



T.C. SAğLIK BAKANLIğI
SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TEPECİK
EğİTİM VE ARAşTIRMA
HASTANESİ

T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TEPECİK SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

KANSER HASTALARININ
GEREKSİNİMLERİNE BÜTÜNCÜL YAKLAşIM

Dr. Ferda Uçkun Ceylan

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İZMİR/2022



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TEPECİK
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ

**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TEPECİK SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**KANSER HASTALARININ
GEREKSİNİMLERİNE BÜTÜNCÜL YAKLAŞIM**

Dr. Ferda Uçkun Ceylan

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Umut Gök Balcı

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İZMİR/2022

TEŞEKKÜRLER

Uzmanlık eğitimimde ve tezin hazırlanma sürecinde emeği geçen tez danışmanım *Doç. Dr. Umut Gök Balcı*'ya, asistanlık sürecinde bilgi ve tecrübeleriyle yol gösteren *Prof. Dr. Haluk Mergen'e*, *Doç. Dr. Hülya Parıldar'a*, *Doç. Dr. Yusuf Adnan Güçlü'ye*, *Doç. Dr. Yasemin Kılıç Öztürk'e*, *Başasistan Uzm. Dr. Tevfik Tanju Yilmazer'e* *Doç. Dr. Bakiye Nurdan Tekgül'e*, *Uzm. Dr. Muhammed Mustafa Uzan'a* ve onkolog *Doç. Dr. Olçun Ümit Ünal'a*

Beraber çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma,

İstatistik konusundaki bilgisiyle bana yardımcı olan Firdevs ablama, manevi desteğiyle 7/24 destekleyen kardeşim Büşra'ya,

Desteklerini hep hissettiğim her zaman güvenebileceğimi bildiğim canım aileme,

En büyük destekçim eşime ve biricik cimcime kızım Bilgeme

Teşekkür ederim.

Dr. Ferda Uçkun Ceylan

İzmir, 2022

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜRLER	ii
TABLolar LİSTESİ.....	v
KISALTMALAR	vi
ÖZET.....	vii
ABSTRACT	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. KANSERİN TANIMI	2
2.2. KANSER ETYOLOJİSİ	2
2.3. KANSER EPİDEMİYOLOJİSİ	3
2.4. KANSERLERDE DERECELENDİRME VE EVRELEME	4
2.5. ÜLKEMİZDE KANSERLE İLGİLİ NELER YAPILIYOR.....	4
2.6. KANSER HASTALARINDA GÖRÜLEN SORUNLAR	6
2.6.1. Duygusal Sorunlar	6
2.6.2. Manevi/Dini Konularla İlgili Sorunlar	8
2.6.3. Sağlık Bakımı İle İlgili Sorunlar	9
2.6.4. Sosyal Sorunlar	10
2.6.5. Fiziksel Sorunlar	11
2.6.6. Kanser Tedavisinde Destekleyici Bakımın Önemi	13
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	15
3.1. ARAŞTIRMA TASARIMI	15
3.2. ÖRNEK SAYISI VE ÖRNEK SEÇİM TEKNİĞİ.....	15
3.3. DESTEK VE İZİNLER.....	15
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	15
3.4.1. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği (JDBGBÖ) (EK-4).....	16

3.5. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI	17
3.6. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ.....	17
3.7. ARAŞTIRMA HARİÇ TUTMA KRİTERLERİ	17
3.8. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	17
4.BULGULAR	18
5. TARTIŞMA	33
5.1. DUYGUSAL SORUNLAR	37
5.2. MANEVİ/DİNİ KONULAR İLE İLGİLİ SORUNLAR	39
5.3. SAĞLIK BAKIMI İLE İLGİLİ SORUNLAR	40
5.4. SOSYAL SORUNLAR	42
5.5. BİLİŞSEL SORUNLAR	44
5.6. FİZİKSEL SORUNLAR	45
5.7. TOPLAM PUAN	45
5.8. AÇIK UÇLU SORULAR	46
6. SONUÇ.....	49
KAYNAKLAR	50
EKLER	
EK 1. JAMES DESTEKLEYİCİ BAKIM GEREKSİNİMLERİNİ BELİRLEME ÖLÇEĞİ İÇİN HACER DEMİRKOL'DAN ALINAN İZİN	56
EK 2. ANKET ARAŞTIRMA FORMU-SOSYODEMOGRAFİK VERİLER...	57
EK.3. JAMES DESTEKLEYİCİ BAKIM GEREKSİNİMLERİNİ BELİRLEME ÖLÇEĞİ	58
ÖZGEÇMİŞ.....	60

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1.	Katılımcıların Sosyodemografik özellikleri	18
Tablo 2.	Katılımcıların Aile özellikleri	19
Tablo 3.	Katılımcıların meslek ve gelir dağılımları	19
Tablo 4.	Katılımcıların hastalık dağılımları	20
Tablo 5.	Katılımcıların kanser tanısı, evre ve tanı süreleri	20
Tablo 6.	Katılımcılara destek veren kişi dağılımı.....	21
Tablo 7.	JDBGB ölçek alt ölçeklerinin ortalama puanları	22
Tablo 8.	James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği duygusal sorunlar ve dini konular alt ölçeği	23
Tablo 9.	James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği sağlık bakımı ve sosyal sorunlar alt ölçeği	25
Tablo 10.	James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği bilişsel sorunlar ve fiziksel belirtiler alt ölçeği	27
Tablo 11.	James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği toplam puanı	29
Tablo 12.	James Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeğinde Bulunan Evet/Hayır Şeklinde Yanıtlanan Sorulara Verdikleri Cevapların Dağılımı.....	31
Tablo 13.	James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği toplam puanı ile Evet/hayır şeklinde yanıtlanan soruların ilişkisi	32

KISALTMALAR

CES: Center for Epidemiological Studies Depression

COVID-19: Coronavirus disease 2019

DNA: Deoksiribo Nükleik Asit

DSÖ:Dünya Sağlık Örgütü

EBV: Ebstein Barr Virus

GİS: Gastrointestinal Sistem

HBV: Hepatit B Virusu

HCV: Hepatit C Virusu

HPV: Human Papilloma Virus

JDBGBÖ: James Destekleyici Bakım Gerksinimlerini Belirleme Ölçeği

KETEM: Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi

ÖZET

Amaç: Kanser tüm dünyada ve ülkemizde insidansı giderek artan kronik bir hastalıktır. Hastalık süreci boyunca hastaların çeşitli gereksinimleri olmakta ve hastaneye başvurmaktadırlar. Bu süreçte hastaların sorunlarına bütüncül yaklaşım önemlidir. Karşılanmamış gereksinimlerin hastaların tedaviye uyumunu azalttığı, fiziksel ve psikolojik morbiditelere yol açabildiği bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda farklı kanser türlerinde ve evrelerindeki hastalara bütüncül bir açıdan yaklaşp gereksinimlerini gözden geçirmek amaçlanmıştır. Elde ettiğimiz sonuçlarla sağlık çalışanlarının kanser hastalarının gereksinimlerine karşı farkındalığını artırma ve böylece hastaların distres düzeylerini azaltma konusunda yapılabilecek çalışmalara katkıda bulunma şansımız olabilecektir.

Gereç ve Yöntem: SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji polikliniklerinde Şubat-Mart 2020 tarihleri arasında kanser tanısı almış 173 hasta çalışmaya alındı. Sosyodemografik bilgiler ve James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeğini içeren anket formu yüz yüze anket yöntemi ile gerçekleştirildi. Gruplar arasındaki farklılıklar numerik değişkenler Mann Whitney u ve Kruskallwallis, kategorik değişkenler ki-kare testi ile analiz edildi.

Bulgular: Çalışmamıza 109'u (%63,01) kadın, 64'ü (%36,99) erkek olmak üzere toplam 173 hasta katılmıştır. Hastalarımızın toplam puanı 144 olan James destekleyici bakım gereksinimleri ölçeğinden aldığı puan ortalaması 36,13 bulunmuştur. Kadınların sağlık bakımı ile ilgili sorunlar ve bilişsel sorunlar harici bölümlerin hepsinde gereksinimlerinin istatistiksel anlamlı olarak erkeklerden yüksek olduğu saptanmıştır. Toplam puan ortalamalarına karşılaştırıldığında kadınların ($p<0,01$), 18-45 yaş aralığındakilerin($p=0,01$) ve anne-babası bakım veren($p=0,048$) grubun puanları daha yüksek bulunmuştur. 'Şu an sizin için en çok duygusal sıkıntı oluşturan şey nedir' sorusuna 'Destek Yoksunluğu' diyen grubun toplam puanı da daha yüksek bulunmuştur. ($p=0,002$)

Sonuç: Sonuçlarımıza göre hastalarımızın karşılanmamış bakım gereksinimleri çok yüksek düzeyde değildir. Bununla birlikte hastaların fiziksel sorunlar haricindeki bölümlerde de sorunlar yaşadığı ortaya konmuştur. En çok karşılanmamış bakım gereksinimlerinin duygusal alanda olduğu görülmüştür. Kadınların kanser sürecindeki

gereksinimleri erkeklerden daha yüksek saptanmıştır. Bu gereksinimlere sağlık çalışanlarının farkındalığı artırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kanser, Destekleyici Bakım, Distres



ABSTRACT

HOLISTIC APPROACH TO THE NEEDS OF CANCER PATIENTS

Aim: Cancer is a chronic disease with an increasing incidence all over the world and in our country. During the disease process, patients have various needs and apply to the hospital. In this process, a holistic approach to the problems of patients is important. It has been reported that unmet needs can reduce patients' adherence to treatment and lead to physical and psychological morbidities. In our study, it was aimed to approach patients with different cancer types and stages from a holistic perspective and review their needs. With the results we have obtained, we will have a chance to contribute to the studies that can be done to increase the awareness of the healthcare professionals about the needs of cancer patients and thus to reduce the distress levels of the patients.

Materials (Patients) and Methods: 173 patients diagnosed with cancer in the Medical Oncology outpatient clinics of SBU Izmir Tepecik Training and Research Hospital between February and March 2020 were included in the study. A questionnaire including sociodemographic information and the James Supportive Care Screening was administered by face-to-face survey method. Differences between groups were analyzed by numerical variables Mann Whitney and Kruskalwalllis, and categorical variables by chi-square test.

Results: A total of 173 patients, 109 (63.01%) female and 64 (36.99%) male, participated in our study. The mean score of our patients on the James supportive care needs scale was found to be 36.13, with a total score of 144. It was determined that the needs of women were statistically significantly higher than men in all departments except health care-related problems and cognitive problems. When the total mean scores were compared, the scores of the women ($p<0.01$), those aged 18-45 years ($p=0.01$) and the group whose parents gave care ($p=0.048$) were found to be higher. The total score of the group that answered "Lack of Support" to the question "What is the most emotional distress for you right now" was also found higher. ($p=0.002$)

Conclusion: According to our results, the unmet care needs of our patients are not very high. However, it has been revealed that patients have problems in departments other

than physical problems. It was observed that the most unmet care needs were in the emotional domain. The requirements of women during the cancer process were found to be higher than men. Awareness of health workers on these needs should be increased.

Keywords: Cancer, Supportive Care, Distress,



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Kanser tüm dünyada ve ülkemizde sık görülen mortalite ve morbiditesi yüksek kronik hastalıklardan biridir. Ölüm nedenleri arasında dünyada 2.sırada yer alan kanserin 2030 yılında ilk sıraya yerleşmesi beklenmektedir(1). Türkiye’deki kanser insidansı ise dünya ortalamasının üstündedir.(2)

Kanserli kişilerin hastalık süreci boyunca çeşitli gereksinimleri olmakta ve bu gereksinimlerle sağlık kuruluşlarına başvurumaktadırlar. Literatüre baktığımızda günlük pratiğimizde hastaların fiziksel semptomlarıyla uğraşırken distrese yani sıkıntıya neden olan duygusal, manevi, ekonomik gibi pek çok sorunun gözardı edildiği görülmektedir.(3) Çalışmalarla gösterilmiştir ki pek çok kanser hastası çeşitli alanlardaki karşılanmamış gereksinimleri nedeniyle distres yaşamaktadır. Karşılanmamış gereksinimlerin hastaların tedaviye uyumunu azalttığı, fiziksel ve psikolojik morbiditelere yol açabildiği bildirilmiştir. (4)

Bizim çalışmamızda farklı kanser türlerinde ve evrelerindeki hastalara bütüncül bir açıdan yaklaşp gereksinimlerini gözden geçirmek amaçlanmıştır. Elde ettiğimiz sonuçlarla sağlık çalışanlarının kanser hastalarının gereksinimlerine karşı farkındalığını artırma ve böylece hastaların distres düzeylerini azaltma konusunda yapılabilecek çalışmalara katkıda bulunma şansımız olabilecektir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. KANSERİN TANIMI

Kanser tüm dünyada ve ülkemizde sık görülen mortalite ve morbiditesi yüksek kronik hastalıklardan biridir. Ölüm nedenleri arasında dünyada 2.sırada yer alan kanserin 2030 yılında ilk sıraya yerleşmesi beklenmektedir(1). Ülkemizdeki kanser insidansı dünya ortalamasının üzerinde seyretmektedir(2). Kanser oluşum mekanizması ile ilgili tarih boyunca çeşitli teoriler geliştirilmiştir. Kontrolsüz hücre çoğalması olarak bilinen malignensi ile ilgili günümüzde ‘çok basamaklı karsinogenez’ teorisi üzerinde durulmakta ve bununla ilgili çalışmalar devam etmektedir. Çevresel ve genetik faktörlerin karsinogenez mekanizmalarını etkilediği ve kansere neden olan mutasyonların genel olarak 4 ana gen grubu üzerinde olduğu düşünülmektedir. Bunlar; büyümeyi uyaran genler (onkogen), tümör baskılayıcı genler, apoptozu düzenleyen genler ve Deoksiribonükleik asit (DNA) onarım genleridir (5). Bu genetik düzenlenmeler sonrası maligniteler oluşmaktadır. Malignensi özelliği kazanan hücreler daha sonra invazyon ve metastaz yaparak uzak doku ve organlara göç etmekte gittikleri organlarda da fonksiyon bozukluklarına neden olmaktadır.

2.2. KANSER ETYOLOJİSİ

Kansere neden olan risk faktörleri değiştirilebilir ve değiştirilemez olarak 2 grupta incelenir. Değiştirilemez risk faktörleri yaş, cinsiyet, aile öyküsüdür. Değiştirilebilir risk faktörleri ise genel olarak 9 başlık altında toplanmıştır. Bunlar sigara ve alkol kullanımı, viral etkenler, nutrisyonel faktörler, radyasyon maruziyeti, gıda katkı maddeleri, güneş ışınları, röntgen ışınları, bazı kimyasallar, hava kirliliği. (6)

Akciğer kanseri dünyada ve ülkemizde ölüm oranları en yüksek seyreden kanserdir. Akciğer kanserinin etyolojisinde en büyük suçlu sigaradır. Tanı almış kişilerin %90 ı ya aktif sigara içicisi ya da yeni bırakmış kişilerdir.(7) Radon gazı sigaradan sonra en önemli akciğer kanseri sebebidir. Radon varlığı bölgelere göre farklılık göstermekle birlikte kayalık zemine kurulan evlerin bodrum katlarında, sıvasız ve boyasız evlerde daha fazla görülmektedir. (8)

Nutrisyonel faktörler de kanser etyolojisi için çok önemlidir. Gıdanın üretim aşamasında ve evlerimize girdikten sonra pişirme, saklama aşamalarında yapılan hatalar kansere yol açabilmektedir. Üretimde kullanılan insektisit, kimyasal gübre ve hormon içeren ilaçlar, saklama sırasında aflotoksin vb. kanserojenlerin oluşması ve koruyucu maddelerin fazlaca kullanımı kanser oluşumunu tetiklemektedir. Gıdaların fazla sıcak tüketimi, aşırı tuzlu konserve tarzı yiyecekler, mangalda pişirme, evlerde uygun olmayan pişirme ve saklama koşulları nedeniyle oluşan bakteri yükü de kanser için risk faktörüdür. (8)

Sentetik pestisitler, yiyeceklerdeki katkı maddeleri ve özellikle kemoterapide kullanılan ajanların bazıları epigenetik karsinojendir. Aflatoksinler, siklosporin, pürin analoglarını buna örnektir. (9)

İyonlaştırıcı radyasyon başlıca kromozom kırılması ve translokasyonlara yol açarak, güneş ışınlarından gelen ultraviyole ışınlar da DNA da pirimidin dimerleri oluşturarak mutasyonlara yol açar ve karsinogenezi başlatır. (7)

Viral etkenler de insanlarda kansere yol açabilmektedir. 1960-70 yıllarda ilk olarak Hepatit B virüsü (HBV), Epstein barr virüsü (EBV) ve Human papilloma virüsünün (HPV) kanserojen olduğu gösterilmiştir. 1980-90 yıllarında da Hepatit C virüsü (HCV) ve Human t lymphotropic virüs (HTLV-1) virüslerinin de insanlar için onkogen olduğu ortaya konmuştur.(10)

2.3. KANSER EPİDEMİYOLOJİSİ

Ölüm nedenleri arasında dünyada 2. sırada yer alan kanserin 2030 yılında ilk sıraya yerleşmesi beklenmektedir. (1) Ülkemizde 2017 yılında yaşa standardize edilmiş kanser hızı (100.000 kişide) erkeklerde 259,2, kadınlarda 187,0'dir. Dünya ortalaması erkekler için 226,0 kadınlar için 186,0 dır. Bu oranlar ile Türkiye kanser insidansı dünya ortalamasının üzerindedir. Erkeklerde ilk sırada trachea, bronş, akciğer kanserleri yer almaktadır. Sırasıyla prostat, kolorektal, mesane, mide kanserleri onu takip etmektedir. Kadınlardaysa ilk sırada meme kanseri bulunmaktadır. Tanılı 4 kadından biri meme kanseridir. Kadınlarda en çok görülen diğer kanserlerse sırasıyla tiroid, kolorektal, akciğer ve uterus kanserleridir. Meme kanserli hastaların çoğu erken evrelerde tanı alırken akciğer kanseri hastaları genelde ileri evrelerde tanı alabilmişlerdir. Ülkemizde ve dünyada son yıllarda tiroid ca tanısı

alan hasta sayısında önemli bir artış mevcuttur. Ancak bu artış ölüm oranlarına yansımamaktadır. Bu nedenle insidanstaki artışın gerçek bir artış olmadığı tanı koyma ve kayıt başarısının artışına bağlı olduğu düşünülmektedir. Ülkemizde çocukluk çağında en sık görülen kanser ise lösemidir. (2)

2.4. KANSERLERDE DERECELENDİRME VE EVRELEME

Kanserlerin derecelendirme ve evrelendirilmesindeki amaç tümörün yayılımını, prognozunu ve tedavi protokollerini belirlemektir. Derecelendirme patolojik inceleme sonucuna göre yapılır. Tümör hücrelerinin mitotik bölünme hızları ve sitolojik diferansiasyonları dikkate alınır. Sonuca göre I., II., III., ve IV. Derece olarak derecelendirilir. Evreleme ise klinik, radyolojik ve bazen de cerrahi sınırlardan faydalanılarak yapılır. Genel olarak primer tümörün boyutları (T), bölgesel lenf nodlarına yayılım(N) ve metastaz durumu(M) dikkate alınır. TNM olarak ifade edilir. Klinik olarak hastalığın prognozunda daha yön belirleyici olan çoğunlukla evrelemedir. (7)

2.5. ÜLKEMİZDE KANSERLE İLGİLİ NELER YAPILIYOR ?

Türkiye’de kanser kayıtçılığı 1992 yılında başlamıştır. Günümüzde kanserden korunma ve erken teşhisin kanser kontrolünün en önemli basamağı olduğu bilinmektedir. Özellikle önlenabilir ve erken teşhis edildiğinde yaşam kalitesinin arttığı kanserlerle ilgili çalışmalar yapılmaktadır. Kansere neden olan kanserojenlerin tespiti, bunların ortadan kaldırılması ve tarama çalışmaları ülkemizde oldukça titizlikle yürütülmektedir. Bu çalışmalar sonucunda tütün tüketimi ve akciğer kanser insidansı azalmış, erken evre meme kanseri son 10 yılda artmıştır. Önlenabilir etyolojik sebeplerden tütün, alkol, obezite, radon ve asbest ile ilgili çalışmalar yürütülmektedir.

