



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

**ONKOLOJİ HASTALARININ ALGILADIKLARI YALNIZLIK
VE SOSYAL DESTEK DÜZEYİNİN YAŞAM KALİTESİ VE
SEMPTOM KONTROLÜ ÜZERİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tuğçe AYAR

**Samsun
Haziran-2018**



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

**ONKOLOJİ HASTALARININ ALGILADIKLARI YALNIZLIK
VE SOSYAL DESTEK DÜZEYİNİN YAŞAM KALİTESİ VE
SEMPTOM KONTROLÜ ÜZERİNE ETKİSİ**

Tuğçe AYAR

**Danışman
Doç.Dr.Zeliha KOÇ**

**Samsun
Haziran-2018**

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Tuğçe AYAR tarafından Doç. Dr. Zeliha KOÇ danışmanlığında hazırlanan Onkoloji Hastalarının Algıladıkları Yalnızlık ve Sosyal Destek Düzeyinin Yaşam Kalitesi ve Semptom Kontrolü Üzerine Etkisi başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından 21/06/2018 tarihinde yapılan sınav ile Hemşirelik Ana Bilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Doç. Dr. Zeliha KOÇ.....
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Üye : Dr. Öğretim Üyesi Seval AĞAÇDIKEN ALKAN.....
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Üye :Dr. Öğretim Üyesi Banu TERZİ.....
Amasya Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

ONAY:

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

.../06/ 2018

Prof.Dr. Ahmet UZUN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Öncelikle, desteğini benden hiçbir zaman esirgemeyen, tüm yüksek lisans eğitimim boyunca bana her konuda bilgi ve tecrübeleriyle yol gösteren, ilgi ve sevgisini daima hissettiğim danışman hocam Sayın Doç. Dr. Zeliha KOÇ'a,

Yüksek lisans eğitimime büyük katkıları bulunan Hemşirelik Ana Bilim Dalı öğretim üyeleri Dr. Öğretim Üyesi Seval AĞAÇDİKEN ALKAN ve Öğr. Gör. Zeynep SAĞLAM'a,

Hayatım boyunca attığım her adımda yanımda olan, yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen, bana güç veren ve bu günlere gelmemde en büyük paya sahip olan annem Serpil AYAR, babam Süleyman AYAR'a,

Yüksek lisans arkadaşlarım Cennet Büşra ALICI, Sevil MASAT, Tuğba KAVALALI ERDOĞAN, Ebru AYDIN ve Esra DANACI'ya,

Sonsuz teşekkürler. Bu çalışma Ondokuz Mayıs Üniversitesi tarafından PYO.SBF.1904.18.004 proje numarası ile desteklenmiştir.

ÖZET
ONKOLOJİ HASTALARININ ALGILADIKLARI YALNIZLIK VE SOSYAL
DESTEK DÜZEYİNİN YAŞAM KALİTESİ VE SEMPTOM KONTROLÜ
ÜZERİNE ETKİSİ

Amaç: Bu araştırma onkoloji hastalarının algıladıkları yalnızlık ve sosyal destek düzeyinin yaşam kalitesi ve semptom kontrolü üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla kesitsel ve ilişki arayıcı bir çalışma olarak yürütüldü.

Materyal ve Metot: Araştırmanın evreni 15.06.2017-15.12.2017 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinin Onkoloji ve Hematoloji Kliniklerinde yatarak tedavi görmekte olan 370 onkoloji hastası tarafından oluşturuldu. Veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen hasta tanıtım formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ), UCLA Yalnızlık Ölçeği, FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği ve Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği kullanılarak toplandı. Normal dağılıma uymayan verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanıldı. Değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde Spearman korelasyon analizinden yararlanıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların %26,2'sine lösemi tanısı konulduğu, %32,7'sinin hastalığın 2. evresinde bulunduğu, %34,1'inde başka bir organa metastaz geliştiği saptandı. Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puan ortalaması 58,6±17,8; UCLA Yalnızlık Ölçeği toplam puan ortalaması 18,4±5,1; FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalaması 58,4±21,6 olarak belirlendi. Hastaların Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği'nden en yüksek puanı Yorgunluk, Ağrı ve İştahsızlık Alt Boyutlarından aldıkları saptandı.

Sonuç: Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği toplam puanı arttıkça, ÇBASDÖ toplam puanı ve FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puanının azaldığı belirlendi. ÇBASDÖ toplam puanı arttıkça FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puanının arttığı; Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Alt Boyut puanı arttıkça ÇBASDÖ toplam puanının ve FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puanının azaldığı saptandı.

Anahtar Kelimeler: Onkoloji; Semptom kontrolü; Sosyal destek; Yalnızlık; Yaşam kalitesi.

Tuğçe AYAR, Yüksek Lisans Tezi
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun, Haziran-2018

ABSTRACT
THE EFFECT OF THE PERCEIVED LONELINESS AND SOCIAL SUPPORT
LEVELS OF ONCOLOGY PATIENTS ON LIFE QUALITY AND SYMPTOM
CONTROL

Aim: This research was carried out as a cross-sectional and correlational study to determine the effect of perceived loneliness and social support levels of oncology patients on life quality and symptom control.

Material and Method: The research population consisted of 370 oncology in-patients at Ondokuz Mayıs University Health, Research and Application Hospital between 15.06.2017-15.12.2017. Research data was collected by the researcher using the patient information form prepared based on the literature, Multi-dimensional perceived social support scale (MDPSSS), UCLA Loneliness Scale, FACT-G Life Quality Assessment Scale and the Edmonton Symptom Assessment Scale. Kruskal Wallis and Mann Whitney U test were used when comparing the data not congruent with the normal distribution. Spearman correlation analysis was used to study the relationship between the variables.

Results: It was seen that, 26,2% of the patients were diagnosed with leukemia; 32,7% of them were in the second clinical stage of their disease and metastasis developed in another organ in 34,1% of the patients. Multi-dimensional perceived social support scale point average of the patients was $58,6\pm 17,8$; UCLA Loneliness Scale total point average was $18,4\pm 5,1$ and FACT-G Life Quality Assessment Scale total point average was $58,4\pm 21,6$. In Edmonton Symptom Assessment Scale, the highest scores were obtained at the sub-dimensions of fatigue, pain and anorexia.

Conclusion: It was found that, as the total score obtained by the patients in UCLA Loneliness Scale increased, the total scores obtained in MDPSSS and FACT-G Life Quality Assessment Scale decreased. As the total score obtained in MDPSSS increased, the total score obtained in FACT-G Life Quality Assessment Scale increased; as the sub-dimension point of the Edmonton Symptom Assessment Scale increased, the total score obtained in MDPSSS and in FACT-G Life Quality Assessment Scale decreased.

Keywords: Life quality; Loneliness; Oncology; Social support; Symptom control.

Tuğçe AYAR, Master Thesis

Ondokuz Mayıs University Samsun, June-2018

SİMGELER VE KISALTMALAR

AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome (Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu)
BKI	: Beden Kitle İndeksi
BRCA1	: Breast Cancer Susceptibility Gene 1(Göğüs Kanseri Duyarlılık Geni 1)
CA	: Kanser
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ESTÖ	: Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği
FACT-G	: Functional Assessment of Cancer Therapy- General (Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği)
GVH	: Greft Versus Host
GYA	: Günlük Yaşam Aktiviteleri
HIV	: Human Immunodeficiency Virus (İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü)
HTLV	: Human T Lenfotropik Virüs
IASP	: International Association for the Study of Pain (Uluslararası Ağrı Çalışma Birliği)
ROM	: Range of Motion
UCLA	: University California of Los Angeles- Loneliness Scale (Yalnızlık Ölçeği)

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
1.GİRİŞ.....	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırmanın Soruları.....	3
2. GENEL BİLGİLER	12
2.1. Kanser	12
2.1.1. Kanserın Epidemiyolojisi.....	12
2.1.2. Kanserın Etiyolojisi	5
2.1.3. Kanserın Belirtileri.....	7
2.1.4. Kanser Hastalığında Tanı Yöntemleri ve Evrelendirme	8
2.1.5. Kanser Hastalığında Tedavi Yöntemleri.....	9
2.1.6. Kanser Hastalığının Fiziksel Etkileri ve Semptom Kontrolü.....	11
2.1.7. Kanser Hastalığının Psikolojik ve Sosyal Etkileri	14
2.2. Yalnızlık.....	15
2.2.1. Yalnızlığın Kuramsal Yönden Sınıflandırılması.....	16
2.2.2. Yalnızlığa Neden Olan Faktörler	17
2.2.3. Yalnızlığın Belirtileri	18
2.2.4. Yalnızlığın Gelişimini Etkileyen Faktörler.....	18
2.2.5. Yalnızlığın Boyutları	18
2.2.6. Yalnızlığın Sonuçları	19
2.3.Sosyal Destek.....	20
2.3.1. Sosyal Destek Kavramının Sağlık İle İlişisini Açıklayan Modeller	21
2.3.2. Sosyal Desteğin Sınıflandırılması.....	21
2.3.3. Kanser Hastalığının Bakım ve Tedavisinde Sosyal Desteğin Önemi	23
2.4.Yaşam Kalitesi	23
2.4.1.Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler.....	25
2.4.2. Yaşam Kalitesinin Boyutları.....	25
2.4.3. Kanser Hastalığında Yaşam Kalitesinin Önemi.....	28

3. MATERYAL METOT	30
3.1. Materyal.....	30
3.1.1. Araştırmanın Şekli	30
3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	30
3.2. Metot.....	30
3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	30
3.2.2. Verilerin Toplanması	31
3.2.3. Veri Toplama Araçları	32
3.2.4. Verilerin Değerlendirilmesi	36
3.2.5. Araştırmanın Etik Boyutu	37
3.2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	37
4. BULGULAR	38
4.1. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	38
4.2. Hastaların Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular	40
4.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'ne (ÇBASDÖ) İlişkin Bulgular	42
4.4. UCLA Yalnızlık Ölçeği'ne İlişkin Bulgular	50
4.5. FACT-G (4. Versiyon) Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği'ne İlişkin Bulgular.....	54
4.6. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği'ne (ESTÖ) İlişkin Bulgular	63
5. TARTIŞMA	84
5.1. Hastaların Klinik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	84
5.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'ne (ÇBASDÖ) İlişkin Bulguların Tartışılması	85
5.3. UCLA Yalnızlık Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması.....	87
5.4. FACT-G (4. Versiyon) Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması	89
5.5. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği'ne (ESTÖ) İlişkin Bulguların Karşılaştırılması	91
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	98
6.1. Sonuçlar	98
6.2. Öneriler	100
KAYNAKLAR	101
EKLER	117
ÖZGEÇMİŞ	134

1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Kanser hem dünyada hem de ülkemizde nedeni bilinen ölümler arasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer almaktadır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2015; Tuncer, 2009). Kanser, mortalite ve morbidite oranı ile birlikte; uygulanan tedavinin maliyeti, süresi ve yan etkileri nedeniyle günümüzün en önemli sağlık problemlerinden biridir (Gürsu ve ark., 2012).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Uluslararası Kanser Araştırma Ajansının 2012 yılı verilerinde dünyada toplam 14.1 milyon yeni kanser vakası geliştiği, 8.2 milyon kansere bağlı ölüm meydana geldiği, yeni tanı alan onkoloji hasta sayısı ile birlikte kanserden kaynaklanan ölümlerin bir önceki yılın tahminlerine göre arttığı bildirilmiştir (Global CancerFacts & Figures, American Cancer Society, 2012).

Türkiye’de ise kanser sıklığı dünyanın gelişmekte olan ülkeleriyle benzerlik göstermektedir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014). Ülkemizde her yıl 175 bin kişiye kanser teşhisi konulmaktadır (Ağaoğlu ve ark., 2015). DSÖ, Uluslararası Kanser Araştırma Ajansının GLOBOCAN 2012 verilerine göre ülkemizde yaşa standardize edilmiş kanser hızı 100.000 kişide; erkeklerde 245.7, kadınlarda ise 157.5’dir. Aynı verilere göre erkeklerde en sık görülen ilk beş kanser türü: akciğer, prostat, mesane, kolorektal ve mide kanseri; kadınlarda en sık görülen ilk beş kanser türü ise meme, tiroid, kolorektal, uterus korpusu ve akciğer kanseridir (Ferlay ve ark., 2014). Bununla birlikte 2013 yılı verilerine göre ülkemizde toplam ölümlerin %21.3’ünü kansere bağlı ölümler oluşturmaktadır. Bu yönüyle kanser dünyada olduğu gibi ülkemizde de birçok insanın ölümüne neden olan oldukça önemli bir hastalıktır (Ağaoğlu ve ark.,2015).

Kanser hastalığının tedavi ve prognozuna bağlı olarak onkoloji hastaları ağrı, bulantı, kusma, diyare, konstipasyon, nötropeni, enfeksiyon, trombositopeni, kanama, uyku düzeninde bozulma, yorgunluk, mukozit, alopesi, ekstremitasyon, üreme sorunları, kaygı, öfke, ümitsizlik, belirsizlik, korku, anksiyete, depresyon gibi fiziksel, emosyonel, psikososyal semptomları yoğun bir şekilde yaşayabilmektedir (Deckx ve ark., 2014; Dedeli ve ark., 2008; Bektaş,2006; Yarbrow ve ark., 2006). Onkoloji hastalarının yaşadığı bu semptomlar yaşam kalitelerini düşürmekte ve kendilerini

toplumdan soyutlamalarına neden olabilmektedir (Hintistan ve ark., 2015; Yeşilbalkan ve ark., 2005; Myrdal ve ark., 2003; Göksel ve ark., 2000).

Yalnızlık onkoloji hastalarının en çok deneyimlediği duygulardan biridir (Okten ve Ozer, 2016; Özkan ve Özeren, 2014). Yalnızlık, sosyal ilişkilerin olmamasından veya yetersizliğinden meydana gelen bireyleri memnun etmeyen, psikolojik bir durum olarak tanımlanabilir (Öz 2010). Peplau ve Perlman yalnızlığı, “Bireyin sosyal ilişki ağında niceliksel ve niteliksel eksiklikler sonucu ortaya çıkan sıkıntı verici bir duygudur.” olarak açıklamaktadır (Peplau ve Perlman, 1982). Kanser hastalığının tedavi ve prognozu ile birlikte kişisel ve çevresel faktörler, sosyal destek yetersizliği, onkoloji hastalarında yalnızlık düzeyini arttırabilmektedir (Kara ve Mirici, 2005; Rokach, 2000).

Onkoloji hastalarının yaşadıkları yalnızlık ile birlikte fiziksel, ekonomik, psikososyal ve emosyonel sorunlar zamanla bu bireylerin sosyal desteğe olan ihtiyaçlarını arttırabilmektedir. Sosyal destek, stres altında veya güç durumda olan bireye; yaşamında önemli bir yeri olan eş, aile ve arkadaşları tarafından sağlanan duygusal, maddi ve bilişsel yardım olarak tanımlanabilir. DSÖ ise sosyal desteği, hastaların aileleri, dostları tarafından gösterilen ve kişinin ruh sağlığını koruyan bir faktör olarak tanımlamaktadır (Okçin,2015). Bu yönüyle sosyal destek, bireylerin; sevgi, sefkat, bağlılık, benlik saygısı ve bir gruba ait olma gibi temel sosyal ihtiyaçlarını karşılamaktadır (Yıldırım ve Kocabıyık, 2010; Dedeli ve ark., 2008; Finfgeld-Connett, 2005; Tan ve Karabulut, 2005).

Sosyal destek hastaların fiziksel ve ruhsal sağlığını olumlu yönde etkilemektedir (Brownell ve Shumaker, 1984; Cassel, 1974). Onkoloji hastaları üzerinde yapılan bazı çalışmalarda güçlü destek sistemlerinin; kanser hastalığının ve tedavi sürecinin neden olduğu problemleri azaltarak hastaların mevcut duruma uyumunu kolaylaştırdığı, tedavinin etkinliği ile birlikte yaşam kalitelerini arttırdığı bildirilmiştir (Bıkmaz, 2009; Dedeli ve ark.,2008; Savcı,2006). Bu doğrultuda kanser, onkoloji hastalarının yaşam kalitelerini etkileyen oldukça önemli bir faktördür (Saegrove,2005; Yates, 1999).

DSÖ’ye göre yaşam kalitesi; “Sağlık tanımından yola çıkarak, bireylerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde; amaçları, standartları ve kaygılarını algılama biçimidir.” olarak tanımlanmaktadır (World Health Organization, 2010). Onkoloji hastalarının yaşam kalitelerini etkileyen faktörler belirlenerek uygun hemşirelik girişimleri planlanabilir ve hemşirelik girişimlerine uygulanabilir (Uysal ve

Kutlutürkani, 2016; Shoemaker ve ark., 2011; Gomez ve ark., 2010; Köşgeroğlu, 2006; Strasser ve ark., 2004; Durna ve Aydın, 2003; Hollen ve ark., 1999).

Ülkemizde onkoloji hastalarının yaşam kaliteleri ile yalnızlık ve sosyal destek düzeylerini belirlemeye yönelik bazı çalışmalar (Gülcivan ve Topçu, 2017; Çalışkan ve ark., 2015; Hintistan ve ark., 2015; Uğur, 2014; Soylu, 2013) yapılmış olmasına karşın onkoloji hastalarının algıladıkları yalnızlık ve sosyal destek düzeyinin yaşam kalitesi ve semptom kontrolü üzerine etkisini ortaya çıkaran herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu araştırmanın çıkış noktasını oluşturmuştur. Araştırma sonucunda elde edilecek veriler doğrultusunda onkoloji hastalarının algıladıkları yalnızlık ve sosyal destek düzeyinin yaşam kalitesi ve semptom kontrolü üzerine etkisi belirlenerek elde edilen bulgular doğrultusunda uygun stratejiler geliştirilecektir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma onkoloji hastalarının algıladıkları yalnızlık ve sosyal destek düzeyinin yaşam kalitesi ve semptom kontrolü üzerine etkisini belirlemek amacıyla yürütüldü.

1.3. Araştırmanın Soruları

1. Onkoloji hastalarının sosyo-demografik ve klinik özellikleri nelerdir?
2. Onkoloji hastalarının yaşam kalitesi ile algıladıkları yalnızlık ve sosyal destek düzeyi nasıldır ?
3. Onkoloji hastalarının algıladıkları yalnızlık ve sosyal destek düzeyi ile yaşam kalitesi ve semptom kontrolü arasında bir ilişki var mıdır?
4. Onkoloji hastalarının sosyo-demografik, klinik özellikleri algıladıkları yalnızlık ve sosyal destek düzeyi ile yaşam kalitesi ve semptom kontrolünü etkilemekte midir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser

Kanser, değişik organlarda hücrelerin kontrolsüz çoğalması ile meydana gelen, klinik görünümü ve tedavi yaklaşımı farklılık gösteren bir hastalık grubudur (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014). Kanseri ilk kez Hippocrates tarafından MÖ 370-460 yıllarında tanımlanmıştır. Hippocrates yapmış olduğu kanser tanımında carcinos ve carcinoma terimlerini ülser oluşturan ve oluşturmeyen tümörler için kullanmıştır (ACS, 2012).

Kanser; hasta ve hasta yakınları yönünden ele alındığında tanı konulduğu andan itibaren başlamak üzere tedavi süreci boyunca fiziksel, psikososyal ve manevi pek çok problemi içinde barındıran oldukça kompleks bir durumdur (Çolak, 2006). Kanseri genellikle genetik, sistemik ve çevresel olmak üzere üç farklı faktörün birbiriyle etkileşimi sonucu meydana gelebilmektedir (Dalay ve Buyru, 2015). Beslenme, virüsler ve endüstriyel faktörler çevresel etkenlere; bağışıklık sisteminde meydana gelen bozukluklar sistemik etkenlere; onkogenlerin etkinleşmesine yol açan mutasyonlar ve genleri etkileyen kromozomal değişiklikler ise genetik etkenlere örnek olarak verilebilir (Lichtenstein ve ark., 2000).

2.1.1. Kanseri Epidemiyolojisi

Dünya da her yıl çok sayıda insana kanseri teşhisi konulmaktadır (Karaahmet ve Gürçay, 2016; Siegel ve ark., 2012). DSÖ Uluslararası Kanseri Araştırma Ajansının 2012 yılı verilerine göre dünyada toplam 14.1 milyon yeni kanseri vakası geliştiği ve 8.2 milyon kanseri nedenli ölüm meydana geldiği (Globocan, 2012), 2030 yılına kadar yılda 22 milyon yeni kanseri vakası görülmesi beklendiği bildirilmektedir (Stewart ve Wild, 2014).

Kanseri günümüzde kardiyovasküler hastalıklarından sonra ikinci ölüm nedeni arasında yer almakla birlikte, yakın gelecekte kanseri ölüm nedenleri arasında birinci sıraya yerleşmesi beklenmektedir (Altınbaş, 2016). DSÖ Uluslararası Kanseri Araştırma Ajansının (2012) verilerine göre dünyada kansere bağlı ölümler en çok akciğer (%19.4), karaciğer (%9.1) ve mide kanseri (%8.8) nedeniyle meydana gelmektedir (Hacıkamiloğlu ve ark., 2015).

Ülkemizde ise 2014 yılı Türkiye Kanser İstatistiklerinde erkeklerde en sık akciğer (%21), prostat (%13), kolorektal (%9), mesane (%8), mide (%6), non-hodgkin lenfoma (%3), böbrek (%3), larinks (%3), tiroid (%2), beyin ve sinir sistemi (%2); kadınlarda ise meme (%25), tiroid (%12), kolorektal (%8), uterus korpusu (%6), akciğer (%5), mide (%4), over (%4), non-hodgkin lenfoma (%3), beyin ve sinir sistemi (%2), serviks (%2) ve diğer kanser türleri (%30) görüldüğü bildirilmektedir (Türkiye Kanser İnsidansları, 2014). Aynı zamanda 2014 yılı Türkiye Kanser İstatistiklerinde erkeklerde kanser nedeniyle oluşan ölümlerin en çok gırtlak, soluk borusu, bronş ve akciğerin kötü huylu tümörleri; kadınlarda ise meme kanseri nedeniyle meydana geldiği rapor edilmektedir (Türkiye Kanser İnsidansları, 2014).

2.1.2. Kanserın Etiyolojisi

Kanserın nedeni ve oluş mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte, son yıllarda bu konuda yapılan birçok çalışmada kanserın etiyolojisinde birden fazla faktörün rol oynadığı bildirilmektedir (Altınbaş, 2016; Arifoğlu ve ark., 2015; Yarbrow ve ark., 2005; UICC, 2004). Kanserın olası nedenleri değiştirilebilir ve değiştirilemeyen risk faktörleri olmak üzere iki grupta incelenebilir. Kanserın değiştirilemeyen risk faktörlerine yaş, cinsiyet ve aile öyküsü; değiştirilebilir risk faktörlerine ise çevresel faktörler örnek olarak verilebilir (Arifoğlu ve ark., 2015). Çevremizdeki risk faktörleri insanlarda kanser gelişiminde önemli rol oynamakla birlikte, kanser genellikle %85 gibi oldukça yüksek bir oranda çevresel faktörler nedeniyle meydana gelebilmektedir. Ancak genetik faktörlerin de kanserın oluşumunda önemli rolü olduğu bilinmektedir (Altınbaş, 2016; UICC, 2004).

Genetik ve ailesel faktörler: Kanser tek başına genetik özelliğe sahip bir hastalık değildir (King ve McCool, 2004). Ancak birçok kanser türünde ailesel özelliklerin kanser gelişimini etkileyebileceği bildirilmektedir (Akdemir, 2011a). Bu doğrultuda genetik yapı, yaşam biçimi ve aynı çevreyi paylaşma gibi faktörlerin kanser gelişimine neden olabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte aileden bir mutasyonu almış kadınlarda meme ve over kanseri gelişme riskinin arttığı, BRCA1 mutasyonu olan kişilerde meme kanseri riskinin %85 ve over kanseri riskinin %45 olduğu bildirilmiştir (Zheng, 2007).

Yaş: Kanser gibi bazı hastalıklara belirli yaş gruplarında daha sık rastlanmaktadır. Serviks kanseri 40-59 yaş arası kadınlarda; prostat kanserinde 70 yaş ve üzeri erkeklerde daha sık görülmektedir (Arifoğlu ve ark., 2015).

Cinsiyet: Epidemiyolojik kanser çalışmalarında ele alınan bireysel faktörlerden biride cinsiyettir. Dünyada kadınlarda en sık meme kanseri, erkeklerde ise en sık prostat kanseri görülmektedir (Arifoğlu ve ark., 2015).

Etnik Yapı: Kanser tipi ve sıklığı etnik yapıya göre farklılık gösterebilmektedir. Örneğin; Afrika kökenli Amerikalı prostat kanserli erkeklerde 100.000 kişide 62 ölüm vakası, beyaz Amerikalı prostat kanserli erkeklerde ise 100.000 kişide 25 ölüm vakası görüldüğü bildirilmiştir (Arifoğlu ve ark., 2015).

Sosyo-Ekonomik Durum: Bireyin sosyo-ekonomik durumu, eğitim seviyesi ve yaşam koşulları birbiriyle yakından ilişkilidir. Sosyo-ekonomik durum bireylerin hastalık durumunu ve ölüm oranını da doğrudan doğruya etkilemektedir. Sosyo-ekonomik durumu yüksek olan bireylerde kansere bağlı ölüm oranı azalırken, sosyo-ekonomik durumu düşük olan bireylerde ise kansere bağlı ölüm oranı artabilmektedir (Chu ve ark., 2007).

Stres: Sosyal ve psikolojik stres kanser başlangıcı, gelişimi ve mortalitesini etkileyebilmektedir. Örneğin; boşanma, ölüme bağlı yas gibi durumlarda yeterli sosyal destek sağlanamadığında bireylerin meme kanserine yakalanma riski 2-9 kat artış gösterebilmektedir (Lillberg ve ark., 2003).

Beslenme: Kanser oluşumunun 1/3'ünden yanlış beslenme sorumlu tutulmaktadır. Kanser ölümlerinin %20'i ile %70'inin beslenme bozuklukları nedeniyle meydana geldiği düşünülmektedir. Bununla birlikte beslenme bozukluklarına bağlı olarak gelişen kanser kontrol edilebilir bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Beslenmede kanser riskini arttıran maddelere hayvansal yağ tüketiminin fazla olması, alkol, tuz, tütsülenmiş et, nitrat ve nitrit içeren besinler, yüksek kalorili diyet ve yüksek proteinli besinler; beslenmede kanser riskini azaltan maddelere ise lifli/posalı besinler, A ve B grubu vitaminler, koyu yeşil, sarı sebze ve meyveler, E-C vitamini, çinko ve selenyum örnek olarak verilebilir (Akdemir, 2011b; Yarbrow ve ark., 2005; UICC, 2004).

Sigara: Sigara kanser gelişime neden olan önemli bir risk faktörüdür. Akciğer kanserlerinin erkeklerde %75-90'ından ve kadınlarda %30-60'ından sigara sorumlu tutulmaktadır. Sigara ağız boşluğu ve geniz (%65), yemek borusu (%30-%50), mide

(%20-35), pankreas (%15-50), gırtlak (%80), böbrek (%30) ve mesane kanserine (%25-50) neden olabilmektedir (Becker, 2004).

Mesleki Riskler: Kanser ölümlerinin %10'undan fazlasına mesleki risk faktörleri neden olmaktadır. Bireylerin çalışma ortamında maruz kaldıkları kimyasal ve fiziksel etkenler mesleki risk faktörlerine örnek olarak verilebilir. Epidemiyolojik çalışmalar, kansere neden olan faktörler ortadan kaldırıldığında ve çalışanlar bu risk faktörlerinden korunulduğunda kanserin önlenebileceğini ortaya koymaktadır (Arifoğlu ve ark., 2015).

Virüsler ve Biyolojik Ajanlar: İnsanlarda bazı virüs ve biyolojik ajanların kansere neden olduğu bilinmektedir. Hepatit virüsünün karaciğer kanseriyle, T hücreli human lenfotropik virüsün (HTLV) lenfoma ve bazı lenfositik lösemilerle, HIV virüsünün kaposi sarkomuyla ve Helicobacter plorinin mide malignansileri ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. Parazitler ile kanser arasında da bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Örneğin; mesane kanseri ve schistosomiasis arasında da belirgin bir ilişki olduğu kabul edilmektedir (Akdemir, 2011a).

İmmünolojik Faktörler: İmmün sistemin; transplantasyon ve AIDS gibi kalıtsal ya da edinsel nedenlerle baskılanması kanser riskini arttırabilmektedir. Aynı zamanda bağışıklık sisteminin zayıf olduğu çocukluk ve yaşlılık gibi bazı gelişim dönemlerinde de kanser riskinin arttığı gözlenmektedir. Benzer şekilde romatoit artirit ve Sjögren's sendromu gibi otoimmün hastalıklarında kanser riskini arttırdığı bildirilmektedir (Akdemir, 2011a).

2.1.3. Kanser Belirtileri

Kanserin belirtileri oldukça fazladır. Kanser, hastalığın bulunduğu organa ve vücuttaki yayılım derecesine göre farklılık gösterir. Ayrıca aynı tanı ve hastalık durumunda da her bireyde farklı belirtiler görülebilir. Kanser bazen hastanın hiç yakınması yokken kontrol muayeneleri sırasında tesadüfen fark edilebilir. Buna karşın kanser çeşitlerinin çoğunda aşağıda verilen bazı belirtiler ortak bir şekilde görülebilir (Kutluk ve Kars, 2001).

- Vücutun herhangi bir bölgesinde oluşan şişlik veya sertlik
- İyileşmeyen veya iyileşmesi geciken yaralar
- Ben ve siğillerde görülen değişiklikler
- Ses kısıklığı ve sürekli öksürük hali

- İdrar ve dışkılama alışkanlıklarında değişiklik
- Göğüs ağrısı
- Yutma güçlüğü
- Kemik ağrısı
- Aşırı kilo kaybı, iştahsızlık, ani zayıflama ve
- Olağan dışı kanamalar (Aslan ve Olgun, 2010; Kutluk ve Kars, 2001).

Aynı zamanda belirti ve bulgular kanserin etkilediği organlara göre farklılık gösterebilmektedir. Kanser:

Nörolojik belirtilerine; ağrı ve bacakta kuvvet kaybı, kord basısı, baş ağrısı, ataksi, hemiparazi ve disfazi

Kardiyovasküler belirtilerine; pıhtılaşma bozuklukları ve anemi, vena kava obstrüksiyonuna ilişkin olarak üst veya alt ekstremitelerdeki belirtiler

Solunum sistemi belirtilerine; dispne, plevral effüzyon, solunum yolu enfeksiyonları, sekresyonda artma, hıçkırık, öksürük ve hemoptizi

Gastrointestinal belirtilerine; konstipasyon, diyare, anoreksi, intestinal obstrüksiyon, bulantı ve kusma, karında asit, ağız kuruluğu ve yutma güçlüğü, kandidiazis, ülserasyon ve ağız kokusu

Renal belirtilerine; inkontinans, hematüri ve mesaneye ilişkin sorunlar

Deri belirtilerine; sarılık, terleme, kaşıntı ve ülserasyon gibi belirtiler örnek olarak verilebilir (Akdemir, 2011a).

2.1.4. Kanser Hastalığında Tanı Yöntemleri ve Evrelendirme

Kanser hastalığının tanısında kullanılan birçok yöntem vardır. Sadece bir yöntemle tanı koymak çoğu zaman mümkün olmadığı gibi farklı kanser türlerinde de farklı tanı yöntemlerinden yararlanılmaktadır. Bu doğrultuda herhangi bir kanser türüne tanı konulabilmesi için bu yöntemlerin birçoğu birlikte kullanılmaktadır. Kanser tanı yöntemlerine; hastanın öyküsünü alma (yaşı, cinsiyeti, çalışma koşulları vb.), fizik muayene, laboratuvar incelemeleri (rutin idrar ve kan incelemeleri, karaciğer enzimleri, kansere özel enzimler, tümör belirleyicileri, hormonlar, onkogenler vb.), sitolojik incelemeler, biyopsi, endoskopik incelemeler (laringoskopi, bronkoskopi, özefagoskopi, sigmoidoskopi vb.), tanısal amaçlı cerrahi girişimler, röntgen çalışmaları (röntgen filmi, magnetik rezonans, ultrasonografi, radyoizotoplarla inceleme vb.)

mamografi ve genetik incelemeler örnek olarak verilebilir (Şen ve Aydın, 2015; Akdemir, 2011b; Kutluk ve Kars, 2001).

Kanser tanısı kesinleştikten sonra tedavinin planlanması ve hastalığın boyutlarının tanımlanması için kanserin evrelendirilmesi yapılır. Kanser evrelendirilmesi konusunda farklı sistemler kullanılmakla birlikte çoğu kanser türünde yaygın olarak TNM evreleme sisteminden yararlanılmaktadır. Bu sistem hastalıkla ilgili üç temel özelliğin önemini göstermektedir. Bunlar:

1. İlk tümörün büyüklüğü nedir ve nerede yerleşmiştir? (T: Tümör)
 2. Tümör, lenf nodlarına yayılmış mıdır? (N: Nod)
 3. Kanser vücudun diğer bölgelerine yayılmış mıdır? (M: Metastaz)
- (Şen ve Aydın, 2014; Akdemir, 2011b)

Tablo 1. TNM Sınıflandırma Sistemi

Primer Tümör (T)

TX: Primer tümörün değerlendirilememesi

T0: Primer tümör kanıtının olmaması

Tis: İnsitu kanser (komşu dokulara yayılım olmadan yerinde hücresel değişim gözlenmesi- preinvaziv kanser)

T1, T2, T3, T4 : Primer tümörün büyüklüğü ve/veya genişliği (rakam arttıkça büyüklük ve/veya genişlik artmaktadır)

Bölgesel Lenf Nodları (N)

NX: Regional lenf düğümlerinin değerlendirilememesi

N0: Bölgesel lenf nodu tutulumunun bulunamaması

N1, N2, N3: Bölgesel lenf nodu tutulumu (tutulan lenf nodu sayısı ve/veya yayılma alanı)

Uzak Metastaz (M)

MX: Uzak metastazın değerlendirilememesi

M0: Uzak metastaz bulunamaması

M1: Uzak metastaz saptanması

(Şen ve Aydın, 2014)

2.1.5. Kanser Hastalığında Tedavi Yöntemleri

Kanser tedavisinin amacı öncelikli olarak kanseri yok etmektir. Bu hedefe ulaşılmadığında kanser tedavisinin yeni hedefi palyasyon, semptomları düzeltme, yaşam kalitesini koruma ve geliştirme ile yaşam süresini uzatma üzerine

odaklanmaktadır. Bu amaçla kanser tedavisinde; cerrahi tedavi, radyasyon tedavisi (fotodinamik tedavi), kemoterapi (hormonal ve moleküler hedef tedaviler) ve biyolojik tedavi (immunoterapi ve gen terapi) gibi dört ana tedavi yönteminden yararlanılmaktadır. Bu yöntemler genellikle birlikte kullanılmaktadır. Tedavi yöntemleri ile hücrelerde farklı mekanizmalar harekete geçirilmektedir (Sausville ve Longo,2008).

Kemoterapi: Kemoterapi, hastanın normal hücrelerine zarar vermeden kanser hücrelerini yok etmek ya da bu hücrelerin büyümesini kontrol altına almak için antikanser ilaçlar kullanılarak yapılan tedavi yöntemidir (Yıldız, 2015; Aslan ve ark., 2006). Bu yöntem nadiren tek başına kullanılmaktadır. Kemoterapinin genellikle diğer yöntemlerle birlikte kullanımı tercih edilmektedir. Kanser tedavisinde; cerrahi girişim ve radyoterapi hastalığın lokalize olduğu durumlarda etkili olmasına karşın kemoterapi metastaz varlığında ya da hastalığın yaygın olduğu durumlarda etkili olabilmektedir (Sausville ve Longo, 2008; Akyol,2004).

Kanser tedavisinde kemoterapinin amacı hastalığın tipine ve yaygınlığına göre değişiklik göstermektedir. Bu yöntem; hastalığa bağlı şikayeti ve belirtileri ortadan kaldırmada, bireyin yaşam kalitesini arttırmada (palyatif), cerrahi veya radyoterapi sonrası hastalık nüksünü azaltmada (adjuvan), cerrahi veya radyoterapi öncesi kullanılarak (neoadjuvan) yapılacak lokal tedavileri kolaylaştırmada ve primer tedavi amacıyla (küratif) kullanılabilir (Altınbaş ve Köse, 2016; Yıldız, 2015).

Radyoterapi: Radyoterapi kanser tedavisinde oldukça sık kullanılan tedavi yöntemlerinden biridir (Yarbro ve ark., 2005). Günümüzde onkoloji hastalarının %50 ile %60'ı hastalıklarının herhangi bir bölümünde, küratif veya palyatif amaçlı olarak radyoterapi görmektedir (Ertem ve ark., 2009). Radyoterapi, kanserin erken evre tümörlerinde tek tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır. İleri evre hastalıkta ise cerrahi tedavi ve kemoterapi yöntemi ile birlikte uygulanmaktadır (Kaya, 2009). Bu yöntemin amacı tümöre en yüksek dozu verirken, normal dokuları olabildiğince korumak ve onlara mümkün olan en düşük dozu uygulayarak tümör içindeki hastalıklı hücrelerin ileri hücre bölünmelerini ya da çoğalmalarını durdurmak, tümörün yok olmasını sağlamak, yaşam kalitesini arttırmak ve kanser hastalığında sağ kalımı uzatmaktır (Kaya,2009; Dirican,2001).

Cerrahi Tedavi: Günümüzde, onkoloji hastalarının yaklaşık %40'ına cerrahi tedavi uygulanmaktadır. Cerrahi tedavi kanserin tanı, evrelendirme, tedavi, palyasyon

ve rehabilitasyonunda kullanılmaktadır. Bu yöntem hem tanı hem de tedavi sürecinde onkoloji hastalarına uygulanan invaziv işlemler ve hastalığa özgü problemleri ortaya çıkarabilmekte hemde preoperatif değerlendirme ile riskleri tanımlayabilmektedir. Diğer tedavi yöntemleri ile karşılaştırıldığında cerrahi tedavinin yararları; kanserojen yan etkisinin olmaması, daha az immünsupresif olması ve yerel tedavi şansını sunması olarak sıralanabilir. Cerrahi tedavinin zararları ise vücut bütünlüğünde bozulma, yaşam kalitesinde azalma ile morbidite ve mortaliteyi içermektedir (Erel ve Ertaş, 2016; Sausville ve Longo, 2008).

Biyolojik Tedavi (İmmünoterapi): Biyolojik tedavi, kanserle savaşmak için vücudun kendi bağışıklık sisteminin kullanılması yöntemidir. Bu yöntemde amaç bireyin savunma sistemini güçlendirmek ve bu şekilde hasta-tümör etkileşimini hasta lehine çevirmektir. Tedavi ve palyatif amaçlı olarak kullanılan biyolojik tedavi yöntemi, henüz deneme aşamasındadır (Kapucu, 2015; Sausville ve Longo, 2008).

2.1.6. Kanser Hastalığının Fiziksel Etkileri ve Semptom Kontrolü

Onkoloji hastaları hastalığın tanı, tedavi ve prognozuna bağlı olarak birçok semptom yaşarlar. Onkoloji hastalarının deneyimledikleri bu semptomların erken dönemde tanınması, semptomların önlenmesi veya azaltılmasına yönelik uygun girişimlerde bulunulması bireyin yaşam kalitesinin yükseltilmesi açısından son derece önemlidir (Uysal ve Kutlutürkani, 2016; Aslan ve ark., 2006; Baysal ve Criss, 2004; Ovayolu ve ark., 2003).

Ağrı: Ağrı onkoloji hastalarında sık görülen semptomlardan biridir. Uluslararası Ağrı Çalışma Birliği'ne (IASP) göre ağrı, "Olmuş ya da olası doku hasarına bağlı hoş olmayan duyuşsal ve duygusal deneyimdir." şeklinde tanımlanmaktadır (Esencan Yılmaz ve Merih Doğan, 2010). Ağrı genellikle kanser hastalığının her döneminde görülebilmektedir. Bu doğrultuda ağrının kronikleşme oranı oldukça yüksektir. Kronik ağrı visseral, somatik veya nöropatik ağrı olarak gruplandırılabilir (Karaahmet ve Gürçay,2016).

Onkoloji hastalarında ağrı hastalığın prognozu süresince %70 oranında önemli bir morbidite nedenidir. Bununla birlikte mortalite oranının yeni kanser tanısı almış olan hastalarda %28, ayaktan tedavi gören hastalarda %30-50 ve kanserin ileri evresinde olan hastalarda ise %90 olduğu bildirilmektedir. DSÖ verilerinde onkoloji hastalarının %25'inin ağrıları dindirilmeden hayatının sonlandığı belirtilmektedir. Ağrı onkoloji

hastaları için kader olmamakla birlikte etkili yaklaşımlarla kanser ağrısına %80-90 oranında çözüm üretilebilmektedir. Ancak onkoloji hastalarında ağrı kontrolü arzu edilen ve hedeflenen düzeyde değildir. Ağrının kanserin doğal bir bileşeni olarak algılanmasının, yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin göz ardı edilmesinin, ilaçların yan etkilerinden duyulan korkunun, klinisyenlerin bu konudaki bilgi ve deneyim eksikliğinin ve sağlık sistemine ait düzenlemelerden kaynaklanan engellerin bu durumu etkilediği düşünülmektedir (Karaahmet ve Gürçay, 2016; Onat, 2002).

