



TC.

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KANSER HASTALARINDA GÖRÜLEN SEMPTOMLAR
VE DESTEKLEYİCİ BAKIM GEREKSİNİMLERİ**

OLGAY KARABULUT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI

SİVAS-2021

TC.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KANSER HASTALARINDA GÖRÜLEN SEMPTOMLAR
VE DESTEKLEYİCİ BAKIM GEREKSİNİMLERİ**

OLGAY KARABULUT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. MUKADDER MOLLAOĞLU

SİVAS-2021



Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.





Babam'a,

ÖZET
KANSER HASTALARINDA GÖRÜLEN SEMPTOMLAR VE
DESTEKLEYİCİ BAKIM GEREKSİNİMLERİ

Olgay KARABULUT

Yüksek Lisans Tezi

İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Mukadder Mollaoğlu

2021, 101 sayfa

Araştırma, kanser hastalarında görülen semptomlar ve destekleyici bakım gereksinimlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı-kesitsel desende gerçekleştirilmiştir.

Araştırma, 15 Mayıs 2019-30 Nisan 2020 tarihleri arasında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Onkoloji Merkezi'nde kemoterapi alan 134 kanser hastası ile tamamlanmıştır. Çalışma verileri Kişisel Bilgi Formu, Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu ve Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği ile elde edilmiştir. Veriler SPSS 23.0 programında tanımlayıcı istatistik testleri, t testi, ANOVA varyans analizi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis H testi, Pearson Korelasyon analizi ve Lineer Regresyon ile değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan kanser hastalarının ortalama 57.93 ± 11.16 yaşında, çoğunluğunun kadın, %32.1'inin meme kanseri olduğu, %44.8'inin hastalığın 2.evresinde olup %34.3'ünün hastalığının metastaz yaptığı belirlenmiştir. Kanser hastalarının ağrı, yorgunluk, üzüntü, endişe ve kendini kötü hissetme semptom şiddetinin yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. Kanser hastalarının ruhsal/psikolojik, sağlık sistemi ve bilgilendirme, hasta bakım ve desteği, fiziksel ve günlük yaşam bakım gereksinimlerinin yüksek, cinsellik bakım gereksiniminin düşük olduğu tespit edilmiştir. Hastalarda görülen semptom şiddetinin, destekleyici bakım gereksinimlerini anlamlı bir şekilde etkilediği, kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri ile ağrı, yorgunluk, üzüntü, endişe ve kendini kötü hissetme durumu, bulantı, uykusuzluk, nefes darlığı, cilt ve tırnaklarda değişiklik, oral mukozit ve periferik nöropati şiddeti arasında anlamlı ilişkinin olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Sonuç olarak, kanser hastalarında ağrı, yorgunluk, üzüntü, endişe ve kendini kötü hissetme semptom şiddetinin yüksek olduğu ve hastaların ruhsal/psikolojik, sağlık sistemi ve bilgilendirme, fiziksel ve günlük yaşam, hasta bakım ve desteği konusunda bakım gereksinimlerinin fazla olduğu ortaya çıkarılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kanser hastası, semptom, bakım gereksinimi, onkoloji, hemşirelik.

ABSTRACT
SYMPTOMS AND SUPPORTIVE CARE NEEDS IN CANCER PATIENTS

Olgay KARABULUT
Graduate Thesis
Medical Nursing Department
Advisor: Prof. Dr. Mukadder Mollaoğlu
2021, 101 pages

A descriptive cross-sectional design was used in the research to determine the symptoms and supportive care needs of patients with cancer.

The study was completed with 134 cancer patients who received chemotherapy treatment at Sivas Cumhuriyet University Hospital Oncology Center between May 15, 2019 and April 30, 2020. Research data were obtained from the Personal Information Form, the Supportive Care Needs Scale Short Form, and the Edmonton Symptom Diagnostic Scale. Data were analyzed with SPSS 23.0 program using descriptive statistics tests, t test, ANOVA analysis of variance, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis H test, Pearson Correlation analysis, and Linear Regression.

The cancer patients participating in the study were 57.93 ± 11.16 years old on average, the majority are women, 32.1% have breast cancer, 44.8% in the second phase of the disease it was determined that 34.3% of the patients had metastasized. Cancer patients have been found to have high levels of pain, fatigue, sadness, anxiety and feeling unwell. It has been determined that cancer patients had high psychological/mental, health system and information, patient care and support, physical and daily life care needs, and low sexual care needs. The findings showed that the patients' severity of symptoms significantly affected the supportive care needs, and that there is a significant relationship between the supportive care needs of cancer patients and the severity of pain, fatigue, sadness, anxiety and feeling bad, nausea, insomnia, shortness of breath, changes in the skin and nails, oral mucositis, and peripheral neuropathy ($p < 0.05$).

In conclusion, it has been revealed that the severity of pain, fatigue, sadness, anxiety, and feeling bad in cancer patients is high. Thus, the care needs of the patients regarding mental/psychological, health system and information, physical and daily life, patient care, and support are high.

Keywords: Cancer patient, symptom, need for care, oncology, nursing.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım tez çalışmamın planlanması ve yürütülmesinde yardım ve desteklerini esirgemeyen, beni sabır ve anlayışla yönlendiren danışman hocam Prof. Dr. Mukadder MOLLAOĞLU'na;

Beni yetiştiren, bu günlere gelmemde en çok emeği olan ve hiçbir zaman desteklerini esirgemeyen, bana hayatı öğreten annem İlkay KARABULUT ve babam İbrahim KARABULUT'a;

Çalışmam boyunca beni her zaman sabırla destekleyen ve motive eden kıymetli eşim Cansu KARABULUT'a;

Araştırmaya sabır ve duyarlılıkla katılan onkoloji hastalarına;

Araştırmanın yapıldığı Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi Onkoloji Merkezinin tüm çalışanlarına teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇ KAPAK.....	i
ONAY	Error! Bookmark not defined.
YÖNERGE	iii
İTHAF	iv
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vi
TEŞEKKÜR.....	vii
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar DİZİNİ	x
GRAFİKLER DİZİNİ.....	xi
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xii
1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1.KANSER	4
2.1.1. Kanserin Tanımı ve Epidemiyolojisi.....	4
2.1.2. Kanserin Oluşum Mekanizması	7
2.1.3. Kanserin Sınıflandırılması.....	9
2.1.4. Kanserin Etiyolojisi	11
2.1.5. Kanserden Korunma	14
2.1.6. Tanı Yöntemleri.....	15
2.1.7. Kanseri Belirtileri	16
2.1.8. Kanseri Tedavisi	16
2.2. KANSERLİ HASTALARDA GÖRÜLEN SEMPTOMLAR VE HEMŞİRELİK BAKIMI.....	19
2.2.1. Ağrı.....	20
2.2.2. Yorgunluk.....	22
2.2.3. Bulantı ve Kusma	23
2.2.4. Uykusuzluk.....	24
2.2.5. Diyare – Konstipasyon	25
2.2.6. Nefes Darlığı	26
2.2.7. Ciltte ve Tırnaklarda Değişiklik	27
2.2.8. Oral Mukozit	29
2.2.9. Periferik Nöropati	29
2.2.10. Psikolojik Sorunlar	30

2.3. KANSER HASTALARININ DESTEKLEYİCİ BAKIM GEREKSİNİMLERİ VE HEMŞİRELİK	31
2.3.1. Fiziksel Problemler ve Gereksinimler	32
2.3.2. Cinsellik Gereksinimi	32
2.3.3. İletişim ve Bilgi Gereksinimi	33
2.3.4. Psikososyal Gereksinimler	33
2.3.5. Spiritüel Gereksinimler	34
3. GEREÇ VE YÖNTEM	34
3.1. Araştırmanın Tipi	34
3.2. Araştırma Soruları	34
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zaman Özellikleri	35
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	35
3.5. Araştırmaya Dâhil Edilme ve Dışlanma Kriterleri	36
3.5.1. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri	36
3.5.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	36
3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	36
3.7. Veri Toplama Araçları	36
3.7.1. Kişisel Bilgi Formu	36
3.7.2. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği-Kısa Form (DBGÖ-KF)	36
3.7.3. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ)	38
3.8. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	39
3.9. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	39
3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri	40
3.11. Araştırmanın Genellenebilirliği ve Sınırlılıkları	40
4. BULGULAR	41
5. TARTIŞMA	62
5.1. Kanserli Hastaların Semptom Tanılama Durumlarının İncelenmesi	62
5.2. Kanserli Hastaların Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin İncelenmesi	67
5.3. Kanserli Hastaların Semptom ve Destekleyici Bakım Gereksinimleri Arasındaki İlişki	73
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	73
6.1. Sonuçlar	73
6.2. Öneriler	75
KAYNAKÇA	76
EKLER	90
İZİNLER	95
ÖZGEÇMİŞ	Error! Bookmark not defined.

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Kanser Hastalarının Sosyo-demografik Özellikleri (n=134)

Tablo 2: Kanser Hastalarının Sağlık ve Hastalıkla İlgili Özellikleri (n=134)

Tablo 3: Kanser Hastalarının ESTÖ Alt Boyutları Puan Ortalamaları (n:134)

Tablo 4: Kanser Hastalarının DBGÖ-KF ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları (n:134)

Tablo 5: Kanser Hastalarında Görülen Semptom Şiddetinin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Puanları Üzerine Etkisi

Tablo 6: Kanser Hastalarının DBGÖ-KF ve Alt Boyutları Puanları İle ESTÖ Alt Boyutları Puanları Arasındaki İlişkiler

Tablo 7: Kanser Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri İle DBGÖ-KF ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 8: Kanser Hastalarının Sağlık ve Hastalık İle DBGÖ-KF ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 9: Kanser Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri ile ESTÖ ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 10: Kanser Hastalarının Sağlık ve Hastalık ile ESTÖ ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1: Dünyada 2020 Yılı Her İki Cinsiyet ve Her Yaştan Yeni Kanser Vaka Dağılımı (IARC 2020)

Grafik 2: Dünyada 2020 Yılı Her İki Cinsiyet ve Her Yaştan Kanser Nedenli Ölüm Dağılımı (IARC 2020)

Grafik 3: Türkiye’de 2020 Yılı Her İki Cinsiyet ve Her Yaştan Yeni Kanser Vaka Dağılımı (IARC 2020)

Grafik 4: Türkiye’de 2020 Yılı Her Yaştan Erkek Kanser Vaka Dağılımı (IARC, 2020)

Grafik 5: Türkiye’de 2020 Yılı Her Yaştan Kadın Kanser Vaka Dağılımı (IARC, 2020)



KISALTMALAR DİZİNİ

IARC: Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı

DNA: Deoksiribo Nükleik Asit

RNA: Ribo Nükleik Asit

UICC: Uluslararası Kanser Kontrol Örgütü

WCRF: Dünya Kanser Araştırma Fonu

AIRC: Amerikan Kanser Araştırma Enstitüsü

HPV: İnsan Papilloma Virüs

HBV: Hepatit B Virüsü

HCV: Hepatit c Virüsü

AIDS: Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu

HCG: Human Chorionic Gonadotropin Hormonu

TG: Tiroglobülin Hormonu

CT: Kalsitonin Hormonu

SBRT: Stereotaktik Radyoterapi

IMRT: Yoğunluk Modülasyonlu Radyasyon Terapisi

LH: Lüteinleştirici Hormon

FSH: Folikül Uyarıcı Hormon

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri

MR: Manyetik Rezonans Görüntüleme

DBGÖ-KF: Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği-Kısa Form

ESTÖ: Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği

NTA: Nazotrakeal Aspirasyon

GİS: Gastrointestinal Sistem

CPAP: Sürekli Pozitif Havayolu Basıncı

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya çapında morbidite ve mortalitenin önde gelen nedenleri arasında bulunan kanser, her geçen yıl yeni vaka sayılarındaki artış ile sağlık sorunları arasında giderek daha da önemli bir yere sahip olmaktadır (Arslan ve Özdemir, 2015; IARC, 2020; Akkuş Yıldırım, 2020). Dünyada her yıl milyonlarca insan kanser nedeniyle hayatını kaybederken; 2020 yılında küresel çapta 19,2 milyon kişiye kanser tanısı konulmuş ve 9,9 milyon kişi kanser nedeni ile hayatını kaybetmiştir. Türkiye’de ise 2020 yılında 233 bin kişi kanser tanısı alırken, kanser nedeniyle 126 bin kişi hayatını kaybetmiştir (IARC, 2020).

Kanser, hücre büyümesini ve çoğalmasını kontrol eden genlerde meydana gelen mutasyonlar sebebiyle hücrelerin kontrolsüz büyümesi ve anormal yayılımı ile karakterize hastalıklar grubudur (Guyton ve Hall, 2019). Kanser tanısının konması, tedaviye başlanması, tedavi sürecinde meydana gelen sorunlar, birey ve ailesinin tüm dengelerini bozmaktadır (Karakartal, 2018). Hastalığının fiziksel etkisi dışında adının vermiş olduğu korku, ölüm korkusu, gelecek hakkında belirsizlik ve hastalık sürecinde yaşanabileceklerin yarattığı stres hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini önemli derecede etkilemektedir. Tüm bu olumsuzluklara rağmen tedavi süresince ve sonrasında hastaların yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi ve devamının sağlanması gerekmektedir (Çalışkan ve ark., 2015).

Kanser, sağlık sistemindeki gelişmelere ve farklı tedavi seçeneklerine rağmen bütün hastalıklar arasında en korkutan hastalık olarak görülmektedir (Hintistan ve ark., 2015). Kanserle mücadelede farklı yöntemler olmakla birlikte; kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi tedavi kanser tedavisinde en çok tercih edilen yöntemlerdir (Baykara, 2016; Abudayyak ve ark., 2018). Kemoterapi, kanser hücreleri dışında vücutta çok hızlı bölünen epitel hücreler, üreme hücreleri ve kemik iliği hücrelerini etkileyerek hastaların ciddi yan etkiler yaşamalarına sebep olmaktadır (Abudayyak ve ark., 2018). Kanser tedavisinde dikkate değer ilerlemelere rağmen, kanser hastaları birçok zorlukla karşılaşmaya devam etmekte ve birçok hasta kanser veya kanser tedavisi ile ilgili semptomlarla karşılaşmaktadır (Lavdaniti ve ark., 2018). Hastalar; ağrı, yorgunluk, uykusuzluk, iştahsızlık, bulantı-kusma, ciltte ve tırnaklarda değişiklik, üzüntü, endişe gibi birçok fiziksel ve psikolojik semtomla karşı karşıya gelmektedir (Yeşilbalkan ve ark., 2005). Literatürde kanser hastalarının yaşadığı semptomların tespit edilmesi için birçok çalışma yapılmıştır. Lavdaniti ve ark.

(2018)'nın yaptığı çalışmada hastalar en şiddetli yorgunluk, uyku bozukluğu, nefes darlığı, depresyon ve anksiyete semptomlarını yaşarken, Tai ve ark. (2016)'nın çalışmasında hastalar en fazla ağrı, iştahsızlık ve konstipasyondan şikayetçi olmuştur. Nazik ve ark. (2012) çalışmalarında kanser hastalarının %90'dan fazlasının ağrı ve yorgunluk yaşadığını saptamış, Paiva ve ark. (2015)'nin araştırmasındaysa hastaların en çok uykusuzluk, anksiyete ve uyuşukluk hissi yaşadıkları tespit edilmiştir. Kepiçoğlu (2012)'nin çalışmasında kendini kötü hissetme, yorgunluk ve iştahsızlık olarak belirlenen semptomlar; Chang ve ark. (2004)'nin çalışmasında ağrı, enerji kaybı, ağız kuruluğu, nefes darlığı, uyku hissetme, iştah kaybı, kilo kaybı, uyumada zorluk olarak bulunmuştur. Teunissen ve ark. (2007)'nin yapmış olduğu sistematik derlemede hastaların %50'sinden fazlasını etkileyen semptomların yorgunluk, ağrı, enerji eksikliği, halsizlik, iştahsızlık olduğu bildirilmektedir. Yapılmış olan farklı çalışmalarda görüldüğü üzere kanser hastaları birçok semptomun varlığıyla karşılaşmaktadır. Bu semptomların ele alınması ve mümkün olan en kısa sürede giderilmesi hastaların yaşam kalitesini ve refahını iyileştirerek onlara rahatlık ve huzur sağlamaktadır (Lavdaniti ve ark., 2018; Tai ve ark., 2016).

Destekleyici bakım, onkolojide ilerlemiş hastalığı olanlara verilen bakımı tanımlarken, günümüzde tanı, tedavi, iyileşme, terminal dönem ve yas dönemi gibi tüm dönemleri kapsayan hasta ve ailesine verilen bütüncül bakım olarak kabul edilmektedir. Destekleyici bakımda amaç tedavinin yararını en üst düzeye çıkarmak için hastanın ve ailesinin hastalık ve tedavi sürecinde kaliteli yaşamasına olanak sunan tüm bakımları içermektedir (Olver ve ark., 2020; Kocaman Yıldırım ve ark., 2013). Hastaların birçok alanda karşılanmamış gereksinimleri vardır. Bu ihtiyaçlar, teşhis ve teşhis noktasından tedavinin tamamlanmasına veya duruma göre ölüme kadar, hastalık yörüngesinin herhangi bir noktasında gelişebilir (Okediji ve ark., 2017). Literatürde yapılan çalışmalarda, kanser hastalarında mevcut tedavi yaklaşımının özellikle psikolojik ve fiziksel alanlarda destekleyici bakım ihtiyaçlarını büyük oranda karşılamadığı bildirilmektedir (Boyes ve ark., 2012; McDowell ve ark., 2010). Lynagh ve ark. (2018) kanser hastaları ile yaptıkları çalışmada hastaların %66'sının en az bir, orta ile çok yüksek düzeyde karşılanmayan destekleyici bakım ihtiyacı olduğunu bildirmişlerdir. Kotronoulas ve ark. (2017)'nin çalışmasında en belirgin ihtiyacın kanser nüksü korkusuyla baş etmeye çalışırken duyulan duygusal destek ve güven ihtiyacı olduğu, Temiz ve Durna (2019) en az iki doz kemoterapi almış olan hastalar ile yaptığı çalışmada hastaların en çok günlük yaşam ihtiyaçları alanında gereksinim belirttiği, Hall ve ark. (2015)'nin kanserli

hastalar ile yapmış oldukları çalışmada ise hastaların psikolojik gereksinimlerinin yüksek olduğu bulunmuştur. Karşılanmamış ihtiyaçların sayısı ne kadar fazlaysa, hastanın yaşam kalitesinin o kadar düşük olduğu ileri sürülmüştür (Okediji ve ark., 2017).

