

T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KANSER HASTALARINA UYGULANAN PSİKOEĞİTİM
PROGRAMININ HASTALARIN UYKU KALİTESİNE VE
ALGILADIKLARI STRES DÜZEYLERİNE OLAN ETKİSİNİN
BELİRLENMESİ**

Musa PAÇA

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ŞANLIURFA
2024

**T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KANSER HASTALARINA UYGULANAN PSİKOEĞİTİM
PROGRAMININ HASTALARIN UYKU KALİTESİNE VE
ALGILADIKLARI STRES DÜZEYLERİNE OLAN ETKİSİNİN
BELİRLENMESİ**

Musa PAÇA

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**ŞANLIURFA
2024**

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
TEŞEKKÜR	iii
ŞEKİLLER DİZİNİ	iv
ÇİZELGELER DİZİNİ	v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kanser Kavramı	3
2.1.1. Kanserin Tanımı:	3
2.1.2. Kanserin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	3
2.1.3. Kanserin Epidemiyolojisi	4
2.1.4. Kanser Tanısı:	5
2.1.5. Kanserin Evrelendirilmesi ve Metastaz:	6
2.1.6. Kanserin Tedavi Yöntemleri:	7
2.1.7. Kanserin Fiziksel, Sosyal ve Psikolojik Etkileri:	8
2.2. Stres Kavramı	12
2.2.1. Stresin Tanımı	12
2.2.2. Stres Sırasında Verilen Tepkiler	12
2.2.3. Stresin Belirtileri	13
2.2.4. Stres ve Kanser	13
2.3. Uyku Kavramı	14
2.3.1. Uykunun Tanımı	14
2.3.2. Uykunun Fizyolojisi ve Evreleri	14
2.3.3. Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler:	15
2.3.4. Uyku ve Kanser	17
2.4. Psikoeğitim Kavramı	17
2.4.1. Psikoeğitimin Tanımı	17
2.4.2. Psikoeğitim ve Kanser	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM	18
3.1. Araştırmanın Tipi	18
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	18
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	18
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	20
3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	20
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu	20
3.5.2. Algılanan Stres Ölçeği	20
3.5.3. Richard-Campbell Uyku Ölçeği	21
3.6. Verilerin Toplanması	21
3.7. Araştırmanın Yönetimi	21
3.8. Psikoeğitim Uygulamasının İçeriği	22
3.9. Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi	24
3.10. Araştırmanın Etik Boyutu	24
4. BULGULAR	25
5. TARTIŞMA	28
5.1. Uyku Kalitesinin İlgili Bulguların Tartışılması	28
5.2. Algılanan Stres Düzeyi ile İlgili Bulguların Tartışılması	30
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	32
6.1. Sonuçlar	32

6.2.	Öneriler	32
7.	KAYNAKLAR	33
8.	EKLER.....	38
9.	İNTİHAL RAPORU.....	44



ÖZET

Yüksek Lisans Tezi

KANSER HASTALARINA UYGULANAN PSİKOEĞİTİM PROGRAMININ HASTALARIN UYKU KALİTESİNE VE ALGILADIKLARI STRES DÜZEYLERİNE OLAN ETKİSİNİN BELİRLENMESİ

Musa PAÇA

Harran Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Veysel KAPLAN

Yıl:2024, Sayfa:61

Bu çalışma kanser hastalarına uygulanan psikoeğitim programının hastaların uyku kalitesine ve algıladıkları stres düzeylerine olan etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışma, ön test-son test ve deney-kontrol gruplu deneysel tiptedir ve araştırmanın evrenini 01.04.2023- 25.08.2023 tarihler arasında bir eğitim ve araştırma hastanesinde tedavi alan hastalar oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklemini ilgili hastanede yatmakta olan ve dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalar oluşturmuştur. Araştırma verileri; Kişisel Bilgi Formu, Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) ve Richard-Campbell Uyku Ölçeği (RCUÖ) kullanılarak elde edilmiştir. Çalışmaya 16 deney ve 16 kontrol grubu olmak üzere toplam 32 hasta katılmıştır. Deney grubunun %56,3'ü kadın, %56,3'ü şehirde yaşamakta, %81,3'ü evli, %43,8'i düşük gelir durumuna sahip, %25'i GİS sistem kanserlerine sahip, %62,5'i başka bir kronik hastalığa sahip ve %50'si kendi psikolojisini düşük olarak belirtmiştir. Çalışmaya katılan kanserli bireylerin gruplara göre algılanan stres ve uyku puan ortalamalarının karşılaştırıldığında deney grubunun ASÖ ön test puan ortalamasının $47,5 \pm 5,07$, ASÖ son test puan ortalamasının $43,13 \pm 4,77$ olduğu; RCUÖ ön test puan ortalamasının $51,09 \pm 11,56$, RCUÖ son test puan ortalamasının ise $58,65 \pm 11,05$ olduğu belirlenmiştir. Psikoeğitim sonrası deney grubundaki hastaların algıladıkları stres deney grubuna göre anlamlı bir şekilde azalmış ($t= 6,143$, $p<0,001$); uyku kalitesi ise anlamlı bir şekilde artmıştır ($t= 5,736$, $p<0,001$). Çalışmaya dahil edilen kontrol grubunun ASÖ ön test puan ortalamasının $41,56 \pm 4,1$, ASÖ son test puan ortalamasının $44,25 \pm 5,52$ olduğu; RCUÖ ön test puan ortalamasının $56,98 \pm 13,51$, RCUÖ son test puan ortalamasının ise $55,74 \pm 14,46$ olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubundaki kanser hastalarının algılanan stres ölçeği ön test-son test puan ortalamaları arasında anlamlı farkın olmadığı tespit edilmiştir ($P=0,098$). Kontrol grubundaki kanser hastalarının uyku kaliteleri ön test-son test puan ($p=0,356$). Araştırmanın sonuçlarında elde edilen bulgular doğrultusunda uygulanan psikoeğitim programının kanserli bireylerin algıladıkları stres düzeyini azalttığı ve uyku kalitesini artırdığı tespit edilmiştir.

ANAHTAR KELİMELER: Kanser, algılanan stres düzeyi, uyku kalitesi, psikoeğitim

ABSTRACT

Master's Thesis

DETERMINATION OF THE EFFECT OF THE PSYCHO-EDUCATION PROGRAM APPLIED TO CANCER PATIENTS ON SLEEP QUALITY AND PERCEIVED STRESS LEVELS OF THE PATIENTS

Musa PAÇA

**Harran University
Health Sciences Institute
Department of Nursing**

Advisor: Doc. Dr. Veysel KAPLAN

Year:2024, Page:61

This study was conducted to determine the effect of the psychoeducation program applied to cancer patients on their sleep quality and perceived stress levels. The study is of experimental type with pretest-posttest and experimental-control group and the population of the study consists of patients receiving treatment in a training and research hospital between 01.04.2023 and 25.08.2023. The sample of the study consisted of patients who were hospitalized in the relevant hospital and met the inclusion criteria. Research data were obtained using the Personal Information Form, Perceived Stress Scale (PSS) and Richard-Campbell Sleep Scale (RCS). A total of 32 patients, 16 in the experimental group and 16 in the control group, participated in the study. In the experimental group, 56.3% were female, 56.3% lived in the city, 81.3% were married, 43.8% had low income, 25% had GI tract cancers, 62.5% had another chronic disease, and 50% reported their psychology as low. When the mean perceived stress and sleep scores of the individuals with cancer participating in the study were compared according to the groups, it was determined that the mean ASQ pre-test score of the experimental group was 47.5 ± 5.07 and the mean ASQ post-test score was 43.13 ± 4.77 ; the mean RCQ pre-test score was 51.09 ± 11.56 and the mean RCQ post-test score was 58.65 ± 11.05 . After psychoeducation, the stress perceived by the patients in the experimental group decreased significantly ($t= 6.143$, $p<0.001$) and sleep quality increased significantly ($t= 5.736$, $p<0.001$). In the control group included in the study, the mean ASQ pre-test score was 41.56 ± 4.1 and the mean ASQ post-test score was 44.25 ± 5.52 ; the mean RCQ pre-test score was 56.98 ± 13.51 and the mean RCQ post-test score was 55.74 ± 14.46 . It was determined that there was no significant difference between the pretest-posttest mean scores of the perceived stress scale of cancer patients in the control group ($P=0,098$). Sleep quality of cancer patients in the control group pretest-posttest score ($p=0,356$). In line with the findings obtained in the results of the study, it was determined that the psychoeducation program applied reduced the level of stress perceived by individuals with cancer and improved sleep quality.

KEYWORDS: Cancer, perceived stress level, sleep quality, psychoeducation

TEŞEKKÜR

Öncelikle beni yaratan, yoktan var eden ve yazdığım tezi hakkıyla bitirmeyi bana nasip eden alemlerin Rabbi Allah’a (c.c.) hamdolsun.

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmalarım süresince beni destekleyen, ilgilenen, zaman ayıran, bilgi ve tecrübeleriyle ışık tutan danışmanım Doç. Dr. Veysel KAPLAN’a,

Yüksek lisansa ilk adımı atmamda yardımcı olan ve beni olmam gereken yere yönlendiren Doç. Dr. Derya TÜLÜCE’ye,

Tez sürecinin yürütülmesinde verdiği değerli fikirleri ve tez istatistiğindeki destekleriyle Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Emin Düken’e,

Çalışmanın yürütülmesinde desteklerini esirgemeyen hemşire Salih Çiftçi’ye ve Onkoloji servisi ekibine, özellikle kanser tedavisi gibi zorlu bir süreçte duygu ve düşüncelerini paylaşan kıymetli hastalara,

Hayatım boyunca arkamda duran ve beni destekleyen annem Emine ve kardeşim Melike’ye,

Destekleri ve dualarıyla yanımda olan tüm dostlarıma teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Musa PAÇA
2024

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1. Consort 2010 Araştırma Uygulama Akış Şeması.....19



ÇİZELGELER DİZİNİ

Sayfa No

Çizelge2.1. 2020 yılı itibariyle dünyada görülen kanserlerin istatistikleri.....	4
Çizelge2.2. 2020 yılı itibariyle türkiye’de görülen kanserlerin istatistikleri.....	5
Çizelge2.3. Kanser ajcc (american joint committee on cancer) sistemine göre sınıflandırılması.....	6
Çizelge2.4. Kansere yönelik yapılmış psikoeğitim çalışmaları.....	19
Çizelge3.1. Post hoc analizi.....	20
Çizelge4.1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı.....	27
Çizelge4.2. Gruplara göre algılanan stres ve uyku puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	29



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AJCC	Amerikan Ortak Kanser Komitesi
ASÖ	Algılanan Stres Ölçeği
BT	Bilgisayarlı Tomografi
GİS	Gastrointestinal Sistem
GLOBOCAN	Küresel Kanser Gözlem Verisi
IARC	Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı
MÖ	Milattan önce
MR	Manyetik Rezonans Görüntüleme
PET	Pozitron Emisyon Tomografisi
REM	Hızlı Göz Hareketi
RCUÖ	Richard-Campbell Uyku Ölçeği
SPSS	Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı
YY	Yüzyıl

1. GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Her birey yaşam süreci boyunca birçok olay ve sorunla karşılaşmakta ve bunların bazıları bireyin yaşamını belirgin bir şekilde olumsuz olarak etkilemektedir (1,2). Bireyi ruhsal fiziksel ve sosyal yönden olumsuz etkileyen ve bir yaşam krizi olan hastalıklar da bu yaşam problemlerinden bir olarak karşımıza çıkmaktadır (3,4). Hastalık ile karşılaşan birey, süreç içerisinde baş etme stratejisi, kişiliği ve geçmiş yaşam deneyimlerine bağlı olarak birçok tepki verebilmekte ve bu durum hastalığı kabul etmesini ve uyum sağlamasını etkilemektedir (4 5). Günümüzde insan sağlığını tehdit eden ve görülme sıklığı artmış hastalıklardan olan kanser tüm dünyada ve Türkiye'de ciddi bir ölüme sebep olması nedeniyle önemli hastalıklardan biridir (6,7,8).

Kanser, hücrelerin kontrolsüz ve anormal olarak çoğaldığı, tanı ve tedavi süreci uzun süren genetik ve çevresel faktörlerin etkili olduğu, karmaşık ve ölümcül bir hastalıktır (9). Kanser hastalığı sürecinde hastanın tanı alması ile sağlıklı yaşamdan, hastalık ve ölümlle tehdit edilme sürecine geçilen bir durum ortaya çıkmaktadır (10,11). Kanser tedavisinde kemoterapi, radyoterapi, cerrahi tedavi ve kök hücre nakli gibi tedavi yöntemleri kullanılmaktadır (12). Tedavilerdeki gelişmeler ile kanser teşhisi konmuş bireylerde sağ kalımı ve yaşam süresini uzatmış ancak tedavinin uzun sürmesi hastanın fiziksel, duygusal ve psikolojik olarak etkilenmesine sebep olmuştur (6,12,14). Ayrıca kanser ile yaşamak zorunda kalan bireyin bakım ihtiyaçları artmakta ve hastalık ile bakım sürecini yönetmek zorunda kalmaktadır (9,13,15).

Kanser sürecindeki hasta birey, kanser ile ilk karşılaşması ile şok, inanmama, inkâr, kızgınlık, öfke, kaygı gibi tepkiler verebilmekte ve bu tepkiler sonucunda kendini yalnız hissetme, çevre ile iletişimin bozulması, stres, uyku bozuklukları gibi psikososyal sorunlar oluşmasına ve bireyin hastalıkla baş edememesine sebep olmaktadır (16,17,18). Kanser hastalığının bu kadar zor bir süreç olması, strese ve uyku problemlerine neden olması, bireyi ve bireyin ailesini etkilemesi ile hasta bireyin psikososyal bakıma ihtiyaç duyduğu görülmektedir (14, 19).

Kanserli bireyin psikososyal bakım ihtiyacını karşılayacak ve tedavi sürecinedestek olacak belirli yaklaşımlar vardır (20). Psikoeğitim bu yaklaşımlardan biri olarak kullanılmaktadır. Psikoeğitim, psikososyal bakıma ihtiyaç duyan bireyin hastalık uyumu ve tedaviye yönelik iş birliği yapabilmesi için baş etme becerilerinin artırılması sağlanarak çeşitli eğitimsel araçlar ve yöntemler kullanılarak verilen eğitimlerdir (9). Yapılacak bu çalışma ile kanser hastası bireyin algıladıkları stres ve uyku kalitesine yönelik psikoeğitim verilecektir. Psikoeğitim ile hasta bireyin algıladıkları stresinin azalması ve uyku kalitelerinin artması ve baş etme becerilerinin artırılarak tedaviye ve hastalığa uyum sağlaması hedeflenmektedir. Bu bağlamda çalışma kapsamında aşağıdaki araştırma sorularına yanıt alınmaya çalışılacaktır;

- 1) Kanser hastalarına özel olarak hazırlanmış psikoeğitim programının hastaların algılanan stres düzeylerine etkisi var mıdır?
- 2) Kanser hastalarına özel olarak hazırlanmış psikoeğitim programının hastaların uyku kalitelerine etkisi var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Kanser Kavramı

2.1.1. Kanser Tanımı:

Pek çok insan yaşam süresi boyunca çeşitli hastalıklar ile karşılaşmaktadır (2,4). Kanser de bu hastalıklardan biridir. Kanser “genç-yaşlı, zengin-fakir, kadın-erkek” ayrımı yapmadan, aileler ve toplumlar üzerinde çok büyük bir yük bırakmaktadır (2,9,14). Bu açıdan bakıldığında kanseri araştırmak, kansere yönelik modern tedaviler bulmak ve kanserli bireyin ailesinin ve toplumun yaşadığı bu yüke yönelik doğru yaklaşımlar ve araştırmalar yapmak önemlidir (19).

Kanser tarih boyunca ve özellikle de günümüzde insanlar için problemolmuştur (14,22). Kanser ile ilgili eski kayıtlar incelendiğinde tarihinin MÖ 3000 yılına kadar uzandığı görülmektedir (14). İlk olarak Hipokrat’ın damarların şişmiş kısmını bir yengecin bacaklarına benzetmesi ve bu oluşan durumu “tümör” olarak tanımlaması ile başlamıştır (22). Daha sonra Galen ise şişme anlamındaki “oncos” terimini kullanmıştır (23). 19. yy. ile hastalıklı dokuların incelenmesi modern mikroskobun bulunması ile mümkün hale gelmiştir (14,22). Hücresel patolojinin kurucusu olan Rudolf Virchow, kanserin patolojik çalışmalarının temelini atmıştır(22).