Önlenabilir sebebe sahip ve birincil korunma ile önüne geçilebilen akciğer kanseri hala ülkemizde ve dünyada en sık görülen kanserdir. Ülkemizde 15 yaş üstü nüfusta yaklaşık 15 milyon kişi tütün kullanmaktadır. 2004 yılında DSÖ tarafından kabul edilen Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi imzalanmış ve sonrasında Ulusal Tütün Kontrolü Programı hazırlanmıştır. Program dahilinde “%100 Dumansız Hava Sahası” uygulaması 19 Mayıs 2008 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Ekim 2010 tarihinde de “Alo 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı” kurulmuş sigara bırakma hakkında arayan

kişilere uzmanlarca bilgi ve destek verilmiştir. Tütün kullanımının azaltılması ile sadece akciğer değil mesane, larinks, pankreas, serviks, farinks, ağız boşluğu kanserleri de önlenebilecektir. Tütün tüketimi ve akciğer kanser insidansı bu çalışmalar sayesinde son 10 yılda azalmıştır. Alkolle mücadele için “Ulusal Alkol Kontrol Eylem Planı” 24 Mayıs 2013’te yürürlüğe girmiştir. Bu kapsamda alkol ve zararlı etkilerini azaltmaya yönelik çalışmalar devam etmektedir. (2)

Türkiye Obezite (Şişmanlık) ile Mücadele ve Kontrol Programı 2010 yılında başlatılmıştır. Ülkemizde ve dünyada yaygınlığı özellikle çocuk ve gençlerde giderek artan obeziteyle mücadele için bireylerin obezitenin zararları hakkında bilgi düzeyini arttırmak; dengeli beslenme ve düzenli fiziksel aktivite alışkanlığı kazandırmak amaçlanmaktadır. (1)

Asbestle ilgili çalışmalar 2009 yılında başlamıştır. Türkiye jeolojik yapısı ve mesleki maruziyet nedeniyle asbestin yoğun olduğu bir ülkedir. Ülke genelinde farklı bölgelerde asbest analiz ve ıslah çalışmaları yapılmaktadır. Radonla ilgili olarak da “Türkiye Radon Haritası” oluşturulması planlanmıştır.(1,6)

Ülkemizde DSÖ’nün erken teşhis için toplum taramasını önerdiği 3 kanser türüne yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Bunlar meme, serviks ve kolon kanserleridir. Tarama işlemleri ücretsiz olarak yürütülmektedir.(2,6) Toplum tabanlı tarama yapmak amacıyla Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) kurulmuş olup; ülkemizde 33’ü mobil olmak üzere 198 adet KETEM mevcuttur. 40 yaşından itibaren kadın nüfusa KETEM bünyesindeki 33 adet mobil mamografi cihazı ile tarama yapılmaktadır. Böylece son 10 yılda erken evre meme kanseri tanısı alan hasta sayısı artmıştır.

Taraması yapılan bir diğer kanser türü de kolon kanseridir. Gaitada gizli kan kiti ile KETEM’lerde ve Aile Sağlığı Merkezlerinde 50 yaşından itibaren kadın ve erkek nüfusa tarama yapılmaktadır. Böylece henüz malignleşmemiş poliplerin tespiti ya da kanserin erken evrede saptanması amaçlanmaktadır. (2,11)

Serviks kanser taraması da 30-65 yaş arası kadınlara 2014 yılından itibaren KETEM ve aile sağlığı merkezlerinde HPV-DNA testi ile yapılmaktadır. Testin 5 yılda bir tekrarlanması gerekmektedir.(11)

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu’nun hazırladığı rapora göre ülkemizde kanser hakkında yeterince bilgi birikimi mevcuttur ancak uzman ve yardımcı sağlık personel

eksikliği vardır. Ayrıca onkoloji tedavisi yapılabilen hastanelerin sayısı ve dağılımı da yetersizdir. Kanser multidisipliner çalışma gerektiren bir hastalıktır. Klinik, diagnostik ve rehabilite edici bölümlerin hepsine iş düşmektedir.

Ülkemizin vizyonu etyolojik faktörlerden korunma ve erken tanı-tarama programları hakkında daha bilinçli bir toplum; tanı, tedavi, takip süreçlerinin bilimsel ve etik olarak yürütüldüğü bir sağlık sistemi ile kanserden ölümleri en aza indirmektir. (8)

2.6. KANSER HASTALARINDA DİSTRESİN TANIMI

Son yıllarda kanser tanısı alan hasta sayısındaki artış ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi ile beklenen yaşam sürelerinin artması sonucu hastaneye başvuran tanıli hasta sayısının da artmış olduğu anlaşıyor. Son yıllarda hastalarda görülen semptomların tamamını ele alabilmek ve etkilerini anlamak için çeşitli sınıflamalar ve ölçekler geliştirilmiştir. Bunların birçoğu hastalardaki distres düzeyini saptamaya yönelik çalışmalardır. Kişinin kendisini üzgün, depresif, korkmuş, yalnız, endişeli hissetmesine neden olabilecek fiziksel, duygusal, sosyal ve ruhsal acı ve ıstıraplar distres olarak tanımlanır.(12) Sıkıntılı hissetmek 'distres' kanser tanısı alan ya da tedavi sürecindeki hastalar için genellikle beklenen bir durumdur.(13) Yapılan bazı çalışmalarda kadınların distres yaşama durumunun erkeklerden daha yüksek olduğu saptanmıştır.(14,15) 488 katılımcı ile yapılan bir çalışmada hastaların %20 sinin yüksek düzeyde distres yaşadığı, genç katılımcıların yaşlılardan daha yüksek oranda distres yaşadığı bulunmuştur. Aynı çalışmada dikkat çeken başka bir noktaysa bu distres düzeyini en çok etkileyen şeyin fiziksel ağrıdan çok anksiyete, korkular, tükenmişlik, sinirlilik, uyku problemleri, üzüntü olmasıydı.(15) Hastaların yaşadığı distres yaşam kalitelerini etkilemektedir. (16) Bu yüzden onkoloji hastalarında distres varlığının ve nedenlerinin saptanmasının oldukça önemli hatta zorunlu olduğu ortadadır.

2.6.1. Duygusal Sorunlar

Kanser; tanı alma süreci de dahil cerrahi, radyoterapi, kemoterapi tedavileriyle uzun ve her aşamasında hastaları zorlayabilen bir hastalıktır. Hastaların her biri farklı duygusal sorunlar yaşayabilmektedir. Belirsizlikler, korkular, moral bozukluğu ve

üzüntü, depresif hissetme, öfkelenme, dış görünüşünden memnun olmama, ölme isteği hastaların yaşadığı duygusal sorunlardan bazılarıdır.(17–19) İleri evre kanseri olan hastaların %70 inde ağrı görülmektedir.(20) Ancak kanserli bir hastanın ağrı algısını etkileyen faktörler incelendiğinde fiziksel anlamda duyulan ağrının yanında duygusal ögeler de görülmektedir. (18) Cerrahi müdahaleler, kemoterapi, radyoterapi gibi uzun ve yoğun süren tedaviler, hastalığın seyrindeki belirsizlikler hastalarda korku, anksiyete ve depresyonu tetiklemektedir. (19) Tükenmişlik ve üzüntülü hissetme de hastaların yaşadığı duygusal sorunlardandır.(15) Kemoterapi alan 103 hasta ile yapılan bir çalışmada da hastalarının %45,6 sının kızgınlık yaşadığı %30 unun da gelecekle ilgili ümitsizlik yaşadığı bulunmuştur.(21)

Hastaların anksiyete düzeylerini etkileyen bir diğer faktör de dış görünüşe dair endişelerdir. Yaşam kalitesi değerlendirmelerinde, vücut görünümü, uykuya dalma güçlüğü, emosyonel durum, yorgunluk hem depresyon hem de anksiyete ile ilişkili bulunmuştur. (22) Kadınlar için dişiliğin simgelerinden biri memedir. Mastektomi sonrası fiziksel görünüşlerini kabullenmek bazen kadınlar için zor olabilmektedir. Meme kanserli hastalarla yapılan bir araştırmada da katılımcıların %23,3 ü dış görünüşlerinin kendilerini rahatsız ettiğini belirtmişlerdir.(17) Kemoterapi sırasında yaşanan saç dökülmesi nedeniyle anksiyete yaşadığını belirten hastalar da mevcuttur.(23)

Kanser hastaları tedavi sonrası dönemde %37 oranında kendilerini sıkıntılı hissederken, 2 aylık süreçte bu hastaların %25'i psikiyatrik desteğe başvurmuşlardır.(24)

Ani ölüm arzusunun da kanser ağrılı hastalarda görüldüğü çalışmalarla gösterilmiştir. İleri evre kanseri olup ağrı yaşayan hastaların 3'te birinde ölümü hızlandırma arzusu olduğu bildirilmiştir.(25) Çaresizlik, umutsuzluk, korku, aileye yük olma ve itibarında bozulma korkusu gibi etkenlerin hepsi ani ölüm arzusu ile ilişkili bulunmuştur.(26) Bazı hastaların duygularını ve olaylara verdikleri tepkileri kontrol etmede sorunlar yaşadıkları bilinmektedir. Jinekolojik kanser tanılı hastalarda yapılan bir çalışmada hastaların öfke kontrolünde sorunlar yaşadığı ortaya konmuştur. Katılımcılardan bazıları günlük aktivitelere karşı ilgi kaybı yaşadıklarını ve yemek bile yemek istemediklerini sadece uyumak istediklerini belirtmişlerdir. Bazıları da

kanserin çaresi olmayan bir hastalık olduğunu düşündüğü için ölümü kaçınılmaz son olarak kabul ettiğini belirtmişlerdir. (23)

2.6.2. Manevi/Dini Konularla İlgili Sorunlar

Kanser kelimesi genelde insanlara ölümü düşündürmektedir. Yapılan araştırmalarda katılımcılar kanserin kendilerine en fazla ölümcül hastalığı çağrıştırdığını belirtmişlerdir.(27,28)Kanserin ölüm olduğunu düşünmek beraberinde varoluşu sorgulamayı da getirir. (29) Bazı hastalar bu sorgulamalarla kendilerine verilen hastalığın yaptıkları kötü eylemler nedeniyle Yaratan'dan (Allah,Tanrı..) aldıkları bir uyarı ve düzelme şansı olduğu sonucuna varmışlardır. Bazı hastalarsa çektikleri acılı dönemler sırasında Yaratan'ın varlığını sorgulamış ve yalnız bırakıldıklarını düşündüklerini belirtmişler. (30)

Ülkemizde yapılan çalışmalardaysa İslami inancın getirdiği sabır, kader, takdir-i ilahi kavramları, Allah'ın sevdiği kullarına hastalık vererek uyarması gibi düşüncelerin etkileri görülmektedir. Onkoloji hastalarından oluşan bir terapi grubunda yapılan araştırmada hastalıkla baş etmede katılımcıların %55'inin ilk planda Allah inancına ve duaya güvendikleri ortaya çıkmıştır. Birçoğu hastalık sürecinde dini inançlarının arttığını; hastalığı bir uyarı, ders, sınav olarak gördüklerini söylemişlerdir. Bu dünyada çektikleri acıların karşılığı olarak ahirette ödüllendirilme düşüncesi hastalığı kabullenmede önemli bir rol oynamıştır. Ancak hastalığı ceza olarak görenler de vardır ve bu kesimin süreç içerisinde dini duygularında olumsuz bir değişim geçirdiği öğrenilmiştir.(31) Genel olarak din ve maneviyatın yüksekliği iyi fiziksel durum ile ilgili bulunmuştur. (17,32) Ancak Özyurt'un Bursa ilinde yaptığı çalışmada hastalar tedavi süresince din görevlilerinden hiç destek alamadıklarını belirtmişlerdir.(33) Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada hastaların sıkça dua ederek ve şifalı olduğunu düşündükleri ayetleri yanlarında taşıyarak rahatladığı ve bu grubun tedavi sürecinde daha kararlı olduğu izlenmiştir. Ailesi, yakınları ve din görevlisi tarafından verilen manevi destek de hastaların gücünü arttırmıştır. (34) Din ile ilişkisi daha yüksek hastaların depresyon oranlarının da daha düşük olduğu görülmüştür. Ancak hastalık sırasında fiziksel yetersizliklerden dolayı ibadetlerini aksatmaları kendilerini suçlu ve günah işlemiş hissetmelerine neden olmuştur. Bu durumun hastaların manevi olarak uzaklaşmış ve cezalandırılmış hissetmesine neden olabileceği

düşünülmektedir. Bu yüzden hastaların manevi destek alabileceği din görevlileriyle iletişim kurmaları çok önemlidir. (17)

2.6.3. Sağlık Bakımı İle İlgili Sorunlar

Kanser hastalığı tanı ve tedavi süreci uzun ve zorlu süren bir hastalıktır. Hastalar bu süreçte psikolojik olarak sorunlar; anksiyete, depresyon, bilinmezlikler, korkular yaşamaktadır. (15,19) Sağlık ekibinden bilgi almak, duygusal destek ve bakım beklemektedir. (35) Hekimler böyle zorlu bir süreçte hastaların kişisel farklılıklarını göz önüne alarak her hasta için özel bir tutum geliştirmelidir.(36) Hastalar zaman zaman doktorların hastalıklarının yanında ilgi, istek kaybı ve depresif duygu durumlarıyla da ilgilenmelerini beklemektedir.(37) Hasta doktor iletişiminin güçlü olması tedavi uyumu ve başarısını da artırır.(38) Hekim alanında uzman ve çok başarılı olsa da hasta ile iletişim sıkıntısı mevcutsa hasta tedaviyi yarım bırakıp hekim değiştirmek isteyebilir.(39)

Kanser tanısı kabullenmesi zor ve hastaları genellikle ‘şok’ eden bir durum olduğu için bazı hastalar kanser olduğunu bilmek istemezken bazıları da hastalığıyla ilgili her şeyin kendisine anlatılmasını istemektedir.(37) Bazı hastalar doktorla arasındaki güven ilişkisini doktorun her şeyi açıkça anlatmasına bağlıken, bazı hastalarsa her ayrıntıdan haberdar olmak istememektedir.(40) Kanser hastalarının bilgi düzeyini ölçen bir çalışmada hastaların %39 u hastalığı ile ilgili yeterli bilgiye sahip, %51,8 i biraz bilgiye sahip bulunmuştur.(38) Başka bir çalışmada da hastaların yarısı hastalığıyla ilgili bilgisi olmadığını ifade etmiştir.(33) Sağlık ekibinden anlaşılır, tıbbi terimlerden uzak günlük dille bilgi almak, güler yüzle karşılanmak da hastalar tarafından beklenmektedir. Hastalar özellikle hekimin kendilerine yeterli vakit ayıramamasından şikayetçidir. Ancak bu durum ülkemizde yeterli sayıda onkolog olmamasından kaynaklanıyor olabilir.(37) İsveç’te endokrin gastrointestinal tümörlü hastalarla yapılan çalışmada hastaların doktor ve hemşirelerin teknik bilgilerinden memnun olduğu; iletişim ve kişiler arası becerilerinden memnun kalmadığı, bu memnuniyetsizliğin de daha yüksek anksiyete yaşamalarına neden olduğu ortaya konmuştur.(41) Başka bir çalışmada da katılımcıların %24 ü sağlık ekibi ile iletişim sorunları yaşadıklarını bildirmiştir. Doktorların genel iletişimi, anlaşılır dil kullanmaması, hemşirelerin ve doktorların iyi birer dinleyici olmaması ve hastaların

sorularına yeterince zaman ayrılmaması yaşanan sorunlar olarak bildirildi.(42) Meme kanseri olan hastalarla yapılan bir çalışmadaysa hastaların doktorun iletişiminden çok işindeki uzmanlığıyla ilgilendiği bulunmuştur. Aynı zamanda güven, bakım ve saygı beklediklerini belirtmişlerdir. (40)

Sosyal medyada neredeyse her kullanıcı sağlık tavsiyeleri vermekte ve bunlar hastaların tedavi kararlarını etkileyebilmektedir. Sağlık okur-yazarlığı toplum sağlığı açısından faydalı bulunsa da internette doğru kaynakları bulmak çok önemlidir. (43) Hastalık yoktur hasta vardır mantığından uzak bir şekilde tanı ve tedavi protokolleri veren platformlar nedeniyle hastaların doktorlara olan güveni sarsılmakta, hastalar tedavilerini sorgulamakta ve bazen değiştirmektedir.

Sağlık bakanlığımızın yaptığı araştırmalar sonucunda da hastaların sağlık bakımı ve güven problemi yaşamasına neden olan bazı konular olduğu bulunmuştur. Bunlardan birisi kanser tanısı sırasında alınan doku biyopsilerinin yöntemin kendisine bağlı olarak yetersiz gelmesi ve biyopsilerin tekrarlanmak zorunda kalmasıdır. (8)

Ülkemizdeki bir diğer sorun da radyoterapi tedavisine uyum zorluğudur. Radyoterapi 5-35 gün süren her ilçe ve küçük hastanede uygulanamayan bir tedavidir. Bu da hastaları hem ekonomik hem fiziksel anlamda yormaktadır. Kanser hastalığının son metastatik dönemlerinde görülen şikayetler için özellikle ağrı ve beslenme palyasyonu gerekmektedir ancak bunun için ülkemizde yeterli merkez henüz yoktur. Bu da hastaları uzun dönem sağlık bakımıyla ilgili endişeler yaratabilir. (8)

2.6.4. Sosyal Sorunlar

Kanser hastalarının birçoğu sosyal sorunlar yaşamaktadır. Aile içi rol değişimleri, ekonomik yetersizlikler, enfeksiyonlara yatkınlık nedeniyle sosyal izolasyon bunlardan bazılarıdır. Yakınlarının acı çektiğini gören aile bireyleri/bakım verenlerde de üzüntü ve çaresizlik hissedilebilir. Sosyal destek böyle sorunlar yaşayan hastalar ve aileleri için oldukça önemlidir.(44) Sosyal destek bireyin özellikle yardıma ihtiyacı olduğu zor dönemlerinde bağlantısı olan kişilerden gördüğü yardımdır.(45) Kemoterapi aldığı ve yemek yapamayacak kadar yorgun olduğu bir günde komşusundan gelen yemek de; kanserin ölümcül bir hastalık olduğunu düşünüp dini kaygılar yaşadığında din görevlisinden aldığı dini yardım ve ya hastalığıyla ilgili kaygılandığında hemşiresinin elini tutarak onu sakinleştirmesi hepsi birer sosyal

destek örneğidir. Hastalar için bazen tedaviden daha etkili olan şey; eş, aile ve sosyal çevre desteği olabilmektedir. (28) Ülkemizde bu desteği en çok aileler sağlamaktadır. Ancak ailelerin fazla baskıcı tutum izlemeleri de olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir.(33,37) Ülkemizde yapılan bir çalışmada hastalar en çok desteği ailelerinden aldığını ancak bunu yeterli bulmadıklarını, doktor ve hemşirelerinden ara sıra destek alabildiklerini belirtmişlerdir. Psikologlar ve din görevlilerinden ise hiç destek alamadıklarını söylemişlerdir.(33) Başka bir çalışmada da hastaların ailelerinden yüksek düzeyde sosyal destek aldığı ve destek arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı bulunmuştur.(46) Sosyal destek hastalar için bakım kadar önemlidir.(19)

Kanser tedavisi hastalara ekonomik olarak da sorunlar yaşatabilmektedir. ‘Finansal toksisite’ terimi kanser hastalarının yaşadığı mali sıkıntıları tanımlamak için kullanılmaktadır. Tedavi süresince hastaların mali gelirleri azalabilirken kanser bakımı nedeniyle giderleri artmaktadır. Finansal toksisite de hastanın diğer bulantı, kusma halsizlik vb. şikayetleri gibi yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. (47) Hastalık nedeniyle meslek performansında azalmalar, işe gidememe olabilir. (48) Ekonomik sıkıntılar yaşayan düşük gelirli hastaların daha fazla distres yaşadığı bulunmuştur. (49) Ekonomik durumu iyi olan hastaların da yaşam kalitesinin daha iyi olduğunu gösteren çalışmalar vardır. (21)

Ülkemizde kanser tedavisi kamu hastaneleri ve devlet üniversite hastanelerinde ücretsiz olarak sağlanmaktadır. İlaçlar da ücretsiz olarak temin edilmektedir. (50) Ancak dönemsel olarak ithalatçı ilaç firmalarından kaynaklı olarak sıkıntılar yaşanabilmektedir. Bir ay kadar sürebilen radyoterapi tedavisini yaşadığı şehirden farklı bir yerde alan hastalar her gün hastaneye ulaşım zorluğu ve ekonomik sıkıntılar yaşayabilmektedir. Bazı hastalar bu nedenle tedavisini tamamlayamamaktadır. Radyoterapi sırasında veya ileri evrelerde gelişen şikayetler nedeniyle hastaların tedavi göreceği palyatif bakım merkezlerinin azlığı da ülkemizde henüz çözülmemiş bir problemdir.(8)

2.6.5. Fiziksel Sorunlar

Birçok kanser hastasının en çok yaşadığı semptom halsizlik ve ağrı olmaktadır.(51) Kontrol altına alınamayan ağrı hastalardaki anksiyetenin en sık nedenidir.(44) Kanser tedavilerine bağlı yan etkilerde hastalarda sıklıkla hastaneye

başvuru nedeni olmaktadır. Kemoterapinin en sık yan etkileri bulantı, kusma, alopesi, nöropati, yorgunluk ve anemiyken; radyoterapiye bağlı olarak cilt değişiklikleri, bulantı, kusma, yorgunluk, anemi, iştah kaybı görülmektedir ve bunların hastaların yaşam kalitesinde azalmaya yol açtığı bilinmektedir. (52) Ülkemizde hematolojik kanser nedeniyle kemoterapi görmekte olan 82 hasta ile yapılan bir araştırmada da hastaların tamamına yakınında (%97,5) yorgunluk şikayeti olduğu görülmüştür. Oral yara ve kanama (%84.1), bulantı-kusma (%79.2), alopesi (%62.1), kilo kaybı (%60.9), ağrı (%53.6), ateş (%39.8) ve konstipasyon (%19.5) da belirtilen oranlarda diğer sık görülen şikayetler olmuştur.(53)