Kanser ve tedavisi nedeniyle görülen semptomlar ve bakım gereksinimleri hastaların kanser hakkında konuşmak istememesi ve yaşadığı sorunları yeteri kadar ifade edememesi sebebiyle gözden kaçabilmektedir. Bilindiği gibi hastaların yaşamış oldukları bu sorunlar uygun hemşirelik girişimleri ile erken dönemde gün yüzüne çıkarılıp hastaların kaliteli bakımı sağlanabilir (Bahar ve ark., 2019; Kurt Sadırlı, 2008). Her hastalıkta olduğu gibi kanser hastalarının da tedavi ve bakımlarında anahtar rolü hemşireler üstlenmektedir. Modern hemşirelik bakımı, sadece fiziksel bakımla yeterli olmayıp hasta bireyi tüm boyutlarıyla değerlendiren bakımdır. Bakım, kanser hastalarında daha özenli yaklaşımı, destekleyici, bireyselleştirilmiş bütüncül bir bakımı gerektirir ve bu bakımları yerine getirmede hemşire bağımsız bir role sahiptir (Aksuoğlu, 2015). Hemşire bu rolünü, eğitim sürecinde almış olduğu değerli bilgiler ve iş deneyimi sırasında kazanmış olduğu tecrübeleri harmanlayarak bakımından sorumlu olduğu hasta ve ailesinin ihtiyaçlarını belirlemek ve bu ihtiyaçların karşılanmasında kullanmaktadır (Koçak ve ark., 2014). Hemşireler bakım sürecinde, hastanın tedaviyi kabullenmesini kolaylaştıran, iyileşmesini hızlandıran, moral ve motivasyonunun yükselmesine katkı sağlayan ve yaşam kalitesini artıran sonuçlara ulaşabilmemizi sağlamaktadır (Turan Kavrıdım ve Canlı Özer, 2014). Kanser hastaları genellikle hastalık, tedavi ve kendi durumları hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları sebebiyle sürece aktif olarak katılamamaktadırlar. Kanser hastaları, bu süreçte daha önce yaşamadıkları sorunlar ile karşılaşabilecekleri gibi çözüm sürecini bilmedikleri yeni ihtiyaçlarla da karşılaşacaklardır. Hemşirelerin tedavinin etkileri, tedavi sırasında ve sonrasında oluşabilecek yan etkiler ve bakım gereksinimleri hakkında yeterli bilgiye sahip olma ve bu konularda hasta ve ailesine destek ve danışmanlık yapmak gibi önemli bir sorumluluğu vardır (Hintistan ve ark., 2015).

Kanser hastalarının gereksinimleri çok boyutludur. Bu gereksinimleri belirlemek ve birbiriyle etkileşimlerini anlamak kaliteli hemşirelik bakımı için gereklidir. Gereksinimlerin karşılanması hastanın stresini, kötü yaşam kalitesini, bakım memnuniyetsizliğini azaltacak, sağlık hizmeti kullanımının ve maliyetinin artmasını önleyecektir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, kanser hastalarının yaşadığı semptomların ve destekleyici bakım gereksinimlerinin saptanması amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KANSER

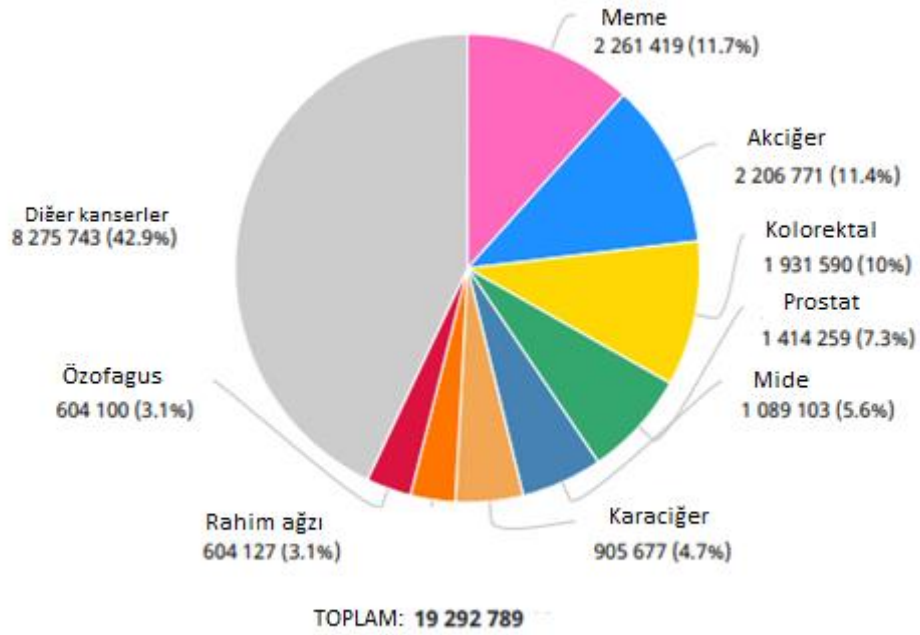
2.1.1. Kanser Tanımı ve Epidemiyolojisi

Tıp tarihinde kanser teriminin ilk Hipokrat tarafından vücut yüzeyinde oluşan, kırmızı, ağrı veren, ülserle dönüşen, diğer şişliklere göre daha yavaş büyüyen yapılara ‘karsinos’ veya ‘karsinoma’; Galen’in ise yapıları yengece benzettiği sebebiyle ‘kanser’ adını vermiş olduğu görülmektedir (Ekinci, 2016).

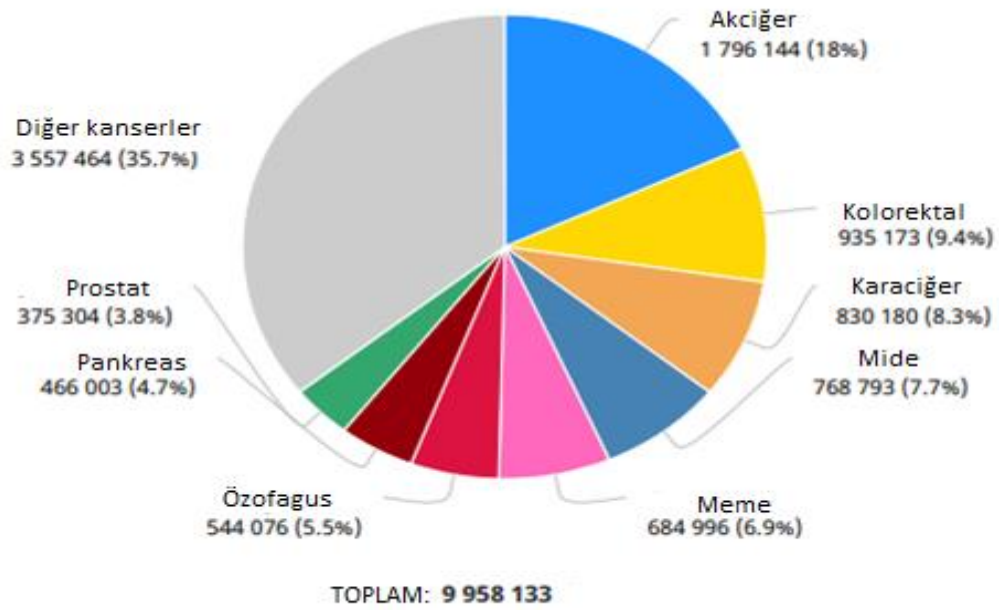
Kanser, hücrelerin kontrolsüz büyümesi ve anormal şekilde yayılımı ile karakterize olan hastalıklar grubunu tanımlamaktadır (Karadakovan ve Eti Aslan, 2013). Hızla artan insidans oranları, yüksek yaygınlık ve gelişmekte olan ülkelerde kötü sonuçlara yol açan gecikmiş tanı ile kanser, bu yüzyılın en önemli küresel sağlık sorunudur (Ghose ve ark., 2019).

Dünyada 2012 yılında 14,1 milyon kişiye kanser tanısı konulurken, 8,2 milyon kişi kanser sebebiyle hayatını kaybetmiştir (Arslan ve Özdemir, 2015). Uluslararası Kanser Araştırma Ajansının (IARC) 2020 verilerine göre dünyada 19,2 milyon kişiye kanser tanısı konulmuş ve 9,9 milyon kişi kanser nedeniyle hayatını kaybetmiştir (Grafik 1-2). Dünyada yeni olgular içinde meme, akciğer, kolorektal, prostat ve mide kanserlerinin sırasıyla ilk sıralarda yer aldığı ve akciğer kanserinin en fazla mortaliteye neden olduğu (Grafik 1-2) bildirilmiştir (IARC, 2020).

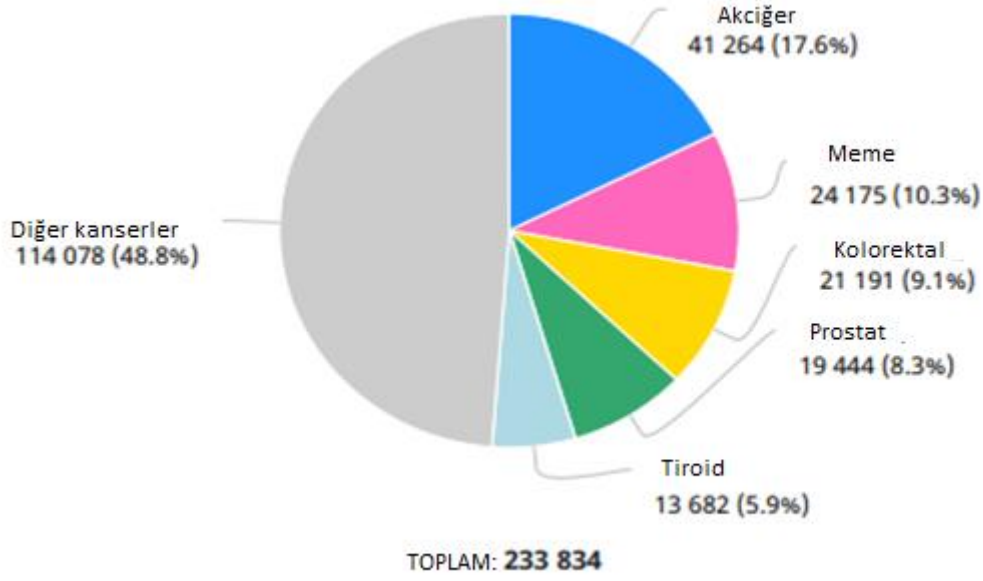
Grafik 1. Dünyada 2020 Yılı Her İki Cinsiyet ve Her Yaştan Yeni Kanser Vaka Dağılımı (IARC 2020)



Grafik 2. Dünyada 2020 Yılı Her İki Cinsiyet ve Her Yaştan Kanser Nedenli Ölüm Dağılımı (IARC 2020)



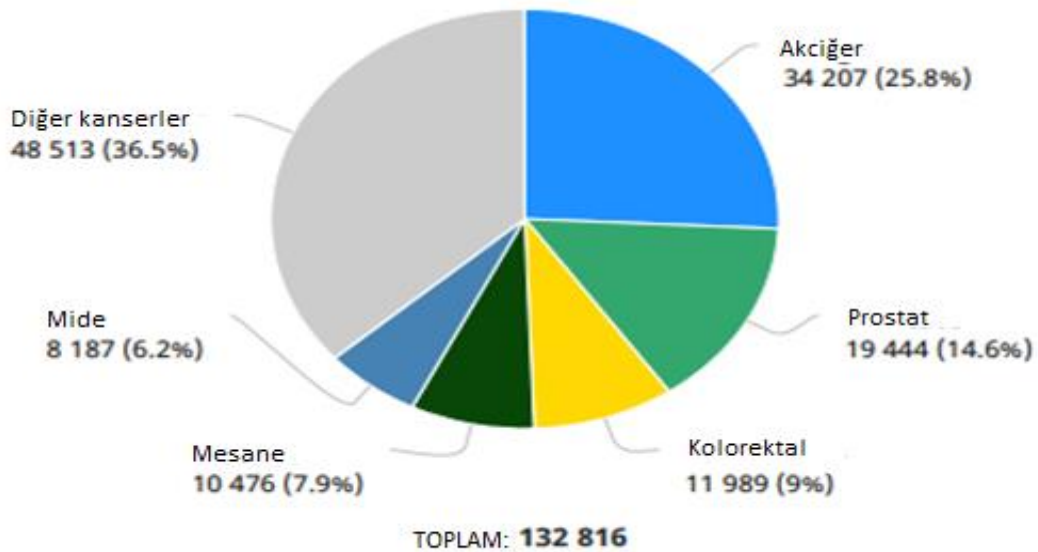
Grafik 3. Türkiye’de 2020 Yılı Her İki Cinsiyet ve Her Yaştan Yeni Kanser Vaka Dağılımı (IARC 2020)



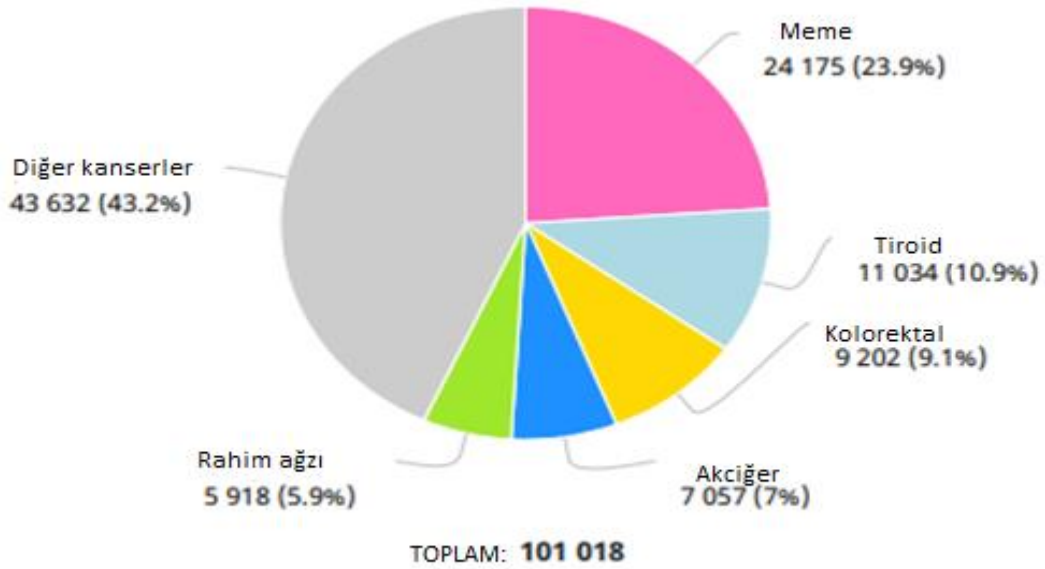
Türkiye’de ise 2020 yılında 233 bin kişi kanser tanısı alırken (Grafik 3), kanser nedeniyle 126 bin kişi hayatını kaybetmiştir (IARC, 2020).

Türkiye’de yeni kanser olgularına bakıldığında en fazla akciğer, meme, kolorektal, prostat ve tiroid kanserleri görülmekte (Grafik 3), erkeklerde akciğer kanseri birinci sırada yer alırken, kadınlarda en fazla meme kanseri görülmektedir (Grafik 4-5).

Grafik 4. Türkiye’de 2020 Yılı Her Yaştan Erkek Kanser Vaka Dağılımı (IARC, 2020)



Grafik 5. Türkiye’de 2020 Yılı Her Yaştan Kadın Kanser Vaka Dağılımı (IARC, 2020)



2.1.2. Kanser Oluşum Mekanizması

Hücre büyümesi ve çoğalması sıkı bir denetim altında tutulmaktadır. Mutasyon geçirmiş hücreler, kontrolsüz bir şekilde ve hızla çoğalarak normal hücrelerde olan kontrol mekanizmalarını hiçe saymaktadır. Bu kontrolsüz çoğalma ile ‘kanser kitlesi’ meydana gelmektedir. Kanser oluşum mekanizmasının; protoonkogenler, tümör baskılayıcı genler ve DNA onarım proteinlerini kodlayan genlerde meydana gelen değişiklikler sebebi ile meydana gelmektedir.

Protoonkogenler: Hücre çoğalmasını uyaran ve normal hücre ölümünü (apoptozis) baskılayan proteinleri kodlayan genlerdir. Protoonkogenlerde meydana gelen mutasyonlar ile onkogenler meydana gelmektedir. Onkogenler, sürekli gelişmeyi ve çoğalmayı teşvik eden faktörlerin üretimini artırmaktadır. Myc en bilindik onkogenlerden biridir ve transkripsiyon faktörünü kodlar ve tüm kanserlerin %70’inden sorumlu tutulmaktadır.

Tümör Baskılayıcı Genler: Hücre çoğalmasını engelleyen ve apoptozisi uyaran proteinleri kodlayan genlerdir. En bilindik tümör baskılayıcı genler p53 ve Rb1 genleridir. Bu genlerin görevi, hücre yenilenmesini kontrol ederek hücre sayısının sabit kalmasını sağlamaktır. Genlerde meydana gelen mutasyonlar ile normal hücre döngüsü bozulur ve kontrolsüz hücre çoğalması başlar.

DNA Onarım Proteinlerini Kodlayan Genler: Bu genlerin kodladığı proteinler mutasyonları önlemeden sorumludur. Bu genlerde oluşan mutasyonlar ile DNA onarımı yapılamaz ve kanserleşme yolunda adım atılmış olur (Guyton ve Hall, 2019; Eti Aslan ve Olgun, 2017; Erdoğan ve Kunt Uzaslan, 2003).

Kanser gelişimi ile ilgili bazı genler aşağıda verilmiştir.

Kanser Gelişimi İle İlişkili Bazı Genler

Gen adı	Görevi	Mutasyona Uğraması İle Meydana Gelen Hastalık	Gen tipi
APC	Hedef genlerin transkripsiyonunu düzenler	Familyal adenomatöz polipozis	Tümör baskılayıcı gen
BLM	DNA tamiri	Bloom sendromu	DNA onarım geni
BRCA1	Hücre siklusu kontrolünde yer alır	Meme, over, prostat ve kolon kanserleri	Tümör baskılayıcı gen
BRCA2	DNA tamiri	Meme, over ve pankreas kanserleri, lösemi	Tümör baskılayıcı gen
MYC	Farklı hücresel faktörler ile birlikte protein-protein etkileşimlerinde yer alır.	Burkitt lenfoma	Onkogen
p16	Sikline bağımlı kinaz inhibitörü	Lösemi, melanom, multiple miyelom, pankreas kanseri	Tümör baskılayıcı gen
P53	Apoptozis; transkripsiyon faktörü	Kolorektal kanserler, li-fraumeni sendromu	Tümör baskılayıcı gen
RAS	Bağlayıcı protein; sinyal iletim ağında	Pankreas, kolorektal, mesane, meme, böbrek ve akciğer kanserleri, lösemi	Onkogen
PB	Hücre döngüsünün düzenlenmesi	Retinoblastom	Tümör baskılayıcı gen
XP	DNA tamiri	Xeroderma pigmentosum	DNA onarım geni

Hücre Döngüsü: Hücre döngüsü, birbirini izleyen dört aşamadan (G1, S, G2, M) meydana gelmekte ve üç kontrol noktası vardır.