Yaşamı sürdürmek amacıyla bir denge içinde hücrelerin sürekli yenilenmesi ve yaşam süresi dolan hücrelerin ise vücuttan atılması gerekmektedir (24). Bu süreçte bazı genler hücre çoğalmasını sağlarken; bazıları ise hücre çoğalmasının dengede kalabilmesi için hücre çoğalmasını engeller (25,26). Kanser de bir organ ya da dokudaki hücrelerin, mutasyon sonucunda, sürekli bir şekilde bölünmesi, çoğalması ve birikmesi olarak tanımlanmaktadır (23).

2.1.2. Kanser Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Kanserin oluşumu sıklıkla metastaza neden olan DNA yapısında, hücre ve hücre dışı iletişimi bozan bir dizi değişiklik gerçekleşir (25,26). DNA yapısındaki

kromozlarda gerçekleşen mutasyonlar sebebiyle hücre çoğalması sürekli ve kontrolsüz bir hale gelir (23). DNA onarımında etkili olan ve kromozom yapısında bulunan onkogenler, tümör baskılayıcı genler ve DNA tamir genlerinde gerçekleşen mutasyonlar sonucunda yapı tamamen bozulmaya başlar ve kanserin oluşumu başlamış olur (25,26). Bu durumun tamamen kansere dönüşebilmesi için ise komşu hücreler de bulaşması yani diğer sağlıklı dokuları istila etmesi gerekmektedir (24). Özetle bu süreçte kanser; başlangıç, gelişim, ilerleme ve metastazın gerçekleşmesi şeklinde ilerlemiş olur (25).

Kanserin değiştirebilir ve değiştirilemeyen risk faktörleri bulunmaktadır.

Değiştirilebilen Faktörler: Sigara kullanımı, alkol alımı, beslenme, fiziksel aktivite, kimyasal karsinojenler, radyasyon, virüsler ve diğer biyolojik ajanlar vb. (27,28).

Değiştirilemeyen Faktörler: Yaş, cinsiyet, genetik, etnik yapı, doğum vb. (25,26).

2.1.3. Kanserın Epidemiyolojisi

Uluslararası Kanser Araştırma ajansına (IARC) göre 2020 yılı itibariyle tüm dünyada 19 milyonun üzerinde kanser hastası vardır. Hastaların %49,3'ü Asya, %22,8'i Avrupa, %13,3'ü Kuzey Amerika, %7,6'sı Latin Amerika ve %5,7'si Afrika'da yer almaktadır (28). Önümüzdeki on yılda ise yeni tanı alan kişi sayısında hızlı bir yükseliş olacağı bununla birlikte sağkalım oranlarının da artacağı tahmin edilmektedir. Son GLOBOCAN verilerine göre 2020 yılında, dünyadaki ölümlerin 9,9 milyonu kanser nedeniyle gerçekleşmiştir (27,29).

Çizelge 2.2.2020 Yılı İtibariyle Dünyada Görülen Kanserlerin İstatistikleri (13,30).

2020 yılı itibariyle dünyada en sık görülen kanserler		2020 yılı itibariyle dünyada en sık ölüme sebebiyet veren kanserler	
Kanserin türü	Yüzde	Kanseri türü	Yüzde
Meme kanseri	11,7	Akciğer kanseri	18
Akciğer kanseri	11,4	Kolorektal Kanser	9,4
Kolorektal kanser	10	Karaciğer Kanseri	8,3
Prostat kanseri	7,3	Mide Kanseri	7,7

Mide kanseri	5,6	Meme Kanseri	6,9
--------------	-----	--------------	-----

Ülkemizde kanser kardiyovasküler hastalıklardan sonra en sık görülen ve ölüme sebebiyet veren hastalıktır (31,32). GLOBACAN verilerine göre Türkiye’de 2020 yılı itibariyle tespit edilen toplam kanserli hasta sayısı 234 bindir. Yine Türkiye’de 2020 yılı itibariyle kanser sebebiyle gerçekleşen ölüm sayısı 126 bindir(33).

Çizelge 2.2.2020 Yılı İtibariyle Türkiye’de Görülen Kanserlerin İstatistikleri (12,33).

2020 yılı itibariyle Türkiye’de en sık görülen kanserler		2020 yılı itibariyle Türkiye’de en sık ölüme sebebiyet veren kanserler	
Kanseri türü	Yüzde	Kanseri türü	Yüzde
Akciğer Kanseri	17,6	Akciğer Kanseri	29,3
Meme Kanseri	10,3	Mide Kanseri	8,5
Kolorektal Kanser	9,1	Kolorektal Kanser	8,5
Prostat Kanseri	8,3	Pankreas kanser	6,5
Tiroit Kanseri	5,9	Meme Kanseri	5,7

2.1.4. Kanser Tanısı:

Kanserin varlığını düşündürebilecek bazı belirti ve bulgular vardır. Bunlar:

- Kilo kaybı
- Solukluk, çabuk ve aşırı yorulma, halsizlik
- Geçmeyen ateşin olması
- Burunda ve dış etinde kanamalar, rektal kanama
- Karında, lenf bezlerinde şişlik
- Baş, kemik ağrıları
- Görmede ani değişiklikler, ses kısıklığı
- Sık sık gerçekleşen enfeksiyon vb.

Bu belirti ve bulgular ile hastaneye başvuran hastanın öyküsü alınır ve hasta fiziksel olarak değerlendirilir. Bu değerlendirilmeler sonucunda kanser şüphesi varsa ileri düzey testler yapılır. Kanser tanılanmasında laboratuvar testleri, radyolojik incelemeler, biyopsi, tümör marker çalışmaları, doku incelemeleri (pap-smear vb.), endoskopik incelemeler gibi testler uygulanmaktadır. Bireyde kanser gelişmesi durumunda hastanın hangi evrede olduğu ve metastaz gerçekleşip gerçekleşmediği durumlarına göre kanserli birey için tedavi ve bakım planlanır (34,35).

2.1.5. Kanser Evrelendirilmesi ve Metastaz:

Evrelendirme, ileri tetkikler sonucunda kanser tanısı kesinleşen hastalarda uygulanması planlanan tedavinin belirlenebilmesi için kanserin hangi aşamada olduğunun belirlenmesidir. Evrelendirme işlemi, bazı tarama testleri (Örn: PET, MR, BT) ile yapılmaktadır. Böylelikle tümörün boyutu, yerleşim yeri ve birleşik doku veya lenf bezlerine yayılımı ve uzak dokulardaki bölgelere yayılımı (metastaz) değerlendirilir (35,36). Değerlendirme sonucuna göre kanserin hangi evrede olduğu belirlenir. En sık kullanılan evreleme yöntemi de TNM sınıflandırılmasıdır (Çizelge 2.3.).

T: Primer tümörün boyutu

N: Bölgesel lenf nodlarına olan tutulum

M: Uzak metastaz varlığı ya da yokluğunu belirtir(36).

Çizelge 2.3. Kanser AJCC (American Joint Committee on Cancer) sistemine göre sınıflandırılması (37,38).

T0	Primeri bilinmeyen tümör.
T1	Tümörün en büyük boyutu 2 cm veya daha küçük.
T3	Tümörün en büyük boyutu 2 cm'den büyük ancak 4 cm'den küçük.
Nx	Bölgesel lenf nodları değerlendirilemiyor.
N0	Bölgesel lenf nodu metastazı yok.
N1	Bir veya aynı tarafta olmak kaydıyla birden fazla lenf nodu varlığı, lenf nodlarının boyutu 6 cm'den büyük olmamalıdır.
N2	İki taraflı veya karşı tarafta lenf nodu varlığı, lenf nodlarının boyutu 6 cm'den büyük olmamalıdır.
M0	Metastaz yok.
M1	Metastaz var.

2.1.6. Kanserin Tedavi Yöntemleri:

Kanser tanısı konan bireyin tedavisinde kemoterapi, radyoterapi, cerrahi tedavi ve kök hücre nakli vb. tek ya da birkaç tedavi yöntemi birlikte kullanılmaktadır (12).Uygulanacak tedavi çeşidi, tümörün tipi, yerleşimi, hastanın yaşı, kanserin evresi ve hastanın genel durumu gibi faktörlerden etkilenmektedir. Tedavilerin kişiden kişiye farklılık göstermesi sebebiyle tek bir kesin tedavi yönteminin kullanımından bahsetmek imkansızdır (23).

En sık kullanılan tedavi yöntemleri şunlardır:

a) Kemoterapi:

Kontrolsüz çoğalan kanser hücreleri tamamen yok etmek, büyümelerinin kontrol etmek için biyolojik, kimyasal ve sentetik ajanlar kullanılarak uygulanan ve ihtiyaç duyulan en önemli tedavi yöntemlerinden biridir (12). Antikanser ilaçlar (sistostatik ajanlar) kemoterapide kullanılan kanserin tedavi edilebilmesi amacıyla kullanılan ilaçlardır. Kemoterapinin kullanılmasının asıl amacı kanser hücrelerini kemoterapötik ajanlar kullanarak öldürmesidir (12,23).

b) Radyoterapi:

Kanser tedavisinde sık kullanılan ve etkili bir yöntem olan radyoterapi, terapötik dozda iyonize radyasyonun kanserli bölgeye uygulanmasıdır (23). Burada amaç sağlıklı hücrelere minimum hasar vererek, kanser hücrelerini yok etmek, tümörün büyümesini ve yayılmasını engellemektir. Güvenilir bir yöntem olsa da sağlıklı hücreleri de hasarlı hücreler ile yok etmesi radyoterapinin olumsuz yönüdür (23,39). Bu yöntem kanser tedavisinde direkt veya başka tedavi yöntemleri (Örn: cerrahi olarak kanserli bölgenin çıkarılmadan önce küçültülmesi) ile kullanılmaktadır.

c) Cerrahi Tedavi:

Kanser tanı ve tedavi cerrahi önemli bir role sahiptir. Tümörün diğer yöntemler ile yok edilememesinden dolayı kanserli bölgenin ameliyat ile çıkarılmasıdır (23). Cerrahi tedavinin tercih edilmesinde hastanın yaşı, tümörün yerleştiği yer, kanserin evresi, beklenen yaşam süresi gibi durumlar etkili olmaktadır (23,40). Cerrahi yöntem kemoterapi ve radyoterapi gibi diğer tedaviler ile birlikte de kullanılabilir(40). Özellikle

cerrahi işlem ile çıkarılacak dokunun iyice küçültülmesi diğer tedavi yöntemlerinin kullanılması açısından önemlidir (23).

d) Kök Hücre Nakli:

Kök hücreler; kendilerini yenileyebilme, başka hücrelere dönüşebilme, sınırsız çoğalma ve hasarlı dokuyu onarma özelliklerine sahip hücrelerdir (41). Kanserin tedavisinde kullanılan ve dokuların tamir edilmesinde etkili yöntemlerden biridir (42). Kök hücre nakli, hastanın kendisinden veya kendi dokusuyla uyumlu bir kişiden kök hücrelerin alınıp hastaya verilmesi işlemidir (23). Kemik iliği tümörlerinde, genetik bozukluklarda, solid tümörlerde ve immünolojik hastalıklarda kullanılmaktadır. Ayrıca kök hücre nakli, kemoterapi ile birlikte de uygulanabilir (41).

2.1.7. Kanserin Fiziksel, Sosyal ve Psikolojik Etkileri:

Kanserli bireylerin tanı öncesi, tanı aşaması, tedavi aşaması, tedavi sonrası, hastalığın ilerlemesi, terminal döneme girmesi ve ekonomik düzeyin düşmesi gibi sürecin getirdiği zorluklar bireyde fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak olumsuz etkiler bırakmaktadır (4,15). Kanserli bireylerin yaşadığı bu sürece bağlı olarak ortaya çıkan bu problemleri bilmek, bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirmek, bakım ve tedavileri bu bakış açısıyla gerçekleştirmek oldukça önemlidir (4).

a) Fiziksel Etkiler:

Kanserin fiziksel etkileri çoğunlukla kemoterapi, radyoterapi, cerrahi işlemler ve kök hücre tedavisi gibi tedavi yöntemlerinin neden olduğu semptomlardan kaynaklanmaktadır. Fiziksel etkiler şunlardır:

- Ağrı
- Bulantı ve kusma
- Oral mukozit
- Cilt sorunları
- İştahsızlık ve kilo kaybı
- Konstipasyon, diyare
- Yorgunluk, halsizlik vb. (15,43).

b) Sosyal Etkiler:

Sosyal etkiler daha çok kanser sürecinde bireyin aile üyeleri ve sosyal çevresi ile yaşadığı problemleri kapsamaktadır. Sosyal etkiler şunlardır;

- İlişki ve iletişim problemleri
- İş ve sosyal hayat problemleri
- Marjinalleşme ve damgalanma
- Ekonomik problemler
- Rol ve sorumlukları yerine getirememe vb. (9,44).

c) Psikolojik Etkiler:

Kanser, hastalık olarak hasta ve yakını için her aşaması zor olan, yaşamı olumsuz etkileyen ve birey tarafından ölüm tehdidi olarak algılanan bir hastalıktır (10,11). Bu durum kanserli bireyde kendi yaşamını sorgulama, hayatın bir anlamı ve amacının olmadığına dair birtakım hisler uyandırabilmektedir (15). Bu hisler kanserli bireyin duygusal, ruhsal ve davranışsal etkiler ortaya çıkarmaktadır. Elizabeth Kübler Ross ise kanserli hastaların bu etkiler sonucunda psikolojik tepkiler verdiğini söylemiştir. Psikolojik tepkileri de sırasıyla inkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme şeklinde beş bölüme ayırmıştır (42,45).

İnkâr:

Kanser hastası ilk tepki olarak geçici bir şok yaşamaktadır. İlk tepkiden sonra kendine gelen hasta “bu başıma gelmiş olamaz” şeklinde bir tepki vererek hastalığı inkâr eder (45). İnkâr, beklenmeyen şok edici duruma karşı bir savunma mekanizması görevi görmektedir (46). Ayrıca bireyin kendini toplaması ve zamanla daha doğru kararlar verebilmesi için savunma mekanizmalarını harekete geçirmesi için zaman tanımaktadır (42,46). Sadece hastalığın ilk evrelerinde ya da gerçeği öğrendikten sonra değil, belirli aralıklarla sonraki dönemlerde de birey inkara başvurabilir. İnkâr, sıklıkla geçici bir durumdur ve sonradan yerini kısmi kabullenmeye bırakmaktadır(45,46).

Öfke:

İnkâr evresinden sonra birey öfke, kızgınlık ve içerlenme duygularına yönelir. “Neden ben, neden bir başkası değil” diye düşünmeye ve söylenmeye başlar (42,45).

Hasta, kanser sürecinin bu kısmında mutsuzlaşır ve çevresindekilere karşı düşmanca tavırlar sergilemeye başlar (45,46). Öfkenin her yöne yönelmesi, sıklıkla zamansız ve rastgele olması, tedavi sürecini olumsuz etkilemekte ve aile bireylerini de başa çıkması zor bir duruma yönlendirmektedir (42,46). Bu durum aile üyesi veya sağlık personeli tarafından kişisel algılanırsa, hastanın düşmanca tavırları pekişmiş olur. Kanseri bireye saygı duyulması, anlaşıldığının hissettirilmesi, ilgi gösterilmesi ve zaman ayrılması öfkeli durumları azaltacaktır (42,45).

Pazarlık:

Pazarlık evresi fazla bilinmese de kısa bir dönem için hastaya diğer evreler kadar yardımcı olmaktadır. Kanseri bireyin birinci evrede üzücü gerçeklerle yüzleşememesi, ikinci evrede de diğer insanlara ve Tanrı'ya karşı öfkeli bir tavır sergilemesi kaçınılmazı engelleyen bir davranış olarak gerçekleşmektedir. Bu durumu fark eden ve kabullenmeye başlayan birey kaçınılmazı engellemek için anlaşma yapmaya yönelir. “Öfkeyle değil iyilikle hareket edersem belki de Tanrı bana daha olumlu davranır.” düşüncesi ile hareket eder. Tedaviye uyum ve çaba göstermeye başlar (42,46).