Bulanti ve Kusma: Onkoloji hastalarının çoğu hastalık sürecinde bulanti ve kusma semptomu yaşayabilmektedir. Bulanti ve kusma kanser hastalığına bağlı olarak ortaya çıkabileceği gibi hastalığın tedavisine ve metastaza bağlı olarak da görülebilmektedir. İleri evre onkoloji hastalarında bulanti görülme oranı %7-49; kusma görülme oranı ise %11-78 arasında değişmektedir. Kontrol altına alınamayan bulanti ve kusma sonucunda; sıvı-elektrolit bozuklukları, dehidratasyon, anoreksiya, kilo kaybı, iştahsızlık, ilacın emiliminde ya da böbreklerden atılımında azalma gibi fizyolojik değişiklikler ortaya çıkabilmektedir (Çelik Tarakçıoğlu, 2016; Uğur, 2014; Esencan Yılmaz ve Merih Doğan, 2010).

Yorgunluk: Yorgunluk onkoloji hastalarında en sık karşılaşılan semptomlardan biridir. Yeni tanı alan hastaların %66'sında, tedavi görmekte olan hastaların %70 ile %100'ünde yorgunluk görülebilmektedir. Sağlıklı bireylerde görülen yorgunluk ile karşılaştırıldığında, onkoloji hastalarında gelişen yorgunluk dinlenme ve uyku ile geçmemektedir. Onkoloji hastalarında tedaviye veya hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan yorgunluk birçok faktörden etkilenebilmektedir. Kişisel özellikler, enerji düzeyinin değişmesi, istirahat, aktivite, uyku problemleri, hastalık ve tedavi süreci, çevresel faktörler, psikolojik ve sosyal faktörler, malnutrisyon, dehidratasyon, elektrolit bozuklukları, artmış sitokin düzeyine bağlı olarak eritropoetin düzeyinde azalma, enfeksiyonlar, renal-hepatik-kardiak yetmezlikler, endokrin sistem bozuklukları, kansere bağlı immobilizasyon, santral etkili ilaçlar, kemoterapi ve radyoterapi onkoloji hastalarında yorgunluğu etkileyen faktörlere örnek olarak verilebilir. Ayrıca yorgunluğun subjektif bir deneyim olması, hastalık sürecinin doğal bir belirtisi olarak görülmesi, tedavi planlamasına dahil edilmemesi bireyin çözümü kendisinin aramasına neden olmaktadır. Diğer yandan yorgunluk hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte ve bireyin hastalık sürecinde başka bireylere olan bağımlılık düzeyinin

artmasına yol açabilmektedir (Karaahmet ve Gürçay, 2016; Esencan Yılmaz ve Merih Doğan, 2010; Can, 2006).

Nötropeni ve Enfeksiyon: Nötropeni, kanser tedavisinin en önemli ve en sık görülen semptomlarından biridir. Periferik kanda nötrofil sayısının $500/\text{mm}^3$ ten az olması veya $500-1000 \text{ mm}^3$ arasında olan nötrofil sayısının 48 saat içinde $500/\text{mm}^3$ ün altına düşmesi nötropeni olarak değerlendirilmektedir (Akın, 2015). Savunma sisteminin en önemli bileşenlerinden biri olan nötrofillerin azalması enfeksiyon gelişme riskini arttırmaktadır. Nötropenik hastalarda genellikle enfeksiyonun en önemli belirtisi olan ateş karşımıza çıkmaktadır. Bu hastalarda ortaya çıkan enfeksiyonlar son derece hızlı ve ölümcül olduğundan nötropenik ateş enfeksiyon hastalıklarının acillerinden biri olarak kabul edilmektedir (Şentürk Çiçek, 2016) .

Diyare ve Konstipasyon: Kanser tedavi yaklaşımları malign hücrelerin yanı sıra vücuttaki normal hücreleri de etkileyerek bazı yan etkilere neden olabilmektedir. Bu yan etkilerden biri de diyare ve konstipasyondur. Diyare ve konstipasyon hastalığın tedavi sürecinde hastanın yaşam kalitesini etkileyen yan etkilerden biridir (Ünsar Tuna, 2015). Onkoloji hastalarında diyare; kemoterapi ajanları, pelvis, abdomen ve lomber bölgeye radyoterapi uygulanması, uzun veya kısa bağırsak rezeksiyonları, pankreatik duodonektomi, whipple ve vagotomy gibi cerrahi işlemler, bazı ilaçlar, kısmi bağırsak obstrüksiyonu, enflamatuvar bağırsak hastalıkları, hastanın ileri yaşta olması, anksiyete, stress, enfeksiyon ve laktöz intoleransı vb. nedenlerle gelişebilmektedir. Onkoloji hastalarında konstipasyon ise kemoterapi ajanları, ilaç tedavileri, metabolik yetersizlikler, nörolojik yetersizlikler, barsak obstrüksiyonu, hastanın fiziksel aktivitesinin az olması, immobilité, kas tonüsünün kötü olması, irritable bağırsak sendromu varlığı, ileri yaş, çeşitli kognitif değişiklikler, sedasyon, depresyon, barsak alışkanlığındaki değişiklikler, laksatif kullanım öyküsü, diyet, bulantı, yorgunluk, mukozit ve iştahsızlık öyküsüne bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir (Uğur, 2014; Ünsar Tuna, 2015).

Alopesi: Alopesi, kemoterapiye bağlı olarak ortaya çıkan ve onkoloji hastalarının %65'inde görülebilen bir durumdur. Ayrıca alopesi onkoloji hastalarının tedavi sürecinde en çok korktukları ve yakındıkları yan etkilerinden biridir. Alopesi kemoterapinin ilk dozundan 1-3 hafta sonra ortaya çıkmakta ve genellikle 1-2 ay içinde saçlarda tam dökülme meydana gelmektedir. Alopeside saç hasarı saçın gövdesinde ya

da kök kısmında oluşmaktadır. Saç gövdesi hasarı; kısmi atrofi ve kök nekrozu, kök hasarı ise tam alopesi ile sonuçlanmaktadır. Bu semptom geçici olmasına rağmen saçın yapısında ve renginde değişikliklere neden olabilmektedir. Bazen onkoloji hastaları alopesi gelişme riski nedeniyle tedaviyi reddedebilmektedir. Bu doğrultuda alopesi onkoloji hastaları için psikolojik boyutuda olan oldukça önemli bir semptomdur (Ateş ve Olgun, 2014; Aştı, 2003; Şenler, 2001).

Trombositopeni ve Kanama: Trombositopeni, kan trombosit sayısının 150.000 mm³ün altında olması olarak tanımlanmaktadır. Onkoloji hastalarında kemoterapi ilaçlarının kemik iliğini baskılaması ya da tümörün kemik iliğine infiltre olması nedeniyle trombosit üretim yeteneği azalabilmekte ve hastaların kanamaya eğilimi artabilmektedir (Kayış, 2015; Uğur 2014; Esencan Yılmaz ve Merih Doğan, 2010).

Oral Mukozit: Oral mukozit, onkoloji hastalarında tedaviye bağlı olarak görülen bir semptomdur. Bu semptom, hastanın günlük fonksiyonlarını, beslenmesini ve yaşam kalitesini etkiler. Onkoloji hastasının planlanan tedaviye devam etmesine engel olabilir. Ayrıca dozların atlanmasına veya azaltılmasına neden olabilir. Hastalarda mukozitin şiddeti arttıkça hastanın ağız yolu ile beslenmesi engellenmekte, fırsatçı enfeksiyonlar gelişebilmekte, hastanede yatma süresi uzayabilmekte ve tedavi maliyeti artabilmektedir (Çubukçu Ünal ve Çınar, 2012; Çavuşoğlu, 2007).

Ekstravazasyon: Ekstravazasyon semptomu çok sık görülme de hastalar tarafından deneyimlenebilen stres yaratan oldukça ciddi bir durumdur. Ekstravazasyon meydana geldiğinde; ağrı ve lokalize doku inflamasyonundan, nekroz ülserasyon ya da doku kayıplarına kadar giden belirtiler ortaya çıkabilmektedir (Genç, 2015).

2.1.7. Kanser Hastalığının Psikolojik ve Sosyal Etkileri

Psikososyal sorunlarda onkoloji hastalarında en sık konulan tanılar arasında yer almaktadır. Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda tanı, tedavi ve hastalık sürecinin herhangi bir aşamasında, onkoloji hastalarının %50'sinde tedavi gerektirecek düzeyde birçok psikiyatrik sorunun ortaya çıktığı bildirilmektedir (Aydemir ve Göka, 2016). Özellikle uyum bozuklukları, depresif sendromlar, anksiyete bozuklukları, organik beyin sendromları (deliryum, demans ve kemoterapötik ajanların nöropsikiyatrik yan etkileri), kişilik bozuklukları, ağrılı sendromlara eşlik eden psikiyatrik sendromlar, suçluluk, ölüm korkusu, yapılan tıbbi girişimlere ilişkin korkular, olayları kontrol etme ve tahmin etme yeteneğini kaybetme korkusu, geleceğin belirsizliği, hastalığın

tekrarlaması korkusu, yaşamın anlamını ve amacını kaybetmek; üretkenliğini, işini, rollerini, ilişkilerini kaybetme korkusu ile yalnızlık onkoloji hastalarının deneyimledikleri psikiyatrik ve psikososyal problemlere örnek olarak verilebilir (Aydemir ve Göka, 2016; Longo, 2013; Akdemir, 2011). Onkoloji hastalarında fiziksel bakım ile birlikte psikososyal tedavinin de eş zamanlı olarak sunulması son derece önemlidir. Psikososyal tedavide amaç; psikolojik kaygıyı ve acıyı azaltmak, hastaların duygularını ifade etmesine yardımcı olmak, hastalığın ortaya çıkardığı krizle baş etmelerinde destek olmak, hastaların tedaviye uyumunu kolaylaştırmak, hastaların yaşama gücünü arttırmak ve hayatın doğal seyrinin sürdürülmesine yardımcı olmaktır (Aydemir ve Göka, 2016; Longo, 2013; Akdemir, 2011).

2.2. Yalnızlık

Yalnızlık, bireyleri memnun etmeyen sosyal ilişkilerin yokluğundan ya da yetersizliğinde kaynaklanan psikolojik bir durumdur. Bu kavram, bireyin çevresi tarafından dışlanması olarak algılanmasına karşın her zaman aynı durumu ifade etmez. Birey ruhsal durumuna bağlı olarak da kendisini çevresinden soyutlayarak yalnızlık yaşayabilir (Öz, 2010; Danış, 2009; Erözkan, 2009). Yalnızlık kavramı insanoğlunun var olduğu günden, günümüze kadar çeşitli şekillerde tanımlanmıştır.

Sullivan (1953)'a göre yalnızlık; kişiler arası yakınlık gereksiniminin yetersiz olarak karşılanması sonucu ortaya çıkan oldukça rahatsız edici ve hoş olmayan bir deneyim olarak tanımlanabilir.

Weiss (1973)'e göre yalnızlık; duygusal ve sosyal yalnızlık olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Duygusal yalnızlık; bireyin kendine yakın hissettiği birine bağlanma yokluğundan ya da eksikliğinden, sosyal yalnızlık ise bireyin sosyal ortamdaki eksikliklerinden kaynaklanabilir.

Rokach (1989)'a göre yalnızlık evrensel bir fenomendir. İnsan, dünyaya geldiği andan itibaren bu duyguyu yaşamaktadır.

Young (1982)'a göre yalnızlık; geçici, durumsal ve kronik olmak üzere üçe ayrılmıştır. Geçici yalnızlık, bireyin zaman zaman deneyimlediği yalnızlıktır. Durumsal yalnızlık, bireyin yaşadığı özel bir durum ya da kriz gibi durumlarda ortaya çıkan yalnızlık durumudur. Kronik yalnızlık ise bireyin sosyal ilişkilerinde iki veya daha fazla yıl devam eden eksiklik olarak tanımlanmaktadır.

Gierveld (1987)'e göre yalnızlık bireyin birtakım sosyal ilişkilerde yaşadığı ve rahatsız olduğu bir durumdur.

Yalnızlık, bireylerin sosyal statülerini veya yaşlarını dikkate almaksızın yaşamlarının her döneminde deneyimlenebilen bir duygudur. Bu duygu bireyin yaşamının amaçsız ve gereksiz olduğunu düşünmesine, kimsesizlik ya da terk edilmişlik duygusu yaşamasına neden olabilir (Softa ve ark., 2015; Yılmaz ve Altınok, 2009).

2.2.1. Yalnızlığın Kuramsal Yönden Sınıflandırılması

Young (1982)'a göre yalnızlık; geçici, durumsal ve kronik olmak üzere üçe ayrılmaktadır.

Kronik yalnızlık, bireyin diğer insanlarla ilişki kurma becerilerindeki yetersizlik nedeniyle yaşadığı uzun süreli yalıtılmış hissedilme durumudur. Bu yalnızlık türü sosyal ilişkiler kurma ve yakın arkadaşlıklar edinmede güçlük çeken insanların yaşadığı yalnızlıktır. Belirgin bir nedeni olmaksızın bireyler iki yıldan daha uzun süre bu duyguyu yaşayabilir (Young, 1982).

Durumsal yalnızlık, bireyin sosyal ilişki düzeninde bozulmalar meydana gelmesi nedeniyle yaşanan yalnızlıktır. Boşanma, ölüm ve göç gibi faktörlere bağlı olarak bireyde fiziksel ve ruhsal düzeyde birkaç günden birkaç seneye kadar uzayabilen durumsal yalnızlık görülebilmektedir (Young, 1982).

Geçici yalnızlık ise birçok insanın farklı zaman dilimlerinde nadiren deneyimlediği yalnızlık duygusudur. Geçici yalnızlık, birkaç dakikadan birkaç saate uzayabilen ve bireyde ciddi etkiler bırakmayan bir durumdur (Young, 1982).

Sadler (1974)'e göre yalnızlık; kişilerarası yalnızlık, psikolojik yalnızlık, sosyal yalnızlık, kültürel yalnızlık ve kozmik yalnızlık olmak üzere beş grupta incelenmektedir. Kişilerarası yalnızlık, bireyin kendisini diğer insanlardan uzak olarak hissetmesi veya algılamasıdır. Psikolojik yalnızlık, bireyin benliğinin farklı bölümlerinin birbirleriyle bağlantı kuramaması nedeniyle oluşan yalnızlıktır. Sosyal yalnızlık bireyin ait olduğu toplumdaki ya da gruptan uzaklaşma duygusudur. Kültürel yalnızlık, bireyin kültür kaybı veya yaşamış olduğu ciddi kültürel değişimler nedeniyle başkalarından uzaklaşmasıdır. Kozmik yalnızlık ise bireyin dinsel bağının yok olması sonucunda yabancılaşma veya Tanrı'dan uzaklaşma duygusu yaşamasıdır.

Peplau (1995)' ya göre yalnızlık; yapayalnızlık, tek başına yalnızlık ve yalnızlık olmak üzere üç grupta incelenmektedir. Yapayalnızlık, bireyin diğer insanlarla bir arada

olmak istediği ancak onlardan uzak durduğu durumdur. Tek başınalık, bireyin hayatını etkileyen belirli kararları verirken yalnız olması ya da birlikteliğinin olmaması durumudur. Yalnızlık tercih edilebilen bir duygudur. Birey; resim yaparken, bir şeyler yazarken ya da keşif yaparken yalnızlığı tercih edebilir. Bu nedenle, yapayalnız olmadan tek başına olmak mümkündür. Yalnızlık ise öznel bir kavram olarak düşünüldüğünde, boş hissetme ya da bireyin kendini bırakması olarak tanımlanabilmektedir. Yalnızlık bireyin sosyal çevresiyle iletişiminin niteliksel ve niceliksel olarak bozulması nedeniyle yaşanan hoş olmayan bir duygudur.

Santrock'a (1993) göre yalnızlık; duygusal ve sosyal yalıtım olmak üzere iki grupta incelenmektedir. Duygusal yalıtım, bireyin içsel dünyasında yaşadığı boşluktur. Bu durum, bireyin karşı cinsten birinin yokluğunda hissettiği ve algıladığı yalnızlıktır. Sosyal yalıtım, bireyin bir gruba katılmaktan ya da bir topluma girmekten mahrum kalması sonucunda bireyin yaşadığı uzaklaştırılmış ve itilmiş olma duygusudur.

Brown (1984)'a göre yalnızlık; tek başına olma, yalnız olma ve yaşanan yalnızlık olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır. Tek başına olma durumunda, birey yalnız kalmayı tercih etmektedir. Bu durum sağlıklı bir durum olarak kabul edilmektedir. Yalnız olma, bireyin ölüm gibi fiziksel ayrılıklar dışında birisiyle arasındaki ilişkinin kaybı ya da psikolojik olarak ayrı olmasıdır. Yaşanan yalnızlık, bireyin diğer insanlardan uzak olmamasına rağmen kendisini kalabalık içinde bulursa dahi yalnız hissetmesi durumudur. Bu yalnızlık türünde birey kendisinin çevre tarafından istenmediğini düşünmektedir. Hissedilen bu yalnızlık türü bir sorun olarak kabul edilmektedir.

2.2.2. Yalnızlığa Neden Olan Faktörler

Yalnızlık hissini uyandıran her faktör bireyde yalnızlık duygusunun yaşanmasına neden olmamaktadır. Yalnızlık duygusu bireyin fizyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel yapısıyla ilgili olmakla birlikte şiddeti kişiden kişiye değişmektedir (Gümüş,2000).

Michela, Peplau ve Weeks (1982)'e göre kötümserlik kendini yansıtmaktan korkma, çaba göstermeme, şanssızlık, sıkılganlık, fiziksel çekiliği olmama; insanların içinde bululdukları grup üyeleri ile ilgilenmeleri, diğer insanlar ile ilişki kurmayı istememe; kişisel olmayan durumlar, fırsat yoksunluğu ve diğer insanların isteksizliği yalnızlığın şiddetini etkileyen faktörlere örnek olarak verilebilir (Gümüş,2000).

2.2.3. Yalnızlığın Belirtileri

Yalnızlık duygusunu yaşayan bireylerin yüzlerinde bu duygunun belirtileri vardır. Bu insanlar genelde psikolojik açıdan çökkün, bir noktaya dalgın olarak odaklanan, yüz ifadeleri belirsiz, güçsüz ve çaresiz olduklarını kabullenen, bir durum karşısında sessiz ve tepkisiz kalan, her şeyden kendilerini soyutlayan bireylerdir. Buna rağmen yalnızlık duygusunun belirtileri bireyden bireye farklılık gösterebilmektedir. Yalnızlık bireylerde yeme alışkanlığında farklılık, uyku örüntüsünde değişim, önemsizlik duygusu, somatik ağrı, tek başına yapılan faaliyetlerde artma, alkol/ilaç yada madde kullanma, umutsuzluk duygusu, kendini herşeyden soyutlama ve sessizliğe bürünme belirtileri ile kendini gösterebilmektedir (Zimmer, 2005; Öz,2004; Akdemir ve Birol, 2003).

2.2.4. Yalnızlığın Gelişimini Etkileyen Faktörler

Yalnızlığın meydana gelmesinde bireyin benlik değerinin, gelecekte beklenenlerinin, yalnızlık duygusu ile baş etme becerilerinin ve bu duyguya vereceği tepkilerin etkili olduğu bilinmektedir. Peplau (1955) 'ya göre yalnızlığın gelişimini etkileyen üç önemli faktör vardır. Bunlar:

Yalnızlık Duygusuna Hazırlayıcı Faktörler: Bireysel özellikler, sosyal çevre ile ilişkiler, bireyin ekonomik durumu ve kültürel özellikleri bireyin yalnızlık duygusuna ilişkin hassasiyetini etkilemektedir (Öz, 2004).

Yalnızlık Duygusunu Ortaya Çıkaran Faktörler: Boşanma, ayrılık, kayıp, yeni bir iş hayatı, farkı bir şehre taşınma ve herhangi bir hastalık durumu bireyin yalnızlık duygusu yaşamasına neden olabilmektedir (Öz, 2004).

Bilişsel Faktörler: Bireyin yalnızlık duygusunu yaşama şekli, sosyal çevre ile ilişkileri, bu ilişkilerden beklentileri ve yalnızlık duygusunun nedenlerine yönelik düşünceleri yalnızlığın yaşanmasında ve gelişiminde etkili olmaktadır (Öz, 2004).

2.2.5. Yalnızlığın Boyutları

Yalnızlık Duygusunun Fiziksel Boyutu: Yaşanan kronik bir hastalık sosyal izolasyona neden olabilmektedir. Bireyin fiziksel hareket yetersizlikleri ve kayıplar yaşaması yalnızlık duygusunun gelişiminde önemli risk faktörleridir. Bireyin yaşadığı veya yaşayabileceği konuşma ve işitme engeli yalnızlık duygusunu besleyebilmektedir (Rawlins, 1998).

Yalnızlık Duygusunun Emosyonel Boyutu: Bireyin önemli bir şeyin kaybını yaşaması yalnızlık duygusunu attırabilmektedir. Adölesanların yaşadıkları yalnızlık hissi çocukluk dönemi ile ilişkili olabilmektedir. Yalnızlık duygusu bireyde psikozlara neden olabilmekte ve yapıcı olmayan emosyonel paraliziler görülebilmektedir. Bireyin yaşadığı olayların yıl dönümü yalnızlık hissini yeniden ortaya çıkarabilmektedir. Bireyin; sır arkadaşının, sevdiği bir insanın veya ona destek veren bir kişinin eksikliği emosyonel yalnızlık ile sonuçlanabilmektedir (Rawlins, 1998).

Yalnızlığın Entellektüel Boyutu: Birey yalnızlık duygusunu hissettiğinde bunun nedenini tanımlayamamaktadır. Ancak yalnızlık duygusu sona erdiğinde yalnızlık deneyimi hakkında konuşmayı ve hatırlamayı istememektedir. Yalnızlık duygusunu deneyimleyen bireyde iki tür düşünce meydana gelmektedir. Bunlardan ilkinde birey yalnızlık hissini tanımlayabilmekte ve bunu sözel olarak ifade edebilmektedir. İkincisinde ise bireyde mantığa uygun olmayan düşünceler hakim olduğu için birey için yalnızlık duygusunu ifade edebilmek oldukça güç olabilmektedir (Rawlins, 1998).

Yalnızlığın Sosyal Boyutu: Yalnızlık duygusu psikolojik distresin eşlik ettiği bir durumdur. Bu doğrultuda bireyde sosyal ilişkilerde doyumsuzluk ya da yokluk görülebilmektedir. Yalnızlık duygusu, primer grup ilişkilerinin yokluğundan ya da yalnızlığından kaynaklanan günümüz toplumlarına özgü bir olgudur. Yalnızlık duygusu diğer bireylerle yakın ilişki kuramama olarak ele alınabilir. Bireyin yaşadığı ya da yaşayacağı özgüven eksikliği ve düşük benlik saygısı yalnızlık duygusu için önemli bir risk faktörüdür (Rawlins, 1998).

Yalnızlığın Spiritüel Boyutu: İnsanların birçoğu yalnızlık duygusundan korktukları için değerlerinden uzak kaldığını hissedebilmektedir. Bireylerin sahip olduğu inanç yalnızlığı önleyebilmekte ve diğer insanlara yardımcı olma hissini ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Rawlins, 1998).

2.2.6. Yalnızlığın Sonuçları

İnsanoğlu var olduğu günden itibaren topluluklar halinde yaşamış sosyal bir varlıktır. Yalnızlık ise bireyin kendini işe yaramaz, dışlanmış ve amaçsız hissetmesine yol açan bir duygudur. Yalnız olduğunu düşünen birey için hayat çekilmez ve anlamsızdır. Bu doğrultuda yalnızlık hem sosyal hem de duygusal açıdan bir boşluktur (Yaşar, 2007). Yalnızlık duygusu bireyde kısır bir döngüye yol açabilmektedir. Yalnızlık oranı arttıkça bireyde anormal davranışlar görülebilmektedir. Yalnızlık

duygusunu deneyimleyen bireylerde yaşama isteğinde azalma, benlik algısında değişim; aşırı yemek yeme, alkol ve uyuşturucu kullanımı, fiziksel ve ruhsal sağlıkta bozulma ve hatta ölüme yatkınlık görülebilmektedir (Yaşar, 2007).

2.3.Sosyal Destek

Sosyal destek; genellikle stres yaşayan ya da güç durumda olan bireye yaşamında önemli bir yeri olan insanlar tarafından sağlanan duygusal, sosyal, bilişsel ve maddi yardım olarak tanımlanabilir. Birey bazı konularda kendini eksik ya da tükenmiş hissettiğinde, hayatında yer alan önemli kişilerden destek alma ihtiyacı duyabilir. Bu destek bireyin; sevgi, sefkat, bir gruba ait olma ve benlik saygısı gibi temel sosyal destek gereksinimlerini karşılamakta, fiziksel ve ruhsal sağlığını pozitif yönde etkilemekte ve bireyin uygun başa çıkma stratejileri geliştirmesine yardımcı olabilmektedir. Sosyal destek sistemleri bireyin sağlığını sürdürmesinde önemli bir yer alırken aynı zamanda hastanın iyileşme sürecini hızlandırmaktadır. Bununla birlikte sosyal destek bireyin tıbbi tedaviye uyumunu artırarak yaşam süresini uzatabilmektedir (Ayaz ve ark., 2008; Duru, 2008; Yılmaz ve ark., 2008; Yüzer ve ark., 2006). Sosyal destek kavramı farklı şekillerde tanımlanabilmektedir.

Cutrona ve Russell (1987)'a göre sosyal destek; bilgi ve öğüt vermekten ziyade duygusal desteği de içinde barındıran çok boyutlu bir kavramdır.

Lee ve Robbins (1995)'e göre sosyal destek; bireyin sosyal ilişkileri ile bağlantılı olan bir kavramdır.

Cohen ve Mckay (1984)'e göre sosyal destek; hastane ve ilaç giderleri gibi özel gereksinimlerin karşılanmasında yeterli bir kaynaktır.

Hogue (1985)'ye göre sosyal destek; gerektiğinde bireye; duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlayan ve bireyin sağlığını korumaya yardımcı olan bir sistem olarak tanımlanmaktadır.

Meehan, Durlak ve Braynt (1993)'a göre sosyal destek; mutluluk, memnuniyet ve kendine güven kavramları ile arasında anlamlı bir ilişki barındıran bir durumdur.

Jou ve Fukada (1995)'ya göre sosyal destek; ihtiyaç duyulan destek ile arasında güçlü bir ilişki bulunan ve strese karşı tampon etki oluşturan bir kavramdır.

Sosyal destek kaynakları; bireyin yaşamında önemli bir yeri olan anne, baba, eş, aile, akrabalar, arkadaşlar, komşular ve uzman kişileri kapsamaktadır (Baran ve ark., 2014). Özellikle aileler, eş/partnerler ve arkadaşlar onkoloji hastalarının yaşadıkları

zorluklar karşısında dayanma ve mücadele etme güçlerini arttırmada önemli rol oynamaktadır (Prommer,2012).

2.3.1. Sosyal Destek Kavramının Sağlık ile İlişisini Açıklayan Modeller

Sosyal desteğin, sağlık ve bireyin kendini iyi hissetmesi üzerine etkisini açıklayan üç farklı model bulunmaktadır. Bu modeller; temel ya da doğrudan etki modeli, tampon etkisi modeli, sosyal destek ve olumsuz yaşam olaylarının birbirlerinden bağımsız etkilerini içermektedir (Cohen ve Wills, 1985).

Temel ya da Doğrudan Etki Modeli, sosyal desteğin bireyin sağlığı üzerine doğrudan etkili olduğunu ifade eden tek modeldir. Bu modelde sosyal destek ile bireyin beden sağlığı ve kendini iyi hissetme durumu arasında doğrudan olumlu bir ilişki olduğu ve sosyal desteğin olmaması halinde ise bireyde olumsuz etkilerin oluşabileceği kabul edilmektedir (Cohen ve Wills, 1985).

Tampon Etkisi Modelinde, temel ya da doğrudan etki modelinin tam tersine sosyal desteğin yararı farklı bir görüşle ele alınmaktadır. Bu modele göre sosyal destek, bireyin yaşamında strese neden olan faktörler ortaya çıktığı zaman bu faktörlerin yarattığı olumsuz etkileri azaltabilmek için bireyin baş edebilme yeteneğini kullanmasını sağlayarak bireyin ruh sağlığını korumaktadır (Cohen ve Wills , 1985).

Sosyal Destek ve Olumsuz Yaşam Olaylarının Birbirlerinden Bağımsız Etkileri Modelinde ise sosyal destek ile olumsuz yaşam olaylarının bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığı ile kendini iyi hissetme durumu üzerinde birbirinden bağımsız etkilerinin olduğu savunulmaktadır (Cohen ve Wills, 1985).

2.3.2. Sosyal Desteğin Sınıflandırılması

Caplan (1974)' e göre sosyal destek, duygusal destek, takdir desteği, maddi destek, bilgisel destek ve beraberlik desteği olmak üzere beş gruba ayrılmaktadır. Duygusal destek grubunun temelini sevgi, güven ve ilgi duyguları oluşturmaktadır. Takdir desteği, bireyin doğru veya yanlış yaptığı herhangi bir duruma saygı duyulmasına veya kendisinin olduğu gibi kabul edilmesine dayanan destek sistemidir. Maddi destek, bireye ekonomik yardım veya gerekli araç-gereçlerin ve hizmetlerin sağlandığı destek sistemidir. Bilgisel destek, bireyin yaşadığı sorunları çözebilmesi için gerekli olan bilgilerin sağlanmasını ve bu bilgilerin nasıl kullanılacağına bireye öğretilmesini içeren destek sistemidir. Beraberlik desteği, bireyin çalışma ve iş

hayatının dışında kalan boş vakitlerini değerlendirebileceği sosyal aktivitelerde bulunma temeline dayanan destek sistemidir (Caplan, 1974; Ardahan, 2006).

Cohen ve Wills (1985) ise sosyal desteği duygusal destek, bilgilendirici destek, yaygın destek ve araçsal (yardımcı) destek olmak üzere dört gruba ayırmaktadır.

Duygusal Destek, bireyin ihtiyaç duyduğu sevgi, güven, ilgi, şefkat, saygı duyulma, kabul görme, empati ve bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimlerini karşılayan destek sistemidir. Bu destek grubu bireyin diğer insanlar tarafından tüm hatalarına ve sorunlarına bakılmaksızın kabul edildiğini, bireye değer verildiğini ifade etmektedir. Ayrıca dışa vurumcu destek, benlik saygısı desteği, yakın destek ve saygı desteği olarak da adlandırılmaktadır (Ardahan, 2006; Cohen ve Wills, 1985).

Bilgilendirici Destek, bireyin yaşadığı problemleri çözmesine yardım eden bilgidir. Bireyin kendini keşfetmesini sağlayan ve benlik değerini ortaya çıkaran geri bildirimler de bu destek grubu içerisinde yer almaktadır. Ayrıca bilgilendirici destek danışma desteği, değerlendirme desteği ve bilişsel rehberlik desteği olarak da adlandırılmaktadır (Ardahan, 2006; Cohen ve Wills, 1985).

Yaygın Destek, bireyin diğer insanlarla iletişim kurmasını sağlamakta, yakın ilişki ihtiyacını karşılamakta ve bu şekilde bireyin dikkatini sorunlarının tam tersi yönüne çekerek olumlu duygu hissetmesine ve stres düzeyinin azaltılmasına neden olmaktadır (Ardahan, 2006; Cohen ve Wills, 1985).

Araçsal (Yardımcı) Destek, bireyin günlük sorumluluklarını gerçekleştirebilmesi için, ihtiyacı olduğu zaman diğer insanlar tarafından sağlanan ekonomik desteği veya maddi yardımı kapsamaktadır. Araçsal yardım; bireyin eğlence ve gevşeme gibi aktivitelerle zaman geçirmesini sağlayarak yaşadığı stres düzeyini azaltabilmektedir. Ayrıca yardımcı destek; maddi destek ve somut destek olarak da adlandırılabilir (Ardahan, 2006; Cohen ve Wills, 1985).

Wills (1985)'e göre ise sosyal destek; özgüven sağlayıcı destek, destek, eşlik etme ve araçsal destek olmak üzere dört gruba ayrılmaktadır. Özgüven sağlayıcı destek, diğer insanların bir kişinin özgüvenini arttırmasıdır. Destek, diğer insanların tavsiyelerde bulunmasıdır. Eşlik etme, aktivitelerde yanında bulunarak destek verilmesidir. Araçsal destek ise fiziksel yardım içeren bir desteğin verilmesidir.

Lett ve arkadaşları (1985)'na göre sosyal destek, yapısal destek ve işlevsel destek olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Yapısal destek; kişi için ulaşılabilir olan

insanların oluşturduğu grup ile görüşme sıklığı, yoğunluğu, türü ve görüşmede kaç kişinin olduğu ile ilgilidir. İşlevsel destek ise desteğe ulaşma potansiyelini ya da gerçekte alınan desteği ifade etmektedir.

2.3.3. Kanser Hastalığının Bakım ve Tedavisinde Sosyal Desteğin Önemi

Kanser hastalığı hangi boyutuyla ele alınırsa alınsın bireyin başkalarına bağımlı olma düzeyini arttırabilen bir hastalıktır. Onkoloji hastaları hastalığın tanı, tedavi ve prognozuna bağlı olarak bağımsızlığın tamamen kaybedilme kaygısı, ölüm korkusu, ayrılık ve geleceğin belirsizliği, pişmanlık ve suçluluk duygusu, beden/organ ve vücut bölümlerinin zarar göreceği korkusu gibi duyguları yoğun bir şekilde yaşayabilmektedir (Ardahan, 2006). Onkoloji hastalarının aldıkları tedaviden en iyi yararı görmelerinde; hastalık sürecinde yaşanan psikososyal ve ekonomik sorunları en aza indirerek yaşam kalitelerini arttırmalarında sosyal destek mekanizmaları vazgeçilmez önemli bir yere sahiptir (Ayaz ve ark., 2008; Işıkhani, 2007). Bu doğrultuda aile, akraba, arkadaş çevresi, sağlık bakım profesyonelleri, sosyal hizmet kurumları, toplumda bu amaçla oluşturulmuş olan sivil toplum örgütleri ve dernekler onkoloji hastalarının kanserle mücadelesinde önemli rol oynarlar (Ayaz ve ark., 2008).

Kanser hastalığının yol açtığı psikolojik, sosyal ve manevi boyuttaki sorunlar, onkoloji hastalarının tedavi ve bakımında destekleyici yaklaşımların kullanılmasını gerektirmektedir. Bu nedenle onkoloji hastalarına tedavi süreci ve sonrasında bilgi vermek, duygusal ve sosyal destek sağlamak son derece önemlidir (Ayaz ve ark., 2008; Işıkhani, 2007). Sosyal destek onkoloji hastaları yönünden ele alındığında yaşam sürelerini uzatıcı bir özelliğe sahiptir. Çünkü sosyal destek sistemleri ile sağlık arasında olumlu yönde bir ilişki bulunduğu, sosyal destek sistemlerinin bireyin yaşadığı stresi azaltarak veya dengeleyerek ruh sağlıklarını koruduğu kabul edilmektedir (Ardahan, 2006). Ayrıca sosyal destek mekanizması güçlü olan bireylerde baş etme stratejilerinin güçleneceği düşünülmektedir (Arslantaş ve ark., 2010).

2.4. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, bireyin olumlu bir yaşam deneyimlemesine yardımcı olan unsurlarla ilgili öznel bir değerlendirmedir (Burkhardt ve Nathaniel, 2013). Yaşam kalitesi bireyin yaşadığı kültür ve değer sistemleri içinde yer alan; amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile bağlantılı olarak bireyin yaşamındaki pozisyonunu algılama

biçimi olarak tanımlanmaktadır. Yaşam kalitesi; bireyin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları ve sosyal ilişkilerinden etkilenmektedir. Yaşam kalitesi genel olarak iyi olma durumunu ifade etmektedir (Göçgeldi ve ark., 2008; Pınar ve ark., 2008; Taş ve Yılmaz Bal, 2008).

DSÖ'ye göre yaşam kalitesi: "Hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimidir." olarak tanımlanmaktadır (Taş ve Yılmaz Bal, 2008; Fırat, 2005).

Farquhar (1995)' a göre yaşam kalitesi; hem genel hem de uzmanlara yönelik kaynaklara dayanmaktadır.

Patrick ve Erickson (1993)' a göre yaşam kalitesi; bireyin sosyal, psikolojik ya da fiziksel sağlık halini kapsayan, sosyal ve kültürel dezavantajları da içinde barındıran temel bir kavramdır.

Cella (1992)' ya göre yaşam kalitesi; fiziksel, fonksiyonel, emosyonel ve sosyal faktörlerin birbirleri ile etkileşimi sonucu oluşan iyilik hali olarak tanımlanmaktadır.

Stucki ve Kroeling (2003)'e göre yaşam kalitesi; bireyin fiziksel, mental ve sosyal iyilik haline sahip olması olarak açıklanmaktadır.

Antik ve Orta Çağda yaşam kalitesi; bireyin mükemmellik ile en üst düzeyde erdem ve güzelliklere sahip olma durumu olarak ele alınmıştır (Akdemir,2011).

Ruzevicius ve Akranaviciute (2007)'ya göre yaşam kalitesi, sekiz farklı bileşenden oluşmaktadır. Bu bileşenler; sağlık odaklı yaşam kalitesi, ruhsal yaşam kalitesi, maddi yaşam kalitesi, iş yaşamında kalite, aile yaşamında kalite, sosyal yaşamda kalite, boş zamanlarda yaşam kalitesi ve çevre odaklı yaşam kalitesi olarak sıralanabilir.

Fonseca ve arkadaşları (2008)'na göre yaşam kalitesi fiziksel ve ruhsal sağlıktan oluşan bir kavramdır.

Yaşam kalitesi her bireyin kendisinin belirlediği kişisel bir bakış açısıdır (Burkhardt ve Nathaniel, 2013). Bu doğrultuda yaşam kalitesi bireylerin kendi fiziksel, psikolojik ve sosyal becerilerinden ne kadar memnun olduklarını ve yaşamlarının bu bölümleri ile ilgili özelliklerin varlığı ya da yokluğundan ne kadar rahatsız olduklarını belirlemektedir (Fırat, 2005).

2.4.1.Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

Bireyin yaşam kalitesini azaltan durumlar;

- Bireyin temel gereksinimlerinin karşılanamaması,
- Bireyin beden algısının değişmesi,
- Bireyin öz bakım becerilerinin ve yaşam aktivitelerinin yetersiz olması,
- Bireyin yaşadığı kronik yorgunluk ve bitkinlik,
- Bireyin cinsel fonksiyonlarında bozulma,
- Bireyin gelecek ile ilgili korkuları,
- Bireyin destek sistemlerindeki yetersizlik veya yokluk,
- Bireyin akut sağlık sorunları yaşaması ve
- Bireyin kronik sağlık sorunları yaşaması olarak sıralanabilir (Akdemir,2011; Mollaoğlu,2007).

Bireyin yaşam kalitesini artıran durumlar ise;

- Bireyin ekonomik ve sosyal güvence altında olması,
- Bireyin hayatında gereken konfora sahip olması,
- Bireyin anlamlı ve aktif bir hayat içinde olması,
- Bireyin yakın ve sosyal çevresi ile olumlu ilişkiler içinde olması,
- Bireyin sevdiği ve zevk aldığı aktivitelerinin olması,
- Bireyin itibar ve saygı görmesi,
- Bireyin otonomiye sahip olması,
- Bireyin mahremiyetine değer verilmesi,
- Bireyin kendini ifade edebilmesi,
- Bireyin fonksiyonel olarak kendini yeterli hissetmesi,
- Bireyin özgün bir birey olarak görülmesi ve
- Bireyin huzur içinde yaşaması, inanç ve değerlerine saygı gösterilmesi olarak ifade edilmektedir (Akdemir,2011; Mollaoğlu,2007).