- G1 Evresi, hücrenin çekirdeği büyür, transkripsiyon ve translasyon işlemleri gerçekleşir. S evresine geçmeden önce G1 evresindeki işlemlerin doğru şekilde tamamlanıp tamamlanmadığının kontrolünün yapıldığı ilk kontrol noktasından geçer. G1/S kontrol noktası hasarlı DNA'nın eşlenmesini önler.

- S Evresi, DNA'nın kendini eşlediği evredir.

- G2 Evresi, hücre mitoz bölünme için hazırlık yapar. M evresine geçmeden önce 2. kontrol noktasından geçer. Bu aşamada hasarlı ya da eşlenmemiş DNA veya eşlenmemiş sentrozom olup olmadığı denetlenir.

- M Evresi, bu evrede kromatitler iki ayrı kromozom seti olarak ikiye ayrılır ve sitokinez gerçekleşir. Aynı kromozomları taşıyan iki yeni hücre oluşmuştur. M evresinden sonra 3. kontrol noktasından geçerken hücrenin doğru eşlenip eşlenmediği kontrolü yapılır ve hücre çoğalması devam edecekse G1'e yoksa uyku dönemi adı verilen G0 evresine geçiş olur.

Hücre döngüsü sırasında gerçekleşen tüm bu işlemler siklin proteinler ve bağımlı kinazlar ile denetim altında tutulmaktadır. Kanseri gelişimini tetikleyen en önemli neden, hücre döngüsünü kontrol eden protoonkogenlerde ve tümör baskılayıcı genlerde meydana gelen mutasyonlar ile olmaktadır. En yaygın mutasyon p53'ü üreten genlerde oluşan mutasyondur. Yazılım faktörü olan p53, p21 proteininin transkripsiyonunu aktive eder. Bu protein hücrenin G1 evresine geçmesi için gerekli olan sikline bağımlı kinazın aktivitesini durdurarak, çoğaltılan hücrenin DNA'sında oluşmuş hasarın tamiri için zaman oluşturur. DNA tamir edilemeyecek düzeyde ise p53 hücrenin apoptozisini tetikler. Bu genlerde meydana gelen mutasyonlar normal hücre döngüsünü bozar ve hasarlı hücrelerin kontrolsüz şekilde çoğalmalarıyla kanserleşmeye neden olur (Guyton ve Hall, 2019; Eti Aslan ve Olgun, 2017; Erdoğan ve Kunt Uzaslan, 2003).

2.1.3. Kanserin Sınıflandırılması

Klinisyenler arasında en yaygın olarak kullanılan evreleme sistemi, Kanseri Kontrol Birliği (UICC) tarafından önerilen TNM sistemidir (Edge ve Compton, 2010). Malign tümörlerin sınıflandırılmasında kullanılmak için 1946 yılında Pierre Denoix tarafından ortaya konulmuştur (Işıtmangil, 2008). TNM evreleme sistemi kanser hastalarını sınıflandırmak, prognozu tanımlamak ve en iyi tedavi yaklaşımlarını belirlemek için bir ölçüt haline gelmiştir (Amin ve ark., 2017;

Rosen ve Sapra, 2020). TNM evreleme sisteminde ‘T’ tümörün anatomik büyüklüğünü, ‘N’ lenf nodu tutulumunu, ‘M’ ise metastaz durumunu ifade eder (Rosen ve Sapra, 2020). TNM sınıflandırılması aşağıda verilmiştir.

TNM Sınıflaması

T: Primer Tümör

T_x: Cerrahi kurallar içinde tümör saptanamamıştır.

T₀: Primer tümör bulgusu yoktur.

T_{is}: Insitu karsinom.

T₁: 2 cm çapından küçük tümör var.

T₂: Çapı 2cm ile 4cm arasında tümör var.

T₃: 4cm çapından büyük tümör var.

T₄: 4cm çapından büyük tümör var.

N:Bölgesel Lenf Bezleri

N_x: Cerrahi kurallar içinde belirlenemeyen nodül.

N₀: Klinik olarak lenf nodu tutulumu yok.

N₁: Çapı 3cm’den küçük olan homolateral tek nodül var.

N₂: Klinik olarak pozitif çapları 3-6 cm olan homolateral tek nodül veya klinik olarak pozitif multiple homolateral nodüller var.

N_{2a}: Klinik olarak pozitif çapları 3-6 cm olan homolateral tek nodül var.

N_{2b}: Klinik olarak pozitif çapları 3-6 cm olan homolateral multiple nodüller var.

N₃: Masif homolateral nodüller, bilateral nodüller veya kontrateral nodüller var.

N_{3a}: Klinik olarak pozitif çapları 6 cm’i geçmeyen homolateral multiple nodüller var.

N_{3b}: Klinik olarak pozitif bilateral nodül var.

N_{3c}: Klinik olarak pozitif kontrateral nodül var.

M:Uzak Metastaz

M_x: Belirlenemeyen uzak metastaz vardır.

M₀: Metastaz yoktur.

M₁: metastaz vardır.

Evre

Evre 1: T₁ N₀ M₀

Evre 2: T₂ N₀ M₀

Evre 3: T₃ N₀ M₀

**Evre 4: T₄ N₀ M₀ veya T₄ N₁ M₀
Herhangi T N₂ veya N₃ M₀
Herhangi T herhangi N M₁**

2.1.4. Kanserin Etiyolojisi

Kanser etiolojisinde birçok faktör rol oynamaktadır. Bu faktörler:

- Sigara ve Alkol kullanımı
- Beslenme ve Obezite
- Genetik Faktörler
- Cinsel Sağlık ve Doğurganlık
- Hormonlar
- Yaş ve Cinsiyet
- Virüsler ve Enfeksiyonlar
- İmmünolojik Nedenler
- Fiziksel Etmenlerdir.

Sigara ve Alkol Kullanımı

1492 yılında Amerika'nın keşfi ile süs ve şifa bitkisi olarak tüm dünyaya yayılan tütün, 1580 yılında ise Anadolu topraklarına gelmiştir. Günümüzde yetiştirilen tütünün %90'ı sigara üretiminde kullanılmaktadır (Yıldız ve Kılıç, 2000).

Sigara kullanan kişilerin akciğerlerinde 'benzopiren' olarak biriken madde hücre içine girerek burada DNA'yı oluşturan dört bazdan biri olan guanin ile bağlanır. DNA'nın kendini eşlemesi sırasında bu guanin timin olarak algılanır ve yanlış eşlenikler ile mutasyonlar oluşur. Bu mutasyonlar p53 geninde ve onkogenlerde meydana gelirse kontrolsüz büyüme ve çoğalma ile tümör oluşturur (Yokuş ve Ülker Çakır, 2012).

Sigara içmeyenlerle karşılaştırıldıklarında, akciğer kanserinden ölümler orta derecede sigara içenlerde 10 kat, fazla sigara içenlerde ise 15-25 kat arttığı belirtilmektedir. Sigara, akciğer kanserinin erkeklerde %75-90'ından, kadınlarda %30-60'ından sorumlu olurken; ağız boşluğu, geniz, yemek borusu, mide, pankreas, gırtlak, böbrek, mesane, meme, over, serviks gibi kanserlerin etiolojisinde de yer almaktadır (Kurt Sadırlı, 2008; : Koubkova ve ark., 2014; Dela Cruz ve ark., 2011).

2012 yılında tüm yeni kanser oluşumlarının %5,5'i ve dünyadaki tüm kanser ölümlerinin %5,8'inin alkol kaynaklı olduğu tahmin edilmektedir. Alkol, orofaringeal, larinks, özofagus, karaciğer, meme ve kolon kanseri gibi birçok kanser türünün etiolojisinde yer almaktadır (LoConte ve ark., 2018).

Beslenme ve Obezite

Literatürde kanser ve beslenme arasındaki ilişkinin %10-70 arasında değiştiği ve beslenme kaynaklı kanser oluşumunun ortalama %35 olduğu bilinmektedir.

Tüketilen besinlerin cinsi ve miktarlarının önemi kadar, pişirme yöntemleri de kanser riskini değiştirmektedir (Aygün Çevik ve Pirinçci, 2017).

Dünya Kanser Araştırma Fonu (WCRF) ve Amerikan Kanser Araştırma Enstitüsü (AIRC) uzmanları, kansere karşı yüksek kalorili (şeker ve yağ bakımından zengin yiyecekler), tuzlu, şekerli içecekler, kırmızı ve işlenmiş et gibi ürünlerden fakir; tam tahıl, bakliyat, sebze ve meyvelerden zengin bir diyeti önermektedir (D'Alessandro ve ark., 2016).

- Kırmızı et ve işlenmiş et ürünlerinin tüketimindeki artış kolorektal, mide, özofagus ve mesane kanserleri riskini artırmakta, beyaz et ve kümes hayvanları tüketimi ise kanser riski oluşturmamaktadır (Lippi ve ark., 2016).

- Hayvansal ürünler ve rafine edilmiş ürünler lif içermediği için mide, kolorektal, meme, üst sindirim sistemi ve tiroid kanserleri riskini artırmaktadır. Liften zengin gıdaların tüketilmesi ile rektal kanser arasında ters ilişki vardır (Aygün Çevik ve Pirinçci, 2017; Donaldson, 2004).

- Meyve ve sebzelerden zengin bir diyet tüm hastalıklara karşı olduğu gibi kanser içinde en iyi beslenme şeklidir. Sigara kullananlarda meyve ve sebze tüketiminin artırılması ile kanser riskini %20-33 arasında azalacağı tahmin edilmektedir (Donaldson, 2004).

- Pişirme yöntemi olarak kızartma, işlem sırasında yağın yanması ile ortaya çıkan kanserojenler ve kızarmış yiyeceklerin besin değerlerindeki değişiklikler nedeniyle birçok kanser türü için risk oluşturmaktadır. Ayrıca kızartma yağı dumanının akciğer kanserine neden olduğu bilinmektedir (Aygün Çevik ve Pirinçci, 2017; Lee ve Gany, 2013).

- Fazla miktarda tuz tüketimi mide kanseri riskini önemli ölçüde artırmaktadır (Correa, 2013).

Obezite ile bağlantılı olarak değişen pozitif enerji dengesi, insülin seviyeleri, leptin, adiponektin, steroid hormonları ve sitokinler vücutta çeşitli sistemik değişikliklere neden olmakta, tümör başlangıcını ve ilerlemesini destekleyen ortam oluşturmaktadır (Hopkins ve ark., 2016). Obezite kolon, meme, endometriyum, karaciğer, böbrek, özofagus, gastrik, pankreas, safra kesesi ve lösemi dahil olmak üzere çeşitli kanser türlerinin etiyolojisinde aktif rol almaktadır (Tahergorabi ve ark., 2016).

Genetik Özellikler

Akciğer kanseri erkeklerde en fazla görülen ve dünyada en fazla ölüme neden olan kanser türüdür. Akciğer kanseri, ailede öyküsü olan ve sigara kullanmayan kişilerde 2 kat risk oluştururken; sigara içenlerde 3 kat risk oluşturmaktadır (Dela Cruz ve ark., 2011).

Dünya genelinde kadınlarda en fazla görülen kanser meme kanseri olmakla birlikte aile öyküsü önemli bir risk faktörüdür. Meme kanserinde genetik yatkınlık BRCA1 ve BRCA2 genlerindeki mutasyonlar ile kalıtsal olarak aktarılmaktadır (Park ve ark., 2017). Birinci derece akrabalarından bir kişide meme kanseri bulunması meme kanseri riskini 1.8 kat artırırken, iki kişide kanser varlığında bu risk 2.9 kat artmaktadır (Koçak ve ark., 2011).

Cinsel Sağlık ve Doğurganlık

Erken menarş, geç menapoz, fazla östrojene maruz kalma, hiç gebe kalmamak, 35 yaşından sonra doğum yapmak, üçten fazla doğum yapmak, birden fazla cinsel partnerin bulunması, erken yaşta cinsel ilişkiye başlanması gibi sebepler meme ve jinekolojik kanser riskini artırmaktadır (Aksuoğlu, 2015; Vardar, 2018).

Hormanlar

Östrojen ve progesteron içeren hormon tedavisinin uzun süreli kullanımında kanser riski %26 artarken, menopoza girdikten sonraki 5 yıl içerisinde kullanıldığında %43 oranında kanser riskine neden olmaktadır.

Erken menarş ve geç menapoz östrojen hormonuna maruz kalma süresini uzattığı için, ilk menarş yılında her 1 yıllık gecikme kanser riskini %10 azaltırken, menopoza girme döneminde adet devam ettiği her bir yıl için %3 kanser riski artmaktadır (Eti Aslan ve Olgun, 2017).

Yaş ve Cinsiyet

Yaş, kanser için en güçlü demografik risk faktörü olup, yaşlanma ile meydana gelen moleküler değişiklikler malign transformasyonu tetiklemektedir (Lin ve Wagner, 2015).

Türkiye’de ve dünyada kadınlarda ilk sırada meme kanseri yer alırken, erkeklerde akciğer kanseri birinci sırada yer almaktadır (IARC, 2020). Üreme faktörleri, östrojen, progesteron gibi hormonlar meme kanseri için risk faktörü oluştururken; sigara kullanımı ezici üstünlükle akciğer kanserinin bir numaralı nedenidir (Hiatt ve Brody, 2018; Rahal ve ark., 2017).

Virüsler ve Enfeksiyonlar

Enfeksiyon, gelişmekte olan ülkelerdeki kanserlerin yaklaşık %25'inden gelişmiş ülkelereyse kanserlerin %10'undan sorumludur (Kanavos, 2006). Dünya çapında enfeksiyonla ilişkili kanserlerin %90'ına neden alan ilk dört virüs sırasıyla; *Helicobacter pylori*, insan papilloma virüs (HPV), hepatit B virüsü (HBV) ve hepatit C (HCV) virüsüdür (Martel ve ark., 2020).

Küresel olarak, 2012 yılında dünya çapında 770.000 karaciğer kanseri vakası meydana gelmiş bunların %56'sı HBV ve %20'si HCV nedeniyle oluşmuştur (Maucort Boulch ve ark., 2018). Kardiyak olmayan mide kanseri vakalarının %90'ından *Helicobacter pylori* sorumlu iken (Rawla ve Barsouk, 2019), HPV küresel olarak servikal kanserlerin %60-100'ünden sorumludur (Molijn ve ark., 2016).

İmmünolojik Nedenler

İmmün sistem değişime uğramış hücreleri yabancı olarak algılayıp yok eder. Kazanılmış bağışıklık yetersizliği sendromu (AIDS), romatoid artrit, çocukluk ve yaşlılık dönemleri, transplantasyon gibi immün sistemin baskılandığı durumlarda kanser riski artar (Kurt Sadırlı, 2008; Eti Aslan ve Olgun, 2017).

Fiziksel Nedenler

Kanser etiyolojisinde fiziksel etmenlere bakıldığında; radyasyon, ısı, güneş ışığı, mekanik darbeler kanser mekanizmasında rol almaktadırlar.

Biyolojik moleküllere direk olarak etki edebilecek enerjiye sahip olan iyonize radyasyon gibi ışınlamalar (X ışınları, gama ışınları, ultraviyole ışınları) makromoleküllerden elektron kopartabilir ya da bunları pozitif yükle yükleyebilir. Bu durum DNA'da zincir kırıkları ya da baz eşleniklerinde mutasyonlar meydana getirerek kanserleşmeye neden olur (Yokuş ve Ülker Çakır, 2012).

2.1.5. Kanserden Korunma

Kanser, patolojik değişiklikler ilerledikçe geri dönüşümü olmayan bir hastalıktır. Kanser gelişimi ile ilgili faktörlerin önlenmesi bu hastalıktan korunmada en önemli yaklaşımdır. Kanser programı birincil (primer), ikincil (sekonder) ve üçüncül (tersiyer) korunma olarak üç ana başlıkta toplanmaktadır (Karadakovan ve Eti Aslan, 2013).

Primer Korunma: Kanseri ve diğer bulaşıcı olmayan hastalıkları azaltmada en uygun maliyetli yaklaşım olmasına rağmen ihmal edilmektedir. Kanser gelişmeden önce kanserle ilişkisi olduğu bilinen risk faktörlerinin ortadan kaldırılmasını ve sağlıklı alışkanlıklar edinmeyi içermektedir.

Primer korunmada alınabilecek önlemler:

- Sigara ve tütün kullanımı bırakılmalı,
- Alkol kullanımı kısıtlanmalı,
- Taze sebze ve meyve tüketimi artırılmalı,
- Yeterli vitamin ve mineraller alınmalı,
- Yağ, kırmızı ve işlenmiş et tüketimi azaltılmalı,
- Düzenli aktivite yapılmalı, beden ağırlık kontrolü sağlanmalı,
- Mesleki nedenler ve farklı nedenlerle kanserojen temasını azaltmak için önlemler alınmalıdır (Espina ve ark., 2013; Eroğlu ve Koç, 2014; Karadakovan ve Eti Aslan 2013).

Sekonder Korunma: Erken tanının sağlanabilmesi için riskli grupların belirlenerek taramaların yapılmasını içermektedir. İkincil korunmada amaç; erken tanı ve korunma yöntemleriyle hastalığın erken dönemlerde belirlenmesi ve tedavi şansının artırılmasıdır. Risk gruplarına yapılan mamografi, PAP smear, kolonoskopi gibi işlemler ikincil korunma yöntemlerinden bazılarıdır (Eroğlu ve Koç, 2014; Karadakovan ve Eti Aslan 2013).

Tersiyel korunma: Üçüncül korunmada amaç; kanserli hastanın yaşam süresini ve yaşam kalitesini artırmaktır. Hastalara uygulanan tedavi, bakım ve rehabilitasyon hizmetleri üçüncül korunma yöntemleridir (Eroğlu ve Koç, 2014).

2.1.6. Tanı Yöntemleri

Kanser şüphesi olan hastalarda; tümör varlığı ve kapsamı, metastaz durumu, tümör evre ve derecesinin belirlenmesi gibi durumların bilinmesi ve değerlendirilmesi amacıyla tanı yöntemlerine başvurulmaktadır.

Öykü ve Fizik muayene

Bireyin riskli olup olmadığının anlaşılması için yaşı, cinsiyeti, aile öyküsü, çalışma koşulları gibi faktörlerin sorgulandığı geniş çaplı bir öyküsü alınır daha sonra fizik muayene yapılır.

Laboratuvar ve Radyolojik İncelemeler

Kanserin türünü ve metastaz durumunu değerlendirebilmek amacıyla çeşitli tanı yöntemleri tercih edilmektedir.

- Sitoloji çalışmaları
- Radyografi
- Tam kan sayımı
- MR, tomografi, mamografi, ultrason

- Radiostop tarama(kemik, akciğer, beyin vb)
- Sigmoidoskopi, kolonoskopi, endoskopi
- Karaciğer fonksiyon testleri gibi çalışmalar kanser tanılama sürecinde genellikle kullanılan girişimlerdir.

Hormonlar

Sağlıklı süreçte bulunmayan veya normal düzeylerde bulunması gereken bazı hormonlar bazı kanserinin belirlenmesinde tanı kriteri olarak kullanılmaktadır.