Depresyon:

Hastalığı artık kabullenemeyecek hale gelen hasta, yeni tedaviler almak veya sürekli hastaneye yatmak gibi durumlar ile karşılaştığında, durumu ağırlaştığında ya da zayıf ve güçsüz hale geldiğinde, kansere yönelik olumlu düşünceleri tamamen değişmeye başlar. Bedenindeki değişiklikler, organ kayıpları, aratan masraflar da yaşadığı sürece eklenince birey iyice içine kapanmaya başlar. Bireyin bu noktada kendi duygularını yansıtmaması, üzüntülerini ifade etmesi kabullenme açısından oldukça önemlidir (42,47).

Kabullenme:

Tanı ile başlayan kanser sürecinin sonuna gelmiş birey, beklenen ölüm ile bir dereceye kadar sessiz bir şekilde yaklaşan sonunu düşünmeye başlar. Eğer yeterince zamanı varsa ve diğer evrelerde yeterince desteği alabildiyse gittikçe sakinleştiği bir kabullenme evresine girmiş olacaktır. Bu evrenin en önemli özelliği duyguların giderek kaybolmasıdır. Ayrıca hastalar bu evrede sıklıkla yorgunluk hissederler. Birey için artık

ağrı yoktur, vazgeçmemiştir ama artık savaşılabileceği gücü kalmamıştır. Dış dünyada gerçekleşen sorunlar artık bireyi ilgilendirmez. Kanserli birey için sadece huzurlu hissetme ve zamanın gelmesinden başka bir yol kalmaz. Böylelikle birey tüm bu süreci kabullenmiş olur (42,48).

Kanserli bireylerin yaşadığı bu psikolojik süreç yoğun stres ile bireyin fiziksel ve duygusal dirençlerinin azalmasına ve tedaviye uyumunda güçlüğüne neden olmaktadır. Ayrıca bu psikolojik süreç kanserli bireylerde aşağıdaki psikolojik etkiler de sebebiyet vermektedir:

- Depresyon
- Stres
- Uyku bozuklukları
- Deliryum
- Kişilik bozuklukları
- Post travmatik stres bozukluğu vb. (9,13)

Kanserli birey, kanser sürecinin başından sonuna kadar birçok zorluk ve olumsuzluklar ile karşılaşmaktadır. Bir kriz dönemi olan bu süreçte zaman ilerledikçe birey fiziksel, sosyal ve ruhsal etkilerin sonucunda karşılaştığı psikososyal sorunlar ile baş etmede yetersiz kalmaktadır (12). Bu sebeple bireyi psikososyal yönden değerlendirmek, girişimleri planlamak ve bakımı yapmak oldukça önemlidir (13). Psikososyal bakım ile hastalık sebebiyle bireyin yaşadığı duygusal değişimler ve sağlığını etkileyen psikiyatrik sorunlara yönelik doğru bir yaklaşım gerçekleşmiş olacaktır.

Kanserli bireylerin yoğun olarak yaşadığı stres ve uyku bozuklukları gibi süreci etkileyen durumlar ile başa çıkmasını sağlamak tedavi sürecinin olumlu ilerlemesi açısından oldukça önemlidir. Psikoeğitim gibi girişimsel çalışmalar ile bireyin algıladığı stresi azaltmak ve uyku kalitesini yükseltmek mümkün olacaktır. Böylelikle kanserli bireyin tedavi ve bakım sürecine destek olunacaktır.

2.2. Stres Kavramı

2.2.1. Stresin Tanımı

Stres, bireyin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden etkileyen belirli durumlar ve koşullar sonucunda meydana gelen değişiklere verdiği tepkidir (49,50). Latince “Estrictia” filinden türemiştir ve basınç, zorlanma ve gerilim gibi anlamlarda da kullanılabilmektedir (3,51). Stres ile ilgili çalışmalar yapmış olan bilim insanı Dr. Hans Selye stresi “Vücudun herhangi bir dış talebe verdiği özel olmayan (yaygın) tepki.” şeklinde tanımlamıştır (50). Stres, bireyin çevresi ile şekillenen, neden olan duruma göre değişim gösteren bir durumdur (21). Ayrıca psikososyal sorunlar sonucunda da görülebilen stres, bireyi zorlayan ve uyum sağlanması gereken bir süreçtir (52). Çok yönlü bir kavram olması sebebiyle, stresin nedenlerinin bilinmesi ve buna yönelik gerekli müdahalenin yapılması oldukça önemlidir (1).

2.2.2. Stres Sırasında Verilen Tepkiler

Bireyin kişilik yapısı, sosyoekonomik durumu, yaşam tarzı ve çevre stres karşısında tepki vermesine neden olmaktadır (49). Stres ile birey karşılaştığı biyopsikososyal değişikliklere yönelik uygun baş etme davranışı sergilemek amacıyla bir gerilim oluşturmaktadır (49,53). Bireyde oluşan bu gerilim bir tepki süreci olarak gelişmektedir(53).

Selye'nin “Genel uyum sendromu” yaklaşımistresin gelişimi, bireyde oluşturduğu gerilim ve uygun baş etmeyi içeren stres sürecinialarm, direnme ve tükenme şeklinde gerçekleşen üç aşamalı tepkişeklinde tanımlamaktadır(54,55).

a) Alarm

İlk aşama olan alarm dönemi, bir stresör ile karşılaştığında aktif hale gelir vücudu acil durumlarla mücadele etmeye hazırlar. Vücutta savaş ya da kaç tepkisi oluşur. Bu dönemde titreme, terleme, yerinde duramama, kan basıncının artması, solunum hızlanmasıve kalp atışının artması gibi bazı fiziksel ve davranışsal etkiler gözlemlenir (50,54,55).

b) Direnme

Bu aşama stresin uzun sürmesi ile gelişir. Birey bozulan dengeyi düzeltmek amacıyla strese karşı bir tepki gösterip mücadele etmeye çalışır. Eğer birey sürece uyum sağlarsa fiziksel ve davranışsal belirtiler normale döner. Birey uyum sağlayamazsa direnç gittikçe azalır ve birey gittikçe zayıflar tükenme aşamasına gelir (53,56,57).

c) Tükenme

Tükenme aşaması bireyin direncini iyice kaybettiği dönemdir. Bireyin enerjisi iyice azalmış, diğer stres kaynaklarına açık ve savunmasız duruma gelmiştir. Selye'ye göre, stresin sürekli ve olağandışı hareket etmesi bireyin bedeninde yıpranmalara sebep olacaktır. Birey süreci kontrol altına alamazsa hastalık ve ölümle sonuçlanmaktadır. Birey süreci kontrol altına alabilir, uyum sağlayabilirse strese genel uyumunun iyi çalıştığı anlamına gelmektedir (55-57).

2.2.3. Stresin Belirtileri

Stres, hafif ve orta düzeyde olduğunda tolere edilebilmektedir. Ancak hastalık, psikososyal sorunlar gibi durumlarda kontrol altına alınamayan ve uygun baş etme sağlanamayan stres bireyde birtakım fiziksel, davranışsal ve psikolojik belirtiler gelişmesi ile sonuçlanmaktadır. Bazı belirtiler şunlardır:

Fiziksel Belirtiler: Baş ağrısı, titreme, çarpıntı, mide bulantısı, hazımsızlık, aşırı terleme, yorgunluk ve nefes darlığı vb.

Davranışsal Belirtiler: Aşırı hareketlilik, tartışmaya yatkınlık, alkol ve madde kullanımına yönelim, iştahsızlık, donukluk, ağlama krizleri vb.

Psikolojik Belirtiler: Sürekli endişe, panik, korku, öfke, yetersizlik hissi, intihar düşünceleri, uyku sorunları vb. (53-55).

2.2.4. Stres ve Kanser

Kanser bireyi ve çevresini fiziksel ve duygusal olarak etkileyen öfke, anksiyete, depresyon, sosyal izolasyon, uyku problemleri ve yoğun stres gibi birçok psikososyal sorun ile bağlantılı, yönetilmesi zor bir hastalıktır (3,9,31). Tedavi

olanakları gelişmiş olmasına rağmen “ölüm, ağrı, acı çekme, ızdırap” gibi kavramlar ilişkilidir (3,16). Bu ilişki ise birey için bir stres kaynağıdır. Ayrıca kanser süreci düşünüldüğünde, bireylerin tanı alması itibariyle karşılaştıkları belirtiler, yoğun tedaviler, hastaneye yatma, sürecin getirdiği belirsizlikler ve düşük ekonomik düzey gibi durumlar sebebiyle de stres yaşamaktadır (9,21). Sadece kanserli birey değil bu süreçten hasta yakınları da en az hasta kadar etkilenmekte ve bu etki yine hastaya yansımaktadır (3,9). Kanserli bireylerin yaşadıkları yoğun stres öfke, endişe, korku ve uyku sorunları gibi stres belirtilerinin gelişmesine de neden olmaktadır (16,53,55). Kanserlin bir kriz durumu olması, tedavi süreci ile uğraşırken ayrıca stres ve stresin neden olduğu belirtiler ile baş etmeye çalışması birey için oldukça ağır bir yüküdür (49,53). Bu sebeple kanserli bireyin stresini azaltmaya yönelik psikoeğitim gibi belirli yaklaşımlar oldukça önemlidir.

2.3.Uyku Kavramı

2.3.1. Uykunun Tanımı

Uyku, bedenin vücut enerjisini yenilediği, dinlenmeyi sağlayan ve belirli uyaranlar ile geri döndürülebilen bir nörolojik süreçtir (58-60). Hücre ve dokuların yenilenmesi, bireyin günlük yaşamındaki rol ve sorumluluklarını yerine getirmesi açısından oldukça önemlidir (58,59).

Sağlıklı bir yaşam üçte birini kapsayan ve temel gereksinim olan uyku, solunum, beslenme ve boşaltım gibi ihtiyaçlar kadar önemlidir (58,61). İyi ve kaliteli bir uyku sağlıklı ve hasta bireyleri fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden olumlu etkilemektedir (54). Kaliteli bir uyku ile birey kendini daha zinde, dinlenmiş, güne hazır ve aktiviteleri yerine getirebilecek potansiyelde hissetmektedir (58,62). Böylelikle sağlıklı ve hasta her birey için kaliteli uyku hem sağlığı sürdürme hem de hastalık sürecinin daha kolay geçmesi açısından da oldukça önemli olduğu görülmektedir.

2.3.2. Uykunun Fizyolojisi ve Evreleri

Uyku-uyanıklık döngüsü, biyolojik ritimden oluşan, beyindeki bazı yapıların ve nörotransmitterlerin etkili olduğu bir süreçtir. 24 saatlik bu süreci ise sirkadiyen ritim düzenlemektedir (54,63). Sirkadiyen ritim, ışık, ortamın sıcaklığı, vardiyalı çalışma gibi

durumlardan etkilenmektedir. Uyku-uyanıklık döngüsünün beyindeki sorumlu kısmı da Retiküler Aktivasyon Sistemi (RAS)'dir (54,64). Bu yapı sinir sisteminin uyarılması ile uyanıklığı düzenlemektedir (63,64). Kaslar, eklemler, iç organlar gibi yapılardaki sinirsel yorulma ya da dinlenme sonucunda RAS'i uyarması ile gerçekleşmektedir (54,63).

Uyku, hafif uyku ile derin uyku arasında belirli evrelerden oluşmaktadır (60). Evreler, hızlı göz hareketlerinin olmadığı, beyin dalgaları düşük ve güçlü olan Non-REM uykusu ve hızlı göz hareketlerinin bulunduğu REM uykusundan oluşmaktadır (65).

NREM uykusu, üç evreden oluşmaktadır:

Evre 1: Solunum ve kalp atış hızlarının azaldığı bu evre uyanıklıktan uykuya geçişin ilk aşamasıdır. Diğer iki evreye hazırlık kısmıdır. Uykunun %10- 15'ini kapsamaktadır.

Evre 2: Derin uyku evresi olan bu aşamada göz hareketleri kaybolur. Bu evre yüzde 45-55 ile tüm uyku süresinin oldukça büyük bir yüzdesini oluşturmaktadır.

Evre 3: Yavaş dalga uykusudur. Bu evre fiziksel dinlenmenin sağlanması açısından oldukça önemlidir. Gecenin başından itibaren daha uzun süreli olma eğilimi vardır. Bireyin yaşı ilerledikçe bu evre kısalır. Tüm uyku süresinin yaklaşık %10-15'ini oluşturmaktadır (60,65).

REM uykusu rüyaların görüldüğü kısımdır. Gece uykusunun ikinci kısmını oluşturmaktadır. Gece boyunca 4-5 kez tekrarlanan REM uykusu, 90 dakika da bir 5 ile 30 dakikalık süreçler şeklinde gerçekleşmektedir. Hızlı beyin dalgaları gözlemlenirken, soluk alıp verme, kan basıncı, kalp atışı ve bazal metabolizma artar. Ayrıca vücuttaki kas tonusu azalır, derin tendon refleksi baskılanmaktadır (60-63).

2.3.3. Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler:

Uyku kalitesi, bireyin hafıza, bilişsel yetenek, motor fonksiyonlarının koruması, sağlıklı bir yaşam için oldukça önemlidir (54,64). Kaliteli uyku ile bu fonksiyonların korunması bireyin sağlıklı kararlar vermesine, karşılaştığı hastalık gibi zorlu süreçleri yönetebilmesine ve öfke, kaygı, stres gibi psikososyal sorunlar ile baş

edebilmesine katkı sağlamaktadır (54,66). Ancak bazı durumlar sebebiyle uyku kalitesi bozulabilmektedir. Bunlar:

Yaş

Uyku kalitesini etkileyen faktörlerden biri olan yaşı uyku gereksinimleri üzerinden değerlendirmek gerekir. Bebeklikten yaşlılığa kadar olan süreçte her bireyin farklı uyku gereksinimleri bulunmaktadır. Bir bebek ortalama 16-18 saat uyurken; bir yetişkin ortalama 6-8 saat uyumaktadır. Bu gereksinimler üzerinden değerlendirildiğinde uyuması gerekenden daha az uyuyan bireyin uyku kalitesi olumsuz etkilenmektedir (67,68).

Çevresel Faktörler

Çevre, uykuya dalma ve uykuyu sürdürmede önemli bir role sahiptir. Işık, gürültü, oda sıcaklığı gibi çevresel faktörler ise bu durumu etkilemektedir. Ayrıca bireyin alıştığı ortamda uyuması da oldukça önemlidir. Gece uyuma, ortam sıcaklığının 12-24 derece arasında olması ve ortamın sessiz olması uyku kalitesini artırmaktadır. Kişiden kişiye değişen bu durum yaşam biçimi, çalışma koşulları ve hastalık gibi durumlardan olumsuz etkilenmektedir (54,64).

Hastalıklar

Hastanın tanı alması ile başlayan hastalıklar, her aşamasında bireyi fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden etkilemektedir. Hastalık, uyku kalitesini olumsuz etkilediği süreçlerden biridir. Peptik ülser, diyabet, reflü, solunum sistem hastalıkları ve kanser gibi hastalıklarda birey uykuya başlama ve sürdürmede güçlükler yaşamaktadır. Sağlıklı bir bireye göre daha fazla uyku gereksinimine ihtiyaç duymaktadırlar. Ancak psikolojik yönden öfke, kaygı ve stres gibi psikososyal sorunların ön plana çıktığı hastalık süreci bireyin uyku düzeni bozulmaktadır (54,66).

Diğer Nedenler

Cinsiyet, medeni durum, Fiziksel aktivite, alkol ve diğer uyarıcı maddelerin alımı gibi durumlar uyku kalitesini etkilemektedir (54,64).

2.3.4. Uyku ve Kanser

Kaliteli uyku bireyler için ne kadar önemli olsa da hastalık gibi bazı durumlar uyku kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden etkileyen hastalıklar, ekonomik sorunlar, çalışma koşulları gibi durumlar uyku kalitesini bozmaktadır (62,69). Özellikle hastalık sebebiyle hasta bireylerin yaşadıkları belirsizlikler ve hastaneye yatma gibi durumların neden olduğu stres, depresyon, ölüm kaygısı ve umutsuzluk gibi yoğun psikososyal sorunlar bireyin uyku kalitesinde bozulmaya yol açabilmektedir (61,69). Bireylerin uyku kalitesindeki bozulma ise hastalıklarının seyrini olumsuz etkilenmekte, hastanede kalış süresini artırmakta ve iyileşmeyi geciktirmektedir (70,71).