Onkoloji hastalarının beslenmeyle ilgili de şikayetler yaşamaktadır. İştahsızlık, disfaji, ağız kuruluğu, anoreksiye kadar varabilen kilo kayıpları olabilmektedir. National Hospice Study (NHS) verileri kullanılarak 1988 yılında yapılan bir çalışmada mortalite öngörücüsü 5 semptom belirlenmiştir; anoreksi, ağız kuruluğu, dispne, disfaji, kilo kaybı.(54) Palyatif bakım programındaki 1000 onkoloji hastası ile yapılan çalışmada da hayatta kalma süresi bu 5 semptomun varlığı arttıkça azalmıştır.(55) 142 onkoloji hastası ile yapılan bir çalışmada da en sık yaşanan şikayetlerin yorgunluk (%87,3), nefes darlığı (%76,1) ve uykusuzluk (%67,6) olduğu bulunmuştur. En şiddetli semptomlar semptomlarsa; iştahsızlık, yorgunluk ve uykusuzluktur.(56) Kemoterapi alan 30 hastaya Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ile yapılan değerlendirme sonucunda kemoterapi sırasında uyku kalitelerinde anlamlı ölçüde bozulma olduğu bulunmuştur. Uyku bozukluğu yaşam kalitesini etkileyen bir faktördür ancak onkoloji hastalarında hem hasta hem de sağlık ekibince genelde göz ardı edilebilmektedir.(57) Başka bir çalışmada da fiziksel semptomlar içinde yaşam kalitesini en çok etkileyenin yorgunluk olduğu bulunmuştur. (58)

Jinekolojik kanser tanılı hastalara uygulanan radyoterapi sonrası mesane tahrişi, vajinal kaşıntı, yanma ve kuruluk görülebilmektedir.(52) Özellikle jinekolojik kanserli hastalarda cinsellikle ilgili sorunlar görülmektedir. Serviks kanseri nedeniyle radyoterapi alan hastalarla yapılan çalışmada 2 yıl boyunca zaman zaman değişiklikler olmakla beraber katılımcıların %30 cinsel yaşamlarından memnun olmadığını, %85 hasta libido azlığı olduğunu, %35 i kayganlık eksikliği yaşadığını, %55 de dispareniyi şikayetçi olduğunu belirtmiş.(59)

2.6.6. Kanser Tedavisinde Destekleyici Bakımın Önemi

Kanserli bir kişinin ve ailesinin tanı, tedavi, ölüm hatta yas süreciyle baş etmesinde yardımcı olan bakıma destekleyici bakım denmektedir. Destekleyici bakımdan sorumlu tek bir uzmanlık alanı yoktur; tüm sağlık ve sosyal bakım görevlileri bundan sorumludur.(60)

Hastaları sıkıntıya sokan durumlar çok yönlü olabilir. Kanser hastaları bulantı, kusma gibi fiziksel semptomlar yaşarken aynı anda hastaneye ulaşım sorunları da yaşayabilir. Ancak birçok ölçüm aracı genelde tek alanı değerlendirir detaylı değerlendirme için klinikte birden fazla anketin uygulanması zaman alır, hastalar için yük olabilir. (61)

Destekleyici bakımın yalnızca terminal evre kanser hastalarının ihtiyacı olduğu düşünülebilir; ancak hastalığın her aşamasında destekleyici bakım ihtiyacı mevcuttur. Yeni tanı almış 134 hastayla onkoloji merkezine ilk başvurularında yapılan görüşmelerde hastaların %96'sının destekleyici bakım ihtiyaçlarının mevcut olduğu tespit edilmiştir. Bunlar; yorgunluk, uykusuzluk, ağrı, endişe, bilgi eksikliği, sosyal kaygılar, günlük yaşam ihtiyaçları için yardım isteği gibi çok çeşitliydi. Hastaların ev bakımı, temizliği, alışveriş, aile ve diğer sosyal ilişkilerini yürütmeye ilgili de yüksek oranda kaygılı ve bilgisiz hissettikleri saptanmıştır. Günlük yaşamla ilgili giyinmek ve banyo yapmak da destek gerektiren eylemler olarak bildirilmiştir. (62)

Onkoloji hastalarının pek çok alanda destekleyici bakım gereksinimi mevcuttur. Ancak bunları saptamak ve karşılamakla ilgili eksiklerimizin mevcut olduğu gözlenmiştir.

Karşılanmamış destekleyici bakım gereksinimlerini araştıran 25 çalışmayı değerlendiren Harrison ve arkadaşları; karşılanmamış ihtiyaçlardaki yaygınlığın oldukça değişken olduğunu saptamışlardır. Günlük yaşam aktiviteleriyle ilgili gereksinimlerin %4-89, iletişim alanındaki gereksinimlerin %2-57, ekonomik gereksinimlerin %13-54, bilgi alanındaki gereksinimlerin %11-97, fiziksel alandaki gereksinimlerin %21-70, psikososyal gereksinimlerin %21-89, psikolojik gereksinimlerin %18-85, destekleyici bakım gereksinimlerinin %13-86, cinsellik alanındaki gereksinimlerin %49-63 oranında karşılanmamış olduğu bulunmuştur. Singapur'da 535 onkoloji hastası ile yapılan bir çalışmada hastaların %75 i

karşılanmamış ihtiyaçları olduğunu belirtmiştir. En yaygın ihtiyaç %61,5 ile bilgi ihtiyacı olmuştur.(63)

Hastaların tanı dönemindeki gereksinimlerinin çok fazla sorgulanmadığı ve genel olarak her süreçte spiritüel gereksinimlerin göz ardı edildiği düşünülmektedir. Gereksinimlerin belirlenmesinde standardizasyon olmaması da bir zorluktur. (4) Yapılan başka bir çalışmada da hastaların yaşamın anlamı, ölüm, huzur bulmak gibi konuları konuşacakları birine ihtiyaç duyduğu saptanmıştır.(64)

Karşılanmamış bakım gereksinimlerini bilmek hastalara yardımcı olabilmek açısından çok önemlidir ve genel iyilik hali üzerine olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir. Karşılanmamış gereksinimlerin hastaların tedaviye uyumunu azalttığı, fiziksel ve psikolojik morbiditelere yol açabildiği bildirilmiştir. (4)

Kanser tanısı almak, tedavi süreci, semptomlar ve yan etkiler hastaların fonksiyonel durumunu etkilemekte ve destek ihtiyacı doğurmaktadır. Hastalar aileleri ve sosyal çevreleri tarafından destek görmektedir. Ancak onların kanser ve bakımı hakkındaki bilgileri sınırlıdır. Bu yüzden hastalara multidisipliner yaklaşmak; onkoloji uzmanı, hemşire, psikolog, sosyal hizmetler uzmanı gibi sağlık çalışanlarıyla iş birliği içerisinde olmak gerekmektedir. (19)

Palyatif bakım klinikleri destekleyici bakım açısından oldukça önemlidir. Hastaların çoklu semptomlarının kontrolünü sağlamak ve yaşam kalitesini arttırmak için etkili tedaviler uygulanmaktadır. Bir palyatif bakım kliniğinde yapılan çalışmada hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ağrı, uykusuzluk, kendini iyi hissetmeme, iştahsızlık semptomlarının ortalama değerlerinin yatış gününe göre 3. ve 7. günde anlamlı olarak azaldığı bulunmuştur. Bu hastaların %94 ü hastaneye yatmadan önce de analjezik kullanmakta ancak semptom kontrolü sağlanamamaktaymış. Bu da semptomları tek tek değerlendirmek yerine palyatif bakım modeli ile bütüncül yaklaşmanın daha etkili olduğunu göstermektedir. (65) Ülkemizde palyatif bakım klinikleri (hospice) henüz yeterli sayıda değildir.(8) Onkoloji hastalarının sayılarındaki artma göz önüne alınırsa palyatif-destekleyici bakım ihtiyacının her geçen gün artmakta olduğu gözlenmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. ARAŞTIRMA TASARIMI

Bu araştırma, SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji polikliniklerine başvuran 18 yaş üzeri, çalışmaya katılmaya gönüllü, daha önce kanser tanısı almış; mental retardasyon, psikotik bozukluk ve gebelik durumu olmayan rastgele seçilmiş kanser tanılı hastaların gereksinimlerini belirlemek için yapılmış tanımlayıcı/kesitsel anket çalışmasıdır.

3.2. ÖRNEK SAYISI VE ÖRNEK SEÇİM TEKNİĞİ

Çalışmaya 1 ay boyunca SBU İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji polikliniklerine Kanser tanısı ile başvuran kadın ve erkek, 18 yaş üzeri, çalışmaya katılmaya gönüllü, daha önce kanser tanısı almış kişilerden evreni bilinen örneklem hesaplama yöntemi ile hesaplanarak 278 tanesine ulaşılması planlanmıştır. Çalışma Şubat 2020 ayında 1ay boyunca yapılacak şekilde planlanmış ancak istenen sayıya ulaşamaması üzerine Mart 2020 ayında devam etmiştir. Ancak mart ayında tüm dünyada ve ülkemizde de meydana gelen Covid-19 salgını nedeniyle özellikle uygulanan tedaviler nedeniyle enfeksiyonlara yatkınlığı olan onkoloji hastalarının polikliniklere başvuru sayısı ve anket çalışmamız için gönüllülüğü azaldığı için 173 hastaya ulaşılabilmiştir.

3.3. DESTEK VE İZİNLER

Bu araştırmada uluslararası etik kurallara uyulmuştur ve SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yerel Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır. Etik Kurul Karar No: 2019/18-33. (Ek-1). James destekleyici bakım gereksinimlerini belirleme ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını gerçekleştiren Hacer Demirkol'dan ölçeği kullanmak için mail yoluyla izin alınmıştır. (Ek-2)

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Çalışmaya gönüllü olarak dahil edilme kriterlerine uyan ve katılmayı kabul eden 18 yaş ve üstünde tüm erişkinlerle yapılan yüz yüze görüşmelerde gerekli açıklama yapıldıktan sonra sözlü ve yazılı onayları alınarak anketler kendisi ve/veya

araştırmacı tarafından doldurulmuştur (Ek-3 ve Ek-4). Anket toplam 77 sorudan oluşmaktadır; ilk 9 soru katılımcıların sosyodemografik bilgileri ile, sonraki 5 soru hastalık bilgileri ile ilgilidir. Geri kalan 63 soru da James destekleyici bakım gereksinimlerini belirleme ölçeğine ait sorulardır.

3.4.1.1. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği (JDBGBÖ) (EK-4)

James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği (James Supportive Care Screening) kanser hastalığının her evre ve tedavisinde kullanılabilen, kanser tanısı almış bireylerin son hafta içerisinde yaşadıkları distresi ve hangi alanda desteğe ihtiyaç duyulduğunu saptamak amacıyla Wells-Di Gregorio ve arkadaşları (2013) tarafından geliştirilen, toplamda 6 alt boyutu bulunan bir ölçektir. Ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışması 2006 ve 2012 yılları arasında yürütülmüştür. Açıklayıcı faktör analizi 596, doğrulayıcı faktör analizi 477 kanser tanısı almış bireyle yürütülmüştür. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.80 olarak tespit edilmiştir. Faktör analizi sonucu, ölçek maddeleri 6 alt boyutta toplanmıştır. Ölçeğin alt boyutları: Duygusal Sorunlar, Manevi/Dini Konularla İlgili Sorunlar, Sağlık Bakımı ile İlgili Sorunlar, Sosyal Sorunlar, Bilişsel Sorunlar, Fiziksel Belirtiler alt 25 boyutlarından oluşmaktadır. Alt boyut cevapları: Yok (0), Hafif (1), Orta (2) ve Şiddetli (3) şeklinde yanıtlanmaktadır. Ölçek soruları, tek tek puanlanarak değerlendirilebildiği gibi, toplam puan üzerinden de değerlendirilebilmektedir. Ek olarak, ölçekte puanlamaya dahil edilmeyen klinik ortamda ek bilgi sağlamak amacıyla hazırlanmış, Evet/ Hayır şeklinde cevaplanan 7 soru ve en çok distres oluşturan durumun sorgulandığı 1 tane açık uçlu sorudan meydana gelmektedir. Ölçeğin Türk toplumu için geçerlilik güvenirlik çalışması Hacer Demirkol tarafından yapılmıştır. Demirkol'un yaptığı çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.918 olarak, alt boyut Cronbach alfa değerleri ise; 0.549 ile 0.875 arasında çıkmıştır.(66) Ölçeğin orijinal formunda Evet/ Hayır şeklinde cevaplanan 7 soru içerisinde; Amerika'daki sigorta sistemi ile ilgili bir soru bulunmaktadır. Bu sorunun Türk toplumu için uygun olmaması ve bu 7 sorunun ölçek puanlamasına dahil edilmemesi nedeniyle bu soru; ölçek sahibi Wells-Di Gregorio'dan izin alınarak Türk toplumu için daha uygun bir soru olan "Malulen Emekli Olmayı Belgelemek ile İlgili Sorunlar" olarak değiştirilmiştir.

3.5. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI

Çalışma Şubat 2020 ayında 1ay boyunca yapılacak şekilde planlanmış ancak istenen sayıya ulaşamaması üzerine Mart 2020 ayında devam etmiştir. Ancak mart ayında tüm dünyada ve ülkemizde de meydana gelen Covid-19 salgını nedeniyle özellikle uygulanan tedaviler nedeniyle enfeksiyonlara yatkınlığı olan onkoloji hastalarının polikliniklere başvuru sayısı ve anket çalışmamız için gönüllülüğü azaldığı için 173 hastaya ulaşılabilmektedir.

3.6. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

SBU İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji polikliniklerine başvuran;

1. 18 yaş ve üzerinde
2. Çalışmaya katılmaya gönüllü
3. Daha önceden kanser tanısı almış
4. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu imzalayan
5. Sorulan soruları anlayacak yanıtlayacak kabiliyeti olan kişiler

3.7. ARAŞTIRMA HARIÇ TUTMA KRİTERLERİ

1. Mental retardasyon ya da psikotik bozukluk benzeri tanısı olan
2. Gebelik durumu olan
3. Öykü veremeyen, koopere olamayan kişiler

3.8. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Hastaların verileri SPSS istatistik paket programı ile değerlendirildi. Araştırmada tanımsal istatistikler için sayı (n), yüzde (%), ortalama, standart sapma, minimum, maksimum şeklinde verilmiştir. Gruplar arasındaki farklılıklar numerik değişkenler Mann Whitney u ve Kruskalwalllis, kategorik değişkenler ki-kare testi ile analiz edildi. İstatistiksel anlamlılık olarak %95 güven düzeyinde, $p=0,05$ anlamlılık derecesi kullanıldı.

4.BULGULAR

Çalışmamıza SBU İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji polikliniklerine başvuran 109'u (%63,01) kadın, 64'ü (%36,99) erkek olmak üzere toplam 173 hasta katılmıştır.

Çalışmamıza katılan hastaların yaş dağılımları incelendiğinde 26'sının (%15,03) 18-45 yaş, 63'ünün (%36,42) 46-60 yaş, 60'ının (%34,68) 61-75 yaş, 24'ünün (%13,87) 76-90 yaş aralığında olduğu saptanmıştır.

Hastaların medeni durumları incelendiğinde 121'nin (%69,94) evli, 52'sinin (%30,06) bekar ya da dul olduğu saptanmıştır.

Hastaların 21'inin (%12,14) okur yazar olmadığı, 18'inin (%10,40) okur yazar olduğu, 121'inin (%69,84) ilk okul, ortaokul ve lise mezunu olduğu, 13'ünün (%7,51) üniversite ve ü l l zeri mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik özellikleri

		n (kişi)	% (yüzde)
Yaş	18-30	2	1.16
	31-45	24	13.87
	46-60	63	36.42
	61-75	60	34.68
	76-90	24	13.87
Cinsiyet	Kadın	109	63.01
	Erkek	64	36.99
Medeni durum	Evli	121	69.94
	Bekar	12	6.94
	Dul	40	23.12
Öğrenim durumu	Okur yazar değil	21	12.14
	Okuryazar	18	10.40
	İlk okul	84	48.55
	Ortaokul ve lise	37	21.39
	Üniversite ve üzeri	13	7.51

Hastaların 158'inin (%91,33) çocuğu olduğu, 22'sinin (%12,72) yalnız yaşadığı, 119'unun (%68,78) aile üyeleriyle yaşadığı, 32'sinin (%18,50) diğer kişiler ile yaşadığı saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların Aile özellikleri

		n (kişi)	% (yüzde)
Çocuk	Evet	158	91.33
	Hayır	15	8.67
Kiminle yaşıyor	Yalnız	22	12.72
	Eşiyle	52	30.06
	Es ve çocuklar ile	63	36.42
	Es, çocuk diğer akraba	4	2.31
	Diğer	32	18.50

Hastaların 25'sinin (%14,45) çalıştığı, 148'inin (%85,55) çalışmadığı saptanmıştır. Çalışan hastaların 4'ünün (%16,00) memur olduğu, 12'sinin (%48,00) serbest meslek çalışanı olduğu saptanmıştır. Gelirini belirten hastaların gelir dağılımı Tablo 3'de verilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların meslek ve gelir dağılımları

		n (kişi)	% (yüzde)
Meslek	Emekli	76	43.93
	Memur	4	2.31
	Serbest meslek	12	6.94
	Çalışmıyor	72	41.62
	Diğer	9	5.20
Gelir düzeyi	0-500	8	4.62
	500-999	15	8.67
	1000-2000	42	24.28
	2000-3000	36	20.81
	3000 ve üzeri	10	5.78
	Bildirmek istemiyor	19	10.98
	Bilmiyor	43	24.86

Hastaların 67'sinin (%38,72) kronik hastalığı olduğu saptanmıştır. Bunların 36'sının (%20,81) hipertansiyon, 24'ünün (%13,87) diyabetes mellitus, 6'sının (%3,47) koroner arter hastalığı, 8'inin (%4,62) psikiyatrik hastalıkları ve 7'sinin (%4,05) diğer hastalıkları olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların hastalık dağılımları

		n (kişi)	% (yüzde)
Hastalıklar	Hayır	106	61.27
	Evet	67	38.72
Kronik hastalık	Hipertansiyon	22	12.72
	Diyabet	10	5.78
	Koroner arter hastalığı	6	3.47
	Psikiyatrik	8	4.62
	Diğer	7	4.05
	Yok	106	61.27
	HT ve DM	14	8.09

Hastaların kanser tanıları incelendiğinde sırasıyla en çok 58'inin (%33,53) meme kanseri, 53'ünün (%30,64) gastrointestinal kanser, 25'inin (%14,45) diğer, 22'sinin (%12,72) jinekolojik kanserler olduğu saptanmıştır. Hastaların kanser evreleri ve tanı sonrasında geçen süre Tablo 5'de verilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların kanser tanı, evre ve tanı süreleri

		n (kişi)	% (yüzde)
Kanser türü	Bas-Boyun	6	3.47
	Jinekolojik	22	12.72
	Akciğer	3	1.73
	Meme	58	33.53
	Beyin	4	2.31
	Cilt	2	1.16
	Gastrointestinal	53	30.64
	Diğer	25	14.45
Evre	Evre1	16	9.25
	Evre2	16	9.25
	Evre3	21	12.14
	Evre4	25	14.45
	Bilmiyor	95	54.91
Teşhisten sonraki süre	0-3 ay	28	16.18
	3-6-ay	20	11.56
	6ay-1 yıl	40	23.12
	1-5 yıl	53	30.64
	5-10 yıl	18	10.40
	10 yıldan uzun	14	8.09

Hastaların 157'sinin (%90,75) destekçisi olduğu saptanmıştır. Hastaların destekçileri incelendiğinde 88'inin (%50,87) eşi, 49'unun (%28,32) çocuğu, 15'inin (%8,67) diğer kişiler ve 5'inin (%2,89) anne babasının destekçisi olduğu saptanmıştır.

Tablo 6. Katılımcılara destek veren kişi dağılımı

		n (kişi)	% (yüzde)
Destekçi	Evet	157	90.75
	Hayır	16	9.25
Destek çıkan	Eş	88	50.87
	Anne-Baba	5	2.89
	Çocuk	49	28.32
	Diğer	15	8.67
	Yok	16	9.25

JDBGB ölçeği alt ölçeklerinin puan dağılımları tablo 7'de verilmiştir. Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin alt boyutlarında alınan puanlara bakıldığında ; Duygusal Sorunlar alt boyutunun ortalamasının 15.67 ± 10.09 olduğu, verilen puanların 0 ile 39 arasında değiştiği, Manevi/Dini Konular ile İlgili Sorunlar alt boyutunun ortalamasının 0.92 ± 2.21 olduğu, verilen puanların 0 ile 12 arasında değiştiği, Sağlık Bakımı ile İlgili Sorunlar alt boyutunun ortalamasının 4.38 ± 2.42 olduğu, verilen puanların 0 ile 12 arasında değiştiği, Sosyal Sorunlar alt boyutunun ortalamasının 4.60 ± 3.88 olduğu, verilen puanların 0 ile 16 arasında değiştiği, Bilişsel Sorunlar alt boyutunun ortalamasının 2.52 ± 2.88 olduğu, verilen puanların 0 ile 9 arasında değiştiği ve Fiziksel Belirtiler alt boyutunun ortalamasının 15.64 ± 10.45 olduğu, verilen puanların 0 ile 45 arasında değiştiği saptanmıştır. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin toplam puanın ortalamasının 36.13 ± 25.19 olduğu ve alınan en düşük puanın 0 en yüksek puanın 125 olduğu saptanmıştır.

