama skorlar dörde yaklaştıkça ilgili boyutun etkinliği de artmaktadır. Her bir boyut için dağılımın normal olup olmadığı test edilmiş ve dağılımın normal olduğu görülmüştür. Böylelikle iki bağımsız grup arasında nicel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Bağımsız Örnek t-testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında nicel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA) kullanılmıştır. Araştırmanın nicel değişkenleri arasında ilişkileri saptamak amacıyla da Korelasyon Analizi yapılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güvenle, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

### **3.5 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Özel Anadolu Sağlık Merkezi'nde 2016- 2017 yılları arasında ayaktan ve yatarak tedavi gören tüm kanser hastaları araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Ancak evrenin tümünü gözlemek zaman kısıtı, araştırmanın sınırlılıkları ve yabancı uyruklu hastaların evrende büyük bir yer kaplaması nedeni ile Şubat 2017-Temmuz 2017 tarihleri arasında tedavi alan ve araştırma kriterlerine uygun 149 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmaktadır. Örnekleme yöntemi olarak iradi (kolayda) örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

## 4. BULGULAR

### 4.1 Ayaktan Ve Yatarak Tedavi Gören Kanser Hastalarının Tanımlayıcı Özelliklerine Ait Bulgular

Araştırmada elde edilen bulgular, ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastaların tanımlayıcı özellikleri, duygusal ve sosyal alandaki sorunları ve bu sorunların hastanın tanımlayıcı özellikleri ile ilişkisini içermektedir.

**Tablo 6:** Ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarının tanımlayıcı özellikleri

	Sayı (n) = 149	Yüzde (%)
<b>Hastanın Cinsiyeti</b>		
Kadın	84	56,4
Erkek	65	43,6
Toplam	149	100,0
<b>Hastanın Medeni Durumu</b>		
Evli	115	77,2
Bekar	9	6,0
Dul/Boşanmış	25	16,8
Toplam	149	100,0
<b>Evlilik Şekli</b>		
Aile Kararı	15	10,1
Görücü Usulü	18	12,1
Bireysel Karar	27	18,1

**Tablo 6:** Ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarının tanımlayıcı özellikleri (Devam)

	Sayı (n) = 149	Yüzde (%)
<b>Evlilik Şekli</b>		
Severek	80	53,7
Bekar	9	6,0
Toplam	149	100,0
<b>Eğitim Düzeyi</b>		
Okuryazar	5	3,4
İlk/Ortaokul	41	27,5
Lise	45	30,2
Yüksekokul	45	30,2
Lisans-Lisansüstü	11	7,4
Diğer	2	1,3
Toplam	149	100,0
<b>Hasta Eşinin Eğitim Düzeyi</b>		
Okuryazar	3	2,0
İlk-Ortaokul	44	29,5
Lise	42	28,2
Yüksekokul	50	33,6
Lisans-Lisansüstü	7	4,7

**Tablo 6:** Ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarının tanımlayıcı özellikleri (Devam)

	Sayı (n) = 149	Yüzde (%)
<b>Hasta Eşinin Eğitim Düzeyi</b>		
Diğer	3	2,0
Toplam	149	100,0
<b>Hastanın Mesleği</b>		
İşçi	8	5,4
Serbest	21	14,1
Memur	11	7,4
İşsiz	2	1,3
Emekli	58	38,9
Diğer	49	32,9
Toplam	149	100,0
<b>Hastanın Gelir Düzeyi</b>		
Düşük	24	16,1
Orta	109	73,2
Yüksek	16	10,7
Toplam	149	100,0



**Tablo 6:** Ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarının tanımlayıcı özellikleri (Devam)

	Sayı (n) = 149	Yüzde (%)
<b>Hastanın İkamet Ettiği Yer</b>		
Köy-Kırsal	5	3,4
Şehir	144	96,6
Toplam	149	100,0
<b>Çocuk ile Birlikte Yaşama Durumu</b>		
Evet	80	53,7
Hayır	69	46,3
Toplam	149	100,0

Hastaların cinsiyete göre dağılımı araştırıldığında, grubun %56,4'ünün kadın, %43,6'sının erkek olduğu görülmüştür. Erkek ve kadın oranının hemen hemen eşit olması araştırmanın iki grubu da temsil etmesi açısından son derece önemlidir. Hastaların medeni duruma göre dağılımı araştırıldığında, grubun %77,2'sinin evli, %6'sının bekar, %16,8'inin dul veya boşanmış olduğu görülmüştür. Dolayısıyla onkoloji vakaları büyük ölçüde evli bireylerde söz konusudur. Evlilik yapan hastalara ne şekilde evlendikleri sorulduğunda, %53,7 gibi büyük bir oranla severek evlenildiği görülmüştür. Bunu % 18,1 ile kendi kararı ile %12,1 ile görücü usulü ile ve %10,1 ile aile kararı ile evlenenler izlemiştir. Hastaların eğitim düzeylerine göre dağılımı incelendiğinde yalnızca okuryazar olanlar ve lisansüstü eğitimine sahip olanlar grubun çok küçük bir kısmını oluşturmaktadır. Tablodan görüldüğü gibi ilk-orta öğrenim, lise ve yüksekokul eğitimine göre bireyler hemen hemen eşit dağılmıştır. Hastaların eğitim düzeylerinde olduğu gibi, eşlerinin eğitim düzeylerinin de benzer şekilde dağıldığı, ilk-orta, lise ve yüksekokulun en büyük yüzdeyi oluşturduğu görülmektedir. Hastaların meslekleri incelendiğinde ilk sırada %38,9 ile emekliler gelmektedir. Bunu %32,9 ile

diğer meslek grupları izlemektedir. Bu seçeneği işaretleyen hastaların kendilerini mühendis, kimyager, bankacı, uzman gibi tanımladıkları görölmüştür. Serbest meslek sahibi olanlar %14,1 memurlar %7,4, işçiler %5,4 ve işsizler %1,3 oranları ile dağılmıştır. Hastaların %73,2 oranı ile büyük ölçüde orta gelir grubunda olduğu, düşük gelirlilerin %16,1 ve yüksek gelirlilerin %10,7'lik küçük paylara sahip olduğu görölmektedir. Tablodan da anlaşıldığı gibi hastaların nerdeyse tamamı şehirlerde yaşamaktadır. Köy ve kırsal bölgede yaşayanların oranı yalnızca %3,4'tür. Hastaların %53,7'si çocuklarıyla birlikte, %46,3'ü çocuklarından ayrı yaşamaktadır.

**Tablo 7:** Ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarının hastalığıyla ilişkili tanımlayıcı özellikleri

	Sayı (n) = 149	Yüzde (%)
<b>Kanser Tanısı</b>		
Baş-Boyun	9	6,0
Sindirim-GİS	32	21,5
Ürogenital Sistem	19	12,8
Akciğer	35	23,5
Meme	50	33,6
Sindirim-GİS ve Ürogenital	1	0,7
Sindirim-GİS ve Meme	1	0,7
Ürogenital Sistem ve Akciğer	1	0,7
Ürogenital Sistem ve Meme	1	0,7
Toplam	149	100,0

**Tablo 7:** Ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarının hastalığıyla ilişkili tanımlayıcı özellikleri  
(Devam)

	Sayı (n) = 149	Yüzde (%)
<b>Kanser Dışında Hastalığa Sahip Olma Durumu</b>		
Evet	55	36,9
Hayır	94	63,1
Toplam	149	100,0
<b>Tedavi Türü</b>		
Kemoterapi	48	32,2
Radyoterapi	2	1,3
Hormonal Tedavi	1	0,7
Cerrahi Tedavi	4	2,7
Kemoterapi ve Radyoterapi	30	20,1
Kemoterapi ve Hormonal Tedavi	1	0,7
Kemoterapi ve Cerrahi Tedavi	34	22,8
Radyoterapi ve Hormonal Tedavi	1	0,7
Radyoterapi ve Cerrahi Tedavi	1	0,7
Kemoterapi, Radyoterapi ve Hormonal Tedavi	1	0,7

**Tablo 7:** Ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarının hastalığıyla ilişkili tanımlayıcı özellikleri  
(Devam)

	Sayı (n) = 149	Yüzde (%)
<b>Tedavi Türü</b>		
Kemoterapi, Radyoterapi ve Cerrahi Tedavi	16	10,7
Kemoterapi Hormonal ve Cerrahi Tedavi	2	1,3
Hepsi	8	5,4
Toplam	149	100.0
<b>Hastalık Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu</b>		
Evet	146	98,0
Hayır	3	2,0
Toplam	149	100,0
<b>Bilgi Kaynağı</b>		
Hemşire	1	2.0
Hekim	81	54,0
İnternet	3	2,0
Diğer	5	3,0
Hemşire ve hekim	14	9,0

**Tablo 7:** Ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarının hastalığıyla ilişkili tanımlayıcı özellikleri  
(Devam)

	Sayı (n) = 149	Yüzde (%)
<b>Bilgi Kaynağı</b>		
Hemşire ve internet	12	8,0
Hemşire ve diğer	1	1,0
Hekim ve diğer	2	1,0
Hekim ve internet	1	1,0
Hekim, hemşire ve internet	6	4,0
Hemşire, internet ve diğer	2	1,0
Hekim, internet ve diğer	3	2,0
İnternet ve diğer	6	4,0
Hepsi	12	8,0
Toplam	149	100,0
<b>Hastalığın Paylaşımı</b>		
Evet	28	18,8
Hayır	121	81,2
Toplam	149	100,0

**Tablo 7:** Ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarının hastalığıyla ilişkili tanımlayıcı özellikleri  
(Devam)

	Sayı (n) = 149	Yüzde (%)
<b>Hastalığın Paylaşıldığı Taraflar</b>		
Eş	24	16,1
Akraba	2	1,3
Arkadaş	4	2,7
Sağlık Personeli	63	42,3
Aynı hastalığa sahip olan biri	6	4,0
Eş ve akraba	1	0,7
Eş ve arkadaş	2	1,3
Eş ve sağlık personeli	7	4,7
Eş ve aynı hastalığa sahip olan biri	1	0,7
Akraba ve sağlık personeli	2	1,3
Arkadaş ve sağlık personeli	1	0,7
Arkadaş ve aynı hastalığa sahip olan biri	1	0,7
Sağlık personeli ve aynı hastalığa sahip olan biri	8	5,4
Eş, akraba ve arkadaş	2	1,3

**Tablo 7:** Ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarının hastalığıyla ilişkili tanımlayıcı özellikleri  
(Devam)

	Sayı (n) = 149	Yüzde (%)
<b>Hastalığın Paylaşıldığı Taraflar</b>		
Eş, akraba ve sağlık personeli	2	1,3
Eş, akraba ve aynı hastalığa sahip olan biri	1	0,7
Eş, arkadaş ve sağlık personeli	1	0,7
Eş, arkadaş ve aynı hastalığa sahip olan biri	1	0,7
Eş, sağlık personeli ve aynı hastalığa sahip olan biri	3	2,0
Akraba, sağlık personeli ve aynı hastalığa sahip olan biri	1	0,7
Akraba, arkadaş ve aynı hastalığa sahip olan biri	2	1,3
Arkadaş, sağlık personeli ve aynı hastalığa sahip olan biri	2	1,3
Eş, akraba, arkadaş ve sağlık personeli	3	2,0
Hepsi	9	6,0
Toplam	149	100,0

**Tablo 7:** Ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarının hastalığıyla ilişkili tanımlayıcı özellikleri (Devam)

	Sayı (n) = 149	Yüzde (%)
<b>Desteğin Yeterliliği</b>		
Evet	141	94,6
Hayır	8	5,4
Toplam	149	100,0
<b>Destek Kaynakları</b>		
Yalnızca eş	16	10,7
Eş ve diğer kişiler	112	75,2
Yalnızca diğer kişiler	21	14,1
Toplam	149	100,0

Hastaların %63,1'inin kanser dışında başka bir hastalığının olmadığı görülmüştür. Başka bir hastalığa sahip olduğunu ifade eden %36,9'luk grubun genel olarak tansiyon, şeker ve astım hastası olduğu gözlemlenmiştir. Hastalar kanser tanılarına göre incelendiğinde yüzdeler tablodaki gibidir. Hastaların çoğuna meme kanseri tanısı konmuş, bunu sırasıyla akciğer, sindirim-gis, ürogenital sistem ve baş-boyun kanserleri izlemiştir. Her biri %0,7 olmak üzere bazı hastalara iki kanser tanısı konmuştur. Bunlar; sindirim-gis ve ürogenital sistem, sindirim-gis ve meme, ürogenital sistem ve meme, ürogenital sistem ve akciğer kanseri olarak karşımıza çıkmıştır. Kanser tedavisi gören hastaların %32,2'sine yalnızca kemoterapi, %1,3'üne yalnızca radyoterapi, %0,7'sine yalnızca hormonal tedavi, %2,7'sine de yalnızca cerrahi tedavi uygulanmıştır. Birden fazla tedavi söz konusu olduğunda hastaların %22,8'ine



kemoterapi ve cerrahi tedavi, %20,1'ine kemoterapi ve radyoterapi uygulanmıştır. Diğer tedavi kombinasyonlarına ait yüzdeler tablodan anlaşılacağı gibi oldukça düşüktür. Hastaların %98'inin hastalıklarına ilişkin bilgi sahibi olduğunu belirttiği görülmüştür. Hastaların bilgi edindiği kaynaklara ilişkin yüzdeler tabloda yer almaktadır. Hekimlerin %54,0 ile en büyük orana sahip olduğu görülmektedir. Buna göre hastalar bilgi edinme konusunda en çok hekimlere başvurmaktadır. Hastalara, hastalığı hakkında diğer kişilerle konuşmaktan kaçınıp kaçınmadıkları sorulduğunda, %81,2 oranı ile büyük çoğunluğun konuşmaktan kaçınmadığı, %18,8'lik kısmın konuşmayı reddettiği görülmüştür. Hastalığın paylaşıldığı kişilerin başında %42,3 oranıyla sağlık personeli ilk sırada yer almaktadır. Bunu sırasıyla eş, arkadaş, aynı hastalığa sahip olanlar izlemektedir. Diğer seçeneklere ilişkin yüzdeler tabloda yer almaktadır. Hastaların %94,6 oranıyla neredeyse tamamı çevreden yeterli düzeyde destek aldığını ifade etmiştir. Hastaların %75,2'sine eşleri ve diğer kişiler, %14,1'ine yalnızca diğer kişiler, %10,7'sine yalnızca eşleri destek olmaktadır.