Birçok hastalıkta olduğu gibi kanser hastaları da uyku sorunları ile karşılaşmaktadır (72). Ağrı, bulantı, kusma, diyare gibi tedavi ile ortaya çıkan yan etkiler hastanın uyku kalitesini düşürmektedir (62,73). Ayrıca tedavi sürecinde karşılaştığı zorluklar da hastanın psikososyal olarak etkilenmesine, uyku kalitesinin ise düşmesine sebep olmaktadır (74,75). Özellikle öfke, üzüntü, kaygı, korku gibi hastalık sürecinde ortaya çıkan yoğun duygular hastaların stresini artırmaktadır (16,53). Stresi artan bireyin uyku kalitesi düşmektedir (76). Böylelikle kanserlibireyin tedavi süreci zorlaşmakta, hastaneye yatma ve maddi yükü artırmaktadır (4,62,69). Bu sebeple kanser hastalarının streslerini azaltmak ve uyku kalitelerini artırmak amacıyla farmakolojik tedavi ile psikoeğitim gibi belirli yaklaşımlar uygulanmalıdır.

2.4. Psikoeğitim Kavramı

2.4.1. Psikoeğitimin Tanımı

Birçok hasta, hastalıktan dolayı özellikle tanı ve tedavi aşamasında psikolojik desteğe ihtiyaç duymaktadır. Bireyin süreç içerisindeki durumuna göre psikolojik ihtiyaçlarını giderebilmek için belirli yaklaşımlar yapılır (20). Psikoeğitim de bu yaklaşımlardan biridir. Psikoeğitim, psikolojik veya fiziksel hastalığa sahip bireye ya da ailesine; hastalığa verdikleri duygusal yanıtları öğretmek, baş etme becerilerini artırmak, hastalığa uyumu ve tedaviye iş birliğini sağlamak ve yaşam kalitesini artırmak amacıyla yapılan eğitimlerdir (21,77). Başka bir tanımda ise psikoeğitim; “psikiyatrik hastalığa sahip bir kişiye, tedavi ve rehabilitasyon sağlanması amacıyla eğitmek veya

geliştirmek ve hastalık sebebiyle ortaya çıkan kayıpları karşılamaya yönelik başa çıkma yeteneklerini güçlendirmek” olarak tanımlamıştır (78).

Psikoeğitim önceleri psikiyatrik ve fiziksel rahatsızlıklar için kullanılan bir tedavi yöntemi iken günümüzde özellikle sağlıklı kişilerin iyilik halini yükseltme, sağlıklarını geliştirme amacıyla da kullanılmaktadır (79,80). Psikoeğitim; kapsamını ve uygulama alanını önemli ölçüde genişleterek okullar, hastaneler, toplum ruh sağlığı merkezleri, üniversiteler gibi alanlara ulaşacak hale gelmiştir (79,81). Ayrıca psikiyatrist, klinik psikolog, hemşire ve sosyal çalışmacı gibi farklı psikiyatri profesyonelleri Sözel, yazılı, web tabanlı ve telefon gibi yöntemler kullanılarak eğitimleri bireysel veya grup şeklinde verebilmektedir(80,81).

Psikoeğitim ile birey ve ailesine, baş etme becerileri artıracak ve sosyal destek sağlayacak çeşitli yöntemler ve eğitimsel araçlar kullanılarak yapılan bir psikolojik destektir (78). Eğitimin doğru bir şekilde sağlanması, bireyin duygusal desteğinin artması, güven ilişkisinin sağlanması ve hastalık ile mücadelenin artması açısından oldukça önemlidir (9). Bu sebeple Psikoeğitim uygulamasını yapan kişinin iletişim becerileri yüksek, temel psikolojik danışma, grup liderliği gibi konularda eğitilmiş ve tecrübeli biri olması oldukça önemlidir (82).

Psikoeğitim ile birincil, ikincil ve üçüncül önleme düzeylerine yönelik yaklaşımlar yapılmaktadır. Birincil önlemede; stresle baş etme, ailenin gücünü artırma, kişiler arasındaki ilişkilere yönelik çalışmalar yapılır. İkincil önlemede; hastalığın tedavisini destekleme ve üçüncül önlemede ise tedavi sonrası hastalık belirtilerinden bahsetme, problemlerin üstesinden gelebilmek için baş etme becerilerini kazandırma durumlarına yönelik çalışılmaktadır (78,83). Hasta bireyin profiline göre belirlenen bu yaklaşımlar ile bireye uygun, kaliteli ve verimli bir eğitim verilebilmektedir.

2.4.2. Psikoeğitim ve Kanser

Kanser, bireyi fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden etkileyen, yoğun bir tedavi süreci olan, tedaviye uyum sağlanması gereken bir hastalıktır (12,79). Bu uyumun gerçekleşmesi için bireyin süreci kabullenmesi ve iş birliği yapması oldukça önemlidir (21,77). Kanser sürecinin olumlu yönde ilerlemesi, psikososyal sorunların çözümlenmesi ve tedaviye uyumun sağlanması amacıyla farmakolojik olmayan belirli yaklaşımlar (terapi, egzersiz, yoga vb.) olarak kullanılmaktadır (15,20).

Kanser hastalarının yaşadıkları psikososyal sorunlara yönelik önemli yaklaşımlardan biri psikoeğitimidir (79,84). Kanserli bireylere yönelik yapılacak psikoeğitim ile bireyin kendi duygularını tanıması, psikososyal sorunlar ile baş etmesi, tedaviye uyum ve iş birliğinin sağlanması açısından oldukça önemlidir (21,77,79). Psikoeğitim, kanser sürecindeki bireyin problem çözme ve baş etme becerisinin geliştirilmesini, duygularını daha iyi ifade etmesini ve endişelerini belirtmesini sağlamaktadır (21,67,83).

Çizelge 2.4.Kansere Yönelik Yapılmış Psikoeğitim Çalışmaları

Yapılan Çalışma ve Araştırmacılar	Uygulama İçeriği	Sonuç
Evre I-II Meme Kanseri Hastalarına Uygulanan Psikoeğitimin Kanser Uyum, Anksiyete, Depresyon ve Duygudurum Profiline Etkisi Bostancı ve Buzlu (2009) (79).	Evre I-II meme kanseri hastalarına kanser uyum, anksiyete, depresyon ve duygudurum üzerine 8 oturumluk bu konuda yapılan çalışmalar göz önüne alınarak, sunum tekniği ile yarı yapılandırılmış bir psikoeğitimsel program uygulanmıştır.	Yapılan psikoeğitimin sonucunda I-II evre meme kanseri hastalarının kanser uyum, anksiyete, depresyon ve duygudurum profili düzeylerinde değişim gerçekleşmiştir.
Erken Evre Kanser Hastalarında Psikoeğitimin Anksiyete ve Depresyon Üzerindeki Etkisi Ünüvar (2017) (78).	Kanser hastalarına yönelik yapılan bu çalışma, anksiyete ve depresyon konularına yönelik 3 aşamalı bir görüşme şeklinde psikoeğitim yapılmıştır.	Psikoeğitim girişimlerinin sonucunda kanser hastalarının, yaşadığı, anksiyetenin ve depresyonun üzerinde anlamlı değişim sağlayacak düzeyde etkisinin olduğu sonucuna varılmıştır.
Kemoterapi Alan Bireylerde Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Psikoeğitimin Öfke Kontrolü ve Ölüm Anksiyetesine Etkisi Toğluk ve Kavak Budak (2023) (85).	Kemoterapi alan kanserli bireylere, BDT temelli 8 oturumluk bir psikoeğitim yapılmıştır. Her oturumu 50 dakika süren 8 kişilik 5 farklı deney grubu ile kontrol grubu ile çalışılmıştır.	BDT temelli olarak yapılmış olan bu psikoeğitimin; kemoterapi alan bireylerin öfke kontrol düzeylerini artırdığı, ölüm anksiyetesi düzeylerini ise azalttığı görülmüştür.
Kutanöz Malign Melanomlu Hastalara Psikoeğitimsel Müdahale: Bir Replikasyon Çalışması Boesen ve ark. (2005) (86).	Malign melanoma sahip kanserli bireylere sağlık eğitimi, problem çözme becerilerinin geliştirilmesi, stres yönetimi ve psikolojik destekten oluşan haftalık 2 saat şeklinde toplam 2 hafta psikoeğitim uygulanmıştır.	Çalışma sonuçlarına göre malign melanoma tanılı bireylere verilen psikoeğitimin psikolojik sıkıntıları azalttığı ve baş etmeyi artırdığı belirlenmiştir.

Kanserli bireylere yönelik yapılmış psikoeğitim çalışmaları incelendiğinde (Çizelge 2.4.), kanserli bireylerin uygulanacak eğitime ihtiyaç duyduğu ve yapılan eğitimlerin hasta üzerinde etkili olduğu görülmektedir. Bu bağlamda kanserli bireylere algıladıkları stresi azaltmak ve uyku kalitelerini artırmaya yönelik verilecek psikoeğitim tedavi sürecine uyum ve baş etmeyi artıracak düşünülmemektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Araştırma öntest-sontest ve deney-kontrol gruplu yarı deneysel model tasarımı ile uygulanmıştır.

3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma bir eğitim ve araştırma hastanesi onkoloji servisinde yapılmıştır. Onkoloji servisi kemoterapi ünitesi ve servis olmak üzere iki kısımdan oluşmaktadır. Servis yatak sayısı 29'dur. Gündüz üç doktor, bir pratisyen ve altı hemşire çalışmaktadır. Akciğer kanseri, mide kanseri, kolorektal kanser ve meme kanseri en sık tedavi edilen vakalardır. Gerekli izinler alındıktan sonra 01.04.2023- 01.09.2023 tarihleri arasında veriler toplanmıştır.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni, ilgili hastanede 01.04.2023 — 01.09.2023 tarihleri arasında yatmakta ve ayaktan tedavi almakta olan gönüllü hastalar oluşturulmuştur.

Yapılan post hoc analizinde algılanan stres puanları esas alınmıştır. Algılanan stres puanına göre %95 güven, %96 test güveni, $d=1,43$ etki büyüklüğüne göre 23 kişi olarak belirlenmiştir. Deney grubu 12 kişi, kontrol grubu 13 kişi olarak hesaplanmıştır. (Çizelge 3.1.). Çalışmanın kalite ve güvenini artırmak amacıyla çalışmanın örneklemi 19 deney grubu ve 21 kontrol grubu olmak üzere toplam 40 hasta oluşturmuştur. Ancak belirli sebepler doğrultusunda 3 deney grubu, 5 kontrol grubu olmak üzere 8 hasta çalışmadan ayrılmıştır (Şekil 1).

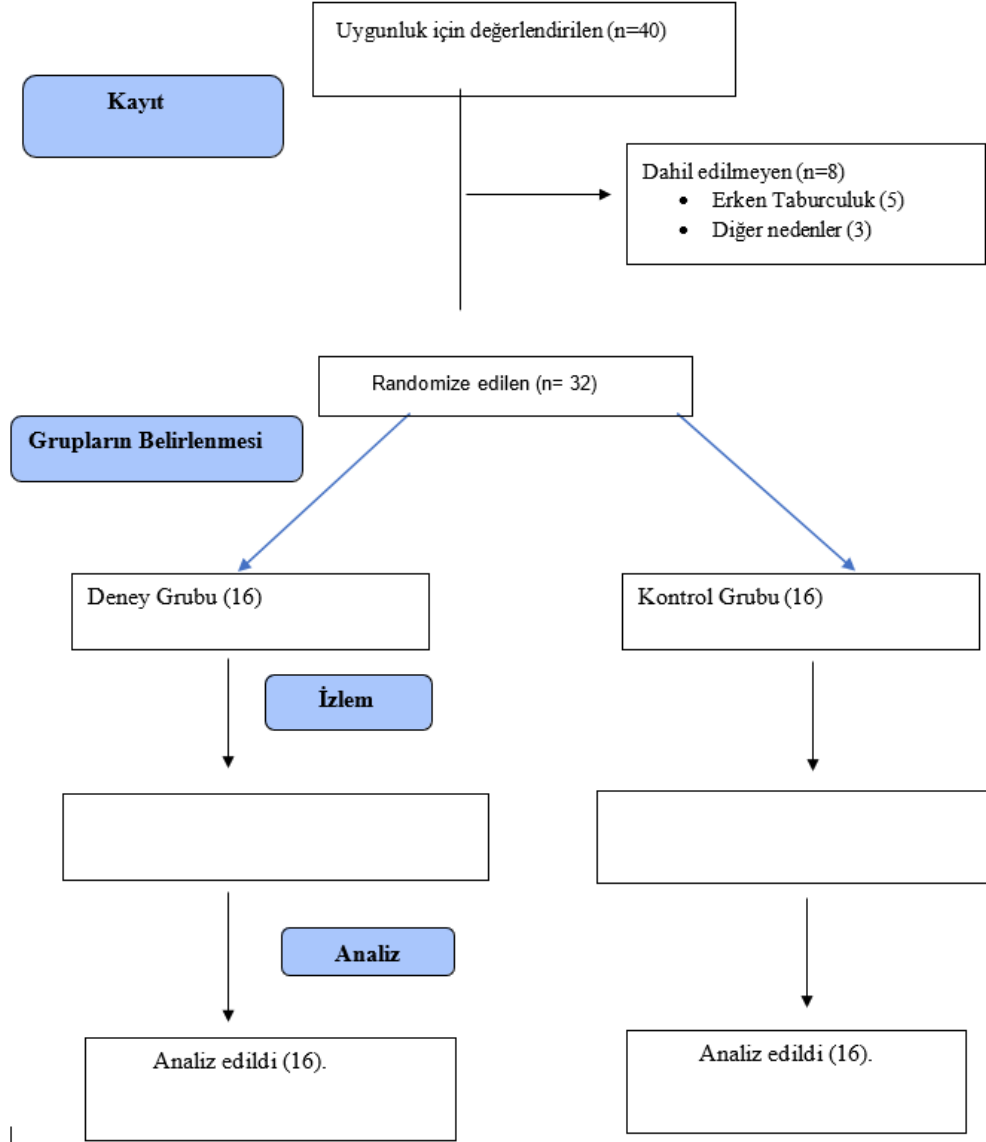
Çizelge 3.1. Post Hoc Analizi

t tests – Means: Difference between two independent means (two groups)

Analysis: Post hoc: Compute achieved power

Input: Tail(s)	= One
Effect size d	= 1.4335928
Alpha prob	= 0.005
Sample size group 1	= 12
Sample size group 2	= 13
Output: Noncentrality parameter δ	= 3,5811137
Critical t	= 1,7138715

Df	= 23
Power (1- β err prob)	= 0,9662288



Şekil 3.1. Consort 2010 Araştırma Uygulama Akış Şeması

Örneklem Dahil Edilme Kriterleri

Araştırmaya;

- Veri toplama araçlarının doldurulması ve yapılacak görüşmeleri engelleyecek işitme/konuşma/anlama yönünden problemi olmayan,

- Kanser tanısı almış 18 yaşından büyük bireyler dahil edilmiştir.

3.4.Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler:

Algılanan Stres Ölçeği puan ortalaması ve Richard-Campbell Uyku Ölçeği puan ortalamaları

Bağımsız Değişkenler:

Verilen psikoeğitim programı

Kontrol Değişkenleri:

Kanserli bireye ait demografik veriler (yaş, cinsiyet, hastanın yaşadığı yer, eğitim düzeyi, gelir durumu, medeni hal, hastanın birlikte yaşadığı kişi, aile tipi ve aile ilişkisi), bireyin hastalığa dair özellikleri (hastalık tanısı, hastanede kalış süresi, tanı alma zamanı, tedavi şekli, başka kronik hastalık durumu...).

3.5.Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu

Bu anket araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. Formda 14 soru bulunmaktadır. Sorular hastaların yaş, cinsiyet, medeni hal, eğitim durumu, hastalık tanısı, hastalığı aldığı yıl sayısı, hastalığın evresi, hastanede kalış süresi, aile tipi ve hastanın psikolojik durumu gibi özelliklerini sorgulamaktadır (31,62) (Ek.1).