Tablo 7. JDBGB ölçek alt ölçeklerinin ortalama puanları

	Ortalama	Medyan	Minimum	Maksimum
Duygusal sorunlar	15.676±10,09	10,00	0	39
Dini Konular	0.92±2,21	0,00	0	12
Sağlık bakımı	4.3831±2,42	0,00	0	12
Sosyal Sorunlar	4.6082±3,88	2,00	0	16
Bilişsel Sorunlar	2.5235±2,88	2,00	0	9
Fiziksel Belirtiler	15.64±10,45	14,00	0	45
TOPLAM	36.13±25,19	31,00	0	125

Hastaların yaşları ile JDBGB ölçeği duygusal sorunlar alt ölçeğiyle arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$). Yaş grubu artıkça duygusal sorunlar puanının azaldığı saptanmıştır. Hastaların cinsiyetleri ile JDBGB ölçeği duygusal sorunlar alt ölçeğiyle arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Kadınların duygusal sorunlar puanının erkeklerden yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastaların medeni durumu, eğitimi, mesleği, gelir düzeyi, çocuk sahibi olması, birlikte yaşadığı kişi, kronik hastalığı olması, hastalık türü, teşhis zamanı, kanser türü, evre, destekçisi olması ve destek çıkan kişi ile JDBGB ölçeği duygusal sorunlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Hastaların yaşları ($p=0,001$), cinsiyetleri ($p=0,001$) meslekleri ($p=0,027$) ve hastalık türü ($p<0,001$) ile JDBGB ölçeği dini konular sorunlar alt ölçeğiyle arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Yaş grubu artıkça dini sorunlar puanının azaldığı saptanmıştır. Hastaların cinsiyetleri ile JDBGB ölçeği dini konular alt ölçeğiyle arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Kadınların dini sorunlar puanının erkeklerden, listede belirtilen hastalıklar dışında hastalığı olanların psikiyatrik hastalığı olanlardan, çalışanların çalışmayanlardan yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastaların medeni durumu, eğitimi, gelir düzeyi, çocuk sahibi olması, birlikte yaşadığı kişi, kronik hastalığı olması, hastalık türü, teşhis zamanı, kanser türü, evre, destekçisi olması ve destek çıkan kişi ile JDBGB ölçeği dini konular arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 8. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği duygusal sorunlar ve dini konular alt ölçeği

		Duygusal sorunlar			Dini Konular		
		Ortalama	Medyan	p	Ortalama	Medyan	P
Yas	18-45	20,23±12,35	21,00	0,001	2,42±3,18	0,50	0,001
	46-60	12,75±9,25	12,00		0,89±2,31	0,00	
	61-75	9,93±7,93	8,00		0,48±1,35	0,00	
	76-90	9,29±10,39	5,00		0,5±1,79	0,00	
Cinsiyet	Kadın	14,8±10,32	14,00	<0,001	1,22±2,49	0,00	0,003
	Erkek	8,36±8,29	6,00		0,42±1,52	0,00	
Medeni durum	Evli	13,09±9,94	13,00	0,292	1,05±2,32	0,00	0,580
	Bekar	12±13,09	8,50		1,33±3,55	0,00	
	Dul	10,5±9,56	6,50		0,43±1,06	0,00	
Eğitim	Okuryazar değil	11,9±8,46	9,00	0,266	0,38±0,97	0,00	0,421
	Okuryazar	7,83±6,2	6,00		0,28±0,83	0,00	
	İlkokul	13,75±10,26	13,00		1,1±2,27	0,00	
	Ortaokul lise	11,51±10,08	9,00		0,97±2,5	0,00	
	Üniversite	13,54±14,26	8,00		1,46±3,38	0,00	
Meslek	Çalışıyor	12,38±10,91	10,50	0,472	0,94±1,69	0,00	0,027
	Çalışmıyor	12,42±10,04	10,00		0,92±2,26	0,00	
Gelir düzeyi	0-500	13±10,92	12,00	0,874	1,13±1,64	0,00	0,836
	500-999	11,4±9,36	10,00		1,13±2,39	0,00	
	1000-2000	10,88±10,14	6,00		0,71±1,58	0,00	
	2000-3000	9,72±9,1	7,50		0,67±1,74	0,00	
	3000---	10±10,31	7,00		1,2±2,9	0,00	
Çocuk	Evet	12,25±9,89	9,50	0,705	0,89±2,09	0,00	0,919
	Hayır	14,13±12,24	11,00		1,33±3,27	0,00	
Birlikte yaşam	Yalnız	9,32±7,25	7,50	0,569	0,23±0,69	0,00	0,514
	Eşyle	12,27±9,39	11,00		0,79±1,68	0,00	
	Es ve çocuklarla	13,08±10,16	13,00		1,24±2,66	0,00	
	Diğer	18,5±15,15	19,50		2±4	0,00	
Hastalıklar	Hayır	12,72±11,95	9,50	0,168	0,88±2,38	0,00	0,778
	Evet	11,85±10,5	8,00		0,99±2,35	0,00	
Hastalık türü	HT	13,44±9,31	12,50	0,277	0,81±1,96	0,00	<0,001
	DM	11,36±9,14	10,00		0,23±0,75	0,00	
	KAH	12,2±5,55	11,00		0,2±0,63	0,00	
	Psikiyatrik	15,17±7,17	13,50		0±0	0,00	
	Diğer	20,38±9,93	23,50		3,38±3,34	3,00	
	Yok	14,86±11,11	15,00		2±3,06	0,00	
	HT, DM	11,71±10,52	8,50		1,04±2,39	0,00	
Teşhis zamanı	0-3ay	12,64±10,75	9,50	0,593	0,14±0,53	0,00	0,907
	3-6-Ay	15,18±10,4	15,00		1,25±3,03	0,00	
	6ay-1yıl	11,75±10,07	8,00		1,1±2,99	0,00	
	1-5yıl	12,78±9,89	11,50		0,67±1,67	0,00	
	5-10yıl	11,81±10,17	9,00		0,87±1,79	0,00	
	10yıl---	9,78±8,78	8,50		0,5±0,79	0,00	
Kanser türü	Jinekolojik	12,5±11,72	9,00	0,112	1,5±3,08	0,00	0,352
	GİS	12,69±8,9	12,00		0,97±2,05	0,00	
	Diğer	11±10,91	9,00		0,91±2,48	0,00	
Evre	Evre1	14,5±10,02	18,50	0,076	1±2,22	0,00	0,599
	Evre2	14,56±11,2	11,50		1,19±2,26	0,00	
	Evre3	11,71±9,39	9,00		1,43±2,73	0,00	
	Evre4	16,84±10,88	14,00		1,04±2,44	0,00	
	Bilmiyor	10,69±9,56	8,00		0,73±2,03	0,00	
Destekçi	Evet	12,64±10,25	11,00	0,490	0,96±2,29	0,00	0,961
	Hayır	10,25±8,26	7,00		0,56±1,21	0,00	
Destek çıkan	Es	12,47±9,77	10,50	0,244	0,92±2,23	0,00	0,580
	Anne-Baba	26,6±15,66	37,00		3,2±5,22	0,00	
	Çocuk	11,33±9,32	9,00		0,51±1,14	0,00	
	Diğer	13,27±11,57	12,00		1,93±3,39	0,00	
	Yok	10,25±8,26	7,00		0,56±1,21	0,00	

Hastaların yaşları ile JDBGB ölçeği sağlık bakımı alt ölçeğiyle arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,023$). Yapılan post hoc testinde 18-45 yaş arası yaş grubunun diğer gruplardan daha yüksek sağlık bakım puanı olduğu saptanmıştır. Hastaların eğitim durumu ile JDBGB ölçeği sağlık bakımı alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,027$). Eğitim durumu artıkça sağlık bakımı puanının arttığı saptanmıştır. Hastaların JDBGB ölçeği sağlık bakımı alt ölçeğiyle bakım veren kişi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,042$). Yapılan post hoc testinde anne babası bakım verenlerin diğer bakım veren gruplardan daha yüksek sağlık bakım puanı olduğu saptanmıştır.

Hastaların cinsiyet, medeni durumu, mesleği, gelir düzeyi, çocuk sahibi olması, birlikte yaşadığı kişi, kronik hastalığı olması, hastalık türü, teşhis zamanı, kanser türü, evre, destekçisi olması ile JDBG ölçeği sağlık bakımı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Hastaların yaşları ile JDBGB ölçeği sosyal sorunlar alt ölçeğiyle arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,045$). Yapılan post hoc testinde 18-45 yaş arası yaş grubunun diğer gruplardan daha yüksek sosyal sorunlar puanı olduğu saptanmıştır. Hastaların cinsiyetleri ile JDBG ölçeği sosyal sorunlar alt ölçeğiyle arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,025$). Kadınların sosyal sorunlar puanının erkeklerden yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların bakım veren kişi ile JDBGB ölçeği sosyal sorunlar alt ölçeğiyle bakım veren kişi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,030$). Yapılan post hoc testinde anne babası bakım verenlerin diğer bakım veren gruplardan daha yüksek sosyal sorunlar puanı olduğu saptanmıştır.

Hastaların medeni durumu, mesleği, gelir düzeyi, çocuk sahibi olması, birlikte yaşadığı kişi, kronik hastalığı olması, hastalık türü, teşhis zamanı, kanser türü, evre, destekçisi olması ile JDBG ölçeği sosyal sorunlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 9. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği sağlık bakımı ve sosyal sorunlar alt ölçeği

		Sağlık bakımı			Sosyal sorunlar		
		Ortalama	Medyan	p	Ortalama	Medyan	P
Yas	18-45	2,46±3,35	0,50	0,023	5,27±4,95	4,50	0,045
	46-60	0,98±2,17	0,00		3,37±3,45	2,00	
	61-75	0,98±1,73	0,00		2,28±3,09	1,00	
	76-90	0,96±3	0,00		3,25±4,68	1,00	
Cinsiyet	Kadın	1,39±2,58	0,00	0,096	3,73±4,01	2,00	0,025
	Erkek	0,89±2,1	0,00		2,45±3,51	1,00	
Medeni durum	Evli	1,35±2,53	0,00	0,402	3,18±3,67	2,00	0,183
	Bekar	1,5±3,45	0,00		5,58±5,43	4,00	
	Dul	0,67±1,54	0,00		2,8±3,82	1,00	
Eğitim	Okuryazar değil	0,57±1,99	0,00	0,027	4,52±4,7	3,00	0,450
	Okuryazar	0,94±1,55	0,00		2,72±3,95	1,00	
	İlkokul	1,08±2,3	0,00		3,26±3,67	2,00	
	Ortaokul lise	1,38±2,51	0,00		2,65±3,13	2,00	
	Üniversite	2,85±3,78	1,00		3,69±5,42	1,00	
Meslek	Çalışıyor	0,63±1,78	0,00	0,846	4,25±3,77	4,00	0,180
	Çalışmıyor	1,26±2,47	0,00		3,16±3,88	2,00	
Gelir düzeyi	0-500	2±3,07	1,00	0,107	6±4,6	6,00	0,186
	500-999	1,87±2,39	1,00		3±3,68	2,00	
	1000-2000	0,95±2,36	0,00		3,88±5,02	2,00	
	2000-3000	1,11±2,03	0,00		1,75±2,1	1,00	
	3000---	0,8±2,53	0,00		2,5±3,63	1,00	
Çocuk	Evet	1,13±2,29	0,00	0,323	3,16±3,82	2,00	0,297
	Hayır	2±3,51	0,00		4,33±4,45	3,00	
Birlikte yaşam	Yalnız	0,68±1,17	0,00	0,784	2,73±3,81	1,00	0,689
	Eşiyle	1,23±2,24	0,00		2,73±3,18	2,00	
	Es ve çocuklarla	1,4±2,75	0,00		3,44±3,99	2,00	
	Diğer	1,5±3	0,00		4,25±4,19	3,50	
Hastalıklar	Hayır	1,09±2,64	0,00	0,624	4±4,69	2,00	0,576
	Evet	1,18±2,51	0,00		3,11±3,73	2,00	
Hastalık türü	HT	1,24±2,27	0,00	0,329	3,53±4,15	2,00	0,512
	DM	0,86±1,78	0,00		2,86±4,32	1,00	
	KAH	0,6±1,07	0,00		2,9±4,43	1,50	
	Psikiyatrik	0,5±1,22	0,00		4,17±4,4	4,00	
	Diğer	3±3,34	3,00		4,75±4,8	2,50	
	Yok	2,29±3,59	0,00		4,29±2,98	4,00	
	HT, DM	1,22±2,55	0,00		3,09±3,78	2,00	
Teşhis zamanı	0-3ay	0,79±1,67	0,00	0,414	3,64±3,54	2,50	0,449
	3-6-Ay	1,82±3,01	0,00		3,64±4,1	2,00	
	6ay-1yıl	1,3±2,92	0,00		2,75±3,24	1,50	
	1-5yıl	0,95±2,16	0,00		2,7±3,73	2,00	
	5-10yıl	1,21±2,16	0,00		3,96±4,17	3,00	
	10yıl---	0,33±0,69	0,00		2,39±3,31	1,00	
Kanser türü	Jinekolojik	1,64±3,25	0,00	0,716	3,29±4,25	1,50	0,286
	Akciğer	1,32±2,32	0,00		3,14±4,2	1,50	
	GİS	1,12±2,03	0,00		3,22±3,5	2,00	
	Diğer	1,26±3,05	0,00		2,94±4,26	1,00	
Evre	Evre1	1,75±2,52	0,00	0,60	2,5±2,94	1,50	0,117
	Evre2	1,31±2,7	0,00		3,81±3,29	3,50	
	Evre3	1,29±2,57	0,00		2,38±3,2	1,00	
	Evre4	1,68±3,24	0,00		4,92±4,92	4,00	
	Bilmiyor	0,95±2,06	0,00		3,05±3,86	2,00	
Destekçi	Evet	1,17±2,45	0,00	0,050	3,24±3,86	2,00	0,704
	Hayır	1,56±2,1	1,00		3,44±4,13	1,50	
Destek çıkan	Es	1,24±2,48	0,00	0,042	3,1±3,79	2,00	0,030
	Anne-Baba	4,2±5,22	2,00		9,6±4,98	7,00	
	Çocuk	0,65±1,71	0,00		2,73±3,52	2,00	
	Diğer	1,4±2,56	0,00		3,6±3,42	3,00	
	Yok	1,56±2,1	1,00		3,44±4,13	1,50	

Hastaların hastalıkları ile JDBGB ölçeği bilişsel sorunlar alt ölçeğiyle arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$). Kronik hastalığı olmayanların hastalığı olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Kronik hastalığı olanların tanıları karşılaştırıldığında JDBGB ölçeği bilişsel sorunlar alt ölçeğiyle arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,003$). Yapılan post hoc testinde HT, HT ve DM tanısı olanların diğer tanıları olana göre daha düşük bilişsel sorunlar puanı saptanmıştır.

Hastaların cinsiyetleri ile JDBG ölçeği fiziksel belirtiler alt ölçeğiyle arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,010$). Kadınların fiziksel sorunlar puanının erkeklerden yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların bakım veren kişi ile JDBGB ölçeği fiziksel belirtiler alt ölçeğiyle arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,035$). Yapılan post hoc testinde anne babası bakım verenlerin diğer bakım veren gruplardan daha yüksek fiziksel sorunla puanı olduğu saptanmıştır.

Tablo 10.James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği bilişsel sorunlar ve fiziksel belirtiler alt ölçeği

		Bilişsel Sorunlar			Fiziksel Belirtiler		
		Ortalama	Medyan	p	Ortalama	Medyan	P
Yas	18-45	3,35±3,08	3,00	0,713	19,96±12,29	21,50	0,217
	46-60	2,38±2,5	2,00		14,94±9,54	13,00	
	61-75	2,7±3,04	1,50		14,42±9,63	13,00	
	76-90	2,79±3,24	1,50		15,83±11,92	14,00	
Cinsiyet	Kadın	2,76±2,83	2,00	0,598	16,99±9,99	16,00	0,010
	Erkek	2,58±3	1,00		13,33±10,87	10,00	
Medeni durum	Evli	2,56±2,81	2,00	0,781	16±10,14	14,00	0,464
	Bekar	3,33±3,8	1,50		18,5±15,81	13,00	
	Dul	2,9±2,84	3,00		13,68±9,35	12,50	
Eğitim	Okuryazar değil	3,48±3,44	3,00	0,660	18,05±10,79	17,00	0,154
	Okuryazar	3,44±3,57	2,50		12,89±8,05	11,50	
	İlkokul	2,67±2,8	2,00		16,71±10,06	14,50	
	Ortaokul lise	2,05±2,25	1,00		13±10,34	9,00	
	Üniversite	2,38±2,99	2,00		16,08±14,35	9,00	
Meslek	Çalışıyor	2,81±2,48	2,50	0,920	15,25±10,41	14,00	0,995
	Çalışmıyor	2,68±2,93	2,00		15,68±10,48	14,00	
Gelir düzeyi	0-500	2,75±3,45	1,50	0,120	14,37±9,74	14,00	0,198
	500-999	1,8±2,27	0,00		14,47±11,64	11,00	
	1000-2000	3,36±3,13	3,00		16,26±10,64	14,00	
	2000-3000	1,58±2,06	1,00		10,53±8,57	9,00	
	3000---	2,9±2,85	2,50		13,5±12,91	11,50	
Çocuk	Evet	2,68±2,86	2,00	0,942	15,56±10,21	14,00	0,983
	Hayır	2,87±3,18	3,00		16,47±13,1	14,00	
Birlikte yaşam	Yalnız	1,77±2,45	0,00	0,139	12,5±8,06	12,50	0,478
	Eşiyle	2,44±2,71	1,50		15,04±9,83	13,50	
	Es ve çocuklarla	2,52±2,7	2,00		16,32±10,3	16,00	
	Diğer	6,25±4,27	8,00		19,25±15,24	21,00	
Hastalıklar	Hayır	3,63±3,22	3,00	0,001	16,97±12,49	16,00	0,187
	Evet	2,18±2,65	1,00		14,91±10,45	13,00	
Hastalık türü	HT	3,61±3,08	3,00	0,003	16,94±10,4	16,00	0,376
	DM	2,5±2,96	1,00		13,14±9,02	11,50	
	KAH	4,2±3,22	3,50		19,7±9,78	18,50	
	Psikiyatrik	5,5±3,51	6,00		15±8,67	17,00	
	Diğer	3,75±3,2	4,50		16,13±8,63	19,00	
	Yok	4,14±2,34	5,00		20,57±13,02	14,00	
	HT, DM	2,05±2,55	1,00		14,92±10,47	13,00	
Teşhis zamanı	0-3ay	4,29±3,15	5,50	0,508	19,57±12,5	20,50	0,390
	3-6-Ay	2,54±2,57	2,00		18,14±11,08	17,00	
	6ay-1yıl	2,45±3,24	0,50		14,6±10,18	11,00	
	1-5yıl	2,52±2,94	1,00		15,75±11,04	15,00	
	5-10yıl	3,08±2,7	3,00		15,85±9,8	14,00	
	10yıl---	2,17±3,5	0,00		11±8,42	9,00	
Kanser türü	Jinekolojik	3,07±2,92	3,00	0,497	16,93±12,16	17,00	0,158
	Akciğer	2,41±2,82	0,00		20,41±10,75	20,50	
	GİS	3,19±3,15	2,50		14,12±8,88	13,00	
	Diğer	2,11±2,52	1,00		15,23±11,05	14,00	
Evre	Evre1	2,81±2,81	2,00	0,62	12,63±7,55	13,00	0,312
	Evre2	3,5±3,03	3,00		15,56±12,3	17,00	
	Evre3	2,05±2,2	1,00		15,29±10,13	13,00	
	Evre4	2,44±3,2	1,00		19,56±10,69	20,00	
	Bilmiyor	2,75±2,94	2,00		15,2±10,47	14,00	
Destekçi	Evet	2,69±2,95	2,00	0,556	15,81±10,59	14,00	0,547
	Hayır	2,75±2,14	3,00		13,94±9,01	13,00	
Destek çıkan	Es	2,64±2,83	2,00	0,345	14,83±10,01	14,00	0,035
	Anne-Baba	5,4±3,29	6,00		32,6±8,02	31,00	
	Çocuk	2,61±3,17	1,00		16,16±10,52	16,00	
	Diğer	2,33±2,72	2,00		14,8±10,98	11,00	
	Yok	2,75±2,14	3,00		13,94±9,01	13,00	

Hastaların yaşları ile JDBGB ölçeğiyle arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,010$). Yapılan post hoc testinde 18-45 yaş arası yaş grubunun diğer gruplardan daha yüksek toplam puanı olduğu saptanmıştır. Hastaların cinsiyetleri ile JDBGB ölçeğiyle arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Kadınların toplam puanı erkeklerden yüksek saptanmıştır. Hastaların JDBGB ölçeğiyle destek veren kişi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,048$). Yapılan post hoc testinde anne babası bakım verenlerin diğer bakım veren gruplardan daha yüksek sağlık bakım puanı olduğu saptanmıştır.