**Tablo 8:** Ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarında temel istatistikler

	Yaş	Evlilik süresi	Tanı yaşı	Tanıdan bu yana geçen süre (AY)	Çocuk sayısı
Ortalama	54,9	29,5	52,9	23,4	2
Standart Sapma	13,1	14,4	13,4	44	1,2
Minimum	23	1	20	0,3	0
Maksimum	80,	62	79	300	7

Hastaların yaşları incelendiğinde en gencinin yaşı 23, en yaşlısının 80'dir. Yaş ortalaması 13 yıl standart sapma ile yaklaşık 55'tir. Standart sapma çok yüksek olmadığından hastaların yaşları genel olarak birbirine yakındır. Hastaların evlilik süreleri incelendiğinde en kısa süre 1, en uzun süre 62 yıldır. Ortalama süre 14 yıl standart sapma ile yaklaşık 30 yıldır. Burada standart sapma göreceli olarak yüksek

bulunmuştur. Dolayısıyla hastaların evlilik süreleri birbirine çok yakın olmayıp değişkenlik göstermektedir. Hastaların tanı yaşları incelendiğinde en küçük tanı yaşı 20, en büyük 79'dur. Tanı yaş ortalaması 13 yıl standart sapma ile yaklaşık 53'tür. Standart sapma çok yüksek olmadığından hastaların tanı yaşları genel olarak birbirine yakındır. Tanı konulduktan sonra geçen süre ay olarak incelendiğinde en kısa süre 0,3 ay (10 gün), en uzun süre 300 ay (25 yıl)'dır. Ortalama süre 44 ay standart sapma ile 23 aydır. Standart sapma aşırı yüksek olduğundan tanıdan bu yana geçen süreler hastadan hastaya çok fazla değişkenlik göstermektedir. Hastaların çocuk sayıları incelendiğinde aralığın sıfır çocuk ve yedi çocuk arasında olduğu görülmektedir. Ortalama çocuk sayısı iki, standart sapma birdir. Ağırlıklı olarak çocuk sayısının en fazla iki olduğu gözlemlenmiştir.

#### 4.2 Ayaktan ve Yatarak Tedavi Gören Kanser Hastalarında Psikososyal Gereksinimlere İlişkin Bulgular

**Tablo 9:** Ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarında cinsiyet ve alt boyutların karşılaştırılması

Boyut	Cinsiyet	Ortalama	Standart sapma	t	p
Etkisiz bireysel baş etme	Kadın	2,0	0,5	2,016	<b>0,046</b>
	Erkek	1,8	0,5		
Spritüel distress	Kadın	1,7	0,5	-1,446	0,150
	Erkek	1,9	0,6		
Uyku örüntüsünde rahatsızlık	Kadın	2,4	0,5	3,769	<b>0,000</b>
	Erkek	2,1	0,4		
Güçsüzlük	Kadın	2,2	0,6	2,6	<b>0,010</b>
	Erkek	1,9	0,5		

**Tablo 9:** Ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarında cinsiyet ve alt boyutların karşılaştırılması (Devam)

Boyut	Cinsiyet	Ortalama	Standart sapma	t	p
Cinsellik örüntülerinde etkisizlik	Kadın	2,0	0,7	1,707	0,090
	Erkek	1,9	0,5		
Korku	Kadın	2,3	0,5	-1,545	0,124
	Erkek	2,4	0,4		
Anksiyete	Kadın	2,1	0,8	2,416	<b>0,017</b>
	Erkek	1,8	0,6		
Benlik saygısında bozulma	Kadın	2,0	0,6	2,614	<b>0,010</b>
	Erkek	1,7	0,5		
Savunucu baş etme	Kadın	2,6	0,6	-0,368	0,713
	Erkek	2,6	0,5		
Sosyal etkileşimde bozulma	Kadın	3,2	0,5	-0,931	0,353
	Erkek	3,2	0,5		
Aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma	Kadın	1,7	0,5	0,585	0,560
	Erkek	1,7	0,5		
Eğlence aktivitelerinde eksiklik	Kadın	2,4	0,5	-1,323	0,188
	Erkek	2,5	0,4		

Tablo 9’da sosyal ve duygusal alana ilişkin alt boyutların cinsiyet ile ilişkisi araştırılmıştır. Tablodan görüldüğü gibi, 0,05’ten küçük bulunan p değerleri için istatistiksel olarak anlamlı ilişki söz konusudur. Diğer p değerlerine karşılık gelen alt boyutların cinsiyete göre farklılık göstermediği görülmektedir.

Buna göre,

- Etkisiz bireysel baş etme kadınlarda (ort=2) erkeklere (ort=1,8) göre daha yüksektir.
- Uyku bozukluğu kadınlarda (ort=2,4) erkeklere (ort=2,1) göre daha çok görülmektedir.
- Güçsüzlük kadınlarda (ort=2,2) erkeklere (ort=1,9) göre daha fazladır.
- Anksiyete düzeyi kadınlarda (ort=2,1) erkeklere (ort=1,8) göre daha yüksektir.
- Benlik saygısı kadınlarda (ort=2) erkeklere (ort=1,7) göre daha fazladır.

**Tablo 10:** Ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarının yaşı ile psikososyal sorunları arasındaki ilişkinin puan ortalamaları

Duygusal Alan ve Sosyal Alana İlişkin Alt Boyutlar	Korelasyon	P
Etkisiz bireysel baş etme	-0,213	<b>0,009</b>
Spiritüel distress	-0,059	0,477
Uyku örüntüsünde rahatsızlık	-0,099	0,232
Güçsüzlük	-0,064	0,438
Cinsellik örüntülerinde etkisizlik	-0,048	0,565
Korku	0,021	0,801
Anksiyete	-0,251	<b>0,002</b>
Benlik saygısında bozulma	-0,125	0,128

**Tablo 10:** Ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarının yaşı ile psikososyal sorunları arasındaki ilişkinin puan ortalamaları (Devam)

Savunucu baş etme	0,013	0,873
Sosyal etkileşimde bozulma	0,070	0,399
Aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma	-0,110	0,182
Eğlence aktivitelerinde eksiklik	0,166	<b>0,043</b>

Yaş da sosyal ve duygusal alana gereksinimlere ait alt boyutlar da nicel değişkenler olduğundan korelasyon katsayıları hesaplanarak karşılaştırmalar yapılmıştır. 0,05'ten küçük p değerleri için ilişki anlamlıdır. Buna göre yaş ile etkisiz bireysel baş etme arasında negatif yönlü anlamlı ilişki vardır (Korelasyon=-0,213). Yaş ilerledikçe bireysel baş etme yeteneği azalmaktadır. Yaş ile anlamlı ilişki gösteren diğer boyut anksiyetedir. İlişki yine negatif yönlüdür (Korelasyon=-0,251) Yaş ilerledikçe anksiyetenin anlamlı olarak azaldığı görülmektedir. Yaş ile eğlence aktivitelerinde bozulma arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır (Korelasyon=0,166). Yaş ilerledikçe eğlence aktivitelerinde bozulma da artmaktadır.

**Tablo 11:** Ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarında gelir ve alt boyutların karşılaştırılması

<b>Duygusal Alan ve Sosyal Alana İlişkin Alt Boyutlar</b>	<b>Gelir</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Standart Sapma</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Etkisiz bireysel baş etme	Düşük	1,83	0,54	1,845	0,162
	Orta	2,14	0,52		
	Yüksek	2,03	0,58		
Spritüel distress	Düşük	1,81	0,58	0,88	0,417
	Orta	1,86	0,45		
	Yüksek	1,75	0,58		
Uyku örüntüsünde rahatsızlık	Düşük	2,26	0,51	0,411	0,664
	Orta	2,36	0,46		
	Yüksek	2,49	0,53		
Güçsüzlük	Düşük	2,07	0,53	2,682	0,072
	Orta	1,87	0,60		
	Yüksek	2,19	0,57		
Cinsellik örüntülerinde etkisizlik	Düşük	1,96	0,56	0,197	0,821
	Orta	1,84	0,54		
	Yüksek	2,08	0,75		

**Tablo 11:** Ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarında gelir ve alt boyutların karşılaştırılması  
(Devam)

Duygusal Alan ve Sosyal Alana İlişkin Alt Boyutlar	Gelir	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Korku	Düşük	2,29	0,42	1,163	0,316
	Orta	2,33	0,60		
	Yüksek	2,36	0,46		
Anksiyete	Düşük	1,88	0,70	4,434	<b>0,014</b>
	Orta	1,98	0,38		
	Yüksek	2,20	0,80		
Benlik saygısında bozulma	Düşük	1,84	0,56	2,222	0,112
	Orta	2,02	0,56		
	Yüksek	2,04	0,53		
Savunucu baş etme	Düşük	2,60	0,50	1,272	0,833
	Orta	2,60	0,54		
	Yüksek	2,80	0,44		
Sosyal etkileşimde bozulma	Düşük	3,23	0,48	2,5	0,086
	Orta	2,91	0,56		
	Yüksek	3,14	0,47		

**Tablo 11:** Ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarında gelir ve alt boyutların karşılaştırılması  
(Devam)

Duygusal Alan ve Sosyal Alana İlişkin Alt Boyutlar	Gelir	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma	Düşük	1,64	0,43	5,437	<b>0,005</b>
	Orta	1,86	0,49		
	Yüksek	1,88	0,56		
Eğlence aktivitelerinde eksiklik	Düşük	2,43	0,44	0,716	0,491
	Orta	2,28	0,43		
	Yüksek	2,48	0,39		

Tablo, p değerlerine göre incelendiğinde gelir düzeyi ile ilişki gösteren yalnızca iki boyut mevcuttur. Bunlar anksiyete ve aile etkileşiminde bozulmadır. Diğer boyutlara ait ortalamalar arasında gelir gruplarına göre anlamlı fark bulunmamaktadır. Anksiyete ve gelir düzeyi karşılaştırıldığında, en yüksek ortalama olan 2,2 yüksek gelir grubuna aittir. Orta gelir grubu için ortalama 1,98, düşük gelir grubu için 1,88'dir. Buna göre gelir attıkça anksiyete düzeyi de yükselmektedir. Ortalamalar arasındaki farkın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Post Hoc testlerinden TUKEY HSD testi yapılmış, düşük ve orta gelir arasındaki fark anlamlı bulunmamış, yüksek gelir grubunun diğer gruplarla farkları ise anlamlı bulunmuştur. Dolayısıyla fark yaratan grup yüksek gelir grubudur.



**Tablo 12:** Ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarında kanser tanısı ve alt boyutların karşılaştırılması

<b>Duygusal Alan ve Sosyal Alana İlişkin Alt Boyutlar</b>	<b>Tanı</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Standart Sapma</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Etkisiz bireysel baş etme	Baş-boyun	2,00	0,28	1,455	0,179
	Sindirim-GİS	1,86	0,62		
	Ürogenital	2,01	0,60		
	Akciğer	1,72	0,58		
	Meme	1,91	0,47		
Spritüel distress	Baş-boyun	1,83	0,56	0,638	0,745
	Sindirim-GİS	1,84	0,47		
	Ürogenital	1,83	0,63		
	Akciğer	1,77	0,64		
	Meme	1,80	0,57		
Uyku örüntüsünde rahatsızlık	Baş-boyun	2,40	0,42	2,013	0,049
	Sindirim-GİS	2,33	0,56		
	Ürogenital	2,30	0,47		
	Akciğer	2,07	0,37		

**Tablo 12:** Ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarında kanser tanısı ve alt boyutların karşılaştırılması (Devam)

<b>Duygusal Alan ve Sosyal Alana İlişkin Alt Boyutlar</b>	<b>Tanı</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Standart Sapma</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Uyku Örüntüsünde Rahatsızlık	Meme	2,42	0,56	2,013	<b>0,049</b>
Güçsüzlük	Baş-boyun	2,21	0,31	0,968	0,463
	Sindirim-GİS	2,11	0,54		
	Ürogenital	1,96	0,59		
	Akciğer	2,00	0,57		
	Meme	2,08	0,53		
Cinsellik örüntülerinde etkisizlik	Baş-boyun	2,03	0,15	1,196	0,306
	Sindirim-GİS	1,83	0,51		
	Ürogenital	1,86	0,51		
	Akciğer	1,91	0,59		
	Meme	2,16	0,68		
Korku	Baş-boyun	2,41	0,40	0,565	0,805
	Sindirim-GİS	2,35	0,50		

**Tablo: 12** Ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarında kanser tanısı ve alt boyutların karşılaştırılması (Devam)

Duygusal Alan ve Sosyal Alana İlişkin Alt Boyutlar	Tanı	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Korku	Ürogenital	2,19	0,48	0,565	0,805
	Akciğer	2,36	0,38		
	Meme	2,23	0,44		
Anksiyete	Baş-boyun	2,00	0,24	1,4	0,202
	Sindirim-GİS	1,90	0,77		
	Ürogenital	1,98	0,68		
	Akciğer	1,80	0,62		
	Meme	1,99	0,75		
Benlik saygısında bozulma	Baş-boyun	1,96	0,47	0,968	0,464
	Sindirim-GİS	1,96	0,56		
	Ürogenital	1,86	0,60		
	Akciğer	1,71	0,50		
	Meme	1,94	0,60		

**Tablo: 12** Ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarında kanser tanısı ve alt boyutların karşılaştırılması (Devam)

Duygusal Alan ve Sosyal Alana İlişkin Alt Boyutlar	Tanı	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Sosyal etkileşimde bozulma	Baş-boyun	3,09	0,44	0,586	0,788
	Sindirim-GİS	3,19	0,53		
	Ürogenital	3,17	0,66		
	Akciğer	3,27	0,45		
	Meme	3,21	0,44		
Aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma	Baş-boyun	1,83	0,48	0,611	0,767
	Sindirim-GİS	1,77	0,47		
	Ürogenital	1,67	0,45		
	Akciğer	1,59	0,45		
	Meme	1,68	0,50		
Eğlence aktivitelerinde eksiklik	Baş-boyun	2,52	0,39	1,041	0,408
	Sindirim-GİS	2,53	0,40		
	Ürogenital	2,31	0,40		
	Akciğer	2,44	0,46		
	Meme	2,38	0,45		

Tablo 12, p değerlerine göre incelendiğinde kanser tanısı ile yalnızca uyku bozukluğu ilişki göstermektedir ( $p=0,049<0,05$ ). Uyku bozukluğunu temsil eden ortalamalar kanser tanılarına göre karşılaştırıldığında en yüksek ortalama olan 2,42

meme kanserli hastalara, en düşük ortalama ise 2,07 değeri ile akciğer kanserli hastalara aittir. Tukey testi sonucunda, anlamlı farklara mümkün tüm ikililer arasında rastlanmıştır. Özetle, uyku bozukluğundan yakınma derecelerine göre kanser tanıları büyükten küçüğe doğru sıralandığında; meme, baş-boyun, sindirim-gis, ürogenital sistem ve akciğer kanseri sıralaması ile karşılaşılmıştır.