3.5.2. Algılanan Stres Ölçeği

Bireyin algılandığı stresin belirlenmesinde kullanılan ölçek; Cohen, Kamarck ve Mermelstein (1983) (87) tarafından geliştirilmiş ve Eskin ve ark. (88) tarafından Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır. On dört maddeden oluşmakta olup 5'li Likert tipi ölçektir Kişinin karşılaştığı durumları ne ölçüde stresli algıladığını ölçmektedir. Maddelerden 7'si olumlu söylem içermekte ve ters puanlanmaktadır. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı ;84 test-tekrar test sonucu ise .87 olarak bulunmuştur. Yüksek puanlar kişinin stres algısının yüksek olduğuna göstermektedir. Ölçeğin Türkçe

geçerlik ve güvenirlik çalışmasında ASÖ-4'ün Cronbach alfa katsayısı 0,66 olarak belirlenmiştir.

3.5.3. Richard-Campbell Uyku Ölçeği

Ölçek 1987 yılında bireyin uyku kalitesini değerlendirmek için Richards (89) tarafından geliştirilmiştir. 6 maddeden oluşan, bireyin gece uykusunun derinliğini, uykuya dalma süresini, uyanma sıklığını, uyandığında uyanık kalma süresini, uykunun kalitesini ve ortamdaki gürültü düzeyini değerlendiren bir ölçektir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını Özlü (2015) (61) tarafından yapılmıştır. Her bir madde görsel analog skala tekniği kullanılarak 0 ila 100 arasında yer alan çizelge üzerinde değerlendirilir. Ölçekten alınan “0-25” arası puan çok kötü uykuyu, “76-100” arası puan çok iyi uykuyu belirtmektedir. Ölçeğin puanı yükseldikçe hastaların uyku kaliteleri de artmaktadır. Richards tarafından geliştirilen ölçeğin Cronbach α değeri ise 0,82 olarak elde etmiştir.

3.6.Verilerin Toplanması

Veriler hastalar ile yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Deney grubundaki hastalara eğitim öncesi bir ön test anket uygulanmış ve eğitim sonrasında da aynı ölçek ikinci kez son test olarak uygulanmıştır. Kontrol grubundaki hastalara ise ön test uygulanmış daha sonra eğitim verilmeksizin son test uygulanmıştır. Her bir verinin toplanması ortalama 15 dakika sürmüştür.

3.7.Araştırmanın Yönetimi

Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Servisi'nde tedavi gören, kanser tanısı almış, araştırma dahil edilme kriterlerine uygun ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar ile gelişigüzel 2 gruba (deney-kontrol) atanarak yapılmıştır. Araştırmanın deney ve kontrol grupları kura yöntemi ile belirlenmiştir. Araştırma Deney grubu için öntest-sontest, kontrol grubu için öntest-sontest aşamalarıyla gerçekleştirilmiştir. Hastalara, araştırma tanıtılmış, bilgilerin gizliliği hakkında bilgi verilmiş ve istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları vurgulanmıştır. Katılmayı kabul eden hastalardan yazılı ve sözlü onay alınmasıyla görüşmelere başlanmıştır.

Araştırma deney grubuna 3 aşama, kontrol grubuna ise 2 aşamada uygulanmıştır. İlk aşamada her iki gruba da Kişisel Bilgi Formu, Algılanan Stres Ölçeği ve Richard-Campbell Uyku Ölçeği uygulanmıştır. İkinci aşamada deney grubuna süreç ile ilgili bilgilendirilmiş ve uygulanacak eğitimin detayları açıklanmıştır. Açıklamanın ardından deney grubundaki bireylere ilk eğitimleri verilmiş ve verilecek diğer eğitimler planlanıp uygulanmıştır. Üçüncü aşamada ise her iki gruba tekrar Algılanan Stres Ölçeği ve Richard-Campbell Uyku Ölçeği uygulanmıştır. Kontrol grubuna psikoeğitim ile ilgili bilgi verilmemiştir. Ölçekler aynı görüşmeci tarafından her hastaya uygulanmıştır.

3.8. Psikoeğitim Uygulamasının İçeriği

- ✓ Deney grubunda yer alan hastalar ile görüşmeler haftada bir olmak üzere toplamda 3 kez yapılmıştır.
- ✓ Her görüşmenin ortalama 30 dakika sürmüştür.
- ✓ İlk görüşme öncesi ve son görüşmeden sonra uyku kalitesi ve algılanan stres düzeyi ölçekleri uygulanmıştır.
- ✓ Kontrol grubundaki hastalar ile ise, deney grubunun ilk görüşmesinde ve son görüşmesinde olmak üzere 2 kez görüşülmüş ve anketler uygulanmıştır.

1. Görüşme:

A. Konu: Kanser hakkında Genel Bilgilendirme (Ek 8.1)(12,13,23)

B. Görüşmenin Hedefleri:

- ✓ Hastanın kanser hakkındaki bilgi düzeyi belirlenmesi.
- ✓ Hastanın kanser hakkında olumsuz bilgileri düzeltilecek ve ihtiyaç duyduğu yeni bilgiler aktarılması amaçlanmıştır.

C. İçerik:

- a) Kanser tanımı.
- b) Sık kullanılan tedavi yöntemleri; kemoterapi ve radyoterapi.
- c) Kanser tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkileri.
- d) Kanserde doğru bilinen yanlışlar.
- e) Kanser herkeste aynı etkiyi mi bırakır?
- f) Taburculuk ve sonrası.

2. Görüşme:

A. Konu: Strese Yönelik Algıyı Değiştirmek (Ek 8.2)(3,49,52)

B. Görüşmenin hedefleri:

- ✓ Hasta stresi tanımlayabilmesi.
- ✓ Hasta stres oluşturan durumlarını fark edebilmesi.
- ✓ Stres durumunda ne yapması gerektiğini bilmesi amaçlanmıştır.

C. İçerik:

- a) Stresin tanımı ve hastanın stres kaynakları.
- b) Stresin fiziksel, psikolojik ve davranışsal belirtileri.
- c) Stres ile baş etme stratejileri ve azalması için rahatlama teknikleri.
- d) Geçmiş başarılarından söz etme.
- e) Hastanın sosyal faaliyetlere katılımının desteklenmesi.

3. Görüşme:

A. Konu:Uyku Kalitesini Artırmak (Ek 8.3)(59,63,69)

B. Görüşmenin Hedefleri:

- ✓ Hastanın uykuyu tanımlaması.
- ✓ Hasta uykuya yönelik yanlış bilgilerini fark edebilmesi ve doğru uyku hakkında bilgisi olabilmesi.
- ✓ Hastanın daha kaliteli bir uykuya sahip olabilmesi amaçlanmıştır.

C. İçerik:

- a) Uyku nedir?
- b) Ne kadar uykuya ihtiyacımız var?
- c) Uyku hijyeni nedir?
- d) Uyku çevresinin düzenlenmesi.
- e) Uyku zamanının düzenlenmesi.
- f) Günlük aktivitelerin düzenlenmesi.
- g) Besin alımının düzenlenmesi.
- h) Zihinsel kontrole yönelik düzenleme.

3.9.Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi

Araştırma verileri bilgisayar ortamında Statistical Packagefor Social Sciences (SPSS) (22,0) programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Basıklık ve Çarpıklık değerleri esas alınarak yapılmıştır. Sayısal değişkenlerde veri özelliğine göre bağımsız gruplarda t testi ile değerlendirilmiştir. Gruplara girişim öncesi ve sonrası değerlendirmek amacıyla Paired T testi kullanılmıştır. Deney ve kontrol grubunda eğitim öncesi ve sonrasında ilişkinin yönünü değerlendirmek amacıyla Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. p değeri 0,050 esas alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırılmanın yürütülebilmesi için Harran Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (Protocol E-76244175-050.04.04-221491) (Ek.5), araştırma kapsamında kullanılan ölçeklerin sorumlularından (Ek.6), çalışmanın yürütüldüğü Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden (Ek.7) ve katılımcılardan bilgilendirilmiş onama (Ek.4) dair gerekli tüm yazılı ve sözel izinler alınmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmaya katılan kanser hastalarının sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Çizelge 4.1. de yer almaktadır. Çalışmaya katılan kanser hastalarının deney grubu yaş ortalaması $52,18 \pm 13,380$ olup, %56,3'ünün kadın, %81,3'inin evli ve %25,0'nın eşi ile yaşamakta olduğu tespit edilmiştir. Deney grubundaki katılımcıların %56,3'ü şehirde yaşadığı, %43,8'inin okuryazar olmadığı, %100'ünün çekirdek ailede yaşadığı, %100'ü ise ailesi ile ilişkisini iyi olarak belirlenmiştir. Deney grubundaki hastaların %25'i GİS ile ilgili bir kanser tanısı aldığı, %62,5'nin 1-3 gün arası hastanede yattığını, %81,3'ünün 1-3 yıl arasında kanser tanısı aldığı %93,8'inin kemoterapi aldığı, %62,5'nin başka bir kronik hastalığının olduğunu söylemiştir. Ayrıca deney grubundaki bireylerin %50'sinin psikolojik olarak kendini kötü hissettiği ve %25'inin psikolojik destek aldığı belirlenmiştir.

Çizelge 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

Özellikler	Deney Grubu		Kontrol Grubu	
	N	%	N	%
Yaş Ortalaması	52,18± 13,380(20-78)		63,60± 12,269 (39-82)	
Cinsiyet				
Kadın	9	56,3	9	56,3
Erkek	7	43,8	7	43,8
Hastanın Yaşadığı Yer				
Şehir	9	56,3	10	62,5
İlçe	5	31,3	3	18,8
Köy	2	12,5	3	18,8
Medeni Hal				
Evli	13	81,3	11	68,8
Bekar	1	6,3	1	6,3
Dul	2	12,5	4	25
Eğitim Durumu				
Okur Yazar Değil	7	43,8	8	50
Okur Yazar	2	12,5	1	6,3
İlköğretim	5	31,3	7	43,8
Üniversite	2	12,5	0	0
Hastanın Birlikte Yaşadığı Kişi				
Eş	4	25	4	25
Çocuk	2	12,5	3	18,8
Eş ve Çocuk	9	56,3	7	43,8
Diğer (Anne, Baba Kardeş)	1	6,3	2	12,5

Çizelge 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (Devamı)

Aile Tipi			
Çekirdek Aile	16	100	11 68,8
Geniş Aile	0	0	2 12,5
Kalabalık Aile	0	0	3 18,8
Aile ile İlişki Durumu			
Düşük	0	0	0 0
Orta	0	0	1 6,3
İyi	16	100	15 93,8
Hastalık Tanısı			
Gis Sistem Kanseri (Mide, Pankreas, Rektum, Özofagus, Kolon)	4	25	9 56,3
Meme Kanseri	3	18,8	0 0
Akciğer Kanseri	3	18,8	2 12,5
Genital Bölge Kanseri (Over, Testis, Rahim, Mesane)	2	12,5	4 25
Bağ ve Doku Kanseri	4	25	1 6,3
Hastanede Kalış Süresi			
1-3 Gün	10	62,5	7 43,8
4-6 Gün	2	12,5	6 37,5
7-9 Gün	1	6,3	2 12,5
On Gün ve Üzeri	3	18,8	1 6,3
Taniyi Kaç Yıldır Almış			
1-3 Yıl	13	81,3	12 75
4-7 Yıl	1	6,3	2 12,5
8 Yıl ve Üzeri	2	12,5	2 12,5
Tedavi Şekli			
Kemoterapi	15	93,8	15 93,8
Radyoterapi	0	0	0 0
Cerrahi	0	0	0 0
Diğer	1	6,3	1 6,3
Başka Hastalık Durumu			
Var	10	62,5	11 68,8
Yok	6	37,5	5 31,3
Kendini Psikolojik Değerlendirme			
Düşük	8	50	4 25
Orta	4	25	0 0
İyi	4	25	12 75
Psikolojik Yardım Alma			
Evet	4	25	1 6,3
Hayır	12	75	15 93,8
Toplam	16	100	16 100

Deney grubundaki kanser hastaların algılanan stres ölçeği ön test-son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Deney grubundaki kanser hastaların uyku kalitesi ön test-son test puan ortalamaları arasında anlamlı bir farkın olduğu ortaya çıkmıştır ($p<0.001$). Kontrol grubundaki kanser hastaların algılanan stres ölçeği ön test-son test puan ortalamaları arasında anlamlı farkın olmadığı tespit edilmiştir ($P=0.098$). Kontrol grubundaki kanser hastalarının uyku kaliteleri ön test-son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı görülmüştür ($p=0.356$) (Çizelge 4.2.).

Gruplara göre kanser hastalarının ön test algılanan stres puan ortalamaları arasında anlamlı farkın olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Gruplara göre kanser hastalarının son test algılanan stres puan ortalamaları arasında anlamlı farkın olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.542$). Gruplara göre kanser hastaların ön test uyku kaliteleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı ortaya çıkmıştır ($p=0.196$). Gruplara göre kanser hastaların son test uyku kaliteleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı belirlenmiştir ($p=0.528$) (Çizelge 4.2.).

Çizelge 4.2. Gruplara Göre Algılanan Stres ve Uyku Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Test İstatistiği	P*
ASO Ön Test	47.5 ± 5.07	41.56 ± 4.1	3.642	p<0.001
ASO Son Test	43.13 ± 4.77	44.25 ± 5.52	0.617	0.542
Fark	4.38 ± 2.85	-2.69 ± 6.09		
Test İstatistiği	6.143	1.763		
p**	p<0.001	0.098		
RCU Ön Test	51.09 ± 11.56	56.98 ± 13.51	1.324	0.196
RCU Son Test	58.65 ± 11.05	55.74 ± 14.46	0.639	0.528
Fark	-7.55 ± 5.27	1.24 ± 13.92		
Test İstatistiği	5.736	0.356		
p**	p<0.001	0.727		

*: Sample T testi; **: Paired T testi

5. TARTIŞMA

Kanser hastalarına uygulanan psikoeğitim programının hastaların uyku kalitesine ve algıladıkları stres düzeylerine olan etkisinin belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmanın bulguları literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1. Uyku Kalitesinin İlgili Bulguların Tartışılması

Deney grubundaki bireylerin uyku kalitesi ön test-son test puanları arasında fark incelendiğinde bireylerin uyku kalitelerinde bir artış gözlemlenirken, kontrol grubundaki bireylerin uyku kalitelerinin azaldığı ancak bunun istatistiksel olarak anlamı olmadığı belirlenmiştir. Uygulama sonunda deney ve kontrol grupları arasındaki farkın ise anlamlı olmadığı tespit edilmiştir.

Kaliteli uyku sağlıklı bireylere göre hastaların daha fazla ihtiyaç duyduğu bir durumdur (94). Yoğun stres gibi hastanın yaşadığı psikososyal sorunlar uyku kalitesini etkilemektedir (54). Uyku ihtiyacı fazla olan hastalıklardan biri kanserdir. Ancak kanserli bireylerin tanı ve tedavi sürecinden yaşadığı psikososyal sorunlar, tedavi düzeni, tedavi kaynaklı semptomlar gibi nedenler uyku kalitesinin düşmesi ile sonuçlanmaktadır (15,66). Arslan ve Fadılhoğlu (2009) tarafından yapılan Kanserde uyku sorunlarının yaşam kalitesi üzerine etkisi adlı çalışmada kanserli bireylerin uyku kalitelerinin hastalıktan önceye göre düşük olduğu ve hastalık ilerledikçe uyku kalitesinin daha da düştüğü görülmektedir (75). Pazarcıkcı (2017) kemoterapi alan kanser hastalarında uyku kalitesinin değerlendirilmesi dair çalışmalarında kemoterapi alan kanserli bireylerin uyku kalitesinin azaldığı belirtilmiştir (62). Literatür incelendiğinde kanserli bireylerin uyku kalitesinin kanser sürecinden olumsuz etkilendiği görülmektedir. Bu sebeple kanserli bireylerin uyku kalitesini artırmaya yönelik çalışmalar yapılması oldukça önemlidir.