Human Chorionic Gonadotropin (HCG) Hormonu: Gebe olmayan kadınlarda ya da erkeklerde varlığı kanser göstergesidir. Koriokarsinoma ve testis kanserlerinin belirleyicisidir.

Tiroglobülin (TG) Hormonu: Tiroid kanserleri için belirleyicidir. Tiroidteki benign büyümede de artması nedeniyle ayırıcı tanıya ihtiyaç vardır.

Kalsitonin (CT) Hormonu: Modüller tiroid karsinomunda üretimi fazladır.

Human Plasental Laktojen: Trofoblastik tümörler, lösemi, hepatoma, endokrin tümörler, lenfoma ve akciğer kanserlerini için belirleyicidir.

Gastrin-Releasing Peptid: Küçük hücreli akciğer kanserinde serumda yüksek oranda bulunur, beyin omurilik sıvısında bulunması beyin metastazını gösterir (Karadakovan ve Eti Aslan 2013).

2.1.7. Kanser Belirtileri

Amerikan Kanser Derneği tarafından belirlenmiş olan kanserin yedi önemli belirtisi vardır. Kanser bulunduğu organ ya da dokuya göre farklı belirti bulgular vermektedir. Bu belirti ve bulgular;

- Beden boşluklarında drenaj, olağan dışı kanamalar,
- Meme veya diğer dokularda şişlik ya da kitle,
- Sürekli öksürük veya ses kısıklığı,
- Ben ve siğillerde değişim,
- Yutmada ve hazımda güçlük,
- Bağırsak ve mesane alışkanlıklarında değişim,
- İyileşmeyen yaralardır (Karadakovan ve Eti Aslan 2013).

2.1.8. Kanser Tedavisi

Kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi tedavi kanser tedavisinde en sık olarak kullanılan tedavi yöntemleridir (Baykara, 2016). 1940'lerden önce tedavide tek seçenek tümörün cerrahi olarak çıkartılmasıyken, kemoterapik ajanların tedaviye

katılması ve 1960'lardan sonra kombine ilaç tedavisi fikri ile kanser tedavisinde önemli adımlar atılmıştır (Shewach ve Kuchta, 2009).

Cerrahi Tedavi

Dokudan bir parça alıp (biyopsi) tanı konulmasında ve tümörün yayılım yapmadığı durumlarda kanserli dokunun ve çevresindeki invazyon riski taşıyan bir miktar sağlıklı dokunun çıkarılması işlemleridir. Cerrahi tedavi diğer tedavi yöntemleri ile birlikte sıklıkla kullanıldığı gibi tek başına da tercih edilebilen bir tedavi yöntemidir. Kanserli kitlenin çevre dokulara hasar vermeden çıkarılmasının mümkün olmadığı veya kitlenin fazla yayılım yaptığı durumlarda cerrahi işlemden önce kemoterapi ve radyoterapi işlemleri ile kitlenin küçültülmesi tercih edilir (Baykara, 2016).

Radyoterapi

Kanser tedavisinin önemli bir parçası olan radyoterapi, kanser hücrelerini yok etmek için iyonlaştırıcı radyasyon ışınlarının kullanıldığı tedavi türüdür. Radyoterapi, hücrelerin genetik materyaline zarar vererek hücrelerin bölünme ve çoğalma yeteneklerini engeller ayrıca iyonize radyasyon ışınlarının hücrede biriktirdiği enerji hücre ölümüne neden olmaktadır.

Radyasyon hem normal hücrelere hem de kanser hücrelerine zarar verse de radyasyon tedavisinin amacı, normal hücreleri minimum düzeyde öldürürken tümör hücrelerini maksimum düzeyde yok etme vaadine dayanmaktadır. Lokasyon tümörleri radyoterapi ile etkili bir şekilde tedavi edilebilirken, metastatik kanserlerin tedavisi zordur. Radyasyon tedavisi yalnız başına kullanılabildiği gibi cerrahi, kemoterapi veya immünoterapi gibi diğer tedavi yöntemleri ile kombinasyon olarak kullanılabilmektedir. Son yıllarda stereotaktik radyoterapi (SBRT), yoğunluk modülasyonlu radyasyon terapisi (IMRT) ve gelişmiş görüntüleme sistemleri (Görüntü kılavuzlu radyasyon terapisi) gibi radyasyon tedavilerinde önemli teknolojik ilerlemeler sayesinde; normal dokunun radyasyona maruz kalmasını en aza indirirken, eşleşen radyasyon dozlarının tümörün tam boyutlarına hassas bir şekilde verilmesi sağlanmaktadır (Chen ve Kuo, 2017; Baskar ve ark., 2012).

Kemoterapi

Kemoterapi, kanser hücrelerinin yok edilmesinde kullanılan kimyasal, biyolojik ajanlar ve hormonlarla yapılan tedavi şeklidir. Kemoterapötik ilaçlar, kanser hücrelerinin gelişmesini ve çoğalmasını önlediği gibi normal hücrelerin de zarar görmesine neden olmakta ve farklı semptomlar gelişmektedir. Kemoterapötik ajanlar oral, subkutan, intramuskuler, intravenöz, intratekal, intraperitoneal,

intraveziküler ve intraplevral yollarla uygulanabilmektedir (Huang ve ark., 2017; Karadakovan ve Eti Aslan 2013).

Kemoterapötik ilaçlar, DNA ve RNA sentezini veya işlevlerini bozarak hücreleri öldürürler. Kemoterapötik ajanlar hücre döngüsünün farklı aşamalarında etkilidir. Bu evreler;

G0 (Dinlenme) Evresi: Hücresel aktiviteler devam eder fakat hücre geçici olarak siklus dışındadır. Bu fazda kemoterapötik ajanların etkisi yok denecek kadar azdır.

G1 (Mitoz Sonrası Aşama) Evresi: Hücrelerin çoğalma için etkin aşamaya geçtiği ve çeşitli sentezlerin başladığı evre kemoterapiye hassastır.

S (Sentez) Evresi: Yeni DNA'nın olduğu evrede hücre bölünmeye hazırlanır. Kemoterapötik ajanlar sentez evresinde etkilidir.

G2 (Mitoz Öncesi Aşama) Evresi: RNA ve protein sentezinin hızlandığı evre kemoterapötik ilaçlara duyarlıdır.

M (Mitoz) Evresi: Hücre bölünmesinin meydana gelip iki yeni hücrenin olduğu evredir. Kemoterapötik ilaçlar bu evrede etkilidir (Huang ve ark., 2017; Karadakovan ve Eti Aslan 2013).

Kemoterapide kullanılan bazı ilaçlar ve etki yolları aşağıda verilmiştir.

Yaygın Olarak Kullanılan Kemoterapötik Ajanlar

İlaç sınıfı	İlaçlar	Etki yolu
Alkilleyici Ajanlar	Mekloretamin Mitomisin Klorambusil Siklofosfamid İfosfamid Procarbazin Dakarbazin	Protein sentezini inhibe ederler. DNA ile çapraz bağlanmalar yaparlar. Hücre siklusu fazlarına özgül değildirler.
Antimetabolitler	Sitozin Arabinozid 5-fu Gemsitabin Mtx Tioguanin	DNA, RNA ve protein sentezlerini etkilerler. Hücre siklusu fazlarına özgüdürler.
Antitümör Antibiyotikler	Bleomisin Epirubisin Doksorubisin Mitomisin	DNA'ya bağlanarak DNA ve RNA sentezini inhibe ederler.
Bitki Alkoloidleri	Etoposid Taxsol Taxotere Vinblastin Vinkristin	Hücre siklusu fazlarına etkilidirler.
Hormonel Ajanlar	Östrojen Progestin Androjenler Antiöstrojenler	Östrojen, LH ve FSH salınımını azaltırlar. Antiöstrojenler, östrojene bağlanarak etki eder. Andronojenler, östrojen yapımını inhibe eder.
Platinum Bileşikleri	Sisplatin Karboplatin Okzaliplatin	DNA da çapraz bağlanmalar oluşturarak DNA, RNA ve protein sentezini inhibe ederler. Hücre siklusu fazlarına özgül değildirler

2.2. KANSER HASTALARINDA GÖRÜLEN SEMPTOMLAR VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Kanser hastalarının çoğu hastalık ve kemoterapiye bağlı çeşitli semptomlar yaşar ve genellikle ölüm yaklaştıkça semptomlar ve şiddetleri artmaktadır. Bu semptomların kötü yönetilmesi hastaların işlev görme yeteneğini, yaşam kalitesini, kanser tedavilerine uyum sağlama yeteneğini olumsuz etkilemekte ve sağlık bakım kaynaklarının kullanımını önemli ölçüde artırmaktadır. Kanser hastalarının bakımıyla ilgilenen başta hemşire olmak üzere tüm sağlık personeli semptom değerlendirme ve yönetiminde yetkin olmalıdır (Henson ve ark., 2020).

Kanser hastalarının en sık yaşadığı semptomlar şunlardır;

- Ağrı
- Yorgunluk
- Bulantı ve Kusma
- Uykusuzluk
- Diyare ve Konstipasyon
- Nefes Darlığı
- Ciltte ve Tırnaklarda Değişiklik
- Orol Mukozit
- Periferik Nöropati
- Psikososyal Sorunlar

2.2.1. Ağrı

Ağrı, kanserin en çok korkulan ve aynı zamanda en çok yaşanan semptomlarından birisidir. Kanser hastalarının çoğu kanserin kendisi, tedavi yöntemlerine veya tanı işlemlerine bağlı olarak ağrı yaşamaktadırlar. Kanser tanısı konulmuş hastaların %75-90'ının ağrı yaşadıkları ve kanser ağrısının yarısından fazlasının kontrol altına alınamadığı bilinmektedir (Can, 2015; Durmuş ve Uğur, 2018; Ovayolu ve Ovayolu 2017).

Kanser hastalarında ağrı sorunu farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerin uygun kullanılması ile %95'ine kadar mükemmel şekilde çözülebilecek durumda olmasına rağmen; hastaların yeterince değerlendirilmemesi, etkin ağrı tedavisi konusunda bilgi eksikliği, semptomlarını gizleyen hastalar, semptom kontrolüne önem verilmemesi, narkotik bağımlılığı korkusu gibi sebeplerden dolayı etkin ağrı yönetimi sağlanamamaktadır. Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), hastaların %80'inin opioidlere erişimlerinin olmadığını bildirmiştir. (Thapa ve ark., 2011; Ovayolu ve Ovayolu 2017).

Ağrı tedavisi farmakolojik ve nanfarmakolojik uygulamalar olarak iki başlık halinde yürütülmektedir;

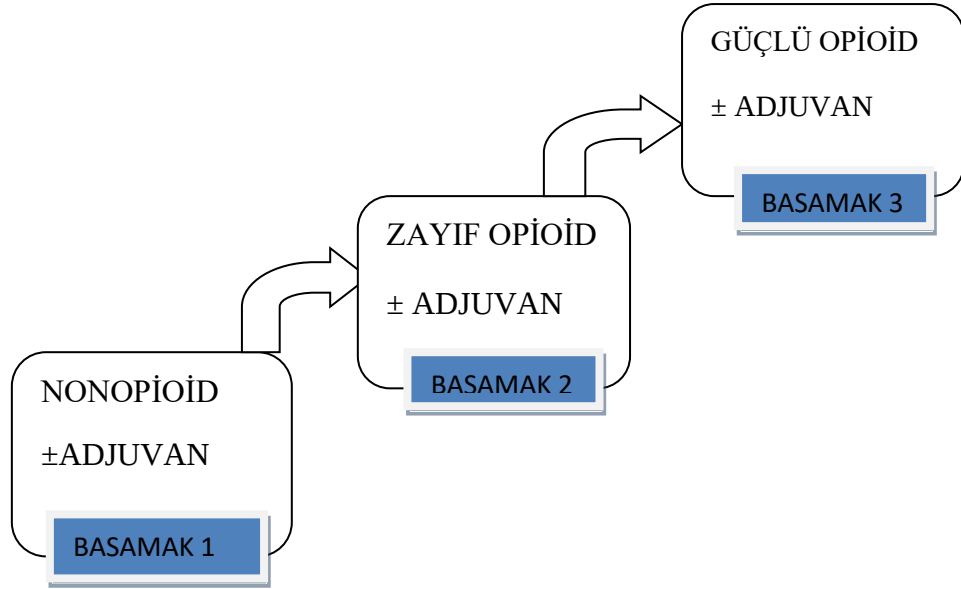
Farmakolojik uygulamalar: DSÖ, kanser ağrısının farmakolojik tedavisinde opioid olmayan ilaçlar ile başlayıp ağır opioidlere doğru ilerleyen 3 basamaklı analjezik merdiveni tedavi stratejisini önermektedir.

1. Basamak: Hafif-orta düzey ağrılar için parasetamol gibi steroidal olmayan anti-enflamatuar ilaçlar ± adjuvan tedavi.

2. Basamak: Hafif-orta şiddette ağrı için kullanılabilen tramadol, dihidrokodein ve kodein gibi zayıf opioid ilaçlar ± adjuvan tedavi.

3. Basamak: Orta-şiddetli kanser ağrıları için morfin gibi güçlü opioidler ± adjuvan tedavi (Fallon ve ark., 2018; Henson ve ark., 2020).

DSÖ Kanser Ağrı Tedavisi Analjezik Merdiven Protokolü



Adjuvan tedavi: Adjuvan analjezikler, normalde ağrı dışında başka hastalıkların veya semptomların tedavisi için kullanılan ilaçlar, ağrıyı ve ağrıya bağlı semptomlara iyi gelmeleri sebebi ile ağrı tedavisinde kullanılan ilaçlardır. Antikolülsanlar ve antidepresanlar gibi etkileri bulunan ilaçlar adjuvan analjezikler olarak kullanılmaktadır (Eyigör ve Köken, 2017).

Nonfarmakolojik uygulamalar: Masaj, müzik, egzersiz, refleksoloji, reiki, hipnoz, akupunktur, pozisyon, sıcak-soğuk uygulama, sessiz ve sakin ortam hazırlamak, gevşeme egzersizleri gibi uygulamalar ağrı yönetiminde etkinliği kanıtlanmış farmakolojik olmayan yöntemler içinde bulunmaktadır (Can, 2015; Bahar ve ark., 2019; Ovayolu ve Ovayolu 2017; Henson ve ark., 2020).

Ağrıya yönelik hemşirelik bakımı:

- Hemşire hastaya bakım verirken bütüncül ve hümanistik felsefeyle çalışmalı,
- İntegratif uygulamalara yer vermeli,
- Hastanın korkuları tanımlamalı, ayrıntılı hasta öyküsü alınmalı,
- Ağrının sıklığı, şiddeti, yeri, zamanı, ağrıyı artıran ve azaltan faktörler belirlenmeli, uygun farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler uygulanmalı,

- Ağrıya bağlı olarak gelişen fiziksel ve psikolojik semptomların değerlendirilmesini yapmalı, uygun girişimler planlanmalı,
- Hasta ve hasta yakınlarının bilgi eksikliği belirlenmeli, ağrıya yönelik uygulamalarda hasta ve aile eğitiminde aktif rol almalı,
- Bakım verenin farkındalığını artırmak için eğitim, yükünün azaltılması içinde girişimler planlanmalı,
- Farmakolojik tedavinin yan etkileri azaltılmalı,
- Ağrı yönetiminde farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerin birlikte kullanıldığı, hastanın yaşam kalitesini iyileştirmeye ve hasta konforunu artırmaya yönelik uygulamaları yürütmelidir (Fallon ve ark., 2018; Bahar ve ark., 2019; Can, 2015; Kırca ve Kutlutürkan, 2018; Ovayolu ve Ovayolu 2017).

2.2.2. Yorgunluk

Yorgunluk, kanser hastalarının günlük yaşam aktivitelerini (GYA) gerçekleştirilmesini zorlaştıran subjektif bir deneyimdir. Hastalar yorgunluğu kuvvetsizlik, güçsüzlük, uykusuzluk, kaslarda ağrı, motivasyon eksikliği gibi farklı ifadeler ile tanımlamaktadır (Can, 2015). Can (2001) çalışmasında tedavi sonrası kanser hastalarının %33.3'ünün hafif derecede, %32.2'sinin orta derecede, %21.1'inin oldukça, %13.3'ünün çok fazla yorgun olduğunu tespit etmiştir.

Yorgunluk kemoterapi, radyasyon tedavisi, kemik iliği nakli veya immünoterapi uygulanan hastalarda yaygın olarak görülen neredeyse evrensel diyebileceğimiz bir yan etkidir. Kanser kemoterapisi alan hastalarda yorgunluk insidansı %30-91 arasında değişirken, metastatik hastalığı olan hastalarda kansere bağlı yorgunluk prevalansı %75'in üzerindedir. Yorgunluk semptomu tedavi tamamlandıktan sonra da görülmeye devam edebilir (Lavdaniti, 2019; Berger ve ark., 2015).

Yorgunluğa yönelik hemşirelik bakımı:

- Onkoloji hemşiresi tarafından hastaya tedavinin doğrudan bir sonucu olarak yorgunluğun gelişebileceği veya kötüleşebileceği açıklanmalı, hastaya yönelik kişiselleştirilmiş bakım planı hazırlanmalı,
- Hastanın kendisini ifade etmesi sağlanmalı,
- Yorgunluğun başlangıcı, süresi, arttıran ve azaltan faktörler, şiddeti ve yorgunlukla ilişkili semptomları değerlendirilmeli,

- Yorgunluğa neden olabilecek diğer semptomlara yönelik girişimler planlanmalı,
- Yorgunluğun, hastanın günlük yaşam aktivitelerini ne kadar etkilediği değerlendirilmeli, bireyin kendisinin yapabileceği ve başkalarından destek alması gereken aktiviteler belirlenmeli,
- Enerjiyi koruma teknikleri öğretilmeli (sık kullandığı eşyaların kolay ulaşılabilir olması, güç gerektiren zorlu işlerin zamana yayılması vs),
- Hasta ve ailesine yorgunluk yönetimi ve öz bakım aktivitelerine yönelik eğitim verilmeli,
- Uygun aktivite programı planlanmalı, uyku düzeni sağlanmalı, yeterli sıvı alımı ve dengeli beslenmesi sağlanmalı ve psikososyal desteğin sürdürülmesi sağlanmalıdır (Lavdaniti, 2019; Can, 2015; Kırca ve Kutlutürkan, 2018).

2.2.3. Bulantı ve Kusma

Bulantı, öğürme isteği ve kusma gibi hoş olmayan öznel duygu olarak tanımlanan ve kemoterapinin en sık görülen yan etkilerinden biridir. Kanser hastalarının %68'inin hastalığın herhangi bir evresinde veya tedavi nedeniyle yaşadığı; antiemetik tedavi olmadan %70-80 civarında yaşanan semptom olduğu tahmin edilmektedir (Yang ve ark., 2017; Henson ve ark., 2020).