Hastaların, medeni durumu, mesleği, gelir düzeyi, çocuk sahibi olması, birlikte yaşadığı kişi, kronik hastalığı olması, hastalık türü, teşhis zamanı, kanser türü, evre, destekçisi olması ile JDBGÖ toplam arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Tablo 11. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği toplam puanı

		Toplam puan		
		Ortalama	Medyan	P
Yas	18-45	53,69±32,46	54,50	0,010
	46-60	35,3±21,08	34,00	
	61-75	30,8±20,17	27,00	
	76-90	32,63±30,34	23,00	
Cinsiyet	Kadın	40,89±25,02	39,00	<0,001
	Erkek	28,03±23,52	23,50	
Medeni durum	Evli	37,23±24,61	36,00	0,365
	Bekar	42,25±37,35	30,00	
	Dul	30,98±22,32	23,00	
Eğitim	Okuryazar değil	38,9±21,5	44,00	0,318
	Okuryazar	28,11±17,5	30,00	
	İlkokul	38,57±25,29	36,50	
	Ortaokul lise	31,57±24,4	26,00	
	Üniversite	40±38,06	22,00	
Meslek	Çalışıyor	36,25±24,4	34,50	0,491
	Çalışmıyor	36,12±25,34	30,00	
Gelir düzeyi	0-500	39,25±24,6	39,00	0,353
	500-999	33,67±26,72	28,00	
	1000-2000	36,05±27,12	29,50	
	2000-3000	25,36±20,19	20,00	
	3000---	30,9±30,12	21,50	
Çocuk	Evet	35,66±24,52	31,50	0,578
	Hayır	41,13±31,96	31,00	
Birlikte yaşam	Yalnız	27,23±17	23,00	0,423
	Eşiyle	34,5±22,37	31,50	
	Es ve çocuklarla	38±25,98	36,00	
	Diğer	51,75±38,12	50,00	
Hastalıklar	Hayır	39,28±30	39,50	0,077
	Evet	34,22±26,32	27,00	
Hastalık türü	HT	39,56±22,82	41,50	0,169
	DM	30,95±19,9	31,50	
	KAH	39,8±17,34	43,50	
	Psikiyatrik	40,33±15,41	42,00	
	Diğer	51,38±25,5	58,00	
	Yok	48,14±26,12	41,00	
	HT, DM	34,03±26,68	25,50	
Teşhis zamanı	0-3ay	41,07±26,29	44,50	0,570
	3-6-Ay	42,57±27,85	36,00	
	6ay-1yıl	33,95±24,5	26,50	
	1-5yıl	35,38±23,6	32,00	
	5-10yıl	36,77±24,89	30,00	
	10yıl---	26,17±19,99	24,50	
Kanser türü	Jinekolojik	38,93±31,45	38,50	0,205
	Akciğer	44,45±26,13	42,00	
	Meme	35,31±20,94	29,00	
	GİS	33,46±29,31	29,00	
	Diğer	35,19±23,42	35,00	
Evre	Evre1	39,94±28,31	34,50	0,462
	Evre2	34,14±24,8	24,00	
	Evre3	46,48±28,6	41,00	
	Evre4	33,37±23,79	29,00	
Destekçi	Evet	36,5±25,65	33,00	0,685
	Hayır	32,5±20,45	23,50	
Destek çıkan	Es	35,19±24,49	31,50	0,048
	Anne-Baba	81,6±29,01	88,00	
	Çocuk	34±23,15	33,00	
	Diğer	37,33±27,63	28,00	
	Yok	32,5±20,45	23,50	

Hastaların JDBGBÖ 'de bulunan evet/hayır şeklinde yanıtlanan yedi soruya (ölçek puanlamasına dahil edilmeyen) verdikleri cevapların dağılımı Tablo 12 'de verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %76.88'i cinsellikle ilgili sorun yaşamadığı, %83.24'ü bu konuda bilgi almak istemediğini, %73.99'u konuşmada zorluk/yutkunmada zorluk yaşamadığını, %79.19'u bu konuda bilgi almak istemediğini, %72.25'i beslenme/ diyet ile ilgili endişeleri olmadığını ve %72.25'i bu konuda bilgi almak istemediğini, %74.57'si aile ve arkadaşların nasıl baş edeceklerine dair endişe yaşamadığını, %80.35'i bu konuda bilgi almak istemediğini, %83.82'si sigara ya da tütün ürünlerinin kullanımı ile ilgili sorun yaşamadığını, %89.60'ı bu konuda bilgi almak istemediğini, %96.53'ü alkol, keyif amaçlı madde kullanımı ya da tedavi için verilen ilaçların kötüye kullanımı ile ilgili sorun yaşamadığını, %97.69'u bu konuda bilgi almak istemediğini, %91.91'i malulen emekli olmayı belgelemek ile ilgili sorun yaşamadığını, %90.17'si bu konuda bilgi almak istemediğini belirtmiştir. (Tablo 12).

Hastaların 'Şu anda sizin için en çok duygusal sıkıntı oluşturan şey nedir?' sorusuna verdikleri yanıtların dağılımı Tablo 13'te görülmektedir. Hastaların %3,5'i kendisinde en çok duygusal sorun oluşturan faktörün maddi durum olduğunu, %4'ü destek yoksunluğu olduğunu, %6,9'u tedavi süreci olduğunu, %18,5'i hastalık olduğunu, %4'ü çocuklarının durumunu düşünmek olduğunu, %39,3'ü herhangi bir sıkıntısı olmadığını, %23,7'si diğer faktörler olduğunu belirtmiştir. (Tablo 13).

Tablo 12. James Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeğinde Bulunan Evet/Hayır Şeklinde Yanıtlanan Sorulara Verdikleri Cevapların Dağılımı

		Evet		Hayır	
		n (kişi sayısı)	% (yüzde)	n (kişi sayısı)	% (yüzde)
Cinsellik ile İlgili endişe yada problem yaşama		40	23.12	133	76.88
Cinsellik ile İlgili Bilgi alma isteği		29	16.76	144	83.24
Konuşmada Zorluk endişe yada problem yaşama		45	26.01	128	73.99
Konuşmada Zorluk Bilgi alma isteği		36	20.81	137	79.19
Beslenme/ Diyet ile İlgili Endişeler		48	27.75	125	72.25
Beslenme/ Diyet ile İlgili Endişeler bilgi edinme		48	27.75	125	72.25
Aile ve Arkadaşların Nasıl Baş Edeceklerine Dair Endişeler		44	25.43	129	74.57
Aile ve Arkadaşların Nasıl Baş Edeceklerine Dair Endişeler bilgi edinme		34	19.65	139	80.35
Sigara Kullanımı ile İlgili endişe yada problem yaşama		28	16.18	145	83.82
Sigara ya da Tütün Ürünlerinin Kullanımı ile İlgili Bilgi alma		18	10.40	155	89.60
Alkol, Keyif Amaçlı Madde Kullanımı ya da Tedavi İçin Verilen İlaçların Kötüye Kullanımı ile İlgili Sorunlar		6	3.47	167	96.53
Alkol, Keyif Amaçlı Madde Kullanımı ya da Tedavi İçin Verilen İlaçların Kötüye Kullanımı ile İlgili Sorunlarla İlgili Bilgi Alma isteği		4	2.31	169	97.69
Emekli Olmayı Belgelemek endişe yada problem yaşama		14	8.09	159	91.91
Emekli Olmayı Belgelemek Bilgi alma isteği		17	9.83	156	90.17
		n(kişi sayısı)		%(yüzde)	
Şuan da sizin için en çok duygusal sıkıntı oluşturan şey nedir?	MADDİ DURUM	6		3,5	
	DESTEK YOKSUNLUGU	7		4,0	
	TEDAVİ SURECİ	12		6,9	
	HASTALIK	32		18,5	
	COCUKLARIM	7		4,0	
	Yok	68		39,3	
	DİĞER	41		23,7	

James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği ek soruları ile toplam puan karşılaştırıldığında, Cinsellik ile İlgili endişe yada problem yaşayanların ($p=0,042$), Konuşmada Zorluk endişe yada problem yaşayanların ($p<0,001$), Beslenme/ Diyet ile İlgili Endişeleri olanların ($p<0,001$), Beslenme/ Diyet ile İlgili Endişeler ile ilgili bilgi almak ($p<0,001$) Konuşmada Zorluk yaşama ile ilgili Bilgi alma isteği olanların ($p<0,001$), endişe yada problem yaşama Aile ve Arkadaşların Nasıl Baş Edemeyenlerin ($p<0,001$), Aile ve Arkadaşların Nasıl Baş Edecekleri

hakkında bilgi almak isteyenlerin ($p=0,005$), Sigara Kullanımı ile İlgili endişe yada problem yaşayanların ($p=0,022$), Emekli Olmayı Belgelemek endişe yada problem yaşayanların ($p=0,014$), Emekli Olmayı Belgelemek endişe yada problem yaşama ile ilgili bilgi almak isteyenlerin ($p=0,007$) saptanmıştır (Tablo 14).

Şu an da sizin için en çok duygusal sıkıntı oluşturan şey nedir sorusu cevapları ile toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,002$). Posthoc testinde Destek Yoksunluğu yanıtı verenlerin diğer yanıtı verenlerden daha yüksek puan aldığı saptanmıştır.

Tablo 13. James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği toplam puanı ile Evet/hayır şeklinde yanıtlanan soruların ilişkisi

		Toplam puan		
		Ortalama	Medyan	P
Cinsellik ile ilgili endişe yada problem yaşama	Evet	43,32±28,77	36,50	0,042
	Hayır	33,47±23,39	29,00	
Cinsellik ile ilgili Bilgi alma isteği	Evet	43,9±29,17	37,00	0,114
	Hayır	34,49±24,18	29,00	
Konuşmada Zorluk endişe yada problem yaşama	Evet	51,27±22,57	48,00	<0,001
	Hayır	30,69±23,99	24,00	
Konuşmada Zorluk Bilgi alma isteği	Evet	54,11±21,94	48,00	<0,001
	Hayır	31,45±23,96	24,00	
Beslenme/ Diyet ile ilgili Endişeler	Evet	48,48±26,36	47,50	<0,001
	Hayır	31,27±23,18	24,50	
Beslenme/ Diyet ile ilgili Endişeler bilgi edinme	Evet	47,72±25,47	48,00	<0,001
	Hayır	31,7±23,83	25,00	
Aile ve Arkadaşların Nasıl Baş Edeceklerine Dair Endişeler	Evet	48,91±25,9	47,00	<0,001
	Hayır	31,8±23,62	26,00	
Aile ve Arkadaşların Nasıl Baş Edeceklerine Dair Endişeler bilgi edinme	Evet	45,52±24,62	44,00	0,005
	Hayır	33,83±24,96	28,00	
Sigara Kullanımı ile ilgili endişe yada problem yaşama	Evet	44,85±22,59	45,00	0,022
	Hayır	34,44±25,45	28,00	
Sigara ya da Tütün Ürünlerinin Kullanımı ile ilgili Bilgi alma	Evet	38,65±19,09	40,00	0,363
	Hayır	35,79±25,87	30,00	
Alkol, Keyif Amaçlı Madde Kullanımı ya da Tedavi İçin Verilen İlaçların Kötüye Kullanımı ile ilgili Sorunlar	Evet	38±22,03	34,00	0,744
	Hayır	36,02±25,39	30,00	
Alkol, Keyif Amaçlı Madde Kullanımı ya da Tedavi İçin Verilen İlaçların Kötüye Kullanımı ile ilgili Sorunlar	Evet	38±24,58	48,00	0,780
	Hayır	36,04±25,33	30,00	
Emekli Olmayı Belgelemek endişe yada problem yaşama	Evet	53,62±26,68	53,00	0,014
	Hayır	34,64±24,67	29,00	
Emekli Olmayı Belgelemek Bilgi alma isteği	Evet	52,19±25,34	54,50	0,007
	Hayır	34,42±24,73	29,00	
Şuan da sizin için en çok duygusal sıkıntı oluşturan şey nedir?	Maddi Durum	39,83±21,68	39,50	0,002
	Destek Yoksunluğu	54,71±20,51	57,00	
	Tedavi Süreci	44±23,55	39,50	
	Hastalık	45,88±27,95	40,00	
	Çocuklarım	36±16,37	37,00	
	Yok	27,96±23,81	22,50	
	Diğer	36,1±24,25	29,00	

5. TARTIŞMA

Şubat- Mart 2020 tarihlerinde SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji polikliniklerine başvuran 173 gönüllü hasta ile yapılan çalışmamızda katılımcıların 109'u (%63,01) kadın, 64'ü (%36,99) erkektir. Wells-Di Gregorio ve arkadaşlarının James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin geliştirilmesi çalışmasına katılan 596 kişilik örneklem grubunun %48'nin kadın, %52'sinin erkek olduğu belirtilmiştir.(61) Erdem ve arkadaşlarının Düzce Tıp Fakültesi Hastanesi'nde 460 kanser hastasıyla yaptıkları retrospektif çalışmalarında katılımcıların %66,1'i erkek, %33,9'u kadındır.(67) 2017 yılı Türkiye Kanser İstatistiklerine göre kadın erkek nüfusunun benzer olduğu ülkemizde kanser tanısı alan erkek/kadın oranı 1,38 iken bizim çalışmamızda bu oran 0,58dir.(2) Demirkol'un 280 kanser hastası ile yaptığı çalışmasında çalışmamızla benzer şekilde katılımcıların %65,7'si kadın, %34,3' ü erkektir.(66) Çalışmamıza katılan kadın sayısının fazla olmasının nedeninin; duygusal öğeler içerdiğini belirttiğimiz ankete kadınların gönüllü olma olasılığının daha yüksek olabileceğinden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Ayrıca çalışmayı yaptığım süreçte hamile olmam da kadın hastalar üzerinde bir sempati oluşturmuş ve katılımlarını arttırmış olabilir.

Çalışmamıza katılan hastaların yaş dağılımları incelendiğinde %15,03'ünün 18-45 yaş, %36,42'sinin 46-60 yaş, %34,68'inin 61-75 yaş, %13,87'sinin 76-90 yaş aralığında olduğu saptanmıştır. Hastalarımızın büyük çoğunluğu 46-75 yaş aralığındadır. Var'ın yaptığı çalışmada katılımcıların %7'si 45 yaş altıdır. %58 i 46-65 yaş aralığında, %34 ü de 65 yaş üzeridir.(68) Türkiye Kanser İstatistikleri 2017 verilerine göre Türkiye'de ve bizim çalışmamızda da en yüksek oranda görülen meme kanserinin ortalama tanı alma yaşı 53'tür.(2) Evrenimizdeki yığılmanın 46-60 yaş aralığında olması bu şekilde açıklanabilir.

Çalışmamızdaki hastaların medeni durumları incelendiğinde %69,94'ünün evli, %30,06'sının bekar ya da dul olduğu saptanmıştır. Wells-Di Gregorio ve arkadaşlarının yaptığı James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin geliştirilmesi çalışmasında; araştırmaya katılan bireylerin %54'nün evli ya da birlikteliği olduğu, %23'ünün boşanmış ve ya eşinin vefat etmiş olduğu

saptanmıştır.(61) Var'ın çalışmasında çalışmamızla benzer şekilde katılımcıların %72,4'ü evli %27,6'sı bekdir.(68) Demirkol'un çalışmasında da hastaların %79,6'sı evli, %20,4'ü bekar, boşanmış ya da eşi vefat etmiştir.(66) Bu çalışmalarda ve bizim çalışmamızda benzer şekilde evli olan hasta grubunun en yüksek oranda olduğu görülmektedir.

Hastaların %12,14'ünün okur yazar olmadığı, %10,4'ünün okur yazar olduğu, %69,84'ünün ilk okul, ortaokul ve lise mezunu olduğu, %7,51 üniversite ve üzeri mezunu olduğu saptanmıştır. Demirkol'un çalışmasında katılımcıların %39,3'ünün okur-yazar olmadığı veya ilk okul mezunu olduğu, %40,4'ünün ortaokul ya da lise mezunu olduğu, %20,4'ünün üniversite ya da lisansüstü mezunu olduğu saptanmıştır. (66) Seven ve arkadaşlarının kanser tanısı almış bireylerin fiziksel ve psikolojik semptomlarını araştırdıkları çalışmalarında katılımcıların %39'u ilköğretim mezunu, %36'sı lise mezunu, %23'ü üniversite ve üstü mezundur.(56) Çalışmamızdaki katılımcıların üniversite ve üzeri mezun oranları diğer çalışmalardan daha düşük bulunmuştur.

Hastaların 158'inin (%91,33) çocuğu olduğu bulunmuştur. Var'ın çalışmasında katılımcıların %79,6'sının çocuk sahibi olduğu bulunmuştur.(68) Demirkol'un çalışmasında katılımcıların %85,7'si çocuk sahibidir.(66) Bizim çalışmamızda da diğer çalışmalarla benzer şekilde katılımcıların büyük çoğunluğunun çocuğu vardır.

Katılımcılarımızın 22'sinin (%12,72) yalnız yaşadığı, 119'unun (%68,78) aile üyeleriyle yaşadığı, 32'sinin (%18,50) diğer kişiler ile yaşadığı saptanmıştır. Dedeli ve arkadaşlarının 105 onkoloji hastası ile yaptığı çalışmada katılımcıların %3,8'i yalnız yaşamaktadır. %85,7'si de eşi ya da eşi ve çocukları ile beraber yaşamaktadır. (19) Demirkol'un çalışmasında da katılımcıların %6,8'inin yalnız yaşadığı, %93,2'sinin ailesi ile beraber yaşadığı bulunmuştur.(66) Çalışmamızda ve diğer çalışmalarda da Türk kültüründen kaynaklı olarak kişilerin büyük çoğunluğunun aileleri ile beraber yaşadığı bulunmuştur.

Hastaların 25'inin (%14,45) çalıştığı, 148'inin (%85,55) çalışmadığı saptanmıştır. Katılımcılarımızın %43,3'ü emeklidir. Demirkol'un çalışmasında katılımcıların %44,3'ünün emekli ve %36,8'inin çalışmadığı, %18,9'unun aktif olarak çalıştığı saptanmıştır.(66) Seven ve arkadaşlarının çalışmasında da hastaların %22,5'i halen aktif olarak çalışmakta %77,5'inin emekli (%22,5) ya da çalışmıyor olduğu

bulunmuştur.(56) Var'ın çalışmasında da %8,2'sinin aktif çalıştığı, %91,8'inin çalışmadığı bulunmuştur.(68) Çalışmamızda da diğer çalışmalarla benzer şekilde katılımcıların %70'den fazlasının çalışmadığı saptanmıştır.

Hastaların 67'sinin (%38,72) kanser dışında bir kronik hastalığı olduğu saptanmıştır. %61,28'inin kanser dışında bir kronik rahatsızlığı yoktur. Hastaların 36'sının (%20,81) hipertansiyon, 24'ünün (%13,87) diyabetes mellitus, 6'sının (%3,47) koroner arter hastalığı, 8'inin (%4,62) psikiyatrik hastalıkları ve 7'sinin (%4,05) diğer hastalıkları olduğu saptanmıştır. Demirkol'un çalışmasında katılımcıların %68,6'sının kanser dışında bir fiziksel rahatsızlığı bulunmamaktadır. %3,6'sının psikiyatrik hastalığı bulunmaktadır.(66) Çalışmamız bu oranlar ile Demirkol'un çalışması ile benzerlik göstermektedir. Kelleci ve arkadaşlarının kliniklerde yatan hastalarda anksiyete ve depresyonun sıklığını belirlemeye yönelik çeşitli tanıları olan 247 hasta ile yaptıkları çalışmada kanser tanılı hastaların %64,3'ünün depresyon riski taşıdığı belirlenmiştir.(69) Çalışmamızda %4,62 gibi düşük oranda psikiyatrik tanılı hasta olmasının sebebinin psikiyatrik muayene ve tanılarına yönelik toplumsal ön yargılar ve fişlenme korkusu nedeniyle; hastaların depresif şikayetlerle hastaneye başvurusunun az olması ve tanı alamamalarından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Hastaların kanser tanıları incelendiğinde sırasıyla %33,53 meme kanseri, %30,64 gastrointestinal kanser, %14,45 diğer kanserler, %12,72 jinekolojik kanserler, %3,47 baş-boyun kanserleri, %2,31 beyin kanseri, %1,73 akciğer kanseri, %1,16 cilt kanseri tanıları olduğu saptanmıştır. Demirkol'un çalışmasında katılımcıların %38,2'si meme, %27,9'u GİS (kolorektal, pankreas, mide, karaciğer), %15'i jinekolojik, %5'i akciğer, %3,1'i cilt, %2,1'i beyin, %7,9'u bunların dışında kalan kanser türlerine sahip bulunmuştur. Dedeli ve arkadaşlarının 2007 yılında 105 onkoloji hastasıyla yaptığı çalışmada hastaların %22,8'inin meme, %13'ünün prostat, %9,8'inin malign melanom, %8,9'unun Non-Hodgkin lenfoma %53,6'sının da diğer kanser türleri (over, uterus, akciğer, kolon, pankreas, beyin, testis, osteosarkom) olduğu bulunmuştur. (19) 3 çalışmada da benzer şekilde meme kanseri ilk sıradadır. Meme kanseri ülkemizde kadınlarda en sık görülen kanserdir. Kanser tanılı her 4 kadından biri meme kanseridir.(2) Erdem ve arkadaşlarının Düzce ilinde retrospektif olarak 460 kanser hastasının yaş dağılımını incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada ise ilk 3

sırada; prostat, bronş-akciğer ve mesane kanserleri bulunmaktadır.(67) Ülkemizde erkeklerde en sık görülen kanser türleri de sırasıyla; akciğer, prostat, kolorektal ve mesane kanserleridir.(2) Çalışmamızdan farklı olarak Erdem ve arkadaşlarının çalışmasındaki kadın erkek oranının ½ olması sebebiyle kanser oranlarının erkek hastalardaki gibi dağıldığı düşünülebilir.