**Tablo:13** Ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarında tanı yaşı ve alt boyutların karşılaştırılması

<b>Duygusal Alan ve Sosyal Alana İlişkin Alt Boyutlar</b>	Korelasyon	P
Etkisiz bireysel baş etme	-0,231	<b>0,005</b>
Spiritüal distress	-0,057	0,494
Uyku örüntüsünde rahatsızlık	-0,149	0,070
Güçsüzlük	-0,066	0,423
Cinsellik örüntülerinde etkisizlik	-0,112	0,174
Korku	-0,010	0,902
Anksiyete	-0,307	<b>0,000</b>
Benlik saygısında bozulma	-0,141	0,088
Sosyal etkileşimde bozulma	0,094	0,255
Aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma	-0,149	0,070
Eğlence aktivitelerinde eksiklik	0,168	<b>0,041</b>

Tanı yaşı ve sosyal ve duygusal alana ait alt boyutlar korelasyon katsayıları hesaplanarak karşılaştırılmıştır. 0,05'ten küçük p değerleri için ilişki anlamlıdır. Buna göre tanı yaşı ile etkisiz bireysel baş etme arasında negatif yönlü anlamlı ilişki vardır (Korelasyon=-0,231). Tanı yaşı ilerledikçe bireysel baş etme yeteneği azalmaktadır. Yaş ile anlamlı ilişki gösteren diğer boyut anksiyetedir. İlişki yine negatif yönlüdür

(Korelasyon= -0,307) Tanı yaşı ilerledikçe anksiyetenin anlamlı olarak azaldığı görülmektedir. Yaş ile eğlence aktivitelerinde bozulma arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır (Korelasyon=0,168). Tanı yaşı ilerledikçe eğlence aktivitelerinde bozulma da artmaktadır.

**Tablo: 14** Ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarında tanıdan bu yana geçen süre ve alt boyutların karşılaştırılması

Duygusal Alan ve Sosyal Alana İlişkin Alt Boyutlar	Korelasyon	p
Etkisiz bireysel baş etme	0,062	0,457
Spiritüel distress	0,007	0,934
Uyku örüntüsünde rahatsızlık	0,198	<b>0,016</b>
Güçsüzlük	0,014	0,869
Cinsellik örüntülerinde etkisizlik	0,258	<b>0,002</b>
Korku	0,144	0,081
Anksiyete	0,203	<b>0,013</b>
Benlik saygısında bozulma	0,073	0,376
Savunucu baş etme	-0,099	0,233
Sosyal etkileşimde bozulma	-0,079	0,343
Aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma	0,138	0,094
Eğlence aktivitelerinde eksiklik	0,001	0,986

Yine 0,05'ten küçük p değerlerine bakılarak, tanıdan bu yana geçen süre ile uyku bozukluğu arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki olduğu görülmektedir (Korelasyon=0,198). Buna göre tanıdan bu yana geçen süre uzadıkça hastaların uyku bozukluğu şikâyetleri de artmaktadır. Tanıdan bu yana geçen süre ile pozitif yönlü ve anlamlı ilişki gösteren bir diğer boyut cinsellik örüntülerinde bozulma boyutudur

(Korelasyon=0,258). Tanıdan bu yana geçen süre arttıkça cinsel örüntülerdeki bozulma da artmaktadır. Anksiyete ile tanıdan bu yana geçen süre arasında yine pozitif ve anlamlı ilişki bulunmaktadır (Korelasyon=0,203). Tanıdan bu yana geçen süre arttıkça anksiyetede de artış gözlemlenmektedir.

**Tablo: 15** Ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarında çevreden alınan desteğin yeterlilik algısı ve alt boyutların karşılaştırılması

Duygusal Alan ve Sosyal Alana İlişkin Alt Boyutlar	Gelir	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Etkisiz bireysel baş etme	Yeterli	1,86	0,54	-1,81	0,073
	Yetersiz	2,22	0,67		
Spritüel distress	Yeterli	1,82	0,58	1,40	0,164
	Yetersiz	1,53	0,41		
Uyku örüntüsünde rahatsızlık	Yeterli	2,27	0,48	-3,65	<b>0,000</b>
	Yetersiz	2,93	0,68		
Güçsüzlük	Yeterli	2,05	0,52	-2,76	<b>0,006</b>
	Yetersiz	2,58	0,63		
Cinsellik örüntülerinde etkisizlik	Yeterli	1,95	0,55	-1,81	0,073
	Yetersiz	2,33	1,02		

**Tablo: 15** Ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarında çevreden alınan desteğin yeterlilik algısı ve alt boyutların karşılaştırılması (Devam)

Duygusal Alan ve Sosyal Alana İlişkin Alt Boyutlar	Gelir	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Korku	Yeterli	2,29	0,43	-1,34	0,183
	Yetersiz	2,50	0,53		
Anksiyete	Yeterli	1,90	0,67	-2,92	<b>0,004</b>
	Yetersiz	2,63	0,94		
Benlik saygısında bozulma	Yeterli	1,86	0,55	-1,82	0,071
	Yetersiz	2,23	0,69		
Savunucu baş etme	Yeterli	2,64	0,51	-0,11	0,916
	Yetersiz	2,66	0,79		
Sosyal etkileşimde bozulma	Yeterli	3,21	0,49	1,20	0,233
	Yetersiz	3,00	0,49		
Aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma	Yeterli	1,67	0,45	-2,93	<b>0,004</b>
	Yetersiz	2,15	0,52		
Eğlence aktivitelerinde eksiklik	Yeterli	2,42	0,43	-0,10	0,918
	Yetersiz	2,44	0,47		

Tablo 15’te, sosyal ve duygusal alana ait alt boyutlarla, hastaların çevreden aldığı desteyi yeterli görüp görmedikleri karşılaştırılmıştır. Desteğin yeterlilik algısı ile anlamlı ilişkiye sahip boyutların t skorlarına karşılık gelen p değerleri 0,05’ten küçüktür. Buna göre; desteğin yeterliliği ile uyku bozukluğu arasında anlamlı ilişki



bulunmaktadır. Desteği yeterli görenlerde uyku bozukluğu (ort=2,27), yeterli görmeyenlere göre (ort=2,93) daha azdır. Desteğin yeterliliği ile güçsüzlük arasında yine anlamlı ilişki bulunmektedir. Desteği yeterli görenlerin güçsüzlük puanı (ort=2,05), yetersiz görenlerden (ort=2,58) daha düşüktür. Bu durumda desteği yeterli gören hastaların kendini daha güçlü hissettiği sonucuna ulaşılabilir. Anksiyete açısından karşılaştırma yapıldığında desteği yeterli görenlerin anksiyete düzeyi (ort=1,90), yetersiz görenlere göre (ort=2,63) daha düşüktür. Destek anksiyeteyi düşürmektedir. Aile süreçlerinde bozulma puanı yine desteği yeterli görenlerde düşük (ort=1,67), yetersiz görenlerde yüksektir (ort=2,15). Hastalar ne kadar destek alırsa aile ilişkileri de o kadar sağlıklı yürümektedir.

Sosyal ve duygusal alana ilişkin alt boyutlar hastalara ait diğer özelliklerle de karşılaştırılmıştır. Bunlar; hastaların eğitim düzeyi, hasta eşlerinin eğitim düzeyi, hastaların mesleği, yaşadıkları bölge, ocuk sayısı, kanser dışında bir hastalığın varlığı ve hastaların destek kaynaklarıdır. Ancak yapılan analizler sonucunda bu değişkenlerin hiçbir alt boyut ile anlamlı ilişkisinin olmadığı görülmüştür.

**Şekil 2:** Ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarının duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişkiler

		Etkisiz bireysel baş etme	Spiritual distres	Uyku örüntülerinde rahatsızlık	Güçsüzlük	Cinsellik örüntülerinde etkisizlik	Korku	Anksiyete	Benlik saygısında bozulma	Savunucu baş etme	Sosyal etkileşimde bozulma	Aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma	Eğlence aktivitelerinde eksiklik
Etkisiz bireysel baş etme	Korelasyon	1,000	0,033	0,519(**)	0,577(**)	0,281(**)	0,305(**)	0,790(**)	0,658(**)	0,105	-0,494(**)	0,431(**)	0,108
	P		0,685	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,256	0,000	0,000	0,190
Spiritual distres	Korelasyon	0,033	1,000	-0,005	0,001	0,168(*)	0,008	0,041	0,100	0,175	-0,112	0,182(*)	-0,003
	P	0,685		0,955	0,991	0,040	0,922	0,617	0,223	0,112	0,173	0,026	0,968
Uyku örüntülerinde rahatsızlık	Korelasyon	0,519(**)	-0,005	1,000	0,588(**)	0,284(**)	0,320(**)	0,509(**)	0,568(**)	0,166	-0,474(**)	0,382(**)	0,298(**)
	P	0,000	0,955		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,456	0,000	0,000	0,000
Güçsüzlük	Korelasyon	0,577(**)	0,001	0,588(**)	1,000	0,171(*)	0,353(**)	0,584(**)	0,548(**)	0,188	-0,293(**)	0,395(**)	0,243(**)
	P	0,000	0,991	0,000		0,037	0,000	0,000	0,000	0,125	0,000	0,000	0,003
Cinsellik örüntülerinde etkisizlik	Korelasyon	0,281(**)	0,168(*)	0,284(**)	0,171(*)	1,000	0,276(**)	0,405(**)	0,389(**)	0,123	-0,266(**)	0,297(**)	-0,019
	P	0,001	0,040	0,000	0,037		0,001	0,000	0,000	0,245	0,001	0,000	0,817
Korku	Korelasyon	0,305(**)	0,008	0,320(**)	0,353(**)	0,276(**)	1,000	0,354(**)	0,369(**)	0,101	-0,191(*)	0,217(**)	0,103
	P	0,000	0,922	0,000	0,000	0,001		0,000	0,000	0,364	0,020	0,008	0,210
Anksiyete	Korelasyon	0,790(**)	0,041	0,509(**)	0,584(**)	0,405(**)	0,354(**)	1,000	0,617(**)	0,002	-0,340(**)	0,437(**)	0,096
	P	0,000	0,617	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000	0,819	0,000	0,000	0,246
Benlik saygısında bozulma	Korelasyon	0,658(**)	0,100	0,568(**)	0,548(**)	0,389(**)	0,369(**)	0,617(**)	1,000	0,123	-0,419(**)	0,545(**)	0,197(*)
	P	0,000	0,223	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		0,566	0,000	0,000	0,016
Savunucu baş etme	Korelasyon	0,105	0,175	0,166	0,188	0,123	0,101	0,002	0,123	1,000	0,223	0,226	0,108
	P	0,256	0,112	0,456	0,125	0,245	0,364	0,819	0,566		0,105	0,175	0,188
Sosyal etkileşimde bozulma	Korelasyon	-0,494(**)	-0,112	-0,474(**)	-0,293(**)	-0,266(**)	-0,191(*)	-0,340(**)	-0,419(**)	0,223	1,000	-0,355(**)	-0,351(**)
	P	0,000	0,173	0,000	0,000	0,001	0,020	0,000	0,000	0,105		0,000	0,000
Aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma	Korelasyon	0,431(**)	0,182(*)	0,382(**)	0,395(**)	0,297(**)	0,217(**)	0,437(**)	0,545(**)	0,226	-0,355(**)	1,000	0,197(*)
	P	0,000	0,026	0,000	0,000	0,000	0,008	0,000	0,000	0,175	0,000		0,016
Eğlence aktivitelerinde eksiklik	Korelasyon	0,108	-0,003	0,298(**)	0,243(**)	-0,019	0,103	0,096	0,197(*)	0,108	-0,351(**)	0,197(*)	1,000
	P	0,190	0,968	0,000	0,003	0,817	0,210	0,246	0,016	0,188	0,000	0,016	

Şekildeki tablo incelendiğinde sosyal ve duygusal alanı temsil eden alt boyutların birbiriyle ilişkisi korelasyon katsayıları ile görülmektedir. Etkisiz bireysel baş etme ile uyku örüntüsünde rahatsızlık arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır. İki boyut arasındaki korelasyon katsayısı 0,519 ( $p=0,000$ ) ve oldukça yüksektir. Uyku örüntüsünde bozukluk, etkisiz bireysel baş etme olgusunu tetiklemektedir. Etkisiz bireysel baş etme ile anlamlı ve pozitif ilişkiye sahip diğer alt boyut güçsüzlüktür. Korelasyon katsayısı 0,577 ( $p=0,000<0,05$ ) olup etkisiz bireysel baş etme ve güçsüzlük birlikte hareket etmektedir. Etkisiz bireysel baş etme ile cinsellik örüntülerinde etkisizlik 0,281'lik ( $p=0,001<0,05$ ) korelasyon etkisiz bireysel baş etme ve cinsellik örüntülerinde etkisizliğin birbirini açıklamada önemli olduğunu göstermektedir. Etkisiz bireysel baş etme ile korku arasında anlamlı ve pozitif yönlü ilişki vardır. Korelasyon katsayısı 0,305 ( $p=0,000<0,05$ ) olup etkisiz bireysel baş etme arttıkça korku da artmaktadır. Etkisiz bireysel baş etme ile anksiyete arasında da anlamlı, pozitif yönlü ve çok güçlü ilişki vardır. Korelasyon katsayısı 0,790 ( $p=0,000<0,05$ ) olup etkisiz bireysel baş etme ve anksiyete birbirini büyük ölçüde açıklamaktadır. Etkisiz bireysel baş etme ile anlamlı ve pozitif ilişkiye sahip bir başka alt boyut benlik saygısında bozulmadır. Korelasyon katsayısı 0,658 ( $p=0,000<0,05$ ) olup etkisiz bireysel baş etme ve benlik saygısında bozulma yine birbirini önemli ölçüde açıklamaktadır. Etkisiz bireysel baş etme ile sosyal etkileşimde bozulma arasında anlamlı ancak negatif ilişki vardır. Korelasyon katsayısı -0,494 ( $p=0,000<0,05$ ) olup etkisiz bireysel baş etme ne kadar fazla ise sosyal etkileşimde bozulma o kadar azdır. Etkisiz bireysel baş etme ile aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki vardır. Korelasyon katsayısı 0,431 ( $p=0,000<0,05$ ) olup etkisiz bireysel baş etme fazlaştıkça aile içi süreçlerin devamlılığında da artış görülmektedir.