2.4.2. Yaşam Kalitesinin Boyutları

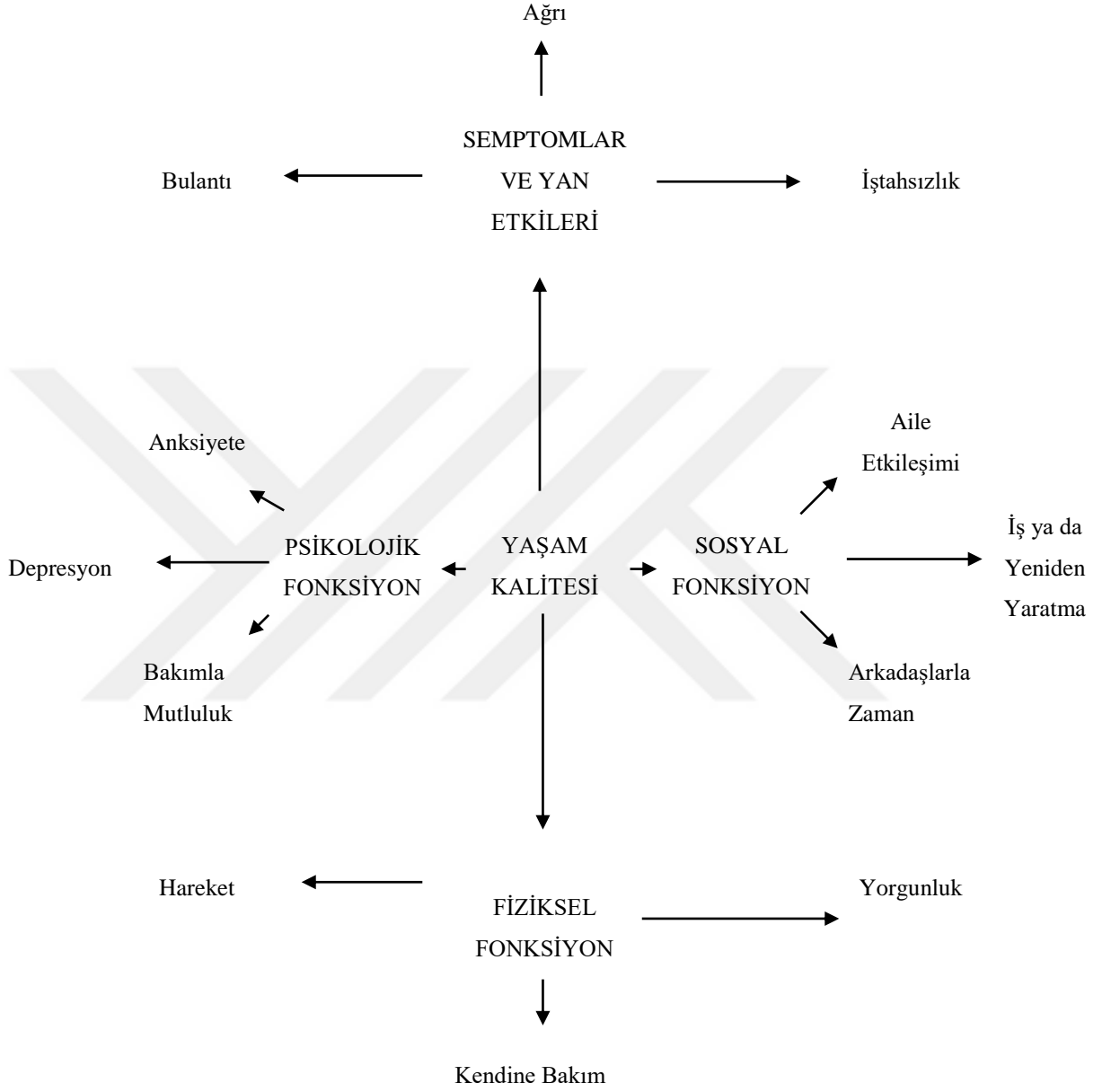
Yaşam kalitesinin objektif belirtileri fiziksel iyilik hali, fiziksel aktiviteleri yerine getirmede güçlük, fonksiyonel becerilerde yetersizlik, bireyin çalışma durumu, yaşadığı hastalık semptomlarını ve sağlık durumunu; subjektif belirtileri ise bireyin psikolojik iyilik hali ve yaşam doyumu ile ilgili konuları kapsamaktadır (Akdemir,

2011). Hoes ve Sullivan'a göre yaşam kalitesini psikolojik esenlik, fiziksel esenlik ve Günlük Yaşam Aktiviteleri'nde (GYA) yeterli olmak, sosyal ve bireysel esenlik, ekonomik ve maddi esenlik olmak üzere dört boyutta ele almaktadır (Akdemir, 2011).

Literatür incelendiğinde yaşam kalitesinin aynı zamanda; psikolojik esenlik, fiziksel esenlik, sosyal ve bireysel esenlik, parasal ve maddi esenlik olmak üzere 4 başlık altında ele alındığı da görülebilmektedir (Akdemir, 2011).

Psikolojik Esenlik, bireyin hayattan aldığı doyum, yararlılık, beden algısı, yaşadığı anksiyete, otonomi, meşguliyet ve dinlenme ile ilgili durumlar ile yaptığı bir işi tamamlama, hayatın anlamı, yaşadığı mutluluk ve hayatın normallığı gibi duyguları içermektedir (Ergün ve ark., 2013; Akdemir, 2011; Pınar, 1997).

Fiziksel Esenlik, bireyin fonksiyonel becerilerinde yeterli olmasını ifade eder. Fiziksel hareket, günlük yaşam aktiviteleri, yemek yeme, iştah, uyuma, cinsel aktivite, zinde ve güçlü olma, yaşanan yorgunluk ve ağrı, sağlık ve hastalık algısı gibi durumlar fiziksel esenlik boyutunu oluşturmaktadır (Ergün ve ark., 2013; Akdemir, 2011; Pınar, 1997).



Şekil 1. Yaşam Kalitesinin Çok Boyutlu Görünümü (Ganz, 1994)

Sosyal ve Bireysel Esenlik, bireyin sosyal aktivitelere katılması, diğer insanlardan destek görmesi ve kabul edilmesidir. Eşi, çocukları, ebeveynleri ya da arkadaşları ile ilişkileri, öğrenme ve çalışma durumu, mahremiyet, kendini ve hayatı algılama biçimi, reddedilme gibi durumları içermektedir (Ergün ve ark., 2013; Akdemir, 2011; Pınar, 1997).

Parasal ve Maddi Esenlik ise bireyin mevcut durumunda geleceğe ilişkin güven duygusu ile barınma, iş güvencesi, sağlık sigortası ve ev durumunu kapsamaktadır (Ergün ve ark., 2013; Akdemir, 2011; Pınar, 1997).

2.4.3. Kanser Hastalığında Yaşam Kalitesinin Önemi

Kanser hastalığının tedavisinde yaşanan hızlı gelişmeler ve onkoloji hastalarının yaşam süresinin uzaması, kısa ama kaliteli bir şekilde yaşama konusunu gündeme getirmiştir. Bu doğrultuda yaşam kalitesi diğer sağlık bakım alanlarında olduğu gibi onkoloji alanında da tartışılmaya başlanmıştır (Kurt ve Savaşer, 2013).

Onkoloji hastalarında, hastalık tanısının konulması ve tedavi sürecine bağlı olarak bireyin ve ailesinin fiziksel, emosyonel, sosyal ve ekonomik dengeleri alt üst olmakta, bireyin yaşamdan aldığı doyum ile yaşam kalitesi azalmaktadır. Özellikle hastalık sürecinde karşılaşılabilecek olumsuz durumların yarattığı; stres, tedavi sürecine bağlı istenmeyen etkiler, hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini doğrudan doğruya etkilemektedir (Çalışkan ve ark., 2015).

Kanser gibi yaşamı tehdit eden bir hastalığa sahip olma, bireylerde ciddi psikolojik semptomlar gelişmesine neden olabilmekte, kanser umutsuzluk, dayanılması güç ağrılar, korku ve ölüm ile özdeşleştirilmektedir. Bununla birlikte kanser tedavisinin yol açtığı yan etkiler ve komplikasyonlar hastaların öz bakım ihtiyaçlarını karşılamalarını engelleyebilmekte, uzun süre hastanede yatmalarını gerektirmesi nedeniyle hastaların yaşam kalitelerini düşürebilmektedir (Çivi ve ark., 2011). Bu doğrultuda hastalık tanısı konulduğu andan itibaren tedavi süreci boyunca sağlık bakım profesyonellerinin onkoloji hastalarının yaşam kalitelerini iyileştirmeye yönelik girişimlerde bulunmaları son derece önemlidir (Çalışkan ve ark., 2015; Altıparmak ve ark., 2011).

Semptom yönetimi, genel iyilik halini sürdürme, olumlu sağlık davranışları geliştirme ve sosyal destek ağını kuvvetlendirme, onkoloji hastalarının hemşirelik bakım, tedavi ve uygulamasında oldukça önemli bir yere sahiptir. Onkoloji hastalarının karşılaştıkları problemler tanılanarak bakım süreci efektif bir şekilde yönetilebilir. Bireye özgü davranışsal ve psikofarmakolojik tedavi yöntemleri sağlık ekibi, hasta/yakınları ile birlikte planlanarak onkoloji hastalarının yaşam kaliteleri yükseltilebilir (Aaronson, 1991). Bu doğrultuda onkoloji hastalarının algıladıkları yalnızlık ve sosyal destek düzeyi ile yaşam kalitesi ve semptom kontrolü arasında bir ilişkidir söz etmek mümkün olup bu ilişkinin incelenmesinin son derece önemli olduğu düşünülmektedir. Bu araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda onkoloji hastalarının algıladıkları yalnızlık ve sosyal destek düzeyinin yaşam kalitesi ve semptom kontrolü üzerine etkisi belirlenecek ve elde edilen bulgular doğrultusunda uygun stratejiler geliştirilecektir.

3. MATERYAL METOT

3.1. Materyal

3.1.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinin Onkoloji ve Hematoloji Kliniklerinde yatarak tedavi görmekte olan hastaların algıladıkları yalnızlık ve sosyal destek düzeyinin yaşam kalitesi ve semptom kontrolü üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla, kesitsel ve ilişki arayıcı bir çalışma olarak yürütüldü.

3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 15.06.2017-15.12.2017 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinin Onkoloji ve Hematoloji Kliniklerinde yatarak tedavi görmekte olan hastaların katılımıyla gerçekleştirildi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Türkiye'nin kuzeyinde, Orta Karadeniz Bölgesi'nde yer alan, 1000 yatak kapasitesine sahip en büyük ve en gelişmiş üniversite araştırma hastanesidir. Samsun ve çevre illerden gelen onkoloji hastalarının çoğu bu hastanede tedavi edilmektedir.

3.2. Metot

3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinin Onkoloji ve Hematoloji Kliniklerinde Temmuz 2016 – Aralık 2016 tarihleri arasında yatarak tedavi görmekte olan 870 onkoloji hastası oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem sayısının belirlenmesinde evrenin bilindiği durumlarda örnekleme alınacak birey sayısını saptamak için kullanılan aşağıdaki formülden yararlanılmıştır (Öztürk, 2017; Yıldız, 2016).

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

Bu formülde:

n: Örnekleme alınacak birey sayısı,

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı),

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (1-p),

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde “t” tablosundan bulunan teorik değer,

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen “±” sapmadır.

Sayısal değerler yerine konulduğunda;

p: 0,5

q: 0,5

t: 1,96 (Tablo Değeri)

d: 0,04 (%4 hata payı)

$$n = \frac{870 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{(0,04)^2 \cdot (870-1) + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

n=355

Bu formüle göre; örneklem büyüklüğü 355 olarak hesaplanmıştır. Veri kaybı olabileceği düşünülerek 370 hastaya ulaşıldığında veri toplama süreci tamamlanmıştır. Araştırmaya bizimle iletişim kurabilen, kadın ve erkek, 18 yaş ve üzeri, okur-yazar, araştırmaya katılmasında tıbbi açıdan herhangi bir sakınca olmayan gönüllü hastalar alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen (n=7), hastalığının prognozu kötü olması nedeniyle iletişim kurulamayan hastalar (n=32) çalışma kapsamı dışında bırakılarak araştırma 370 hastanın katılımıyla tamamlanmıştır (%90,4).

3.2.2. Verilerin Toplanması

Bu çalışmada veriler araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen (Gülcivan ve Topçu, 2017; Çalışkan ve ark., 2015; Hintistan ve ark., 2015; Uğur, 2014; Soylu, 2013) Hasta Tanıtım Formu, “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)”, “UCLA-Yalnızlık Ölçeği (3. Versiyon)”, “FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği (4. Versiyon)” ve “Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ)” kullanılarak toplanmıştır.

Anket formu 10 kişilik bir grupta ön uygulama yapılarak test edilmiş, anlaşılmayan ya da eksik olan sorular belirlenip düzeltilmiş, pilot çalışma sonrasında taslağa son şekli verilerek araştırma grubuna uygulanmıştır. Pilot çalışmada yer alan hastalar örnekleme dahil edilmemiştir. Veriler onkoloji hastaları ile yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından toplanmıştır.

Araştırmaya katılan hastalara çalışma hakkında bilgi verilip bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra hasta tanıtım formu ve ölçekler hastalara uygulanmıştır.

Onkoloji hastalarına araştırmaya katılıp katılmama konusundaki kararın tamamen kendilerine ait olduğu, anket formuna isimlerinin yazılmayacağı ve bu çalışmadan toplanacak verilerin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı belirtilmiştir. Yaklaşık olarak veri toplama suresi 15-18 dakika surmstur.

3.2.3. Veri Toplama Araçları

Hasta Tanıtım Formu

Hasta tanıtım formu, hastaların sosyo-demografik bilgilerini içeren 12 soru (yaş grubu, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, mesleği, sosyal güvence durumu, halen yaşadığı yerleşim birimi, aile yapısı, ocuk sahibi olma durumu, kimlerle birlikte yaşadığı, gelir durumu), klinik özelliklerini içeren 14 soru (kronik hastalık varlığı, cevabı evet ise sahip olduğu kronik hastalıklar, mevcut tanısı, hastalığın klinik evresi, bugüne kadar uygulanan tedavi yöntemleri, başka bir organa metastaz gelişme durumu, hastalığını nasıl algıladığı, şimdiki sağlık durumunu nasıl algıladığı, hastalığının tedavisi suresince kendisine eşlik eden bir yakınının bulunma durumu vb.) olmak üzere toplam 26 sorudan oluşmaktadır.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek leği (ÇBASDÖ)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek leği (ÇBASDÖ) Zimmet ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 1995 yılında Eker ve Arkar tarafından yapılmış ve ölçek 2001 yılında aynı kişiler tarafından tekrar revize edilmiştir. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek leği; aile, arkadaş, özel insan olmak üzere c farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren, kullanımı kolay ve kısa bir ölçektir (Eker ve Arkar, 2001).

Likert tipi bu ölçekte, algılanan sosyal destek ile ilgili olarak “Kesinlikle Hayır” ile “Kesinlikle Evet” arasında değişen 12 ifade bulunmaktadır. Ölçek “Tamamen katılıyorum (7)”, “oğunlukla katılıyorum (6)”, “Katılıyorum (5)”, “Kararsızım (4)”, “Katılmıyorum (3)”, “oğunlukla katılmıyorum (2)” ve “Hiç katılmıyorum (1)” şeklinde 1’den 7’ye kadar değişen değerlendirme düzeyine sahiptir. Ölçeğin aile, arkadaş ve özel kişi desteğini belirlemek amacıyla Aile Desteği Boyutu, Arkadaş Desteği Boyutu ve zel Bir İnsan Desteği Boyutu olmak üzere her biri dört maddeden oluşan c alt boyutu bulunmaktadır.

Aile Desteği Boyutu: Bu alt boyutta kişilerin aile bireyleri tarafından gördüğü desteği ne düzeyde algıladığı ölçülür. Aile Desteği Alt Boyutu; 3, 4, 8 ve 11 numaralı maddeleri içeren toplam 4 maddeden oluşmaktadır.

Arkadaş Desteği Boyutu: Bu alt boyutta kişilerin arkadaş olarak düşündüğü bireylerden gördüğü desteği ne düzeyde algıladığı ölçülür. Arkadaş Desteği Alt Boyutu 6, 7, 9 ve 12 numaralı maddeleri içeren toplam 4 maddeden oluşmaktadır

Özel Bir İnsan Desteği Boyutu: Bu alt boyutta kişilerin özellikle eş, sevgili ya da özel olan birinin verdiği desteği ne düzeyde algıladığı ölçülür. Özel Bir İnsan Desteği Alt Boyutu 1, 2, 5 ve 10 numaralı maddeleri içeren toplam 4 maddeden oluşmaktadır.

Bu ölçekte her alt boyutun dört maddesinin puanlaması ile alt ölçek puanı elde edilir. Bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile ölçeğin tam puanlaması yapılır. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28'dir. Ölçeğin bütününden elde edilecek en düşük toplam puan 12, en yüksek toplam puan ise 84'tür. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu, elde edilen puanın düşük olması ise sosyal desteğin algılanmadığını veya bireyin sosyal destekten yoksun olduğunu göstermektedir. Bu ölçeğin maddeleri içerisinde ters ifade bulunmamaktadır.

Eker ve Arkar, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını 0,89 olarak bulmuşlardır. Eker ve Arkar; ölçeğin Aile Desteği Alt Boyutu Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını, Arkadaş Desteği Alt Boyutu Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını ve Özel Bir İnsan Desteği Alt Boyutu Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını sırasıyla 0,85, 0,88 ve 0,92 olarak bildirmişlerdir (Eker ve Arkar, 2001).

Bu çalışmada, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,94 olarak saptanmıştır. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Aile Desteği Alt Boyutu Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı, Arkadaş Desteği Alt Boyutu Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı ve Özel Bir İnsan Desteği Alt Boyutu Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı sırasıyla 0,93, 0,96 ve 0,99 olarak belirlenmiştir. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin kullanılabilmesi için Eker ve Arkar'dan izin alınmıştır (Ek-8).

UCLA-Yalnızlık Ölçeği (3. Versiyon)

UCLA-Yalnızlık ölçeği Russell ve arkadaşları tarafından 1978 yılında geliştirilmiş olan, bireylerin yalnızlık algılarını değerlendiren bir ölçektir. Ölçek 1980 yılında Russell ve arkadaşları, 1996 yılında da Russell tarafından revize edilmiştir. Russell revizyon çalışmaları sonrasında UCLA-Yalnızlık Ölçeği'nin üçüncü versiyonunun oldukça güvenilir olduğunu bildirmiştir. Ülkemizde UCLA-Yalnızlık Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ilk olarak 1984 yılında Yaparel, 1989 yılında da Demir tarafından yapılmıştır.

UCLA Yalnızlık Ölçeği'nin Üçüncü Versiyonunun 10 maddelik formu, bireylerin yaşantılarını nasıl tanımladıklarını yansıtan 5'i düz ve 5' i ters yönde kodlanmış olan ifadelerden oluşmaktadır. Ölçeğin her maddesinde sosyal ilişkilerle ilgili duygu ya da düşünce belirten bir ifade sunulmakta ve bireylerden bu durumu ne sıklıkla yaşadıklarını dördü bir derecelendirme ölçeği üzerinde işaretlemeleri istenmektedir. Ölçekte olumlu ifadeleri içeren maddeler 2, 3, 7, 9 ve 10. maddelerden oluşmaktadır. Ölçekte olumsuz ifadeleri içeren maddeler ise 1, 4, 5, 6 ve 8. maddelerden oluşmaktadır. Ölçeğin olumlu ifadelerini içeren maddeler puanlanırken "Hiç Yaşamam = 4 puan", "Nadiren Yaşarım = 3 puan", "Bazen Yaşarım = 2 puan" ve "Sık Sık Yaşarım = 1 puan" olarak hesaplanmaktadır. Ölçeğin olumsuz ifadelerini içeren maddeler puanlanırken ise "Hiç Yaşamam = 1 puan", "Nadiren Yaşarım = 2 puan", "Bazen Yaşarım= 3 puan" ve "Sık Sık Yaşarım= 4 puan" olarak hesaplanmaktadır. Her maddeye verilen puanlar 1 ile 4 puan arasında değişmektedir. Ölçeğin bütününden elde edilebilecek en düşük toplam puan 10, en yüksek toplam puan ise 40'dır. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça yalnızlık duygusunun arttığı, ölçekten alınan toplam puan azaldıkça da yalnızlık duygusunun azaldığı kabul edilmektedir.

Russell, UCLA-Yalnızlık Ölçeği'nin üçüncü versiyonunun Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını 0,894 olarak bulmuştur. Ortalama yalnızlık puanını yaklaşık olarak 20 ve standart sapmasını ise 5,66 olarak belirlemiştir. Medyan değeri ile ortalama değerinin aynı çıktığını bildirmiştir (Russell, 1996). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,877 olarak saptanmıştır. UCLA-Yalnızlık Ölçeği'nin kullanılabilmesi için Russell'dan izin alınmıştır (Ek-9).

FACT-G (4. Versiyon) Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Cella ve arkadaşları tarafından 1993 yılında geliştirilmiştir. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği onkoloji hastalarının yaşam kalitelerini çok yönlü değerlendiren bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2004 yılında Çetiner ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bu ölçeğin Türkçe isimlendirilmesinde orijinal ölçeğin (Functional Assessment of Cancer Therapy- General) baş harflerinden oluşan kısaltması kullanılmaktadır.

Son bir hafta göz önünde bulundurularak değerlendirilen bu ölçek beşli likert tipi bir puanlamaya sahiptir. Ölçek “Hiç=0 puan”, “Çok az=1 puan”, “Biraz=2 puan”, “Oldukça=3 puan” ve “Çok fazla=4 puan” olmak üzere 0’dan 4’e kadar değişen bir puanlamaya sahiptir. Ölçekte negatif anlam taşıyan sorular için ters puanlama yapılmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 108 arasında değişmektedir. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği kullanılarak bireyin Beden Durumu, Sosyal Yaşam ve Aile Durumu, Duygusal Durum ve Faaliyet Durumu olmak üzere yaşam kalitesinin dört alt boyutu değerlendirilmektedir.

Beden Durumu: Bu alt boyutta maddelere verilen yanıtlar ters kodlandıktan sonra alt boyut toplam puanı elde edilmektedir. Elde edilen puanın yüksek olması fiziksel sağlığın yüksek algılandığına işaret etmektedir.

Sosyal Yaşam ve Aile Durumu: Bu alt boyutta maddelere verilen yanıtlar toplanarak alt boyut toplam puanı elde edilmektedir. Elde edilen puanın yüksek olması sosyal yaşam ve aile durumunun yüksek algılandığına işaret etmektedir.

Duygusal Durum: Bu alt boyutta; 1, 3, 4, 5 ve 6. maddelere verilen yanıtlar ters kodlanıp tüm madde puanları toplandıktan sonra alt boyut toplam puanı elde edilmektedir. Elde edilen puanın yüksek olması duygusal durumun yüksek algılandığına işaret etmektedir.

Faaliyet Durumu: Bu alt boyutta maddelere verilen yanıtlar toplanarak alt boyut toplam puanı elde edilmektedir. Elde edilen puanın yüksek olması bireyin günlük faaliyetlerini yerine getirdiğine işaret etmektedir.

Bu ölçekten elde edilen puanın yüksek olması iyi yaşam kalitesinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Cella FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını 0,89; Beden Durumu Alt Boyutu Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını 0,82; Sosyal Yaşam ve Aile Durumu Alt Boyutu

Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını 0,69; Duygusal Durum Alt Boyutu Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını 0,74 ve Faaliyet Durumu Alt Boyutu Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını 0,80 olarak saptamıştır. Bu çalışmada FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,94; Beden Durumu Alt Boyutu Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,90; Sosyal Yaşam ve Aile Durumu Alt Boyutu Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,87; Duygusal Durum Alt Boyutu Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,83 ve Faaliyet Durumu Alt Boyutu Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,89 olarak saptanmıştır. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği'nin kullanılabilmesi için Cella ve arkadaşlarından izin alınmıştır (Ek-10).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ)

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ) Edmonton ve arkadaşları tarafından 1996 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2008 yılında Kurt Sadırlı ve Ünsar tarafından yapılmıştır. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği onkoloji hastalarının bakım yönetimini iyileştirmek amacıyla onkoloji hastalarında yaygın olarak görülen dokuz semptomun değerlendirilmesine yardımcı olan bir ölçektir. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği'nde yer alan semptomlar; ağrı, yorgunluk, bulantı, üzüntü, endişe, uykusuzluk, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu ve nefes darlığını içermektedir. Ölçekte yer alan her bir semptomun şiddeti 0'dan 10'a kadar olan sayısal numaralarla değerlendirilmektedir. "0 puan" semptomun olmadığını ifade ederken, "10 puan" ise semptomun çok şiddetli hissedildiğini göstermekte ve "0 puandan, 10 puana" doğru semptomun şiddeti artmaktadır.

Ölçekte yer alan her bir madde ölçeğin alt boyutunu oluşturmaktadır. Kurt Sadırlı ve Ünsar, Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği'nin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısını kemoterapi öncesi 0,83, kemoterapi sonrası 0,76 olarak belirlemişlerdir (Sadırlı ve Ünsar, 2008). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,85 olarak belirlenmiştir. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ)'nin kullanılabilmesi için Kurt Sadırlı ve Ünsar'dan izin alınmıştır (Ek-11).

3.2.4. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu araştırmada elde edilen veriler IBM SPSS V23 paket programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk ile incelendi. Normal dağılım göstermeyen verilerin analizinde Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri

kullanıldı. Kullanılan ölçeklerin güvenilirliği Cronbach Alpha ile analiz edildi. Değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde ise Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Nicel veriler ortanca (minimum-maksimum), nitel veriler ise frekans (yüzde) şeklinde sunuldu. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alındı.

3.2.5. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (05.05.2017/ sayı; B.30.2.ODM.0.20.08/924) izin alındıktan sonra başlanmıştır (Ek-6). Verileri toplamak amacıyla, çalışmanın yapılacağı hastane yönetiminden (15374210-804.01-E.12144) yazılı ve araştırma kapsamına alınan onkoloji hastalarından bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

3.2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmanın tek bir hastanede yapılmış olması,
- Elde edilen bulguların hastalarla eş zamanlı görüşmelere dayalı olmaması, algıladıkları yalnızlık ve sosyal destek düzeylerinin semptom kontrolü ve yaşam kaliteleri üzerine olan etkisini değerlendirmek için gözlemler yapılamaması bu çalışmanın bir sınırlılığıdır. Bu konuda bundan sonra yapılacak çalışmalarda hem nitel hem de nicel araştırma yöntemlerinden yararlanarak, hastalarla eş zamanlı olarak odak grup görüşmeleri yapılması önerilmektedir.

4. BULGULAR

4.1. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 2. Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (N=370)

Özellikler		n	%
Yaş grubu 58,6 ± 14,1	19-28 yaş grubu	12	3,2
	29-38 yaş grubu	31	8,4
	39-48 yaş grubu	37	10,0
	49-58 yaş grubu	83	22,4
	59-68 yaş grubu	123	33,3
	69 yaş grubu ve üzeri	84	22,7
Cinsiyet	Kadın	160	43,2
	Erkek	210	56,8
Medeni durum	Bekar	69	18,6
	Evli	301	81,4
Eğitim durumu	Okur-yazar	86	23,2
	İlkokul	137	37,0
	Ortaokul	51	13,8
	Lise	63	17,0
	Üniversite	33	9,0
Çalışma durumu	Evet	99	26,8
	Hayır	271	73,2
Meslek	Ev hanımı	126	34,0
	İşçi	28	7,6
	Memur	42	11,3
	Serbest meslek	25	6,8
	Emekli	129	34,9
	Öğrenci	4	1,1
	İşsiz	16	4,3
Sosyal güvence durumu	Var	352	95,1
	Yok	18	4,9

Tablo 2. Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (devam)

Özellikler		n	%
Gelir durumu	Gelir giderden az	166	44,9
	Gelir gidere eşit	162	43,8
	Gelir giderden fazla	42	11,3
Yaşadığı yerleşim birimi	İl	158	42,7
	İlçe	142	38,4
	Köy	70	18,9
Aile yapısı	Çekirdek aile	329	88,9
	Geniş aile	41	11,1
Çocuk sahibi olma durumu	Evet	335	90,5
	Hayır	35	9,5
*Evde kimlerle birlikte yaşadığı	Eşi	138	37,3
	Çocukları	18	4,9
	Eşi ve çocukları	141	38,1
	Tek başına	29	7,8
	Diğer	44	11,9

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 2’de sunulmuştur. Araştırmaya katılan hastaların %43,2’sini kadınların, %56,8’ini erkeklerin oluşturduğu, %81,4’ünün evli, %18,6’sının bekar olduğu, %37’sinin ilkokul mezunu olduğu, %73,2’sinin çalışmadığı, %34,9’unun emekli olduğu, %95,1’inin sosyal güvencesinin bulunduğu, %44,9’unun gelirlerinin giderlerinden az olduğu, %42,7’sinin il merkezinde yaşadığı, %88,9’unun çekirdek aile yapısına sahip olduğu, %90,5’inin çocuk sahibi olduğu, %38,1’inin eşi ve çocukları ile birlikte yaşadığı belirlendi. Hastaların yaş grubu ortalamaları $58,6 \pm 14,1$ ’dir (Tablo 2).

4.2. Hastaların Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 3. Hastaların klinik özelliklerinin dağılımı (N=370)

Özellikler	n	%	
*Mevcut tansı	Lösemi	97	26,2
	Akciğer kanseri	75	20,3
	Lenfoma	58	15,7
	Meme kanseri	34	9,1
	Kolon kanseri	18	4,9
	Mesane kanseri	12	3,2
	Rektum kanseri	11	3
	Mide kanseri	8	2,1
	Karaciğer kanseri	8	2,2
	Larinks kanseri	7	1,9
	Prostat kanseri	6	1,6
	Diğer	36	9,8
	Kronik bir hastalığa sahip olma durumu	Evet	182
Hayır		188	50,8
*Cevabı evet ise sahip olduğu kronik hastalıklar (n=182)	Hipertansiyon	115	31,1
	Kalp hastalığı	68	18,4
	KOAH	16	4,3
	Diyabet	79	21,4
	Böbrek hastalığı	11	3,0
	Diğer	81	21,8
Hastalığın klinik evresi	1. Evre	70	18,9
	2. Evre	121	32,7
	3. Evre	65	17,6
	4. Evre	114	30,8
*Bugüne kadar uygulanan tedavi yöntemleri	Cerrahi tedavi	103	27,8
	Radyoterapi	93	25,1
	Kemoterapi	348	94,1
	Palyatif semptomatik tedavi	20	5,4

Tablo 3. Hastaların klinik özelliklerinin dağılımı (devam)

Özellikler		n	%
Başka bir organa metastaz varlığı	Var	126	34,1
	Yok	244	65,9
*Metastaz var ise hangi organa metastaz yaptığı (n=126)	Sürrenal bez	1	0,3
	Karaciğer	19	5,1
	Akciğer	20	5,4
	Kemik	46	12,4
	Beyin	30	8,1
	Cilt	5	1,4
	Diğer	40	31,7
Hastalığını nasıl algıladığı	Tedavi edilemeyen bir hastalık	78	21,1
	Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık	171	46,2
	Kolay tedavi edilebilen bir hastalık	121	32,7
Hastalığına uyum sağlama durumu	Evet	292	78,9
	Hayır	78	21,1
Şimdiki sağlık durumunu nasıl algıladığı	Çok kötü	24	6,5
	Kötü	71	19,2
	Orta	91	24,6
	İyi	151	40,8
	Çok İyi	33	8,9
Hastalığının tedavisi süresince kendisine eşlik eden bir yakınının bulunma durumu	Evet	350	94,6
	Hayır	20	5,4

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Hastaların klinik özelliklerinin dağılımı Tablo 3'te sunulmuştur. Araştırmaya katılan hastaların %26,2'sine lösemi, %20,3'üne akciğer kanseri ve %15,7'sine lenfoma tanısı konulduğu; %49,2'sinin kronik bir hastalığa sahip olduğu; %31,1'inin hipertansiyon, %21,4'ünün diyabet, %18,4'ünün kalp hastalığı tanısı aldığı; hastaların %32,7'sinin hastalığın 2. evresinde, %30,8'inin hastalığın 4. evresinde bulunduğu;

%94,1'ine kemoterapi, %27,8'ine cerrahi tedavi, %25,1'ine radyoterapi uygulandığı; %34,1'inde başka bir organa metastaz geliştiği; en çok metastaz gelişen organın %12,4 ile kemik olduğu; hastaların %46,2'sinin hastalığını uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olarak algıladığı; %78,9'unun hastalığa uyum sağladığı; %40,8'inin şu anki sağlık durumunu iyi olarak tanımladığı; %94,6'sının tedavi sürecinde kendisine eşlik eden bir yakınının bulunduğu belirlendi (Tablo 3).

4.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'ne (ÇBASDÖ) İlişkin Bulgular

Tablo 4. ÇBASDÖ toplam ve alt boyut ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri

ÇBASDÖ Alt Boyutları	Madde Sayısı	$\bar{x} \pm S.S.$	Ortanca	Min-Mak
Aileden Alınan Destek	4	24,4 \pm 4,9	26	4-28
Arkadaştan Alınan Destek	4	17,8 \pm 7,9	18	4-28
Özel Kişiden Alınan Destek	4	16,4 \pm 8,4	16	4-28
Toplam	12	58,6 \pm 17,8	60	12-84

* \bar{x} :Aritmetik Ortalama, S.S.:Standart Sapma, Min:Minimum, Mak:Maksimum, ÇBASDÖ:Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.

ÇBASDÖ toplam ve alt boyut puan ortalaması ve ortanca puan değerleri Tablo 4'te verilmiştir. ÇBASDÖ alt boyutlarından Aileden Alınan Destek, Arkadaştan Alınan Destek ve Özel Kişiden Alınan Destek puan ortalaması sırasıyla 24,4 \pm 4,9; 17,8 \pm 7,9 ve 16,4 \pm 8,4 olarak belirlendi. ÇBASDÖ alt boyutlarından Aileden Alınan Destek, Arkadaştan Alınan Destek ve Özel Kişiden Alınan Destek ortanca puanları sırasıyla 26, 18 ve 16 olarak saptandı. Bu çalışmada ÇBASDÖ toplam puan ortalaması 58,6 \pm 17,8 ve ortanca puanı 60 olarak belirlendi (Tablo 4).

Tablo 5. ÇBASDÖ madde puan ortalamaları

Ölçek Maddeleri	Ortalama	Standart sapma	Ortanca (Min-Mak)
Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan var (örneğin nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor)	4,2	2,1	4 (1 - 7)
Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan var (örneğin nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor)	4,1	2,1	4 (1 - 7)
Ailem (annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır	6,2	1,2	7 (1 - 7)
İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım	6,2	1,3	7 (1 - 7)
Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var (örneğin nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor)	4,1	2,1	4 (1 - 7)
Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar	4,8	2	6 (1 - 7)
İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim	4,3	2,1	4 (1 - 7)
Sorunlarımı ailemle (annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim	5,9	1,6	6 (1 - 7)
Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var	4,4	2,1	4,5 (1 - 7)
Ailem ve arkadaşlarımdan dışında olan ve duygularıma önem veren özel bir insan var (örneğin nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor)	4,1	2,2	4 (1 - 7)
Kararlarımı vermede ailem (annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir	6,2	1,2	7 (1 - 7)
Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim	4,4	2,2	4 (1 - 7)

*Min: Minimum, Mak: Maksimum, ÇBASDÖ:Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.

ÇBASDÖ madde puan ortalamaları Tablo 5’te verilmiştir. ÇBASDÖ’de hastaların en yüksek puanı “Ailem (annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır (6,2±1,2).”, “İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım (6,2±1,3).” ve “Kararlarımı vermede ailem (annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir (6,2±1,2).” ifadelerinden aldıkları belirlendi. Hastaların en düşük puanı da “Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan var (örneğin nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) (4,1±2,1).”, “Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var (örneğin nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) (4,1±2,1).”, “Ailem ve arkadaşlarımın dışında olan ve duygularıma önem veren özel bir insan var (örneğin nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) (4,1±2,2).” ifadelerinden aldıkları belirlendi. Bu çalışmada ÇBASDÖ madde puan ortalamaları 4,1±2,2 ile 6,2±1,3 arasında değişmektedir (Tablo 5).

Tablo 6. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile ÇBASDÖ’nün ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması

Özellikler		Aileden Alınan Destek	Arkadaştan Alınan Destek	Özel kişiden Alınan Destek	Toplam
Yaş grubu	19-28 yaş grubu	28 (15 - 28)	24 (16 - 28)a	24 (8 - 28)	76 (49 - 84)
	29-38 yaş grubu	27 (13 - 28)	21 (6 - 28)ab	20 (4 - 28)	60 (27 - 84)
	39-48 yaş grubu	24 (4 - 28)	20 (4 - 28)ab	16 (4 - 28)	60 (12 - 84)
	49-58 yaş grubu	26 (4 - 28)	20 (4 - 28)ab	19 (4 - 28)	62 (12 - 84)
	59-68 yaş grubu	26 (5 - 28)	16 (4 - 28)ab	16 (4 - 28)	58 (13 - 84)
	69 yaş grubu ve üzeri	25,5 (4 - 28)	14,5 (4 - 28)b	16 (4 - 28)	54,5 (12 - 84)
Test İstatistiği		$\chi^2=4,775$	$\chi^2=13,784$	$\chi^2=6,619$	$\chi^2=9,771$
p		p=0,444	p=0,017	p=0,251	p= 0,082
Cinsiyet	Kadın	26 (4 - 28)	20 (4 - 28)	19 (4 - 28)	64 (12 - 84)
	Erkek	25 (4 - 28)	16 (4 - 28)	16 (4 - 28)	56 (12 - 84)
Test İstatistiği		U=15707,5	U=15720,0	U=15453,5	U=15171,5
p		p=0,265	p=0,870	p=0,184	p=0,110

Tablo 6. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile ÇBASDÖ'nün ortanca puanlarının karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Aileden Alınan Destek	Arkadaştan Alınan Destek	Özel kişiden Alınan Destek	Toplam
Medeni durum	Bekar	24 (4 - 28)	16 (4 - 28)	12 (4 - 28)	52 (12 - 84)
	Evli	27 (4 - 28)	20 (4 - 28)	17 (4 - 28)	60 (12 - 84)
Test İstatistiği		U=7470,5	U =8750,5	U =8660,5	U =8183,0
p		p=0,000	p=0,040	p=0,030	p=0,006
Eğitim durumu	Okur-yazar	25,5 (4 - 28)	16 (4 - 28)b	14 (4 - 28)	52 (12 - 84)a
	İlkokul	25 (4 - 28)	18 (4 - 28)ab	20 (4 - 28)	61 (12 - 84)ab
	Ortaokul	25 (4 - 28)	17 (4 - 28)ab	15 (4 - 28)	53 (12 - 84)a
	Lise	27 (14 - 28)	20 (4 - 28)bc	16 (4 - 28)	60 (30 - 84)ab
	Üniversite	27 (15 - 28)	24 (13 - 28)c	24 (4 - 28)	72 (36 - 84)b
Test İstatistiği		$\chi^2=4,5$	$\chi^2=26,7$	$\chi^2=9,5$	$\chi^2=16,7$
P		p=0,338	p=0,000	p=0,050	p=0,002
Çalışma durumu	Evet	27 (4 - 28)	20 (4 - 28)	16 (4 - 28)	56 (12 - 84)
	Hayır	26 (4 - 28)	17 (4 - 28)	16 (4 - 28)	60 (12 - 84)
Test İstatistiği		U=12939,5	U=11565,5	U=13090,5	U=12740,0
p		p=0,588	p=0,041	p=0,720	p=0,458
Gelir durumu	Gelir giderden az	24,5 (4 - 28)a	16 (4 - 28)	16 (4 - 28)	56 (12 - 84)
	Gelir gidere eşit	27 (4 - 28)b	18 (4 - 28)	16 (4 - 28)	59,5 (12 - 84)
	Gelir giderden fazla	26 (15 - 28)ab	22 (7 - 28)	20 (4 - 28)	66 (33 - 84)
Test İstatistiği		$\chi^2=6,7$	$\chi^2=4,7$	$\chi^2=3,8$	$\chi^2=5,8$
p		p=0,036	p=0,095	p=0,146	p=0,054
Yaşadığı yerleşim birimi	İl	26,5 (4 - 28)	20,5 (4 - 28)a	19 (4 - 28)	64 (12 - 84)a
	İlçe	26 (4 - 28)	16 (4 - 28)b	17 (4 - 28)	58 (12 - 84)ab
	Köy	25 (4 - 28)	16 (4 - 28)b	14 (4 - 28)	54 (12 - 84)b
Test İstatistiği		$\chi^2=2,0$	$\chi^2=13,9$	$\chi^2=5,3$	$\chi^2=7,8$
p		p=0,370	p=0,001	p=0,072	p=0,020

Tablo 6. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile ÇBASDÖ'nün ortanca puanlarının karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Aileden Alınan Destek	Arkadaştan Alınan Destek	Özel kişiden Alınan Destek	Toplam
Aile yapısı	Çekirdek aile	26 (4 - 28)	20 (4 - 28)	17 (4 - 28)	60 (12 - 84)
	Geniş aile	24 (4 - 28)	16 (4 - 28)	12 (4 - 28)	55 (12 - 84)
Test İstatistiği		U=5452,5	U=5606,5	U=6252,0	U=5801,5
P		p=0,037	p=0,077	p=0,443	p=0,144
Çocuk sahibi olma durumu	Evet	26 (4 - 28)	17 (4 - 28)	16 (4 - 28)	60 (12 - 84)
	Hayır	26 (4 - 28)	23 (4 - 28)	19 (4 - 28)	59 (12 - 84)
Test İstatistiği		U=5403,5	U=4787,0	U=5843,0	U=5426,5
P		p=0,428	p=0,073	p=0,974	p=0,468
*Evde kimlerle birlikte yaşadığı	Eşi	27 (4 - 28)a	18 (4 - 28)	18,5 (4 - 28)a	60,5 (12 - 84)a
	Çocukları	24,5 (8 - 28)ab	12 (4 - 28)	14 (4 - 28)ab	52 (16 - 84)ab
	Eşi ve çocukları	27 (4 - 28)a	20 (4 - 28)	18 (4 - 28)a	61 (12 - 84)a
	Tek başına	24 (4 - 28)b	16 (4 - 28)	8 (4 - 28)b	47 (12 - 84)b
	Diğer	24,5 (12 - 28)ab	17,5 (4 - 28)	17,5 (4 - 28)ab	57,5 (20 - 84)ab
Test İstatistiği		$\chi^2=21,1$	$\chi^2=8,2$	$\chi^2=13,3$	$\chi^2=14,1$
P		p<0,001	p=0,083	p=0,010	p=0,007

*Birden fazla cevap verilmiştir, χ^2 :Kruskal Wallis test istatistiği, U:Mann Whitney U test istatistiği, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur, ÇBASDÖ:Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.

Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile ÇBASDÖ'nün ortanca puan değerleri Tablo 6'da karşılaştırılmıştır. ÇBASDÖ toplam ortanca puanının hastaların; medeni durumuna (U=8183,0, p=0,006), eğitim durumuna ($\chi^2=16,7$, p=0,002), yaşadığı yerleşim birimine ($\chi^2=7,8$, p=0,020) ve evde kimlerle birlikte yaşadığına ($\chi^2=14,1$, p=0,007) göre farklılık gösterdiği belirlendi. ÇBASDÖ toplam ortanca puanının hastaların yaş grubuna ($\chi^2=9,771$, p= 0,082), cinsiyetine (U=15171,5, p=0,110), çalışma durumuna (U=12740,0, p=0,458), gelir durumuna ($\chi^2=5,8$, p=0,054), aile yapısına (U=5801,5, p=0,144) ve çocuk sahibi olma durumuna (U=5426,5, p=0,468) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 6).

ÇBASDÖ Aileden Alınan Destek Alt Boyut ortanca puanının hastaların; medeni durumuna (U=7470,5, p=0,000), gelir durumuna ($\chi^2=6,7$, p=0,036), aile yapısına

(U=5452,5, p=0,037) ve evde kimlerle birlikte yaşadığına ($\chi^2=21,1$, p<0,001) göre farklılık gösterdiği belirlendi. ÇBASDÖ Aileden Alınan Destek ortanca puanının hastaların; yaş grubuna ($\chi^2=4,775$, p=0,444), cinsiyetine (U=15707,5, p=0,265), eğitim durumuna ($\chi^2=4,5$, p=0,338), çalışma durumuna (U=12939,5, p=0,588), yaşadığı yerleşim birimine ($\chi^2=2,0$, p=0,370) ve çocuk sahibi olma durumuna (U=5403,5, p=0,428) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 6).

ÇBASDÖ Arkadaştan Alınan Destek Alt Boyut ortanca puanının hastaların; yaş grubuna ($\chi^2=13,784$, p=0,017), medeni durumuna (U=8750,5, p=0,040), eğitim durumuna ($\chi^2=26,7$, p=0,000), çalışma durumuna (U=11565,5, p=0,041) ve yaşadığı yerleşim birimine ($\chi^2=13,9$, p=0,001) göre farklılık gösterdiği belirlendi. ÇBASDÖ Arkadaştan Alınan Destek ortanca puanının hastaların; cinsiyetine (U=15720,0, p=0,870), gelir durumuna ($\chi^2=4,7$, p=0,095), aile yapısına (U=5606,5, p=0,077), çocuk sahibi olma durumuna (U=4787,0, p=0,073) ve evde kimlerle birlikte yaşadığına ($\chi^2=8,2$, p=0,083) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 6).

ÇBASDÖ Özel Kişiden Alınan Destek Alt Boyut ortanca puanının hastaların; medeni durumuna (U=8660,5, p=0,030) ve evde kimlerle birlikte yaşadığına ($\chi^2=13,3$, p=0,010) göre farklılık gösterdiği belirlendi. ÇBASDÖ Özel Kişiden Alınan Destek ortanca puanının hastaların; yaş grubuna ($\chi^2=6,619$, p=0,251), cinsiyetine (U=15453,5, p=0,184), eğitim durumuna ($\chi^2=9,5$, p=0,050), çalışma durumuna (U=13090,5, p=0,720), gelir durumuna ($\chi^2=3,8$, p=0,146), yaşadığı yerleşim birimine ($\chi^2=5,3$, p=0,072), aile yapısına (U=6252,0, p=0,443) ve çocuk sahibi olma durumuna (U=5843,0, p=0,974) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 6).

Tablo 7. Hastaların klinik özellikleri ÇBASDÖ'nün ortanca puanlarının karşılaştırılması

Özellikler		Aileden	Arkadaştan	Özel kişiden	Toplam
		Alnan Destek	Alnan Destek	Alnan Destek	
*Mevcut tanısı	Lösemi	26 (4 - 28)	20 (4 - 28)	18 (4 - 28)	62 (12 - 84)
	Akciğer kanseri	27 (8 - 28)	16 (4 - 28)	17 (4 - 28)	58 (16 - 84)
	Lenfoma	26 (4 - 28)	16 (4 - 28)	16 (4 - 28)	55 (12 - 84)
	Meme kanseri	27,5 (4 - 28)	20 (4 - 28)	19,5 (4 - 28)	68 (12 - 84)
	Kolon kanseri	24 (12 - 28)	16,5 (4 - 28)	10 (4 - 28)	48,5 (26 - 84)
	Mesane kanseri	27 (16 - 28)	24 (16 - 28)	20,5 (4 - 28)	64,5 (48 - 84)
	Rektum kanseri	26 (5 - 28)	20 (4 - 28)	12 (4 - 28)	58 (13 - 84)
	Mide kanseri	23,5 (4 - 28)	13,5 (4 - 28)	14,5 (4 - 28)	49,5 (12 - 84)
	Karaciğer kanseri	25,5 (17 -28)	18,5 (4 - 28)	17 (4 - 28)	59 (36 - 84)
	Larinks kanseri	25 (4 - 28)	13 (4 - 28)	16 (4 - 28)	50 (12 - 84)
	Prostat kanseri	24 (24 - 28)	14,5 (4 - 28)	13,5 (4 - 28)	51,5 (33 - 84)
	Diğer	25 (13 - 28)	16,5 (4 - 28)	16 (4 - 28)	52 (26 - 84)
Test istatistiği		$\chi^2=5,9$	$\chi^2=10,8$	$\chi^2=7,0$	$\chi^2=9,7$
p		p=0,879	p=0,462	p=0,798	p=0,560
Kronik bir hastalığa sahip olma durumu	Evet	26 (4 - 28)	16 (4 - 28)	16 (4 - 28)	56 (12 - 84)
	Hayır	25,5 (4 - 28)	20 (4 - 28)	20 (4 - 28)	62 (12 - 84)
Test istatistiği		U=17034,5	U=14944,0	U=14891,5	U=15045,5
p		p=0,941	p=0,034	p=0,030	p=0,045
Hastalığın klinik evresi	1. Evre	26,5 (4 - 28)	21,5 (4 - 28)a	20 (4 - 28)a	65 (12 - 84)a
	2. Evre	26 (8 - 28)	20 (4 - 28)a	20 (4 - 28)a	62 (16 - 84)a
	3. Evre	26 (4 - 28)	20 (4 - 28)ab	19 (4 - 28)ab	60 (12 - 84)ab
	4. Evre	25 (4 - 28)	16 (4 - 28)b	12 (4 - 28)b	51,5 (12 - 84)b
Test istatistiği		$\chi^2=1,1$	$\chi^2=12,0$	$\chi^2=14,1$	$\chi^2=15,1$
p		p=0,775	p=0,007	p=0,003	p=0,002
Başka bir organa metastaz varlığı	Evet	25 (4 - 28)	16 (4 - 28)	12 (4 - 28)	52 (12 - 84)
	Hayır	26 (4 - 28)	20 (4 - 28)	20 (4 - 28)	62,5 (12 - 84)
Test istatistiği		U=14382,0	U=12675,5	U=11891,5	U=11832,0
p		p=0,291	p=0,005	p<0,001	p<0,001

*Birden fazla cevap verilmiştir, χ^2 :Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği,

a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur, ÇBASDÖ:Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.

Hastaların klinik özellikleri ile ÇBASDÖ'nün ortanca puan değerleri Tablo 7'de verilmiştir. ÇBASDÖ'nün toplam ortanca puanının hastaların; kronik bir hastalığa sahip olmasına ($U=15045,5$, $p=0,045$), hastalığın klinik evresine ($\chi^2=15,1$, $p=0,002$) ve metastaz gelişme durumuna ($U=11832,0$, $p<0,001$) göre farklılık gösterdiği belirlendi. ÇBASDÖ toplam ortanca puanının hastaların; mevcut tanısına ($\chi^2=9,7$, $p=0,560$) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 7).

ÇBASDÖ Aileden Alınan Destek Alt Boyut ortanca puanının hastaların; mevcut tanısı ($\chi^2=5,9$, $p=0,879$), kronik bir hastalığa sahip olma durumuna ($U=17034,5$, $p=0,941$), hastalığın klinik evresine ($\chi^2=1,1$, $p=0,775$) ve metastaz gelişme durumuna ($U=14382,0$, $p=0,291$) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 7).

ÇBASDÖ Arkadaştan Alınan Destek Alt Boyut ortanca puanının hastaların; kronik bir hastalığa sahip olma durumuna ($U=14944,0$, $p=0,034$), hastalığın klinik evresine ($\chi^2=12,0$, $p=0,007$) ve metastaz gelişme durumuna ($U=12675,5$, $p=0,005$) göre farklılık gösterdiği belirlendi. ÇBASDÖ Arkadaştan Alınan Destek ortanca puanının hastaların; mevcut tanısına ($\chi^2=10,8$, $p=0,462$) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 7).

ÇBASDÖ Özel Kişiden Alınan Destek Alt Boyut ortanca puanının hastaların; kronik bir hastalığa sahip olma durumuna ($U=14891,5$, $p=0,030$), hastalığın klinik evresine ($\chi^2=14,1$, $p=0,003$) ve metastaz gelişme durumuna ($U=11891,5$, $p<0,001$) göre farklılık gösterdiği belirlendi. ÇBASDÖ Özel Kişiden Alınan Destek ortanca puanının hastaların mevcut tanısına ($\chi^2=7,0$, $p=0,798$), göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 7).

4.4. UCLA Yalnızlık Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

Tablo 8. UCLA Yalnızlık Ölçeği madde puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması

Ölçek Maddeleri	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca (Min-Mak)
Ne sıklıkta bir arkadaşınız olmadığını hissediyorsunuz?	1,5	0,8	1(1-4)
Ne sıklıkta çevrenizdeki kişilerle çok sayıda ortak noktanızın olduğunu düşünüyorsunuz?	2,0	0,8	2(1-4)
Ne sıklıkta kendinizi insanlara yakın hissediyorsunuz?	1,8	0,7	2(1-4)
Ne kadar sıklıkla kendinizi dışlanmış hissediyorsunuz?	1,4	0,7	1(1-4)
Ne sıklıkta kimsenin sizi gerçekten tanımadığını düşünüyorsunuz?	1,3	0,7	1(1-4)
Ne sıklıkta kendinizi diğerlerinden izole hissediyorsunuz?	1,4	0,8	1(1-4)
Ne sıklıkta gerçekten sizi anlayan birilerinin olduğunu hissediyorsunuz?	1,9	0,7	2(1-4)
Ne sıklıkta insanların etrafınızda olduğunu fakat sizinle birlikte olmadığını hissediyorsunuz?	1,4	0,8	1(1-4)
Ne sıklıkta konuşabileceğiniz insanlar olduğunu hissediyorsunuz?	1,9	0,8	2(1-4)
Ne sıklıkta yardım isteyebileceğiniz insanların olduğunu hissediyorsunuz?	3,7	0,6	4(1-4)
Toplam	18,4	5,1	17 (12-36)

* Min: Minimum, Mak: Maksimum.

UCLA Yalnızlık Ölçeği madde puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması Tablo 8'de verilmiştir. UCLA Yalnızlık Ölçeği'nde hastaların en yüksek puan ortamasını; “Ne sıklıkta yardım isteyebileceğiniz insanların olduğunu hissediyorsunuz? (3,7±0,6).” ifadesinden aldığı belirlendi. Hastaların en düşük puan ortalamasını da “Ne sıklıkta kimsenin sizi gerçekten tanımadığını düşünüyorsunuz? (1,3±0,7).“ ifadesinden

aldıkları saptandı. Bu çalışmada UCLA Yalnızlık Ölçeği ortanca puan ortalamaları $1,3\pm 0,7$ ile $3,7\pm 0,6$ arasında değişmektedir. UCLA Yalnızlık Ölçeği toplam puan ortalaması $18,4\pm 5,1$ olarak belirlendi (Tablo 8).

Tablo 9. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile UCLA Yalnızlık Ölçeği ortanca puanlarının karşılaştırılması

Özellikler		Ortanca (Min-Mak)	Test İstatistiği p değeri
Yaş grubu	19-28 yaş grubu	14,5 (13 - 17)a	$\chi^2= 22,900$ p<0,001
	29-38 yaş grubu	16 (13 - 34)ab	
	39-48 yaş grubu	17 (12 - 32)ab	
	49-58 yaş grubu	17 (13 - 36)ab	
	59-68 yaş grubu	18 (13 - 32)b	
	69 yaş grubu ve üzeri	18 (13 - 34)b	
Cinsiyet	Kadın	17 (13 - 34)	U= 15958,5
	Erkek	17 (12 - 36)	p= 0,406
Medeni durum	Bekar	17 (12 - 36)	U= 9031,0
	Evli	17 (13 - 34)	p=0,089
Eğitim durumu	Okur-yazar	18 (13 - 34)b	$\chi^2=30,5$ p<0,001
	İlkokul	17 (13 - 36)ab	
	Ortaokul	17 (12 - 32)ab	
	Lise	17 (13 - 30)ac	
	Üniversite	15 (13 - 19)c	
Çalışma durumu	Evet	16 (12 - 34)	U=10791,0
	Hayır	17 (13 - 36)	p=0,004
Sosyal güvence durumu	Var	17 (12 - 34)	U=2357,0
	Yok	18 (13 - 36)	p=0,065
Gelir durumu	Gelir giderden az	17 (13 - 36)a	$\chi^2=8,2$ p=0,016
	Gelir gidere eşit	17 (12 - 32)ab	
	Gelir giderden fazla	16,5 (13 - 28)b	
Yaşadığı yerleşim birimi	İl	16 (12 - 32)a	$\chi^2=19,4$ p<0,001
	İlçe	17 (13 - 36)b	
	Köy	18 (13 - 32)b	

Tablo 9. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile UCLA Yalnızlık Ölçeği ortanca puanlarının karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Ortanca (Min-Mak)	Test İstatistiği p değeri
Aile yapısı	Çekirdek aile	17 (12 - 36)	U=5710,5
	Geniş aile	17 (13 - 32)	p=0,107
Çocuk sahibi olma durumu	Evet	17 (13 - 34)	U=4104,5
	Hayır	16 (12 - 36)	p=0,003
*Evde kimlerle birlikte yaşadığı	Eşi	17 (13 - 34)ab	
	Çocukları	21,5 (14 - 32)a	$\chi^2=14,5$
	Eşi ve çocukları	17 (13 - 34)b	p=0,006
	Tek başına	17 (12 - 36)ab	
	Diğer	17 (13 - 32)ab	

*Birden fazla cevap verilmiştir, χ^2 :Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile UCLA Yalnızlık Ölçeği ortanca puan değerleri Tablo 9’da karşılaştırılmıştır. UCLA Yalnızlık Ölçeği ortanca puanının hastaların yaş grubuna ($\chi^2=22,900$, $p<0,001$), eğitim durumuna ($\chi^2=30,5$, $p<0,001$), çalışma durumuna (U=10791,0, $p=0,004$), gelir durumuna ($\chi^2=8,2$, $p=0,016$), yaşadığı yerleşim birimine ($\chi^2=19,4$, $p<0,001$), çocuk sahibi olma durumuna (U=4104,5, $p=0,003$) ve evde kimlerle birlikte yaşadığına ($\chi^2=14,5$, $p=0,006$) göre farklılık gösterdiği belirlendi. UCLA Yalnızlık Ölçeği ortanca puanının hastaların cinsiyetine (U= 15958,5, $p= 0,406$), medeni durumuna ($\chi^2= 9031,0$, $p=0,089$), sosyal güvence durumuna (U=2357,0, $p=0,065$) ve aile yapısına (U=5710,5, $p=0,107$) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 9).

Tablo 10. Hastaların klinik özellikleri ile UCLA Yalnızlık Ölçeği ortanca puanlarının karşılaştırılması

Özellikler		Ortanca (Min-Mak)	Test İstatistiği p değeri
*Mevcut tanısı	Lösemi	17 (13 - 32)	$\chi^2=19,7$ p= 0,050
	Akciğer kanseri	17 (12 - 32)	
	Lenfoma	17 (13 - 33)	
	Meme kanseri	16 (13 - 34)	
	Kolon kanseri	18,5 (13 - 32)	
	Mesane kanseri	17 (13 - 25)	
	Rektum kanseri	19 (13 - 32)	
	Mide kanseri	19 (13 - 36)	
	Karaciğer kanseri	17 (14 - 28)	
	Larinks kanseri	18 (14 - 32)	
	Prostat kanseri	20 (13 - 25)	
Diğer	18 (13 - 34)		
Kronik bir hastalığa sahip olma durumu	Evet	18 (13 - 34)	U= 13828,0
	Hayır	17 (12 - 36)	p= 0,001
Hastalığın klinik evresi	1. Evre	16 (13 - 33)a	$\chi^2=14,4$ p= 0,002
	2. Evre	17 (13 - 32)a	
	3. Evre	17 (12 - 36)ab	
	4. Evre	18 (13 - 34)b	
Başka bir organa metastaz varlığı	Var	18 (12 - 34)	U= 12385,5
	Yok	17 (13 - 36)	p =0,002

*Birden fazla cevap verilmiştir, χ^2 :Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri.

Hastaların klinik özellikleri ile UCLA Yalnızlık Ölçeği'nin ortanca puan değerleri Tablo 10'da verilmiştir. UCLA Yalnızlık Ölçeği'nin toplam ortanca puanının hastaların; kronik bir hastalığa sahip olmasına (U=13828,0, p= 0,001), hastalığın klinik evresine ($\chi^2=14,4$, p= 0,002) ve metastaz gelişme durumuna (U=12385,5, p=0,002) göre farklılık gösterdiği belirlendi. UCLA Yalnızlık Ölçeği ortanca puanının hastaların; mevcut tanısına ($\chi^2=19,7$, p= 0,050) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 10).

4.5. FACT-G (4. Versiyon) Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

Tablo 11. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt boyut ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri

FACT-G Alt Boyutları	Madde Sayısı	$\bar{x} \pm S.S.$	Ortanca	Min-Mak
Beden Durumu	7	12,5±8,0	12	0 - 28
Sosyal Yaşam ve Aile Durumu	7	20,1±6,0	21	0 - 28
Duygusal Durum	6	14,9±6,0	15	0 - 24
Faaliyet Durumu	7	11,0±6,8	10	0 - 28
Toplam	27	58,4±21,6	59	0 - 108

* \bar{x} : Aritmetik Ortalama, S.S.: Standart Sapma, Min: Minimum, Mak: Maksimum.

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt boyut ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri Tablo 11'de verilmiştir. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği alt boyutlarından Beden Durumu, Sosyal Yaşam ve Aile Durumu, Duygusal Durum ve Faaliyet Durumu puan ortalamaları sırasıyla 12,5±8,0; 20,1±6,0; 14,9±6,0 ve 11,0±6,8 olarak belirlendi. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği alt boyutlarından Beden Durumu, Sosyal Yaşam ve Aile Durumu, Duygusal Durum ve Faaliyet Durumu ortanca puanları sırasıyla 12, 21, 15 ve 10 olarak saptandı. Bu çalışmada FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği puan ortalaması 58,4±21,6 ve ortanca puanı 59 olarak belirlendi (Tablo 11).

Tablo 12. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği madde puan ortalamaları

Ölçek Maddeleri	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca (Min-Mak)
Enerjim düşük	1,5	1,3	1 (0 - 4)
Bulantım var	2,3	1,5	2(0 - 4)
Bedensel durumum yüzünden ailemin ihtiyaçlarını karşılamakta güçlük çekiyorum	1,6	1,4	1(0 - 4)
Ağrım var	2,0	1,5	2(0 - 4)
Tedavinin yan etkileri beni rahatsız ediyor	1,5	1,3	1(0 - 4)
Kendimi hasta hissediyorum	1,7	1,4	2(0 - 4)

Tablo 12. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği madde puan ortalamaları (devam)

Ölçek Maddeleri	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca (Min-Mak)
Yatakta yatmaya mecbur kalıyorum	1,9	1,6	2(0 – 4)
Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum	2,7	1,4	3(0 – 4)
Ailemden manevi destek görüyorum	3,5	0,9	4(0 – 4)
Arkadaşlarımdan destek görüyorum	2,8	1,4	3(0 – 4)
Ailem hastalığımı kabullendi	3,5	0,9	4(0 – 4)
Ailemle hastalığım konusunda iletişimden memnunum	3,5	0,9	4(0 – 4)
Kendimi hayat arkadaşına (veya başlıca desteğim olan kimseye) yakın hissediyorum	3,1	1,3	4(0 – 4)
Cinsel hayatım tatmin edici	1,0	1,2	0(0 – 4)
Kendimi üzgün hissediyorum	2,2	1,4	2(0 – 4)
Hastalığımla başa çıkma yöntemimden memnunum	2,4	1,2	3(0 – 4)
Hastalığımla olan mücadelede ümidimi kaybediyorum	2,9	1,3	4(0 – 4)
Kendimi sinirli hissediyorum	2,5	1,4	3(0 – 4)
Ölmekten korkuyorum	2,7	1,4	3(0 – 4)
Durumumun daha kötüye gitmesinden endişeleniyorum	2,2	1,4	2(0 – 4)
Çalışabiliyorum	0,9	1,2	0(0 – 4)
İşim (ev işi dahil) beni tatmin ediyor	1,0	1,3	0(0 – 4)
Hayattan zevk alabiliyorum	1,7	1,2	2(0 – 4)
Hastalığımı kabullendim	2,6	1,2	3(0 – 4)
İyi uyuyorum	1,9	1,5	2(0 – 4)
Eğlenmek için yaptığım şeylerden zevk alıyorum	1,4	1,2	1(0 – 4)
Şuanda hayatımın kalitesinden memnunum	1,5	1,2	2(0 – 4)

*Min: Minimum, Mak: Maksimum.

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği madde puan ortalamaları Tablo 12’de verilmiştir. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği’nde hastaların en yüksek puan ortalamasını; “Ailemden manevi destek görüyorum (3,5±0,9).”, “Ailem hastalığımı kabullendi (3,5±0,9).” ve “Ailemle hastalığım konusunda iletişimden memnunum (3,5±0,9).” ifadelerinden aldıkları belirlendi. Hastaların en düşük puan

ortalamasını da “Çalışabiliyorum (0,9±1,2).” ifadesinden aldıkları saptandı. Bu çalışmada FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği madde puan ortalamaları 0,9±1,2 ile 3,5±0,9 arasında değişmektedir (Tablo 12).

Tablo 13. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği'nin ortanca puanlarının karşılaştırılması

Özellikler	Beden Durumu	Sosyal Yaşam ve Aile Durumu	Duygusal Durum	Faaliyet Durumu	Toplam	
19-28 yaş grubu	15 (0 - 25)	24 (15 - 27)	13 (5 - 24)	15,5 (1 - 21)	67 (33 - 93)	
29-38 yaş grubu	14 (1 - 28)	22 (3 - 28)	17 (2 - 24)	14 (3 - 28)	62 (25 - 105)	
39-48 yaş grubu	11 (0 - 27)	24 (0 - 28)	16 (0 - 24)	10 (0 - 25)	57 (0 - 98)	
49-58 yaş grubu	12 (0 - 28)	24 (0 - 28)	15 (3 - 24)	10 (0 - 28)	63 (9 - 108)	
59-68 yaş grubu	12 (0 - 28)	20 (0 - 28)	15 (0 - 24)	10 (0 - 28)	57 (12 - 108)	
69 yaş grubu ve üzeri	11 (0 - 28)	20 (0 - 28)	15 (5 - 24)	8,5 (0 - 25)	53,5 (11 - 101)	
Test İstatistiği	$\chi^2=6,7$	$\chi^2=14,2$	$\chi^2=2,0$	$\chi^2=12,2$	$\chi^2=7,7$	
p	p=0,248	p=0,050	p=0,851	p=0,050	p=0,177	
Cinsiyet	Kadın	11 (0 - 28)	21,5 (0 - 28)	15 (0 - 24)	10 (0 - 28)	57 (0 - 105)
	Erkek	12,5 (0 - 28)	21 (0 - 28)	16 (0 - 24)	10,5 (0 - 28)	61 (9 - 108)
Test İstatistiği	U= 14775	U= 16442	U= 16429	U= 16520,5	U= 15815,5	
p	p=0,047	p=0,724	p=0,715	p=0,784	p=0,334	
Medeni durum	Bekar	10 (0 - 28)	16 (0 - 26)	14 (4 - 24)	9 (0 - 28)	51 (13 - 101)
	Evli	12 (0 - 28)	22 (0 - 28)	16 (0 - 24)	10 (0 - 28)	60 (0 - 108)
Test İstatistiği	U =9946,0	U=5743,5	U=9966,5	U=9237,0	U=8521,5	
p	p=0,584	p=0,000	p=0,601	p=0,152	p=0,020	
Eğitim durumu	Okur-yazar	11 (0 - 28)a	19 (0 - 27)a	14 (2 - 24)	9 (0 - 28)a	51 (11 - 102)a
	İlkokul	12 (0 - 28)ab	21 (0 - 28)ab	16 (0 - 24)	10 (0 - 26)a	59 (12 - 103)a
	Ortaokul	9 (0 - 28)a	20 (0 - 28)ab	15 (0 - 24)	9 (0 - 28)a	55 (0 - 100)a
	Lise	11 (0 - 28)ab	24 (6 - 28)b	16 (1 - 24)	10 (0 - 28)ab	63 (16 - 108)ab
	Üniversite	16 (5 - 28)b	24 (13 - 28)b	17 (5 - 24)	15 (4 - 28)b	68 (41 - 108)b
Test İstatistiği	$\chi^2=14,2$	$\chi^2=22,6$	$\chi^2=8,2$	$\chi^2=19,2$	$\chi^2=20,8$	
p	p=0,007	p=0,000	p=0,084	p=0,001	p=0,000	

Tablo 13. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği'nin ortanca puanlarının karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Beden Durumu	Sosyal Yaşam ve Aile Durumu	Duygusal Durum	Faaliyet Durumu	Toplam
Çalışma durumu	Evet	14 (0 - 28)	23 (0 - 28)	16 (2 - 24)	11 (0 - 28)	63 (21 - 101)
	Hayır	11 (0 - 28)	20 (0 - 28)	15 (0 - 24)	10 (0 - 28)	57 (0 - 108)
Test İstatistiği		U= 11835	U= 11317	U= 11826,5	U= 12362	U= 11542
p		p=0,083	p=0,021	p=0,081	p=0,247	p=0,040
Sosyal güvence durumu	Var	12 (0 - 28)	21 (0 - 28)	15 (0 - 24)	10 (0 - 28)	60 (0 - 108)
	Yok	8,5 (0 - 23)	16,5 (0 - 28)	9 (5 - 20)	7,5 (0 - 21)	41 (17 - 84)
Test İstatistiği		U= 2264,5	U= 2420	U= 1827	U= 2115	U= 1807,5
p		p=0,041	p=0,090	p=0,002	p=0,017	p=0,002
Gelir durumu	Gelir giderden az	10 (0 - 28)a	20 (0 - 28)a	14 (0 - 24)a	9,5 (0 - 28)	56 (0 - 108)a
	Gelir gidere eşit	13 (0 - 28)ab	21 (0 - 28)ab	16 (1 - 24)b	11 (0 - 28)	63 (12 - 105)b
	Gelir giderden fazla	15 (0 - 28)b	24 (10 - 28)b	19 (1 - 24)b	12 (0 - 28)	64,5 (16 - 108)b
Test İstatistiği		$\chi^2=10,6$	$\chi^2=9,6$	$\chi^2=11,5$	$\chi^2=7,3$	$\chi^2=15,2$
p		p=0,005	p=0,008	p=0,003	p=0,050	p<0,001
Yaşadığı yerleşim birimi	İl	13 (0 - 28)a	22,5 (0 - 28)a	15 (0 - 24)	12 (0 - 28)a	63,5 (0 - 108)a
	İlçe	12 (0 - 28)ab	21 (0 - 28)ab	16 (0 - 24)	9 (0 - 28)b	58 (11 - 108)ab
	Köy	10 (0 - 28)b	19,5 (0 - 28)b	14 (1 - 24)	8 (0 - 22)b	51 (12 - 94)b
Test İstatistiği		$\chi^2=6,7$	$\chi^2=8,4$	$\chi^2=1,6$	$\chi^2=15,2$	$\chi^2=9,9$
p		p=0,035	p=0,015	p=0,456	p<0,001	p=0,007
Aile yapısı	Çekirdek aile	12 (0 - 28)	21 (0 - 28)	15 (0 - 24)	10 (0 - 28)	60 (0 - 108)
	Geniş aile	9 (0 - 28)	20 (0 - 26)	14 (4 - 24)	7 (0 - 23)	52 (13 - 91)
Test İstatistiği		U= 5870,5	U= 5638,5	U= 6337,5	U= 5387,5	U= 5605,5
p		p=0,176	p=0,086	p=0,528	p=0,035	p=0,078

Tablo 13. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği'nin ortanca puanlarının karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Beden Durumu	Sosyal Yaşam ve Aile Durumu	Duygusal Durum	Faaliyet Durumu	Toplam
Çocuk sahibi olma durumu	Evet	11 (0 - 28)	21 (0 - 28)	15 (0 - 24)	10 (0 - 28)	58 (0 - 108)
	Hayır	16 (0 - 28)	22 (0 - 28)	13 (5 - 24)	13 (0 - 28)	62 (17 - 101)
Test İstatistiği		U= 4446,5	U= 5585,5	U= 5354,5	U= 5240,5	U= 5378,5
p		p=0,019	p=0,644	p=0,398	p=0,301	p=0,421
*Evde kimlerle birlikte yaşadığı	Eşi	13 (0 - 28)	20 (0 - 28)b	15,5 (2 - 24)	11 (0 - 28)	60 (9 - 108)
	Çocukları	8 (0 - 28)	16 (0 - 24)a	16 (4 - 24)	5,5 (1 - 25)	43 (14 - 101)
	Eşi ve çocukları	11 (0 - 28)	24 (0 - 28)b	16 (0 - 24)	11 (0 - 28)	62 (0 - 103)
	Tek başına	9 (0 - 28)	15 (0 - 25)a	14 (5 - 24)	9 (0 - 26)	46 (11 - 90)
	Diğer	12 (0 - 28)	20,5 (6 - 26)ab	14,5 (4 - 24)	9 (0 - 28)	57 (17 - 101)
Test İstatistiği		$\chi^2=5,4$	$\chi^2=43,9$	$\chi^2=2,6$	$\chi^2=8,9$	$\chi^2=11,6$
p		p=0,249	p<0,001	p=0,630	p=0,064	p=0,050

*Birden fazla cevap verilmiştir, χ^2 :Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği,a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği ortanca puan değerleri Tablo 13'te karşılaştırılmıştır. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam ortanca puanının hastaların; eğitim durumuna ($\chi^2 =20,8$, p=0,000), çalışma durumuna (U=11542,0,p=0,040), sosyal güvence durumuna (U=1807,5, p=0,002), gelir durumuna ($\chi^2 =15,2$, p<0,001) ve yaşadığı yerleşim birimine ($\chi^2 =9,9$, p=0,007) göre farklılık gösterdiği belirlendi. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam ortanca puanının hastaların; yaş grubuna ($\chi^2 =7,7$, p=0,177), cinsiyetine (U=15815,5, p=0,334), medeni durumuna (U=8521,5, p=0,020), aile yapısına (U= 5605,5, p=0,078), çocuk sahibi olma durumuna

(U= 5378,5, p=0,421) ve evde kimlerle birlikte yaşadığına ($\chi^2=11,6$, p=0,050) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 13).

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Beden Durumu Alt Boyut ortanca puanının hastaların; cinsiyetine (U=14775,0, p=0,047), eğitim durumuna ($\chi^2=14,2$, p=0,007), sosyal güvence durumuna (U= 2264,5, p=0,041), gelir durumuna ($\chi^2=10,6$, p=0,005), yaşadığı yerleşim birimine ($\chi^2=6,7$, p=0,035) ve çocuk sahibi olma durumuna (U= 4446,5, p=0,019) göre farklılık gösterdiği belirlendi. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Beden Durumu Alt Boyut ortanca puanının hastaların; yaş grubuna ($\chi^2=6,7$, p=0,248), medeni durumuna (U=9946,0, p=0,584), çalışma durumuna (U= 11835,0,p=0,083), aile yapısına (U= 5870,5, p=0,176) ve evde kimlerle birlikte yaşadığına ($\chi^2=5,4$, p=0,249) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 13).

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Sosyal Yaşam ve Aile Durumu Alt Boyut ortanca puanının hastaların; medeni durumuna (U=5743,5, p=0,000), eğitim durumuna ($\chi^2=22,6$, p=0,000), çalışma durumuna (U= 11317,0, p=0,021), gelir durumuna ($\chi^2=9,6$, p=0,008), yaşadığı yerleşim birimine ($\chi^2=8,4$, p=0,015) ve evde kimlerle birlikte yaşadığına ($\chi^2=43,9$, p<0,001) göre farklılık gösterdiği belirlendi. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Sosyal Yaşam ve Aile Durumu Alt Boyut ortanca puanının hastaların; yaş grubuna ($\chi^2=14,2$, p=0,050), cinsiyetine (U=16442,0, p=0,724), sosyal güvence durumuna (U=2420,0, p=0,090), aile yapısına (U=5638,5, p=0,086) ve çocuk sahibi olma durumuna (U=5585,5, p=0,644) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 13).

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Duygusal Durum Alt Boyut ortanca puanının hastaların; sosyal güvence durumuna (U=1827,0, p=0,002) ve gelir durumuna ($\chi^2=11,5$, p=0,003) göre farklılık gösterdiği belirlendi. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Duygusal Durum Alt Boyut ortanca puanının hastaların; yaş grubuna ($\chi^2=2,0$, p=0,851), cinsiyetine (U=16429, p=0,715), medeni durumuna (U=9966,5, p=0,601), eğitim durumuna ($\chi^2=8,2$, p=0,084), çalışma durumuna (U=11826,5, p=0,081), yaşadığı yerleşim birimine ($\chi^2=1,6$, p=0,456), aile yapısına (U=6337,5, p=0,528), çocuk sahibi olma durumuna (U=5354,5, p=0,398) ve evde kimlerle birlikte yaşadığına ($\chi^2=2,6$, p=0,630) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 13).

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Faaliyet Durumu Alt Boyut ortanca puanının hastaların; eğitim durumuna ($\chi^2=19,2$, $p=0,001$), sosyal güvence durumuna ($U=2115$, $p=0,017$), yaşadığı yerleşim birimine ($\chi^2=15,2$, $p<0,001$) ve aile yapısına ($U=5387,5$, $p=0,035$) göre farklılık gösterdiği belirlendi. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Faaliyet Durumu Alt Boyut ortanca puanının hastaların; yaş grubuna ($\chi^2=12,2$, $p=0,050$), cinsiyetine ($U=16520,5$, $p=0,784$), medeni durumuna ($U=9237,0$, $p=0,152$), çalışma durumuna ($U=12362$, $p=0,247$), gelir durumuna ($\chi^2=7,3$, $p=0,050$), çocuk sahibi olma durumuna ($U=5240,5$, $p=0,301$) ve evde kimlerle birlikte yaşadığına ($\chi^2=8,9$, $p=0,064$) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 13).

Tablo 14. Hastaların klinik özellikleri FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği ortanca puanlarının karşılaştırılması

Özellikler	Sosyal				Toplam	
	Beden Durumu	Yaşam ve Aile Durumu	Duygusal Durum	Faaliyet Durumu		
Lösemi	15 (0 - 28)b	24 (0 - 28)	15 (1 - 24)	12 (0 - 28)	63 (16 - 105)	
Akciğer kanseri	13 (0 - 27)ab	21 (0 - 28)	16 (4 - 24)	11 (0 - 26)	64 (14 - 103)	
Lenfoma	12,5(0 -28)ab	21 (0 - 28)	17 (5 - 24)	10 (0 - 28)	60 (11 - 99)	
Meme kanseri	10 (0 - 25)ab	22,5 (0 - 28)	14 (0 - 24)	10 (0 - 28)	55,5 (0 - 105)	
Kolon kanseri	5,5 (0 - 28)a	17 (1 - 28)	15 (2 - 24)	3 (0 - 28)	42 (9 - 108)	
*Mevcut tanısı	Mesane kanseri	10 (7 - 27)ab	22,5 (14 -28)	14 (5 - 23)	8,5 (4 - 21)	60,5 (33 - 99)
Rektum kanseri	10 (2 - 28)ab	20 (0 - 28)	15 (5 - 24)	9 (0 - 28)	44 (22 - 108)	
Mide kanseri	6 (0 - 27)ab	18 (0 - 27)	14,5 (1 - 23)	8 (0 - 22)	44 (12 - 99)	
Karaciğer kanseri	10,5 (2-24)ab	20 (10 - 27)	16,5 (6 - 23)	10 (0 - 21)	54,5 (25 - 91)	
Larinks kanseri	11 (4 - 24)ab	19 (0 - 24)	17 (5 - 22)	9 (2 - 16)	49 (13 - 81)	
Prostat kanseri	6,5 (0 -15)ab	18,5 (12 -26)	10 (0 - 19)	6 (0 - 18)	40 (20 - 78)	
Diğer	8,5 (0 -28)ab	20 (3 - 28)	13,5 (3 - 24)	9 (0 - 25)	49,5 (18 - 101)	
Test istatistiği	$\chi^2=31,1$	$\chi^2=15,6$	$\chi^2=14,1$	$\chi^2=15,8$	$\chi^2=25,0$	
p	p=0,001	p=0,157	p=0,227	p=0,150	p=0,050	

Tablo 14. Hastaların klinik özellikleri FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği ortanca puanlarının karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Sosyal				Toplam
		Beden Durumu	Yaşam ve Aile Durumu	Duygusal Durum	Faaliyet Durumu	
Kronik bir hastalığa sahip olma durumu	Evet	10 (0 - 28)	20,5 (0 - 28)	15 (1 - 24)	9 (0 - 28)	56 (9 - 102)
	Hayır	13 (0 - 28)	22 (0 - 28)	16 (0 - 24)	11,5 (0 - 28)	62 (0 - 108)
Test istatistiği		U= 13490	U= 15341,5	U= 16065	U= 13941,5	U= 14051
p		p<0,001	p=0,085	p=0,310	p=0,002	p=0,003
Hastalığın klinik evresi	1. Evre	16 (0 - 28)a	22 (0 - 28)ab	16 (5 - 24)a	15,5 (2 - 28)a	70,5 (11 - 105)a
	2. Evre	15 (0 - 28)a	23 (0 - 28)a	16 (3 - 24)a	12 (0 - 28)a	64 (14 - 108)a
	3. Evre	10 (0 - 26)b	20 (0 - 28)ab	15 (0 - 24)ab	8 (0 - 26)b	57 (0 - 103)b
	4. Evre	6 (0 - 28)b	20 (0 - 28)b	12,5 (0 - 24)b	7 (0 - 26)b	45,5 (9 - 101)b
Test istatistiği		$\chi^2=62,6$	$\chi^2=12,2$	$\chi^2=19,8$	$\chi^2=58,2$	$\chi^2=55,1$
p		p<0,001	p=0,007	p<0,001	p<0,001	p<0,001
Başka bir organa metastaz varlığı	Evet	7 (0 - 28)	20 (0 - 28)	13 (0 - 24)	7 (0 - 26)	46 (9 - 101)
	Hayır	14 (0 - 28)	22 (0 - 28)	16 (0 - 24)	12 (0 - 28)	64 (0 - 108)
Test istatistiği		U= 8398	U= 12007	U= 11515	U= 8920	U= 8850
p		p<0,001	p=0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001

*Birden fazla cevap verilmiştir, χ^2 :Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hastaların klinik özellikleri ile FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği ortanca puan değerleri Tablo 14'te karşılaştırılmıştır. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam ortanca puanının hastaların; kronik bir hastalığa sahip olmasına (U=14051, p=0,003), hastalığın klinik evresine ($\chi^2=55,1$, p<0,001) ve metastaz gelişme durumuna (U=8850, p<0,001) göre farklılık gösterdiği belirlendi. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam ortanca puanının hastaların, mevcut tanısına ($\chi^2=25,0$, p=0,050) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 14).