Çalışmamıza katılan hastaların evreleri sorgulandığında %54,91'inin evresini bilmediği belirlenmiştir. %9,25'i evre 1, %9,25'i evre 2, %12,14'ü evre 3, %14,45'i evre 4'tür. Evresini bilen grubun %58'i evre 3 ve 4 tür. Demirkol'un çalışmasında katılımcıların %78,2'sinin evresine ulaşılabilmiştir. %37,1'inin 4.evrede, %16,4'ünün 2.evrede, %15,7'sinin 3.evrede ve %8,9'nun 1.evrede olduğu saptanmıştır.(66) Wells Di George ve arkadaşlarının James destekleyici bakım gereksinimleri ölçeğinin geliştirilmesi için yaptıkları çalışmada evresine ulaşılan hastaların %53'ünün 3. ve 4. Evrede olduğu tespit edilmiştir. (61) Çalışmamızda diğer çalışmalardan farklı olarak sadece hasta beyanı üzerinden evre bilgisi alınmıştır. Dosya incelemesi yapılmamıştır. Bu nedenle hastaların %54,91 gibi büyük oranda evresini bilmediği tespit edilmiştir. Hastalara kanser tanısını söyleyip söylememekle ilgili çeşitli görüşler mevcuttur. Bu görüş kültüre göre değişmektedir. Bazı kültürlerde hasta merkezli yaklaşım varken bazı kültürlerde aile merkezli yaklaşım mevcuttur. Aile merkezli yaklaşımda hasta yakınları doğru bilgiyi almak isterken hastadan bunu saklamak isterler.(70) Ülkemizde de aile merkezli yaklaşım yaygındır.(71) Kavlak ve arkadaşlarının hemşirelerin kanserli hastalara doğruyu söyleme konusundaki tutumlarının araştırdığı çalışmalarında katılan hemşirelerin %60,6'sı hastaya doğruları tam olarak söylemek gerektiğini düşündüğünü ancak %90,4'ü hasta yakınlarına tamamen doğruları söylemek gerektiğini düşündüklerini belirtmiştir.(72) Yıldırım ve arkadaşlarının Ülkemizde 5 farklı onkoloji merkezinde 220 hasta ile hastalıkları hakkında bilgi düzeylerini ölçtüğü çalışmada hastaların sadece %39'unun hastalığı ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunu ortaya koymuştur. (38) Özyurt'un hastaların aldıkları sosyal desteği ölçmek için 110 hasta ile yaptığı çalışmada katılımcıların %51,1'i hastalıkları ile ilgili bilgileri olmadığını belirtmiştir. (33) Çalışmamızda da benzer şekilde hastaların %54,91'inin evresini bilmediği görülmektedir. Hastaların evreleri ile ilgili düşük oranda bilgi sahibi olma sebebinin; sağlık ekibinden yeterli bilgi alamamaları

olabileceği gibi ailelerin hastalıkla ilgili tüm bilgilerin hastayla paylaşılmamasını istemesi olabileceğini düşünmekteyiz.

Hastaların %90,75'inin destekçisi olduğu saptanmıştır. Hastaların destekçileri incelendiğinde %50,87 eşinin, %28,32 çocuğunun, %8,67 diğer kişilerin ve %2,89 oranda anne babasının destekçi olduğu saptanmıştır. Demirkol'un çalışmasına bakıldığında katılımcıların %60,4'üne eş, %16,4'üne anne, baba, %9,6'sına çocuk ve %13,6'sına bakıcı ya da uzak akraba gibi kişilerin destek olduğu ortaya konmuştur.(66) Var'ın James destekleyici bakım gereksinimleri ölçeğini jinekolojik kanserli hastalara uyguladığı çalışmada hastalara en büyük oranda (%59,2) çocuklarının destekçi olduğu saptanmıştır. %18,4'ü eşlerinin, %15,3'ü kardeşlerinin %7,1'i de akrabalarının destekçi olduğunu belirtmiştir.(68) Özdemir ve arkadaşlarının (2011) radyoterapi tedavisi almakta olan hastaların psikososyal durumlarını incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada hastaların en büyük destekçilerinin %70 oranla eş ve çocukları olduğu bulunmuştur. Ayrıca katılımcıların %55'i hastalık tanısını aldığı anda bunu ilk olarak eşleri ile paylaştıklarını belirtmişlerdir. (37) Özyurt'un hastaların aldığı sosyal destek algısını ölçmek amacıyla kanser hastaları ve hasta yakınlarıyla yaptığı çalışmada da en çok desteğin eş ve çocuklardan oluşan çekirdek aile tarafından verildiği tespit edilmiştir. (33) Çalışmamızda da diğer çalışmalarla uyumlu olarak en yüksek desteğin eş ve çocuklar tarafından verildiği görülmektedir.

5.1. DUYGUSAL SORUNLAR

Çalışmamızda Duygusal Sorunlar alt boyutunun puan ortalaması 15.67 ± 10.09 'dur. Hastalarımızın en çok karşılanmamış bakım gereksinimlerinin duygusal alanda olduğu saptanmıştır. Duygusal sorunlar alt boyutundan alınan toplam puan ile yaş ve cinsiyet değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Hastaların medeni durumu, eğitimi, mesleği, gelir düzeyi, çocuk sahibi olması, birlikte yaşadığı kişi, kronik hastalığı olması, hastalık türü, teşhis zamanı, kanser türü, evre, destekçisi olması ve destek çıkan kişi ile JDBG ölçeği duygusal sorunlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Yaş grubu artıkça duygusal sorunlar puanının azaldığı ($p=0,001$), kadınların duygusal sorunlar puanının erkeklerden yüksek olduğu saptanmıştır. ($p<0,001$). Wells-Di Gregoria ve arkadaşlarının 2013 yılında JDBGÖ geliştirme amacıyla yaptıkları çalışmalarında

duygusal sorunlar alt ölçeğinin CES-Depresyon Ölçeği ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğunu ortaya çıkarmıştır. (61) Tatar ve Saltukoğlunun CES-Depresyon ölçeğinin Türk toplumu için geçerlilik güvenilirlik çalışması sonucunda da CES-Depresyon Ölçeği'nin tarama amaçlı grup uygulamalarında kullanılabileceği sonucuna varılmıştır. (73) Bu verilere dayanarak çalışmamıza katılan kadınların erkeklerden daha fazla depresyon riski altında olduğunu ve yaş ilerledikçe depresyon riskinin azaldığını söyleyebiliriz. Demirkol'un JDBGBÖ'nin Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığı tez çalışmasında Duygusal Sorunlar alt boyutunun ortalaması 9.74 ± 8.558 'dir. (66) Var'ın (2019) jinekolojik kanser tanılı hastalarda JDBGBÖ'ni kullanarak yaptığı tez çalışmasında duygusal sorunlar alt boyutu puan ortalaması 15.72 ± 10.03 'tür. (68) Ayhan ve arkadaşlarının hematolojik kanser tanısı olan 135 hastayla JDBGBÖ'ni kullanarak yaptıkları çalışmada duygusal sorunlar alt boyutu puan ortalaması $18,7 \pm 9,5$ 'tir. (14) Ancak bu 3 çalışmada da sosyodemografik verilerle alt ölçekler puanlaması arasında istatistiksel çalışma yapılmamıştır. Tokgöz ve arkadaşlarının 100 kanser hastası ile yaptıkları çalışmalarında depresyon riski cinsiyet değişkeninden etkilenmiş ve kadınlarda erkeklerden fazla görülmüştür. Diğer sosyodemografik verilerle istatistiksel anlam bulunamamıştır. (74) Aydoğan ve arkadaşlarının 74 onkoloji hastası ve 74 sağlıklı bireyle yaptıkları çalışmalarında cinsiyetlere göre depresyon sıklığında bir değişiklik saptanmamıştır. (75) Literatürde farklı sonuçlar olmakla birlikte çalışmamızda depresyon riski kadınlarda erkeklerden fazla bulunmuştur. Çalışmamızda yaş arttıkça depresyon riskinin azaldığı bulunmuştur. Aynı zamanda yaş arttıkça dini sorunlar alt ölçeğinden alınan puan ortalaması da azalmaktadır. Kişilerin hastalıkla başetmede dini ritüel ve dualar kullandığını bilmekteyiz. (31,34) Bu yüzden ileri yaş grubunda depresyon sıklığının azalma nedenini dini inancın artması ve dini sorunların azalmasına bağlayabiliriz. Hastalarımızın duygusal sorunlarının literatürdeki bazı çalışmalardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. (66,68) Cerrahi müdahaleler, kemoterapi, radyoterapi gibi uzun ve yoğun süren tedavilerin, hastalığın seyrindeki belirsizliklerin hastalarda korku, anksiyete ve depresyonu tetiklediği bilinmektedir. (19) Hastaların yaşadığı fiziksel ağrının altında duygusal öğeler de bulunmaktadır. (18) Çaresizlik, umutsuzluk, korku, aileye yük olma ve itibarında bozulma korkusu hastalarda ani ölüm arzusunu tetiklemektedir. (26) Ciddi boyutlarda sonuçları olabilen duygusal sıkıntılar hastaların

yaşam kalitesini de olumsuz etkilemektedir.(15,16). Özellikle poliklinik şartlarında hastaların distress düzeyini etkileyen duygusal öğelerin tümünü sorgulayabilmek vakit kısıtlılığı açısından Tıbbi Onkoloji uzmanları için oldukça zordur. Bu yüzden hastaların multidisipliner açıdan ele alınıp ekipteki psikiyatrist ve psikologlarca duygusal açıdan değerlendirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

5.2. MANEVİ/DİNİ KONULAR İLE İLGİLİ SORUNLAR

JDBGB ölçeği dini konularla ilgili sorunlar alt ölçeği toplam puan ortalaması 0.92 ± 2.21 bulunmuştur ve hastaların yaşları ($p=0,001$), cinsiyetleri ($p=0,001$) meslekleri ($p=0,027$) ve hastalık türü ($p<0,001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Yaş grubu arttıkça dini sorunlar puanının azaldığı saptanmıştır. Kadınların dini sorunlar puanının erkeklerden, listede belirtilen hastalıklar dışında hastalığı olanların psikiyatrik hastalığı olanlardan, çalışanların çalışmayanlardan yüksek olduğu saptanmıştır. Demirkol'un çalışmasında Manevi/Dini Konular ile İlgili Sorunlar alt boyutunun ortalaması 0.60 ± 1.351 saptanmıştır.(66) Var'ın çalışmasında 0.19 ± 0.72 bulunmuştur. (68) Ayhan ve arkadaşlarının çalışmasında da $1,2 \pm 2,1$ bulunmuştur. (14) Masat'ın Manevi Yönelim Ölçeğini kullandığı çalışmasında benzer şekilde çalışmayan kişilerin manevi yönelimlerinin çalışanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızla farklı olarak kadınların manevi yönelimleri de erkeklerden fazla bulunmuştur. Manevi yönelimi yüksek olan onkoloji hastalarının distress düzeylerinin azaldığı ve yaşam kalitelerinin arttığı gösterilmiştir. (76) Albayrak ve arkadaşlarının (2016) meme kanserli bireylerle yaptığı çalışmasında da dini tutumu yüksek grubun depresyon düzeylerinin daha düşük ve yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.(17) JDBGBÖ distress düzeyini ölçen bir ölçektir ve hastalarımızın distress düzeyleri Demirkol ve Var'ın çalışmasından yüksek, Ayhan'ın çalışmasından düşük saptanmıştır. Benzer şekilde dini ölçekler alt boyutundan aldıkları puanlar da koreledir. Toplam distress düzeyi ile dini sorunlar alt ölçeğinde bir korelasyon olduğu söylenebilir. Hastalarımızın dini sorunları olduğu görülmektedir. Yaşam kalitesini ve distress düzeyini bu denli etkileyen dini sorunların daha ciddi şekilde ele alınması gerekmektedir. Bazı hastalar hastalık sürecinde fiziksel yetersizlikleri nedeniyle ibadetlerini bıraktıklarını belirtmişlerdir ancak bazı çalışmalar bu hastaların teyemmül, yatarak ya da oturarak namaz kılma gibi dini

kolaylıklardan haberi olmadığını göstermiştir. (17) Doktor ve hemşirelerin de manevi destek sağlamaları hastalar açısından oldukça önemlidir. Ancak bazen vakit sıkıntısı bazen de bilgi eksikliği nedeniyle bu gerçekleşemediğini gözlemlemekteyiz. Özellikle onkoloji servislerinde ve kemoterapi ünitelerinde hastalarla daha çok iletişim halinde olan kişiler hemşirelerdir. Şahan ve Terzioğlu'nun hemşirelerin manevi destek hakkındaki görüşlerini değerlendirdiği çalışmasında özellikle yeterli zaman olmaması, özel manevi konuları konuşacak uygun ortam olmaması ve bilgi eksikliğinden kaynaklı olarak manevi bakımın gerçekleşmesinin aksadığı belirlenmiştir.(77)

Hastalara din görevlileri tarafından verilecek dini bilgi ve manevi desteğin de çok önemli olabileceğini düşünmekteyiz. Bizim hastanemizde ve bazı hastanelerde de din görevlilerinin özellikle kanserli hastaların yoğun olarak bulunduğu palyatif bakım servislerinde hasta ziyaretleri yaptığını bilmekteyiz. Bunların yaygınlaştırılması ve poliklinikteki hastaların da yararlanabileceği şekilde düzenlenmesinin hastaların yaşadığı dini sorunları ve dini/vicdani sorgulamalarını azaltıp; tedavi sürecine olumlu katkıda bulunabileceğini düşünmekteyiz.

5.3. SAĞLIK BAKIMI İLE İLGİLİ SORUNLAR

Çalışmamızda Sağlık Bakımı ile İlgili Sorunlar alt boyutunun puan ortalaması 4.38 ± 2.42 bulunmuştur. Sağlık bakımı ile ilgili sorunlar alt boyutunda hastaların yaşları, eğitim durumu ve bakım veren kişi arasında istatistiksel anlam bulunmuştur. Yapılan post hoc testinde 18-45 yaş arası yaş grubunun diğer gruplardan daha yüksek sağlık bakım puanı olduğu saptanmıştır ($p=0,023$). Hastaların eğitim durumu arttıkça sağlık bakımı ile ilgili sorunlar puanının arttığı saptanmıştır ($p=0,027$). Anne babası bakım verenlerin diğer bakım veren gruplardan daha yüksek sağlık bakım puanı olduğu saptanmıştır ($p=0,042$). Demirkol'un JDBGBÖ ile yaptığı çalışmasında 0.98 ± 1.70 çıkmıştır. (66) Çalışmamızda cinsiyet ile sağlık bakımı ile ilgili sorunlar arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Aydın ve Günay'ın onkoloji servisinde yatan 39 hasta ile yaptıkları çalışmada kadınların puanı erkeklerden yüksek bulunmuştur.(78)

Özyurt ve arkadaşlarının hastaların internet ve televizyondan aldığı tıbbi bilgiyi değerlendirme davranışı üzerine yaptıkları çalışmada üniversite mezunu kişilerin doktorlarının verdiği bilgilere, televizyondaki sağlık programlarında duyduğu

bilgilerden daha fazla güvenmediğini, TV'den edindiği bilgiler ile kendi doktoruna aşılama kabul ettirmeye çalıştığı ve buralarda önerilen tedavi yöntemlerini, bitkisel kürleri denediğini göstermiştir. Bunun da eğitim seviyesi arttıkça kendi elde ettiği bilgileri duyduğu güvenin artması buna karşın doktora olan güvenin azalması sonucu olduğu düşünülmüştür. Daha genç yaşta ve yüksek eğitim düzeyinde internet kullanımının artması da doktor dışı bilgi edinme olasılığını arttırmaktadır. (79) Güven ve arkadaşlarının çalışmasında da eğitim düzeyi düşük grubun hekimleri ile daha çok empati kurabildiğini göstermiştir.(80)

Çalışmamızda da 18-45 yaş arası grup ve eğitim düzeyi yüksek olan grubun sağlık bakımı ile ilgili sorunlar alt boyutundan aldığı puan yüksek gelmiştir.

İnternette alınan bilgiler hatta bazen de yanlış bilgiler nedeniyle hastalar doktorlarına karşı olan güveni azalabilmektedir. Hastalık yoktur hasta vardı mantığından uzak tek bir bulgu ile kanser tanısı koyabilen, kansere karşı bilimsel yöntemlerle belirlenen tedavileri kötüleyip alternatif tedavi yöntemlerini öneren internet sitelerinin varlığı devam ettikçe ilerleyen yıllarda sağlık ekibine güvenin daha büyük bir problem olacağını düşünmekteyiz. Bu yüzden sağlık bilgisi içeren site ve TV programlarının sosyal medya platformlarının daha sıkı denetlenmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Tedavi başarısını etkileyen en önemli şeylerden biri de hasta-hekim iletişimidir. Hekim alanında uzman ve çok başarılı olsa da hasta ile iletişim sıkıntısı mevcutsa hasta tedaviyi yarım bırakıp hekim değiştirmek isteyebilir. Sağlıkta güvenin oluşması için sadece doktorun değil hastanede hastayla iletişimi olan tüm personelin dikkat etmesi gerekmektedir. (39) Bazı hastalar doktorla arasındaki güven ilişkisini doktorun her şeyi açıkça anlatmasına bağlarken, bazı hastalarsa her ayrıntıdan haberdar olmak istememektedir.(40) Ülkemizde hastalar ve doktorlarla yapılan başka bir çalışmada da her 2 tarafın da tedavi kararı verirken müzakereci yaklaşımı daha uygun buldukları görülmüştür. Bu yaklaşımda doktor hastaya hastalığıyla ilgili bilgiler verip tedaviye uzlaşma sonucu karar vermek gerektiğini savunmaktadır. (80) Ancak kalabalık poliklinik şartlarında hastalığı ve tedaviyi tüm yönleriyle hastaya açıklamak ve beraber karar verebilmek zor olabilmektedir. Ülkemizde yaygın olarak görülen aile merkezli yaklaşım nedeniyle aileler hastalıkla ilgili bilgileri hastadan saklama

eğilimindedir. Bu nedenle de bazı hastaların hastalığı ile ilgili her gerçek bilgilere ulaşamamaktadır. (71)

Kanser tedavisi uzun sürecek bir tedavidir. Radyoterapi sırasında bazen 1 ayı aşan sürelerde her gün iller arası yolculuk yapmak zorunda kalmaktadırlar. Hastalar ve bakım verenler bu süreçte maddi manevi yıpranabilmektedir. Hasta ve yakınlarının konaklayabileceği merkezlerin artırılması ile uzun dönem sağlık bakımı ile ilgili sorunların bir miktar giderilebileceğini düşünmekteyiz. Özellikle terminal dönemdeki hastaların kolayca çözümlenemeyen ağrı, uykusuzluk, iştahsızlık vb. pek çok semptomu olabilmektedir. Bu semptomlarla aileler genellikle evde baş etmekte zorlanmaktadır. Uzun dönem sağlık bakımı ile ilgili endişeler yaşamaktadırlar. Böyle hastalar semptomlarının çok yönlü ele alınıp çözümlenebilmesi için palyatif bakım servislerine yatırılmalıdır. Ancak ülkemizde palyatif bakım servislerinin sayısı henüz yeterli değildir.(8)

5.4. SOSYAL SORUNLAR

Çalışmamızda Sosyal Sorunlar alt boyutunun ortalamasının 4.60 ± 3.88 bulunmuştur. Yapılan post hoc testinde 18-45 yaş arası yaş grubunun diğer gruplardan daha yüksek sosyal sorunlar puanı olduğu saptanmıştır. ($p=0.045$) Hastaların cinsiyetleri ile JDBG ölçeği sosyal sorunlar alt ölçeğiyle arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,025$). Kadınların sosyal sorunlar puanının erkeklerden yüksek olduğu saptanmıştır. Hastalara bakım veren kişi ile JDBG ölçeği sosyal sorunlar alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Anne babası bakım verenlerin sosyal sorunlar puanı daha yüksektir. ($p=0,030$)

Demirkol'un çalışmasında sosyal sorunlar alt boyutu puan ortalaması 1.46 ± 2.317 'dir.(66) Var'ın çalışmasında 1.85 ± 2.62 bulunmuştur. (68) Çalışmamızdaki sosyal sorunlar alt boyutu toplam puanı daha yüksektir.

Aydın ve Günay'ın (2020) onkoloji servisinde yatan 39 hastaya JDBGÖ'ni kullanarak yaptıkları çalışmada da kadınların sosyal sorunlar puanı erkeklerden yüksek bulunmuştur ancak istatistiksel anlamlı değildir.(78)

Wells-Di Gregorio ve arkadaşlarının James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin geliştirilmesi çalışmasında duygusal, sosyal sorunlar ve fiziksel sorunlar alt boyutlarının 'Distres termometresi' dereceleri ile

korele olduğu görülmüştür.(61) Yani sosyal sorunlar alt boyutundan yüksek puan alan kişilerin toplam distres düzeylerinin de yüksek olduğu söylenebilir. Çalışmamızda da sosyal sorunlar alt boyutunda yüksek puan alan kadın cinsiyet, 18-45 yaş grubu ve anne babası bakım veren kişilerin toplam puanları da yüksektir.

Sosyal sorunlar alt boyutundaki sorulardan biri ‘destek yetersizliği’dir. Novotny ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada genç kanser hastalarının (50 yaş altı) çevrelerinden aldığı aldığı sosyal desteklerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Yaşlı hastaların akrabaları ve arkadaşlarıyla olan iletişimi ve sosyal etkileşimlerinin daha iyi olduğu belirtildi. (81)

Çalışkan ve arkadaşları kanser hastalarında sosyal desteği ölçmek amacıyla duygusal destek, güven desteği, bilgi desteği alt boyutları bulunan sosyal destek ölçeğini kullanmışlardır. Ölçekte puan artışı olumlu destek anlamına gelmektedir. Bu çalışmada hastaların sosyal destek ölçeği puanları çalışmamızdan farklı olarak yaştan etkilenmemiştir. Eğitim durumundan ve yaşanan yerden etkilenmiştir. Lise mezunu olanların sosyal destek puanı okur-yazar olmayanlardan, şehirde yaşayanların köyde yaşayanlardan daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca aynı çalışmada sosyal destek puanları yüksek kişilerin genel sağlık durumlarının da daha iyi olduğu bulunmuştur. Sosyal desteği artan kişilerin bazı fiziksel semptomları da daha az yaşadığı bulunmuş. (82)

18-45 yaş arası kişilerin iş, aile hayatı gibi sorumlulukları diğer yaş gruplarına göre daha fazla olabilmektedir. Bu yaş grubu genelde aktif çalışan, bakım gerektiren küçük yaşlarda çocuğu olan kişilerdir. Bu yüzden sosyal anlamda karşılanmamış destek ihtiyaçlarının fazla olduğunu düşünmekteyiz.