Spiritüel distress ile cinsellik örüntülerinde etkisizlik arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır. İki boyut arasındaki korelasyon katsayısı 0,168 ( $p=0,040$ ) olup bu değer ilişkinin çok güçlü olmadığını göstermektedir. Spiritüel distress ile aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır. Korelasyon katsayısı 0,182 ( $p=0,026$ ) olup spiritüel distress arttıkça aile içi süreçlerin devamlılığı bozulmaktadır. Uyku örüntüsünde rahatsızlık ile güçsüzlük arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır. İki boyut arasındaki korelasyon katsayısı 0,588 ( $p=0,000$ ) olup bu değer ilişkinin güçlü olduğunu göstermektedir. Uyku örüntüsünde bozukluk güçsüzlüğe neden olmaktadır. Uyku örüntüsünde bozukluk ile cinsellik örüntülerinde

etkisizlik arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır. İki boyut arasındaki korelasyon katsayısı 0,284'tür ( $p=0,000$ ). Uyku örüntüsünde rahatsızlık ile korku arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır. İki boyut arasındaki korelasyon katsayısı 0,320 ( $p=0,000$ ) olup bu ilişki korkunun uyku örüntüsünde bozukluğa yol açtığını düşündürmektedir. Uyku örüntüsünde rahatsızlık ile anksiyete arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır. İki boyut arasındaki korelasyon katsayısı 0,509 ( $p=0,000$ ) olup bu ilişki anksiyetenin uyku örüntüsünde bozukluğa yol açan önemli bir değişken olduğunu göstermektedir. Uyku örüntüsünde rahatsızlık ile benlik saygısında bozulma arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır. İki boyut arasındaki korelasyon katsayısı 0,568'dir ( $p=0,000$ ). Uyku örüntüsünde rahatsızlık ile aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır. İki boyut arasındaki korelasyon katsayısı 0,382 ( $p=0,000$ ) olup bu ilişki uyku örüntüsünde bozukluğun aile içi süreçleri de bozduğunu da göstermektedir.

Güçsüzlük ile cinsellik örüntülerinde etkisizlik arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır. İki boyut arasındaki korelasyon katsayısı 0,171'dir ( $p=0,037$ ). Ancak ilişki çok güçlü değildir. Güçsüzlük ile korku arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır. İki boyut arasındaki korelasyon katsayısı 0,353 ( $p=0,000$ ) olup bu ilişki korku ve güçsüzlüğün birlikte arttığını göstermektedir. Güçsüzlük ile anksiyete arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır. İki boyut arasındaki korelasyon katsayısı 0,584 ( $p=0,000$ ) olup bu ilişki güçsüzlüğün anksiyeteyi, anksiyetenin de güçsüzlüğü arttırdığını göstermektedir. Güçsüzlük ile benlik saygısında bozulma arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır. İki boyut arasındaki korelasyon katsayısı 0,548'dir ( $p=0,000$ ) ve ilişki güçlüdür. Güçsüzlük ile sosyal etkileşimde bozulma arasında negatif yönlü anlamlı ilişki vardır. Korelasyon -0,293 ( $p=0,000$ )'tür. Ancak güçsüzlük arttıkça sosyal etkileşimde bozulmanın azalması dikkat çekici bir sonuçtur. Güçsüzlük ile aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır. İki boyut arasındaki korelasyon katsayısı 0,395( $p=0,000$ )'tür. Güçsüzlük ile eğlence aktivitelerinde eksiklik arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır. İki boyut arasındaki korelasyon katsayısı 0,243 ( $p=0,003$ )'tür. Güçsüzlük arttıkça eğlence aktiviteleri azalmaktadır.

Cinsellik örüntülerinde etkisizlik ile korku arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır. İki boyut arasındaki korelasyon katsayısı 0,276 ( $p=0,001$ ) olup bu ilişki korku ve cinsellik örüntülerinde etkisizliğin birlikte arttığını göstermektedir. Cinsellik örüntülerinde etkisizlik ile anksiyete arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır. İki

boyut arasındaki korelasyon katsayısı 0,405 ( $p=0,000$ ) olup anksiyete arttıkça cinsellik örüntülerinde etkisizlik ortaya çıkmaktadır. Cinsellik örüntülerinde etkisizlik ile benlik saygısında bozulma arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır. İki boyut arasındaki korelasyon katsayısı 0,389'dur ( $p=0,000$ ). Cinsellik örüntülerinde etkisizlik ile sosyal etkileşimde bozulma arasında negatif yönlü anlamlı ilişki vardır. Korelasyon -0,266 ( $p=0,001$ )'dir. Cinsellik örüntülerinde etkisizlik ile aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır. İki boyut arasındaki korelasyon katsayısı 0,297 ( $p=0,000$ )'dir.

Korku ile anksiyete arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır. İki boyut arasındaki korelasyon katsayısı 0,354 ( $p=0,000$ ) olup bu ilişki korkunun anksiyeteyi, anksiyetenin de korkuyu arttırdığını göstermektedir. Korku ile benlik saygısında bozulma arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır. İki boyut arasındaki korelasyon katsayısı 0,365'tir ( $p=0,000$ ). Korku ile sosyal etkileşimde bozulma arasında negatif yönlü anlamlı ilişki vardır. Korelasyon -0,191 ( $p=0,020$ )'dir. Ancak korku arttıkça sosyal etkileşimde bozulmanın azalması da dikkat çekici bir sonuçtur. Korku ile aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır. İki boyut arasındaki korelasyon katsayısı 0,217( $p=0,008$ )'dir.

Anksiyete ile benlik saygısında bozulma arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır. İki boyut arasındaki korelasyon katsayısı 0,617'dir ( $p=0,000$ ). İlişki oldukça güçlüdür. Anksiyete ile sosyal etkileşimde bozulma arasında negatif yönlü anlamlı ilişki vardır. Korelasyon -0,340 ( $p=0,000$ )'tır. Anksiyete arttıkça sosyal etkileşimde bozulma azalmaktadır. Anksiyete ile aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır. İki boyut arasındaki korelasyon katsayısı 0,437( $p=0,000$ )'dir.

Benlik saygısında bozulma ile sosyal etkileşimde bozulma arasında negatif yönlü anlamlı ilişki vardır. Korelasyon -0,419 ( $p=0,000$ )'dur. Benlik saygısında bozulma arttıkça sosyal etkileşimde bozulma azalmaktadır. Benlik saygısında bozulma ile aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır. İki boyut arasındaki korelasyon katsayısı 0,545 ( $p=0,000$ )'tir. Benlik saygısında bozulma ile eğlence aktivitelerinde eksiklik arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır. İki boyut arasındaki korelasyon katsayısı 0,197( $p=0,016$ )'dir. Ancak ilişki zayıftır.

Sosyal etkileşimde bozulma ile aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma arasında negatif yönlü, anlamlı ilişki vardır. İki boyut arasındaki korelasyon katsayısı -0,355 ( $p=0,000$ )'tir. Sosyal etkileşimde bozulma ile eğlence aktivitelerinde eksiklik

arasında da negatif yönlü, anlamlı ilişki vardır. İki boyut arasındaki korelasyon katsayısı  $-0,351(p=0,000)$ 'dir.

Aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma ile eğlence aktivitelerinde eksiklik arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır. İki boyut arasındaki korelasyon katsayısı  $0,197(p=0,016)$ 'dir. Ancak ilişki zayıftır.



## 5. TARTIŞMA

Kanser hastaları yalnızca fiziksel ağrıyla değil aynı zamanda emosyonel stres, hastalık ve tedaviler sonucunda gelişen fonksiyonel yetersizlikler ve semptomlarla baş etmek zorundadırlar. Yapılan tıbbi tedavilerin yan etkileri ile baş etmek zaman zaman hastanede yatarak tedavi görmek bireylerin kaygılarını artırmaktadır. Kanser hastalarında hastalığa bağlı komplikasyonlar, öz-bakım gücünde ve performansta azalma, fiziksel, sosyal, ekonomik ve psikolojik sorunlar yaşam kalitesini azaltmakta ve fonksiyonel durumu olumsuz etkilemektedir (9,20,79).

Bu çalışma, ayaktan ve yatarak tedavi alan kanser hastalarının psikososyal gereksinimlerini belirlemek amacıyla planlanmış ve gerçekleştirilmiştir. Çalışma kapsamına alınan 149 kanser hastasından elde edilen bulgular mevcut araştırma sonuçları ve literatür bilgisi ile tartışılmıştır. Hastaların %56,4'ünün kadın cinsiyetinde, %43,6'sının erkek cinsiyetinde olması ve oranının hemen hemen eşit olması araştırmanın iki grubu da temsil etmesi açısından yüksek önem taşımaktadır.

Hastaların medeni duruma göre dağılımı araştırıldığında grubun %77,2'sinin evli, %16,8'inin dul veya boşanmış, %6'sının bekar olduğu görülmüştür. Dolayısıyla yapılan çalışma kapsamında onkoloji vakalarının büyük ölçüde evli bireylerde söz konusu olduğu söylenebilir. Literatür taraması sonucu birçok çalışmada da onkoloji vakalarının evli bireylerde daha sık rastlandığı görülmüştür (80).

Araştırmada yer alan hastaların çoğuna meme kanseri tanısı konmuş, bunu sırasıyla akciğer, sindirim-gis, ürogenital sistem ve baş-boyun kanserleri izlemiştir. Bazı hastalara ise iki kanser tanısı konmuştur. Yaptığımız çalışmada kanser tanısı ile yalnızca uyku bozukluğu ilişki göstermektedir ( $p=0,049<0,05$ ). Uyku bozukluğunu temsil eden ortalamalar kanser tanılarına göre karşılaştırıldığında en yüksek ortalama olan 2,42 meme kanserli hastalardadır. Uyku örüntülerinde en çok rahatsızlık yaşandığı tespit edilen kanser tanıları büyükten küçüğe doğru sıralandığında meme kanseri en başta gelmektedir. Literatürde uyku bozukluğunun kanser hastalarında yaygın olduğu, kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek oranlarda rastlanıldığı ve meme kanserli hastalarda daha sık olduğu da bildirilmektedir (30).

Hastaların eğitim düzeylerine göre dağılımı incelendiğinde, eşleriyle benzer şekilde, ilk-orta öğrenim, lise ve yüksekokul eğitimine göre bireyler hemen hemen eşit dağılmıştır. Ancak yapılan analizler sonucunda hastanın eğitim düzeyinin, hiçbir alt boyut ile anlamlı ilişkisinin olmadığı görülmüştür.

Çalışmamızda yapılan analizler sonucunda hastanın eğitim düzeyinin, hiçbir alt boyut ile anlamlı ilişkisinin olmadığı görülmüştür. Literatür taraması yapıldığında ise Ankara Üniversitesinde yapılan sınırlı bir araştırmada eğitim düzeyi ile hastanın bilgilenme düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bu araştırmaya göre eğitim düzeyi, hastanın bilgilenme düzeyini arttırmaktadır (81). Çalışmamızda eğitim düzeyinin bu alt başlıkla ilişkisinin bulunmamasının sebebinin araştırmaya katılan hastaların bilgi düzeyleri olduğu söylenebilir çünkü araştırmada yer alan hastaların %98'inin hastalıklarına ilişkin bilgi sahibi olduklarını belirttikleri saptanmıştır.

Hastaların eğitim düzeylerine göre dağılımları incelendiğinde yalnızca okuryazar olanlar ve lisansüstü eğitimine sahip olanlar haricinde; ilk-orta öğrenim, lise ve yüksekokul eğitimine göre bireyler hemen hemen eşit dağılmıştır. Alacacıoğlu ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada hastaların eğitim düzeyleri yükselince anksiyete oranlarında anlamlı derecede düşme olduğu saptanmıştır (82). Bahsi geçen çalışmanın aksine çalışmamızda hastaların eğitim düzeyleri ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasının nedeni çalışmamızda hastaların eğitim düzeylerinin hemen hemen eşit dağılmış olması şeklinde açıklanabilir.

Yaptığımız çalışma kapsamındaki hastaların %63,1'inin kanser dışında başka bir hastalığının olmadığı görülmüştür. Başka bir hastalığa sahip olduğunu ifade eden %36,9'luk grubun genelini ise tansiyon, şeker ve astım hastası olduğu gözlemlenmiştir. Ancak yapılan analizler sonucunda ek fiziksel hastalığın hiçbir alt boyut ile anlamlı ilişkisinin olmadığı görülmüştür. Bu bulguya benzer olarak Ateşçi ve arkadaşlarının 2003 yılında kanser hastalarındaki psikiyatrik bozukluklar ile ilgili yaptıkları bir çalışmada ek fiziksel hastalıkların varlığıyla psikiyatrik tanı ve çalışmadaki diğer alt boyutlar arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (27). Literatür taraması sonucu benzer bulgular elde edilmiştir.



Yapılan araştırmada sosyal gereksinimlere ilişkin alt boyutların cinsiyet ile ilişkisi araştırıldığında birçok alt başlıkta istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Anlamlı ilişki bulunan alt boyutlardan birisi anksiyetedir. Yaptığımız çalışmada anksiyete düzeyi (ort=2,1) kadınlarda, erkeklere (ort=1,8) oranla daha yüksek bulunmuştur. Literatür taraması sonucu, anksiyetenin kadın cinsiyetinde daha yüksek olduğu bulgusu birçok çalışmayla desteklenmiştir. Alacacıoğlu ve arkadaşlarının 2007’de yaptıkları araştırmada kadın cinsiyetinde olan kanser hastalarının erkek cinsiyetine oranla anksiyete seviyelerinin yüksek olduğunu belirtilmiştir (83). Doğar ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada da anksiyete ve depresyon oranları, kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur (84). elik ve arkadaşları da takipteki meme kanserli hastalarda duygusal durum, uyku güçlüğü, yorgunluk ile anksiyete ve depresyon arasında ilişki saptamışlardır (85).