Kanserli bireylerin deney ve kontrol grubu uyku kalitesi ön test arasındaki ilişki incelendiğinde, deney grubu algılanan düzeyi puanı 51.09 ± 11.56 , son test puanı ise 58.65 ± 11.05 olduğu ortaya çıkmıştır. Psikoeğitim sonucunda deney grubu uyku kalitesi puan ortalamasında belirli bir düzeyde artma olduğu görülmektedir. Bu sonuç ikinci araştırma sorumuza cevap niteliği taşımaktadır. Quesnel ve ark. (2003) metastatik

olmayan meme kanseri tedavisi gören kadınlarda uykusuzlukta bilişsel-davranışçı terapinin etkinliği çalışmasında meme kanseri olan hastalara uygulanan bilişsel davranışçı terapinin ardından uyku kalitesinde olumlu gelişmeler sağladığı tespit edilmiştir (95). Kuzu (2022) kakhaha yogasının hematolojik kanserli hastalarda uyku kalitesi, ağrı, anksiyete düzeyi ve fizyolojik parametrelere etkisi çalışmasında kakhaha yogası uygulanmış ve sonuçta hematolojik kanserli bireylerin uyku kaliteleri arttığı tespit edilmiştir (68). Nazik ve ark (2014) tarafından yapılan kemoterapi alan meme kanserli hastalarda progresif gevşeme egzersizlerinin uyku kalitesi ve ağrıya etkisi adlı çalışmada kemoterapi alan meme kanserli bireylere yapılan gevşeme egzersizlerinin uyku kalitesini artırdığı belirlenmiştir (70). Uyku kalitesine yönelik yapılmış bazı girişimlere yönelik çalışmalar incelendiğinde sonuçların yaptığımız çalışma ile benzer sonuçların elde edildiği görülmektedir.

Uyku kalitesinin artması kanserli bireylerin tedavi sürecinin daha olumlu geçmesi ve iyileşmesinin hızlanması açısından oldukça önemlidir (61,62). Pazarcıkcı (2017) kemoterapi alan hastaların kanserli bireylerin uyku kalitesinin değerlendirilmesi gerektiğini söylemiştir (62). Özlü (2015) hasta bireylerin uyku kalitesini olumsuz etkileyen durumların belirlenmesi ve belirli girişimlerde bulunulması gerektiğini belirtmiştir (61). Uyku kalitesini artırma adını verdiğimiz üçüncü oturumda uykuyu tanımlama, uyku ihtiyacı konular bu faktörler değerlendirilerek hasta ile tartışılmıştır. Kanserli bireylerin uyku kalitesinin arttırılması hedeflenmiştir. Bireylerin uykuyu doğru bir şekilde anlaması ve ihtiyacı kadar uykuyu almak için aile desteği ile çabalamasının, uyku kalitesinin artmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Güneş (2018) yılında uyku hijyenin uyku sağlıklı bir uykuda önemli bir faktör olduğunu söylemiştir (59). Kaliteli bir uyku ve uyku hijyenin sağlanması amacıyla uyku çevresinin, uyku zamanının ve besin alımının düzenlenmesi planlanarak bireyin zihinsel olarak uykuya hazırlanması amacıyla bireye anlatılmıştır. Birey verdiğimiz bu eğitim ile aile desteğini de alarak, uyku zamanını gece uyuyacak şekilde düzenlemiş, gece çay ve kahve gibi uykusunu olumsuz etkileyecek içecekler yerine, süt, yoğurt gibi uyumasına destek olabilecek besinleri tercih etmiş, belirli bir saatten sonra ortamın daha karanlık olması için düzenlemiş ve zihinsel olarak uykuya hazırlamıştır. Bireylerin

gerçekleştirdikleri bu durumların uyku kalitesinin artmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

5.2.Algılanan Stres Düzeyi ile İlgili Bulguların Tartışılması

Psikoeğitim programı sonucunda, deney grubundaki kanserli bireylerin algıladıkları stres düzeyi ön test-son test puanları incelendiğinde bireylerin algıladıkları stresin azaldığı görülürken, kontrol grubundaki bireylerin algıladıkları stresin arttığı ancak bunun istatistiksel olarak anlamı olmadığı belirlenmiştir. Uygulama sonunda deney ve kontrol grupları arasındaki farkın ise anlamlı olmadığı tespit edilmiştir.

Kanserli bireyler, tanı alma ile yoğun stres yaşadıkları bir süreçte girmektedir. Eşe ve Beydağ (2022) tarafından yapılan Jinekolojik kanserli hastalarda algılanan stres ile umut düzeyi ilişkisinin belirlenmesi adlı çalışmada kanserli bireylerin algıladıkları stresin yüksek olduğu tespit edilmiştir (31). Ayrıca Pakyüz ve ark.'nın (2019) (49) kemoterapi alan hastaların algıladıkları stres yüksek düzeyde bulmuş, Li ve ark. (2015) (90) hematolojik kanser hastalarının algıladıkları stres düzeyi yüksek olduğunu belirtmiş, Miaskowski ve ark. (2018) (91) kanser hastaları ile yaptığı çalışmada bireylerin algıladıkları stres düzeyinin yüksek olduğunu saptanmıştır. Stres ile ilgili yapılmış çalışmalar değerlendirildiğinde bireyin tanı, tedavi ve yatış süreçleri nedeniyle algıladıkları stresin yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca yoğun stres yaşayan bireylerin tedavi sürecine uyum sağlamada problem yaşadığı, iyileşme süreçlerinin olumsuz etkilendiği tespit edilmiştir (kaynak). Genel olarak literatür incelendiğinde kanserli bireylerin, strese yönelik psikoeğitim gibi bazı girişim ve müdahalelere ihtiyaç duyduğunu göstermektedir.

Kanserli bireylerin deney ve kontrol grubu algılanan stres düzeyi ön test arasındaki ilişki incelendiğinde, deney grubuna verilen psikoeğitimin algılanan stres puan ortalamasında belirli bir düzeyde azalma sağladığı tespit edilmiştir. Boesen ve ark. (2005) kutanöz malign melanomlu hastalara psikoeğitimsel müdahale: bir replikasyon çalışmasında verilen psikoeğitim sonucunda bireylerin streslerinin azaldığı tespit edilmiştir (86). Strese yönelik verdiğimiz eğitim ile yapılmış bu çalışma karşılaştırıldığında bireylere verilen psikoeğitimin stresi azalttığı belirlenmiş olup çalışmamızın literatür ile bu yönden benzer olduğu görülmektedir. Bu sonuç ikinci araştırma sorumuza cevap niteliği taşımaktadır.

Kanserli bireyde algılanan stresi azaltmak amacıyla belirli adımlar doğrultusunda eğitim planlanmış ve uygulanmıştır.

Psikoeğitim programının ilk oturumu olan kanser hakkında genel bilgilendirmede, kanserli bireylerin kanseri tanınması, aldığı tedavi hakkında bilgi sahibi olması, kullandığı tedaviler hakkında görüşüldü. Kanser hakkında bildikleri yanlış düşünceleri üzerinde duruldu. Özellikle kanserin ölüm olarak algılanması ve kansere yakalanan herkesin mutlaka öleceği düşüncesine sahip bireyler ile “kanser herkeste aynı etkiyi mi bırakır?” başlığında tartışılmıştır. Kanserli bireylerin yoğun stres yaşamasına neden olan bu durumlar hakkında konuşmak, bireylerin duygularını daha iyi ifade etmelerini, zihinlerinde oluşturdukları yanlış fikirlerin doğru olanlarla değiştirilmesi ve kanserin doğru yaklaşım ve mücadele ile çözülebileceği düşüncesinin kazandırılması sağlanmış olup bu durumun hastaların algıladıkları stresin azalmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Bireyin kanserli tanımlayabilmesi kadar önemli olan konulardan biri de kanserin neden olduğu stresi tanımlayabilmesi ve stres ile baş edebilmesidir. Eğitimin ikinci aşamasını oluşturan strese yönelik algının değiştirilmesi, kanserde semptom yönetimi, tedaviye uyum ve kanser ile baş etmede oldukça önemli bir faktördür. Stresin tanımlanması, stresi oluşturan faktörler, stresin fiziksel, sosyal ve ruhsal belirtileri hakkında kanserli bireylere eğitim verilmiş, stres ile baş etme yöntemleri ve rahatlama ilgili belirli yaklaşımlar hastaya gösterilmiştir. Ayrıca geçmişte stres ile baş etme yollarını keşfetmesine yönelik hasta ile konuşulmuş, kanser ile ortaya çıkan stresin çözümlenmesinde kullanılabilmesi hasta ile tartışılmıştır. Kanserli bireylerin belirlizamanlarda ortaya çıkan stresi fark etmesi, stres ile baş etmek amacıyla hastaya önerilen solunum egzersizleri gibi yöntemleri kullanması ve geçmişteki stres ile baş etme yollarını uygulamasının algıladıkları stresin azaltılmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

Kanser hastalarına uygulanan psikoeğitim programının hastaların uyku kalitesine ve algıladıkları stres düzeylerine olan etkisinin belirlemek amacıyla yaptığımız bu çalışmada;

Deney grubundaki bireylerin algıladıkları stres düzeyin ön test puanının son test puanına göre anlamlı bir şekilde azaldığı ($p<0,001$),

Uyku kalitesi ön test puanının son test puanına göre anlamlı bir şekilde arttığı tespit edilmiştir ($p<0,001$).

Kontrol grubundaki bireylerin algıladıkları stres düzeyin ön test puanı ile son test puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ($p>0,005$),

Uyku kalitesi ön test puanı son test puanı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($p>0,005$).

6.2.Öneriler

- Kanser tanılı bireylerin belirli periyotlarda biyopsikososyal açıdan değerlendirilmesi ve tanı ve tedavi sürecinde ihtiyaçlarının belirlenmesinin,
- Kanser tanılı bireylerde, birey özgü stresörlerin tespiti, etkin baş etme stratejilerinin ve gevşeme egzersizlerinin öğretilmesinin,
- Kanser tanılı bireylerde, uyku durumunun belirlenmesinin ve uyku kalitesinin artırılmasının,
- Kanser tanılı bireylerin algıladıkları stres düzeyini azaltmak uyku kalitesini artırmak amacıyla örneklem ve evren büyüklüğü daha fazla olan ve farklı terapötik tekniklerin kullanıldığı çalışmaların yapılmasının,
- Kanser tanılı bireylerin özel ihtiyaçlarına yönelik yeni ve etkili psikoterapötik müdahalelerin geliştirilmesinin ve bu müdahalelerin deneysel çalışmalar ile uygulanmasının gerekli olduğu düşünülmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Özel Y, Özkan B. (2020). Kayıp ve Yasa Psikososyal Yaklaşım. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12 (3), 352-367.
2. Karataş H. (2019). Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği Geliştirilmesi Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması (Master's Thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
3. Sürme Y. (2019). Stres, Stresle İlişkili Hastalıklar ve Stres Yönetimi. *Journal Of International Social Research*, 12(64)
4. Aydemir T, Çetin, Ş. (2019). Kronik hastalıklar ve psikososyal bakım. *Journal of Anatolian Medical Research*, 4(3), 109-115.
5. Arslan Y, Yazıcı G. (2021). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hastaların Psikososyal Bakım Konusunda Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliğine Olan Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 92-105.
6. Kıyak M, Ozkaraman A. (2022). Kanser Sonrası Yaşam: Sağ Kalanların Gereksinimleri. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(1), 99-104.
7. Yaman Ö, Aygin D. (2020). Neuman Sistemler Modeli'ne Göre Kolon Kanseri Olan Bir Hastanın Hemşirelik Bakımının İncelenmesi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(1), 127-136.
8. Şen SK, & Öztürk YK. (2020). Sağlık Algısı ile Kanser Taraması Farkındalığı Arasındaki İlişki. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 24(4), 175-183.
9. Yılmaz M, Yazgı ZG. (2019). Onkoloji Hastalarının Yaşadığı Psikososyal Sorunlarla Baş Etmesinde Hemşirenin Rolü. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), 60-70.
10. Bakır N, Demir C. (2020). Hemşirelerin Meme Kanseri, Kendi Kendine Meme Muayenesi ve Mamografiye İlişkin İnançlarının Belirlenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(3), 266-271.
11. Şentürk S, Bıçak D, Derya A. (2018). Kanserli Hasta Yakınlarının Yaşadıkları Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(1), 35-39.
12. Akeren Z, Hintistan S. (2021). Kanser Hastalarının Semptom Yönetiminde Aromaterapi Kullanımı. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 4(3), 136-154.
13. Tolasa AG, Tokem Y. (2022). Kanser Hastalarındaki Bakım Gereksinimlerinin Karşılmasında Hemşirelik Uygulamalarının Etkinliğinin İncelenmesi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(2), 215-221.
14. Özdemir S, Dinçbaş FÖ, Atkover G, Özbek Ö, Özmen M. (2011). Radyoterapi Uygulanan Kanser Hastalarının Psikososyal Özellikleri ve Radyasyon Onkologundan Beklentileri. *Türk Onkoloji Dergisi*, 26(1), 12-17.
15. Bahar A, Ovayolu Ö, Ovayolu N. (2019). Onkoloji Hastalarında Sık Karşılaşılan Semptomlar ve Hemşirelik Yönetimi. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(1), 42-58.
16. Çolak S, Vural F, Bilik Ö. (2022). Prostat Kanseri Hastaların Yaşadıkları Psikososyal Sorunlar ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 15 (2), 233-239.
17. Şahin H, Kocamaz D, Yıldırım M. (2020). Kanser Sürecinde Psikolojik Sorunlar ve Psiko-Onkoloji. *Zeugma Health Res*, 2(3), 136-141.
18. Albayrak A, Yıldırım İ, Emine K. (2019). Kanser Hastalarında Yaşam Bakımları Din ve Maneviyat Üzerine Teorik Yaklaşımlar. *Sakarya Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 21 (40), 349-376.
19. Güleç G, Büyükkınacı A. (2011). Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 343-367.
20. Savaş E. (2020). Psiko-onkoloji & Güncel Yaklaşımlar. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 7(2), 15-22.
21. Üzümlü G, Nehir Türkmen S. (2019). Kanser Hastalarında Psiko-eğitimin Problem Çözme Becerisine Etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 10(1), 75-81.

22. Deniz EB. (2022). Kanser Epidemiyolojisi. Turkey Health Literacy Journal, 3(2), 102-111.
23. Baykara O. (2016). Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(3), 154-165.
24. Aliustaoğlu M. (2009). Temel Kanser Fizyopatolojisi. Klinik Gelişim, 22(3), 46-49.
25. ÖZER S. Olgu Senaryolarıyla İç Hastalıkları Hemşireliği. İstanbul. İstanbul Tıp Kitabevi; 2021
26. Arayıcı ME, Başbınar Y, ELLİDOKUZ H. (2021). İnsan Kanserlerinin Etiyolojisinde Gen-Çevre Etkileşiminin Rolü. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 8(2), 30-37.
27. Alar T, Şahin EM. (2012). Akciğer Kanseri: Birinci Basamakta Tanı, Tedavi ve Korunma; Lungcancer: Diagnosis, Treatment and prevention in Primary care. Smyrna Tıp Derg, 68-74.
28. Globocan 2020, IARC. URL: <https://gco.iarc.fr/today/hom>
29. Özdağ S, İnkaya BV. (2021). Kanser Hastalarının Ağrı ve Kaygı Yönetiminde Sanal Gerçeklik Teknolojisi Kullanımı. Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi, 4(2), 44-51.
30. Cancer Keyfacts. 3 February 2022.WHO. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
31. Eşe, U, Beydağ KD. Jinekolojik Kanserli Hastalarda Algılanan Stres ile Umut Düzeyi İlişkisinin Belirlenmesi. Bandırma On yedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi, 4(2), 103-110.
32. Güliden A, Zülfinaz Ö, Turan GB. (2020). Kanser Hastalarında Umutsuzluk ve Manevi Bakım Algısının Değerlendirilmesi. Journal of Contemporary Medicine, 10(2), 266-274.
33. The Global Cancer Observatory –AllRightsReserved - March, 2021. URL: <https://gco.iarc.fr/>
34. Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolşık B. Pediatri Hemşireliği Kitabı. Ankara, Akademisyen Kitabevi, 2013.
35. Akdemir N. İç Hastalıkları Hemşireliği ve Hemşirelik Bakımı. Ankara. Akademisyen Kitabevi; 2021
36. Turhan K, Göksel T. (2017). Akciğer Kanseri 8. TNM Evreleme Sistemi. Toraks Bülteni.
37. Ünverdi ÖF, Demir A. (2019). Baş Boyun Kanseri Evrelemesine Güncel Bir Bakış: Geçmiş Kriterlerin Güncel Kriterlerle Karşılaştırmalı Analizi. A Perspective on Head and Neck Cancer Staging: Comparative Analysis of Past Criteria with Updated Criteria. Kocaeli Tıp Dergisi, 8(1), 67-73.
38. Akman C, Bakan S. (2014). Akciğer Kanseri Evreleme: Yenilikler.
39. Çelik AS. (2014). Radyoterapi Sonucu Gelişen Yan Etkiler ve Hemşirelik Yaklaşımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(3), 933-947.
40. Aydoğan F, Uygun K. (2011). Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler. Klinik Gelişim, 24(3), 4-9.
41. Ökçesiz A, Bucurgat ÜÜ. (2017). Sitotoksikite Çalışmalarında Kök Hücre. Journal of Faculty of Pharmacy of Ankara University, 41(2), 1-14.
42. Murat, A. (2022). Kök Hücre; Tanımı ve Genel Özellikleri, Kullanım Alanları, Tarihi, Yüzey Belirteçleri. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 31(2), 87-93.
43. Yıldırım NK, Kaçmaz N, Özkan M. (2013). İleri Evre Kanseri Hastalarının Karşılanmamış Bakım Gereksinimleri. Journal of Psychiatric Nursing, 4(3), 153-158.
44. Ülger E, Alacacioğlu A, Gülseren AŞ, Zencir G, Demir L, Tarhan MO. (2014). Kanserde Psikososyal Sorunlar ve Psikososyal Onkolojinin Önemi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 28(2), 85-92.
45. Gemalmaz A, Avşar G. (2015). Kanseri Tanısı ve Sonrası Yaşananlar: Kalitatif Bir Çalışma. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 12(2), 93-98.
46. Kanat BB, Özpolat AGY. (2016). Kanseri Hastalarında Travma Sonrası Büyüme Kavramı. Turkish Journal Of Clinic and Laboratory, 7(4), 106-110.
47. Bahar A. (2010). Kanseri Hastalarına Psikososyal Yaklaşım. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 10(1), 105-111.
48. Smaldone MC, Uzzo, RG. (2013). The Kubler-Ross Model, Physician distress, and Performance Reporting. Nature Reviews Urology, 10(7), 425-428.