Ölçeğimizdeki diğer bir soru da ilaçları elde etme ile ilgili sorunlar yaşanıp yaşanmadığıdır. Ülkemizde kanser tedavisi ücretsiz olarak yapılmaktadır, ilaçlar ücretsiz olarak temin edilebilmektedir. Yüz yüze görüşmeler sırasında hastaların ilaca ulaşım konusunda pek sıkıntı yaşamadıklarını gözlemledik.

Özyurt ve arkadaşlarının 92 onkoloji hastası ile yaptıkları çalışmada çalışmamızla benzer şekilde hastaların en çok desteği eşlerinden aldığı görülmüştür. Eşleri; çocuklar ve kardeşler takip etmektedir. Ayrıca hastalar akrabalarından çok komşularından destek aldıklarını belirtmişlerdir. Sağlık çalışanları arasından da en çok desteği doktorlardan sonrasında da hemşirelerden aldıklarını belirtmişlerdir. Kanser

gibi zorlu hastaları psikolojik ve spiritüel ihtiyaçların yoğun olduğu bir dönemde psikolog ve din görevlilerinden hiç destek almadıklarını söylemişlerdir. (33) Ülkemizde kanser hastalarına multidisipliner yaklaşım konusunda eksikler mevcuttur.(8) Ekip içerisinde psikiyatrist psikolog ve din görevlilerinin olmamasının hastaların karşılanmamış sosyal destek ihtiyaçlarını arttırmış olabileceğini düşünmekteyiz.

Hastalarımızın bazıları ulaşım sorunları yaşadığını belirtmişlerdir. Onkoloji tedavisi yapılabilen hastanelerin sayısı yetersizdir ve dağılımı homojen değildir.(8) Başka il, ilçe ve köylerden gelen hastalar ulaşım, konaklama sorunları yaşayabilmektedir. Ulaşım sorunları yaşayan kişilerin bazıları toplu taşıma nedeniyle uzun sürede hastaneye ulaşmaktan şikayetçiydi, özel araçlarıyla gelen kişiler de kendisini getiren yakınlarının bazen işten izin almakta zorlandığını bu yüzden sıkıntı yaşayabildiğini belirtti.

Hastalarımızın bazıları da mali sorunlar yaşadıklarını belirtmişlerdir. Tedavi sürecinde hastalık nedeniyle meslek performansında azalmalar, işe gidememe olabilir(48) 18-45 yaş arası aktif iş hayatı olan gruptur. Bu grubun sosyal sorunlarının daha fazla olmasının bir nedeninin de bu olduğunu düşünmekteyiz. Ayrıca bu yaş grubunda olanların genelde küçük, bakım gerektirecek yaşlarda çocukları olmaktadır. Özellikle çocuk bakımı ve ev işleri gibi sorumlulukların ülkemizde daha çok kadınlarda olduğunu bilmekteyiz. Bu işleri fiziksel anlamda da kişiyi zorlayan kanser tedavisi süresince devam ettirebilmek oldukça zordur; bu nedenle kadınların sosyal anlamda destek ihtiyaçlarının daha fazla olduğunu düşünmekteyiz.

5.5. BİLİŞSEL SORUNLAR

Çalışmamıza katılan hastaların bilişsel sorunlar alt boyutundan aldıkları puan ortalaması 2.52 ± 2.88 'dır. Kronik hastalığı olmayanların yaşadığı bilişsel sorunlar kronik hastalığı olanlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. ($p=0,001$) Demirkol'un çalışmasında da bu puan çalışmamızla benzer şekilde 2.24 ± 2.395 olarak bulunmuştur. (66) Kanser ve tedavisine bağlı bilişsel bozulma literatürde artık daha çok yer almakta ve kemo-sis olarak tanımlanmaktadır. Kanser tedavisi öncesi rutin bilişsel taramanın yapılmaması hastalarda meydana gelen unutkanlık, hafıza problemleri, dikkat dağınıklığı gibi semptomların nedeninin tam olarak anlamayı

zorlaştıran faktörlerdendir. Ayrıca bilişsel sorunların nedeninin kanser mi uygulanan kemoterapi mi yoksa hastalığın yol açtığı ruhsal değişimler mi olduğunu anlamak da zordur. Özellikle kronik hastalığı olan hastalardaki polifarmasi de bilişsel sorunlar için risk faktörü olabilir. (83) Çalışmamızda farklı olarak kronik hastalığı olmayan kişilerin bilişsel sorunları daha çok yaşadığı bulunmuştur. Ülkemizde kanserin bilişsel işlevler üzerine etkileri ile ilgili henüz çok çalışma yoktur. Hastalarda distrese yol açan tüm sorunları ele alıp çözebilmek adına bilişsel işlevlerin de sorgulanması ve daha fazla araştırılması gerektiğini düşünmekteyiz.

5.6. FİZİKSEL SORUNLAR

Çalışmamızdaki fiziksel sorunlar alt boyutu ortalama puanı 15.64 ± 10.45 'tir. Duygusal sorunlarla birlikte en yüksek puan alınan alt boyuttur. Hastaların cinsiyetleri ve bakım veren kişileri ile JDBGBÖ fiziksel belirtiler alt ölçeğiyle arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Kadınların fiziksel sorunlar puanının erkeklerden yüksek olduğu saptanmıştır. ($p=0,010$). Yapılan post hoc testinde anne babası bakım verenlerin diğer bakım veren gruplardan daha yüksek fiziksel sorunla puanı olduğu saptanmıştır. ($p=0,035$) Çalışmamızla benzer şekilde Aydın ve Günay'ın(2020) çalışmasında ve Ayhan ve arkadaşlarının çalışmasında da hastaların en fazla duygusal ve fiziksel alanda destek ihtiyacı olduğu gösterilmiştir.(14,78) Harrison ve arkadaşlarının kanser hastalarıyla yapılmış çeşitli çalışmaları değerlendirerek elde ettikleri sonuçlara göre hastaların karşılanmamış fiziksel ihtiyaçlarının oranı %7-89 arasındadır.(3) Demirkol'un çalışmasında da en yüksek ortalama puan 11.48 ± 8.402 ile fiziksel sorunlar alt boyutunda olmuştur.(66)

5.7. TOPLAM PUAN

James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin toplam puanın ortalamasının 36.13 ± 25.19 olduğu ve alınan en düşük puanın 0 en yüksek puanın 125 olduğu saptanmıştır. Kadınların erkeklerden anlamlı olarak ($p<0,001$) daha yüksek toplam puan ortalamasına sahip olduğu görülmüştür. Demirkol'un JDBGBÖ'nin Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığı tez çalışmasında da kadınların toplam puan ortalaması erkeklerden fazla bulunmuştur. (66) Ayhan ve arkadaşlarının hematolojik kanser tanısı olan 135 hastayla JDBGBÖ'ni

kullanarak yaptıkları çalışmada sonuçlarımızla benzer şekilde kadınların toplam puan ortalamalarının erkeklerden yüksek olduğu saptanmıştır.(p=0,003)(14) Var'ın çalışmasında sadece kadın hastalar bulunduğu için bu konuda bir sonuç yoktur; ancak geniş aile tipi aileye sahip olanların çekirdek aileye sahip olanlardan, 4. Evrede olanların diğer evrelerden, tanı sonrası geçen süre 13-24 ay arası olan grubun diğer gruplardan istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek toplam puan ortalamasına sahip olduğu bulunmuştur.(68) JDBGBÖ hastaların distres düzeyini ölçmektedir ve yapılan başka çalışmalarda da onkoloji tedavisi süresince benzer şekilde kadınların distres düzeyleri erkeklerden yüksek saptanmıştır. (14,15) Ayrıca anketimize katılan erkek hastaların bakım gereksinimlerini söylemekte toplumsal baskılardan da etkilenmiş olabileceğini düşünmekteyiz. Toplumların cinsiyetler üzerine etkisi nedeniyle erkekler kendilerini güçlü olmak zorunda hissetmekte ve yardıma ihtiyacı olduğunun düşünülmesinden çekinmektedir. (84)

Çalışmamızda anne babası bakımına destek veren kişilerin toplam puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Var ve Demirkol'un çalışmalarında destekçi ile toplam puan arasında bir ilişki saptanmamıştır. (66,68)

Var'ın çalışmasında 4. Evrede olanların diğer evrelerden daha fazla puan aldığı görülmüştür. (68) Çalışmamızda kanserin evresi ile karşılanmamış bakım gereksinimleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bunun nedeninin evresini bilmeyen grubun %54 gibi yüksek oranda olması olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda genç yaş grubunda (18-45) toplam puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. (p=0,01) Aydın ve Günay'ın) onkoloji servisinde yatan 39 hastaya JDBGBÖ'ni kullanarak yaptıkları çalışmada da genç hastaların toplam puanları yaşlı hastalardan daha yüksek bulunmuştur ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.(78) Çalışmamızda 18-45 yaş grubundaki hastaların sağlık bakımı ve sosyal sorunlarla ilgili alt boyutlardan da daha yüksek puanlar almıştır. Ayrıca yaş ilerledikçe duygusal ve dini sorunlar alt boyutlarından alınan puanlar da azalmıştır.

5.8. AÇIK UÇLU SORULAR

Araştırmaya katılan hastaların %76,88'i cinsellikle ilgili sorun yaşamadığı, %83,24'ü bu konuda bilgi almak istemediğini belirtmiştir. Cinsellikle ilgili sorun yaşayanların toplam puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. (p=0,042)

Demirkol'un çalışmasında katılımcıların %20'si cinsellikle ilgili problem yaşadığını belirtmiştir. Aydın ve Günay'ın çalışmasındaysa bu oran daha da düşük olarak bulunmuştur. (%2,5) Hawkins ve arkadaşlarının kanserli hastaların cinsel partnerleriyle yaptıkları anket çalışmasında kadın katılımcıların %59'u, erkek katılımcıların %79'u cinsel hayatlarının kanserden etkilendiğini belirtmişlerdir. (85) Ülkemizdeki çalışmalarda sorun yaşadığını belirtenlerin oranı yurtdışı çalışmalardan azdır. Bunun nedeninin ülkemizde cinselliğin açıkça konuşulmaması, cinsellik, sex kelimelerinin söylenmesinin bile ayıp olarak değerlendirilmesinden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Hastaların cinsellikle ilgili ihtiyaçlarının sağlık ekibince sorgulanmasında da kültürel nedenlerden dolayı bazı eksiklikler olabilmektedir. Pınar'ın Ankara'da onkoloji hemşireleri ile yaptığı çalışmasında hemşirelerin %41'i hastaların sinirlenmesinden korktuğu için cinsellikle ilgili sorunları olup olmadığını sormadıklarını belirtmiştir. %61 gibi büyük bir oranda da zaman yetersizliği nedeniyle cinsel yaşamı sorgulayamadıklarını belirtmişlerdir.(86) Kanser türü direk cinselliği etkileyen organlarla ilgili olmasa da hastalık ve tedavi yükü, kişilerin yaşadığı duygusal ve fiziksel distres nedeniyle cinsellik büyük oranda etkilenebilmektedir. Ancak bazı yurtdışı kaynaklarda dahi bunun sağlık ekibince göz ardı edildiği çoğu zaman hastalara bu konuda yaşadığı zorlukların sorulmadığı vurgulanmaktadır. (87) Hastalarda distres yaratan durumlardan biri olan cinsel yaşam problemlerinin ilerleyen yıllarda bütüncül yaklaşım anlayışı ile daha fazla sorgulanır olacağını düşünmekteyiz.

Katılımcılarımızın %73.99'u konuşmada zorluk/yutkunmada zorluk yaşamadığını, %79.19'u bu konuda bilgi almak istemediğini belirtmiştir. Bu konuda zorluk yaşadığını belirten grubun toplam puanı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. ($p<0,001$) Var'ın çalışmasında hastaların %99'u böyle bir problem yaşamadıklarını belirtmişlerdi. (68)Özellikle kemoterapinin yan etkisi olarak mukozit görülebilmektedir. Mukozite bağlı olarak hastalarda konuşma ve yutkunmada zorluk olabilmektedir. (88)

Katılımcılarımızın %27,75'i beslenme/ diyet ile ilgili endişeleri olduğunu ve bu konuda bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir. Demirkol'un çalışmasında da %15,7'si bu konuda endişeli olduğunu belirtmiştir.(66) Aydın ve Günay'ın çalışmasına katılan hastaların 3'te biri GIS malignitesine sahiptir ve beslenmesi

hakkında endişe duyanların oranı %48,7 çıkmıştır.(78) Çalışmamızdaki GIS malignitesi oranı %30'dur ancak hastaların endişe oranları daha düşük çıkmıştır. Bazı hastalarımız sağlık ekibinden ya da TV'den bu konuda bilgi aldıklarını belirtmişlerdir.

Katılımcılarımızın %16,18'i sigara ya da tütün ürünlerinin kullanımı ile ilgili sorun yaşadığını ancak sadece %10,40'ı bu konuda bilgi almak istediğini belirtmiştir. Bunun nedeninin hastaların henüz sigarayı bırakmayı düşünmemesinden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Var'ın jinekolojik kanserli hastalarla yaptığı çalışmasında sigara ürün kullanma ile ilgili sorun yaşayanların oranı %4,1 bulunmuştur. (68) Var'ın çalışmasındaki katılımcıların hepsi kadın olduğu için bizim çalışmamızda bu oranın daha yüksek çıktığını düşünmekteyiz.

Katılımcılarımızın %8'i malulen emekli olmakla ilgili sorun yaşadığını belirtmiştir, ancak %9,8'i bu konuda bilgi almak istediğini belirtmiştir. Sorun yaşamadığı halde bilgi almak isteyen kısımdakiler sözel olarak böyle bir şeyin nasıl yapıldığını merak ettikleri için bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir. Demirkol'un çalışmasında da benzer şekilde katılımcıların %7,5'i malulen emeklilikle ilgili sorun yaşadığını belirtmiştir.(66)

Hastalar 'Şu anda sizin için en çok duygusal sıkıntı oluşturan şey nedir?' sorusuna; %3,5'i maddi durum, %4'ü destek yoksunluğu, %6,9'u tedavi süreci, %18,5'i hastalık, %4'ü çocuklarının durumunu düşünmek, %39,3'ü herhangi bir sıkıntısı olmadığı, %23,7'si diğer faktörler cevaplarını vermişlerdir. Destek yoksunluğu cevabını verenlerin toplam distres düzeyi daha yüksek bulunmuştur. (p=0,002). Kemoterapi aldığı ve yemek yapamayacak kadar yorgun olduğu bir günde komşusundan gelen yemek de; kanserin ölümcül bir hastalık olduğunu düşünüp dini kaygılar yaşadığında din görevlisinden aldığı dini yardım ve ya hastalığıyla ilgili kaygılandığında hemşiresinin elini tutarak onu sakinleştirmesi hepsi birer sosyal destek örneğidir. Hastalar için bazen tedaviden daha etkili olan şey; eş, aile ve sosyal çevre desteği olabilmektedir. (28)

6. SONUÇ

Onkoloji hastalarının destekleyici bakım gereksinimlerini belirlemek amacıyla yaptığımız çalışmamızda literatürle uyumlu olarak öncelikle kadınların toplam distres yaşama durumunun erkeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. En çok distrese yol açan sorunların fiziksel ve duygusal sorunlar olduğu saptanmıştır. Ciddi boyutlarda sonuçları olabilen duygusal sıkıntılar hastaların yaşam kalitesini ve tedaviye uyumunu olumsuz etkilemektedir. Poliklinik şartlarında çok fazla üzerinde durulamayan duygusal problemleri aslında birçok hastanın yaşadığını görmek onkoloji hastalarına multidisipliner yaklaşımın ve duygusal desteğin ne kadar gerekli olduğunu göstermiştir.

Hastaların yaklaşık yarısının hastalığının evresini bilmiyor olması; hastalıklarıyla ilgili yeterli bilgi sahibi olmadıklarını düşündürmüştür. Bu toplumumuzda yaygın olarak benimsenen aile merkezli yaklaşım nedeniyle; ailelerin hastalıkla ilgili tüm bilgilerin hastayla paylaşılmamasını istemelerinden kaynaklanmış olabilir. Bazı çalışmalar hastaların da tüm bilgileri bilmek istemediğini ortaya koymuştur. Bu süreçte hastaya açıkça kanser tanısını söylemenin vakit kaybını azaltabileceği ve hastalıkta savaşmasında etkili olacağı da düşünülmektedir.

Dini ve kültürel inançların hayatımızda önemli bir yeri vardır. Hastaların hastalıkla başetme sürecinde dini ve duayı kullandığı çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir. Çalışmamızda yaş ilerledikçe dini inançların ve ritüellerin arttığını ve duygusal sorunların azaldığını gözlemledik. Hastaların tedavi sürecinde din görevlilerinden alacakları manevi desteğin olumlu sonuçları olabilir.

Hastalar için bazen tedaviden daha etkili olan şey; eş, aile ve sosyal çevre desteği olabilmektedir.

Sağlık bakımı ile ilgili sorunlar alt boyutunda hastaların yaşları, eğitim durumu ve bakım veren kişilerden etkilenmektedir.

Hastaların kemoterapi ilaçlarına ulaşım konusunda pek sıkıntı yaşamadıkları görüldü.

Kanser türü direk cinselliği etkileyen organlarla ilgili olmasa da hastalık ve tedavi yükü, kişilerin yaşadığı duygusal ve fiziksel distres nedeniyle cinsellik büyük oranda etkilenebilmektedir. Ancak hastalar yeterince sorunlarını ifade etmemektedir.

KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kansere Daire Başkanlığı. Türkiye Kanser Kontrol Programı. 1. Baskı. Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2016.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. Türkiye Kanser İstatistikleri 2017. Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2021 .
3. Harrison JD, Young JM, Price MA, Butow PN, Solomon MJ. What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. *Supportive Care in Cancer*. 2009 Aug 25;17(8):1117–28.
4. Yıldırım Kocaman N, Kaçmaz N, Özkan M. Yetişkin Kanser Hastalarının Destekleyici Bakım Gereksinimleri ve Verilen Hizmet Arasındaki Boşluk . *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 2013;6(4):231–40.
5. Pehlivanoğlu B, Aysal A, Ekmekçi S, Şahin Y, Toper MH, Gündoğdu B, et al. Molecular pathologic mechanisms of neoplastic diseases. *Journal of Current Pathology*. 2019;3(2):62–80.
6. Kanserinin Nedenleri ve Sık Görülen Kanserler [Internet]. [cited 2022 Feb 11]. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-nedir-belirtileri/kanser-nedir-belirtileri1/kanserinin-nedenleri-ve-sik-gorulen-kanserler.html>.
7. Kumar V, Abbas AK, Aster JoC. *Robins Temel Patoloji*. 9th ed. Tuzlalı S, Güllüoğlu M, Çevikbaş U, editors. 2014.
8. T. C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Sağlık Sorunları Ve Hastalıkların Yönetimi. 1. Baskı Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2016.
9. Williams GM. Mechanisms of chemical carcinogenesis and application to human cancer risk assessment. *Toxicology*. 2001 Sep;166(1–2):3–10.
10. Javier RT, Butel JS. The History of Tumor Virology. *Cancer Research*. 2008 Oct 1;68(19):7693–706.
11. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2022.
12. Definition of distress - NCI Dictionary of Cancer Terms - National Cancer Institute 2022.
13. Zainal N, Hui K, Hang T, Bustam A. Prevalence of distress in cancer patients undergoing chemotherapy. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology* [Internet]. 2007 Dec 1 [cited 2022 Jan 10];3(4):219–23. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1743-7563.2007.00114.x>.
14. Ayhan D, Mercan N, Doğan R, Yüksel Ç. Hematolojik Kanser Tanısı Alan Bireylerde Distres Ve Aleksitiminin İncelenmesi. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*. 2021 16;84(2).
15. Lunevičiūtė Ū, Masteikienė E. The study of cancer patients' distress. *Acta Medica Lituanica*. 2014;21(2):51–6.
16. Brown LF, Kroenke K, Theobald DE, Wu J, Tu W. The association of depression and anxiety with health-related quality of life in cancer patients with depression and/or pain. *Psychooncology*. 2010 Jul;19(7):734–41.