Yetersiz kontrol edilen bulantı ve kusma fiziksel, bilişsel ve psikososyal sorunlara neden olabilmekte ve hastanın dehidratasyon, elektrolit bozuklukları ve beslenme kaynaklı ölüme kadar gidebilen sorunlar yaşanmasına sebebiyet verebilmektedir (Henson ve ark., 2020).

Kanser kemoterapisine bağlı bulantı ve kusma, akut faz ve gecikmiş faz olmak üzere iki fazda yaşanmaktadır. Akut faz, kemoterapi uygulamasıyla birlikte 1-2 saat içinde ortaya çıkan ve 24 saate kadar sürebilen ve hastaların %10-38'ini etkileyen fazdır. Gecikmiş faz ise kemoterapi uygulamasından 24 saat sonra ortaya çıkan ve en sık cisplatin, karboplatin, siklofosfamid ve doksorubisin ajanlarının neden olduğu %28-64 oranında hastaları etkileyen fazdır (Can, 2015; Rapoport, 2017).

Bulantı- kusmaya yönelik hemşirelik bakımı:

- Onkoloji hemşiresi, bulantı-kusmanın fizyopatolojisini iyi bilmeli, hastaya yönelik bireyselleştirilmiş bakım planı oluşturmali,
- Hastanın kendisini ifade etmesi sağlanmalı, hasta ve hasta yakınının bilgi eksikliği giderilmeli,

- Hastanın ayrıntılı öyküsü alınmalı, bulantı ve kusmada rol oynayan ana faktörler belirlenmeli,
- Bulantı ve kusmanın başlama zamanı, sıklığı, şiddeti, arttıran ve azaltan faktörler değerlendirilmeli,
- Uygun farmakolojik ilaçların hekim isteminde kullanımı sağlanmalı,
- Hastanın yeterli sıvı alımı ve yeterli beslenmesi sağlanmalı,
- Bulantı ve kusmayı tetiklemeyecek sindirimi kolay besinlerin azar azar ve sık sık tüketimi sağlanmalı (tatlı, tuzlu, baharatlı ve yağlı gıdalardan uzak durulmalı),
- Hastaya bulantı ve kusma hissini tetikleyebilecek (koku, görüntü) ortamdan uzak havalanmış ferah bir ortam sağlanmalı,
- Akupunktur, akupresür, müzik terapi, hayal kurma, progresif gevşeme teknikleri ve hasta eğitimi etkinliği gibi yöntemler kullanılmalıdır (Can, 2015; Kırca ve Kutlutürkan, 2018; Henson ve ark., 2020).

2.2.4. Uykusuzluk

Kansere bağlı uyku bozukluğu, hastaların %30-90'ında uykuya dalmada güçlük çekme, uykuda kalma güçlüğü, uyku kalitesinde azalma, kabus görme, uyanmada güçlük yaşama, erken-sık uyanışlar ve sürekli uykulu hissetme şeklinde görülmektedir (Can, 2015; Lin ve ark., 2019). Kanseri ve uykusuzluk arasındaki ilişkiye bakıldığında, tedavi, ağrı, sıcak basmaları, anksiyete, gündüz uykusu, inkontinans, gastrointestinal semptomlar gibi birçok faktör uyku sorunlarına neden olmaktadır (Savard ve ark., 2015).

Uykusuzluğa yönelik hemşirelik bakımı:

- Kanseri hastaları tarafından bildirilen uykusuzluğun yönetiminde hemşire hastaya pozitif uyku alışkanlıkları hakkında eğitim vermeli,
- Hastanın uyku alışkanlığı ve uyku gereksinimi belirlenmeli, kendisini ifade etmesi sağlanmalı,
- Uykuyu engelleyecek semptomlar belirlenmeli, uygun girişimler planlanmalı,
- Gün içerisinde şekerleme yapması engellenmeli, kişinin durumuna göre uygun aktivite programı düzenlenmeli (aktivite programı kişinin ağrı, nefes darlığı, yorgunluk gibi semptomları göz önünde bulundurularak planlanmalı),
- Hastanın uykusunu bölecek girişimlerden kaçınılmalı,
- Uykuya elverişli karanlık, sessiz ve rahat bir ortam hazırlanmalı,

- Yatmadan önce kafein, alkol ve yüksek şekerli besin tüketimi ve uykuya engel olacak saatlerde televizyon izleme, cep telefonu ve bilgisayar kullanımı azaltılmalı,
- Hasta için uygun masaj, müzik, progresif gevşeme egzersizleri, stresi azaltma meditasyonu, destekleyici grup terapisi, eğitim, bilişsel-davranışsal terapiler, egzersiz ve ayak banyosu gibi farklı nonfarmakolojik teknikler ile hastaların uykusu kalitesi artırılabilir (Can, 2015; Berger ve ark., 2015).

2.2.5. Diyare

Kemoterapötik ajanların birçok hücreye ve sisteme yaptığı etki gibi gastrointestinal sistem (GİS) üzerindeki etkileri ile diyare ve konstipasyon gibi önemli semptomlar meydana gelmektedir (Can, 2015).

Diyare, irinotekan ve floropirimidin içeren kemoterapinin yaygın toksisitesidir. Bu ajanlara bağlı olarak hastaların yaklaşık %50-80'inde görülmektedir (Stein ve ark., 2010). İlerleyen evrelerde (derece 3-4) diyare, sıvı volumde azalma, akut böbrek hasarı ve hipokalemi, metabolik asidoz ve enfeksiyon gibi hayatı tehdit edebilecek sorunlara yol açabileceği için hastaneye yatış önemlidir. Diyare, farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler ile kontrol altına alınmalıdır. Farmakolojik olarak, loperamid ve oktreoid türevi ilaçlar ile diyare kontrol edilebilirken, 3-4. derecelerde olan diyareler için intravenöz sıvılar ve antibiyotik tedavisi ile de desteklenmelidir (Maroun ve ark., 2007).

Diyareye yönelik hemşirelik bakımı:

- Hemşire tarafından diyareye neden olan faktörler belirlenmeli,
- Diyarinin şiddeti, sıklığı, içeriği, miktarı, rengi tespit edilmeli,
- Hastanın kendisini ifade etmesi, hasta ve hasta yakını eğitimi sağlanmalı,
- Hastanın yeterli sıvı alımı sağlanmalı (alkol, kafein ve bitki çayı tüketimi azaltılmalı),
- Hastanın saatlik aldığı çıkardığı takibi, elektrolit takipleri yapılmalı,
- Hasta dehidratasyon belirtileri yönünden takip edilmeli, normal sıvı ve elektrolit dengesi sağlanmalı,
- Sindirimi kolay diyareyi şiddetlendirmeyecek besin alımı sağlanmalı (muz, pirinç lifsiz meyve püreleri vb.), lif ve laktoz içeren gıdalar kısıtlanmalı,
- Hastanın oral veya enteral beslenmesini engelleyen GİS sorunu varsa bu süreçte parenteral beslenmesi sağlanmalı,

- Hastanın perianal bölgesi temiz ve kuru tutulmalı, pişik ve tahrişe yönelik uygun bakım verilmeli,
- Doktor istemine göre uygun farmakolojik tedavi (antidiyaretik, antibiyotik vb.) sağlanmalıdır (Can, 2015; Stein ve ark., 2010; Maroun ve ark., 2007).

2.2.6. Konstipasyon

Konstipasyon, ileri evre kanser hastalarının %50-87'sinde görülen ve hafife alınan bir komplikasyondur (McQuade ve ark., 2016). Tai ve ark. (2016)'nın çalışmasında ilerlemiş evre kanser hastalarının %63.5'inin konstipasyon yaşadığı tespit edilmiştir. Kemoterapi ilaçları ve opioidler sebebi ile görülmektedirler. Abdominal distansiyon, şiddetli karın ağrısı, sert ve kuru dışkının geçmesinden kaynaklanan rektal yırtılma, hemoroidler ve rektal çatlaklar kabızlığın sebep olduğu komplikasyonlardır. Tedavi edilmeyen kabızlık, fekal impaksiyon ve bağırsak tıkanıklığı ile ilişkili hayatı tehdit eden komplikasyonlara sahip olabilen obstipasyona ilerleyebilir. Farmakolojik tedavi, ilaçların etki mekanizmalarına göre hem oral hem de rektal uygulanabilen, yığın oluşturucu, yumuşatıcı, ozmotik/salin, uyarıcı ve yağlayıcı müshillerin uygulanması şeklindedir (McQuade ve ark., 2016).

Konstipasyona yönelik hemşirelik bakımı:

- Hemşire tarafından, hastanın kaç gündür konstipe olduğu değerlendirilmeli,
- Hastanın kendisini ifade etmesi ve hasta eğitimi sağlanmalı,
- Hasta diyetinde bol lifli gıdalar tüketilmeli, kontrendikasyon olmadıkça bol su tüketimi sağlanmalı,
- Düzenli egzersiz yapmanın gerekliliği ve önemi anlatılmalı,
- Fekal tıkaç olup olmadığı değerlendirilmeli varsa uygun girişim yapılmalı,
- Uygun farmakolojik tedavi sağlanmalı,
- Fiziksel egzersiz, karın masajı, aromaterapi masajı, probiyotik alımı, dışkılama sırasında konfor ve mahremiyetin sağlanması ve konstipasyona neden olabilecek tıbbi faktörlerin ortadan kaldırılması gibi yöntemler uygulanmalıdır (Can, 2015; McQuade ve ark., 2016).

2.2.7. Nefes Darlığı

Nefes darlığı, hastalık ilerledikçe giderek yaygınlaşan, hastaların yaşam kalitelerini ve günlük aktivitelerini olumsuz etkileyen önemli bir sorundur. İleri evre kanser hastalarının %10-70'inde nefes darlığı görülür. Hastalar ve aileleri için özellikle korkutucu olabilir. Genellikle akut hastane hizmetlerinin kullanılmasına neden olabilmektedir (Henson ve ark., 2020; McKenzie ve ark., 2018).

Nefes darlığına yönelik hemşirelik bakımı:

- Onkoloji hemşiresi tarafından dispnenin başlangıcı, sıklığı, şiddeti ve süresi gibi özellikleri değerlendirilmeli,
- Hastanın kendini güvende hissetmesi sağlanmalı, yapılan her işlem hakkında bilgi verilerek hastanın anksiyetesi azaltılmalı,
- Dispneyi alevlendiren ve rahatlatan faktörler tespit edilmeli, altta yatan sebebe yönelik girişimler planlanmalı,
- Hastaya semi fowler/fowler pozisyonu verilmeli,
- Uygun farmakolojik tedavi uygulanmalı (oksijen, bronkodilatör, opioid vb.),
- Hastaya solunum, öksürük ve gevşeme egzersizleri öğretilmeli, el tipi fan kullanımı sağlanmalı, gerektiğinde NTA ve CPAP uygulaması yapılmalı,
- Akciğer sesleri dinlenilmeli, kan gazı ile solunum parametreleri değerlendirilmeli, olası entübasyon durumu için hazırlıklı bulunulmalı,
- Hasta ve ailenin psikososyal destekleyici bakım ihtiyacı karşılanmalıdır (Henson ve ark., 2020; Ramos ve ark., 2017; Thongkhamcharoen ve ark., 2012).

2.2.8. Ciltte ve Tırnaklarda Değişiklik

Tırnak yatağında değişiklikler docataxel, paclitaxel ve etoposid gibi mitoz bölünmeyi engelleyen taxan bazlı tedavilerde sık görülmektedir. Tırnaklarda meydana gelen değişiklikler çok önemli görülme de deforme olması ve dokununca ağrı hissetmesi nedeniyle hasta için oldukça rahatsız edici bir durumdur (Can, 2015).

Cilt, radyoterapi tedavisinde en sık etkilenen organlardan biridir. Radyasyon tedavisi ödem, dermatit, deskuamasyon, ülserasyon, geç radyasyona bağlı fibroz, nekroz ve sarkom, bazal ve yassı hücreli karsinomlar ve ikincil tümörler gibi çeşitli histolojik cilt değişikliklerine neden olabilir (Andrade ve ark., 2017).

Cilt değişikliklerine yönelik hemşirelik bakımı:

- Hemşire tarafından, her tedavi gününde hastanın cildi değerlendirilmeli ve hasta eğitimi sağlanmalı,
- Cilt temizliğinin nasıl yapacağına ilişkin eğitim verilmeli (cilt temizliğinin yumuşak ürünlerle, ılık su ile çok ovulmadan yapılması ve iyice kurulanması, kozmetik ürünlerin dikkatli kullanılması vb.)
- Tedavi alanının basınç ve sürtünmelere karşı korunması için bol ve pamuklu giysiler giyilmesi önerilmeli,

- Bölgenin çok sıcak ve soğuk ile temasından, direk güneş ışığından korunması sağlanmalı,
- Radyasyon dermatitinin şiddetini önlemek veya azaltmak için steroidler, hyaluronik asit, aloe vera, sükralfat ve adrenerjik vazokonstriktörler gibi çeşitli ajanlar kullanılması sağlanabilir,
- Ayrıca film oluşturunca bir silikon jelin topikal kullanımı, meme radyoterapisi alan hastalarda radyasyona bağlı dermatit oluşumunu azatlığı bilinmektedir (Ahn ve ark., 2020; Kırca ve Kutlutürkan, 2018).

Alopesi:

Kanser kemoterapisine bağlı gelişen alopesi geri dönüşümlü olmasına rağmen hastalar için en üzücü yan etkilerden biridir. Kemoterapi, saç kökleri de dahil olmak üzere hızla büyüyen hücrelere etki eder ve buna bağlı saç dökülmesi genellikle infüzyondan 7-14 gün sonra gerçekleşir. Hastalarda alopesi, kemoterapinin tipine ve dozuna bağlı olarak değişmekle birlikte %65 oranında insidansa sahiptir (Komen ve ark., 2013; Rossi ve ark., 2017).

Alopesiye yönelik hemşirelik bakımı:

Hastalar, zihinsel olarak ne kadar hazır olsalar da, taraklara gelen ve yastıklara dökülen saç demetlerinin çoğu hastanın şok yaşamasına ve psikolojik olarak etkilenmesine neden olmaktadır. Alopesi genellikle geri dönüşümlüdür ve saçlar genellikle 3-6 ay sonra yeniden uzar. Nadiren de olsa, yüksek doz kemoterapi veya busulfan ve siklofosfamid uygulaması ile ilişkili olarak kalıcı alopesi vakaları bildirilmiştir.

- Onkoloji hemşiresi, kemoterapi alacak olan hastalara kemoterapötik ajanlar ve yan etkileri hakkında ayrıntılı bilgi vermeli, hastalar duygu durumlarını ifade etmeleri için cesaretlendirilmeli ve psikolojik destek sağlanmalı,
- Alopesiye yönelik kemoterapi boyunca ve sonrasında nazik saç bakım stratejilerinin uygulanması benimsenmeli,
- Hastaların bu durumla başa çıkmalarına yardımcı olmak ve kafa derisini güneşten ve soğuğa maruz kalmaktan korumak için şapka ve peruk kullanımı sağlanabilir,
- Farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerin kullanımı sağlanmalı; alopesi için önleyici tedavi olarak önerilen ve en yaygın kullanılan yöntem kafa derisi soğutmasıdır. Kemoterapiden sonra yeniden büyümeyi hızlandırmak için %2 topikal minoksidil en iyi tedavidir (Can, 2015; Rossi ve ark., 2017; Takayuki Kinoshita ve ark., 2019; Kırca ve Kutlutürkan, 2018).

2.2.9. Oral Mukozit

Kemoterapötik ajanlar, oral mukoza astarı gibi hızla bölünen hücreleri hedef alır ve bu da atrofi ve ülserlere yol açar. Genellikle tedaviden 5-10 gün sonra ağızda yanma hissi ile başlayan semptom daha sonra şişme, eritem veya ülserasyon ve ağrı olarak devam eder (Cidon, 2018). Kemoterapiye bağlı oral mukozit, radyoterapi ile meydana gelenden daha az şiddetli ve kısa sürelidir (Kooshyar ve ark., 2017). Radyoterapi hastalarının %80'inde, kemoterapi hastalarının ise %40-80'inde oral mukozit görülmektedir (Chaveli-Lopez ve Bagan-Sebastian, 2016).

Oral mukozite yönelik hemşirelik bakımı:

Oral mukozit ülserleri ağrıya, yeme, yutma ve konuşma güçlüklerine, yetersiz beslenme, lokal ve sistemik enfeksiyonlara, tedavi gecikmelerine, tedavi rejimlerini kesintiye uğratmaya ve sonuçta klinik morbiditeye yol açığı için yönetimi son derece önemlidir (Sharifi ve ark., 2017).

- Hemşire tarafından, oral mukoz membranda bozulma olup olmadığı düzenli olarak değerlendirilmeli,
- Hastanın sıvı alımı ve beslenmesi yakından izlenmeli,
- Ağız mukozasını tahriş edebilecek yiyecek ve içeceklerin tüketimi azaltılmalı (çok sıcak, baharatlı, asidik, sert),
- Hasta oral alamayacak durumdaysa hastanın enteral veya parenteral beslenmesi sağlanmalı,
- Hastaya düzenli ağız bakımı yapması konusunda eğitim verilmeli (yumuşak diş fırçası kullanımı, gargara kullanımı),
- Kriyoterapi, bal ve karadut pekmezi gibi yöntemler uygulanmalıdır (Can, 2015; Chaveli-Lopez ve Bagan-Sebastian, 2016; Kırca ve Kutlutürkan, 2018).

2.2.10. Periferik Nöropati

Kemoterapiye bağlı periferik nöropati, taksanlar, platin ilaçlar, vinka alkaloidleri ve proteazom inhibitörleri bortezomib gibi antineoplastik ilaçların duyu sinirlerine etkisi ile ortaya çıkan, genellikle ellerde ve ayaklarda ağrı, uyuşma, karıncalanma ve bozulmuş duyuşal işlev şeklinde görülmektedir (Wolf ve ark., 2008). Prevalansı, uygulanan özel antikanser ilaç veya ilaç kombinasyonuna, doz rejimine, ağrı değerlendirme yöntemlerine ve özel hasta durumuna bağlı olarak %10-100 arasında değişmektedir (Han ve Smith, 2013).

Hastalar, periferik nöropatiye bağlı kas güçsüzlüğü ve hissizlikler yaşayacaktır. Bu sebeplere bağlı olarak GYA olumsuz etkilenecek ve denge problemleri, donma, yanma, yaralanmalar, düşme gibi olumsuz tecrübeler

yaşayabilecektir. Tüm bu problemler hastalarda uykusuzluk ve depresyon gibi sorunlar yaşamasına da neden olacaktır (Saklı ve Demir, 2013).