Yapılan çalışmada cinsiyet ile uyku bozuklukları arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yaptığımız alışma kapsamındaki hastalarda uyku bozukluğu kadınlarda erkeklere oranla çok daha fazla görülmektedir (ort=2,4 ve ort=2,1). Tokgöz ve arkadaşları da yaptıkları çalışmada; yeniden yaşantılama ve uyarılmışlık gibi belirtilerden uyku bozukluklarının kadınlarda erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek oranda olduğu sonucuna ulaşmıştır. Yapılan diğer çalışmalarda uyku bozuklukları ve cinsiyet arasındaki ilişkiyi aynı bulgularla desteklemektedir (30).

Yaptığımız çalışmada cinsiyet ile anlamlı ilişki gösteren bir diğer alt boyut da güçsüzlüktür. Güçsüzlük kadınlarda (ort=2,2) erkeklere (ort=1,9) göre daha fazladır. Literatüre göre güçsüzlük; yaşam şeklini, amaçlarını, bakış açısını etkileyen/değiştiren belirli durumlar ve olaylar üzerine kişisel kontrolünün olmadığını algılayan bir birey ya da gruptaki durum olarak tanımlanmaktadır.

Tuncay’ın çalışmasında kemoterapinin yan etkilerinin bireyin psikolojik, duygusal ve manevi alanındaki baskıları artırarak bireyde gszleştirme tehdidi yarattığı bulunmuştur (38). NANDA’nın hemşirelik tanılarına göre de güçsüzlük ilerisinde umutsuzluğa yol açar ve birçok problemi beraberinde getirir (86). Sabuncu ve ark.nın yaptığı kolostomili bireylerin umutsuzluk düzeyleri ile ilgili çalışmada kadınların erkeklere göre daha umutsuz olduğu belirlenmiştir (87). Bu durumda kadınlarda güçsüzlük erkeklere göre daha sık rastlanmaktadır. Bulgular literatürle paralellik göstermektedir.

Yaptığımız araştırma kapsamında benlik saygısı da cinsiyetle anlamlı ilişki göstermektedir. Benlik saygısının kadınlarda (ort=2) erkeklere (ort=1,7) oranla daha fazla olduğu saptanmıştır. Benlik saygısı, bireyin kendine verdiği değerle ilgilidir (88). Literatürde de belirtildiği gibi kadınlar estetik değerlere erkeklerden daha çok önem vermektedirler. Bu sebeple kadınların benlik saygısı, erkeklerden daha yüksek bulunmuştur. Literatürdeki diğer araştırmalar da bunu desteklemektedir (89,90).

Araştırma kapsamındaki hastaların yaşları incelendiğinde en gencinin yaşının 23, en yaşlısınınkinin 80 olduğu görülmüştür. Yaş ortalaması standart sapma ile yaklaşık 55'tir. Standart sapma çok yüksek olmadığından hastaların yaşları genel olarak birbirine yakındır.

Yaş ve sosyal gereksinimlere ait alt boyutlar nicel değişkenler olduğundan, yaptığımız çalışmada korelasyon katsayıları hesaplanarak karşılaştırmalar yapılmıştır. Karşılaştırmalar sonucu yaş ile etkisiz bireysel baş etme arasında negatif yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır (Korelasyon=-0,213). Literatüre göre etkisiz bireysel baş etme travmatik bir olaya uyum sağlamak, için gerekli psikososyal kaynakların eksikliğine bağlı gelişen bir durumdur (91). Çalışmamıza göre yaş ilerledikçe bireysel baş etme yeteneği azalmaktadır. Yine literatürde bireysel baş etme yeteneğinin tanımlayıcı özelliklerinin en başında sosyal destek gereksiniminin artması gelmektedir (86). Yeşilbalkan ve arkadaşlarının 2005'te yapmış oldukları çalışmada kemoterapi alan ileri yaştaki hastaların genç hastalara göre daha fazla psikolojik semptom yaşadıkları belirtilmiş, ilerleyen yaş ile birlikte bireylerin hem psikolojik hem de sosyal destek gereksinimlerinin arttığı saptanmıştır (92). Yaş ilerledikçe sosyal desteğe gereksinimin artması ve bireysel baş etme yeteneğinin azalması yaptığımız çalışmanın sonucunda ulaştığımız bulguya benzer bir paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda yaş ile anlamlı ilişki gösteren diğer boyut anksiyetedir. Saptanan ilişki negatif yönlüdür (Korelasyon= -0,251). Yaş ilerledikçe anksiyete düzeyinin anlamlı olarak azaldığı görülmektedir. Yapılan çalışmalarda, kanser hastalarının yaşlarının psikolojik sıkıntı açısından önemli bir değişken olduğu vurgulanmıştır (93). Kanser hastalarını kapsayan bir çalışmada 30 yaş altında stres düzeylerinin yüksek, 30-60 yaş arasında ise düşme eğiliminde olduğu saptanmıştır (94) Kanserli hastalar üzerinde yapılan diğer çalışmalarda da yaşlı bireylerin gençlere göre kanseri daha kolay kabullendikleri bu nedenle de emosyonel ve sosyal yönden gençlere göre daha iyi

oldukları belirlenmiştir (83,95). Bu bilgiler doğrultusunda yaş ile anksiyete arasındaki negatif yönlü ilişkinin literatürle desteklendiği açıkça görülmektedir.

Çalışmada yer alan hastaların %74,1 oranı ile büyük ölçüde orta gelir grubunda olduğu, düşük gelirlilerin %15 ve yüksek gelirlilerin %10,9 olduğu görülmektedir. Anksiyete ve gelir düzeyi karşılaştırıldığında, gelir düzeyi ve anksiyete arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. En yüksek ortalama olan 2,2 yüksek gelir grubuna aittir. Özetle gelir attıkça anksiyete düzeyi de yükselmektedir. Yaptığımız çalışmada ortalamalar arasındaki farkın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Post Hoc testlerinden TUKEY HSD testi yapılmıştır. Düşük ve orta gelir arasındaki fark anlamlı bulunmamış, yüksek gelir grubunun diğer gruplarla farkları ise anlamlı bulunmuştur. Dolayısıyla anksiyete seviyelerinde fark yaratan grup yüksek gelir grubudur. 2007'de yapılan bir çalışmada hastaların gelir durumuna göre yapılan değerlendirmede anksiyete skorunun anlamlı olarak gelir düzeyi düşük kişilerde daha yüksek, gelir düzeyi yüksek kişilerde ise daha düşük olduğu belirlenmiştir (82). Literatürde kanser hastalarının, tanı ve tedavi sürecinde, mesleki yaşamlarında kesintiler yaşayabileceği; yaşayabilecekleri kazanç kaybı ile ekonomik güçlükler ortaya çıkabileceği belirtilmiştir (96). Literatürden yola çıkarak, araştırmamızda gelir düzeyinin anksiyeteyi arttırması; gelir düzeyi yüksek kişilerin meslek hayatlarının ve yüksek kazanç durumlarının devamlılığını sağlayamama konusundaki yüksek endişe ve kaygı duyuyor olmaları ile açıklanabilir.

Çalışmamızda uyku örüntüsünde rahatsızlık ile anksiyete arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu ilişki anksiyetenin uyku örüntüsünde bozukluğa yol açan önemli bir değişken olduğunu göstermektedir. Çelik ve arkadaşları da takipteki meme kanserli hastalarda uyku güçlüğü ve anksiyete arasında ilişki saptamışlardır (97). Yine kanserin psikiyatrik ve psikososyal yönleri hakkında yapılan bir çalışmada uyku örüntüsünde rahatsızlık, kanser hastalarında görülen anksiyetenin başlıca belirtilerinin ilki olarak sıralanmıştır (98). Çalışmamızdaki uyku örüntülerinde rahatsızlık ve anksiyete ilişkisi literatür ile benzer bulgular göstermektedir.

Yaptığımız araştırmada cinsellik örüntülerinde etkisizlik ile benlik saygısında bozulma arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki saptanmıştır. Beden algısındaki tüm değişimler ve düşük benlik saygısı bireylerin, cinsellik hakkında daha fazla kaygı duymalarına ve cinsellik örüntülerinde bozulmalara neden olur (99). Literatürde özellikle meme kanserli genç kadınların daha düşük benlik saygısına sahip oldukları,

beden imajı ve cinsellik hakkında daha fazla kaygı duydukları ve duygusal distress yaşadıkları, bununla beraber ileri yaş grubundaki kadınların genç hastalara göre daha az cinsel problem yaşadıkları bildirilmiştir (100).

Çalışmamızda benlik saygısında bozulma ile sosyal etkileşimde bozulma arasında negatif yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır. Buna göre benlik saygısında bozulma arttıkça sosyal etkileşimde bozulma azalmaktadır. Bu oldukça dikkat çekici bir bulgu olmakla birlikte sebebinin benlik saygısı düşük bireylerin hastalıkla baş etmede dışarıdan alacakları sosyal desteğe, benlik saygısı yüksek bireylere oranla, daha açık olması şeklinde açıklanabilir. Literatürde de benlik saygısının azalmasının kişinin kendine olan güvenini kaybetmesine, sosyal ilişkilerinin zedelenmesine ve hastalıkla mücadele etmeyi bırakmasına neden olacağı belirtilmiştir (101). Ancak benlik saygısı düşük bireylerin diğerlerine oranla daha fazla sosyal desteğe açık olması ile açıklandığı üzere benlik saygısının azalması sosyal etkileşimde bozulmanın azalmasına da sebep olabilmektedir.

Çalışmamız sonucu korku ile anksiyete arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki bulunmuştur. İki boyut arasındaki korelasyon katsayısı 0,354 ( $p=0,000$ ) olmakla birlikte, bu ilişki; korkunun anksiyeteyi arttırırken, anksiyetenin de korkuyu arttırdığını göstermektedir. Çam ve Babacan'ın kaynağında, Ögel ve arkadaşlarına göre hastalıklara karşı gösterilen ruhsal tepkilerin altında yatan temel duygu genellikle korkudur (103). En çok yaşanan korkular ise ölmek, aciz duruma düşmek, öz güvenini yitirmek, kontrolünü kaybetmek, ağrı duymak, terk edilmek ve hastalığın vücuda yayılacağı korkusudur. Bunun yanı sıra yine hastalık nedeniyle beden görünümünün değişmesi, organların işlevlerinin bozulması ya da bir organın cerrahi yöntemle çıkarılması da hastalar için oldukça korkutucu düşüncelerdir. Literatürde birçok çalışmada da anksiyete ile korku arasında pozitif yönlü ilişki bulunmuştur (102).

Tanıdan bu yana geçen süre ile cinsellik örüntülerinde bozulma pozitif yönlü ve anlamlı ilişki göstermektedir (korelasyon=0,258). Yaptığımız çalışma kapsamındaki hastalarda tanıdan bu yana geçen süre arttıkça cinsel örüntülerdeki bozulma da artmaktadır. Literatüre göre kanser tanısı konulmasından itibaren, uygulanan tedaviler ve ilerleyen evrelerle birlikte hastaya karşı en olumsuz etki cinsel sağlık üzerinde olmaktadır (104,105). Tanıdan bu yana geçen süre arttıkça olumsuz etki artmakta ve cinsel örüntülerde bozulmaya yol açmaktadır.

Kanser hastasına güç ve ümit veren, yaşamın anlamını sağlayan değerler sistemindeki bozulmaların tümü bireyde spiritüel distress olarak tanımlanabilir. Kanser ile birlikte spiritüel distressi birlikte yaşayan hasta, yaşamın anlamını sorgular, spiritüel bir boşluk duygusu hisseder, kendisi ve başka insanlardan emosyonel olarak ayrılma gösterir (106). İçinde hissettiği spiritüel boşluğun sebep olduğu emosyonel ayrılma; kendisinden sonra en çok yakın çevresini etkiler. En yakınında olan ailesi ile iletişimde bozulmalara sebep olur. Yaptığımız çalışma, literatürdeki bu bilgilerle paralellik göstermektedir. Yaptığımız analizlerde spiritüel distress ile aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır. Korelasyon katsayısı 0,182 ( $p=0,026$ ) olmakla birlikte spiritüel distress arttıkça aile içi süreçlerin devamlılığı bozulmaktadır.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarında psikososyal gereksinimlerin incelendiği araştırma Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesinde ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastaları ile yapılmıştır. Araştırma kapsamında, gerekli verilerin elde edilmesi için yüz yüze anket yöntemi kullanılmıştır. Anket formu 22 soruluk sosyodemografik veri formu ve 57 maddelik psikososyal gereksinimleri belirleme formundan oluşmaktadır. Bulgular, sosyal ve duygusal alana ilişkin alt boyutların birbirleriyle ve hastalara ait diğer özelliklerle karşılaştırılmasıyla elde edilmiştir. Sosyal ve duygusal alana ilişkin boyutlar ile hastalara ait özellikler birlikte değerlendirildiğinde elde edilen sonuçlar iki grupta incelenebilir:

1. Sosyal ve duygusal alana ilişkin alt boyutların hastalara ait özelliklerle ilişkisi
2. Sosyal ve duygusal alana ilişkin alt boyutların birbiriyle ilişkisi

Birinci grup değerlendirildiğinde elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir:

1. Sosyal ve duygusal alana ilişkin alt boyutlar ile cinsiyet ilişkisi
  - Etkisiz bireysel baş etme kadınlarda erkeklere göre daha yüksektir.
  - Uyku örüntülerinde rahatsızlık kadınlarda erkeklere göre daha çok görülmektedir.
  - Güçsüzlük kadınlarda erkeklere göre daha fazladır.
  - Anksiyete düzeyi kadınlarda erkeklere göre daha yüksektir.
  - Benlik saygısı kadınlarda erkeklere göre daha fazladır.
2. Sosyal ve duygusal alana ilişkin alt boyutlar ile yaş ilişkisi
  - Yaş ile etkisiz bireysel baş etme arasında negatif yönlü anlamlı ilişki vardır. Yaş ilerledikçe bireysel baş etme yeteneği azalmaktadır.
  - Yaş ile anksiyete arasında negatif yönlü anlamlı ilişki vardır. Yaş ilerledikçe anksiyete anlamlı olarak azalmaktadır.
  - Yaş ile eğlence aktivitelerinde bozulma arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki vardır. Yaş ilerledikçe eğlence aktivitelerinde bozulma da artmaktadır.