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Beden Durumu Alt Boyut ortanca puanının hastaların; mevcut tanısına ($\chi^2=31,1$, p=0,001), kronik bir hastalığa

sahip olmasına ($U=13490$, $p<0,001$), hastalığın klinik evresine ($\chi^2=62,6$, $p<0,001$) ve metastaz gelişme durumuna ($U=8398$, $p<0,001$) göre farklılık gösterdiği belirlendi (Tablo 14).

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Sosyal Yaşam ve Aile Durumu Alt Boyut ortanca puanının hastaların; klinik evresine ($\chi^2=12,2$, $p=0,007$) ve metastaz gelişme durumuna ($U=12007$, $p=0,001$) göre farklılık gösterdiği belirlendi. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Sosyal Yaşam ve Aile Durumu Alt Boyut ortanca puanının hastaların, mevcut tanısına ($\chi^2=15,6$, $p=0,157$) ve kronik bir hastalığa sahip olma durumuna ($U=15341,5$, $p=0,085$) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 14).

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Duygusal Durum Alt Boyut ortanca puanının hastaların; metastaz gelişme durumuna ($U=11515$, $p<0,001$) ve klinik evresine ($U=19,8$, $p<0,001$) göre farklılık gösterdiği belirlendi. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Duygusal Durum Alt Boyut ortanca puanının hastaların; mevcut tanısına ($\chi^2=14,1$, $p=0,227$) ve kronik bir hastalığa sahip olma durumuna ($U=16065$, $p=0,310$) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 14).

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Faaliyet Durumu Alt Boyut ortanca puanının hastaların; kronik bir hastalığa sahip olmasına ($U= 13941,5$, $p=0,002$), hastalığın klinik evresine ($\chi^2=58,2$, $p<0,001$) ve metastaz gelişme durumuna ($U= 8920$, $p<0,001$) göre farklılık gösterdiği belirlendi. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Faaliyet Durumu Alt Boyut ortanca puanının hastaların mevcut tanısına ($\chi^2=15,8$, $p=0,150$) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 14).

4.6. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği'ne (ESTÖ) İlişkin Bulgular

Tablo 15. ESTÖ'nün alt boyut ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri

ESTÖ Alt Boyutları	Madde Sayısı	$\bar{x} \pm S.S.$	Ortanca	Min-Mak
Ağrı	1	4,9 \pm 3,7	5	0-10
Yorgunluk	1	6,2 \pm 3,3	8	0-10
Bulantı	1	4,0 \pm 3,7	4	0-10
Üzüntü	1	4,4 \pm 3,5	5	0-10
Endişe	1	4,3 \pm 3,5	5	0-10
Uykusuzluk	1	4,4 \pm 3,6	5	0-10
İştahsızlık	1	4,5 \pm 3,3	5	0-10
Kendini İyi Hissetme	1	4,6 \pm 2,9	5	0-10
Nefes Darlığı	1	1,9 \pm 3,1	0	0-10

* \bar{x} : Aritmetik Ortalama, S.S.: Standart Sapma, Min: Minimum, Mak: Maksimum, ESTÖ:Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği.

Edmonton Semptom Tanılama (ESTÖ) Ölçeği alt boyut ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri Tablo 15'te verilmiştir. Edmonton Semptom Tanılama (ESTÖ) Ölçeği alt boyutlarından; Ağrı, Yorgunluk, Bulantı, Üzüntü, Endişe, Uykusuzluk, İştahsızlık, Kendini İyi Hissetme ve Nefes Darlığı ortalama ve standart sapma değerleri sırasıyla 4,9 \pm 3,7; 6,2 \pm 3,3; 4,0 \pm 3,7; 4,4 \pm 3,5; 4,3 \pm 3,5; 4,4 \pm 3,6; 4,5 \pm 3,3; 4,6 \pm 2,9 ve 1,9 \pm 3,1 olarak belirlendi. Edmonton Semptom Tanılama (ESTÖ) Ölçeği alt boyutlarından Ağrı, Yorgunluk, Bulantı, Üzüntü, Endişe, Uykusuzluk, İştahsızlık, Kendini İyi Hissetme ve Nefes Darlığı ortanca puan değerleri sırasıyla 5, 8, 4, 5, 5, 5, 5, 5 ve 0 olarak saptandı (Tablo 15).

Tablo 16. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile ESTÖ'nün ortanca puanlarının karşılaştırılması

Özellikler	Ağrı	Yorgunluk	Bulantı	Üzüntü	Endişe	Uykusuzluk	İştahsızlık	Kendini İyi Hissetme	Nefes Darlığı	
Yaş grubu	19-28 yaş grubu	5 (0 - 10)	6,5 (1 - 10)	5 (0 - 10)	6 (0 - 10)	6,5 (0 - 10)	1 (0 - 7)	4,5 (0 - 9)	3,5 (0 - 8)	0 (0 - 8)
	29-38 yaş grubu	3 (0 - 9)	5 (0 - 9)	4 (0 - 10)	4 (0 - 10)	3 (0 - 10)	4 (0 - 10)	4 (0 - 8)	5 (0 - 9)	0 (0 - 10)
	39-48 yaş grubu	5 (0 - 10)	8 (0 - 10)	6 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	0 (0 - 10)
	49-58 yaş grubu	6 (0 - 10)	7 (0 - 10)	3 (0 - 10)	4 (0 - 10)	4 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	4 (0 - 10)	0 (0 - 10)
	59-68 yaş grubu	5 (0 - 10)	8 (0 - 10)	4 (0 - 10)	4 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	0 (0 - 10)
	69 yaş grubu ve üzeri	5 (0 - 10)	8 (0 - 10)	3,5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	0 (0 - 10)
Test istatistiği	$\chi^2=5,8$	$\chi^2=6,6$	$\chi^2=7,3$	$\chi^2=5,7$	$\chi^2=2,8$	$\chi^2=8,2$	$\chi^2=3,4$	$\chi^2=3,1$	$\chi^2=9,0$	
p	p= 0,328	p=0,253	p=0,202	p=0,336	p=0,728	p=0,144	p=0,635	p=0,685	p=0,108	
Cinsiyet	Kadın	5 (0 - 10)	8 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5,5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	0 (0 - 10)
	Erkek	5 (0 - 10)	7 (0 - 10)	2,5 (0 - 10)	4 (0 - 10)	3 (0 - 10)	4,5 (0 - 10)	4 (0 - 10)	5 (0 - 10)	0 (0 - 10)
Test istatistiği	U= 16501,5	U= 14482	U= 12925	U= 14061,5	U= 14476,5	U= 15070,5	U= 14414	U= 16728	U= 15445	
p	p=0,767	p=0,021	p<0,001	p=0,006	p=0,021	p=0,084	p=0,018	p=0,943	p=0,101	
Medeni durum	Bekar	5 (0 - 10)	7 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	0 (0 - 10)
	Evli	5 (0 - 10)	8 (0 - 10)	4 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	0 (0 - 10)
Test istatistiği	U=9336,5	U=10073,0	U=9858,0	U=10331,0	U=10094,0	U=10286,5	U=9976,0	U=10249,5	U=10092,5	
p	p=0,186	p=0,186	p=0,499	p=0,946	p=0,713	p=0,901	p=0,606	p=0,865	p=0,653	
Eğitim durumu	Okur-yazar	5 (0 - 10)	8 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5,5 (0 - 10)	6 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)ab	5 (0 - 10)a	0 (0 - 10)
	İlkokul	5 (0 - 10)	7 (0 - 10)	4 (0 - 10)	4 (0 - 10)	4 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)b	5 (0 - 10)a	0 (0 - 10)
	Ortaokul	5 (0 - 10)	8 (0 - 10)	4 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	4 (0 - 10)	5 (0 - 10)b	5 (0 - 10)a	0 (0 - 10)
	Lise	6 (0 - 10)	7 (0 - 10)	3 (0 - 10)	4 (0 - 10)	4 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 9)ab	4 (0 - 10)ab	0 (0 - 8)
	Üniversite	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	1 (0 - 9)	3 (0 - 10)	3 (0 - 10)	2 (0 - 9)	3 (0 - 8)a	3 (0 - 8)b	0 (0 - 10)
Test istatistiği	$\chi^2=6,4$	$\chi^2=9,5$	$\chi^2=10,5$	$\chi^2=11,2$	$\chi^2=8,5$	$\chi^2=7,0$	$\chi^2=11,7$	$\chi^2=15,9$	$\chi^2=6,9$	
p	p= 0,170	p=0,050	p=0,050	p=0,050	p=0,076	p= 0,137	p=0,020	p=0,003	p=0,139	

Tablo 16. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile ESTÖ'nün ortanca puanlarının karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Ağrı	Yorgunluk	Bulantı	Üzüntü	Endişe	Uykusuzluk	İştahsızlık	Kendini İyi Hissetme	Nefes Darlığı
Çalışma durumu	Evet	5 (0 - 10)	7 (0 - 10)	3 (0 - 10)	3 (0 - 10)	3 (0 - 10)	4 (0 - 10)	4 (0 - 10)	4 (0 - 10)	0 (0 - 10)
	Hayır	5 (0 - 10)	8 (0 - 10)	4 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	0 (0 - 10)
Test istatistiği		U= 13197,5	U= 12394,5	U= 12986,5	U= 12212,5	U= 12167	U= 12184	U= 11238	U= 11899	U= 11877,5
p		p=0,809	p=0,257	p=0,628	p=0,181	p=0,165	p=0,169	p=0,016	p=0,092	p=0,037
Sosyal güvence	Var	5 (0 - 10)	8 (0 - 10)	4 (0 - 10)	4,5 (0 - 10)	4 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	0 (0 - 10)
	Yok	6 (0 - 9)	8 (3 - 10)	4,5 (0 - 9)	7 (0 - 9)	8 (0 - 9)	4 (0 - 9)	5 (0 - 9)	6,5 (2 - 10)	0 (0 - 9)
Test istatistiği		U= 3062	U= 2401,5	U= 2996	U= 2244,5	U= 2181	U= 2987	U= 2937	U= 2098	U= 2523
p		p=0,808	p=0,080	p=0,689	p=0,035	p=0,024	p=0,677	p=0,597	p=0,014	p=0,072
Gelir durumu	Gelir giderden az	5 (0 - 10)	8 (0 - 10)	4 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	0 (0 - 10)
	Gelir gidere eşit	5 (0 - 10)	8 (0 - 10)	4 (0 - 10)	4 (0 - 10)	4 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	4 (0 - 10)	0 (0 - 10)
	Gelir giderden fazla	5 (0 - 10)	7 (0 - 10)	2 (0 - 10)	3 (0 - 10)	2,5 (0 - 10)	4 (0 - 10)	5 (0 - 9)	4,5 (0 - 10)	0 (0 - 9)
Test istatistiği		$\chi^2=1,3$	$\chi^2=3,0$	$\chi^2=3,3$	$\chi^2=5,6$	$\chi^2=5,7$	$\chi^2=0,3$	$\chi^2=1,8$	$\chi^2=5,1$	$\chi^2=1,3$
p		p=0,526	p=0,223	p=0,193	p=0,061	p=0,059	p=0,855	p=0,415	p=0,077	p=0,516
Yaşadığı yerleşim birimi	İl	5 (0 - 10)	7 (0 - 10)	3 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	4 (0 - 10)	0 (0 - 10)
	İlçe	5 (0 - 10)	8 (0 - 10)	3 (0 - 10)	4 (0 - 10)	3,5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	0 (0 - 10)
	Köy	5,5 (0 - 10)	8 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5,5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	0 (0 - 10)
Test istatistiği		$\chi^2=3,0$	$\chi^2=3,2$	$\chi^2=4,2$	$\chi^2=3,1$	$\chi^2=2,3$	$\chi^2=7,2$	$\chi^2=1,9$	$\chi^2=7,6$	$\chi^2=5,9$
p		p=0,224	p=0,200	p=0,123	p=0,215	p=0,315	p=0,050	p=0,378	p=0,050	p=0,054

Tablo 16. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile ESTÖ'nün ortanca puanlarının karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Ağrı	Yorgunluk	Bulantı	Üzüntü	Endişe	Uykusuzluk	İştahsızlık	Kendini İyi Hissetme	Nefes Darlığı
Aile Yapısı	Çekirdek aile	5 (0 - 10)	8 (0 - 10)	3 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	0 (0 - 10)
	Geniş aile	5 (0 - 10)	8 (0 - 10)	5 (0 - 10)	4 (0 - 10)	4 (0 - 10)	5 (0 - 10)	6 (0 - 10)	5 (0 - 10)	0 (0 - 9)
Test istatistiği		U= 6184	U= 6614	U= 5534,5	U= 6740	U= 6517	U= 6416	U= 5496	U= 6079,5	U= 6686,5
p		p=0,380	p=0,838	p=0,054	p=0,994	p=0,721	p=0,605	p=0,050	p=0,297	p=0,912
Çocuk sahibi olma durumu	Evet	5 (0 - 10)	8 (0 - 10)	4 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	0 (0 - 10)
	Hayır	2 (0 - 10)	7 (0 - 10)	3 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	3 (0 - 10)	4 (0 - 9)	4 (0 - 10)	0 (0 - 10)
Test istatistiği		U= 4506,5	U= 4735	U= 5812,5	U= 5742,5	U= 5532	U= 5002	U= 5101	U= 4832	U= 4911,5
p		p=0,023	p=0,058	p=0,932	p=0,840	p=0,578	p=0,146	p=0,200	p=0,083	p=0,051
*Evde kimlerle birlikte yaşadığı	Eşi	5 (0 - 10)	7 (0 - 10)	3 (0 - 10)	4 (0 - 10)	4 (0 - 10)	3,5 (0 - 10)	4 (0 - 10)	4 (0 - 10)	0 (0 - 10)
	Çocukları	7 (0 - 10)	7,5 (0 - 10)	6 (0 - 10)	4,5 (0 - 10)	4,5 (0 - 10)	6 (0 - 10)	7,5 (0 - 10)	6,5 (0 - 10)	0 (0 - 10)
	Eşi ve çocukları	5 (0 - 10)	8 (0 - 10)	4 (0 - 10)	5 (0 - 10)	4 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	0 (0 - 10)
	Tek başına	2 (0 - 10)	8 (0 - 10)	2 (0 - 10)	6 (0 - 10)	6 (0 - 10)	5 (0 - 10)	3 (0 - 10)	5 (0 - 10)	0 (0 - 8)
Diğer		5 (0 - 10)	7,5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	4,5 (0 - 10)	4,5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5,5 (0 - 10)	4,5 (0 - 10)	0 (0 - 10)
Test istatistiği		$\chi^2=7,3$	$\chi^2=3,3$	$\chi^2=4,2$	$\chi^2=2,6$	$\chi^2=2,5$	$\chi^2=2,2$	$\chi^2=5,4$	$\chi^2=2,0$	$\chi^2=6,9$
p		p=0,123	p=0,503	p=0,381	p=0,619	p=0,638	p=0,707	p=0,249	p=0,734	p=0,143

*Birden fazla cevap verilmiştir, χ^2 :Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur, ESTÖ: Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği.

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Ağrı Alt Boyutu ortanca puanının hastaların; çocuk sahibi olma durumuna (U=4506,5, p=0,023) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Ağrı ortanca puanının hastaların; yaş grubuna ($\chi^2=5,8$, p=0,328), cinsiyetine (U=16501,5, p=0,767), medeni durumuna (U=9336,5, p=0,186), eğitim durumuna ($\chi^2=6,4$, p=0,170), çalışma durumuna (U=13197,5, p=0,809), sosyal güvence durumuna (U=3062, p=0,808), gelir durumuna ($\chi^2=1,3$, p=0,526), yaşadığı yerleşim birimine ($\chi^2=3,0$, p=0,224), aile yapısına (U=6184,0 p=0,380) ve evde kimlerle birlikte yaşadığına ($\chi^2=7,3$, p=0,123) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 16).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Yorgunluk Alt Boyutu ortanca puanının hastaların; cinsiyetine (U=14482,0 p=0,021) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Yorgunluk ortanca puanının hastaların; yaş grubuna ($\chi^2=6,6$, p=0,253), medeni durumuna ($\chi^2=10073,0$, p=0,694), eğitim durumuna ($\chi^2=9,5$, p=0,050), çalışma durumuna (U=12394,5, p=0,257), sosyal güvence durumuna (U=2401,5, p=0,080), gelir durumuna ($\chi^2=3,0$, p=0,223), yaşadığı yerleşim birimine ($\chi^2=3,2$, p=0,200), aile yapısına (U= 6614, p=0,838), çocuk sahibi olma durumuna (U= 4735, p=0,058) ve evde kimlerle birlikte yaşadığına ($\chi^2=3,3$, p=0,503) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 16).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Bulantı Alt Boyutu ortanca puanının hastaların; cinsiyetine (U=12925, p<0,001) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Bulantı ortanca puanının hastaların; yaş grubuna ($\chi^2=7,3$, p=0,202), medeni durumuna ($\chi^2=9858,0$, p=0,499), eğitim durumuna ($\chi^2=10,5$, p=0,050), çalışma durumuna (U= 12986,5 ,p=0,628), sosyal güvence durumuna (U=2996, p=0,689), gelir durumuna ($\chi^2=3,3$, p=0,193), yaşadığı yerleşim birimine ($\chi^2=4,2$, p=0,123), aile yapısına (U= 5534,5, p=0,054) çocuk sahibi olma durumuna (U= 5812,5, p=0,932) ve evde kimlerle birlikte yaşadığına ($\chi^2=4,2$, p=0,381) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 16).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Üzüntü Alt Boyutu ortanca puanının hastaların; cinsiyetine (U= 14061,5, p=0,006) ve sosyal güvence durumuna (U= 2244,5, p=0,035) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Üzüntü ortanca puanının hastaların; yaş grubuna ($\chi^2=5,7$, p=0,336), medeni durumuna

($\chi^2=10331,0$, $p=0,946$), eğitim durumuna ($\chi^2=11,2$, $p=0,050$), çalışma durumuna ($U=12212,5$, $p=0,181$), gelir durumuna ($\chi^2=5,6$, $p=0,061$), yaşadığı yerleşim birimine ($\chi^2=3,1$, $p=0,215$), aile yapısına ($U=6740$, $p=0,994$), çocuk sahibi olma durumuna ($U=5742,5$, $p=0,840$) ve evde kimlerle birlikte yaşadığına ($\chi^2=2,6$, $p=0,619$) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 16).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Endişe Alt Boyutu ortanca puanının hastaların; cinsiyetine ($U=14476,5$, $p=0,021$) ve sosyal güvence durumuna ($U=2181$, $p=0,024$) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Endişe ortanca puanının hastaların; yaş grubuna ($\chi^2=2,8$, $p=0,728$), medeni durumuna ($\chi^2=10094,0$, $p=0,713$), eğitim durumuna ($\chi^2=8,5$, $p=0,076$), çalışma durumuna ($U=12167$, $p=0,165$), gelir durumuna ($\chi^2=5,7$, $p=0,059$), yaşadığı yerleşim birimine ($\chi^2=2,3$, $p=0,315$), aile yapısına ($U=6517$, $p=0,721$), çocuk sahibi olma durumuna ($U=5532$, $p=0,578$) ve evde kimlerle birlikte yaşadığına ($\chi^2=2,5$, $p=0,638$) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 16).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Uykusuzluk Alt Boyutu ortanca puanının hastaların; yaş grubuna ($\chi^2=8,2$, $p=0,144$), cinsiyetine ($U=15070,5$, $p=0,084$), medeni durumuna ($\chi^2=10286,5$, $p=0,901$), eğitim durumuna ($\chi^2=7,0$, $p=0,137$), çalışma durumuna ($U=12184$, $p=0,169$), sosyal güvence durumuna ($U=2987$, $p=0,677$), gelir durumuna ($\chi^2=0,3$, $p=0,855$), yaşadığı yerleşim birimine ($\chi^2=7,2$, $p=0,050$), aile yapısına ($U=6416$, $p=0,605$), çocuk sahibi olma durumuna ($U=5002$, $p=0,146$) ve evde kimlerle birlikte yaşadığına ($\chi^2=2,2$, $p=0,707$) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 16).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği İştahsızlık Alt Boyutu ortanca puanının hastaların; cinsiyetine ($U=14414$, $p=0,018$), eğitim durumuna ($\chi^2=11,7$, $p=0,020$) ve çalışma durumuna ($U=11238$, $p=0,016$) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği İştahsızlık ortanca puanının hastaların; yaş grubuna ($\chi^2=3,4$, $p=0,635$), medeni durumuna ($\chi^2=9976,0$, $p=0,606$), sosyal güvence durumuna ($U=2937$, $p=0,597$), gelir durumuna ($\chi^2=1,8$, $p=0,415$), yaşadığı yerleşim birimine ($\chi^2=1,9$, $p=0,378$), aile yapısına ($U=5496$, $p=0,050$), çocuk sahibi olma durumuna ($U=5101$, $p=0,200$) ve evde kimlerle birlikte yaşadığına ($\chi^2=5,4$, $p=0,249$) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 16).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Kendini İyi Hissetme Alt Boyutu ortanca puanının hastaların; eğitim durumuna ($\chi^2=15,9$, $p=0,003$) ve sosyal güvence durumuna ($U=2098$, $p=0,014$) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Kendini İyi Hissetme ortanca puanının hastaların; yaş grubuna ($\chi^2=3,1$, $p=0,685$), cinsiyetine ($U=16728$, $p=0,943$), medeni durumuna ($\chi^2=10249,5$, $p=0,865$), çalışma durumuna ($U=11899$, $p=0,092$), gelir durumuna ($\chi^2=5,1$, $p=0,077$), yaşadığı yerleşim birimine ($\chi^2=7,6$, $p=0,050$), aile yapısına ($U=6079,5$, $p=0,297$), çocuk sahibi olma durumuna ($U=4832$, $p=0,083$) ve evde kimlerle birlikte yaşadığına ($\chi^2=2,0$, $p=0,734$) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 16).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Nefes Darlığı Alt Boyutu ortanca puanının hastaların; çalışma durumuna ($U=11877,5$, $p=0,037$) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Nefes Darlığı ortanca puanının hastaların; yaş grubuna ($\chi^2=9,0$, $p=0,108$), cinsiyetine ($U=15445$, $p=0,101$), medeni durumuna ($\chi^2=10092,5$, $p=0,653$), eğitim durumuna ($\chi^2=6,9$, $p=0,139$), sosyal güvence durumuna ($U=2523$, $p=0,072$), gelir durumuna ($\chi^2=1,3$, $p=0,516$), yaşadığı yerleşim birimine ($\chi^2=5,9$, $p=0,054$), aile yapısına ($U=6686,5$, $p=0,912$), çocuk sahibi olma durumuna ($U=4911,5$, $p=0,051$) ve evde kimlerle birlikte yaşadığına ($\chi^2=6,9$, $p=0,143$) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 16).

Tablo 17 . Hastaların klinik özellikleri ile ESTÖ'nün ortanca puanlarının karşılaştırılması

Özellikler	Ağrı	Yorgunluk	Bulantı	Üzüntü	Endişe	Uykusuzluk	İştahsızlık	Kendini İyi Hissetme	Nefes Darlığı
* Mevcut tanısı									
Lösemi	5 (0 - 10)	7 (0 - 10)	2 (0 - 10)ab	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	4 (0 - 10)a	4 (0 - 10)	0 (0 - 10)b
Akciğer kanseri	5 (0 - 10)	8 (0 - 10)	3 (0 - 10)ab	3 (0 - 10)	3 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)ab	4 (0 - 10)	1 (0 - 10)a
Lenfoma	5 (0 - 10)	7 (0 - 10)	5 (0 - 10)ab	5 (0 - 10)	4,5 (0 - 10)	3,5 (0 - 10)	3 (0 - 10)ab	5 (0 - 10)	0 (0 - 9)b
Meme kanseri	7,5 (0 - 10)	8 (0 - 10)	4,5 (0 - 10)ab	5 (0 - 10)	6 (0 - 10)	5,5 (0 - 10)	6 (0 - 10)ab	5 (0 - 10)	0 (0 - 10)ab
Kolon kanseri	7,5 (0 - 10)	8 (0 - 10)	6 (0 - 10)b	3 (0 - 10)	3,5 (0 - 9)	7,5 (0 - 10)	7 (0 - 10)b	5 (0 - 10)	0 (0 - 10)ab
Mesane kanseri	6,5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	0 (0 - 3)a	5 (0 - 8)	5 (0 - 8)	5 (0 - 10)	1 (0 - 8)ab	5,5 (0 - 8)	0 (0 - 8)ab
Rektum kanseri	6 (0 - 8)	8 (0 - 9)	5 (0 - 8)ab	4 (0 - 10)	3 (0 - 9)	4 (0 - 9)	5 (0 - 8)ab	5 (0 - 8)	0 (0 - 6)ab
Mide kanseri	7 (0 - 9)	8,5 (0 - 10)	7 (4 - 9)b	2 (0 - 9)	2 (0 - 9)	7 (0 - 10)	7,5 (4 - 9)ab	5 (2 - 10)	0 (0 - 8)ab
Karaciğer kanseri	4,5 (2 - 10)	7,5 (2 - 10)	5 (0 - 10)ab	1,5 (0 - 9)	1 (0 - 8)	2,5 (0 - 10)	4,5 (0 - 9)ab	4 (0 - 9)	0 (0 - 8)ab
Larinks kanseri	5 (0 - 8)	5 (3 - 10)	0 (0 - 7)ab	3 (0 - 6)	3 (0 - 7)	5 (0 - 8)	4 (0 - 9)ab	5 (2 - 8)	5 (0 - 9)ab
Prostat kanseri	8,5 (3 - 10)	8 (2 - 10)	8 (0 - 10)ab	6 (3 - 10)	6 (3 - 10)	6 (0 - 8)	5,5 (0 - 10)ab	7,5 (0 - 10)	6,5 (0 - 8)ab
Diğer	7 (0 - 10)	8 (0 - 10)	6 (0 - 10)b	4,5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	3 (0 - 10)	8 (0 - 10)b	5 (0 - 10)	0 (0 - 10)ab
Test istatistiği	$\chi^2=19,6$	$\chi^2=13,0$	$\chi^2=33,1$	$\chi^2=12,0$	$\chi^2=12,6$	$\chi^2=11,8$	$\chi^2=33,1$	$\chi^2=16,0$	$\chi^2=40,5$
p	p=0,052	p= 0,290	p=0,001	p=0,365	p=0,319	p=0,378	p=0,001	p= 0,140	p= 0,000
Kronik bir hastalığa sahip olma durumu									
Evet	5 (0 - 10)	7 (0 - 10)	3 (0 - 10)	4 (0 - 10)	4 (0 - 10)	4 (0 - 10)	4 (0 - 10)	4 (0 - 10)	0 (0 - 10)
Hayır	5 (0 - 10)	8 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	0 (0 - 10)
Test istatistiği	U= 15067,5	U= 14994	U= 14935,5	U= 15880	U= 16074	U= 14266,5	U= 14938,5	U= 14855	U= 15386,5
P	p=0,050	p=0,037	p=0,030	p=0,226	p=0,309	p=0,005	p=0,033	p=0,027	p=0,050

Tablo 17.Hastaların klinik özellikleri ile ESTÖ'nün ortanca puanlarının karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Ağrı	Yorgunluk	Bulantı	Üzüntü	Endişe	Uykusuzluk	İştahsızlık	Kendini İyi Hissetme	Nefes Darlığı	
Hastalığın klinik evresi	1. Evre	2 (0 - 10)a	5 (0 - 10)a	0 (0 - 10)a	4 (0 - 10)	3 (0 - 10)ab	5 (0 - 10)a	3 (0 - 9)a	3 (0 - 10)a	0 (0 - 10)	
	2. Evre	5 (0 - 10)c	5 (0 - 10)a	3 (0 - 10)c	4 (0 - 10)	3 (0 - 10)b	3 (0 - 10)a	4 (0 - 9)c	3 (0 - 10)a	0 (0 - 9)	
	3. Evre	6 (0 - 10)bc	8 (0 - 10)b	4 (0 - 10)bc	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)ab	5 (0 - 10)ab	5 (0 - 10)bc	5 (0 - 10)b	0 (0 - 10)	
	4. Evre	8 (0 - 10)b	9 (0 - 10)b	6 (0 - 10)b	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)a	5 (0 - 10)b	6,5 (0 - 10)b	5 (0 - 10)b	0 (0 - 10)	
Test istatistiği		$\chi^2=32,9$	$\chi^2=60,1$	$\chi^2=36,2$	$\chi^2=7,6$	$\chi^2=13,5$	$\chi^2=15,9$	$\chi^2=31,1$	$\chi^2=49,9$	$\chi^2=11,8$	
p		p<0,001	p<0,001	p<0,001	p=0,055	p=0,004	p=0,001	p<0,001	p<0,001	p=0,050	
*Bugüne kadar uygulanan tedavi yöntemleri	Cerrahi tedavi	Evet	7 (0 - 10)	8 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	6 (0 - 10)	5 (0 - 10)	0 (0 - 10)
		Hayır	5 (0 - 10)	7 (0 - 10)	3 (0 - 10)	4 (0 - 10)	4 (0 - 10)	5 (0 - 10)	4 (0 - 10)	4 (0 - 10)	0 (0 - 10)
Test istatistiği		U= 11059	U= 11488	U= 12573,5	U= 12771,5	U= 13219	U= 12907	U= 10730	U= 11763	U= 13408,5	
p		p=0,003	p=0,013	p=0,189	p=0,282	p=0,559	p=0,352	p=0,001	p=0,029	p=0,647	
	Radyoterapi	Evet	5 (0 - 10)	8 (0 - 10)	4 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	6 (0 - 10)	5 (0 - 10)	0 (0 - 10)
		Hayır	5 (0 - 10)	7 (0 - 10)	3 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	4 (0 - 10)	5 (0 - 10)	0 (0 - 10)
Test istatistiği		U= 11690	U= 11187	U= 11112	U= 12670,5	U= 12630	U= 12804	U= 10561,5	U= 10761	U= 11032,5	
p		p=0,177	p=0,055	p=0,041	p=0,812	p=0,776	p=0,930	p=0,009	p=0,016	p=0,011	
	Kemoterapi	Evet	5 (0 - 10)	8 (0 - 10)	4 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	0 (0 - 10)
		Hayır	2,5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	0 (0 - 10)	5 (0 - 10)	4 (0 - 10)	2 (0 - 10)	0,5 (0 - 9)	3 (0 - 10)	0 (0 - 10)
Test istatistiği		U= 3379,5	U= 3268,5	U= 2436,5	U= 3610	U= 3624,5	U= 3310,5	U= 2608,5	U= 3298	U= 3318,5	
p		p=0,351	p=0,244	p=0,003	p=0,650	p=0,672	p=0,279	p=0,011	p=0,270	p=0,196	
	Palyatif semptomatik tedavi	Evet	5 (0 - 10)	8 (0 - 10)	4 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	0 (0 - 10)
		Hayır	5 (0 - 10)	8 (0 - 10)	4 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	0 (0 - 10)
Test istatistiği		U= 3224,5	U= 2358,5	U= 2005,5	U= 3422,5	U= 3489,5	U= 2520	U= 2087,5	U= 2590,5	U= 3313	
p		0,549	0,013	0,001	0,866	0,982	0,032	0,002	0,050	0,620	

Tablo 17.Hastaların klinik özellikleri ile ESTÖ'nün ortanca puanlarının karşılaştırılması (devam)

Özellikler	Ağrı	Yorgunluk	Bulantı	Üzüntü	Endişe	Uykusuzluk	İştahsızlık	Kendini İyi Hissetme	Nefes Darlığı
Başka bir organa metastaz varlığı	8 (0 - 10)	8,5 (0 - 10)	6 (0 - 10)	5 (0 - 10)	5 (0 - 10)	6 (0 - 10)	7 (0 - 10)	5,5 (0 - 10)	0 (0 - 10)
Test istatistiği	U= 10221,5	U= 8510,5	U= 10009	U= 12938,5	U= 12285	U= 11031	U= 10073	U= 9500,5	U= 13026
p	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p=0,011	p=0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p=0,003

*Birden fazla cevap verilmiştir, χ^2 :Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur, ESTÖ: Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği.

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Ağrı Alt Boyutu ortanca puanının hastaların; klinik evresine ($\chi^2=32,9$, $p<0,001$), cerrahi tedavi görmesine ($\chi^2=11059$, $p=0,003$) ve metastaz gelişme durumuna ($U=10221,5$, $p<0,001$) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Ağrı ortanca puanının hastaların; mevcut tanısına ($\chi^2=19,6$, $p=0,052$), kronik bir hastalığa sahip olmasına ($U=15067,5$, $p=0,050$), radyoterapi ($U=11690$, $p=0,177$), kemoterapi ($U=3379,5$, $p=0,351$), palyatif semptomatik tedavi görme ($U=3224,5$, $p=0,549$) durumuna göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 17).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Yorgunluk Alt Boyutu ortanca puanının hastaların; kronik bir hastalığa sahip olmasına ($U=14994$, $p=0,037$), hastalığın klinik evresine ($\chi^2=60,1$, $p<0,001$), cerrahi tedavi ($\chi^2=11488$, $p=0,013$), palyatif semptomatik tedavi ($U=2358,5$, $p=0,013$) görmesine ve metastaz gelişme durumuna ($U=8510,5$, $p<0,001$) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Yorgunluk ortanca puanının hastalığın; mevcut tanısına ($\chi^2=13,0$, $p=0,290$), radyoterapi ($U= 11187$, $p=0,055$) ve kemoterapi tedavisi görme ($U=3268,5$, $p=0,244$) durumuna göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 17).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Bulantı Alt Boyutu ortanca puanının hastaların; mevcut tanısına ($\chi^2=33,1$, $p=0,001$), kronik bir hastalığa sahip olmasına ($U=14935,5$, $p=0,030$), hastalığın klinik evresine ($\chi^2=36,2$, $p<0,001$), radyoterapi ($\chi^2=11112$, $p=0,041$), kemoterapi ($\chi^2=2436,5$, $p=0,003$), palyatif semptomatik tedavi görmesine ($U=2005,5$, $p=0,001$) ve metastaz gelişme durumuna ($U=10009$, $p<0,001$) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Bulantı ortanca puanının hastalığın cerrahi tedavi görme ($U=12573,5$, $p=0,189$) durumuna göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 17).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Üzüntü Alt Boyutu ortanca puanının hastaların; metastaz gelişme durumuna ($U=12938,5$, $p=0,011$) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Üzüntü ortanca puanının hastaların mevcut tanısına ($\chi^2=12,0$, $p=0,365$), kronik bir hastalığa sahip olmasına ($U=15880$, $p=0,226$), hastalığın klinik evresine ($\chi^2=7,6$, $p=0,055$), cerrahi ($U= 12771,5$, $p=0,282$), radyoterapi ($U=12670,5$, $p=0,812$), kemoterapi ($U= 3610$, $p=0,650$) ve palyatif

semptomatik tedavi görme (U= 3422,5, p=0,866) durumuna göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 17).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Endişe Alt Boyutu ortanca puanının hastaların; klinik evresine ($\chi^2 =13,5$, p=0,004) ve metastaz gelişme durumuna (U=12285, p=0,001) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Üzüntü ortanca puanının hastaların; mevcut tanısına ($\chi^2=12,6$, p=0,319), kronik bir hastalığa sahip olmasına (U= 16074, p=0,309), cerrahi (U=13219,p=0,559), radyoterapi (U=12630, p=0,776), kemoterapi (U= 3624,5, p=0,672) ve palyatif semptomatik tedavi görme (U=3489,5, p=0,982) durumuna göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 17).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Uykusuzluk Alt Boyutu ortanca puanının hastaların; kronik bir hastalığa sahip olmasına (U=14266,5, p=0,005), hastalığın klinik evresine ($\chi^2=15,9$, p=0,001), palyatif semptomatik tedavi (U=2520, p=0,032) görme durumuna ve metastaz gelişme durumuna (U=11031, p<0,001) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Uykusuzluk ortanca puanının hastaların mevcut tanısına ($\chi^2=11,8$, p=0,378), cerrahi (U=12907, p=0,352), radyoterapi (U=12804, p=0,930) ve kemoterapi görme (U=3310,5, p=0,279) durumuna göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 17).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği İştahsızlık Alt Boyutu ortanca puanının hastaların; mevcut tanısına ($\chi^2=33,1$, p=0,001), kronik bir hastalığa sahip olmasına (U=14938,5, p=0,033), hastalığın klinik evresine ($\chi^2 =31,1$, p<0,001), cerrahi (U=10730, p=0,001), radyoterapi (U=10561,5, p=0,009), kemoterapi (U=2608,5, p=0,011) ve palyatif semptomatik tedavi görmesine (U=2087,5, p=0,002) ve metastaz gelişme durumuna (U=10073, p<0,001) göre farklılık gösterdiği belirlendi (Tablo 17).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Kendini İyi Hissetme Alt Boyutu ortanca puanının hastaların; kronik bir hastalığa sahip olmasına (U=14855, p=0,027), hastalığın klinik evresine ($\chi^2 =49,9$, p<0,001), cerrahi (U=11763, P= 0,029), radyoterapi görmesine (U=10761, p= 0,016) ve metastaz gelişme durumuna (U=9500,5, p<0,001) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Kendini İyi Hissetme ortanca puanının hastaların; mevcut tanısına ($\chi^2=16,0$, p=0,140), kemoterapi (U=3298, p=0,270) ve palyatif semptomatik tedavi görme (U=2590,5, p=0,050) durumuna göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 17).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Nefes Darlığı Alt Boyutu ortanca puanının hastaların; mevcut tanısına ($\chi^2=40,5$, $p=0,000$), radyoterapi görmesine ($U=11032,5$, $p=0,011$) ve metastaz gelişme durumuna ($U=13026$, $p=0,003$) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Nefes Darlığı ortanca puanının hastaların; kronik bir hastalığa sahip olmasına ($U=15386,5$, $p=0,050$), cerrahi ($U=13408,5$, $p=0,647$), kemoterapi ($U=3318,5$, $p=0,196$), palyatif semptomatik tedavi görmesine ($U=3313$, $p=0,620$) ve hastalığın klinik evresine ($\chi^2=11,8$, $p=0,050$) göre farklılık göstermediği saptandı (Tablo 17).

Tablo 18. ÇBASDÖ ve UCLA Yalnızlık Ölçeği Arasındaki İlişki

ÇBASDÖ	UCLA Yalnızlık Ölçeği	
	Aileden alınan destek	$r=-0,519^*$
ÇBASDÖ Alt Boyutları	Arkadaştan alınan destek	$r=-0,774^*$
	Özel kişiden alınan destek	$r=-0,581^*$
	Toplam	$r=-0,754^*$

r: Sperman Korelasyon Katsayısı, $*p<0,01$ önem düzeyinde anlamlı, ÇBASDÖ:Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.

ÇBASDÖ ve UCLA Yalnızlık Ölçeği arasındaki ilişki Tablo 18’de gösterildi. Bu çalışmada ÇBASDÖ Aileden Alınan Destek Alt Boyut puanı ($r=-0,519$, $p<0,01$) ve ÇBASDÖ Özel Kişiden Alınan Destek Alt Boyut puanı ($r=-0,581$, $p<0,01$) ile UCLA Yalnızlık Ölçeği arasında negatif yönlü orta anlamlı bir ilişki; ÇBASDÖ toplam puanı ($r=-0,754$, $p<0,01$) ve Arkadaştan Alınan Destek Alt Boyut puanı ($r=-0,774$, $p<0,01$) ile UCLA Yalnızlık Ölçeği arasında negatif yönlü yüksek anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 18).

Tablo 19. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği ve ÇBASDÖ Arasındaki İlişki

ÇBASDÖ		Aileden Alınan Destek	Arkadaştan Alınan Destek	Özel Kişiden Alınan Destek	Toplam
FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği	Beden Durumu	r=0,161*	r=0,232*	r=0,231*	r=0,261*
	Sosyal Yaşam ve Aile Durumu	r=0,521*	r=0,673*	r=0,536*	r=0,701*
	Duygusal Durum	r=0,273*	r=0,275*	r=0,250*	r=0,310*
	Faaliyet Durumu	r=0,286*	r=0,319*	r=0,344*	r=0,386*
	Toplam	r=0,366*	r=0,430*	r=0,396*	r=0,482*

r: Sperman Korelasyon Katsayısı, *p<0,01 önem düzeyinde anlamlı, ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği ve ÇBASDÖ arasındaki ilişki Tablo 19’da gösterildi. Bu çalışmada ÇBASDÖ toplam puanı ile FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puanı (r=0,482, p<0,01), Beden Durumu Alt Boyut Puanı (r=0,261, p<0,01), Duygusal Durum Alt Boyut Puanı (r=0,310, p<0,01) ve Faaliyet Durumu Alt Boyut Puanı (r=0,386, p<0,01) arasında pozitif yönlü orta anlamlı bir ilişki; Sosyal Yaşam ve Aile Durumu Alt Boyut Puanı (r=0,701, p<0,01) arasında pozitif yönlü yüksek anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 19).