Periferik nöropatiye yönelik hemşirelik bakımı:

- Hemşirelerin periferik nöropatiye karşı etkin girişimlerde bulunabilmeleri için, güncel gelişmeleri takip ederek kanıt temelli yaklaşımlar hakkında bilgi sahibi olmalıdır (Kayıkçı ve Can, 2020).
- Periferik nöropatiyi tam anlamıyla önleyecek etkili bir ilaç ya da yöntem bulunmamaktadır. Kemoterapi kaynaklı nöropatilerde, diyabet ve diğer nöropati türlerinde kullanılan ilaçlar kullanılmaktadır. Ağrılı periferik nöropatide tedavi olarak duloksiten önerilmektedir (Greenlee ve ark., 2016; Abudayyak ve ark., 2018).
- Tamamlayıcı tedavi olarak da akupunktur, refleksoloji, masaj, ayak banyosu, kriyoterapi, scrambler terapi, fiziksel aktivite gibi pek çok uygulamanın etkinliği bulunmaktadır (Kayıkçı ve Can, 2020).

2.2.11. Psikolojik Sorunlar

Psikiyatrik sorun yaşayan kanser hastası prevalansının %29-47 arasında değiştiği bildirilmektedir (İzci ve ark., 2016). Tedavi yöntemleri, semptomlar, GYA yerine getirememesi ve karşılanmamış gereksinimleri gibi durumlar hastaların psikososyal sorunlar yaşamasına neden olmaktadır (Grassi ve ark., 2017).

Psikolojik sorunlara yönelik hemşirelik bakımı:

- Onkoloji hemşiresi tarafından, hem hastanın hem de ailenin duygusal sorunları ve endişeleri değerlendirilmeli,
- Hastalık ve tedavi süreci hakkında hasta ve ailesine açık ve net bilgi verilmeli, hastanın kendisini ifade etmesi sağlanmalı,
- Hastanın mevcut güçlükleri ve baş etme stratejileri değerlendirilmeli, etkin baş etme yöntemleri hakkında bilgi verilmeli,
- Hastanın sosyal destek durumu değerlendirilmeli, bireysel, grup ve aile terapisi gibi yöntemler uygulanmalı,
- Gerekli durumlarda uygun farmakolojik tedaviye başvurulmalıdır (Kırca ve Kutlutürkan, 2018; Grassi ve ark., 2017).

2.3. KANSER HASTALARININ DESTEKLEYİCİ BAKIM GEREKSİNİMLERİ VE HEMŞİRELİK

Destekleyici bakım gereksinimleri; hastaların yaşam kalitelerini artırabilmek, tedaviden alınacak sonucu en üst düzeye çıkarabilmek, hastalık ve etkilerini minimuma indirebilmek için hastaya yardım eden aktiviteler ve verilen sağlık hizmetleridir. Literatürde, kanser hastalarının özellikle psikolojik ve fiziksel alanlardaki destekleyici bakım ihtiyaçlarının büyük oranda karşılanmadığı bildirilmektedir (Boyes ve ark., 2015; McDowell ve ark., 2010; Ölmez, 2020). Destekleyici bakım geliştirmenin ve sağlamanın ilk adımı, destekleyici bakım ihtiyaçlarını belirlemek için hastanın durumunu derinlemesine araştırmaktır. Bu ihtiyaçların belirlenmesi, yüksek kaliteli bakım ve hastaların memnuniyeti için çok önemlidir (Jabbarzadeh Tabrizi ve ark., 2016).

Kanser hastalarının; fiziksel, psikososyal, emosyonel, ekonomik, GYA, bilgi, iletişim ve spiritüel gibi birçok alandan bakım gereksinimi vardır. Bu gereksinimleri ve birbirleriyle ilişkilerini anlamak ve karşılanması son derece önemlidir (Jansen ve ark., 2015; Schofield ve ark., 2006). Karşılanmamış destekleyici bakım ihtiyaçları, artan duygusal sıkıntıya, etkisiz başa çıkmaya ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olur. Gereksinimlerin karşılanması hastaların bakım memnuniyetsizliğini azaltacak, yaşam kalitesini artıracak ve sağlık hizmeti kullanımını azaltacaktır. Hasta merkezli, bireysel ve bütüncül bakımın sağlanabilmesi için kanser hastalarının gereksinimlerinin belirlenmesi ve karşılanması son derece önemlidir (Kocaman Yıldırım ve ark. 2013; Okuyama ve ark., 2011; Fitch ve Maamoun, 2016; Loughery ve Woodgate, 2015; Sklenarova ve ark., 2015).

Kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimlerini belirlemek ve karşılanması için en önemli rol hemşireye düşmektedir (Kocaman Yıldırım ve ark. 2013). Hasta bireyin hastaneye ilk kabulünden taburculuk veya ölüm sürecine kadar bakım ve tedavi sürecinde hastanın her anında yanında bulunan tek sağlık çalışanı hemşiredir. Hemşire almış olduğu eğitim ve üstlenmiş olduğu rollerle (bakım verici, tedavi edici, rehabilite edici, danışmanlık, iletişim ve bilgi verici, karar verici vb.) hastaların bakım gereksinimlerini belirlemeli ve çözüme kavuşturmalıdır.

Destekleyici bakım gereksinimleri genel olarak beş ana kategoriden oluşmaktadır. Bunlar; fiziksel problemler ve gereksinimler, cinsellik gereksinimi, iletişim ve bilgi gereksinimi, psikolojik gereksinimler ve spiritüel gereksinimlerdir.

2.3.1. Fiziksel Problemler ve Gereksinimler

Hastalar, kansere ve tedavisine bağılı ağrı, yorgunluk, nefes darlığı, ciltte değışiklikler, bulantı-kusma, kilo kaybı gibi yaşam kalitesini olumsuz etkileyen birçok fiziksel sorunla karşılaşmaktadır. Literatürde yapılmış birçok çalışmada hastaların karşılanmamış fiziksel gereksinimlerinin olduğı saptanmıştır (Abdollahzadeh ve ark., 2014; Fitch ve Maamoun, 2016; Sanders ve ark., 2010) Tek başına bir semptomu yönetmek bile zorken kanser hastalarının yaşadığı kümelenmiş semptomlar hastaların yaşam kalitelerini önemli ölçüde etkilemektedir. Müdahalelerin semptom kümelenmelerine uygun olacak şekilde tasarlanması ve tek semptomlara yönelik olmaması yararlı olacaktır. Örneğin, yorgunluğa karşı koymak için bir egzersiz müdahalesinin, hastanın diğerk ağrı ve nefes darlığı semptomlarını artırabileceğı hesaba katılmalıdır. Hastaların fiziksel sorunlara bağılı ortaya çıkabilecek daha fazla fiziksel ve psikolojik sorun yaşamaması için erken dönemde ihtiyaçlarının tespit edilerek çözümünün sağlanması son derece önemlidir (Kocaman ve ark., 2013; Demirkol, 2016; Fitch ve Maamoun, 2016).

2.3.2. Cinsellik Gereksinimi

Cinsellik; ait olma, diğerkleri tarafından kabul edilme, yaşamın değeri ve hayattan zevk alma inancıyla yakından ilişkilidir. Literatürde yapılan çalışmalarda, cinsellik ihtiyacının diğerk gereksinimlere göre düşük oranda bulan çalışma sonuçları bulunmaktadır (Boyes ve ark., 2015; Temiz ve Durna, 2019; White ve ark., 2012; Chen ve ark., 2009; Ölmez, 2020; Fong ve Cheah, 2016). Bazı çalışmalarda kanser tedavisi gören hastaların cinsel yaşamlarının etkilendiğı, fakat bu konuda sıkıntı yaşayan kanser hastalarının gereksinimlerini dile getirirken rahatsızlık duydukları bildirilmiştir (Gardner, 2008; Yıldırım, 2013).

Hasta kişinin seksüel olmadığı düşüncesi kanser hastalarında cinsellik ile ilgili gereksinimlerin oluşmasına neden olmaktadır. Halbuki cinsellik yaşam doyumunun önemli bileşenlerindendir. Hastalarda, sağlıklı bireyler gibi cinsel arzu hissedebilir ve seksüel bir partner olmaktan mutluluk duyabilirler. (Ertem ve ark., 2017; Kocaman ve ark., 2013).

Hastanın cinsellik gereksinimlerin tespit edilmesinde önemli rol hemşirenindir. Hemşire, hastaya kendini utanmadan rahatça ifade edebileceğı bir ortam oluşturarak uygun iletişim teknikleri ile hastanın ihtiyaçlarını belirlemeli ve uygun çözüm yolları sunmalıdır.

2.3.3. İletişim ve Bilgi Gereksinimi

Sağlık hizmetlerinin verilmesi aşamasında, iletişim ve bilgi gereksinimleri hastalar için sağlık bakımının vazgeçilmez bir parçasıdır. Hastaların bilgi gereksinimleri sosyo-demografik özelliklerine göre değişmekle birlikte; hastalık, hastalığın evresi, tedaviler, tedavi yan etkileri, iyileşme şansı, metastaz, nüks gibi birçok konuda ve her kanser türüne göre farklı uygulamalar ve cevaplar içeren bilgiye gereksinim duyarlar (Mistry ve ark., 2010).

Literatürde yapılan çalışmalarda, hastaların karşılanmamış bakım gereksinimleri arasında sağlık sistemi ve bilgi gereksinimlerinin yüksek olduğu saptanmıştır (Abdollahzadeh ve ark., 2014; Fong ve Cheah, 2016). Rutten ve ark. (2005) yapmış olduğu sistematik derlemede hastalarının en fazla tedaviyle ilgili bilgi gereksinimi olduğu ve bilgi gereksinimlerini karşılamada en fazla sağlık çalışanlarını tercih ettikleri bulunmuştur.

Kanser hastalarının tedaviye uyum sürecini hızlandırmak ve bilgi yetersizliği sebebiyle ortaya çıkabilecek psikolojik sorunların önüne geçilebilmesi için uzman hemşireler tarafından hastaların bilgi gereksinimlerinin saptanarak çözüme kavuşturulması son derece önemlidir.

2.3.4. Psikososyal Gereksinimler

Kanserin türü ne olursa olsun kanser tanısı alan her hasta, yaşamının nasıl ilerleyeceği, nelerle karşılaşacağı, ailesine ne olacağı gibi gelecek ile ilgili birçok belirsizlikle karşı karşıya kalmakta ve ölüm gerçeği ile yüzleşmektedir (Yazgı ve Yılmaz, 2020). Kanser bakımı, çoğu zaman biyomedikal tedaviyi sağlamakta, hastalıkla ilişkili psikolojik ve sosyal sorunları ele almamaktadır (Demirkol, 2016). Literatürde yapılmış çalışmalarda kanser hastalarının psikososyal gereksinimlerinin yüksek olduğu görülmektedir (Hall ve ark., 2015; Edip ve ark., 2016; Sakamoto ve ark., 2017; Okuyama ve ark., 2011).

Hastaların hastalık ve uzun süren tedavi sürecine bağlı olarak ortaya çıkan semptomlar, semptomlara bağlı GYA yerine getirememe, iş gücü kaybı, ailedeki rol ve sorumluluklarını yerine getirememe, beden imajındaki bozulmalar, karşılanmayan gereksinimler, hastalığın nüks etme korkusu, ölüm korkusu gibi birçok sebep nedeniyle psikolojik gereksinimleri ortaya çıkmaktadır. Kanser hastalarının karşılanmayan psikososyal sorunları, hastaların ek psikiyatrik hastalıklar yaşamasına ve hastalık seyrinin olumsuz etkilenmesine neden olacağından çözümü son derece önemlidir (Demirkol, 2016; Yazgı ve Yılmaz, 2020).

Kanser süreci boyunca hasta ve ailesinin yanında bulunan hemşire, hastaların psikososyal sorunlarının belirlenmesi ve bu sorunlarla etkin başa çıkılmasında önemli role sahiptir. Hastaların yaşamakta olduğu sorunların en az düzeye indirilebilmesinde temel nokta etkili bir iletişimdir. Hemşire etkili iletişim ile hastayı bütüncül olarak değerlendirmeli, psikososyal gereksinimleri belirlemeli ve bu gereksinimler doğrultusunda uygun girişimleri planlamalı ve uygulamalıdır (Yazgı ve Yılmaz, 2020).

2.3.5. Spiritüel Gereksinimler

Spiritüel gereksinimler, özellikle bireyin hastalık, stres, ölüm korkusu yaşadığı, yaşamın anlamını sorguladığı ve umudunun tükendiği kriz durumlarında ön plana çıkmaktadır. İlerlemiş kanseri olan hastaların spiritüel ihtiyaçlarının daha fazla olduğu bilinmektedir. Hastalar bu gereksinimlerini inançları doğrultusunda tanrı ile ilişki kurarak ve ya insan ilişkileri ile karşılamaktadır. Spiritüel gereksinimler; dua etme, ibadetler, yaşamın anlam ve amacını bulma isteği, konuşma, teselli, umut ve sevgi gibi kavramlardır. Hastanın bu gereksinimlerinin karşılaması ile bireyin yaşam doyumu artacak, hastalığı kabul etmesi ve tedavi süreci olumlu etkilenecektir (Kocaman ve ark., 2013; Çınar ve Eti Aslan, 2017).

Literatürde yapılan bazı çalışmalarda hastaların yorgunluk şiddeti arttığında spiritüel iyilik halinin düştüğü bulunmuştur (Rabow ve Knish, 2015; İzgü ve Gök Metin, 2020). Hemşire, öncelikle hastaların fiziksel gereksinimlerine çözüm olmalı daha sonra süreçte ne gibi spiritüel gereksinime ihtiyaç duyduğunu belirlemelidir. Hastanın konuşarak kendini ifade etmesi sağlanmalıdır, bireyin aile ve sevgi bağları pekiştirilmeli, moral ve motivasyonu yüksek tutulmalı, hastane ortamında bireyin inancına yönelik ibadet etmesine uygun ortam sağlanmalıdır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki bu araştırma, kanser hastalarında görülen semptomların ve destekleyici bakım gereksinimlerinin saptanması amacıyla gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırma Soruları

- Kanser hastalarında görülen semptomların şiddeti nedir?
- Kanser hastalarında görülen semptomların şiddeti ile sosyo-demografik ve hastalık özellikleri arasında fark var mıdır?
- Kanser hastalarında destekleyici bakım gereksinimi düzeyi nedir?

- Kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimi ile sosyo-demografik ve hastalık özellikleri arasında fark var mıdır?
- Kanser hastalarında görülen semptomların şiddeti ile destekleyici bakım gereksinimi arasında ilişki var mıdır?
- Kanser hastalarında görülen semptomların şiddetinin destekleyici bakım gereksinimi üzerinde etkisi var mıdır?

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zaman Özellikleri

Araştırma, 15 Mayıs 2019-30 Nisan 2020 tarihleri arasında Sivas il merkezinde bulunan Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi Onkoloji Merkezi'nde kanser kemoterapisi alan kanser hastaları ile gerçekleştirilmiştir. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi yerleşkesi içerisinde yer alan Onkolojisi Merkezi, 2007 yılında faaliyete başlamıştır. Onkolojisi Merkezi 2 kattan oluşan, 1860 m2 kapalı alanı ile aynı anda 12 kanser hastasına hizmet verebilmektedir. Onkolojisi Merkezinde, alanında uzman hemşirelerce ayaktan kanser kemoterapisi ve destek tedavisi verilmekte ayrıca radyoterapi hizmetleri de kanser hastalarının yararlanabildiği imkanlar arasındadır. Onkoloji Merkezinde 2 doçent doktor, 3 Araştırma Görevlisi, 1 Tıbbi Radyo Fizik Uzmanı, 4 Radyoterapi Teknikeri ve alanında uzman 12 hemşire görev yapmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi Onkoloji Merkezine başvuran kanser hastaları oluşturmuştur. Onkoloji merkezine bir takvim yılı öncesinde başvuru yapan 1075 hasta olduğu tespit edilmiş; tanı amacıyla yapılan başvurular, radyoterapi tedavisi başvuruları, cerrahi tedavi ve diğer tedaviler sonrası kontrol başvuruları ve kanser kemoterapisini tamamlamış hastaların çıkarılmasıyla 320 kemoterapi alan kanser hastası araştırma evrenini oluşturmuştur. Evreni bilinen ($n=320$) örneklem hesabına göre yapılan %5 hata, %5 anlamlılık düzeyi ve %90 güven aralığı ile 147 hastaya ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırma örneklemini, 15 Mayıs 2019-30 Nisan 2020 tarihleri arasında Onkoloji Merkezine başvuran ve kanser kemoterapisi alan 134 kanser hastası oluşturmuştur. Çalışmaya dahil edilme kriterleri sadece 134 hastada sağlandığı için çalışma 134 kanser hastası ile bitirilmiştir.

3.5. Araştırmaya Dâhil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

3.5.1. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- Kanser tanısı konulmuş,
- 18 ve üzeri yaş grubunda yetişkin olan,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan,
- Veri toplama esnasında kanser kemoterapisi alan,
- Sözel iletişim kurulabilen hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

3.5.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Veri toplama esnasında kanser kemoterapisi almayan; radyoterapi, cerrahi tedavi, tanı, kontrol ve takip amacıyla başvuru yapan,
- İletişim kurulamayan, 18 yaşın altında ve çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler: Kanser hastalarının kişisel özellikleri, hastalık ilgili özellikleri.

Bağımlı Değişkenler: Kanser hastalarının semptom şiddeti ile destekleyici bakım gereksinimi düzeyleri.

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan “Kişisel Bilgi Formu (EK 1)” ile “Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu (EK 2)” ve “Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (EK 3)” kullanılarak elde edilmiştir.

3.7.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu, konu ile ilgili literatür (Çakmak 2012, Kurt Sadırlı 2008) incelenerek hazırlanmıştır. Kişisel Bilgi Formu toplam 23 sorudan oluşan; kanser hastalarının yaşı, cinsiyet, eğitim düzeyi, meslek, gelir düzeyi, sosyal güvence, medeni durum, aile tipi, yaşadığı yer, birlikte yaşadığı kişiler, bakımına yardım eden kişi ve yakınlık derecesi gibi sosyo-demografik özellikleri ile hastaların tanısı, hastalığın evresi, metastaz durumu, metastaz bölgesi, hastalığın teşhis süresi, tedavi süresi, hastalığı tanımlama şekli, sağlık kontrolü yaptırma durumu ile sigara ve alkol kullanma durumu ve süresi gibi özellikleri içeren sorulardan oluşmaktadır.