3. Sosyal ve duygusal alana ilişkin alt boyutlar ile gelir düzeyi ilişkisi
  - Gelir düzeyi ile anksiyete arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. Gelir attıkça anksiyete düzeyi de yükselmektedir. Fark yaratan grup yüksek gelir grubudur.
4. Sosyal ve duygusal alana ilişkin alt boyutlar ile kanser tanısı ilişkisi
  - Kanser tanısı ile uyku örüntülerinde rahatsızlık arasında ilişki vardır. Uyku bozukluğundan yakınma derecelerine göre kanser tanıları büyükten küçüğe doğru sıralandığında; meme, baş-boyun, sindirim-gis, ürogenital sistem ve akciğer kanseri sıralaması ile karşılaşılmıştır.
5. Sosyal ve duygusal alana ilişkin alt boyutlar ile tanı yaşı ilişkisi
  - Tanı yaşı ile etkisiz bireysel baş etme arasında negatif yönlü anlamlı ilişki vardır. Tanı yaşı ilerledikçe bireysel baş etme yeteneği azalmaktadır.
6. Sosyal ve duygusal alana ilişkin alt boyutlar ile tanıdan bu yana geçen süre ilişkisi
  - Tanıdan bu yana geçen süre ile uyku bozukluğu arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki vardır. Tanıdan bu yana geçen süre uzadıkça hastaların uyku bozukluğu şikâyetleri de artmaktadır.
  - Tanıdan bu yana geçen süre ile cinsellik örüntülerinde bozulma arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki vardır. Tanıdan bu yana geçen süre arttıkça cinsel örüntülerdeki bozulma da artmaktadır.
  - Tanıdan bu yana geçen süre ile anksiyete arasında pozitif ve anlamlı ilişki vardır. Tanıdan bu yana geçen süre arttıkça anksiyetede de artış gözlemlenmektedir.
7. Sosyal ve duygusal alana ilişkin alt boyutlar ile sosyal destek ilişkisi
  - Desteğin yeterliliği ile uyku bozukluğu arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmaktadır. Desteği yeterli görenlerde uyku bozukluğu yeterli görmeyenlere göre daha azdır.

- Desteğin yeterliliği ile güçsüzlük arasında negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmaktadır. Desteği yeterli görenlerin güçsüzlük puanı yetersiz görenlerden daha düşüktür. Bu durumda desteği yeterli gören hastalar daha az güçsüzlük hissetmektedir.
  - Destek ile anksiyete arasında da negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmaktadır. Anksiyete düzeyi desteği yeterli görenlerde, diğerlerine oranla daha düşüktür. Sosyal destek anksiyeteyi düşürmektedir.
  - Sosyal destek ile aile süreçlerinde bozulma arasında da negatif yönlü anlamlı ilişki vardır. Hastalar ne kadar fazla destek alırsa aile ilişkileri de o kadar sağlıklı yürümektedir.
8. Sosyal ve duygusal alana ilişkin alt boyutlar ile hastalara ait diğer özellikler ilişkisi
- Sosyal ve duygusal alana ait alt boyutlar hastalara ait diğer özelliklerle karşılaştırılmıştır. Bunlar; hastaların eğitim düzeyi, hasta eşlerinin eğitim düzeyi, hastaların mesleği, yaşadıkları bölge, çocuk sayısı, kanser dışında bir hastalığın varlığı ve hastaların destek kaynaklarıdır. Ancak yapılan analizler sonucunda bu değişkenlerin hiçbir alt boyut ile anlamlı ilişkisinin olmadığı saptanmıştır.

İkinci grup değerlendirildiğinde elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir:

1. Etkisiz bireysel baş etme ile sosyal ve duygusal alana ilişkin diğer alt boyutların ilişkisi
- Etkisiz bireysel baş etme ile uyku örüntüsünde rahatsızlık arasında pozitif yönlü, anlamlı güçlü bir ilişki vardır. Uyku örüntüsünde bozukluk, etkisiz bireysel baş etmeyi tetiklemektedir.
  - Etkisiz bireysel baş etme ile anlamlı ve pozitif ilişkiye sahip diğer alt boyut güçsüzlüktür. Etkisiz bireysel baş etme ve güçsüzlük birlikte artış göstermekte ya da azalmaktadır.
  - Etkisiz bireysel baş etme ile cinsellik örüntülerinde etkisizlik arasında da bir ilişki saptanmıştır. Bu da etkisiz bireysel baş etme ve cinsellik örüntülerinde etkisizliğin birbirini açıklamada önemli olduğunu göstermektedir.



- Etkisiz bireysel baş etme ile korku arasında anlamlı ve pozitif yönlü ilişki vardır. Etkisiz bireysel baş etme arttıkça korku da artmaktadır.
- Etkisiz bireysel baş etme ile anksiyete arasında da anlamlı, pozitif yönlü ve çok güçlü ilişki vardır. Etkisiz bireysel baş etme ve anksiyete birbirini büyük ölçüde açıklamaktadır.
- Etkisiz bireysel baş etme ile anlamlı ve pozitif ilişkiye sahip bir başka alt boyut benlik saygısında bozulmadır. İki alt boyut da birbirini önemli ölçüde açıklamaktadır.
- Etkisiz bireysel baş etme ile sosyal etkileşimde bozulma arasında anlamlı ancak negatif ilişki vardır. Etkisiz bireysel baş etme ne kadar fazla ise sosyal etkileşimde bozulma o kadar azdır.
- Etkisiz bireysel baş etme ile aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki vardır. Etkisiz bireysel baş etme arttıkça aile içi süreçlerin devamlılığında da artış görülmektedir.

## 2. Spiritüel distress ile sosyal ve duygusal alana ilişkin diğer alt boyutların ilişkisi

- Spiritüel distress ile cinsellik örüntülerinde etkisizlik arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır. Ancak bu ilişki çok güçlü değildir.
- Spiritüel distress ile aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır. Spiritüel distress arttıkça aile içi süreçlerin devamlılığı bozulmaktadır.

## 3. Uyku örüntüsünde rahatsızlık ile sosyal ve duygusal alana ilişkin diğer alt boyutların ilişkisi

- Uyku örüntüsünde rahatsızlık ile güçsüzlük arasında pozitif yönlü, anlamlı güçlü bir ilişki vardır. Uyku örüntüsünde bozukluk güçsüzlüğe neden olmaktadır.
- Uyku örüntüsünde bozukluk ile cinsellik örüntülerinde etkisizlik arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır.

- Uyku örüntüsünde rahatsızlık ile korku arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır. Bu ilişki korkunun uyku örüntüsünde bozukluğa sebep olabileceğini düşündürmektedir.
  - Uyku örüntüsünde rahatsızlık ile anksiyete arasında pozitif yönlü, anlamlı çok güçlü bir ilişki vardır. Bu ilişki anksiyetenin uyku örüntüsünde bozukluğa yol açan önemli bir değişken olduğunu göstermektedir.
  - Uyku örüntüsünde rahatsızlık ile benlik saygısında bozulma arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır.
  - Uyku örüntüsünde rahatsızlık ile aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır. Bu ilişki uyku örüntüsünde rahatsızlığın aile içi süreçlerde bozulmaya sebep olduğunu göstermektedir.
4. Güçsüzlük ile sosyal ve duygusal alana ilişkin diğer alt boyutların ilişkisi
- Güçsüzlük ile cinsellik örüntülerinde etkisizlik arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır. Ancak ilişki çok güçlü değildir.
  - Güçsüzlük ile korku arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır. Bu ilişki korku ve güçsüzlüğün birlikte hareket ettiğini göstermektedir.
  - Güçsüzlük ile anksiyete arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır. Güçsüzlük anksiyeteyi, anksiyete de güçsüzlüğü arttırmaktadır.
  - Güçsüzlük ile benlik saygısında bozulma arasında pozitif yönlü, anlamlı ve güçlü bir ilişki vardır.
  - Güçsüzlük ile sosyal etkileşimde bozulma arasında negatif yönlü anlamlı ilişki vardır. Güçsüzlük arttıkça sosyal etkileşimde bozulma azalmaktadır.
  - Güçsüzlük ile aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır.
  - Güçsüzlük ile eğlence aktivitelerinde eksiklik arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır. Güçsüzlük arttıkça eğlence aktiviteleri azalmaktadır.

5. Cinsellik örüntülerinde etkisizlik ile sosyal ve duygusal alana ilişkin diğer alt boyutların ilişkisi
- Cinsellik örüntülerinde etkisizlik ile korku arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır. Korku ve cinsellik örüntülerinde etkisizliğin birlikte hareket etmektedir.
  - Cinsellik örüntülerinde etkisizlik ile anksiyete arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır. Anksiyete arttıkça cinsellik örüntülerinde etkisizlik ortaya çıkmaktadır.
  - Cinsellik örüntülerinde etkisizlik ile benlik saygısında bozulma arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır.
  - Cinsellik örüntülerinde etkisizlik ile sosyal etkileşimde bozulma arasında negatif yönlü anlamlı ilişki vardır.
  - Cinsellik örüntülerinde etkisizlik ile aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır.
6. Korku ile sosyal ve duygusal alana ilişkin diğer alt boyutların ilişkisi
- Korku ile anksiyete arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır. Korku anksiyeteyi, anksiyete de korkuyu arttırmaktadır.
  - Korku ile benlik saygısında bozulma arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır.
  - Korku ile sosyal etkileşimde bozulma arasında negatif yönlü anlamlı ilişki vardır. Korku arttıkça sosyal etkileşimde bozulmanın azalmaktadır.
  - Korku ile aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır.
7. Anksiyete ile sosyal ve duygusal alana ilişkin diğer alt boyutların ilişkisi
- Anksiyete ile benlik saygısında bozulma arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır. İlişki oldukça güçlüdür.
  - Anksiyete ile sosyal etkileşimde bozulma arasında negatif yönlü anlamlı ilişki vardır. Anksiyete arttıkça sosyal etkileşimde bozulma azalmaktadır.
  - Anksiyete ile aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır.

8. Benlik saygısı ile sosyal ve duygusal alana ilişkin diğer alt boyutların ilişkisi
  - Benlik saygısında bozulma ile sosyal etkileşimde bozulma arasında negatif yönlü anlamlı ilişki vardır. Benlik saygısı azaldıkça sosyal etkileşimde bozulma da azalmaktadır.
  - Benlik saygısında bozulma ile aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır.
  - Benlik saygısında bozulma ile eğlence aktivitelerinde eksiklik arasında pozitif yönlü, anlamlı ilişki vardır. Ancak ilişki zayıftır.
9. Sosyal etkileşimde bozulma ile sosyal ve duygusal alana ilişkin diğer alt boyutların ilişkisi
  - Sosyal etkileşimde bozulma ile aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma arasında negatif yönlü, anlamlı ilişki vardır.
  - Sosyal etkileşimde bozulma ile eğlence aktivitelerinde eksiklik arasında da negatif yönlü, anlamlı ilişki vardır
10. Aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma ile sosyal ve duygusal alana ilişkin diğer alt boyutların ilişkisi
  - Aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma ile eğlence aktivitelerinde eksiklik arasında pozitif yönlü, anlamlı ancak zayıf bir ilişki vardır.

Yapılan araştırma sonucu:

Kanser hastalarında var olan ya da gelişebilecek psikiyatrik komorbiditenin erken saptanması gereken psikososyal destek ve yönlendirmelerle takibinin, tedavisinin sağlanması, hasta ailesine psikososyal destek sunulması, sağlık çalışanlarının hasta ve ailesi bütününde yaşadıkları ya da yaşayabilecekleri zorlanmalar konusunda eğitim ve yardım alabilmeleri için genel hastanelerin bünyesinde konsültasyon liyezon psikiyatri hemşirelerine yer verilmesi,

Kanser hastalarının duygusal ve sosyal değişime bağlı zorlanmaları fazlasıyla yaşamaları nedeni ile hasta ve sosyal çevresi bütününde sürekli etkileşim içinde olan hemşirelerin ve diğer sağlık ekibi üyelerinin, hastaların bu psikososyal zorlanmalarına yönelik kişisel bakış açılarının ve yaklaşımlarının belirlenerek bu belirlenen alanlar

konusunda eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi bu hizmetlerin devamlılığının sağlanması,

Konu ile ilgili yapılmış sınırlı sayıda çalışma olduğu için yeni çalışmaların yapılması önerilir.



## KAYNAKLAR

- 1 Kutluk T, Kars A, *Kanser Konusunda Genel Bilgiler*, Kanser Araştırma Kurumu, Ankara, 1922: 3-29.
- 2 Avuçan E, İmrek M, Karaboğa I. “Kanserin Psikososyal Yönleri”, *Türk Psikoloji Bülteni*, 2006;12(9): 81-91.
- 3 Bag B. “Kanser Hastalarında Uzun Dönemde Görülen Psikososyal Sorunlar”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2013; 5(1):111-112.
- 4 Kocaman, N. “Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve rolü nedir?”, *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 2005; 8(3): 107-118.
- 5 Ringer DP,Schnipper LE. “Principles of Cancer Biology”, *American Cancer Society*, Atlanta; 2001:21-35.
- 6 İçli F, Akbulut H. “Onkolojiye Giriş”, *İç Hastalıkları*, Güneş Kitapevi; 2005:2007-2014
- 7 Çufta M. “Kanser Hastalığı İle Başa Çıkmada Dini İnanç Ve Tutumların Rolü”, Bursa, 2014.
- 8 Çetin A. “Kanser Tedavisinde Yeni Yaklaşımlar”, Kayseri, 2013: 58
- 9 Akdemir N, Birol L. “İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı”, Ankara, 2004: 243-306.
- 10 Birand AL, Knop JM. (Çeviri: S. Aban). “Hemşireler İçin Kanser El Kitabı”, Ankara, IV. Akşam Sanat Okulu Matbaası; 1996:10-21.
- 11 Birol L. “Onkoloji hemşireliği”, *İç Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*, İstanbul, 1998:53-86.
- 12 Aslan Ö, Vural H, Kömürcü Ş. “Kemoterapi Alan Kanser Hastalarına Verilen Eğitimin Kemoterapi Semptomlarına Etkisi”, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006; 10(1): 15-28.
- 13 Çakmak DE. “Dispne Ölçeği'nin Türk Kanser Hastalarında Geçerlik Ve Güvenirliğinin İncelenmesi”, İzmir, 2012:9-11.