ÇBASDÖ Aileden Alınan Destek Alt Boyut puanı ile FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puanı (r=0,366, p<0,01), Duygusal Durum Alt Boyut Puanı (r=0,273, p<0,01), Faaliyet Durumu Alt Boyut Puanı (r=0,286, p<0,01) ve Sosyal Yaşam ve Aile Durumu Alt Boyut Puanı (r=0,521, p<0,01) arasında pozitif yönlü orta anlamlı bir ilişki; Beden Durumu Alt Boyut Puanı (r=0,161, p<0,01) arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 19).

ÇBASDÖ Arkadaştan Alınan Sosyal Destek Alt Boyut puanı ile FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puanı (r=0,430, p<0,01), Duygusal Durum Alt Boyut Puanı (r=0,275, p<0,01), Faaliyet Durumu Alt Boyut Puanı (r=0,319, p<0,01) ve Sosyal Yaşam ve Aile Durumu Alt Boyut Puanı (r=0,673, p<0,01) arasında pozitif yönlü orta anlamlı bir ilişki; Beden Durumu Alt Boyut Puanı (r=0,232, p<0,01), arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 19).

ÇBASDÖ Özel Kişiden Alınan Sosyal Destek Alt Boyut puanı ile FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puanı ($r=0,396$, $p<0,01$), Duygusal Durum Alt Boyut Puanı ($r=0,250$, $p<0,01$), Faaliyet Durumu Alt Boyut Puanı ($r=0,344$, $p<0,01$) ve Sosyal Yaşam ve Aile Durumu Alt Boyut Puanı ($r=0,536$, $p<0,01$) arasında pozitif yönlü orta anlamlı bir ilişki; Beden Durumu Alt Boyut Puanı ($r=0,231$, $p<0,01$), arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 19).

Tablo 20. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği ve UCLA Yalnızlık Ölçeği Arasındaki İlişki

FACT-G	UCLA Yalnızlık Ölçeği	
	Beden Durumu	$r=-0,352^*$
	Sosyal Yaşam ve Aile Durumu	$r=-0,703^*$
FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği	Duygusal Durum	$r=-0,376^*$
	Faaliyet Durumu	$r=-0,378^*$
	Toplam	$r=-0,539^*$

r: Sperman Korelasyon Katsayısı, $*p<0,01$ önem düzeyinde anlamlı.

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği ve UCLA Yalnızlık Ölçeği arasındaki ilişki Tablo 20’de gösterildi. Bu çalışmada UCLA Yalnızlık Ölçeği ile FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puanı ($r=-0,539$, $p<0,01$), Beden Durumu Alt Boyut puanı ($r=-0,352$, $p<0,01$), Duygusal Durum Alt Boyut puanı ($r=-0,376$, $p<0,01$), Faaliyet Durumu Alt Boyut puanı ($r=-0,378$, $p<0,01$) arasında negatif yönlü orta anlamlı bir ilişki; Sosyal Yaşam ve Aile Durumu Alt Boyut puanı ($r=-0,703$, $p<0,01$) ile UCLA Yalnızlık Ölçeği arasında negatif yönlü yüksek anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 20).

Tablo 21. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği ve UCLA Yalnızlık Ölçeği Arasındaki İlişki

ESTÖ	UCLA Yalnızlık Ölçeği	
	Ağrı	r=0,193*
	Yorgunluk	r=0,296*
	Bulantı	r=0,243*
	Üzüntü	r=0,246*
Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği	Endişe	r=0,250*
	Uykusuzluk	r=0,199*
	İştahsızlık	r=0,244*
	Kendini İyi Hissetme	r=0,376*
	Nefes Darlığı	r=0,220*

r: Sperman Korelasyon Katsayısı, *p<0,01 önem düzeyinde anlamlı, ESTÖ: Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği.

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği ve UCLA Yalnızlık Ölçeği arasındaki ilişki Tablo 21’de gösterildi. Bu çalışmada UCLA Yalnızlık Ölçeği ile Ağrı (r=0,193, p<0,01), Uykusuzluk (r=0,199, p<0,01), Bulantı (r=0,243, p<0,01), Üzüntü (r=0,246, p<0,01), İştahsızlık (r=0,244, p<0,01) ve Nefes Darlığı Alt Boyutu (r=0,220, p<0,01) arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki; Yorgunluk (r=0,296, p<0,01), Endişe (r=0,250, p<0,01) ve Kendini İyi Hissetme Alt Boyutu (r=0,376, p<0,01) pozitif yönlü orta anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 21).

Tablo 22. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği ve ÇBASDÖ Arasındaki İlişki

ÇBASDÖ		Aileden	Arkadaştan	Özel	Toplam
		Alınan Destek	Alınan Destek	Kişiden Alınan Destek	
ESTÖ	Ağrı	r=-0,08	r=-0,153**	r=-0,206**	r=-0,192**
	Yorgunluk	r=-0,159**	r=-0,221**	r=-0,221**	r=-0,247**
	Bulantı	r=-0,169**	r=-0,211**	r=-0,189**	r=-0,220**
	Üzüntü	r=-0,151**	r=-0,167**	r=-0,196**	r=-0,208**

Tablo 22. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği ve ÇBASDÖ Arasındaki İlişki (devam)

ÇBASDÖ		Aileden	Arkadaştan	Özel	Toplam
		Alınan Destek	Alınan Destek	Kişiden Alınan Destek	
ESTÖ	Endişe	r=-0,137**	r=-0,166**	r=-0,196**	r=-0,205**
	Uykusuzluk	r=-0,137**	r=-0,166**	r=-0,168**	r=-0,187**
	İştahsızlık	r=-0,117*	r=-0,211**	r=-0,087	r=-0,161**
	Kendini İyi Hissetme	r=-0,177**	r=-0,305**	r=-0,287**	r=-0,322**
	Nefes Darlığı	r=-0,09	r=-0,178**	r=-0,036	r=-0,118*

r: Spearman Korelasyon Katsayısı, **p<0,01 önem düzeyinde anlamlı, *p<0,05 önem düzeyinde anlamlı, ESTÖ: Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği, ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği ve ÇBASDÖ arasındaki ilişki Tablo 22'de gösterildi. Bu çalışmada Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Ağrı Alt Boyut puanı ile ÇBASDÖ toplam puanı (r=-0,192, p<0,01), Arkadaştan Alınan Destek Alt Boyut puanı (r=-0,153, p<0,01), Özel Kişiden Alınan Destek Alt Boyut puanı (r=-0,206, p<0,01) arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Ağrı Alt Boyut puanı ile ÇBASDÖ Aileden Alınan Destek Alt Boyut puanı (r=-0,08, p>0,05) arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptandı (Tablo 22).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Yorgunluk Alt Boyut puanı ile ÇBASDÖ toplam puanı (r=-0,247, p<0,01), Aileden Alınan Destek Alt Boyut puanı (r=-0,159, p<0,01), Özel Kişiden Alınan Destek Alt Boyut puanı (r=-0,221, p<0,01) ve Arkadaştan Alınan Destek Alt Boyut puanı (r=-0,221, p<0,01) arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 22).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Bulantı Alt Boyut puanı ile ÇBASDÖ toplam puanı (r=-0,220, p<0,01), Aileden Alınan Destek Alt Boyut puanı (r=-0,169, p<0,01), Özel Kişiden Alınan Destek Alt Boyut puanı (r=-0,189, p<0,01) ve Arkadaştan

Alınan Destek Alt Boyut puanı ($r=-0,211$, $p<0,01$) arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi(Tablo 22).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Üzüntü Alt Boyut puanı ile ÇBASDÖ toplam puanı ($r=-0,208$, $p<0,01$), Aileden Alınan Destek Alt Boyut puanı ($r=-0,151$, $p<0,01$), Arkadaştan Alınan Destek Alt Boyut puanı ($r=-0,167$, $p<0,01$) ve Özel Kişiden Alınan Destek Alt Boyut puanı ($r=-0,196$, $p<0,01$) arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 22).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Endişe Alt Boyut puanı ile ÇBASDÖ toplam puanı ($r=-0,205$, $p<0,01$), Aileden Alınan Destek Alt Boyut puanı ($r=-0,137$, $p<0,01$), Arkadaştan Alınan Destek Alt Boyut puanı ($r=-0,166$, $p<0,01$) ve Özel Kişiden Alınan Destek Alt Boyut puanı ($r=-0,196$, $p<0,01$) arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 22).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Uykusuzluk Alt Boyut puanı ile ÇBASDÖ toplam puanı ($r=-0,187$, $p<0,01$), Aileden Alınan Destek Alt Boyut puanı ($r=-0,137$, $p<0,01$), Arkadaştan Alınan Destek Alt Boyut puanı ($r=-0,166$, $p<0,01$) ve Özel Kişiden Alınan Destek Alt Boyut puanı ($r=-0,168$, $p<0,01$) arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 22).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği İştahsızlık Alt Boyut puanı ile ÇBASDÖ toplam puanı ($r=-0,161$, $p<0,01$), Aileden Alınan Destek Alt Boyut puanı ($r=-0,117$, $p<0,05$), Arkadaştan Alınan Destek Alt Boyut puanı ($r=-0,211$, $p<0,01$) arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği İştahsızlık Alt Boyut puanı ile ÇBASDÖ Özel Kişiden Alınan Destek Alt Boyut puanı ($r=-0,087$, $p>0,05$) arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptandı (Tablo 22).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Kendini İyi Hissetme Alt Boyut puanı ile ÇBASDÖ toplam puanı ($r=-0,322$, $p<0,01$), Arkadaştan Alınan Destek Alt Boyut puanı ($r=-0,305$, $p<0,01$) ve Özel Kişiden Alınan Destek Alt Boyut puanı ($r=-0,287$, $p<0,01$) arasında negatif yönlü orta anlamlı bir ilişki; Aileden Alınan Destek Alt Boyut puanı ($r=-0,177$, $p<0,01$) arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 22).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Nefes Darlığı Alt Boyut puanı ile ÇBASDÖ toplam puanı ($r=-0,118$, $p<0,05$) ve Arkadaştan Alınan Destek Alt Boyut puanı ($r=-0,178$, $p<0,01$) arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu

belirlendi. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Nefes Darlığı Alt Boyut puanı ile ÇBASDÖ Aileden Alınan Destek Alt Boyut puanı ($r=-0,09$, $p>0,05$) ve Özel Kişiden Alınan Destek Alt Boyut puanı ($r=-0,036$, $p>0,05$) arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptandı (Tablo 22).

Tablo 23. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği ve FACT-G Yaşam Kalitesi Ölçeği arasındaki ilişki

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği	Sosyal				Toplam
	Beden Durumu	Yaşam ve Aile Durumu	Duygusal Durum	Faaliyet Durumu	
Ağrı	$r=-0,676^*$	$r=-0,168^*$	$r=-0,367^*$	$r=-0,423^*$	$r=-0,529^*$
Yorgunluk	$r=-0,771^*$	$r=-0,305^*$	$r=-0,556^*$	$r=-0,577^*$	$r=-0,709^*$
Bulantı	$r=-0,645^*$	$r=-0,210^*$	$r=-0,378^*$	$r=-0,400^*$	$r=-0,528^*$
Üzüntü	$r=-0,548^*$	$r=-0,257^*$	$r=-0,778^*$	$r=-0,523^*$	$r=-0,658^*$
ESTÖ Endişe	$r=-0,540^*$	$r=-0,245^*$	$r=-0,785^*$	$r=-0,538^*$	$r=-0,655^*$
Uykusuzluk	$r=-0,433^*$	$r=-0,213^*$	$r=-0,358^*$	$r=-0,518^*$	$r=-0,464^*$
İştahsızlık	$r=-0,581^*$	$r=-0,260^*$	$r=-0,425^*$	$r=-0,423^*$	$r=-0,525^*$
Kendini İyi Hissetme	$r=-0,723^*$	$r=-0,381^*$	$r=-0,622^*$	$r=-0,677^*$	$r=-0,760^*$
Nefes Darlığı	$r=-0,297^*$	$r=-0,246^*$	$r=-0,207^*$	$r=-0,236^*$	$r=-0,292^*$

r: Sperman Korelasyon Katsayısı, * $p<0,01$ önem düzeyinde anlamlı, ESTÖ: Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği.

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği ve FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği arasındaki ilişki Tablo 23'te gösterildi. Bu çalışmada Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Ağrı Alt Boyut puanı ile FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puanı ($r=-0,529$, $p<0,01$), Beden Durumu Alt Boyut puanı ($r=-0,676$, $p<0,01$), Duygusal Durum Alt Boyut puanı ($r=-0,367$, $p<0,01$) ve Faaliyet Durumu Alt Boyut puanı ($r=-0,423$, $p<0,01$) arasında negatif yönlü orta anlamlı bir ilişki; Sosyal Yaşam ve Aile Durumu Alt Boyut puanı ($r=-0,168$, $p<0,01$), arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 23).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Yorgunluk Alt Boyut puanı ile FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puanı ($r=-0,709$, $p<0,01$), Beden Durumu Alt Boyut puanı ($r=-0,771$, $p<0,01$) arasında negatif yönlü yüksek anlamlı bir ilişki; Duygusal Durum Alt Boyut puanı ($r=-0,556$, $p<0,01$), Faaliyet Durumu Alt Boyut puanı ($r=-0,577$, $p<0,01$) ve Sosyal Yaşam ve Aile Durumu Alt Boyut puanı ($r=-0,305$, $p<0,01$) arasında da negatif yönlü orta anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 23).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Bulantı Alt Boyut puanı ile FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puanı ($r=-0,528$, $p<0,01$), Beden Durumu Alt Boyut puanı ($r=-0,645$, $p<0,01$), Duygusal Durum Alt Boyut puanı ($r=-0,378$, $p<0,01$) ve Faaliyet Durumu Alt Boyut puanı ($r=-0,400$, $p<0,01$) arasında negatif yönlü orta anlamlı bir ilişki; Sosyal Yaşam ve Aile Durumu Alt Boyut puanı ($r=-0,210$, $p<0,01$) arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 23).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Üzüntü Alt Boyut puanı ile FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puanı ($r=-0,658$, $p<0,01$), Beden Durumu Alt Boyut puanı ($r=-0,548$, $p<0,01$), Faaliyet Durumu Alt Boyut puanı ($r=-0,523$, $p<0,01$) ve Sosyal Yaşam ve Aile Durumu Alt Boyut puanı ($r=-0,257$, $p<0,01$) arasında negatif yönlü orta anlamlı bir ilişki; Duygusal Durum Alt Boyut puanı ($r=-0,778$, $p<0,01$) arasında negatif yönlü yüksek anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 23).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Endişe Alt Boyut puanı ile FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puanı ($r=-0,655$, $p<0,01$), Beden Durumu Alt Boyut puanı ($r=-0,540$, $p<0,01$) ve Faaliyet Durumu Alt Boyut puanı ($r=-0,538$, $p<0,01$) arasında negatif yönlü orta anlamlı bir ilişki; Sosyal Yaşam ve Aile Durumu Alt Boyut puanı ($r=-0,245$, $p<0,01$) arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki; Duygusal Durum Alt Boyut puanı ($r=-0,785$, $p<0,01$) arasında negatif yönlü yüksek anlamlı bir ilişki belirlendi (Tablo 23).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Uykusuzluk Alt Boyut puanı ile FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puanı ($r=-0,464$, $p<0,01$), Beden Durumu Alt Boyut puanı ($r=-0,433$, $p<0,01$), Duygusal Durum Alt Boyut puanı ($r=-0,358$, $p<0,01$) ve Faaliyet Durumu Alt Boyut puanı ($r=-0,518$, $p<0,01$) arasında negatif yönlü orta anlamlı bir ilişki; Sosyal Yaşam ve Aile Durumu Alt Boyut puanı ($r=-0,213$, $p<0,01$) arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 23).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği İştahsızlık Alt Boyut puanı ile FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puanı ($r=-0,525$, $p<0,01$), Beden Durumu Alt Boyut puanı ($r=-0,581$, $p<0,01$), Faaliyet Durumu Alt Boyut puanı ($r=-0,423$, $p<0,01$), Duygusal Durum Alt Boyut puanı ($r=-0,425$, $p<0,01$) ve Sosyal Yaşam ve Aile Durumu Alt Boyut puanı ($r=-0,260$, $p<0,01$) arasında negatif yönlü orta anlamlı bir ilişki saptandı (Tablo 23).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Kendini İyi Hissetme Alt Boyut puanı ile FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puanı ($r=-0,760$, $p<0,01$) ve Beden Durumu Alt Boyut puanı ($r=-0,723$, $p<0,01$) arasında negatif yönlü yüksek anlamlı bir ilişki; Faaliyet Durumu Alt Boyut puanı ($r=-0,677$, $p<0,01$) ve Duygusal Durum Alt Boyut puanı ($r=-0,622$, $p<0,01$) ve Sosyal Yaşam ve Aile Durumu Alt Boyut puanı ($r=-0,381$, $p<0,01$) arasında negatif yönlü orta anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi (Tablo 23).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Nefes Darlığı Alt Boyut puanı ile FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puanı ($r=-0,292$, $p<0,01$) ve Beden Durumu Alt Boyut puanı ($r=-0,297$, $p<0,01$) arasında negatif yönlü orta anlamlı bir ilişki; Sosyal Yaşam ve Aile Durumu Alt Boyut puanı ($r=-0,246$, $p<0,01$), Duygusal Durum Alt Boyut puanı ($r=-0,207$, $p<0,01$) ve Faaliyet Durumu Alt Boyut puanı ($r=-0,236$, $p<0,01$) arasında negatif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki belirlendi (Tablo 23).

5. TARTIŞMA

Onkoloji hastaları hastalığın tanı, tedavi ve prognozuna bağlı olarak birçok fiziksel ve psikolojik semptomu yoğun bir şekilde yaşayabilmekte, yalnızlık duygusu hissedebilmekte bu doğrultuda sosyal desteğe olan ihtiyaçları artarak yaşam kaliteleri düşebilmektedir. Bu çalışma Türkiye'nin kuzeyinde, Orta Karadeniz Bölgesi'nde yer alan bir üniversite hastanesinin onkoloji ve hematoloji kliniklerinde yatarak tedavi görmekte olan onkoloji hastalarının algıladıkları yalnızlık ve sosyal destek düzeyinin yaşam kalitesi ve semptom kontrolü üzerine etkisinin yorumlandığı ilk çalışmadır.

5.1. Hastaların Klinik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada hastaların yaklaşık olarak yarısının kronik bir hastalığa sahip olduğu; hastalarda sırasıyla hipertansiyon, diyabet ve kalp hastalığının bulunduğu belirlendi. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte bu konuda yapılan bazı araştırmalarda da hastaların en çok hipertansiyon, diyabet ve kalp hastalığı tanısı aldıkları bildirilmiştir (Gülcivan ve Topçu, 2017; Küçükkatırcı, 2013; Deniz, 2011). Kronik hastalıklar; uzun süreli gözlem, kontrol ve bakım gerektirmekte, sakatlık veya hareket kısıtlılıkları gibi geriye dönüşsüz patolojilere neden olabilmektedir. Özellikle birden çok kronik hastalığa sahip olan bireyler günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken yetersizlik yaşayabilmektedir. Bu doğrultuda onkoloji hastalarının, kanser hastalığı dışında kronik hastalığa sahip olmasının kanser hastalığının tedavi ve prognozunu ile birlikte hastalıkla baş etme becerilerini olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülmektedir (Akdemir ve Birol, 2011; Özbaş, 2006; Eylen, 2001).

Araştırmaya katılan hastaların yaklaşık olarak yarısının “hastalığımı uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olarak algıladığı” ve %40,8'inin şu anki sağlık durumunu “iyi” olarak tanımladığı belirlendi. Hastaların sağlık durumlarını iyi ya da kötü olarak tanımlamalarının iyileşme motivasyonlarını etkileyen çok önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir. Hastalık süreci her hasta tarafından farklı algılanmakla birlikte, hastaların sağlık algısındaki bu farklılık onkoloji hastalarının kanser hastalığında ve tedavi sürecinde yaşadıkları zorluklardan, aile ve sosyal destek sistemlerinin varlığından kaynaklanabilir (Atagün ve ark., 2011).

Hastaların kişisel deneyimleri, bilgileri, değerleri, inançları ve gereksinimleri bireylerin hastalığa ilişkin yorumunu, algısını ve değerlendirmesini, tedavi sürecinde

sergilediği duygusal ve davranışsal tepkileri etkileyebilir (Kocaman ve ark., 2007). Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte Kutlu ve arkadaşlarının (2011) yapmış olduğu çalışmada hastaların yaklaşık olarak üçte ikisinin genel sağlık durumunu iyi olarak tanımladığı bildirilmiştir. Özellikle kanserin ölümlerle sonuçlanan bir hastalık olmaktan çıkmasının ve uzun süre tedavi gerektiren kronik ve karmaşık bir hastalık haline gelmesinin onkoloji hastalarının sağlık algısını etkilediği düşünülmektedir (Atagün ve ark., 2011).

Bu çalışmada hastaların %94,6'sının tedavi sürecinde kendisine eşlik eden bir yakınının bulunduğu belirlendi. Araştırma bulgularımızı destekler nitelikte Çivi ve arkadaşlarının (2011) yapmış olduğu çalışmada hastalık ve tedavi süreci boyunca hastalara çocuklarının ve eşlerinin eşlik ettiği bildirilmiştir. Kanser hastalığına bağlı olarak onkoloji hastalarının aile içi rollerinde değişim meydana gelmekte; onların görev ve sorumlulukları aile içindeki kardeş, anne ve baba gibi diğer aile bireyleri tarafından üstlenilmektedir (Dedeli ve ark., 2008). Hem aileden hem de yakın çevreden sosyal desteğin alınmadığı durumlarda ise hastalarda depresif bozukluklar gelişebilmektedir. Sosyal destek yetersizliği ve psikolojik sorunlar, tedavi sürecinde ortaya çıkan semptomlar ile birleştiğinde hastaların sağlık durumlarını ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu doğrultuda yaşanan bu süreçte hastaların ihtiyaç duydukları sosyal desteğin sağlanması son derece önemlidir (Soylar, 2015).

5.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'ne (ÇBASDÖ) İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada; onkoloji hastalarının aileden, arkadaştan ve özel kişiden aldıkları destek düzeylerini değerlendiren Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puan ortalaması $58,6 \pm 17,8$ olarak belirlendi. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nden alınabilecek toplam puan aralığı 12 ve 84 arasında değişmekle birlikte, araştırma kapsamındaki hastaların sosyal destek düzeylerinin iyi olduğu görüldü. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puan ortalaması Ayaz ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında $69,4 \pm 13,1$; Doğan'ın (2011) çalışmasında $52,09 \pm 13,57$; Soylar'ın (2015) çalışmasında $41,36 \pm 14,24$ ve Savcı'nın (2006) çalışmasında $59,19 \pm 17,5$ olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puan ortalamasının bu konuda yapılan diğer araştırmalarla (Doğan, 2011; Savcı, 2006) uyumlu olduğu görülmüştür. Bununla birlikte onkoloji hastalarının Çok Boyutlu

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyutları içerisinde en yüksek puanı, Aileden Alınan Destek ve Arkadaştan Alınan Destek Alt Boyutlarından; en düşük puanı da Özel Kişiden Alınan Destek Alt Boyutundan aldıkları saptanmıştır.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Aileden Alınan Destek Alt Boyut puan ortalaması $24,4 \pm 4,9$ olarak belirlendi. Aileden Alınan Destek Alt Boyutundan alınabilecek toplam puan aralığı 4 ve 28 arasında değişmekle birlikte, araştırma kapsamındaki hastaların sosyal destek düzeylerinin çok iyi olduğu görüldü. Aileden Alınan Destek Alt Boyut puan ortalaması; Ayaz ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında $25,2 \pm 4,3$; Doğan'ın (2011) çalışmasında $24,65 \pm 4,32$; Soylar'ın (2015) çalışmasında $20,80 \pm 5,70$ ve Savcı'nın (2006) çalışmasında $24,34 \pm 5,27$ olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada Aileden Alınan Destek Alt Boyut puan ortalamasının bu konuda yapılan diğer araştırmalarla (Soylar, 2015; Doğan, 2011; Ayaz ve ark., 2008; Savcı, 2006) uyumlu olduğu görülmüştür.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Arkadaştan Alınan Destek Alt Boyut puan ortalaması $24,4 \pm 4,9$ olarak saptandı. Arkadaştan Alınan Destek Alt Boyutundan alınabilecek toplam puan aralığı 4 ve 28 arasında değişmekle birlikte, araştırma kapsamındaki hastaların sosyal destek düzeylerinin çok iyi olduğu görüldü. Arkadaştan Alınan Destek Alt Boyut puan ortalaması; Ayaz ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında $19,9 \pm 7,1$; Doğan'ın (2011) çalışmasında $15,36 \pm 6,39$; Soylar'ın (2015) çalışmasında $11,50 \pm 5,54$ ve Savcı'nın (2006) çalışmasında $17,16 \pm 8,65$ olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada Arkadaştan Alınan Destek Alt Boyut puan ortalamasının bu konuda yapılan diğer araştırmalarla (Soylar, 2015; Doğan, 2011; Ayaz ve ark., 2008; Savcı, 2006) uyumlu olduğu görülmüştür.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Özel Kişiden Alınan Destek Alt Boyut puan ortalaması $16,4 \pm 8,4$ olarak saptandı. Özel Kişiden Alınan Destek Alt Boyutundan alınabilecek toplam puan aralığı 4 ve 28 arasında değişmekle birlikte, araştırma kapsamındaki hastaların sosyal destek düzeylerinin iyi olduğu görüldü. Özel Kişiden Alınan Destek Alt Boyut puan ortalaması Ayaz ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında $24,2 \pm 4,6$; Doğan'ın (2011) çalışmasında $12,07 \pm 5,79$; Soylar'ın (2015) çalışmasında $9,06 \pm 5,21$ ve Savcı'nın (2006) çalışmasında $17,73 \pm 7,9$ olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada Özel Kişiden Alınan Destek Alt Boyut puan ortalamasının Doğan (2011) ve Savcı'nın (2006) çalışması ile uyumlu olduğu buna

karşın Ayaz ve arkadaşları (2008) ile Soylar'ın (2015) çalışmasından daha düşük olduğu saptanmıştır.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam ortanca puanının hastaların; eğitim durumuna, kimlerle birlikte yaşadığına, kronik bir hastalığa sahip olma durumuna ve hastalığın klinik evresine göre farklılık gösterdiği belirlendi. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam ortanca puanının diğer gruplarla karşılaştırıldığında eşi ve çocukları ile birlikte kalan, üniversite mezunu hastalarda daha yüksek olduğu saptandı. Araştırma bulguları ile uyumlu olarak bu konuda yapılan bazı çalışmalarda; eşi ve çocukları ile birlikte kalan (Yılmaz, 2011); lise ve üzeri eğitim alan (Arslan,2016; Yılmaz, 2014) hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Onkoloji hastalarına eşleri tarafından verilen destek; bireylerin karşılaştıkları sorunlarla başa çıkma becerilerini arttırmakta, hastaların değişen yaşam biçimlerine uyumlarını sağlamakta ve bu sürecin daha kolay atlatılmasına yardımcı olmaktadır. Bununla birlikte hastaların öğrenim düzeylerinin yüksek olması da bu durumu etkileyerek bireylerin sosyal destek kaynaklarına daha kolay ulaşabilmelerine olanak sağlamaktadır (Özbey, 2012; Güner, 2008).

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam ortanca puanınının diğer gruplarla karşılaştırıldığında kronik bir hastalığa sahip olmayan ve hastalığın 1 ve 2. evresinde bulunan hastalarda daha yüksek olduğu saptandı. Kanser hastalığının bireyin yaşamında fiziksel ve duygusal birçok etkisi vardır. Onkoloji hastalarında hem hastalık evresinin ilerlemesi hem de kanser hastalığına diğer hastalıkların eşlik etmesi bakım ve tedavi sürecini zorlaştırabilmektedir (Öner, 2012). Bununla birlikte onkoloji hastaları hastalığın evresine göre farklı reaksiyonlar gösterebilmektedir. Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda bireylerin hastalığın ilk evrelerinde karşılaştıkları sorunlara, duygusal gerginliklere, değişen yaşam şekli ve rol dağılımına daha kolay uyum sağlayabildikleri ve kendi ihtiyaçlarını tek başlarına karşılayabildikleri saptanmıştır (Okçın, 2007; Given ve ark., 2001).

5.3. UCLA Yalnızlık Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada UCLA Yalnızlık Ölçeği'nin 10 maddelik versiyonu kullanılmış olmakla birlikte onkoloji hastalarının UCLA Yalnızlık Ölçeği toplam puan ortalaması $18,4 \pm 5,1$ olarak belirlendi. UCLA Yalnızlık Ölçeği'nden alınabilecek toplam puan aralığı 10 ve 40 arasında değişmekle birlikte onkoloji hastalarının orta düzey yalnızlık

duygusuna sahip oldukları görüldü. Bu durum kanser gibi kronik bir hastalığa sahip olan bireyin kendisini yetersiz, tükenmiş veya yalnız hissettiği zaman ilk olarak ailesinden ve çevresinden beklediği destek düzeyinin yüksek olması ile açıklanabilir (Soylar, 2015). UCLA Yalnızlık Ölçeği toplam puan ortalaması Russel'ın (1996) çalışmasında $20,10 \pm 5,66$ olarak belirlenmiştir. Onkoloji hastalarının yalnızlık düzeyi yapılan araştırmalara göre (Çıracı, 2015; Kurt Öncü, 2008; Russel 1996) farklılık göstermekte birlikte, bu farklılığın toplumların aile ve kültürel yapılarındaki özelliklerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

UCLA Yalnızlık Ölçeği toplam ortanca puanının hastaların yaş grubuna, çalışma durumuna, kronik bir hastalığa sahip olma durumuna, hastalığın klinik evresine ve metastaz gelişme durumuna göre farklılık gösterdiği belirlendi. UCLA Yalnızlık Ölçeği toplam ortanca puanının diğer gruplarla karşılaştırıldığında 59-68 yaş grubu, 69 yaş grubu ve üzeri hastalarda daha yüksek olduğu görüldü. Araştırma bulgularına karşın Çıracı'nın (2015) yapmış olduğu çalışmada 29-39 yaş grubu hastalarda yalnızlık düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Yalnızlık özellikle ileri yaş onkoloji hastaları için zor bir süreçtir. Hastaların yaşı ilerledikçe bireylerde görülen yalnızlık düzeyi artmakta ve erişkin onkoloji hastalarının yaklaşık yarısı yalnızlık duygusu yaşamaktadır (Öz, 2004). Ayrıca onkoloji hastalarının deneyimledikleri hastalık süreci ve sahip oldukları kişilik özellikleri hastaları çevrelerinden uzaklaştırabilmektedir. Özellikle hastaların çevresindeki insanlara güçsüz görünmek istememesi bireyleri yalnızlığa itmekte ve hastalar tek başına olmayı tercih edebilmektedir (Kurt Öncü, 2008).

UCLA Yalnızlık Ölçeği toplam ortanca puanının diğer gruplarla karşılaştırıldığında çalışmayan hastalarda daha yüksek olduğu belirlendi. Sosyoekonomik durumun yalnızlık duygusunu etkileyen önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir. Özellikle çalışmayan hastalarda oldukça sık karşılaşılan yoksulluk insanları duygusal yalnızlık sürecine sürüklemektedir. Bu durum çalışmayan hastaların sosyal çevre oluşturamamasından, sosyal ilişkilerini düzenleyememesinden ve tedavi sürecinin maliyetinden kaynaklanabilir (Öz, 2004).

UCLA Yalnızlık Ölçeği toplam ortanca puanının diğer gruplarla karşılaştırıldığında kronik bir hastalığa sahip olan, metastaz gelişen ve hastalığın 4. evresinde bulunan hastalarda daha yüksek olduğu saptandı. Kanser hastalığı dışında

kronik bir hastalığa sahip olan, yaygın ve ileri evre onkoloji hastaları yalnızlık, sosyal izolasyon ve terk edilme duygusu yaşayabilirler (Özdemir ve Taşçı, 2013). Bu doğrultuda kronik bir hastalığın ortaya çıkardığı psikososyal sorunlar hastaların yalnızlık duygusunu arttırabilmektedir (Sevil ve ark.,2006; Kara ve Mirici, 2004).

5.4. FACT-G (4. Versiyon) Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada hastaların yaşam kalitesini değerlendiren FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalaması $58,4 \pm 21,6$ olarak saptandı. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği'nden alınabilecek toplam puan aralığı 0 ve 108 arasında değişmekle birlikte, araştırma kapsamındaki hastaların orta düzey bir yaşam kalitesine sahip oldukları belirlenmiştir. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalaması Öner'in (2012) çalışmasında $64,94 \pm 1,84$ ve Yaşar'ın (2016) çalışmasında ise $59,59 \pm 16,46$ olarak saptanmıştır. Bu çalışmada FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalamasının bu konuda yapılan diğer araştırmalarla (Yaşar, 2016; Öner, 2012) uyumlu olduğu görülmüştür. Bununla birlikte onkoloji hastalarının FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği alt boyutlarından en yüksek puanı Sosyal Yaşam ve Aile Durumu Alt Boyutundan; en düşük puanı da Faaliyet Durumu Alt Boyutundan aldıkları saptanmıştır.

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Beden Durumu Alt Boyut puan ortalaması $12,5 \pm 8,0$ olarak belirlendi. Beden Durumu Alt Boyutundan alınabilecek toplam puan aralığı 0 ve 28 arasında değişmekle birlikte, araştırma kapsamındaki hastaların fiziksel sağlık algısının düşük olduğu görüldü. Beden Durumu Alt Boyut puan ortalaması Öner'in (2012) çalışmasında $16,31 \pm 6,42$ ve Yaşar'ın (2016) çalışmasında $12,13 \pm 6,88$ olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Beden Durumu Alt Boyut puan ortalamasının bu konuda yapılan diğer çalışmalarla (Yaşar,2016; Öner,2012) uyumlu olduğu saptanmıştır.

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Sosyal Yaşam ve Aile Durumu Alt Boyut puan ortalaması $20,1 \pm 6,0$ olarak belirlendi. Sosyal Yaşam ve Aile Durumu Alt Boyutundan alınabilecek toplam puan aralığı 0 ve 28 arasında değişmekle birlikte, araştırma kapsamındaki hastaların sosyal yaşam ve aile durumunun iyi olduğu görüldü. Sosyal Yaşam ve Aile Durumu Alt Boyut puan ortalaması Öner'in (2012) çalışmasında $20,86 \pm 6,09$ ve Yaşar'ın (2016) çalışmasında $20,81 \pm 4,26$ olarak bildirilmiştir. Bu

araştırmada FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme leği Sosyal Yaşam ve Aile Durumu Alt Boyut puan ortalamasının bu konuda yapılan diğer çalışmalarla (Yaşar,2016; ner,2012) uyumlu olduğu saptanmıştır.

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme leği Duygusal Durum Alt Boyut puan ortalaması $14,9 \pm 6,0$ olarak belirlendi. Duygusal Durum Alt Boyutundan alınabilecek toplam puan aralığı 0 ve 24 arasında değişmekle birlikte, araştırma kapsamındaki hastaların duygusal durumunun orta düzey olduğu görülmüştür. Duygusal Durum Alt Boyut puan ortalaması ner'in (2012) alışmasında $14,53 \pm 5,32$ ve Yaşar'ın (2016) alışmasında $12,70 \pm 6,41$ olarak bildirilmiştir. Bu araştırmada FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme leği Duygusal Durum Alt Boyut puan ortalamasının bu konuda yapılan diğer çalışmalarla (Yaşar, 2016; ner, 2012) uyumlu olduğu saptanmıştır.

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme leği Faaliyet Durumu Alt Boyut puan ortalaması $11,0 \pm 6,8$ olarak belirlendi. Faaliyet Durumu Alt Boyutundan alınabilecek toplam puan aralığı 0 ve 28 arasında değişmekle birlikte araştırma kapsamındaki hastaların günlük faaliyetlerini yerine getirmekte zorluk yaşadıkları görüldü. Faaliyet Durumu Alt Boyut puan ortalaması ner'in (2012) alışmasında $13,24 \pm 6,44$ ve Yaşar'ın (2016) alışmasında $13,95 \pm 4,61$ olarak bildirilmiştir. Bu araştırmada FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme leği Faaliyet Durumu Alt Boyut puan ortalamasının bu konuda yapılan diğer çalışmalarla (Yaşar,2016; ner,2012) uyumlu olduğu saptanmıştır.

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme leği toplam ortanca puanının hastaların; eğitim düzeyine, çalışma durumuna, sosyal güvence varlığına, gelir durumuna, hastalığın klinik evresine ve metastaz gelişme durumuna göre farklılık gösterdiği belirlendi. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme leği toplam ortanca puanının diğer gruplarla karşılaştırıldığında çalışan, sosyal güvencesi bulunan, geliri giderinden fazla ve geliri giderine eşit olan hastalarda daha yüksek olduğu saptandı. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak bu konuda yapılan bazı çalışmalarda niversite mezunu (Tekbaş, 2014), metastaz gelişmeyen (Kaya ve ark. 2013; ner, 2012; Kılıçkap, 2009), alışan (Tate ve Forchheimer, 2002), hastalığın başlangıç evresinde bulunan hastalarda (Gültekin ve ark., 2008) yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu; araştırma bulgularına karşın bu konuda yapılan diğer çalışmalarda eğitim durumunun

(Yaşar, 2016; Sert, 2011) ve gelir durumunun (Sert, 2011) hastaların yaşam kalitesini etkilemediği (Temiz, 2016) bildirilmiştir. Bununla birlikte eğitim düzeyi yüksek olan hastalarda iyilik hali ile yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Yılmaz, 2014).

Onkoloji hastalarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler, bireyin fiziksel ve entellektüel özellikleri ile birlikte ekonomik durumuna bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir. Ekonomik sorunlar genellikle hastanın sağlık sigortası ve sosyal güvencenin bulunmamasından, kanser tedavisinin uzun sürmesinden ve tedavi maliyetinin yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (Tekbaş, 2014; Kurt Öncü, 2008). Onkoloji hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirildiği bir çalışmada, ekonomik güçlük yaşamayan hastalarda, genel iyilik hali ile bilişsel ve sosyal alana ilişkin yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Beşer, 2001). Bu durum çalışan ve sosyal güvencesi bulunan hastaların maddi ve manevi olanaklarının daha yüksek olmasından kaynaklanabilir.

FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam ortanca puanının diğer gruplarla karşılaştırıldığında metastaz gelişmeyen ve hastalığın 1 ve 2. evresinde bulunan hastalarda daha yüksek olduğu görüldü. Kanser hastalığı ilerledikçe hastalar bu süreçte ortaya çıkan semptomlar kadar tedavinin yan etkileriyle (ağrı, anoreksiya, kaşeksi, tat değişiklikleri, saç dökülmesi, bulantı, kusma, dehidratasyon, mukozit, yorgunluk, dispne, kemik iliği supresyonu, depresyon, anksiyete) baş etmeye çalışmaktadır (Usta Yeşilbalkan ve ark., 2005; Akdemir, 2003). Hastaların deneyimledikleri bu semptomlar, hastaların arkadaş toplantılarına ve sosyal aktivitelere katılımlarını azalmakta, refakatçi desteğine ve hemşirelik bakımına olan ihtiyaçlarını artırmaktadır (Tekbaş, 2014; Usta Yeşilbalkan ve ark., 2005).

5.5. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği'ne (ESTÖ) İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği'nden alınan "0 puan" semptomun olmadığını, "10 puan" ise semptomun çok şiddetli yaşandığını işaret etmektedir. Bu doğrultuda hastaların Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği'nden en yüksek puanı sırasıyla Yorgunluk, Ağrı, Kendini İyi Hissetme ve İştahsızlık Alt Boyutlarından aldıkları saptanmıştır (Uysal ve ark., 2015). Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği kullanılarak hastaların en şiddetli yaşadığı semptomlar Seven ve arkadaşlarının (2013)

çalışmasında; iştahsızlık, yorgunluk ve uykusuzluk; Kurt Sadırlı'nın (2008) çalışmasında iştahsızlık, bulantı, yorgunluk, kendini iyi hissetme durumu ve Uysal ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında yorgunluk, üzüntü, iştahsızlık olarak bildirilmiştir. Hastalık ve tedaviye bağlı olarak ortaya çıkan semptomların kontrol altına alınamaması; hastaların tedaviyi bırakmalarına, tedavi dozunun azaltılmasına veya tedavinin sonlandırılmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle semptomların oluşmasının engellenmesi veya oluşan semptomların kontrol altına alınması, hastaların kanser ve tedavisiyle başa çıkabilmelerinde oldukça önemli rol oynar (Uysal ve ark., 2015).