17. Albayrak A, Kurt E. Meme Kanserli Hastalarda Ağrı Ve Uzuv Kaybına (Mastektomi) Bağlı Depresyon Düzeylerinin Yaşam Kalitesi Ve Dindarlık İle İlişkisi. DEÜİFD Din Piskolojisi Özel Sayısı. 2016;41–81.
18. Twycross RG, Lack SA (1984) Therapeutics in terminal cancer. Pitman, London.
19. Dedeli Ö, Fadiloğlu Ç, Uslu R. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. Türk Onkoloji Dergisi. 2008;23(3):132–9.
20. Fallon M, Hanks G, editors. ABC Of Palliative Care. 2nd ed. Oxford, United Kingdom: Blackwell Publishing; 2006.
21. Yeşilbalkan Usta Ö, Akyol Durmaz A, Çetinkaya Y, Altın T, Ünlü D. Kemoterapi Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye Bağlı Yaşadıkları Semptomlar Ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2005;21(1):13–31.
22. Karakoyun-Celik O, Gorken I, Sahin S, Orcin E, Alanyali H, Kinay M. Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer: relationship to coping with cancer and quality of life. Medical Oncology [Internet]. 2010 Mar 19;27(1):108–13. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s12032-009-9181-4>.
23. Yaman Ş, Ayaz S. Psychological Problems Experienced by Women with Gynecological Cancer and How They Cope with It: A Phenomenological Study in Turkey. Health & Social Work [Internet]. 2016 Aug;41(3):173–81. Available from: <https://academic.oup.com/hsw/article-lookup/doi/10.1093/hsw/hlw030>.
24. van Scheppingen C, Schroevers MJ, Smink A, van der Linden YM, Mul VE, Langendijk JA, et al. Does screening for distress efficiently uncover meetable unmet needs in cancer patients? Psycho-Oncology. 2011 Jun;20(6):655–63.
25. O'Mahony S, Goulet J, Kornblith A, Abbatiello G, Clarke B, Kless-Siegel S, et al. Desire for Hastened Death, Cancer Pain and Depression: Report of a Longitudinal Observational Study. Journal of Pain and Symptom Management. 2005 May 1;29(5):446–57.
26. Shim EJ, Hahm BJ. Anxiety, helplessness/hopelessness and “desire for hastened death” in Korean cancer patients. Eur J Cancer Care (Engl). 2011 May;20(3):395–402.
27. Oğuzöncül AF, Altun B, Kurt O. Kadın Doğum Ve Dahiliye Polikliniklerine Başvuran Hastaların Kanserle İlişkin Bilgi Düzeyleri Ve Tutumları. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi. 2019;4(2):154–65.
28. Korkmaz E. Kanser Ve Kanser Hastalarına İlişkin Tutumların İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, T.C. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü [Yüksek Lisans Tezi]. [İstanbul]: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.
29. Hallaç S, Öz F. Genital Kanser Tanı Sürecinde Varoluşsal Kaygı. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011;3(4):595–610.
30. Kappeli S. Religious dimensions of suffering from and coping with cancer: A comparative study of Jewish and Christian patients. Gynecologic Oncology. 2005 Dec;99(3):S135–6.
31. Çiftçi A. Hastalıklarla Başa Çıkmada Dini Rolü: Kanser Hastaları Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi İstanbul, 2007.
32. Jim HSL, Pustejovsky JE, Park CL, Danhauer SC, Sherman AC, Fitchett G, et al. Religion, Spirituality, and Physical Health in Cancer Patients: A Meta-Analysis. Cancer. 2015;121:3760–8.

33. Özyurt BE. Kanser Hastalarının Aldıkları Sosyal Destek Düzeyine İlişkin Betimsel Bir Çalışma. *Kriz Dergisi*. 15(1):1–15.
34. Varol M. Kanser Hastalarının Alternatif Bir Tedavi Yöntemi Olarak Dua Tercihi. *Türkiye Bilimsel Araştırmalar Dergisi*. 2018 Jun 30;3(1):43–53.
35. Caris-Verhallen W, Timmermans L, van Dulmen S. Observation of nurse–patient interaction in oncology: review of assessment instruments. *Patient Education and Counseling*. 2004 Sep 1;54(3):307–20.
36. Yaşar HA, Gürbüz M, Çay Şenler F. Palyatif Bakımda İletişim . In: Çay Şenler F, editor. *Onkolojide Palyatif Bakım*. 1. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020. p. 27–32.
37. Özdemir S, Dinçbaş Öner F, Atkovar G, Özbek Ö, Özmen M. Psychosocial characteristics of patients undergoing radiotherapy and their expectations of their radiation oncologist. *Turkish Journal of Oncology*. 2011;26(1):12–7.
38. Yıldırım M, Duman E, Topçu TÖ, Kaya V, Parlak C, Varol U, ve ark. Kanser Hastalarının Hastalıkları ile İlgili Bilgi Düzeyleri ve Onkologlarından Beklentileri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2014;13(6):465–8.
39. Türkyılmaz D. Tıbbi Güven ve Güvensizlik. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2021;6(1):15–30.
40. Wright EB, Holcombe C, Salmon P. Papers Doctors’ communication of trust, care, and respect in breast cancer: qualitative study. *BMJ (Clinical research ed.)* vol. 328,7444 (2004): 864.
41. Essen L von, Larsson G, Öberg K, Sjöden PO. ‘Satisfaction with care’: associations with health-related quality of life and psychosocial function among Swedish patients with endocrine gastrointestinal tumours. *European Journal of Cancer Care*. 2002 Jun;11(2):91–9.
42. Ross L, Petersen MA, Johnsen AT, Lundström LH, Groenvold M. Cancer patients’ evaluation of communication: a report from the population-based study ‘The Cancer Patient’s World.’ *Supportive Care in Cancer*. 2013 Jan 8;21(1):235–44.
43. Yılmaz E. Türkiye’de Hastaların İnternette Tıbbi Enformasyon Arama Davranışlarının Doktor-Hasta İletişimine Etkileri. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*. 2014;Özel Sayı 3:93–108.
44. Dedeli Ö, Karadeniz G. Kanser ağrısının kontrolü ile psikososyal-spiritüel modelin birleştirilmesi *AĞRI*. 2009 Apr;21(2):45–53.
45. Scheuer C, Boot E, Carse N, Clardy A, Gallagher J, Heck S, et al. Untersuchungsverfahren zum Sozialen Netzwerk und zur Sozialen Unterstützung. G. Balint, Antala B, Carty C, Mabieme JMA, Amar IB, Kaplanova A, editors. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*. 1987;8:75–98.
46. Çalışkan T, Duran S, Karadaş A, Tekir Ö. Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2016; 17(1): 27-36.
47. Gordon L, Merollini K, Lowe A, Chan R. Financial toxicity - what it is and how to measure it. *Cancer Forum [Internet]*. 2017 [cited 2022 Jan 25];41(2):1–6. Available from: <https://www.cancer.org.au/assets/pdf/cancer-forum-july-2017>.
48. Ülger E, Alacacioğlu A, Şeref Gülseren A, Zencir G, Demir L, Oktay Tarhan M. Kanserde Psikososyal Sorunlar Ve Psikososyal Onkolojinin Önemi . *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2014 Aug;28(2):85–92.

49. Aydın HT, Günay D. The determination of the supportive care needs of patients diagnosed with cancer. *Cumhuriyet Medical Journal*. 2020 Jun;42(2):152–62.
50. Özmen V. A Patient Advocacy Group Summit, Cancer Care in Turkey and The Society of Breast Health. *Eur J Breast Health*. 2018;14:1–4.
51. Ertem G, Kalkım A, Bulut S, Sevil Ü. Radyoterapi Alan Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri Ve Yaşam Kaliteleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2009;2(2):3-12.
52. Wenzel L, Vergote I, Cella D. Quality of life in patients receiving treatment for gynecologic malignancies: special considerations for patient care. *Int J Gynaecol Obstet*. 2003;83 Suppl 1(SUPPL. 1):211–29.
53. Hintistan S, Çilingir D, Nural N, Gürsoy AA. Hematolojik Kanseri Hastaların Kemoterapiye Bağlı Yaşadıkları Semptomlara Yönelik Uygulamaları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012 Jul 1;1(3):153–64.
54. Reuben DB, Mor V, Hiris J. Clinical Symptoms and Length of Survival in Patients With Terminal Cancer. *Arch Intern Med*. 1988;148:1586–91.
55. Walsh D, Rybicki L, Nelson KA, Donnelly S. Symptoms and prognosis in advanced cancer. *Supportive Care in Cancer*. 2002;10(5):385–8.
56. Seven M, Akyuz A, Sever N, Dincer S. Studying the Physical and Psychological Symptoms of Patients With Cancer. *TAF Preventive Medicine Bulletin* [Internet]. 2013 [cited 2022 Jan 4];12(3):219. Available from: <http://www.scopemed.org/fulltextpdf.php?mno=23504>.
57. Pazarcıkcı F. Kemoterapi Alan Kanseri Hastalarında Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* [Internet]. 2017 Nov 6 [cited 2022 Jan 10];5(1):11–21. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/maeusabed/issue/31832/292260>.
58. Pinar G, Algier L, Çolak M, Ayhan A. Jinekolojik Kanseri Hastalarda Yaşam Kalitesi. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*. 2008;18:141–9.
59. Jensen PT, Groenvold M, Klee MC, Thranov I, Petersen MA, Machin D. Longitudinal study of sexual function and vaginal changes after radiotherapy for cervical cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2003 Jul 15;56(4):937–49.
60. Gysels M, Higginson IN, Rajasekaran M, Davies E, Harding R. Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer . London: National Institute for Clinical Excellence; 2004.
61. Wells-Di Gregorio S, Porensky EK, Minotti M, Brown S, Snapp J, Taylor RM, et al. The James Supportive Care Screening: integrating science and practice to meet the NCCN guidelines for distress management at a Comprehensive Cancer Center. *Psycho-Oncology* [Internet]. 2013 Sep;22(9):2001–8. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.3256>.
62. Whelan TJ, Mohide EA, Willian AR, Arnold A, Tew M, Sellick S, et al. The Supportive Care Needs of Newly Diagnosed Cancer Patients Attending a Regional Cancer Center. *Cancer*. 1997;80:1518–24.
63. Ng R, Verkooijen HM, Ooi LL, Koh WP. Unmet psychosocial needs among cancer patients undergoing ambulatory care in Singapore. *Supportive Care Cancer* . 2012 May;20(5):1049–56.

64. Moadel A, Morgan C, Fatone A, et al. Seeking meaning and hope: self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population. *Psychooncology*. 1999;8(5):378-385.
65. 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):104–10.
66. Demirkol H. Kanser Hastalarında James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir; 2016.
67. Erdem SS, Yılmaz M, Mayda AS. Bir Üniversite Hastanesinde 2013 Yılındaki Kanser Tanılarının 65 Yaş Üstü Ve Altı Dağılımı. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi* [Internet]. 2015 [cited 2022 Feb 21];17(3):105–10. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/793993>.
68. Var Kaya E. Jinekolojik Kanserli Hastaların Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Adana; 2019.
69. Kelleci M, Aydın D, Sabancıoğulları S, Doğan S. Hastanede Yatan Hastaların Bazı Tanı Gruplarına Göre Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri. *Klinik Psikiyatri*. 2009;12:90–8.
70. Blackhall LJ. Ethnicity and Attitudes Toward Patient Autonomy. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 1995 Sep 13;274(10):820.
71. Kocaman Yıldırım N, Kaçmaz N, Özkan M. İleri Evre Kanser Hastalarının Karşılammamış Bakım Gereksinimleri. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2013;4(3):153–8.
72. Kavlak O, Ertem G, Sevil Ü. Kanserli Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Kanserli Hastalara Doğruyu Söyleme Konusundaki Tutumları. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*. 2008;16:1–7.
73. Tatar A, Saltukoglu G. The Adaptation of the CES-Depression Scale into Turkish through the use of Confirmatory Factor Analysis and Item Response Theory and the Examination of Psychometric Characteristics. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. 2010;20(3):213–27.
74. Tokgöz G, Yalug İ, Özdemir S, Yazici A, Uygun K, Aker T. Kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2008;59–66.
75. Aydoğan Ü, Doğaner YÇ, Bozaran E, Kömürcü Ş, Koçak N, Öztürk B, et al. Relationship between depression and anxiety levels and attitudes of coping with disease in cancer patients. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2012;16(2):55–60.
76. Masat S. Onkoloji Hastalarında Sosyal Sorunlar İle Manevi Yönelim Ve Dini Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi. On Dokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; Samsun; 2018.
77. Şahan FU, Terzioğlu F. Hemşirelerin Kanser Hastalarına Yönelik Manevi Bakım Uygulamaları ve Karşılaştıkları Engeller. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2021 Jan 2;9(4):340–9.
78. Aydın HT, Günay D. The determination of the supportive care needs of patients diagnosed with cancer. *Cumhuriyet Medical Journal*. 2020;42(2):152–62.
79. Erdoğan Özyurt T, Aydemir Y, Aydın A, Baran İnci M, Çetin Ekerbiçer H, Muratdağı G, ve ark. İnternet ve Televizyonda Sağlık Bilgisi Arama Davranışı ve İlişkili Faktörler. *Sakarya Tıp Dergisi*. 2020;Özel Sayı(10):1–10.

80. Güven B, Taşkıran Boztepe H. Sağlık İletişiminde Doktor-Hasta İlişkisi Modelleri Ve İlişki Taraflarının Değerlendirmelerini Tespit Etmeye Yönelik Bir Araştırma. Uluslararası Halkla İlişkiler Ve Reklam Çalışmaları Dergisi. 2019 Mar;2(1):7–38.
81. Novotny PJ, Smith DJ, Guse L, Rummans TA, Hartmann L, Alberts S, et al. Cancer Management and Research A pilot study assessing social support among cancer patients enrolled on clinical trials: a comparison of younger versus older adults. Cancer Management and Research. 2010;2:133–42.
82. Çalışkan T, Duran S, Karadaş A, Tekir Ö. Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi [Internet]. 2016 Jan 5 [cited 2021 Oct 1];17(1):27–36. Available from: <http://dergipark.org.tr/tr/pub/kutfd/124910>.
83. Mandilaras V, Wan-Chow-Wah D, Monette J, Gaba F, Monette M, Alfonso L, et al. The impact of cancer therapy on cognition in the elderly. 2013;19;4:48.
84. Akın A, Demirel S. Toplumsal Cinsiyet Kavramı Ve Sağlığa Etkileri. C Ü Tıp Fakültesi Dergisi. 2003;25(4):73–82.
85. Hawkins Y, Ussher J, Gilbert E, Perz J, Sandoval M, Sundquist K. Changes in Sexuality and Intimacy After the Diagnosis and Treatment of Cancer. Cancer Nursing. 2009 Jul;32(4):271–80.
86. Pınar G. Kanser tedavisi alan hastalarda cinsel disfonksiyon ve danışmanlığa ilişkin hemşirelik yaklaşımları. Gülhane Tıp Dergisi. 2010 Dec;52(4):241–7.
87. Katz A. The Sounds of Silence: Sexuality Information for Cancer Patients. Journal of Clinical Oncology. 2005 Jan 1;23(1):238–41.
88. Çıtlak K, Kapucu S. Kemoterapi Alan Hastalarda Görülen Oral Mukozitin Önlemesi ve Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar: Kanıta Dayalı Uygulamalar. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2015;70–7.

EKLER

EK 1. JAMES DESTEKLEYİCİ BAKIM GEREKSİNİMLERİNİ BELİRLEME ÖLÇEĞİ İÇİN HACER DEMİRKOL'DAN ALINAN İZİN

← Ynt: James destekleyici bakım gereksinimleri belirleme ölçeği

🕒 24.02.2020 Pzt 10:30 tarihinde yanıtladınız

🌐 İletiyi şu dile çevir: Türkçe | Şu dilden hiçbir zaman çevirme: İngilizce

↩️ ⏪ ⏩ ...

24.02.2020 Pzt 10:25

📎 pdf_TOD_950.pdf
341 KB

Hocam merhaba,

James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Yardımcı olabileceğim bir konu olursa lütfen çekinmeyin, elimden geldiğince yardımcı olmaya çalışırım. Ekte ölçeğin yayınlanmış makalesi yer almaktadır.

Çalışmanızda şimdiden başarılar dilerim. Kolaylıklar.

EK 2. ANKET ARAŞTIRMA FORMU-SOSYODEMOGRAFİK VERİLER

KANSER HASTALARININ GEREKSİNİMLERİNE BÜTÜNCÜL YAKLAŞIM

1. Ad- Soyad:.....

2. Yaşınız:.....

3. Cinsiyet:

1. Kadın 2. Erkek

4. Medeni durumunuz:

1. Evli 2. Bekar 3. Eşi vefat etmiş/Boşanmış

5. Eğitim durumunuz:

1. Okur- Yazar Değil 2.Okur-Yazar 3. İlkokul 4. Ortaokul-Lise 5. Üniversite-Lisans üstü

6. Mesleğiniz:

1. Emekli 2. Memur 3. Serbest meslek 4. Çalışmıyor 5. Diğer:.....

7. Gelir Düzeyiniz:

1. 0-500 TL 2. 500-999 TL 3. 1000-2000 TL 4. 2000-3000 5. 3000 üstü
6. Bildirmek istemiyor 7. Bilmiyor

8. Çocuğunuz var mı?

1. Evet 2. Hayır

9. Kiminle yaşıyorsunuz?

1. Yalnız 2. Eşiyle 3. Eşi ve çocuklarıyla 4. Eş ,çocuk ve diğer akraba
5. Diğer:.....

10.Hastalığınız dışında fiziksel/ ruhsal bir rahatsızlığınız var mı?

1. Hayır 2. Evet:

11.Hastalığınız ne zaman teşhis edildi?

12.Hastalığınızın türü:.....

13.Hastalığın evresi:.....

14.Bakınıza destek olan birisi var mı? Cevabınız evet ise kimin destek olduğunu belirtiniz.

1. Evet..... 2. Hayır

**EK.3.JAMES DESTEKLEYİCİ BAKIM GEREKSİNİMLERİNİ BELİRLEME
ÖLÇEĞİ**

	Distres Seviyesi (Yaşanan Duygusal Sıkıntı Seviyesi)			
Duygusal Sorunlar	Yok	Az	Orta	Şiddetli
Belirsizlik	0	1	2	3
Korkular	0	1	2	3
Morali bozuk ya da bunalımda hissetme	0	1	2	3
Endişe/Kaygı	0	1	2	3
Günlük aktivitelere karşı ilgi kaybı	0	1	2	3
Fiziksel yetersizlikle başa çıkma	0	1	2	3
Öfke	0	1	2	3
Ağlama	0	1	2	3
Umudunu kaybetme/Umutsuzluk	0	1	2	3
Başkalarına yük oluyormuş gibi hissetme	0	1	2	3
Ölümden korkma/Ölüyor olmaktan korkma	0	1	2	3
Dış görünüşe/Beden algısına dair endişeler	0	1	2	3
Yakında zamanda kayıp/Yas	0	1	2	3
Bunalmış hissetme	0	1	2	3
Manevi/Dini Konular ile İlgili Sorunlar	Yok	Az	Orta	Şiddetli
Kişisel manevi uygulamalar ile ilgili endişeler	0	1	2	3
Allah ya da inanılan Yüce Varlıkla olan ilişki/bağ ile ilgili endişeler	0	1	2	3
Yaşamın anlamı/amacı ile ilgili endişeler	0	1	2	3
Allah tarafından önemsenip/önemsenmediği ile ilgili sorgulamalar	0	1	2	3
Sağlık Bakımı ile İlgili Sorunlar	Yok	Az	Orta	Şiddetli
Uygun tedaviye karar verme ile ilgili endişeler	0	1	2	3
Sağlık ekibiyle olan iletişim sorunları	0	1	2	3
Uzun dönem sağlık bakımını planlama ile ilgili endişeler	0	1	2	3
Şuan ki sağlık durumu ya da tedavi hakkındaki bilgi eksikliği	0	1	2	3
Sosyal Sorunlar	Yok	Az	Orta	Şiddetli
Yaşam koşulları ile ilgili endişeler	0	1	2	3
Barınma/Konaklama sorunları	0	1	2	3
Destek yetersizliği	0	1	2	3
Mali ya da sigorta ile ilgili sorunlar	0	1	2	3
Ulaşım sorunları	0	1	2	3
İlaçları elde etme ile ilgili sorunlar	0	1	2	3
Bilişsel Sorunlar	Yok	Az	Orta	Şiddetli
Unutkanlık/Hafıza ile ilgili sorunlar	0	1	2	3
Dikkati toplamada zorlanma	0	1	2	3
Zihin bulanıklığı	0	1	2	3

Fiziksel Belirtiler	Yok	Az	Orta	Şiddetli
Kusma	0	1	2	3
Mide bulantısı	0	1	2	3
Yorgunluk/Enerji kaybı	0	1	2	3
İştahsızlık	0	1	2	3
Güçsüzlük	0	1	2	3
Kilo kaybı	0	1	2	3
Uykulu hissetme/Sersemlik	0	1	2	3
Sıcak basması/Gece Terlemesi	0	1	2	3
Kramp	0	1	2	3
Ağrı	0	1	2	3
Uyku sorunları	0	1	2	3
Nefes darlığı	0	1	2	3
Karıncaalanma/Uyuşma	0	1	2	3
İshal	0	1	2	3
Kabızlık	0	1	2	3
Ağız kuruluğu	0	1	2	3
İnatçı öksürük	0	1	2	3

Aşağıdaki endişe ya da problemlerden herhangi birini yaşıyor musunuz?	Bu Konu Hakkında Bilgi Almak İster Misiniz?			
Cinsellik ile İlgili Sorunlar	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Konuşmada Zorluk/ Yutkunmada Zorluk	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Beslenme/ Diyet ile İlgili Endişeler	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Aile ve Arkadaşların Nasıl Baş Edeceklerine Dair Endişeler	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Sigara ya da Tütün Ürünlerinin Kullanımı ile İlgili Sorunlar	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Alkol, Keyif Amaçlı Madde Kullanımı ya da Tedavi İçin Verilen İlaçların Kötüye Kullanımı ile İlgili Sorunlar	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Malulen Emekli Olmayı Belgelemek ile İlgili Sorunlar	Evet	Hayır	Evet	Hayır

Şuanda sizin için en çok duygusal sıkıntı oluşturan şey nedir?

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Ad soyad : Ferda Uçkun Ceylan
Doğum tarihi :
Uyruğu : T.C.
Görev yeri : S.B.Ü. Tepecik E.A.H.
Yabancı dil bilgisi : 2015 Tıpdil sınavı 57,5 puan
E-posta adresi :

EĞİTİM BİLGİLERİ

Sekine Evren Anadolu Lisesi	2006-2010
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi	2010-2016
Kütahya Altıntaş İlçe Devlet Hastanesi	2016 -2017
İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2017 - 2022

MESLEKİ DENEYİMLER

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
Kütahya Altıntaş İlçe Devlet Hastanesi Acil Servis
İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği
İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Palyatif Servis

DİĞER BİLGİLER

Rahim İçi Araç Uygulama Sertifikası
Tütün Kontrolü ve Sigara Bağımlılığı Tedavisi Eğitimi-Sertifikası