49. Pakyüz SÇ, Çaydam ÖD, Şahin CK. (2019). Sitotoksik Kemoterapi Alan Hastalarda Stres Belirtileri ve Düzeyi ile Baş Etme Yöntemleri Arasında İlişki Var mıdır? *Journal of Academic Research in Nursing*, 5(1), 1-9.
50. Serbest Z. (2022). Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Stres Yaratan Durumlar ve Stresle Baş Etme Stratejileri.
51. Güner R. (2023). Kanserli Hastalarda Özgecili ile Stresle Başa Çıkma Arasındaki İlişki. (Master's thesis, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
52. Özel Y, Karabulut AB. (2018). Günlük Yaşam ve Stres Yönetimi. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 48-56.
53. Kerman KT, Bahar Z. (2019). Stresle Baş Etmede Hemşirelerin Kullandığı Kanıt Çalışmaları. *Türkiye Klinikleri Public Health Nursing-Special Topics*, 5(1), 78-83.
54. Gürbüz NB. (2020). Algılanan Stres ve Uyku Kalitesi (Tıpta Uzmanlık, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı).
55. İbrahimoglu S. (2022). Kök Hücre Nakli Planlanan Kanser Hastalarının Sosyal Destek Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları (Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı)
56. Timuroğlu MK, Yılmaz B. (2019). Stres ve Girişimcilik Niyeti. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 33(3), 699-714.
57. Balaban J. (2000). Temel Eğitimde Öğretmenlerin Stres Kaynakları ve Başa Çıkma Teknikleri. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 7(7), 188-195.
58. Bozkurt C, Berna A, Sınmaz T. (2020). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Yorgunluk Düzeyi ile Uyku Kalitesinin İlişkisi. *Osmangazi Tıp Dergisi*.
59. Güneş Z. (2018). Uyku Sağlığının Korunmasında Uyku Hijyenin Rolü ve Stratejileri. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 27(2), 188-198.
60. Doğan F. (2021). Akciğer Kanseri Bireylerde Dispne ile Uyku Kalitesi Arasındaki İlişki.
61. Özlü Z K, Özer N. (2015). Richard-Campbell Uyku Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Journal Of Turkish Sleep Medicine*, 2(2)
62. Pazarcıkcı F. (2017). Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(1), 11-21.
63. Şahin L, Aşçıoğlu M. (2013). Uyku ve Uykunun Düzenlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(1), 93-98.
64. Sakman Z. (2019). Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi (Master's thesis, Hasan Kalyoncu Üniversitesi).
65. Carley DW, Farabi SS. (2016). Uyku Fizyolojisi. *Diyabet spektrumu: Amerikan Diyabet Derneği'nin bir yayını*, 29 (1), 5).
66. Cebeci Özenel N. (2020). Gebelikte Uyku Kalitesi ve Prenatal Bağlanma ile İlişkisi (Master's thesis, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
67. Türkmen SN, Çam MO. (2012). Miyokard Enfarktüsü Geçirmiş Hastalarda Psikoeğitimin Psikososyal Uyum Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 3(3).
68. Kuzu S. (2022). Kahkaha Yogasının Hematolojik Kanseri Hastalarda Uyku Kalitesi, Ağrı, Anksiyete Düzeyi ve Fizyolojik Parametrelere Etkisi (Master's thesis, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
69. Demirbaş E, Kaya Y. (2022). Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastaların Anksiyete, Depresyon Düzeyleri ve Stresle Baş Etme Yöntemleri ile Uyku Kalitesi Arasındaki İlişki. *Black Sea Journal of Health Science*, 5(3), 344-355.
70. Kabak T, Solak Ü, Avşar G. (2022). Kanseri Bireylerde Uyku Kalitesini Artırmaya Yönelik Yapılan Hemşirelik Girişimleri: Sistemik Derleme. *Güncel Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 2(1), 19-29.

71. Nazik E, Öztunç G, ŞAHİN B. (2014). Kemoterapi Alan Meme Kanseri Hastalarında Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Uyku Kalitesi ve Ağrıya Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(3), 171-178.
72. Kim H, Lee YW, Ju HJ, Jang BJ, Kim YI. (2019). An Exploratory Study on The effects of Forest Therapy on Sleep quality in Patients with Gastrointestinal tract Cancers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(14), 2449.
73. Lafcı D. (2018). Meme Kanseri, Uyku ve Müzik Tedavisi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 44(1), 61-64.
74. Kızıllırmak D, Göktalay T, Gülteki Ö, Havlucu Y, ÇELİK P. (2021). Akciğer Kanserinin ve Kemoterapinin Uyku ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*, 35(2), 82-90.
75. Arslan S, Fadiloğlu Ç. (2009). Kanserde Uyku Sorunlarının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 11(2), 16-27.
76. Pınar ŞE, Arslan Ş, Polat K, Çiftçi D, Cesur B, Dağlar G. (2014). Gebelerde Uyku Kalitesi ile Algılanan Stres Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(3), 171-177.
77. Şengün F, Üstün B, Altıok HÖ. (2011). Kanıta Dayalı Uygulama: Psikoeğitim. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 27(3), 66-74.
78. Ünüvar E. (2017). Erken Evre Kanseri Hastalarında Psikoeğitimin Anksiyete ve Depresyon Üzerindeki Etkisi (Master's Thesis, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
79. Bostancı N, Buzlu S. (2012). Psychoeducation Intervention to Improve Adjustment to Cancer Among Turkish Stage I-II Breast Cancer Patients: A Randomized Controlled Trial. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(10), 5313-5318.
80. Gündoğan T. (2017). Depresyon Hastalarında Psikolojik Dayanıklılık Odaklı Psikoeğitimin Etkileri. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*.
81. Yavuz ME, Gürsoy A. (2021). Kanseri Hastalara Verilen Eğitimin Öz Bakıma Etkisi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 4(2), 273-279.
82. Yastıbaş C, DİRİKG. (2018). Kanseri ve Farkındalık Temelli Müdahale Programları: Sistematik Derleme. *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar*, 10(3), 385-403.
83. Setyowibowo H, et al. (2022). Psychoeducation for Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Breast*, 62, 36-51.
84. Younis MAR, Othman A, Norsa'adah B. (2020). Psychoeducation and Intervention Programme for Women with Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *MedSci*, 24(104), 2110-2118.
85. Toğluk S, Kavak Budak F. (2023). Kemoterapi Alan Bireylerde Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Psikoeğitimin Öfke Kontrolü ve Ölüm Anksiyetesine Etkisi. *YÖK Tez, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*.
86. Boesen EH, Et Al. (2005). Psychoeducational Intervention For Patients With Cutaneous Malignant Melanoma: A Replication Study. *Journal of Clinical Oncology*, 23(6), 1270-1277.
87. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. (1983). A Global Measure Of Perceived stress. *Journal of health and Social behavior*, 385-396.
88. Eskin M, Harlak H, Demirkıran F, Dereboy Ç. (2013, October). Algılanan Stres Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Güvenirlik ve Geçerlik Analizi. In *New/Yeni Symposium Journal* (Vol. 51, No. 3, pp. 132-140).
89. Richards K. (1987). Techniques For Measurement Of Sleep in Critical Care. *Focus Crit Care*; 14:34-40.
90. Li Y, Yang Y, Zhang R, Yao K, Liu Z. (2015). The Mediating Role Of Mental Adjustment in the Relationship Between Perceived Stress And Depressive Symptoms In Hematological Cancer Patients: A Cross-Sectional study. *Plos One*, 10 (11), 45-86. Doi: 10.1371/Journal.Pone.0142913
91. Miaskowski C, et al. (2018). Associations Between Perceived Stress and Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy And Toxicity in Adult Cancer Survivors. *Journal of Pain And Symptom Management*, 56(1), 88-97. Doi: 10.1016/J.jpainsymman.2018.02.021

92. Kurt AS, Savaşer S, Kurt A. (2011). Kanserli Adölesanların Algılanan Stres Düzeyine Re-Mission Video Oyununun Etkisi. Florence Nightingale Journal of Nursing, 19(3), 153-160.
93. Pehlivan S, Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç. (2013). Kanser, Kültür ve Hemşirelik. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, (4), 168-174.
94. Durmaz MÖ, Öztepe K. (2022). Cerrahi Uygulanan Hastalarda Aromaterapi Uygulamalarının Uyku Kalitesine Etkisi. (Artuklu International Journal of Health Sciences.)
95. Quesnel C, Savard J, Simard S, Ivers H, Morin CM. (2003). Efficacy Of Cognitive-Behavioral Therapy for İnsomnia in Women Treated For Nonmetastatic Breast Cancer. Journal Of Consulting and Clinical Psychology, 71(1), 189.



8. EKLER

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

ANKET FORMU

1. Yaş:
2. Cinsiyet:
☐ Kadın ☐ Erkek
3. Hastanın yaşadığı yer:
☐ Şehir ☐ İlçe ☐ Köy
4. Medeni Hal:
☐ Evli ☐ Bekar ☐ Dul
5. Eğitim Durumu:
☐ Okur yazar Değil ☐ Okur Yazar ☐ İlköğretim
☐ Ortaöğretim ☐ Üniversite
6. Gelir Durumu:
☐ Düşük ☐ Orta ☐ İyi
7. Hasta kimle yaşamaktadır:
☐ Yalnız ☐ Eş ☐ Çocuk ☐ Eş ve çocuk ☐ Anne, baba veya kardeş
8. Aile Tipi:
☐ Çekirdek Aile ☐ Geniş Aile ☐ Kalabalık Aile
9. Ailesi ile ilişkisi durumu:
☐ Düşük ☐ Orta ☐ İyi
10. Hastalık tanısı:
11. Hastanede kalış süresi:
12. Hastalık tansı kaç yıldır alınmış:
13. Tedavi şekliniz:
☐ Kemoterapi ☐ Radyoterapi ☐ Cerrahi ☐ Diğer
14. Başka kronik hastalık durumu: ☐ Yok ☐ Var
15. Psikolojik olarak kendini değerlendirme:
☐ Düşük ☐ Orta ☐ İyi
16. Psikolojik yardım alma durumu
☐ Evet ☐ Hayır

Ek 2. Algılanan Stres Ölçeği Formu

	Hiçbir Zaman	Neredeyse Hiçbir Zaman	Bazen	Oldukça Sık	Çok Sık
1. Gecen ay, beklenmedik bir şeylerin olması nedeniyle ne sıklıkta rahatsızlık duydunuz?					
2. Gecen ay, hayatınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi ne sıklıkta hissettiniz?					
3. Gecen ay, kendinizi ne sıklıkta sinirli ve stresli hissettiniz?					
4. Gecen ay, ne sıklıkta gündelik zorlukların üstesinden başarıyla geldiniz?					
5. Gecen ay, hayatınızda ortaya çıkan önemli değişikliklerle etkili bir şekilde başa çıktığınızı ne sıklıkta hissettiniz?					
6. Gecen ay, kişisel sorunlarınızı ele alma yeteneğinize ne sıklıkta güven duydunuz?					
7. Gecen ay, her şeyin yolunda gittiğini ne sıklıkta hissettiniz?					
8. Gecen ay, ne sıklıkta yapmanız gereken şeylerle başa çıkamadığınızı fark ettiniz?					
9. Gecen ay, hayatınızdaki zorlukları ne sıklıkta kontrol edebildiniz?					
10. Gecen ay, ne sıklıkta her şeyin üstesinden geldiğinizi hissettiniz?					
11. Gecen ay, ne sıklıkta kontrolünüz dışında gelişen olaylar yüzünden öfkelenediniz?					
12. Gecen ay, kendinizi ne sıklıkta başarmak zorunda olduğunuz şeyleri düşünürken buldunuz?					
13. Gecen ay, ne sıklıkta zamanınızı nasıl kullanacağınızı kontrol edebildiniz?					
14. Gecen ay, ne sıklıkta problemlerin üstesinden gelemeyeceğiniz kadar biriktiğini hissettiniz?					

EK 3. Richards- Campbell Uyku Ölçeği

Richards- Campbell Uyku Anketi

Aşağıda her bir uyku ifadesi için 0 ila 100 arasında puanlanan bir çizelge verilmiştir. Bu çizelgede “0” her bir ifade için en kötü duruma, “100” en iyi duruma karşılık gelmektedir. Lütfen her bir ifade için dün geceki uyku algınızı verilen çizelge üzerinde derecelendiriniz

1-Dün gece uykum

Hafifti

Derindi

0---5---10---15---20---25---30---35---40---45---50---55---60---65---70---75---80---85---90---95---100

2-Dün gece uykuya dalma

Zar zor

Neredeyse yatar

Uykuya daldım

yatmaz uydum

0---5---10---15---20---25---30---35---40---45---50---55---60---65---70---75---80---85---90---95---100

3-Dün gece uyanma sıklığı

Bütün gece

Çok

Döndüm durdum

Uyanmadım

0---5---10---15---20---25---30---35---40---45---50---55---60---65---70---75---80---85---90---95---100

4-Dün gece uyanık kalma süresi

Ne zaman uyanısam

Ne zaman uyanısam

ya da uyandırılısam

ya da uyandırılısam

uyuyamadım

hemen uyudum

0---5---10---15---20---25---30---35---40---45---50---55---60---65---70---75---80---85---90---95---100

5-Dün gece uykunun kalitesi

Kötü bir geceydi

Güzel bir geceydi

Neredeyse hiç uyumadım

hiç uyanmadım

0---5---10---15---20---25---30---35---40---45---50---55---60---65---70---75---80---85---90---95---100

6-Dün gece gürültü seviyesi

Gece gürültü çok fazlaydı

Gece gürültü çok azdı

0---5---10---15---20---25---30---35---40---45---50---55---60---65---70---75---80---85---90---95---100

Toplam uyku algısı

Richards-Campbell Uyku Ölçeğinin Toplam Puanı:

Ek 4. Psikoeğitim İçeriği

Ek 4.1. Kanser Hakkında Genel Bilgilendirme



**KANSER HAKKINDA
GENEL
BİLGİLENDİRME**

hazırlayan: Musa PAÇA

Kanserin Tanımı:

- Kelime anlamı olarak kanser, bir organ veya dokudaki hücrelerin düzensiz olarak bölünüp çoğalmasıyla beliren kötü ırlara denir.
- Çok çeşitli kanser tipleri olmasına rağmen, hepsi anormal hücrelerin kontrol dışı çoğalması ile başlamaktadır.
- Tedavi edilmez ise ciddi rahatsızlıklara, hatta ölüme dahi neden olabilmektedir.
- Bu sebeple hastalığa yakalandığınız bu süreçte doğru bilgileri öğrenmek ve tedavinize aktif olarak katılmanız hastalığı yenmeniz açısından önemlidir.