- 14 Can G. “Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Yan etkilerin Kontrolüne Yönelik Eğitimin Öz-Bakım Davranışlarına Olan Etkisinin Değerlendirilmesi”, İstanbul, 2003.
- 15 Yıldız F, Yazıcı G. “Kanser Tedavisinde Radyoterapi” *Kanser*, Ankara, DNT Ortadoğu Yayıncılık, 2016.
- 16 T.C. Millî Eğitim Bakanlığı. “Hemşirelik Onkoloji Hastalıkları Ve Bakımı”, Ankara, 2013:4-49.
- 17 Diçer M. “Kanserden Korunma”, *Klinik Onkoloji*, İstanbul, Tunç Matbaası, 2000: 59-62.
- 18 Aksoy G. “Birincil Ve İkincil Korunmada Hemşirenin Rolü”, *Klinik Onkoloji*, İstanbul, Tunç Matbaası, 2000: 340-345.
- 19 Tuncer AM. “Kanserin Ülkemiz ve Dünyadaki Önemi, Hastalık Yükü ve Kanser Kontrol Politikaları”, *Türkiye’de Kanser Kontrolü*, Ankara, 2009, 5-7, Ağ Sitesi Adı: [http://onkofar.com/vImages/pdfler/2009\\_Turkiyedekanserkontrolu.pdf](http://onkofar.com/vImages/pdfler/2009_Turkiyedekanserkontrolu.pdf). Erişim: 06.08.2017
- 20 Kızılcı S. “Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler”, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1999; 3 (2): 18-26.
- 21 Aslan E, Olgun N, Uzun Ö, Uslu Y. “Onkoloji”, *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 2014.
- 22 Altınbaş M, Köse N. “Kanser”, DNT Ortadoğu Yayıncılık, Ankara, 2016: 1321.
- 23 Yeşilbakan Usta Ö, Akyol Durmaz A, Çetinkaya Y ve ark. “Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2005; 21(1): 13-31.
- 24 Aslan Ö, Vural H, Kömürcü Ş, Özet A. “Kemoterapi Alan Kanser Hastalarına Verilen Eğitimin Kemoterapi Semptomlarına Etkisi”, *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006; 10(1): 16-17.

- 25 MEB. “Radyoterapi Cihazları”, *Radyoloji Radyoterapi Uygulama Planı 725TTT093*, Ankara, 2012, 3-16, Ağ Sitesi Adı:  
[http://www.megep.meb.gov.tr/mte\\_program\\_modul/moduller\\_pdf/Radyoterapi%20Uygulama%20Plan%C4%B1.pdf](http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Radyoterapi%20Uygulama%20Plan%C4%B1.pdf). Erişim: 06.08.2017
- 26 Dirican B. “Radyoterapi Teknikleri”, I. Ulusal Parçacık Hızlandırıcıları ve Uygulamaları Kongresi, TAEK, Ankara, 2001: 1-4.
- 27 Ateşçi FÇ, Oğuzhanoğlu NK, Baltalarlı B. “Kanser Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar Ve İlişkili Etmenler”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2003; 14(2): 145-152.
- 28 Helgeson VS, Tomich PL. “Surviving Cancer: A Comparison Of 5-Year Disease-Free Breast Cancer Survivors With Healthy Women”, *Psychooncology*, 2005; 14:307-317.
- 29 Brearley SG, Stamataki Z, Addington-Hall J, Foster C, Hodges L, Jarrett N. “The Physical And Practical Problems Experienced By Cancer Survivors: A Rapid Review And Synthesis Of The Literature”, *Eur J Oncol Nurs*, 2011; 15:204-212.
- 30 Tokgöz G, Yaluğ İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K, Aker T. “Kanser Hastalarında Majör Depresyon Yaygınlığı Ve İlişkili Etkenler”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008; 9:51-66. Ağ Sitesi Adı:  
[https://www.researchgate.net/publication/239928114\\_Kanser\\_hastalarinda\\_major\\_depresyon\\_yayginligi\\_ve\\_iliskili\\_etkenler?enrichId=rgreq-125c1635555cf8fff6b3a328a423ffbe-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzIzOTkyODExNDtBUzoXMDMwNzM1NDg2MDMzOTZAMTQwMTU4NjA1NzUzNA%3D%3D&el=1\\_x\\_2&\\_esc=publicationCoverPdf](https://www.researchgate.net/publication/239928114_Kanser_hastalarinda_major_depresyon_yayginligi_ve_iliskili_etkenler?enrichId=rgreq-125c1635555cf8fff6b3a328a423ffbe-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzIzOTkyODExNDtBUzoXMDMwNzM1NDg2MDMzOTZAMTQwMTU4NjA1NzUzNA%3D%3D&el=1_x_2&_esc=publicationCoverPdf) Erişim: 06.08.2017
- 31 Aydemir Ç, Göka E. “Psikiyarinin Kanserde Yeri”, *Kanser*, DNT Ortadoğu Yayıncılık, Ankara, 2016: 1176-1183.
- 32 Gralla, R. “Quality Of Life Considerations İn Patients With Advanced Lung Cancer: Effect Of Topotecan On Symptom Palliation And Quality Of Life”, *The Oncologist*, 2004;16: 14-24.



- 33 Turan N. “Kanser Hastalığının Önlenmesi Ve Tedavi Edilmesinde Psikososyal Faktörlerin Önemi”, *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Dergisi*, 1984; 2(1-3): 12-20.
- 34 Önen- Sertöz Ö. “Kanserli Hastada Gözlenen Ruhsal Hastalıkların Farmakolojik Tedavisi”, *Kanser ve Palyatif Bakım*, 2006; 175-196.
- 35 Özdemir Ü, Taşcı S. “Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar Ve Bakım”, *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2013; 1(1): 57-72.
- 36 Lepore SJ, Coyne JC. “Psychological Interventions For Distress İn Cancer Patients: A Review Of Reviews”, *Ann Behav Med*, 2006; 32:85-92.
- 37 Berard RM. “Depression And Anxiety In Oncology: The Psychiatrist's Perspective”, *J Clin Psychiatry*, 2001; 62 (8):58-63.
- 38 Tuncay T. “Genç Kanser Hastalarının Hastalık Anlatılarının Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi”, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 2009;20(2):69-88.
- 39 Dedeli Ö, Fadiloğlu Ç, Uslu R. “Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumları Ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi” *Türk Onkoloji Dergisi*, 2008; 233: 132-139.
- 40 Beşer N, Öz F. “Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete-Depresyon Düzeyleri Ve Yaşam Kalitesi”, *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2003, 7 (1): 48-57.
- 41 Özkan S. “Psikiyatrik ve Psikososyal Açından Kanser”, *Konsültasyon- Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı*, İstanbul, 1999:140- 153.
- 42 Elbi H. “Psiko- onkoloji”, *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 1998; (6): 5- 7.
- 43 Parle M, Jones B, Maguire P. “Maladaptive Coping And Affective Disorders Among Cancer Patient”, *Psychol Med.*, 1996;(26):735-44.
- 44 Yıldırım B, Acar M, Tuncay T. “Onkoloji Alanında Sosyal Hizmet Uzmanlarının Görevleri Ve Kanıtı Dayalı Değerlendirme”, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 2013;(24): 169-187.

- 45 Meyer F, Ehrlich M, Peteet J. “Psycho-Oncology A Review For The General Psychiatrist”, *FOCUS*, 2009; 7(2): 317-31.
- 46 Breitbart SW, Alici Y. “Psycho-oncology”, *Harv Rev Psychiatry*, 2009; 17:361-365.
- 47 Holland JC, Marchini A. “International Psycho-oncology” , JC Holland (Ed), New York, *Oxford University Press*, 1998:1165-1169.
- 48 Soygür1 H, Özalp E, Cankurtaran EŞ, Turhan L, Karşıgil H, Özenci G. “Onkoloji Hekimlerinin Gözünden Psiko-onkoloji: "Birim Kurulurken ve İki Yıl Sonra" - Bir Anket Çalışması”, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2005;(8):67-73.
- 49 Boyle P, Levin B. “Dünya Kanseri Raporu 2008” , Lyon, *Uluslararası Kanseri Araştırmaları Kurumu* (<http://kanser.gov.tr/Dosya/Kitaplar/dunyaraporu2008.pdf>-Erişim Tarihi :28/06/2017
- 50 Bond GG, Wellish KD. “Psychosocial Care In Cancer Treatment”, Editör: Haskell CM, WB Saunders, Philadelphia, 1990.
- 51 Dean A. “Talking To Dying Patients Of Their Hopes And Needs”, *Nurs Times*, 2002; 98(43): 34-35.
- 52 Abaan S, Altıntoprak A. “Hemşirelerde Problem Çözme Becerileri: Öz Değerlendirme Sonuçlarının Analizi”, *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* , 2005: 62–76.
- 53 Kocaman N. “Genel Hastane Uygulamasında Psikososyal Bakım Ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği”, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005:9(1); 49-54.
- 54 Kocaman N, Terakye G. “KLP Bugünü ve Geleceği”, *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Hemşireliği KLP Hemşireliği Özel Sayısı*, 2017;3(1): 1-6.
- 55 Tunmore R. “The Consultation Liaison Nurse”, *Nursing*, 1990;4(3): 31-34.
- 56 Tuncay T. “Kanserle Başetmede Destek Grupları”. *Journal of Society & Social Work*, 2010;21(1): 59-69.

- 57 O’Callaghan C “Bringing music to life: A Study Of Music Therapy And Palliative Care Experiences İn A Cancer Hospital”, *Journal Of Palliative Care*, 2001;17(3): 155- 161.
- 58 Özkan MN. “Psikoonkoloji”, *Konsültasyon- Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı*, İstanbul, 1997:21- 30.
- 59 Yıldırım S, Gürkan A. “Psikososyal Açıdan Kanser Ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2010; 26 (1) : 87-97.
- 60 Hardman A, Maguire P, Crowther D. “The Recognition Of Psikiyatrik Morbidity On A Medical Oncology Ward”, *J Psycosom Resarch*, 1989; 33: 72- 91.
- 61 Ateşçi FÇ. “Kanser Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar Ve İlişkili Etmenler”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2003:145-152.
- 62 Güleç G, Büyükkınacı A. “Kanser Ve Psikiyatrik Bozukluklar”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2011; 3:343-367.
- 63 Lederberg MS. “Psychooncology”, *In Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8th ed., Editör: Sadock BJ, Sadock VA. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2005: 2196-2225.
- 64 Okyayuz U. “Ölüm ve Ölümcül Hastalık”, *Kriz Dergisi*, 1995;3(1-2):185-189.
- 65 Kübler-Ross E. “Ölüm ve Ölmek Üzere”, İstanbul, Boyner Holding Yayınları, 1997.
- 66 Saydam MB. “Kanser Etyopatogenezinde Psikososyal Faktörler, Psikomatik Hastalıklar”, Editör: Adam E, *İstanbul Ü.T.F. Psikiyatri Anabilim Dalı Mezuniyet Sonrası Eğitim Seminerleri*, İstanbul 1990.
- 67 Şener Ş, Günel N, Akçalı Z, Şenol S, Koçkar Aİ. “Meme Kanserinin Ruhsal Ve Sosyal Etkileri Üzerine Bir Çalışma”, *Klinik Psikiyatri*, 1999;(2):254-260.
- 68 Şenol S, Bitlis V, Ünal E. “Kanser Teşhis Ve Tedavisi Amacı İle Bir Cerrahi Kliniğinde Yatan Hastalarda Psikiyatrik Tanılar”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1994; 5 (2): 103–108.

- 69 Steven DP, Kenneth LK. “Management Of Psychiatric And Psychologic Disorders İn Patients With Cancer”, *Psycho-oncology*, 2012.
- 70 Altuğ B ve ark. “Kanser Hastalarında Psikiyatrik Semptom Dağılımı”, *IV. Anadolu Psikiyatri Günleri*, Konya, 1995:268- 272.
- 71 Cimilli C. “Kanserde Anksiyete ve Depresyon”, *3P Dergisi*, 1998; 6(3): 8- 13.
- 72 Önen- Sertöz Ö. “Kanserli Hastada Gözlenen Ruhsal Hastalıkların Farmakolojik Tedavisi”, *Kanser ve Palyatif Bakım*, Meta Basım, İzmir, 2006:75-196.
- 73 Çakmak Hevedanlı M. “Eğitim Ve Fen-Edebiyat Faküleleri Biyoloji Bölümü Öğrencilerinin Kaygı Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısında İncelenmesi”, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 2005; 14(4):115-27.
- 74 Öz F. Editör: Demiralp M. “Anksiyete Problemleri, *Psikososyal hemşirelik*, Akademisyen Tıp Kitapevi, Ankara, 2014:57-72.
- 75 Öz F. “Sağlık Alanında Temel Kavramlar”, Mattek Matbaacılık Bas. Yay. Ticaret. Ltd. Şti, Ankara, 2010:135-45.
- 76 Schultz JM, Videbeck SL. Lippincott’s Manuel Of Psychpiatric Nursing Care Plans. 7th ed., Lippincott Williams and Wilkins, 2005:177-229
- 77 Yarbro CH, Frogge HM, Goodman M, Groenwald SL, (ed). “Cancer Nursing Principles And Practice” 5th ed., Jones and Barlett Publishers, London, 2006: 352-486.
- 78 Özdamar K. Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi, Kaan Kitabevi, Eskişehir,2004.
- 79 Baird S. A Cancer Source Book for Nurses , ed. Platin N, A.Ç.E.M. ve 4. Akşam Sanat Okulu Matbaası. II. Baskı. Ankara, 1998.
- 80 Bektaş HA, Akdemir N.Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumlarının Değerlendirilmesi *Türkiye Klinikleri Dergisi*, J Med Sci, 2006:26 .
- 81 Samur M, Şenler FÇ, Akbulut H, Pamir A, Arıcan A. Kanser Tanısı Almış Hastaların Bilgilendirilme Durumu: Hekim ve Hekim Adaylarının Yaklaşımları

- Hakkında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi'nde Yapılan Sınırlı Bir Araştırmanın Sonuçları, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2000; 53: 161-166.
- 82 Alacacıoğlu A. Kanser Hastaları ve Hasta Yakınlarının Depresyon, Umutsuzluk ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Tıbbi Onkoloji Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir 2007: 28-30.
- 83 Alacacıoğlu A, Yavuzşen T, Dirioz M, Yeşil L, Bayri D, Yılmaz Y. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Anksiyete Düzeylerindeki Değişiklikler, *Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi* 2007; 17:87-93.
- 84 Dogar IA, Azeem MW, Kiran M, Hussain I, Mehmood K, Hina I. Depression and anxiety in Cancer patients in Outpatient department of a Tertiary care hospital in Pakistan, *Pak J Med Sci*, 2009;25(5):734-737.
- 85 Karakoyun-Çelik O, Görken I, Sahin S, Orcin E, Alanyalı H, Kinay M. Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer: relationship to coping with cancer and quality of life, *Med Oncol* 2010; 27:108-113.
- 86 Carpenito- Moyet LJ. Hemşirelik tanıları el kitabı, çeviren: Erdemir F., Nobel tıp kitapevleri, 10th edition, 2005: 48-208.
- 87 Sabuncu N, Gülseven B, Şenturan L. Kolostomili bireylerin umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi, *Hemşirelik Forumu* 1999;2:257-62.
- 88 Uçar, T. Meme kanserli kadınlarda mastektominin beden algısı, benlik saygısı ve eş uyumu üzerine etkisinin incelenmesi, MS thesis, İnönü Üniversitesi, 2008: 34-51.
- 89 Eti Aslan F. Beden imajında değişiklik deneyimleyen hastalara yönelik hemşirelik yaklaşımları, *Çınar Dergisi* 1998;2:4-6.
- 90 Tan M, Karabulutlu E. Sürekli ayaktan periton diyalizi (SAPD) uygulanan hastaların benlik saygısı ve beden imajını algılayışları, *A Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2004;7:3.
- 91 Armay Z, Özkan M, Kocaman N, Özkan S. Hastalık Algısı Ölçeği'nin kanser hastalarında Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması, *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2007; 10:192-200.
- 92 Yeşilbalkan Ö U, Akyol A D, Çetinkaya Y, ve ark. Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2005; 21 (1): 13-31.