Onkoloji hastalarının Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Yorgunluk Alt Boyut puan ortalaması $6,2 \pm 3,3$ olarak saptandı. Yorgunluk Alt Boyut puan ortalaması Seven ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında $5,3 \pm 2,0$, Kepçioğlu'nun (2012) çalışmasında $2,8 \pm 2,6$ ve Kurt Sadırlı'nın (2008) çalışmasında $2,0 \pm 3,2$ olarak bildirilmiştir. Yorgunluk onkoloji hastaları tarafından oldukça sık ifade edilen bir semptomdur. Kansere bağlı yorgunluk; azalan enerji, dinlenme gereksinimlerinde artış, aktivite düzeyinde beklenenden daha fazla değişim, güçsüzlük, zihinsel konsantrasyonda bozulma, insomnia, hipersomnia ve emosyonel sorunların eşlik ettiği çok boyutlu bir semptomdur. Yorgunluk düzeyi hastadan hastaya farklılık göstermekle birlikte genel olarak tüm onkoloji hastalarının %40 ile %100'ünün yorgunluk semptomu yaşadıkları bildirmektedir. Özellikle kemoterapi ve radyoterapi tedavisi uygulanan hastalarda yorgunluğun süresi ve şiddeti daha da artmaktadır. Fiziksel, sosyal, bilişsel fonksiyonlarda azalmalar, ruh halinde değişiklikler, uyku bozuklukları ve tedaviye uyumsuzluk yorgunluğun sonuçlarına örnek olarak verilebilir (Yeşilbalkan Usta, 2015).

Bu çalışmada Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Yorgunluk ortanca puanının diğer gruplarla karşılaştırıldığında kadın hastalarda daha yüksek olduğu görülmüştür. Literatürde kadın onkoloji hastalarının hastalık sürecinde psikolojik desteğe ihtiyaç duydukları ve bu desteğin hastaların fiziksel durumlarını olumlu yönde etkilediği saptanmıştır (Işık, 2014). Kadın onkoloji hastaları kanser hastalığının yaratmış olduğu stres, yeterli bilgi sahibi olamama ve yeterli psikolojik destek görememe, aile içindeki rol ve sorumluluklarını yerine getirememe, kanserin tekrar etme korkusu, metastaz gelişme riski ve duygusal olarak yıpranma gibi problemleri daha çok yaşayabilmekte ve bu yaşadıkları problemlerin yorgunluk semptomunu daha yoğun hissetmelerine neden olabileceği düşünülmektedir (Işık, 2014).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Yorgunluk ortanca puanının diğer gruplarla karşılaştırıldığında metastaz gelişen ve hastalığın 3 ve 4. evresinde bulunan hastaların puanından daha yüksek olduğu saptandı. Hastalığın ileri evresinde olan ve metastaz gelişen hastalarda, kanserin getirdiği problemlerin artması, semptom yönetiminde güçlükler yaşanmasına, hastaların yaşadığı semptom sayısının ve şiddetinin artmasına, depresyon ve anksiyete eğiliminin yükselmesine neden olmakta ve yorgunluk düzeyini arttırabilmektedir (Kocaman Yıldırım ve ark., 2013). Bu doğrultuda yorgunluğun oluşmasının engellenmesi veya oluşan yorgunluğun kontrol altına alınması, hastaların kanser ve tedaviyle baş etmesinde büyük önem taşır (Uysal ve ark., 2015).

Onkoloji hastalarının Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Ağrı Alt Boyut puan ortalaması $4,9 \pm 3,7$ olarak saptandı. Bu ölçeğin Ağrı Alt Boyut puan ortalaması Seven ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında $4,0 \pm 2,3$; Kepçioğlu'nun (2012) çalışmasında $2,3 \pm 2,6$ ve Kurt Sadırlı'nın (2008) çalışmasında $1,7 \pm 3,1$ olarak belirlendi. Onkoloji hastaları birçok semptomu bir arada yaşayabilmektedir. Özellikle ağrı onkoloji hastalarının yaşam kalitelerini azaltan önemli bir semptomdur (Uysal ve ark., 2015; Dedeli ve Karadeniz, 2009). Tümörün yayılımı, tedavi yöntemleri ve kanser dışı etkenler kanser ağrısını etkileyebilmektedir (Çelik Tarakçioğlu, 2016). Kanser ağrısının sadece doku hasarının bir göstergesi olmadığı, aynı zamanda hastanın baş etme yeteneklerinden, sosyo-ekonomik durumundan, kültürel geçmişi ve entelektüel durumlarından etkilenen çok boyutlu bir semptom olduğu bilinmektedir. Bu nedenle kanser ağrısının fizyolojik, duygusal, psiko-sosyal, bilişsel, davranışsal ve spiritüel yönleriyle ele alınması gerekmektedir (Orhan ve ark., 2008). Devam eden ve dindirilemeyen kanser ağrısının, hastanın yaşamının her alanında zararlı ve yıkıcı birçok etkisi bulunmakta ve hastaların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle ağrı yönetimi onkoloji hastaları için hayati öneme sahiptir (Yıldırım, 2014).

Onkoloji hastalarının Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Kendini İyi Hissetme Alt Boyut puan ortalaması $4,6 \pm 2,9$ olarak saptandı. Bu ölçeğin Kendini İyi Hissetme Alt Boyut puan ortalaması Kepçioğlu'nun (2012) çalışmasında $3,4 \pm 2,7$ ve Kurt Sadırlı'nın (2008) çalışmasında $2,2 \pm 2,5$ olarak bildirilmiştir. Onkoloji hastalarında semptom yönetimi hastanın fiziksel ve psikolojik semptomlarının giderilmesinde büyük önem taşımaktadır (Uğur, 2014). Bu doğrultuda kanser uzun

sürelî tedavi gerektirmesi nedeniyle hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik hallerini etkilemektedir (Arslan ve ark., 2008; Dedeli ve ark. 2008; Ünsar ve ark. 2007).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Kendini İyi Hissetme ortanca puanının diğere gruplarla karşılaştırıldığında; sosyal güvencesi bulunmayan; ilkokul ve ortaokul mezunu olan hastalarda daha yüksek olduğu saptandı. Araştırma bulguları ile uyumlu olarak Kurt Sadırlı'nın (2008) bu konuda yapmış olduğu çalışmada kendini iyi hissetme semptom puanının ilkokul ve ortaokul mezunu hastalarda daha yüksek belirlendiği bildirilmiştir. Çalışan hastaların ekonomik durumları ile eğitim düzeylerinin yüksek olması ve sosyal güvencelerinin bulunması hastaların iyi bir yaşam sürmesine olanak sağlamaktadır. Buna karşın çalışmayan hastalar depresyon ve anksiyete gibi psikososyal sorunlar yaşayabilmekte, zamanla sosyal çevreden uzaklaşarak kendilerini izole edebilmektedir (Dedeli ve ark., 2008; Yeşilbalkan ve ark., 2005). Bu doğrultuda çalışmayan ve sosyal güvencesi bulunmayan hastaların yaşam koşullarının kötü olması ve sağlık olanaklarına zor ulaşmaları kendini iyi hissetme durumlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Atagün ve ark., 2011).

Onkoloji hastalarının Edmonton Semptom Tanılama (ESTÖ) Ölçeği İştahsızlık Alt Boyut puan ortalaması $4,5 \pm 3,3$ olarak saptandı. Bu ölçeğin İştahsızlık Alt Boyut puan ortalaması Seven ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında $6,0 \pm 2,7$, Kepçioğlu'nun (2012) çalışmasında $2,7 \pm 2,8$ ve Kurt Sadırlı'nın (2008) çalışmasında $2,8 \pm 3,5$ olarak saptanmıştır. Kanserin ilerlemesi, metastaz varlığı, tümörün neden olduğu metabolik değişimler, kanser tedavisi ve tedavinin yan etkileri iştahsızlık semptomu gelişmesine neden olabilmektedir (Uğur, 2014; Kurt Sadırlı ve Ünsar, 2009; Ünsar ve ark., 2007 Aslan ve ark., 2006; Kara ve Fesci, 2004).

Kanser tanısının konulması ile başlayan tedavi süreci çoğu hastada tat ve koku alma duyusu ile birlikte hastaların beslenmelerini ve yiyecek tercihlerini olumsuz yönde etkilemekte, yetersiz ve dengesiz beslenmeye, kilo kayıplarına ve iştahsızlık gelişmesine neden olabilmektedir (Sözeri, 2015). Ayrıca kullanılan ilaçlar hastada mukozit gelişmesine neden olduğu için iştahsızlık düzeyini arttırabilmektedir (Karadakovan, 2015). Beslenme onkoloji hastaları için önemli olmakla birlikte iştahsızlığa bağlı olarak düzenli ve yeterli yemek yenilememesi nütrisyon ile birlikte (Özcan ve Vatansever, 2015; Uğur, 2014) malnütrisyon, dehidratasyon, anoreksiya ve elektrolit bozukluklarına yol açabilmektedir (Buluş,2015).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği İştahsızlık ortanca puanının diğer gruplarla karşılaştırıldığında; çalışmayan, kadın, metastaz gelişen ve ileri klinik evrede olan hastalarda daha yüksek olduğu saptandı. Onkoloji hastalarında beslenme problemi hastalığın evresi ve tedavinin yan etkilerine bağlı olarak değişebilmektedir (Uğur, 2014). Özellikle ileri evre ve metastaz gelişen kanser olgularında semptomların şiddeti artmakta ve tedavi sürecinin de etkisiyle hastalar bu semptomlarla başa çıkmada zorlanmaktadır. Bazı çalışmalarda ise yeterli psikolojik destek alamayan kadın onkoloji hastalarının; kanser tedavisine uyum sorunu ile birlikte fiziksel problemler, üzüntü, korku, depresyon, anksiyete ve panik gibi duygular yaşayabildikleri bildirilmektedir (Işık, 2014; Institute of Medicine, Erisim Tarihi: 15.01.2011). Bu doğrultuda kadın onkoloji hastalarının yaşadığı bu duyguların iştahsızlık semptomunu arttırabileceği düşünülmektedir.

5.6. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBSAÖ), UCLA Yalnızlık Ölçeği, FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği ve Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ) Arasındaki İlişkinin Tartışılması

UCLA Yalnızlık Ölçeği puanı arttıkça, ÇBASDÖ toplam puanı, Aileden Alınan Destek Alt Boyut puanı, Arkadaştan Alınan Destek Alt Boyut puanı ve Özel Kişiden Alınan Destek Alt Boyut puanının azaldığı saptandı. Bu çalışmada onkoloji hastalarının algıladıkları destek düzeyi azaldıkça, hastaların yalnızlık düzeyinin arttığı belirlendi. Kanser gibi mortalite oranı yüksek ve yaşamı tehdit eden bir hastalığa sahip olmak hastayı fiziksel ve duygusal yönden etkileyebilmektedir (Bostancı Daştan ve Buzlu, 2015). Onkoloji hastalarının yaşadıkları yalnızlık duygusu hastaların olumsuz düşünceler yaşamalarına neden olabilmektedir. Yalnızlaşmaya başlayan hastalarda sosyal destek ihtiyacı giderek artmaktadır (Arslan, 2016). Bu alanda yapılan bazı çalışmalarda da araştırma bulgularını destekler yönde yalnızlık ve sosyal destek puanları arasında negatif yönde ilişki olduğu belirtilmiştir (Arslan,2016; Yıldırım ve Kocabıyık, 2010). Sevil ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında sosyal ve duygusal destek alamayan onkoloji hastalarının yalnızlık duygusunu daha yoğun yaşadıkları bildirilmiştir. Özellikle sosyal ve duygusal olarak yeterli destek alan hastalar, bu konuda yeterli destek alamayan hastalarla karşılaştırıldığında kendilerini daha yalnız hissedebilmektedir (Duru, 2008; Dansuk ve ark., 2002).

ÇBASDÖ toplam puanı, Aileden Alınan Destek Alt Boyut puanı, Arkadaştan Alınan Sosyal Destek Alt Boyut puanı ve Özel Kişiden Alınan Sosyal Destek Alt Boyut puanı arttıkça; FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puanı, Beden Durumu Alt Boyut puanı Sosyal Yaşam ve Aile Durumu Alt Boyut puanı, Duygusal Durum Alt Boyut puanı ve Faaliyet Durumu Alt Boyut puanının arttığı saptandı. Kanser meydana getirdiği fiziksel ve ruhsal olumsuzluklar, bireylerin sosyal destek ihtiyacını artırmaktadır (Düzen, 2016). Bununla birlikte onkoloji hastalarında sosyal desteğin azalması, hastaların yaşam kalitelerinde de azalmaya neden olabilmektedir (Salonen, 2011). Savcı'nın (2006) onkoloji hastalarında yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeyini etkileyen faktörleri incelediği bir araştırmada, sosyal destek sağlandığında hastaların içinde bulunduğu süreçle daha kolay yüzleştiği ve mevcut sürece objektif bir bakış açısı geliştirdikleri bildirilmiştir. Bu doğrultuda sosyal çevresi tarafından yeterli destek gören onkoloji hastalarının kendilerine güvenlerinin arttığı ve yaşama daha pozitif baktıkları düşünülmektedir (Yaşar, 2016).

UCLA Yalnızlık Ölçeği puanı arttıkça, FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puanı, Beden Durumu Alt Boyut puanı, Sosyal Yaşam ve Aile Durumu Alt Boyut puanı, Duygusal Durum Alt Boyut puanı ve Faaliyet Durumu Alt Boyut puanının azaldığı saptandı. Birçok kronik hastalık ve yetersizlik durumunda olduğu gibi onkoloji hastalarında da tedavi edici girişimlerin amacı; sadece semptomları ve fonksiyonel durumu düzeltmek değil aynı zamanda hastanın yaşam kalitesini de artırmaktır (Akkaya, 2015). Ancak bu süreçte onkoloji hastalarının yaşadığı yalnızlık, bireyin yaşamını olumsuz yönde etkileyen bir duygudur. Yalnızlık duygusu hastanın yaşamının amaçsız ve gereksiz olduğunu düşünmesine, kimsesizlik ve terk edilmişlik duygusu yaşamasına yol açabilmektedir (Erol ve ark., 2016). Ayrıca yalnızlık duygusunun bireyin hayatını her alanda olumsuz yönde etkileyebileceği, hastaların bu süreci daha zor atlatmasına neden olabileceği düşünülmektedir.

UCLA Yalnızlık Ölçeği puanı arttıkça Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Ağrı, Yorgunluk, İştahsızlık ve Kendini İyi Hissetme Alt Boyut puanının arttığı saptandı. Kanser bireylerin hayatını çok boyutlu etkileyen bir hastalıktır. Aynı zamanda tedavi ve hastalığa bağlı olarak gelişen semptomlar bireyin başa çıkma mekanizmalarını etkilemektedir (Jonsbu ve ark., 2012). Bu süreçte yaşanan yalnızlık

duygusu, kanser tedavisine bağlı semptomların şiddetlenmesine ve bireyin sağlığını kötü algılamasına neden olabilmektedir (Polat, 2011).

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Ağrı, Yorgunluk, İştahsızlık ve Kendini İyi Hissetme Alt Boyut puanı arttıkça; ÇBASDÖ toplam puanı, Arkadaştan Alınan Destek Alt Boyut puanı ve Özel Kişiden Alınan Destek Alt Boyut puanının azaldığı belirlendi. Bununla birlikte Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Ağrı, Yorgunluk, İştahsızlık ve Kendini İyi Hissetme Alt Boyut puanı arttıkça; FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puanı, Beden Durumu Alt Boyut puanı, Yaşam ve Aile Durumu Alt Boyut puanı, Duygusal Durum Alt Boyut puanı ve Faaliyet Durumu Alt Boyut puanının azaldığı saptandı. Onkoloji hastalarında, sadece hastalık sürecine bağlı olarak gelişmeyen, aynı zamanda kanser tedavisinin yan etkilerine bağlı olarak ortaya çıkan bulantı, kusma, uykusuzluk, yorgunluk, korku bireyin fiziksel ve psikososyal sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Uysal ve ark., 2015; Uğur, 2014). Kronik bir hastalık süreciyle karşı karşıya kalan onkoloji hastalarında bir süre sonra sorunlarla baş etmede yetersizlikler ortaya çıkabilmektedir (Hintistan ve Çilingir, 2012; Savcı, 2006). Bununla birlikte hastaların hastalık sürecinde karşılaştıkları fiziksel ve psikososyal problemler ile geleceğe yönelik belirsizlikler de bireyin yaşam kalitesini etkileyebilmektedir (Hintistan ve Çilingir, 2012; Savcı, 2006). Onkoloji hastalarının bakım ve tedavi sürecinde çoklu semptomlar ile baş edebilmelerinde sosyal desteğin son derece önemli olduğu düşünölmektedir (Uysal ve ark., 2015; Işık, 2014; Akçay ve Gözüm, 2012).

Sonuç olarak onkoloji hastalarının yaşam kalitesini yükseltebilmek, yalnızlık duygusunu azaltabilmek ve onlara sosyal yönden destek olabilmek için onkoloji hastalarının algıladıkları yalnızlık ve sosyal destek düzeyinin yaşam kalitesi ve semptom kontrolü üzerine etkisinin belirlenmesi ve elde edilen bulgular doğrultusunda hastanın bakım ve tedavisini desteklemeye yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması ve uygulanması son derece önemlidir. Onkoloji hastalarının ruhsal ve duygusal yönden desteklenmesinin ve yaşam kalitesinin yükseltilmesinin hastaların önemli bir hakkı olduğu düşünölmekle birlikte bu araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda hastalara sunulan bakım ile yaşam kalitelerinin yükseltilebileceği düşünölmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışmada hastaların %26,2'sine lösemi tanısı konulduğu, %32,7'sinin hastalığın 2. evresinde bulunduğu, %94,1'ine kemoterapi uygulandığı, %34,1'inde başka bir organa metastaz geliştiği ve %94,6'sının tedavi süreci boyunca kendisine eşlik eden bir yakınının bulunduğu belirlendi.

Onkoloji hastalarının algıladıkları sosyal destek düzeyini değerlendiren Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puan ortalaması $58,6 \pm 17,8$, Aileden Alınan Destek Alt Boyut puan ortalaması $24,4 \pm 4,9$, Arkadaştan Alınan Destek Alt Boyut puan ortalaması $17,8 \pm 7,9$ ve Özel Kişiden Alınan Destek Alt Boyut puan ortalaması $16,4 \pm 8,4$ olarak saptandı.

Hastaların yalnızlık düzeyini değerlendiren UCLA Yalnızlık Ölçeği toplam puan ortalaması $18,4 \pm 5,1$ olarak belirlendi. UCLA Yalnızlık Ölçeği'nden hastaların en yüksek puan ortalamasını "Ne sıklıkta yardım isteyebileceğin insanların olduğunu hissediyorsunuz? (3.7 ± 0.6)" ifadesinden, en düşük puan ortalamasını da "Ne sıklıkta kimsenin sizi gerçekten tanımadığını düşünüyorsunuz? (1.3 ± 0.7)" ifadesinden aldıkları görüldü.

Onkoloji hastalarının yaşam kalitesini değerlendiren FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalaması $58,4 \pm 21,6$; Beden Durumu Alt Boyut puan ortalaması $12,5 \pm 8,0$; Sosyal Yaşam ve Aile Durumu Alt Boyut puan ortalaması $20,1 \pm 6,0$; Duygusal Durum Alt Boyut puan ortalaması $14,9 \pm 6,0$ ve Faaliyet Durumu Alt Boyut puan ortalaması $11,0 \pm 6,8$ olarak belirlendi. FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği'nden hastaların en yüksek puanı "Ailemden manevi destek görüyorum (3.5 ± 0.9)", "Ailem hastalığımı kabullendi (3.5 ± 0.9)" ve "Ailemle hastalığım konusunda iletişimden memnunum (3.5 ± 0.9)" ifadelerinden ve en düşük puanı da "Çalışabiliyorum (0.9 ± 1.2)" ifadesinden aldıkları görüldü.

Hastaların semptomlarını değerlendiren Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Ağrı Alt Boyut puan ortalaması $4,9 \pm 3,7$, Yorgunluk Alt Boyut puan ortalaması $6,2 \pm 3,3$, İştahsızlık Alt Boyut puan ortalaması $4,5 \pm 3,3$ ve Kendini İyi Hissetme Alt Boyut puan ortalaması $4,6 \pm 2,9$ olarak belirlendi. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği'nden hastaların en yüksek puanı Yorgunluk, en düşük puanı Nefes Darlığı Alt Boyutundan aldıkları saptandı.

ÇBASDÖ toplam puanı ile FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puanı ($r=0,482$, $p<0,01$), Beden Durumu Alt Boyut Puanı ($r=0,261$, $p<0,01$), Duygusal Durum Alt Boyut Puanı ($r=0,310$, $p<0,01$) ve Faaliyet Durumu Alt Boyut Puanı ($r=0,386$, $p<0,01$) arasında pozitif yönlü orta anlamlı bir ilişki; Sosyal Yaşam ve Aile Durumu Alt Boyut Puanı ($r=0,701$, $p<0,01$) arasında pozitif yönlü yüksek anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi.

UCLA Yalnızlık Ölçeği toplam puanı ile FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği toplam puanı ($r=-0,539$, $p<0,01$), Beden Durumu Alt Boyut puanı ($r=-0,352$, $p<0,01$), Duygusal Durum Alt Boyut puanı ($r=-0,376$, $p<0,01$) ve Faaliyet Durumu Alt Boyut puanı ($r=-0,378$, $p<0,01$) arasında negatif yönlü orta anlamlı bir ilişki; Sosyal Yaşam ve Aile Durumu Alt Boyut puanı ($r=-0,703$, $p<0,01$) ile UCLA Yalnızlık Ölçeği arasında negatif yönlü yüksek anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi.

UCLA Yalnızlık Ölçeği toplam puanı ile Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Ağrı ($r=0,193$, $p<0,01$) ve İştahsızlık ($r=0,244$, $p<0,01$) Alt Boyutları arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki; Yorgunluk ($r=0,296$, $p<0,01$) ve Kendini İyi Hissetme ($r=0,376$, $p<0,01$) Alt Boyutları arasına pozitif yönlü orta anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. UCLA Yalnızlık Ölçeği puanı arttıkça Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği Ağrı, Yorgunluk, İştahsızlık ve Kendini İyi Hissetme Alt Boyut puanlarının da arttığı saptandı.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda:

- Onkoloji hastaların da tedaviye bağlı olarak gelişebilecek yorgunluk, iştahsızlık, ağrı vb. semptomların bu alanda geliştirilmiş olan ölçeklerle periyodik aralıklarla değerlendirilmesi,
- Onkoloji hastalarının hemşirelik bakımını planlarken bireyin sosyodemografik ve klinik özelliklerinin göz önünde bulundurulması,
- Onkoloji hastalarının yalnızlık düzeylerinin belirlenmesi; ailesi, arkadaşları ve değer verdiği kişilerle birlikte olmasının sağlanması,
- Hastalığın tedavi ve prognozu süresince onkoloji hastalarının fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden desteklenmesi,
- Onkoloji hastalarının ihtiyaç duymaları halinde psikolojik danışmanlık ve rehberlik hizmetlerinin sunulması,
- Onkoloji hastalarının algıladıkları yalnızlık ve sosyal destek düzeyinin yaşam kalitesi ve semptom kontrolü üzerine etkisini belirlemeye yönelik sınırlı sayıda araştırma bulunması nedeniyle daha büyük örneklem grupları üzerinde benzer araştırmalar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Aaronson NK. Methodologic issues in assessing the quality of life of cancer patients. *Cancer*, 1991; 67(3): 844–850.
- Ağaoğlu H, Kütük B, Kaplan H, Kahyaoğlu Ü. Çanakkale ilinde 2014 yılında yapılan kanser tarama programı sonuçlarının değerlendirilmesi. 21. Ulusal Kanser Kongresi, Antalya, Kongre Kitabı, 2015; 414.
- Akçay D, Gözüm S. Kemoterapi alan meme kanserli hastalarda, kemoterapinin yan etkilerine ilişkin verilen eğitim ve evde izlemin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health* 2012;8(4).
- Akdemir N. Kanser tedavileri ve Hemşirelik Bakımı, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı'nda, 1. Baskı, İstanbul, Sistem Ofset. 2003; 265.
- Akdemir N. Kanserın önemi-etiyolojik risk faktörleri ve korunma, Akdemir, N, Birol, L. Editörler, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı'nda, Genişletilmiş 3. Baskı, Ankara, 2011a; 245-255.
- Akdemir N. Kanserde Tanı Yöntemleri Kanserın oluşumu-gelişmesi ve sınıflandırılması. Birol, L, Akdemir, N. Editörler, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı'nda, Genişletilmiş 3. Baskı, Ankara, Sistem Ofset. 2011b; 257-263.
- Akdemir N. Kronik hastalıklar ve hemşirelik bakımı, Akdemir, N, Birol, L. Editör, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı'nda, Genişletilmiş 3. Baskı, Ankara, 2011; 191-201.
- Akın S. Onkolojik aciller. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2015; 517-541.
- Akkaya F. Romatoid artrit hastalarında yalnızlık, sosyal destek ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Erzurum, Yüksek Lisans Tezi, 2015.
- Akyol H. Kemoterapinin temel ilkeleri. 13. TPOG Ulusal Pediatrik Kanser Kongresi, Hemşire Programı, 2004.
- Altınbaş M, Köse N. Kemoterapi. Altınbaş, M. Editör, Kanser'de. Ankara, DNT Ortadoğu Yayıncılık. 2016; 1321-1335.
- Altınbaş M. Kanser oluşumu için riskler ve korunma. Altınbaş, M. Editör, Kanser'de. Ankara, DNT Ortadoğu Yayıncılık. 2016; 1170-1172.

- Altıparmak S, Fadiloğlu , Gürsoy ST, Altıparmak O. Kemoterapi tedavisi alan akciğer kanserli hastalarda öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. Ege Tıp Dergisi 2011;50(2):95-102.
- American Cancer Society, Cancer Facts & Figures, 2017.
- American Cancer Society, <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2012.html>, Erişim Tarihi:16.05.2018.
- Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hem YO Derg 2006; 9(2).
- Arifoğlu A, Dağoğlu N, Kcck S, Oral NE. Kanser in epidemiyolojisi. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2015; 19-27.
- Arslan A. Onkoloji kliniklerinde tedavi gören hastalarda yalnızlık ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişki. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, İstanbul, Yükseklisans Tezi, 2016.
- Arslan S, Akın B, Koçoğlu D. Kemoterapi alan hastalarda hastalık ve tedaviye bağlı yaşanan semptomların sosyo-demografik özellikler ve algılanan sosyal destek ile ilişkisi. HEMAR-G 2008;1:47-56.
- Arslantaş H, Adana F, Kaya F, Turan D. Hastalarda umutsuzluk ve sosyal destek düzeyi ve bunları etkileyen faktörler. İ.U.F.N. Hem. Dergisi 2010;18(2):87-97.
- Aslan FE, Olgun N. Onkoloji. Karadakovan, A, Aslan, FE. Editör. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım'nda. Adana, Nobel Kitabevi. 2010; 189-276.
- Aslan , Vural H, Kömürcü ř, zet A. Kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi. C Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;10:15-28.
- Aştı T. Kanserli hastanın evde bakımında temel ilke ve uygulamalar. Hemşirelik Forumu 2003;6:48-61.
- Atağn Mİ, Balaban D, Atağn Z, Elagoz M, zpolat AY. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2011;3(3).
- Ateş S, Olgun N. Kemoterapiye bağlı alopesi ve yaşam kalitesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2014;67-80.
- Atlı zbaş A. Meme kanseri hastalarının distres ve algılanan sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2008; 20-24.

- Ayaz S, Efe Yaman Ş, Korukluoğlu S. Jinekolojik kanserli hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008; 28(6):880-885.
- Aydemir Ç, Göka E. Psikiyatrinin kanserde yeri. Altınbaş, M. Editör, Kanser'de. Ankara, DNT Ortadoğu Yayıncılık. 2016; 1176-1186.
- Baran M, Küçükakça G, Ayran G. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde algılanan sosyal destek düzeyinin sigara kullanımı üzerine etkisi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2014;15(1):9-15.
- Baysal A, Criss WE. Kanserli tanıyalım, Ankara, Şahin Matbaası. 2004; 34-38.
- Becker N. Krebspraevention-epidemiologische aspekte. Onkologe 2004;10(2):127-138.
- Bektaş HA, Akdemir N. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2006;26:488-499.
- Beşer N. Kemoterapi Alan Lenfomalı hastaların yaşam kalitesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Bilim Uzmanlığı Tezi, 2001.
- Bıkmaz Z. Lösemili hastaların yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne, Yüksek Lisans Tezi, 2009.
- Bostancı Daştan N, Buzlu S. Psikososyal distres Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2015; 551-569.
- Brown AS. "Loneliness", Introduction to Nursing on Adaptation Model Sister Callista Roy, Prantice Hall, New Jersey 1984.
- Brownell A, Shumaker SA. Social support. An Introduction to A Complex Phenomenon. J Soc Issues 1984; 40(4):1-9.
- Buluş M. Bulantı ve kusma. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2015; 385-395.
- Burkhardt A. M, Nathaniel K. A. Çağdaş hemşirelikte etik. Alpar, Ecevit, Ş, Bahçecik, N, Karabacak, Ü. Çeviri Editörleri, 3. Baskı, İstanbul Tıp Kitabevi. 2013; 230-268.
- Can G. Kanser hastasında yorgunluk. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2006; 3(2):10-17.
- Caplan G. Support systems and community mental health:Lectureson Conceptual Development. New York, Behav Public. 1974.

- Cassel J. An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. *Am J Public Health* 1974; 64:1040-1043.
- Cella DF. Quality of life: the concept. *J Palliat Care* 1992; 8(3):8-13.
- Chu KC, Miller BA, Springfield SA. Measures of racial/ethnic health disparities in cancer mortality rates and the influence of socio-economic status. *J Natl Med Assoc* 2007; 99:1092-1094.
- Cohen S, McKay G. Social support, stress and the buffering hypothesis. A Theoretical Analysis. In *Handbook of Psychology and Health* Baum A, Singer JE, Taylor SE. eds, LEA, Hillsdale 1984; 4:253-267.
- Cohen S, Wills TA. Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin* 1985; 98(2):310-357.
- Cutrona CE, Russell DW. The provision of social relationship and adaptation to stress. Jones WH, Perlman D. Editors, In *Advances in personal relationships*. JAI Press Inc. 1987;37-67.
- Çalışkan T, Duran S, Karadaş A, Ergün S, Tekir Ö. Kanser hastalarının yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi, *Balıkesir Üniversitesi, KÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2015; 17(1):27-36.
- Çavuşoğlu H. Oral mukozit yönetiminde kanıya dayalı hemşirelik, *Türk Klinikleri, J.Med* 2007;398-406.
- Çelik Tarakçıoğlu HG. Onkoloji hemşireliğinde semptom yönetimi, *Derleme, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016; 5(4):93-100.
- Çetiner M, Kalaça S, Kalayoğlu S, Soysal T, Sargin D, Ferhanoğlu B. Quality of life assessment of haematopoietic stem cell transplantation patients in İstanbul: a pilot study, 30 th annual meeting of the European Group for Blood and Marrow Transplantation, Barcelona Bone Marrow Transplantation, Vol. XXXIII, 2004.
- Çıracı Y. Onkoloji hastalarında yalnızlık duygusu. *Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Trabzon, Yüksek Lisans Tezi*, 2015.
- Çivi S, Kutlu R, Çelik HH. Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler, *Gülhane Tıp Dergisi* 2011; 53:248-253.
- Çolak D, Özyılkan Ö. Kanser hastalarında palyatif tedaviler. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2006; 2(10):1-9.
- Çubukçu ÜN, Çınar S. Kemoterapi alan kanserli hastalarda oral mukozitler önlenebilir mi? *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2012; 2(4).

- Dalay N, Buyru N. Kanser biyolojisi. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2015; 7-16.
- Danış MZ. Türkiye'de yaşlı nüfusun yalnızlık ve yoksulluk durumları ve sosyal hizmet uygulamaları açısından bazı çıkarımlar. Toplum ve Sosyal Hizmet 2009; 20(1):67-83.
- Dansuk R, Ağargün M, Kars B, Ağargün HP, Turan C, Ünal O. Jinekolojik kanserli hastaların psikososyal özelliklerinin değerlendirilmesi, Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2002; 12:142-147.
- Deckx L, van den Akker M, Buntinx F. Risk factors for loneliness in patients with cancer: a systematic literature review and meta-analysis. Eur J Oncol Nurs 2014; 18(5):466-77. PubMed PMID: 24993076. Epub 2014/07/06. eng.
- Dedeli Ö. Fadıloğlu Ç. Uslu R. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. Turk Onkol Derg 2008; 23(3):132-139.
- Deniz MÇ. Ayaktan kemoterapi alan hastalar ve yakınlarında sağlıkla ilgili yaşam kalitesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Edirne, Uzmanlık Tezi, 2011; 37-40.
- Dirican, B. Radyoterapi teknikleri. I.Uluslararası Parçacık Hızlandırıcıları ve Uygulamaları Kongresi, Ankara:TAEK, 2001; 1-10.
- Doğan N. Akciğer kanserli hastalarda yaşam kalitesi ve sosyal destek. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Erzurum, Yüksek Lisans Tezi, 2011.
- Durna Z, Aydın A. Kanser kemoterapi rehberi ve uygulamaya yönelik öneriler, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2003; 36-46.
- Duru E. Yalnızlığı yordamada sosyal destek ve sosyal bağlılığın rolü, Turk Psikoloji Dergisi 2008; 23(61):15-24.
- Düzen Ö. Küçük hücreli akciğer kanseri nedeniyle ameliyat olan adjuvan kemoterapi alan hastaların yaşam kaliteleri ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2016.
- Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 2001; 12(1):17-25.
- Erel S, Ertaş E. Kanserde cerrahi yaklaşım. Altınbaş, M. Editör, Kanser'de. Ankara, DNT Ortadoğu Yayıncılık. 2016; 1336-1342.

- Ergün A, Eti Aslan F, Varan F, Olgun N, Kuşuoğlu, S. Sağlık bakımında gelişmeler ve bakım uygulamaları. Karadakovan A, Eti Aslan F. Editör. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım'nda, Adana, Nobel Kitabevi. 2013;.3(23).
- Erol S, Sezer A, Şişman FN, Öztürk S. Yaşlılarda yalnızlık algısı ve yaşam doyumu. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2016; 5(3):60-69.
- Erözkan A. Ergenlikte yalnızlığın yordayıcıları. İlköğretim Online 2009; 8(3):809-819.
- Ertem G, Kalkım A, Sevil Ü. Radyoterapi alan hastaların evde bakım gereksinimleri ve yaşam kaliteleri, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2009; 2(2).
- Esencan Yılmaz T, Merih Doğan Y. Kemoterapide semptomların yönetimi. Derleme, Zeynep Kamil Basın Bülteni, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2010; 41(1).
- Eylen B. Bilgi verici danışmanlığın kanser hastalarının ailelerinin sosyal destek becerileri üzerine etkisi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, Yayınlanmamış Doktora tezi, 2001.
- Farquhar M. Definitions of quality of life: A taxonomy. J Adv Nurs 1995;22:502-508.
- Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2013. <http://globocan.iarc.fr>, Erişim Tarihi: 28.01.2014.
- Fırat R. Yaşam kalitesi mi yaşam standardı mı? Köprü Dergisi 2005;90:5-10.
- Finfgeld-Connett D. Clarification of social support. J Nurs Scholarship 2005; 37(1):4-9.
- Ganz PA. Quality of life and the patient with cancer. Cancer Supplement 1994; 74:1445- 1451.
- Genç A. Ekstravazasyon. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2015; 467-477.
- Gierveld J. "Developing and testing a model of loneliness", J Pers Soc Psychol 1987; 53:119-128.
- Given BA, Given CW, Kozachik S. Family support in advanced cancer. CA: a cancer journal for clinicians 2001; 51(4), 213-231.
- Global Cancer Facts & Figures, American Cancer Society. Special Section: Female Breast Cancer 2012;37.

- Gomez-Batiste X, Porta-Sales J, Espinosa-Rojas J, Pascual-Lopez A, Tuca A, Rodriguez J. Effectiveness of palliative careservices in symptom control of patients with advancedterminal cancer: a spanish, multicenter, prospective, quasiexperimental,pre-post study. J Pain Symptom Manage 2010; 40(5):652-60.
- Göçgeldi E, Babayiğit Alparslan M, Hassoy H, Açikel Han C, Taşçı İ, Ceylan S. Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi, Gülhane Tıp Dergisi 2008; 50:172-179.
- Göksel T, Güzelant A. Akciğer kanserinde yaşam kalitesi değerlendirmeleri. Hasturk S, Yuksel, M, Editör,. Akciğer kanseri'nde. İstanbul: Bilmedya Grup. 2000; 359-75.
- Gülcivan G, Topçu B. Meme kanserli hastaların yaşam kalitesi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Namık Kemal Tıp Dergisi 2017; 5(2):63-74.
- Gültekin Z, Pınar G, Pınar T, Kızıltan G, Doğan N, Algier L, et al. Akciğer Kanserli Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Sağlık Bakım Hizmet Beklentileri. UHOD 2008; 18(2):99-106.
- Gümüş AE. Üniversite öğrencilerinin yalnızlık ve beden imgelerinden doyum düzeylerinin sosyal kaygı düzeyleri ve ilişkisinin incelenmesi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi 2000; 33(1-2).
- Güner İC. Meme kanseri ve eşlerin desteği. Gaziantep Tıp Dergisi 2008; 14(1),46-49.
- Gürsu RU, Kesmezacar Ö, Karaçetin D, Mermut Ö, Ökten B, Güner Ş İ. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Birimi: yeni kurulan bir ünitenin 18 aylık sonuçları. İstanbul Tıp Dergisi 2012;13(1):13-18.
- Hacıkamiloğlu E, Zayıfoğlu Karaca M, Gültekin M. Türkiye'de kanser kontrolü. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2015; 3-5.
- Hintistan S, Çilingir D, Nural, N, Gürsoy AA. Hematolojik kanserli hastaların kemoterapiye bağlı yaşadıkları semptomlara yönelik uygulamaları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;1(3)
- Hintistan S, Pekmezci H, Nural N, Gülhan GS. Kemoterapi alan hastalarda psikolojik semptomlar. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 2015;4(1):1-9.
- Hogue CG. Social support, distributive nursing practice: A Systems Approach. Second Edition, J.B. Lippincott Company. 1985;58-75.
- Hollen PJ, Gralla RJ, Kris MG, Eberly SW, Cox C. "Normative data and trends in quality of life from the Lung CancerSymptom Scale (LCSS)", Support, Care Cancer 1999;7:140-148.

- Institute of Medicine. From cancer patient to cancer survivor: Lost in transition 2004. http://www.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=fwkNCEkTrIIC&oi=fnd&pg=PR1&dq=From+Cancer+Patient+to+Cancer+Survivor:+Lost+in+Transition&ots=759SYTRjPB&sig=FpO5nA8TKmI8NZbb_seAnHnlk&redir_esc=y#v=onepage&q=From%20Cancer%20Patient%20to%20Cancer%20Survivor%3A%20Lost%20in%20
- International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2012: estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. 2012.
- Işık I. Meme kanseri hastalarında tedavi sonrası dönemde gelişen psikososyal sorunlar ve destekleyici hemşirelik girişimleri. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2014; 11(3),58-64.
- Işıkhan V. Kanser ve sosyal destek. Toplum ve Sosyal Hizmet 2007;18:15-29.
- Jonsbu E, Martinsen EW, Morken G, Moum T, Dammen T .Illness perception among patients with chest pain and palpitations before and after negative cardiac evaluation. BioPsychoSocial medicine 2012;6(1):19.
- Jou YH, Fukada H. Effect of social support from various sources on the adjustment of Chinese students in Japan. J Soc Psychol 1995; 135(3):305-311.
- Kapucu S. Biyoterapi. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2015; 237-248.
- Kara B, Fesci H. Self-care and quality of life in cancer. Hematol Oncol 2004;6:124-9.
- Kara M, Mirici A. Loneliness, depression, and social support of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease and their spouses. J Nurs Scholarship 2004; 36(4):331-336.
- Karaahmet Z Ö, Gürçay E. Kanserde rehabilitasyon. Altınbaş, M. Editör, Kanser'de. Ankara, DNT Ortadoğu Yayıncılık. 2016; 1418-1433.
- Karadakovan A. Mukozit. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2015; 371-385.
- Kaya MC, Bez Y, Demir A, Bulut M, Topçuoğlu V, Kuşçu MK, Türkeri NL. Prostat kanseri hastalarında hastalık evrelerine göre anksiyete, depresyon, cinsel işlev bozukluğu ve yaşam kalitesi. Journal of Mood Disorders 2013; 3(1):23-7.
- Kaya V, Aksu MG, Korcum AF ve ark. Radyoterapi uygulanan baş boyun kanserli hastalarda medulla spinalis dozlarının incelenmesi. Türk Onkoloji Dergisi 2009; 24(1):1-8.
- Kayış A. Trombositopeni ve kanama. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2015; 355-364.