Sık kullanılan tedavi yöntemleri:

a) Kemoterapi:

- Kemoterapi, kanser hücrelerini yok etmek veya bu hücrelerin büyümesini kontrol altına almak için anti kanser ilaçlar kullanılarak yapılan tedavidir.
- Kemoterapi uygulamadaki amaçlar:
 1. Hastalığı tedavi etmektir.
 2. Kanser hücrelerinin çoğalmasını önleyip, yayılmasını yavaşlatarak hastalığın kontrol altına alınmasını sağlamaktır.
 3. Hastalığa bağlı şikâyet ve belirtileri ortadan kaldırarak kişinin yaşam kalitesini artırmaktır.
 4. Cerrahi veya radyoterapi sonrası uygulandığında hastalık nüksünü azaltmaktır.
 5. Cerrahi veya radyoterapi öncesi uygulanarak yapılacak lokal tedavileri kolaylaştırmaktır.



Sık kullanılan tedavi yöntemleri:

b) Radyoterapi:

- Işın tedavisi olarak da adlandırılan radyoterapi, kanser hücrelerini öldürmek için kullanılan bir tedavi yöntemidir.
- Radyoterapi, vücutta tümör olan bölgenin sınırları kesin olarak belirlenip çizim yapılarak hassas bir şekilde sadece o bölgeye uygulanmaktadır.
- Ağrı veya acıya neden olan bir işlem değildir.
- Işının verilmesi için, aynen röntgen filmi çektirir gibi bir uygulama yapılmaktadır.

Kanser Tedavisinde Kullanılan ilaçların Yan Etkileri:

1. Yorgunluk:
 - Bu yüzden hastanın yorgunluğuna sebep olan şey tam olarak belirlenmeli ve buna göre tedavi uygulanmalıdır.
2. Bulantı Kusma:
 - Alınan kemoterapi veya radyoterapi sonrası görülebilir. Bu durumda bir uzmana baş vurmak gerekebilir.
3. Kabızlık veya İshal:
 - Kabızlık veya ishal durumunda yeme içme düzenlenmelidir.
 - İshalin arttığı durumda bol sıvı tüketilmelidir. Bir uzmana başvurmak önemlidir.

Kanser Tedavisinde Kullanılan ilaçların Yan Etkileri:

4. Saç Dökülmesi
 - Alınan kemoterapi veya diğer tedaviler sonucunda görülebilir. Tedavi sonrasında genellikle düzelmektedir.
5. Enfeksiyon Riski:
 - Alınan tedaviler bağışık sistemini düşürdüğünden temizliğe dikkat etmek, dengeli beslenmek, bol sıvı tüketmek ve ateş yükselmesi, aşırı üşüme, öksürme gibi durumlarda bir uzmandan destek almak önemlidir.
6. Cilt Problemleri:
 - Size verilmiş olan tedavilerden özellikle radyoterapi uygulanan bölgede görülebilmektedir.
 - Cilt problemi olan bölgeyi ılık bir su ile ovalamadan yıkamak önemlidir.
 - Cilt problemleri artar ise doktorunuza danışmanız gerekmektedir.
7. Ağrı:
 - Ağrının hafifletilmesi için en temel yöntem analjezik kullanmaktır.
 - Ağrının artması durumunda bir uzmana danışmanız gerekmektedir.

Kanserde doğru bilinen yanlışlar:

1. Stres ve Üzüntü Kanser Yapar:
 - Stresin direkt kansere neden olduğuna dair bir çalışma yoktur.
 - Ancak kanser oluşumunda etkili olabilir.
2. Biyopsi Kanseri Hızlandırır:
 - Biyopsi, kanser tanısının konulmasında çok önemli bir yöntemdir.
 - Biyopsi yapıldığında hastalığın sıçradığı, kötüleştiği ya da dağıldığına ilişkin korkular ortaya çıksa da bu korkuları destekleyen bilimsel çalışmalar bulunmamaktadır.
3. Kanser Bulaşıcıdır:
 - "Kanser" enfeksiyon hastalıkları gibi bulaşıcı bir hastalık değil.
 - Bu nedenle kanserli hasta ile günlük yakın temas kansere yakalanma açısından risk oluşturmamaktadır.
4. Kemoterapi Hastaları Sürekli Maske Kullanmalıdır:
 - Kemoterapi hastalarının sürekli maske takmasının koruyuculuk oranı oldukça düşük.
 - Önemli olan kamuya açık kalabalık ortamlarda mikroplardan korunmaktır.
 - Bu nedenle sadece kalabalık bir ortama girilecekse maske takmak yeterlidir.

Kanser herkeste aynı etkiyi mi bırakır?

- Parmak izlerimizin aynı olmadığı gibi başımıza gelen herhangi bir hastalık da hepimizde aynı etkiyi bırakmaz.
- Kanser de başımıza gelen diğer hastalıklar gibidir.
- Bazı kanser türlerinin seyirleri oldukça yavaş olabilmektedir.
- Erken evre tümörler ve bazı kanser türleri tedaviye iyi yanıt vererek tamamen iyileşebilmektedir.

Taburculuk ve sonrası:

- Size önerilene tedavileri evde kullanmanız gerekir.
- Dengeli beslenmek ve bol sıvı tüketmek iyileşme sürecinizi olumlu etkileyecektir.
- Herhangi bir yan etki ile karşılaştığınızda bir doktorunuza mutlaka bildirmelisiniz.
- Egzersiz yapmak iyileşme sürecinizi olumlu yönde etkileyecektir.
- Stresten uzak tutmak ve düzenli bir uyku uyumak iyileşme sürecinizi olumlu yönde etkileyecektir.



Ek 4.2. Strese Yönelik Algıyı Değiştirmek



**STRESE YÖNELİK
ALGIYI DEĞİŞTİRMEK**

Hazırlayan: Musa PAÇA

a) Stresin tanımı ve hastanın stres kaynakları:

- Stres; günlük yaşam rutininde değişikliğe neden olan, uğraşılması zor bulunan bir duruma tepki olarak içsel yaşanan deneyim olarak da tanımlanmaktadır.
- Stres, hayatımızın pek çok döneminde başa çıkmak zorunda kaldığımız yıpratıcı sorunlardan biridir.

b) Stresin fiziksel, psikolojik ve davranışsal belirtileri:

1. Stresin fiziksel belirtileri:

- Yorgunluk, uyuşukluk, çarpıntı, nabızın yükselmesi, hızlı ve yüzeysel solunum, kas gerginliği ve ağrıları, titreme, seğirme, tik, mide yanması, hazımsızlık, diyare, konstipasyon, sinirlilik, ağız kuruluğu, aşırı terleme, el ve ayaklarda soğuma, deri döküntüleri, kaşıntı, tırnak yeme, sık idrara çıkma vb.

2. Stresin psikolojik belirtileri:

- Sinirlilik, sabırsızlık, öfke, düşmanlık, endişe, kaygı, panik, huzursuzluk, üzüntü, gerilim, hafızada zayıflık, karar vermede güçlük, aşırı hassasiyet, sık sık hayal kurma, ölüm ve intihar düşüncelerinin sık sık tekrarlaması, uyku bozukluğu, depresyon vb.

3. Stresin davranışsal belirtileri:

- Aşırı hareketlilik ya da tam tersi davranış sergileme, huzursuzluk, öfke patlamaları, konsantrasyon sorunu, tartışmaya yatkınlık, ağlama krizi, dinleme yeteneğinin bozulma, uyku problemleri vb.

c) Stres ile baş etme stratejileri ve rahatlatma teknikleri:

Stres ile baş etmede genellikle iki temel yaklaşımdan biri kullanılır:

1. Sorun odaklı baş etme:

- Bu yöntemi kullanan kişiler sorunlarının sebebi ile uğraşmaya çalışmaktadır.
- Hastalık hakkında bilgi edinme, hastalıklarını yönetmek için yeni beceriler geliştirme ve hastalığa ilişkin çevresel faktörleri yeniden düzenleyerek yapmak örnek verilebilir.

2. Duygu odaklı baş etme:

- Stresin altında yatan nedenlerden çok stresin yarattığı duygu ve düşünce üzerinde değişiklik yaparak stresle baş etmeyi sağlayan bir strateji olarak değerlendirilmektedir.

Stresin azalması için aşağıdaki rahatlatma teknikleri kullanılabilir:

1. Olumlu Düşünmek:

- Kendimize yaptığımız olumsuz konuşmalar veya düşünceler sürekli devam ettikçe olumlu hale dönüşmesi zorlaşmaktadır.
- Olumsuz düşüncelerimizin farkına varmak ve olumlu düşünmeye çalışmak hem stresi azaltmaya yardımcıdır hem de sağlıklı kararlar almamızı sağlamaktadır.

2. Başka Konulara Yoğunlaşmak

- Yaşanan korku, tedirginlik, kızgınlık gibi duygular üzerinde odaklaşmak yerine, elde etmeyi istediğiniz sonuç üzerine yoğunlaşabiliriz.
- Sürekli yaşanan olumsuzlukları düşünmek stresi artırarak daha da olumsuz hale gelecektir.

3. Geçmiş Başarılardan Söz Etme:

- Anılarınızı (hatıralarınızı) gözünüzde canlandırın.
- Bugüne kadar birçok problemle karşılaştınız. Ancak şu ana kadar birçoğuna aştınız.
- Bunu yaparken de aklınızı ve yeteneklerinizi kullandınız.
- Şu an da geçmişte yaşadığınız problemlere benzeyen bir durum ile karşılaştınız.
- İçinizdeki gücü keşfedin. Aklınızı ve yeteneklerinizi kullanın mutlaka size bir kapı açılacaktır.

4. Solunum Egzersizi

- Gözlerinizi kapatın ve dikkatinizi solunumunuz üzerinde yoğunlaştırın.
- Burnunuzdan derin bir soluk alıp, ağızınızdan verin. Aldığınız nefesle göğüs kafesinizi değil, karnınızı balon gibi şişirin.
- Omuz ve boyun kaslarınızı olabildiğince gevşetin.
- Çok kısa bir zaman içinde gerginliğin vücudunuzdan kayıp gittiğini fark edeceksiniz.





d) Hastanın sosyal faaliyetlere katılımının desteklenmesi:

- Stresinizin azalması için sevdiğiniz aktiviteleri yapabilirsiniz.
- Film izlemek, yürüyüş yapmak, sohbet etmek veya sizin seçtiğiniz başka bir aktivite bunlardan biri olarak kullanılabilir.

Ek 4.3. Uyku Kalitesini Artırma



Uyku Kalitesini Artırma

Hazırlayan: Musa PAÇA



a) Uyku Nedir?

- Uyku tüm memelilerde, kuşlarda ve balıklarda gözlenen doğal dinlenme biçimidir.
- Bu canlılar günlük işlevlerini gerçekleştirebilmek için uykuya ihtiyaç duyarlar.



b) Ne Kadar Uykuya İhtiyacımız Var?

- Uyku gereksinimi yaşam döngüsü boyunca kişiden kişiye değişmekle beraber yetişkinlerin bir günde ortalama bir gecede 7-8 saat yeni doğanların 16-18 saat, okul öncesi çocukların 11-12 saat ve okula giden çocukların en az 10 saat uyuması önerilmektedir.

c) Uyku Hijyeni Nedir?

- Uyku hijyeni uyku kalitesini artırmak için kullanılan uygulamalardır.
- Gece boyunca uyku kalitesini geliştirmek için gerekli olan günlük uygulamalar, alışkanlıklar ve çevresel faktörlerdeki düzenlemeler uyku hijyeni kapsamında ele alınmaktadır.
- Uyku hijyeni düzenlemeleri uyku bozuklukları yönetiminde etkin ve ucuz, yan etkisi olmayan etkili bir yaklaşımdır.
- Uyku çevresi, uyku zamanını, günlük aktiviteleri ve besin alımını düzenleme, zihinsel kontrol davranışlarını geliştirme uyku hijyeni eğitiminin alt boyutlarıdır.



d) Uyku Çevresinin Düzenlenmesi

- Gürültü, oda ısısı, uyarıcı varlığı ve aydınlık ortam uykuya dalma ve uykuyu sürdürmede etkili olan başlıca çevresel etmenlerdir.
- Uyku çevresi düzenlemesine ilişkin öneriler kısaca şunlardır;
 1. Yatak odasının karanlık (loş) ve sessiz olmasını sağlama,
 2. Konfor oda sıcaklığını sürdürme (oda ısısı 24 dereceden az olmalı),
 3. Yatak odasına hayvan almama,
 4. Yatağı uyumak için kullanma,
 5. Yatakta teknoloji kullanımından sakınma (yatmadan 30 dk önce teknoloji kullanımına son verme)

e) Zihinsel Kontrole Yönelik Düzenleme

- Zihinsel kontrolü geliştirmeye yönelik öneriler şunlardır;
 1. Yatmadan hemen önce zihinsel aktiviteyi teşvik etmekten kaçınma (örn., Aksiyon filmi izleme, konuşmayı teşvik etme).
 2. Müzik dinleme, sakın kalma vb.
 3. Gevşeme egzersizleri yapma.

f) Uyku Zamanının Düzenlenmesi

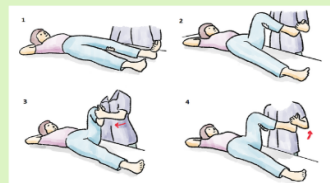
- Uyku zamanlamasına ilişkin öneriler şunlardır;
 1. Her gün aynı saatte yatma,
 2. Her gün aynı saatte uyanma,
 3. Günlük toplam uyku süresini düzenleme,
 4. Gün boyunca uyuklamama,
 5. Uykuya dalma süresi 20 dk'dan daha uzun sürüyorsa yatak odasından uzaklaşma ve uykulu hissedinceye kadar sıkıcı ve sakın bir şeyler ile meşgul olma.

g) Uyku Zamanının Düzenlenmesi

- Besin alımına ilişkin öneriler şunlardır;
 1. Yatmadan 4-6 saat önce veya saat 16'dan sonra uyarıcı etkisi bulunan kafeinli içecekleri kısıtlanmalıdır.
 2. Yatmadan önce (mümkünse gece saatlerinde, yatmadan en az 2 saat önce) ve gece uyanıldığında uyarıcı sigarayı kullanmamalıdır.
 3. Gece uyku bölünmesine neden olan alkol almamalıdır.
 4. Yatmadan önce süt içmelidir.
 5. Yatmadan önce eğer birey acıktı ise büyük öğünler almama, bunun yerine atıştırma almalıdır.

h) Günlük Aktivitelerin Düzenlenmesi

- Düzenli egzersiz uyku sağlığını olumlu olarak etkileyen bir faktördür.
- Egzersiz vücut ısısını yükseltir.
- Egzersizden 2-4 saat sonra ise vücut ısısı düşer, bu durumda uykuya dalmayı ve uykuyu sürdürmeyi sağlar.
- Günlük aktivite planlamasına ilişkin öneriler şunlardır;
 1. Yatma zamanından önce (3 saat) ağır egzersiz yapmadan sakınma.
 2. Düzenli rom egzersizi yapma (haftada en az 4-5 kez 20-30 dk)
 3. Rom egzersizleri: Kol ve bacakların eklemlerine ve her yöne uygulanan hareketlerdir.



9. İNTİHAL RAPORU

Yüksek Lisans Çalışması

ORIGINALITY REPORT

18%

SIMILARITY INDEX

PRIMARY SOURCES

1	acikbilim.yok.gov.tr Internet	509 words — 5%
2	dergipark.org.tr Internet	97 words — 1%
3	iehsc.avrasya.edu.tr Internet	90 words — 1%
4	docplayer.biz.tr Internet	88 words — 1%
5	BİÇER KANAT, Bilgen and YILMAZ ÖZPOLAT, Ayşe Gül. "Kanser hastalarında travma sonrası büyüme kavramı", DNT Ortadoğu Yayıncılık AŞ, 2016. Publications	59 words — 1%
6	acikerisim.erbakan.edu.tr Internet	48 words — < 1%
7	cdn.comu.edu.tr Internet	47 words — < 1%
8	acikerisim.harran.edu.tr:8080 Internet	45 words — < 1%
9	www.pncongress2021.org Internet	45 words — < 1%