- 93 Uchitomi Y, Mikami I, Nagai K, Nishiwaki Y, Akechi T, Okamura H, Depression After Successful Treatment for Non-small Cell Lung Carcinoma, American Cancer Society, 2000: 1172-9.
- 94 Zabora J, Brintzenhofesoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The Prevalence of Psychological Distress by Cancer Site Psychooncology, 2001; 10: 19-28.
- 95 Pandey M, Sarita G, Devi N. Distress, anxiety, and depression in cancer patients under going chemotherapy, World J of Surgical Oncology, 2006;4: 68-74.
- 96 McCloskey JC, Bulechek GM (Eds) Nursing Interventions Classification (NIC), Third Edition, Mosby, 2000:145784.
- 97 Karakoyun-Çelik O, Görken I, Sahin S, Orcin E, Alanyalı H, Kinay M. Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer: relationship to coping with cancer and quality of life. Med Oncol 2010; 27:108-113.
- 98 Özkan, S. (bt.). Kanserin psikiyatrik ve psikososyal yönleri (psikoonkoloji). Yayınlanmamış çalışma.
- 99 Aygin, D, Durbenliat, G. Meme Kanserli Kadınlarda Cinsel Sorunlar ve Yaklaşım (Derleme). Androloji Bülteni, 2005; 25: 352-354.
- 100 Avısa N, Crawford S, Manuela J. Psychosocial Problems Among Younger Women with Breast Cancer, Psycho-Oncology, 2004; 13:295–308.
- 101 Polat A. Düzce İlindeki Hemodiyaliz Hastalarının Beden İmajı ve Benlik Saygısı Düzeylerinin Belirlenmesi. Bilim Uzmanlığı Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Düzce, 2007.
- 102 Babaoğlu E, Öz F. Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki, *HEMARGE Dergisi*, 2:31-36, 2003.
- 103 Çam O, Babacan Gümüş A. Meme kanserli kadınlar için duygusal destek odaklı hemşirelik girişimleri, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006; 10(3):52-60.
- 104 Yaniv H. Kanserli Hastalarda Seksüalite. Onkoloji Hemşireliği Derneği Mezuniyet Sonrası Eğitim Kurs Kitabı, Ankara, 2000: 24-38.
- 105 Pınar G. Kanser tedavisi alan hastalarda cinsel disfonksiyon ve danışmanlığa ilişkin hemşirelik yaklaşımları, *Gülhane Tıp Dergisi*, 2010; 52: 241–247.
- 106 Dedeli , Karadenizli Ağrı G. An integrated Psychosocial-Spiritual Model for Cancer Pain Management 2009;21(2):45-53.

**BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAY FORMU**

Bu çalışma, özel bir hastanede ayaktan ve yatarak tedavi gören kanser hastalarının psikososyal gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Bu araştırmada katılımcı olarak yer almak üzere karar verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye; doğru ve anlaşılır yanıtlar almaya hakkınız vardır. Bu araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayanır. Araştırmaya katılmamanız size verilen hizmeti hiçbir şekilde olumsuz yönde etkilemeyecektir. Araştırmaya katılmayı kabul etmeniz de istediğiniz anda araştırmadan çekilebilirsiniz. Bu kararınız da daha sonraki herhangi bir hizmette olumsuzluğa neden olmayacaktır. Bu araştırmada elde edilen tüm kişisel bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır.



Teşekkürler

Araştırmacı,

Havva Gül Ergül

**SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU**

1-Yaşınız .....

2-Medeni durumunuz nedir?

- Evli
- Bekar
- Dul / Boşanmış
- Diğer(açıklayınız.....)

3-Evli iseniz evlenme şekliniz;

- Görücü usulüyle ailemin kararıyla
- Görücü usulüyle
- Kendi kararımle
- Severek kendi isteğimle

4-Kaç yıldır evlisiniz / birliktesiniz: .....

5-Eğitim durumunuz nedir?

- Sadece okuryazar
- İlk –Orta okul Mezunu
- Lise Mezunu
- Yüksek okul Mezunu
- Diğer

6-Eşinizin / partnerinizin eğitim düzeyi:

- Sadece okuryazar
- İlk –Orta okul Mezunu
- Lise Mezunu
- Yüksek okul Mezunu
- Diğer

7-Mesleğiniz nedir?

- İşçi
- Serbest meslek
- Memur
- İşsiz
- Emekli
- Diğer .....



**8-Aylık ortalama gelir düzeyiniz nedir?**

- Düşük
- Orta
- Yüksek

**9-Yaşadığınız yer?**

- Köy- kırsal bölge
- Şehir

**10-Çocuğunuz var mı?**

- Var (ise kaç çocuğunuz var?.....)
- Yok

**11-Çocuklar sizinle birlikte mi yaşıyor?**

- Evet
- Hayır

**12-Kanser tanınız?**

- Baş ve Boyun Kanseri
- Mide Kanseri
- Serviks Kanseri (Rahim Ağzı Kanseri)
- Safra Yolu Kanseri
- Safra Kesesi Kanseri
- Prostat Kanseri
- Pankreas Kanseri
- Özefagus Kanseri
- Melanoma
- Karaciğer Kanseri
- Kalın Bağırsak Kanseri
- İnce Bağırsak Kanseri
- Rahim Kanseri
- Meme Kanseri
- Cilt Kanseri
- Böbrek Kanseri
- Anüs Kanseri
- Anal Kanal Kanseri
- Akciğer Kanseri
- Testis Kanseri
- Over Kanseri

**13-Kaç yaşında kanser tanısı aldınız? .....**

**14-Tanıdan bu yana geçen süre ne kadardır?**

- .....ay
- .....yıl

**15-Kanser dışında herhangi bir kronik ya da sistemik hastalığınız var mı?**

- Var (ise açıklayınız.....)
- Yok

**16-Kanser tanısı aldıktan sonra hangi tedaviler uygulandı? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

- Kemoterapi
- Radyoterapi
- Hormonal tedavi
- Cerrahi tedavi

**17-Hastalığınız hakkında bilginiz var mı?**

- Evet
- Hayır

**18- Yanıtınız evet ise nereden bilgi aldınız?**

- Hemşire
- Hekim
- İnternet
- Radyo- televizyon - gazete
- Diğer (arkadaş, akraba ... )

**19-Hastalığınız konusunda konuşmaktan kaçınır mısınız?**

- Evet
- Hayır

**20-Hastalığınızın yan etkileri hakkında kimlerle konuşmayı tercih ederdiniz?**

- Eş/partner
- Akraba
- Arkadaş
- Sağlık personeli
- Aynı hastalığı olan biri

**21-Hastalığınız hakkında çevrenizden aldığımız desteği yeterli görüyor musunuz?**

- Evet
- Hayır

**22-Destek kaynaklarınız kimler?**

- Yalnızca eş/partner
- Eş/partner ve diğer kişiler
- Eş/partner hariç diğer kişiler

**AYAKTAN VE YATARAK TEDAVİ GÖREN KANSER HASTALARINDA**  
**PSIKOSOSYAL GEREKSİNİMLERİ BELİRLEME FORMU**

Aşağıda sorulan sorulara son bir ay içindeki bulunduğunuz durumu düşünerek cevaplayınız. Cevaplar: “**her zaman, sık sık, bazen, hiçbir zaman**” şeklinde olup, cevap seçeneklerinden yalnız birini seçiniz. Cevabınız ile ilgili soruların başına X işareti koyunuz.

**1)-Arkadaşlarım ve akrabalarım tarafından ziyaret edilirim.**

- Hiçbir zaman  
 Bazen  
 Sık sık  
 Her zaman

**2)-Günlük yaşam işlerini çekip çevirme konusunda yardıma ihtiyacım oluyor.**

- Hiçbir zaman  
 Bazen  
 Sık sık  
 Her zaman

**3)-Başkalarıyla konuşmak bana iyi geliyor.**

- Hiçbir zaman  
 Bazen  
 Sık sık  
 Her zaman

**4)-Ailemle ve sevdiğilerimle yeterince vakit geçiremiyorum.**

- Hiçbir zaman  
 Bazen  
 Sık sık  
 Her zaman

**5)-Kalabalıkta kendimi kötü hissediyorum.**

- Hiçbir zaman  
 Bazen  
 Sık sık  
 Her zaman

**6)-Eviden dışarı çıkmak istemiyorum.**

- Hiçbir zaman  
 Bazen  
 Sık sık  
 Her zaman

**7)-Yalnız kaldığımı düşünüyorum.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**8)-Hastalanmadan önce yapmaktan hoşlandığım şeyleri yapmak istemiyorum.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**9)-Eğlenceli yerlere gitmek istiyorum.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**10)-Artık hobilerimle ilgilenmek istiyorum.(Bahçe işleri,resim,sinema,tiyatro vb.)**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**11)-Fiziksel aktivite yapmak bana iyi geliyor ( yürüyüş, egzersiz..)**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**12)-Kendimi çok yorgun hissediyorum.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**13)-Hasta olmadan önce uykularım düzenliydi.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**14)-Uykuya dalmakta zorlanıyorum.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**15)-Uyusam bile çabuk uyanıyorum.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**16)-Hastalıkla ilgili düşüncelerim beni korkutuyor.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**17)-Hastalığım hakkında yeni bilgiler öğrenmeye ihtiyacım var.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**18)-Zaman zaman hatırlamakta zorlandığım şeyler var.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**19)-Kendimi güçsüz hissediyorum.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**20)-Hasta olduğumu bilmek bende ümitsizlik yaratıyor.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**21)-Hiçbir işi beceremiyormuşum gibi geliyor.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**22)-Her şeyin üstesinden gelebilirim.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**23)-Aynada bile kendimi bakmak istemiyorum.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**24)-Sanki bu beden bana ait değil.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**25)-Kendimi çok beğeniyorum.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**26)-Aileme ve sevdiğilerime yeterli olmadığını düşünüyorum.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**27)-Kimsenin beni yönlendirmesini istemiyorum.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**28)-Birilerinin bana acıması hoşuma gitmiyor.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**29)-Çocuklarıma artık söz geçiremiyor gibi hissediyorum.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**30)-Ailemin ve sevdiğilerimin artık benimle daha çok ilgilendiğini düşünüyorum.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**31)-Eskiden daha iyi vakit geçirirdim.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**32)-Gelecekle ilgili kaygılarım var.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**33)-Kendimi öfkeli hissediyorum.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**34)-Ağlamak beni rahatlatıyor.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**35)-Daha çabuk sinirlenir oldum.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**36)-Yaşantım ile ilgili kaygılarım var.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**37)-Kendimi sürekli mutsuz hissediyorum.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**38)-Cinsellikle ilgili konular ilgimi çekmiyor.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**39)-Cinsel yaşantımda hastalığımın öncesine göre bir değişiklik yok.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**40)-Kendimi çekici ve hoş hissediyorum.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**41)-İnançlarım konusunda kararsızlık yaşıyorum.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**42)-Dua etmek beni rahatlatıyor.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**43)-Hastalık öncesine göre daha inançlı olduğumu düşünüyorum.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**44)-Sorunlarımı çözmek konusunda sıkıntı yaşıyorum.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**45)-Ailem ve sevdiklerimle yeterince ilgiliyim.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**46)-Kendimi beceriksiz gibi hissediyorum.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman



**47)-Her işin üstesinden gelebilirim.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**48)-Çevremdeki birçok kişiden daha başarılıyım.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**49)-Hayattan zevk almak da zorlanıyorum.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**50)-Kendime kızdığım şeyler oluyor.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**51)-Suçluluk duyduğum konular var.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**52)-Geçmişî hatırlamak bana mutluluk veriyor.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**53)-Uzun süredir görüşmediğim arkadaşlarımla görüşmek istiyorum.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**54)-Gergin ve huzursuzum.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**55)-Hiçbir Őeye tahammülüm yok.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**56)-Kimseye ihtiyacım yok.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman

**57)-Hastaymışım gibi gelmiyor.**

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Sık sık
- Her zaman



T.C.  
**ÖZEL ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ**  
**ETİK KURULU**

Sayı : ASM-EK-17 / 41  
Konu : Çalışma İzni Hk.

04.01.2017

**İLGİLİ MAKAMA,**

Yürütücülüğünü Havvagül Ergül'ün yaptığı "Özel Bir Hastanede Ayaktan ve Yatarak Tedavi Gören Kanser Hastalarının Psikososyal Gereksinimlerinin Belirlenmesi" konulu çalışma Etik Kurulumuz tarafından değerlendirilmiştir.

Çalışmanın Özel Anadolu Sağlık Merkezi hastanesinde yürütülmesinde bir sakınca görülmemiştir.

Bilgilerinize arz ederiz.  
ASM Hastane Etik Kurulu

**Başkan**

Prof.Dr Fatih Ağalar



**Üyeler**

Uzm Dr Resmiye Beşikçi

Prof.Dr Ayşen Yücel

Prof.Dr Hüseyin Baloğlu

Prof.Dr Salih Türkoğlu

Prof.Dr Cemil Uygur