- Kepçioğlu N. Kemoterapi uygulanan hematolojik maligniteli hastalarda oral mukozit riskinin ve bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2012.
- Kılıçkap S. Kanser hastalarında yaşam kalitesi ile hastalığın klinikopatolojik özellikleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2009.
- King TL, McCool WF. The definition and assessment of pain. J Midwifery Womens Health 2004; 49:471-2.
- Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S. Hastalık algısı ölçeğinin türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007; 8:271-280.
- Kocaman Yıldırım N, Kaçmaz N, Özkan M. İleri evre kanser hastalarının karşılanmamış bakım gereksinimleri. Psikiyatri Hemşireleri Derneği Dergisi 2013; 4(3).
- Köşgeroğlu N. Kemoterapi siz ve bilmek istedikleriniz, Kanser Derneği, 2006.
- Kurt Öncü H. Mastektomi ameliyeti olmuş meme kanserli kadınların, mastektomi sonrası eş uyumu ile yalnızlık düzeyinin incelenmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun, Yüksek Lisans Tezi, 2008.
- Kurt SA, Savaşer S. Kanserli adölesanların yaşam kalitesi düzeyine re-mission video oyununun etkisi. Türk Onkoloji Dergisi 2013; 28(2):51-58,doi: 10.5505/tjoncol.2013.914
- Kurt Sadırlı S, Ünsar S. Kanserli hastalarda Edmonton semptom tanılama ölçeği Türkçe geçerlilik çalışması. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008;11(4).
- Kurt Sadırlı S. Kanserli hastalarda semptom kontrolünün değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne, Yüksek Lisans Tezi, 2008.
- Kutlu R, Çivi S, Börüban MC, Demir A. Kanserli hastalarda depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi 2011; 27(3):149-153.
- Kutluk T, Kars A. Kanser konusunda genel bilgiler. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı 2001;14-26.
- Küçükkatırcı S. Akciğer kanserli hastalarda beslenme durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin saptanması. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, Yüksek Lisans Tezi, 2013; 23-26.
- Lee RM, Robbins. Measuring belongingness: The social connectedness and the social assurance scales. J Couns Psychol 1995; 42(2):232-241.

- Lichtenstein P, Holm NV, Verkasalo PK, Iliadou A et al. Environmental and heritable factors in the causation of cancer- Analyses of cohorts of twins from Sweden, Denmark, and Finland. *N Engl J Med* 2000; 343(2):78-85.
- Lillberg K, Verkasalo PK, Kaprio J, Teppo L, Helenius H, Koskenvuo M. Stressful life events and risk of breast cancer in 10,808 women: a cohort study. *Am J Epidemiol* 2003; 157:415-423.
- Longo D. Neoplastik hastalıklar, Barutca, S. Çeviri Editörü, Harrison's Principles of Internal Medicine Türkçe'de, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul. 2013;1:479-486.
- Meehan MP, Durlak JA, Braynt FB. The relationship of social support to perceived control and subjective mental health in adolescents. *J Community Psychol* 1993; 21:49-55.
- Mollaoğlu M. Kronik hastalıklarda yaşam kalitesi ve hemşirelik. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi. İzmir, 2007.
- Myrdal G, Valtysdotir S, Lambe M, Stahle E. Quality of life following lung cancer surgery. *Thorax* 2003; 58:194-197.
- Okçin AF. Kanser sürecinde hastaya yaklaşım, Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2015; 957-965.
- Okçin F. Kanser hastasına bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Doktora Tezi, 2007.
- Okten C, Ozer Z. Cancer patients and loneliness: A systematic review. *Nurs Pract Today* 2016; 3(4):128-139.
- Onat H, Mandel NM. Kanser hastasına yaklaşım tanı, tedavi, takipte sorunlar, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2002; 1-369.
- Orhan ME, Bilgin F, Ergin A, Dere K, Güzeldemir ME. Pain treatment practice according to the WHO analgesic ladder in cancer patients: eight years experience of a single center. *The journal of the Turkish Society of Algology* 2008; 20(4):37-43.
- Ovayolu N, Parlar S, Karakaş S. Kemoterapi uygulamasının toksik ve yan etkilerine yönelik alınabilecek hemşirelik önlemleri, *Hemşirelik forumu* 2003; 6(2):36-41.
- Öner H. Cerrahi onkolojik hastalarda spiritualite ve yaşam kalitesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, Yüksek Lisans Tezi, 2012.
- Öz F. Sağlık alanında temel kavramlar. Mattek Matbaacılık Bas. Yay. Tic. Ltd. Şti., Ankara, 2010; 149-170.

- Öz F. Yalnızlık. Öz, F. Editör. Sağlık Alanında Temel Kavramlar'da. Ankara, İmaj İç ve Dış Ticaret AŞ. 2004; 180-202.
- Özbaş A. Meme kanserli ailelerde sorunlar ve çözümler. Meme Sağlığı Dergisi 2006; 2(3):115-117.
- Özbey S. Eşlerin algıladıkları sosyal desteğin ailenin bazı özellikleri ile ilişkisinin incelenmesi. Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi 2012; 13(1).
- Özcan S, Vatansever S. Kanser kaşeksisi. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2015; 407-421.
- Özdemir Ü, Taşcı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar va bakım. Erciyer Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2013;1(1):57-72.
- Özkan AH, Özeren SG. Bakımda kullanılan kavramların analizi, Özkan, AH. Editör, Hemşirelikte Bilim, Felsefe ve Bakımın Temelleri'nde, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık, 2014; 112-126.
- Öztürk Y. Pap smear testi yaptırmamış kadınların bu teste yönelik farkındalıklarının ve testi yaptırmama nedenlerinin değerlendirilmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir, Yüksek Lisans Tezi, 2017.
- Patrick DL, Erichson P. Health status and health policy. New York: Oxford University Press 1993.
- Peplau HE. Loneliness. Am J Nurs 1995;(12):244-250.
- Peplau LA, Perlman D. Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy. John Wiley & Sons Inc. 1982; 36:1-18.
- Pınar G, Algier L, Çolak M, Ayhan A. Jinekolojik Kanserli hastalarda yaşam kalitesi. Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi 2008; 3(18).
- Pınar R. Sağlık araştırmalarında yaşam kalitesi kavramı. Sendrom 1997; 9(10):108-111.
- Polat Ü. İleri evre kanser hastalarında semptom yönetiminde bakım verenin rolleri ve destek gereksinimleri. Türk Onkoloji Dergisi 2011; 26(4):193-8.
- Rawlins P. Clinical manual of psychiatric nursing, Mosby Company, Toronto 1998;238-253
- Rokach A. "Antecedents of loneliness: A Factorial Analysis". Journal of Psychology 1989;123:4.
- Russell DW. UCLA loneliness scale (version 3): reliability, validity, and factor structure. J Pers Assess 1996; 66(1):20-40.

- Ruzevicius J, Akranaviciute D. Quality of life and its components measurement. *Engineering Economics* 2007;2:43-48.
- Sadler W. Oh the verge of a lonely life. *Humanities* 1974;10:255-276.
- Saegrov S. Health, quality of life and cancer. *Int Nurs Rev* 2005; 52:233-40.
- Salonen P. Quality of life in patients with breast cancer. Academic Dissertation. University Of Tampere, Finland, 2011.
- Santrock, JW. Life-span development. Brown and Benmarck Pub. Wisconsin, 1993.
- Sausville EA, Longo DL. Principles of cancer treatment. In Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J, eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 17th ed. McGraw Hill Medical 2008;514-33.
- Savcı AB. Kanserli hastalarda yaşam kalitesini ve sosyal destek düzeyini etkileyen faktörler. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Erzurum, Yüksek Lisans Tezi, 2006.
- Sert F. Meme kanseri tanılı hastalarda adjuvan hormonal tedavinin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Ana Bilim Dalı, İzmir, Uzmanlık Tezi, 2011.
- Seven M, Akyüz A, Sever N, Dinçer Ş. Kanser tanısı alan hastaların yaşadığı fiziksel ve psikolojik semptomların belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2013; 12(3).
- Sevil Ü, Ertem G, Kavlak O, Coban A. The loneliness level of patients with gynecological cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2006; 16(S1):472-477.
- Shoemaker LK, Estfan B, Induru R, Walsh TD. Symptom management: an important part of cancer care. *Cleve Clin J Med* 2011; 78(1):25-34.
- Siegel R, DeSantis C, Virgo K, Stein K, Mariotto A, Smith T, Cooper D, Gansler T, Lerro C, Fedewa S, Lin C, Leach C, Cannady RS, Cho H et al. Cancer treatment and survivorship statistics. *CA Cancer J Clin* 2012; 62:220-241.
- Softa Kaçan H, Öztürk A, Dindaş İ, Göçmen M. Kastamonu 1 nolu aile sağlığı merkezine başvuran yaşlıların yalnızlık düzeyini etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi/Elderly Issues Research Journal* 2015;2:88-97.
- Soylar P. İnönü üniversitesi turgut özal tıp merkezinde tedavi gören meme kanseri hastalarının tedavi arama şekilleri, algılanan sosyal destek düzeyinin incelenmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya, Doktora Tezi, 2015.

- Sözeri E. Tat ve koku almada değişim. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2015; 365-371.
- Stewart BWKP, Will CP. World cancer report 2014. Health, 2017.
- Strasser F, Sweeney C, Willey J, Benisch-Tolley S, Palmer JL, Bruera E. Impact of a half-day multidisciplinary symptom control and palliative care outpatient clinic in a comprehensive cancer center on recommendations, symptom intensity, and patient satisfaction: a retrospective descriptive study. J Pain Symptom Manage 2004; 27(6):481-91.
- Stucki G, Kroeling P. Principles of Rehabilitation. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH, eds. Rheumatology. Toronto: Mosby, 2003; 517-530.
- Şen F, Aydın A. Kanserde tanı, sınıflandırma ve evrelendirme. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2015; 73-91.
- Şenler Çay F. Akciğer kanserinde psikososyal sorunlar ve tedavisi. Solunum 2001,2: 223-225.
- Şentürk Çiçek G. Nötropenik ateş. Altınbaş, M. Editör, Kanser. Ankara, DNT Ortadoğu Yayıncılık. 2016; 1389-1395.
- Tan M, Karabulutlu E. Social support and hopelessness in Turkish patients with cancer. Cancer Nurs 2005; 28:236-40.
- Tarakçıoğlu Çelik GH. Onkoloji hemşireliğinde semptom yönetimi, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2016; 5(4):93-100.
- Taş F, Yılmaz Bal H. Pediatrik onkoloji hastalarında yaşam kalitesi kavramı. Türk Onkoloji Dergisi 2008; 23(2):104-107
- Tate DG, Forchheimer M. Quality of life, life satisfaction, and spirituality: Comparing outcomes between rehabilitation and cancer patients. Am J Phys Med Rehab 2002; 81(6):400-410.
- Tekbaş S. Jinekolojik kanser hastalarında yaşam kalitesi ve tedavi-bakımın etkileri. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne, Doktora Tezi, 2014.
- Temiz G. Kemoterapi uygulanan kanserli hastalarda yaşam kalitesinin ve sağlık bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Doktora Tezi, 2016
- The American Cancer Society 2012. The History of Cancer. The American Cancer Society: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002048-pdf.pdf>, Erişim Tarihi:24.12.2013.

- Tuncer M. Kanser in ülkemiz ve dünyadaki önemi, hastalık yükü ve kanser kontrol politikaları. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı. Türkiye’de Kanser Kontrolü, Ankara, 2009.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kanser İstatistikleri, 2014.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye Kanser Kontrol Programı. Ankara, 2015.
- Türkiye Kanser İnsidansları 2014. <http://kanser.gov.tr/daire-faaliyetleri/kanser-istatistikleri/2106-2014-yılı-türkiye-kanser-istatistikleri.html>, Erişim Tarihi: 30.11.2017.
- Uğur Ö. Kanser hastasının semptom yönetimi. Türk Onkoloji Dergisi 2014; 29(3), doi: 10.5505/tjoncol.2014.1077.
- UICC (Union Internationale Contre Le Cancer/ Uluslar Arası Kanserle Savaş Birliği). UICC Manual Of Clinical Oncology, Canada, A John Wiley & Sons, Inc., Publication, 2004.
- Usta Yeşilbakan Ö, Durmaz Akyol A, Çetinkaya Y, Altın T, Ünlü D. 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.
- Uysal N, Kutlutürkani S. Kanserli bireylerde semptom kontrolünde refleksoloji uygulaması. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği, Ankara, Bakırköy Tıp Dergisi 2016;12(3).
- Uysal N, Şenel G, Karaca Ş, Kadioğulları N, Koçak N, Oğuz G. Palyatif bakım kliniğinde yatan hastalarda görülen semptomlar ve palyatif bakımın semptom kontrolüne etkisi. AĞRI 2015; 27(2):104-110.
- Ünsar S, Fındık Ü.Y, Kurt S, Özcan H. Kanserli hastalarda evde bakım ve semptom kontrolü. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007; 2(5):89-106.
- Ünsar Tuna S. Diyare ve konstipasyon. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği’nde, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2015; 395-406.
- Weiss, RS. Loneliness: the experience of emotional and social isolation, Cambridge, Mass: Massachusetts Institute of Technology Press, 1973.
- World Cancer Report 2014. Stewart BW, Wild CP. <http://www.iarc.fr/en/publications/books/wcr/index.php>, Erişim Tarihi: 02.05.2014.

- World Health Organization, 2010,<http://www.DSÖ.int/mediacentre/factsheets/fs297/en>, Erişim Tarihi:06.10.2015.
- Yarbro CH, Frogge MH, Goodman M, Groenwald SL. Cancer nursing principles and practice. London: Jones and Bartlett Publishers, 2006.
- Yarbro CH, Frogge MH, Goodman M. Cancer nursing principles and practice. Jones And Bartlett Publishers. Massachusetts, 2005.
- Yaşar N. Hematopoietik kök hücre transplantasyonu uygulanan hastaların yaşam kalitesi ve bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2016.
- Yaşar R. Yalnızlık. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2007; 17(1):237-260.
- Yates P. Family coping issues and challenges for cancer nursing. Cancer Nurs 1999; 22:63-71.
- Yeşilbalkan ÖU, Akyol AD, 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.
- Yeşilbalkan Usta Ö. Yorgunluk. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2015; 335-347.
- Yıldırım Y, Kocabıyık S. The relationship between social support and loneliness in Turkish patients with cancer. J Clin Nurs 2010; 19(5-6):832-839.
- Yıldırım Y. Kanser ağrısı. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği'nde. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2014; 317-335
- Yıldız İ. Sitotoksik kemoterapi prensipleri. Can, G. Editör, Onkoloji Hemşireliği. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2015; 169-190.
- Yıldız E. Kronik psikiyatri hastalarına bakım verenlerin bakım yükleri ve baş etme düzeylerinin belirlenmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya, Yüksek Lisans Tezi, 2016.
- Yılmaz E, Altınok V. Okul yöneticilerinin yalnızlık ve yaşam doyum düzeylerinin incelenmesi. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi 2009;15(59):451-469.
- Yılmaz E, Yılmaz E, Karaca F. Üniversite öğrencilerinin sosyal destek ve yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. Genel Tıp Dergisi 2008; 18(2).
- Yılmaz MS. Kanser hastalarının sosyal destek algısı ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi (iki hastane örneği-Ankara). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Ankara, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2014.

- Yılmaz S. Jinekolojik kanserli kadınlarda algılanan sosyal destek düzeylerinin kemoterapi semptomlarına etkisi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2011; 58-60.
- Young JE. Loneliness, depression and cognitive therapy: Theory and application. In: Peplau, L.A. and Perlman, D., eds. Loneliness A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy. New York: Wiley-Interscience, 1982.
- Yüzer S, Yiğit R, Taşdelen B. Çocuğu hastanede yatan annelerin aldığı sosyal destek ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;9(4).
- Zheng W. Epidemiological studies of genetic factors for cancer. In: Nasca PC, Pastides H, eds, Fundamentals of Cancer Epidemiology. Sudbury, MA: Jones and Bartlett; 2007: 136-153.
- Zimmer K. Yalnız Yasama Sanatı. Karatas, B. Çeviri Editörü, İstanbul, Gendas Yayıncılık. 2005; 5-20.
- Zimmet GD, Dahlem NW, Zimet SG ve ark. The multidimensional scale of perceived social support. J Pers Assess 1988;52:30-41.

EKLER

Ek-1 Anket Formu

ONKOLOJİ HASTALARININ ALGILADIKLARI YALNIZLIK VE SOSYAL DESTEK DÜZEYİNİN YAŞAM KALİTESİ VE SEMPTOM KONTROLÜ ÜZERİNE ETKİSİ

Bu araştırma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinin Onkoloji ve Hematoloji Klinik'lerindeyatarak tedavi görmekte olan hastaların algıladıkları yalnızlık ve sosyal destek düzeyinin yaşam kalitesi ve semptom kontrolü üzerine etkisinin belirlenmesi amacı ile yapılmaktadır. Araştırma başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Bu nedenle ankette yer alan soruları eksiksiz cevaplamanız çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Bu araştırmaya katılmak istemiyorsanız soruları yanıtlamayabilirsiniz.

Araştırmaya katkılarınızdan dolayı şimdiden TEŞEKKÜR EDERİM.

YL Öğrencisi Tuğçe AYAR
OMÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Ana Bilim Dalı

HASTAYI TANITICI BİLGİ FORMU

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

3. Medeni Durumunuz: () Bekar () Evli () Boşanmış /Dul

4. Eğitim Durumunuz:

() Okur-yazar değil () Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite

5. Çalışıyor musunuz?: () Evet () Hayır

6. Mesleğiniz:

() Ev hanımı () İşçi () Memur () Serbest Meslek () Emekli () Öğrenci () İşsiz

() Diğer (belirtiniz):

7. Sosyal güvenceniz var mı? () Var () Yok

8. Halen yaşadığınız yerleşim birimi: () İl () İlçe () Köy

Ek-1 (Devam)

9. Aile yapınız: ()Çekirdek aile ()Geniş aile

10. Çocuk sahibi olma durumunuz: ()Evet ()Hayır

11.Cevabı evet ise sahip olduğu çocuk sayısı:

12.Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

()Eşim ()Çocuklarım ()Eşim ve çocuklarım ()Tek başına ()Diğer (Belirtiniz):

13.Gelir durumunuz: ()Gelir giderden az ()Gelir gidere eşit ()Gelir giderden fazla

14. Kronik bir hastalığınız var mı?: ()Evet ()Hayır

15.Cevabınız evet ise bu hastalıkların ne/neler olduğu:

()Diyabet ()Hipertansiyon ()Kalp hastalığı ()Böbrek hastalığı ()KOAHA

()Diğer(belirtiniz):

16. Mevcut tanınız:

()Mide CA ()Özefagus CA ()Meme CA ()Beyin CA ()Kolon CA ()Lösemi

()Rektum CA ()Böbrek CA ()Mesane CA ()Akciğer CA ()Karaciğer CA

()Larinks CA

()Nazofarenks CA ()Prostat CA ()Over CA ()Uterus CA ()Serviks CA

()Safra yolları ile ilgili CA ()Yumuşak doku CA ()Tiroid CA ()Diğer(Belirtiniz)

17. Hastalık tanınız ne zaman konuldu?.....

18. Yakın çevrenizde (aile, akraba, arkadaş) kanser tanısı almış başka birey var mı?

()Evet () Hayır

19. Hastalığınızın klinik evresi:.....

20.Bugüne kadar uygulanan tedavi türleri(Birden fazla işaretlenebilir):

() Cerrahi tedavi ()Radyoterapi ()Kemoterapi ()Hormon terapisi

21.Başka bir organa yayılma (metastaz) var mı? ()Var ()Yok

22.Cevap evet ise hangi organ/organlara yayılım gösterdiği:

()Sürrenal ()Karaciğer ()Akciğer ()Kemik ()Beyin ()Cilt ()Diğer(belirtiniz):

Ek-1 (Devam)

23. Hastalığınızı nasıl algılıyorsunuz?

- Tedavi edilemeyen bir hastalık
 Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık
 Kolay tedavi edilebilen bir hastalık
 Diğer:.....

24.Hastalığınıza uyum sağlayabildiniz mi: () Evet () Hayır

25. Şimdiki sağlık durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?

- Çok kötü Kötü Orta İyi Çok iyi

26.Hastalığınızın tedavisine ne zaman başladınız?.....

27. Tedavi süresince size eşlik eden bir yakınınız var mı?() Evet () Hayır

28-Arkadaşlarıyla ilişkisini nasıl tanımladığı

- Çok iyi İyi Orta Kötü Çok kötü

29-Eğer evliyse eşiyle ilişkisini nasıl tanımladığı:

- Evli değil Çok iyi İyi Orta Kötü Çok kötü

30-Eğer çocuğu varsa çocuklarıyla ilişkisini nasıl tanımladığı:

- Çocuğu yok Çok iyi İyi Orta Kötü Çok kötü

31-Akrabaları ile ilişkisini nasıl tanımladığı:

- Çok iyi İyi Orta Kötü Çok kötü

Ek-2 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her birinde de cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birinde bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

1-Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan var (örneğin nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor).

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 *Kesinlikle evet*

2- Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan var (örneğin nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor).

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 *Kesinlikle evet*

3-Ailem (annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 *Kesinlikle evet*

4-İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 *Kesinlikle evet*

5-Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var (örneğin nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor)

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 *Kesinlikle evet*

6-Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olamaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 *Kesinlikle evet*

7-İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 *Kesinlikle evet*

8-Sorunlarımı ailemle (annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 *Kesinlikle evet*

Ek-2(Devam)

9-Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 *Kesinlikle evet*

10-Ailem ve arkadaşlarımdan dışında olan ve duygularıma önem veren özel bir insan var (örneğin nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor)

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 *Kesinlikle evet*

11-Kararlarımı vermede ailem (annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 *Kesinlikle evet*

12-Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 *Kesinlikle evet*

Ek-3 UCLA Yalnızlık Ölçeği

UCLA-YALNIZLIK ÖLÇEĞİ (3. Versiyon)

Aşağıda çeşitli duygu ve düşünceleri içeren ifadeler verilmektedir. Sizden istenilen her ifade de tanımlanan duygu ve düşünceyi ne sıklıkta hissettiğinizi ve düşündüğünüzü her biri için tek bir rakamı daire içine alarak belirtmenizdir.

	HİÇBİR ZAMAN 1	NADİREN 2	BAZEN 3	HER ZAMAN 4
1. Ne sıklıkta bir arkadaşınız olmadığını hissediyorsunuz?				
2. Ne sıklıkta çevrenizdeki kişilerle çok sayıda ortak noktanızın olduğunu düşünüyorsunuz?				
3. Ne sıklıkta kendinizi insanlara yakın hissediyorsunuz?				
4. Ne kadar sıklıkla kendinizi dışlanmış hissediyorsunuz?				
5. Ne sıklıkta kimsenin sizi gerçekten tanımadığını düşünüyorsunuz?				
6. Ne sıklıkta kendinizi diğerlerinden izole hissediyorsunuz?				
7. Ne sıklıkta gerçekten sizi anlayan birilerinin olduğunu hissediyorsunuz?				
8. Ne sıklıkta insanların etrafınızda olduğunu fakat sizinle birlikte olmadığını hissediyorsunuz?				
9. Ne sıklıkta konuşabileceğiniz insanlar olduğunu hissediyorsunuz?				
10. Ne sıklıkta yardım isteyebileceğiniz insanların olduğunu hissediyorsunuz?				

Ek-4 FACT-G (4. Versiyon) Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği

FACT-G (4. VERSİYON) YAŞAM KALİTESİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

FACT-G (Version 4):Aşağıdaki listede sizinle aynı hastalığı olan diğer insanların Önemli olduğunu söylediği bazı ifadeler verilmiştir. Lütfen son 7 günü göz önünde bulundurarak, uygun olan yanıtı belirtmek üzere her satırda bir sayıyı yuvarlak içine alın veya işaretleyin.	Hiç	Çok Az	Biraz	Oldukça	Çok Fazla
BEDEN DURUMU					
1.Enerjim düşük.	0	1	2	3	4
2.Bulantım var.	0	1	2	3	4
3.Bedensel durumum yüzünden ailemin ihtiyaçlarını karşılamakta güçlük çekiyorum.	0	1	2	3	4
4.Ağrım var.	0	1	2	3	4
5.Tedavinin yan etkileri beni rahatsız ediyor.	0	1	2	3	4
6.Kendimi hasta hissediyorum.	0	1	2	3	4
7.Yatakta yatmaya mecbur kalıyorum.	0	1	2	3	4
SOSYAL YAŞAM ve AİLE DURUMU					
1.Kendimi arkadaşlarıma yakın hissediyorum.	0	1	2	3	4
2.Ailemden manevi destek görüyorum.	0	1	2	3	4
3.Arkadaşlarımdan destek görüyorum.	0	1	2	3	4
4.Ailem hastalığımı kabullendi.	0	1	2	3	4
5.Ailemle hastalığım konusunda iletişimden memnunum	0	1	2	3	4
6.Kendimi hayat arkadaşına(veya başlıca desteğim olan kimseye) yakın hissediyorum.	0	1	2	3	4
7.Cinsel hayatım tatmin edici.	0	1	2	3	4
DUYGUSAL DURUM					
1.Kendimi üzgün hissediyorum.	0	1	2	3	4
2.Hastalığımla başa çıkma yöntemimden memnunum.	0	1	2	3	4
3.Hastalığımla olan mücadelede ümidimi kaybediyorum.	0	1	2	3	4
4.Kendimi sinirli hissediyorum.	0	1	2	3	4
5.Ölmekten korkuyorum.	0	1	2	3	4
6.Durumumun daha kötüye gitmesinden endişeleniyorum.	0	1	2	3	4

Ek-4 (Devam)

FAALİYET DURUMU					
1.Çalışabiliyorum.	0	1	2	3	4
2.İşim (ev işi dahil) beni tatmin ediyor.	0	1	2	3	4
3.Hayattan zevk alabiliyorum.	0	1	2	3	4
4.Hastalğımı kabullendim.	0	1	2	3	4
5.İyi uyuyorum.	0	1	2	3	4
6.Eğlenmek için yaptığım şeylerden zevk alıyorum.	0	1	2	3	4
7.Şuanda hayatımın kalitesinden memnunum.	0	1	2	3	4



Ek-5 Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ)

EDMONTON SEMPTOM TANILAMA ÖLÇEĞİ(ESTÖ)

Doldurma Tarihi: _____ Zaman: _____

Durumunuzu en iyi ifade eden rakamı daire içine alınız:

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

Ağrım Yok

Ağrım Çok Fazla

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

Yorgun Değilim

Aşırı Yorgunum

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

Bulantım Yok

Bulantım Çok Fazla

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

Üzüntülü Değilim

Üzüntüm Çok Fazla

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

Endişeli Değilim

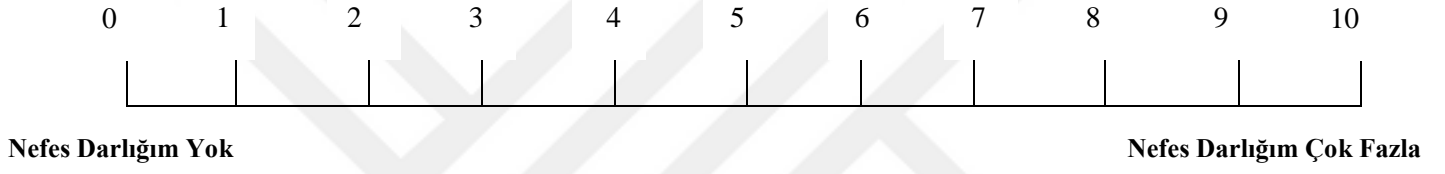
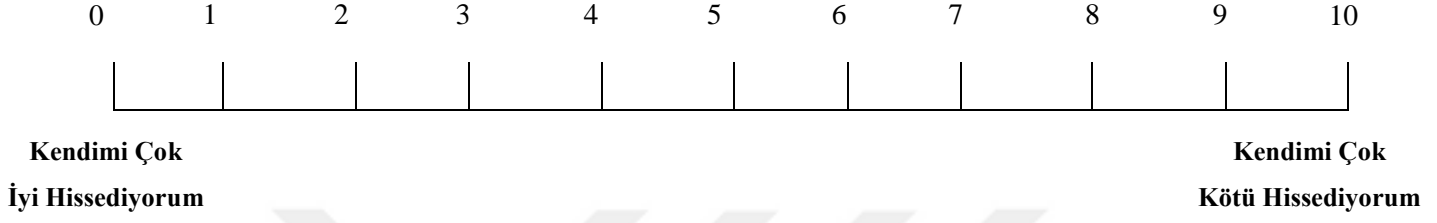
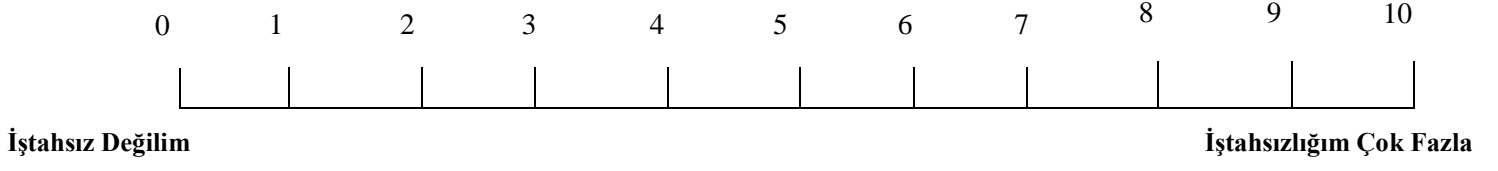
Endişem Çok Fazla

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

Uykusuz Değilim

Uykusuzluğum Çok Fazla

Ek-5 (Devam)



Ek-6 Etik Kurul Onayı



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU


Sayı: B.30.2.ODM.C.20.08/924

05.05.2017

Sayın Doç.Dr. Zeliha KOÇ

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Onkoloji hastalarının algıladıkları yalnızlık ve sosyal destek düzeyinin yaşam kalitesi ve semptom kontrolü üzerine etkisi** başlıklı OMÜ KAEK 2017/195 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, Klinik Araştırmalar Etik kurulu yönergesine göre 04.05.2017 tarihli Etik Kurulumuzda incelenmiş etik açıdan uygun bulunmuştur. Ancak araştırma bütçesinin maddi desteği henüz sağlanamadığından projeye bütçe desteği sağlanıp, tarafımıza bildirilmesinden sonra başlanmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.


Prof. Dr. Dursun AYGÜN
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ek-7 Hastane İzni



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi



Sayı : 15374210-804.01-E.12144
Konu : Tez Çalışması

17/05/2017

Sayın, Tuğçe AYAR

İlgi : 14/05/2017 tarihli dilekçeniz.

"Onkoloji Hastalarının Algıladıkları Yalnızlık ve Sosyal Destek Düzeyinin Yaşam Kalitesi ve Semptom Kontrolü Üzerine Etkileri" başlıklı yüksek lisans tez çalışmanızı hastanemizde yapabileme isteğiniz uygun görülmüştür.
Bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır

Prof.Dr. Recep SANCAK
Merkez Müdürü

Adres: Ondokuz Mayıs Üniversitesi 55139 Kurupelit / SAMSUN

Telefon: 0362 312 19 19 Faks: (362) 457 60 29

Elektronik Ağ: <http://www.omu.edu.tr/>

Kep Adresi: omu@hs01.kep.tr

Fahrettin BEYAZ

fahrettin.beyaz@omu.edu.tr

Dahili Tel: 2327

5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile üretilmiştir.
Evrak teyidi <https://ehyssorgu.omu.edu.tr> adresinden ÖYBİ-ÖF-III-ÖRL9 kodu ile yapılabilir.

Ek-8 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (4. Versiyon) Kullanım İzni

From: Haluk Arkar<haluk.arkar@ege.edu.tr>

Sent: 14 Kasım 2017 09:27

To: Tuğçe Ayar <tugceayar94@gmail.com>

Subject: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (4. Versiyon) Kullanım İzni

Sayın Tuğçe Ayar,

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğini çalışmalarınızda kullanabilirsiniz.

Ölçeği ve puanlamasını aşağıdaki kaynakta bulabilirsiniz. Başarılar dilerim.

Prof. Dr. Haluk Arkar

Eker, D., H. Arkar ve H. Yıldız, "Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği", Türk Psikiyatri Dergisi, 12, 17-25 (2001).

9 Kasım 2017 17:56 tarihinde Tuğçe Ayar <tugceayar94@gmail.com> yazdı:

Sayın Hocam;

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisiyim.

Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması tarafınızca yapılmış bulunan "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek " ölçeğini "Onkoloji Hastalarının Algıladıkları Yalnızlık ve Sosyal Destek Düzeyinin Yaşam Kalitesi ve Semptom Kontrolü Üzerine Etkisi." konulu tez çalışmam da kullanabilmem için gerekli iznin verilebilmesi hususunu tarafınıza en derin saygılarımla arz ederim.

Çok teşekkür eder, iyi çalışmalar dilerim.

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Yük. Lis. Öğr. Tuğçe AYAR

Ek-9 UCLA-Yalnızlık Ölçeği (3. Versiyon) Kullanım İzni

From: LETITIA PEPLAU <lapeplau@ucla.edu>

Sent: Thursday, November 16, 2017 12:57 PM

To: Zeliha Koç <zelihaceren@hotmail.com>

Subject: Re: Permission to use UCLA Loneliness Scale

Hi,

I am happy to have your student use the Loneliness scale. Best wishes for the research.

Anne Peplau
Distinguished Research Professor
UCLA

On Thu, Nov 16, 2017 at 4:03 AM, Zeliha Koç <zelihaceren@hotmail.com> yazdı:

Dear Anne Peplau,

One of my student, Tuğçe Ayar, is planning to study on "The Perceived Loneliness and Social Support Level of Oncology Patients Effect on Quality of Life and Symptom Control" for her master thesis. We would like to use UCLA Loneliness Scale in our research. We will appreciate very much if you can give us permission to use scale. We will look forward to hearing from you.

Yours sincerely.

Zeliha KOÇ

Ondokuz Mayıs University

Health Science Faculty

Dean Assistant

Samsun/Turkey

Ek-10 FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni



FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS THERAPY (FACIT) LICENSING AGREEMENT

The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy system of Quality of Life questionnaires and all related subscales, translations, and adaptations (“FACIT System”) are owned and copyrighted by David Cella, Ph.D. The ownership and copyright of the FACIT System - resides strictly with Dr. Cella. Dr. Cella has granted FACIT.org (Licensor) the right to license usage of the FACIT System to other parties. Licensor represents and warrants that it has the right to grant the License contemplated by this agreement. The terms of this license will grant permission Licensor provides to TUĞÇE AYAR (“Investigator”) the licensing agreement outlined below.

This letter serves notice that TUĞÇE AYAR is granted license to use the **Turkish** version of the **FACT-G** in non-profit study:

This current license is only extended to TUĞÇE AYAR’s research project subject to the following terms:

- 1) (TUĞÇE AYAR) agrees to provide Licensor with copies of any publications which come about as the result of collecting data with any FACIT questionnaire.
- 2) Due to the ongoing nature of cross-cultural linguistic research, Licensor reserves the right to make adaptations or revisions to wording in the FACIT, and/or related translations as necessary. If such changes occur, TUĞÇE AYAR will have the option of using either previous or updated versions according to its own research objectives.
- 3) (TUĞÇE AYAR) and associated vendors may not change the wording or phrasing of any FACIT document without previous permission from Licensor. If any changes are made to the wording or phrasing of any FACIT item without permission, the document cannot be considered the FACIT, and subsequent analyses and/or comparisons to other FACIT data will not be considered appropriate. Permission to use the name “FACIT” will not be granted for any unauthorized translations of the FACIT items. Any analyses or publications of

Ek-10 FACT-G Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni (Devam)

unauthorized changes or translated versions may not use the FACIT name. Any unauthorized translation will be considered a violation of copyright protection.

- 4) In all publications and on every page of the FACIT used in data collection, Licensor requires the copyright information be listed precisely as it is listed on the questionnaire itself.
- 5) This license is for paper administration only and is not extended to electronic data capture. Electronic versions of the FACIT questionnaires are considered derivative works and are not covered under this license. Permission for use of an electronic version of the FACIT must be covered under separate agreement between the electronic data capture vendor and FACIT.org
- 6) In no cases may any FACIT questionnaire be placed on the internet without password protection. To do so is considered a violation of copyright.
- 7) Licensor reserves the right to withdraw this license if TUĞÇE AYAR engages in scientific or copyright misuse of the FACIT system of questionnaires.
- 8) There are no fees associated with this license.
- 9) This license is effective upon date issued by FACIT.org and expires at the completion of TUĞÇE AYAR's project.
- 10) TUĞÇE AYAR agrees to provide FACIT.org with a copy of any publication which results from this study.

Issued on: November 27, 2017

Shannon C Romo
Assistant Business Manager
FACIT.org
381 S. Cottage Hill Avenue
Elmhurst, IL 60126 USA
www.FACIT.org

Ek-11 Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ) Kullanım İzni

From: Seda Kurt<sedakurt81@hotmail.com>

Sent: 10 Kasım 2017 16:38

To: Tuğçe Ayar <tugceayar94@gmail.com>

Subject: EdmontonSemptom Tanılama Ölçeği Kullanım İzni

Sayın Tuğçe AYAR

Ben Öğr. Gör. Dr. Seda KURT ve Prof. Dr. Serap ÜNSAR'ın geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığımız EdmontonSemptom Tanılama Ölçeğini çalışmanızda kullanmanızda hiç bir sakınca yoktur. Çalışmanızın sonuçlarını bizimle paylaşırsanız sevinirim. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Öğr. Gör. Dr. Seda KURT

Trakya Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik bölümü

Not: Çalışmamızı da ekte gönderiyorum.

9 Kasım 2017 18:15 tarihinde Tuğçe Ayar <tugceayar94@gmail.com> yazdı:

Sayın Hocam;

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisiyim.

Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması tarafınızca yapılmış bulunan "Edmonton Semptom Tanılama(ESTÖ)" ölçeğini "Onkoloji Hastalarının Algıladıkları Yalnızlık ve Sosyal Destek Düzeyinin Yaşam Kalitesi ve Semptom Kontrolü Üzerine Etkisi." konulu tez çalışmamda kullanabilmem için gerekli iznin verilebilmesi hususunu tarafınıza en derin saygılarımla arz ederim.

Çok teşekkür eder, iyi çalışmalar dilerim.

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Yük. Lis. Öğr. Tuğçe AYAR

ÖZGEÇMİŞ

Ad:	Tuğçe
Soyad:	AYAR
Doğum Yeri:	ANKARA
Doğum Tarihi:	27/10/1994
Görev Yeri:	T.C. Sağlık Bakanlığı Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Yabancı Dil:	İngilizce
E-Posta Adresi	tugceayar94@gmail.com

Tarih	Akademik Eğitim
2012-2016	Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü
2016-...	Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans Programı
Varsa, İyi Klinik Uygulamalar Kapsamında Aldığı Eğitimler.	
2017-2018	✓ IBM SPSS Uygulamalı İstatistik Eğitimi
2017	✓ HEMARGE Araştırma ve Sistemik Derleme Yazma Kursu
2017	✓ Hemşirelikte Temel İstatistik ve Araştırma
2014	✓ Stratejik Yönetim Sistemleri Eğitimi
2014	✓ İçsel Liderlik, Lider Olma Sanatları, Etkili Lider Modeli, Girişimcilik Eğitimi
2014	✓ Kişisel Gelişim, Beden Dili, İletişim Dilleri, Stres Yönetimi, Zaman Yönetimi Eğitimi
2014	✓ Profesyonel İş Mülakatı Teknikleri, Etkili İnsan Modeli, Algı Psikolojisi Eğitimi
2014	✓ İş Sağlığı ve Güvenliği Sistemi Eğitimi
2014	✓ İç Denetçi Eğitimi
2014	✓ Kalite Yönetim Sistemi Eğitimi
2014	✓ Çevre Yönetim Sistemi Eğitimi
2014	✓ Gıda Güvenliği Yönetim Sistemi Eğitimi
Akademik Ünvanları	
	Yüksek Lisans Öğrencisi
İş Tecrübesi	
	Özel Ordu Sevgi Hastanesi/Hemşire
Varsa, Araştırmacı Olarak Katıldığı Klinik Araştırmalar	
	Ayar T., Sağlam Z., Koç Z. Determining Reasons why Old People Come to Old Age Asylum. International Congress on nursing (ICON 2017), 16 – 18 March 2017 Grand Park Lara Convention Center, Lara – Antalya, Turkey. Alkan S., Ayar T. Ameliyathane Hemşirelerinin Nesnel Yaşam Kaliteleri ve İş Doyumları. Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi, 2017; 2(1).