3.7.2. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği-Kısa Form (DBGÖ-KF)

Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu (DBGÖ-KF), McElduff ve arkadaşları (2004) tarafından Centre for Health Research & Psycho-Oncology için

kanser tanısı konmuş hastaların ihtiyaçlarının farkına varıp değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. Ölçeğin; Almanya, Fransa, Çin ve Japonya gibi farklı ülkelerde de çevrilip, kullanılması için geçerliliği test edilmiştir. Orijinal DBGÖ-KF, 34 madde ve beş alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin Türkiye’ de ki geçerlik güvenirlik çalışması Aksuoğlu ve Şenturan (2015) tarafından yapılmıştır. DBGÖ-KF Türkçe’ye geçerlilik ve güvenirlik çalışması sonucu 31 madde ve 5 alt boyuttan oluşmuştur. Aksuoğlu ve Şenturan (2015) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında, orijinal ölçekte yer alan üç madde (17, 22, 30), diğer alt boyutlar ile de yüksek korelasyon gösterdiği için ölçekten çıkarılmıştır. Ölçeğin değerlendirmesi tam puan üzerinden yapılmaktadır. DBGÖ-KF, “Ruhsal/Psikolojik”, “Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme”, “Fiziksel ve Günlük Yaşam”, “Hasta Bakım ve Desteği İle Cinsellik” alt boyutlarından oluşmaktadır:

Ruhsal/Psikolojik Alt Boyutu: Duygular ve başa çıkma ile ilgili gereksinimleri değerlendirmektedir. Ruhsal/Psikolojik Alt Boyutu; 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 maddeleri olmak üzere 9 maddeden oluşmakta olup, bu boyuttan alınabilecek minimum puan 9, maksimum puan 45’tir

Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme Alt Boyutu: Hastalık, tanı-tedavi, tedavi sonrası izlem ve tedavi merkezinin hakkındaki bilgilerle ilgili gereksinimleri değerlendirmektedir. Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme Alt Boyutu; 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 33, 34 maddeleri olmak üzere 10 maddeden oluşmakta olup, bu boyuttan alınabilecek minimum puan 10 maksimum puan 50’dir.

Fiziksel ve Günlük Yaşam Alt Boyutu: Fiziksel belirtiler ve tedavinin yan etkileri ile başa çıkma, genel görevleri ve aktiviteleri gerçekleştirmeye ilgili gereksinimleri değerlendirmektedir. Fiziksel ve Günlük Yaşam Alt Boyutu; 1, 2, 3, 4, 5 maddeleri olmak üzere 5 maddeden oluşmakta olup, minimum puan 5 maksimum puan 25’tir.

Hasta Bakım ve Desteği Alt Boyutu: Hastanın mahremiyeti, seçimleri, fiziksel ve duygusal gereksinimlerini karşılamada ne derece sağlık çalışanlarına gereksinimi olduğunu değerlendirmektedir. Hasta Bakım ve Desteği Alt Boyutu; 18, 19, 20, 21 maddeleri olmak üzere 5 maddeden oluşmakta olup, alınabilecek minimum puan 4 maksimum puan 20’tir.

Cinsellik Alt Boyutu: Cinsellik ile ilgili gereksinimleri değerlendirmektedir. Cinsellik Alt Boyutu; 15, 16, 31 maddeleri olmak üzere 3 maddeden oluşmakta olup, alınabilecek minimum puan 3 maksimum puan 15’tir.

Ölçek beşli Likert tipindedir. Her soruya verilecek beş cevap: hiç ihtiyacım olmadı (1 puan), ihtiyacım olmadı (2 puan), az ihtiyacım oldu (3 puan), biraz ihtiyacım oldu (4 puan), çok fazla ihtiyacım oldu (5 puan) şeklindedir. Ölçek puanlamasının hesaplanması formül ile yapılmaktadır. Toplam puan $\times 100 / (m \times (k-1))$ formülüyle standardize edilerek hesaplanmaktadır. Toplam puan alt boyutlardaki puanların toplamı; m alt boyuttaki soru sayısı; k ise likert tipteki seçeneklerin sayısıdır. Türkçe'ye uyarlanan DBGÖ-KF'nun iç tutarlık güvenirliği Cronbach alfa katsayıları; Ruhsal/Psikolojik alt boyutu için 0.96, Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme alt boyutu için 0.97, Fiziksel ve Günlük Yaşam alt boyutu için 0.94, Hasta Bakım ve Desteği alt boyutu için 0.93, Cinsellik alt boyutu için 0.93 ve DBGÖ-KF'nun tamamı için 0.97 olarak bulunmuştur (Aksuoğlu ve Şenturan, 2015). Bu çalışmada ise, DBGÖ-KF'nun iç tutarlık güvenirliği Cronbach alfa katsayıları sırasıyla; Ruhsal/Psikolojik alt boyutu için 0.94, Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme alt boyutu için 0.82, Fiziksel ve Günlük Yaşam alt boyutu için 0.89, Hasta Bakım ve Desteği alt boyutu için 0.80, Cinsellik alt boyutu için 0.97 ve DBGÖ-KF'nun tamamı için 0.91 olarak belirlenmiştir.

3.7.3. Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ)

Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ), Edmonton ve arkadaşları (1996) tarafından kemoterapi alan kanser hastalarının bakım yönetimini iyileştirmek amacı ile geliştirilmiştir (Edmonton ve ark., 1996). ESTÖ'nin Türkçe'ye geçerlik güvenirlik çalışması Kurt Sadırlı ve Ünsar tarafından 2008 yılında kanser kemoterapisi alan hastalar ile yapılmıştır (Kurt Sadırlı ve Ünsar, 2008). ESTÖ, onkoloji hastalarının bakım yönetimini iyileştirmek amacıyla onkoloji hastalarında yaygın olarak görülen 12 semptomun değerlendirilmesine yardımcı olan bir ölçektir ESTÖ'nde yer alan semptomlar; ağrı, yorgunluk, bulantı, üzüntü, endişe, uykusuzluk, iştahsızlık, kendini iyi hissetme durumu, nefes darlığı, cilt ve tırnaklarında değişiklik, oral mukozit ve periferik nöropatiyi içermektedir. ESTÖ'nde yer alan her bir semptomun şiddeti 0'dan 10'a kadar olan sayısal numaralarla değerlendirilmektedir. "0 puan" semptomun olmadığını ifade ederken "10 puan" ise semptomun çok şiddetli hissedildiğini göstermekte ve "0 puandan, 10 puana" doğru semptomun şiddeti artmaktadır. Ölçekte yer alan her bir madde ölçeğin alt boyutunu oluşturmaktadır. Kurt Sadırlı ve Ünsar, ESTÖ'nin iç tutarlık güvenirliği Cronbach alfa katsayısını kemoterapi öncesi 0.83, kemoterapi sonrası 0.76 olarak belirlemişlerdir (Kurt Sadırlı ve Ünsar, 2008). Bu çalışmada ESTÖ'nin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.83 olarak belirlenmiştir.

3.8. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllülere “Kişisel Bilgi Formu” ile “DBGÖ-KF” ve “ESTÖ”nden oluşan anket formu 15 Mayıs 2019- 30 Nisan 2020 tarihleri arasında araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Anket formları yüz-yüze görüşme yöntemiyle çalışmaya gönüllü kanser hastalarının tedavi işlemleri öncesi ya da sonrasında onkoloji merkezindeki görüşme odasında her hasta ile yaklaşık 20-25 dakika süreyle görüşülerek toplanmıştır. Gizliliği sağlamak için veri toplama formu üzerinde katılımcıların isimleri dışında hiçbir kimlik bilgisi yazılmamıştır. Veri toplama araçlarının tam olarak uygulandığı 134 hasta ile çalışma tamamlanmıştır.

3.9. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde SPSS (23.0) programı kullanılmıştır. Araştırmaya katılan kanser hastalarının sosyo-demografik bilgileri ve hastalık ile ilgili tanımlayıcı özelliklerinden elde edilen verilerin analizinde; tanımlayıcı istatistik testleri kullanılarak sayı, yüzdelik dağılımı, ortalama, standart sapma ile maksimum ve minimum değerleri belirlenmiştir. Verilerin normal (homojen) dağılıp dağılmadığını belirlemek için Kolmogorov-Smirnov testi ve Shapiro-Wilk normallik testi uygulanmıştır. Güvenirlik analizi ile DBGÖ-KF ve ESTÖ alt boyutlarının iç tutarlılık katsayısı Cronbach alpha hesaplanmıştır. Elde edilen veriler üzerinden, DBGÖ-KF ve ESTÖ toplam puanları ve alt boyutlarının ortalama puan ortalaması, ortanca, standart sapması, maksimum ve minimum değerleri hesaplanmıştır. Araştırmada hastaların kanser hastalarının sosyo-demografik bilgileri ve hastalık ile ilgili tanımlayıcı özellikleri ile ölçek ve alt boyutlarının karşılaştırılmasında; bağımsız grup/gruplarda (iki ya da daha fazla) ölçümle elde edilmiş bir değişken yönünden elde edilen ortalamalar arasında farklılık olup olmadığının belirlenmesi için parametrik test varsayımları sağlayanların analizi iki grup için bağımsız gruplarda t testi, ikiden fazla grup için ise ANOVA analizi, parametrik test varsayımları sağlamayanların ise bağımsız iki grup için Mann Whitney U testi ve ikiden fazla bağımsız grup için Kruskal Wallis H tek yönlü varyans analizi testleri kullanılmıştır. Varyans analizi yapılmadan önce homojenlikleri test edilmiştir. Homojen olan gruplar arasında varyans analizi uygulanmıştır. Farklılık olduğu belirlenen gruplarda hangi grubun diğerlerinden farklı olduğunu belirlemek için homojenlik varsayımını sağlayanlarda Tukey Post Hoc testi, homojenlik varsayımını sağlamayanlarda Tamhane's T2 Post Hoc testi testi kullanılmıştır. Araştırmada değişkenler arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmak için; aralıklı ölçekle elde edilmiş verilerde normal dağılıma uyan veriler için Pearson Korelasyon analizi uygulanmıştır. Semptom şiddetinin

bakım gereksinimleri üzerine etkisini belirlemek için Lineer Regresyon analizi yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

3.10. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığından 17.04.2019 tarih ve 2019-04/14 karar no'lu etik kurul izin onayı (EK 5) ve çalışmanın yapıldığı Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nden yazılı araştırma izni alınmıştır (EK 6). Veri toplama sürecinde araştırma kapsamında örnekleme alınan kanser hastalarına araştırma konusu ve amacı ile ilgili bilgi verilerek sözlü onamları alınmıştır (EK 4). Verileri toplamaya başlamadan önce veri toplama aracı olarak kullanılan DBGÖ-KF ve ESTÖ'nin Türkçe'ye geçerlik ve güvenilirliğini yapmış yazarlardan e-mail yoluyla gerekli izin alınmıştır (EK 7-8). Katılımcılara; araştırmanın amacı, planı ve elde edilen verilerin nerede kullanılacağına ilişkin bilgi verilerek 'İnsan onuruna saygı' ilkesi, araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyenlerin alınması ile "Özerkliğe Saygı" ilkesi, araştırmada elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilerek 'Gizlilik ve Gizliliğin Korunması' ilkesi yerine getirilmiştir. Araştırmanın her aşamasında, Helsinki Deklarasyonunun ilkelerine uyulmuştur.

3.11. Araştırmanın Genellenebilirliği ve Sınırlılıkları

Araştırmada elde edilen veriler sadece çalışmanın yapıldığı örnekleme genellenebilir. Kanser hastalarının semptom şiddeti ve bakım gereksinimlerini belirlemek için ölçek kullanılması, çalışmadan objektif veriler elde edilmesini sağlamakla birlikte, hasta görüşleri ölçeklerde yer alan ifadeler ile sınırlıdır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, kanser hastalarında görülen semptomların ve destekleyici bakım gereksinimlerinin saptanması amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilen çalışmanın bulguları yer almaktadır.

Tablo 1. Kanser Hastalarının Sosyo-demografik Özellikleri (n=134)

Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş [Ort. $\pm$ SS (min- max)]= [57.93 $\pm$ 11.16 (34-83) yaş]		
34-49 yaş	76	56.7
50-64 yaş	18	13.4
65 yaş ve üzeri	40	29.9
Cinsiyet		
Erkek	65	48.5
Kadın	69	51.5
Eğitim düzeyi		
Okuryazar	25	18.7
İlköğretim	87	64.9
Lise	12	9.0
Üniversite ve üzeri	10	7.5
Medeni durum		
Evli	117	87.3
Bekâr	17	12.7
Çalışma durumu		
Çalışıyor	27	20.1
Çalışmıyor	107	79.9
Gelir durumu		
Gelir giderinden az	24	17.9
Gelir giderine eşit	110	82.1
Sosyal güvencesi		
Var	126	94.0
Yok	8	6.0
Aile tipi		
Geniş aile	8	6.0
Çekirdek aile	126	94.0
Birlikte yaşadığı kişi		
Yalnız	22	16.4
Eşi ile birlikte	56	41.8
Eş ve çocuklar ile birlikte	56	41.8
Yaşadığı yer		
İl merkezi	78	58.2
İlçe merkezi	23	17.2
Köy/kasaba	33	24.6
Bakımına yardımcı birinin varlığı		
Var	127	94.8
Yok	7	5.2
Bakımına yardımcı olan kişi* (n=127)		
Eşi	103	81.1
Çocuğu	19	15.0
Anne-babası veya kardeşi	5	3.9

* Kanser hastalarının bakımına yardımcı 127 bakım verici üzerinden yüzde hesaplanmıştır.

Çalışmaya katılan kanser hastalarının sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Çalışmaya katılan kanser hastalarının sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; hastaların %56.7'si 34-49 yaş arasında, ortalama 57.93 ± 11.16 yaşında, %51.5'i kadın, %64.9'u ilköğretim mezunu, %87.3'ü evli, %79.9'u çalışmayan, %81.1'inin geliri giderine eşit, %94'ünün sosyal güvencesinin olduğu, %94'ünün çekirdek ailede, %41.8'inin eşi ve çocukları ile birlikte, %58.2'sinin il merkezinde yaşadığı, %94.8'inin bakımına yardım eden birisinin olduğu ve %81.1'inin bakımına eşinin yardım ettiği belirlenmiştir (Tablo 1).



Tablo 2. Kanser Hastalarının Sağlık ve Hastalıkla İlgili Özellikleri (n=134)

Özellikler	Sayı	Yüzde
Düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumu		
Evet	48	35.8
Hayır	86	64.2
Sigara kullanma durumu		
Kullanmıyor	31	23.1
Kullanmıyor	65	48.5
Daha önce kullandı	38	28.4
Sigara kullanma süresi* (n=69)		
<5 yıl	5	7.2
5-10 yıl arası	5	7.2
10 yıl üzeri	59	85.5
Alkol kullanma durumu		
Evet	6	4.5
Hayır	128	95.5
Hastalık tanısı		
Meme kanseri	43	32.1
Akciğer kanseri	33	24.6
Gastronintestinal kanserler (Kolon ve mide)	31	23.1
Ürogenital kanserler (testis, prostat, over, serviks, rahim)	20	14.9
Diğer kanserler (lenfoma, pankreas ve beyin tümörü)	7	5.2
Hastalık evresi		
1.Evre	14	10.4
2.Evre	60	44.8
3.Evre	14	10.4
4.Evre	46	34.3
Metastaz durumu		
Var	46	34.3
Yok	88	65.7
Metastaz bölgesi* (n=46)		
Çoklu organ	15	32.6
Karaciğer	14	30.4
Kemik iliği	7	15.2
Beyin	7	15.2
Akciğer	3	6.5
Hastalığın teşhis ve tedavi süresi		
<6 ay	53	39.6
6 -11 ay arası	35	26.1
1-3 yıl	27	20.1
3 yıl üzeri	19	14.2
Hastalığınızı nasıl tanımlarsınız		
Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık	100	74.6
Kolay tedavi edilebilen bir hastalık	29	21.6
Tedavi edilmeyen bir hastalık	5	3.7

*n üzerinden yüzdelikler hesaplanmıştır

Çalışmaya katılan kanser hastalarının sağlık ve hastalık ile ilgili özellikleri Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2 incelendiğinde; kanser hastalarının %64.2’sinin düzenli olarak sağlık kontrolü yaptırmadığı, %23.1’inin sigara ve %4.5’inin alkol kullandığı, %32.1’inin meme kanseri, %24.6’sının akciğer kanseri tanısında olduğu, %44.8’inin hastalığın

2.evresinde, %34.3'ünün hastalığının metastaz yaptığı, hastalığı metastaz yapanların %32.6'sının birden çok organa ve %30.4'ünün karaciğere metastaz yaptığı saptanmıştır. Ayrıca kanser hastalarının %39.6'sının tanı alalı 6 aydan az süre geçtiği ve tedavi gördüğü, %74.6'sının ise hastalığı, “uzun süre tedavi gerektirir bir hastalık” şeklinde tanımladığı tespit edilmiştir (Tablo 2).

Tablo 3. Kanser Hastalarının ESTÖ Alt Boyutları Puan Ortalamaları (n:134)

ESTÖ Alt Boyutları	Madde Sayısı	Ort.±SS	Min.-Maks.
Ağrı	1	5.52±2.99	0-10
Yorgunluk	1	6.97±2.57	0-10
Bulantı	1	3.05±3.21	0-10
Üzüntü	1	6.00±2.75	0-10
Endişe	1	5.97±2.75	0-10
Uykusuzluk	1	4.24±3.01	0-10
İştahsızlık	1	4.14±2.83	0-10
Kendini iyi hissetme durumu	1	5.44±2.38	0-10
Nefes darlığı	1	2.63±3.03	0-10
Cilt ve tırnaklarda değişiklik	1	3.55±2.80	0-10
Ağızda yara(oral mukozit)	1	2.18±2.44	0-9
Ellerde uyuşma(periferik nöropati)	1	4.64±3.21	0-10

Çalışmaya katılan kanser hastalarının ESTÖ alt boyutları puan ortalamaları Tablo 3'te verilmiştir.

Çalışmaya katılan kanser hastalarının ağrı, yorgunluk, üzüntü, endişe ve kendini kötü hissetme durumu semptom şiddetinin orta düzeyin üzerinde yüksek; bulantı, uykusuzluk, iştahsızlık, nefes darlığı, cilt ve tırnaklarda değişiklik, oral mukozit ve periferik nöropati semptom şiddetinin orta düzeyin altında düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 4. Kanser Hastalarının DBGÖ-KF ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları (n:134)

DBGÖ-KF ve Alt Boyutları	Madde Sayısı	Ort.±SS	Min.-Maks.
Ruhsal/Psikolojik	9	32.53±9.44	9-45
Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme	10	44.47±8.53	10-50
Fiziksel ve Günlük Yaşam	5	18.60±5.03	5-25
Hasta Bakım ve Desteği	4	14.92±4.22	4-20
Cinsellik	3	5.81±3.28	3-15
DBGÖ-KF Toplam Puanı	31	116.35±23.14	31-155

Çalışmaya katılan kanser hastalarının DBGÖ-KF ve alt boyutları puan ortalamaları Tablo 4'te verilmiştir.

Çalışmaya katılan kanser hastalarının, DBGÖ-KF'undan toplam 116.35±23.14 puan ile orta düzeyin üzerinde puan aldıkları ve kanser hastalarının bakım gereksinimlerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hastaların ruhsal/psikolojik, sağlık sistemi ve bilgilendirme, fiziksel ve günlük yaşam, hasta bakım ve desteği bakım gereksinimlerinin yüksek, cinsellik bakım gereksiniminin ise düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 5. Kanser Hastalarında Görülen Semptom Şiddetinin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Puanları Üzerine Etkisi

Değişken	B	Standart Hata	Beta	t	p
Sabit	-0.350	0.539		-0.649	0.518
Ruhsal/Psikolojik	-1.539	0.595	-0.737	-1.586	0.260
Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme	-0.059	0.022	-0.298	-2.699	0.008*
Fiziksel ve Günlük Yaşam	0.092	0.036	0.276	2.575	0.011
Hasta Bakım ve Desteği	-0.054	0.038	-0.134	-1.410	0.161
Cinsellik	-0.119	0.036	-0.233	-3.354	0.001*
DBGÖ-KF Toplam Puanı	0.062	0.014	0.859	4.358	0.000*
R=0.751, R ² =0.564, F _(5,118) =33.172, p=0.000*					

*Lineer Regresyon Analizi uygulanmıştır, *p<0.05.*

Çalışmaya katılan kanser hastalarında görülen semptom şiddetinin destekleyici bakım gereksinimleri puanları üzerine etkisi Tablo 5’te gösterilmiştir.

Tablo 5 incelendiğinde; çalışmaya katılan kanser hastalarında görülen semptom şiddetinin destekleyici bakım gereksinimleri puanları üzerine anlamlı etkisi olduğu; kanser hastalarında görülen semptom şiddetinin kanserli hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin %56.4’ünü anlamlı bir şekilde etkilediği belirlenmiştir ($p<0.05$). Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t testi sonuçları incelendiğinde; kanser hastalarının yaşadığı semptom şiddetinin; ‘sağlık sistemi ve bilgilendirme gereksinimi’, ‘fiziksel ve günlük yaşam gereksinimi’, ‘cinsellik gereksinimi’ ve ‘destekleyici bakım gereksinimleri’ üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 5).



Tablo 6. Kanser Hastalarının DBGÖ-KF ve Alt Boyutları Puanları İle ESTÖ Alt Boyutları Puanları Arasındaki İlişkiler

Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği-Kısa Form (DBGÖ-KF)							
ESTÖ ve Alt Boyutları		Ruhsal/ Psikolojik	Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme	Fiziksel ve Günlük Yaşam	Hasta Bakım ve Desteği	Cinsellik	DBGÖ-KF Toplam
Ağrı	r^a	0.355	0.183	0.655	0.332	-0.048	0.409
	p	0.000*	0.034*	0.000*	0.000*	0.583	0.000*
Yorgunluk	r^a	0.540	0.401	0.648	0.398	0.113	0.598
	p	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.193	0.000*
Bulantı	r^a	0.165	0.209	0.306	0.035	0.066	0.227
	p	0.057	0.015*	0.000*	0.687	0.447	0.008*
Üzüntü	r^a	0.644	0.320	0.446	0.293	0.128	0.550
	p	0.000*	0.000*	0.000*	0.001*	0.141	0.000*
Endişe	r^a	0.638	0.286	0.422	0.299	0.126	0.531
	p	0.000*	0.001*	0.000*	0.000*	0.145	0.000*
Uykusuzluk	r^a	0.142	0.178	0.269	0.131	-0.094	0.192
	p	0.102	0.040*	0.002*	0.133	0.281	0.026*
İştahsızlık	r^a	0.153	0.055	0.196	0.030	-0.047	0.124
	p	0.077	0.531	0.023*	0.728	0.589	0.152
Kendini iyi hissetme durumu	r^a	0.587	0.497	0.566	0.450	0.096	0.642
	p	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.271	0.000*
Nefes darlığı	r^a	0.342	0.167	0.324	0.213	-0.210	0.281
	p	0.000*	0.054	0.000*	0.013*	0.015*	0.001*
Cilt ve tırnaklarda değişiklik	r^a	0.392	0.283	0.358	0.304	0.006	0.398
	p	0.000*	0.001*	0.000*	0.000*	0.949	0.000*
Oral mukozit	r^a	0.315	0.195	0.321	0.258	-0.118	0.301
	p	0.000*	0.024*	0.000*	0.003*	0.173	0.000*
Periferik nöropati	r^a	0.408	0.250	0.474	0.378	0.013	0.433
	p	0.000*	0.004*	0.000*	0.000*	0.882	0.000*

^aPearson korelasyon analizi uygulanmıştır, * $p<0.05$

Çalışmaya katılan kanser hastalarının DBGÖ-KF ve alt boyut puanları ile ESTÖ alt boyut puanları arasındaki ilişkiler Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 6 incelendiğinde; destekleyici bakım gereksinimleri ile kendini kötü hissetme durumu arasında pozitif yönlü iyi düzeyde anlamlı bir ilişki; destekleyici bakım gereksinimleri ile ağrı, yorgunluk, üzüntü, endişe, periferik nöropati alt boyutu arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki; destekleyici bakım gereksinimleri ile cilt ve tırnaklarda değişiklik, oral mukozit, nefes darlığı, bulantı arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki ve destekleyici bakım gereksinimleri ile uykusuzluk arasında pozitif yönlü çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmış ($p<0.05$), destekleyici bakım gereksinimleri ile iştahsızlık arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 6).

Tablo 7. Kanser Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri İle DBGÖ-KF ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sosyo-demografik Özellikler	Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği-Kısa Form (DBGÖ-KF) ve alt boyutları					
	Ruhsal/ Psikolojik	Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme	Fiziksel ve Günlük Yaşam	Hasta Bakım ve Desteği	Cinsellik	DBGÖ-KF Toplam
Yaş	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
34-49 yaş (n=76)	34 (9-45)	48.5 (10-50)		14 (4-20)	6 (3-15)	119 (31-155)
50-64 yaş (n=18)	33.5 (11-45)	48.5 (11-50)	18.5 (5-25)	16.5 (4-20)	4.5 (3-12)	119.5 (36-145)
65 yaş ve üzeri (n=40)	34.5 (16-45)	47 (24-50)	21 (5-25)	16 (4-20)	3 (3-9)	118 (52-145)
Test değeri	^a KW=0.005	^a KW=0.145	^a KW=0.142	^a KW=0.389	^a KW=2.923	^a KW=0.005
Anlamlılık düzeyi	p=0.0.946	p=0.703	p=0.696	p=0.533	p=0.0.87	p=0.943
Cinsiyet	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS
Erkek (n=65)	29.64±8.90	42.86±10.10	16.55±5.12	14.33±4.46	5.15±2.47	108.55±24.88
Kadın (n=69)	35.26±9.18	45.98±6.43	20.53±4.13	15.47±3.93	6.43±3.82	123.69±18.75
Test değeri	^b t=-3.589	^b t=-2.147	^b t=-4.964	^b t=-1.570	^b t=-2.318	^b t=-3.992
Anlamlılık düzeyi	p=0.000*	p=0.036*	p=0.000*	p=0.119	p=0.022*	p=0.000*
Eğitim düzeyi	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
Okuryazar (n=25)	35 (16-45)	46 (29-50)	21(12-25)	16 (8-20)	3 (3-15)	117 (94-149)
İlköğretim (n=87)	33 (9-45)	49 (10-50)	19 (5-25)	16 (4-20)	6 (3-15)	122 (31-155)
Lise (n=12)	35 (28-45)	45.5 (30-50)	15.5 (11-21)	12.5 (8-20)	6.5 (3-12)	118.5 (91-137)
Üniversite ve üzeri (n=10)	27 (11-44)	47.5 (11-50)	15.5 (5-25)	10.5 (4-20)	3 (3-10)	106.5 (36-129)
Test değeri	^a KW=6.109	^a KW=4.474	^a KW=11.273	^a KW=7.581	^a KW=13.162	^a KW=4.292
Anlamlılık düzeyi ve Fark	p=0.106	p=0.215	p=0.010*; 1>3**	p=0.056	p=0.004*; 3>1-2**	p=0.232
Medeni durum	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
Evli (n=117)	33 (9-45)	48 (10-50)	18 (5-25)	16 (4-20)	6 (3-15)	119 (31-155)
Bekâr (n=17)	39 (14-45)	49 (30-50)	23 (14-25)	14 (11-20)	3 (3-12)	124 (87-145)
Test değeri	^c Z=-2.066	^c Z=-0.487	^c Z=-1.909	^c Z=-0.017	^c Z=-3.432	^c Z=-1.073
Anlamlılık düzeyi	p=0.039*	p=0.626	p=0.056	p=0.986	p=0.001*	p=0.283
Çalışma durumu	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
Çalışıyor (n=27)	32 (9-45)	48 (10-50)	16 (9-25)	16 (8-20)	6 (3-11)	118 (51-142)
Çalışmıyor (n=107)	34(9-45)	48 (10-50)	19 (5-25)	15 (4-20)	5 (3-15)	119 (31-155)
Test değeri	^c Z=-0.986	^c Z=-0.085	^c Z=-1.520	^c Z=0.560	^c Z=-0.044	^c Z=-1.024
Anlamlılık düzeyi	p=0.324	p=0.932	p=0.128	p=0.576	p=0.965	p=0.306
Gelir durumu	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
Gelir giderinden az (n=24)	30.5 (15-45)	46.5 (10-50)	20.5 (5-25)	14 (4-20)	4 (3-12)	115.5 (51-140)
Gelir giderine eşit (n=110)	35 (9-45)	48 (10-50)	18 (5-25)	16 (4-20)	5 (3-15)	121.5 (31-155)
Test değeri	^c Z=-1.959	^c Z=-1.821	^c Z=-0.163	^c Z=-1.562	^c Z=-1.112	^c Z=-1.965
Anlamlılık düzeyi	p=0.052	p=0.069	p=0.870	p=0.118	p=0.266	p=0.049*

^a Kruskal Wallis H testi, ^bBağımsız gruplarda t testi, ^cMann-Whitney-U testi, *p<0.0, **Tamhane's T2 Post Hoc Testi.

Tablo 7. Devamı

Sosyo-demografik Özellikler	Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği-Kısa Form (DBGÖ-KF) ve alt boyutları					
	Ruhsal/ Psikolojik	Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme	Fiziksel ve Günlük Yaşam	Hasta Bakım ve Desteği	Cinsellik	DBGÖ-KF Toplam
Sosyal güvencesi	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
Var (n=126)	34 (9-45)	48 (10-50)	18.5 (5-20)	16 (4-20)	5 (3-15)	119 (31-155)
Yok (n=8)	36.5 (25-45)	47 (37-50)	20 (13-24)	14 (12-20)	3.5 (3-9)	118.5 (96-142)
Test değeri	^a Z=-0.800	^a Z=-0.351	^a Z=-0.674	^a Z=-0.148	^a Z=-0.991	^a Z=-0.094
Anlamlılık düzeyi	p=0.424	p=0.725	p=0.500	p=0.883	p=0.322	p=0.925
Aile tipi	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
Geniş aile (n=8)	30.5 (11-42)	44 (11-50)	19.5 (5-25)	16 (6-20)	3 (3-10)	116.5 (36-140)
Çekirdek aile (n=126)	34 (9-45)	48 (10-50)	18.5 (5-25)	15 (4-20)	5 (3-15)	119 (31-155)
Test değeri	^a Z=-1.049	^a Z=-0.708	^a Z=-0.028	^a Z=-0.033	^a Z=-1.055	^a Z=-0.916
Anlamlılık düzeyi	p=0.294	p=0.479	p=0.977	p=0.973	p=0.291	p=0.360
Birlikte yaşadığı kişi	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
Yalnız (n=22)	37 (14-45)	47 (24-50)	21.5 (5-25)	14 (4-20)	3 (3-12)	118.5 (52-145)
Eşi ile birlikte (n=56)	34 (13-45)	48 (20-50)	18 (5-25)	16 (4-20)	5 (3-12)	118.5 (54-146)
Eş ve çocuklar ile birlikte (n=56)	33 (9-45)	49 (10-50)	19 (5-25)	16 (4-20)	6 (3-15)	121.5 (31-155)
Test değeri	^b KW=2.021	^b KW=3.442	^b KW=1.875	^b KW=0.237	^b KW=2.118	^b KW=1.906
Anlamlılık düzeyi	p=0.364	p=0.179	p=0.392	p=0.888	p=0.347	p=0.386
Yaşadığı yer	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
İl merkezi (n=78)	35 (9-45)	48 (10-50)	18 (5-25)	14.5 (4-20)	6 (3-15)	120.5 (31-154)
İlçe merkezi (n=23)	35 (15-45)	49 (35-50)	18 (10-25)	16 (8-20)	5 (3-14)	124 (94-145)
Köy/kasaba (n=33)	31 (9-45)	48 (29-50)	20 (12-25)	16 (9-20)	3 (3-15)	115 (97-155)
Test değeri	^b KW=1.691	^b KW=1.409	^b KW=2.212	^b KW=0.916	^b KW=1.193	^b KW=0.488
Anlamlılık düzeyi	p=0.429	p=0.494	p=0.331	p=0.633	p=0.348	p=0.784
Bakımına yardımcı birinin varlığı	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
Var (n=127)	34 (9-45)	48 (10-50)	19 (5-25)	16 (4-20)	5 (3-15)	119 (31-155)
Yok (n=7)	39 (15-45)	47 (27-50)	17 (11-25)	12 (8-20)	4 (3-9)	117 (77-143)
Test değeri	^a Z=-0.456	^a Z=-1.107	^a Z=-0.422	^a Z=-0.963	^a Z=-0.509	^a Z=-0.450
Anlamlılık düzeyi	p=0.649	p=0.268	p=0.673	p=0.336	p=0.611	p=0.653
Bakımına yardımcı olan kişi	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
Eşi (n=103)	34 (9-45)	48 (10-50)	18 (5-25)	16 (4-20)	6 (3-15)	119 (31-155)
Çocuğu (n=19)	32 (16-45)	49 (10-50)	21 (9-45)	15 (10-20)	3 (3-15)	120 (51-154)
Anne-babası veya kardeşi (n=5)	37 (14-44)	49 (38-50)	24 (14-25)	12 (11-20)	3 (3-15)	124 (93-137)
Test değeri	^b KW=0.448	^b KW=0.162	^b KW=0.985	^b KW=0.949	^b KW=1.143	^b KW=0.076
Anlamlılık düzeyi	p=0.799	p=0.922	p=0.611	p=0.622	p=0.170	p=0.963

^aMann-Whitney-U testi, ^bKruskal Wallis H testi, *p<0.05

Çalışmaya katılan kanser hastalarının sosyo-demografik özellikleri ile DBGÖ-KF ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7 incelendiğinde; çalışmaya katılan kadın ve geliri giderine eşit olan kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimlerinin, erkek ve geliri giderinden az olan hastalardan toplam puan üzerinden istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlenmiş ($p<0.05$), hastaların yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, sosyal güvence, aile tipi, birlikte yaşadığı kişi, yaşadığı yer, bakımına yardımcı birinin varlığı ve bakımına yardımcı olan kişi ile destekleyici bakım gereksinimleri arasında farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 7).

Çalışmaya katılan kanser hastalarının, cinsiyeti ile ruhsal/psikolojik, sağlık sistemi ve bilgilendirme, fiziksel ve günlük yaşam ve cinsellik gereksinimleri arasında; eğitim düzeyi ile fiziksel ve günlük yaşam ve cinsellik gereksinimleri arasında; medeni durumu ile ruhsal/psikolojik ve cinsellik gereksinimleri arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Çalışmaya katılan kanser hastalarının yaşı, çalışma durumu, sosyal güvencesi, aile tipi, birlikte yaşadığı kişi, yaşadığı yer, bakımına yardımcı birinin varlığı ve bakımına yardımcı olan kişi ile ruhsal/psikolojik, sağlık sistemi ve bilgilendirme, fiziksel ve günlük yaşam, hasta bakım ve desteği ve cinsellik gereksinimleri arasında farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 7).

Tablo 8. Kanser Hastalarının Sağlık ve Hastalık İle DBGÖ-KF ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği-Kısa Form (DBGÖ-KF) ve alt boyutları					
	Ruhsal/ Psikolojik	Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme	Fiziksel ve Günlük Yaşam	Hasta Bakım ve Destegi	Cinsellik	DBGÖ-KF Toplam
Düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumu	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS
Evet (n=48)	32.12±9.00	45.27±6.98	19.31±5.20	14.54±4.23	5.39±2.56	116.64±21.53
Hayır (n=86)	32.76±9.72	44.02±9.29	18.20±4.92	15.13±4.22	6.04±3.62	116.18±24.11
Test değeri	^a t=-0.376	^a t=0.811	^a t=1.218	^a t=-0.785	^a t=-1.209	^a t=0.110
Anlamlılık düzeyi	p=0.707	p=0.419	p=0.225	p=0.435	p=0.229	p=0.930
Sigara kullanma durumu	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS
Kullanıyor (n=31)	34.45±9.48	46.45±4.95	19.80±4.19	15.96±4.26	6.22±3.45	122.90±18.01
Kullanmıyor (n=65)	33.03±9.46	44.44±8.37	18.96±5.02	15.20±4.03	5.73±3.68	117.38±23.09
Daha önce kullandı (n=38)	30.13±9.13	42.89±10.70	17.00±5.39	13.60±4.29	5.60±2.35	109.23±25.48
Test değeri	^b F=1.966	^b F=1.495	^b F=3.074	^b F=3.029	^b F=0.333	^b F=3.206
Anlamlılık düzeyi ve Fark	p=0.141	p=0.228	p=0.052	p=0.058	p=0.717	p=0.044*; 1>2**
Sigara kullanma süresi	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
<5 yıl (n=5)	31 (15-39)	47 (33-49)	20 (13-25)	14 (8-19)	9 (6-12)	118 (87-129)
5-10 yıl (n=5)	38 (27-44)	49 (40-50)	21 (17-25)	16 (12-20)	6 (3-12)	138 (107-145)
10 yıl üzeri (n=59)	34 (9-45)	48 (10-50)	18 (5-25)	16 (4-20)	5 (3-15)	119 (36-149)
Test değeri	^c KW=2.094	^c KW=0.887	^c KW=2.313	^c KW=1.655	^c KW=6.663	^c KW=1.937
Anlamlılık düzeyi	p=0.351	p=0.642	p=0.315	p=0.437	p=0.036*; 1>2***	p=0.371
Alkol kullanma durumu	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
Evet (n=6)	32.5 (15-43)	47.5 (42-50)	16 (10-24)	13 (12-16)	6 (3-9)	110.5 (96-133)
Hayır (n=128)	34 (9-45)	48 (10-50)	19 (5-25)	16 (4-20)	5 (3-15)	119 (31-155)
Test değeri	^d Z=-0.469	^d Z=-0.028	^d Z=-1.366	^d Z=-0.883	^d Z=-0.762	^d Z=-0.694
Anlamlılık düzeyi	p=0.639	p=0.978	p=0.172	p=0.377	p=0.446	p=0.488
Hastalık tanısı	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
Meme kanseri (n=43)	30 (11-45)	48.5 (11-50)	17.5 (5-25)	14 (4-20)	6 (3-15)	116.5 (36-149)
Akciğer kanseri (n=33)	37 (14-45)	49 (20-50)	20 (12-25)	16 (5-20)	9 (3-15)	129 (64-155)
Gastrointestinal kanserler (n=31)	34 (15-45)	48 (10-50)	18 (9-25)	16 (8-20)	4 (3-9)	118 (51-145)
Ürogenital kanserler (n=20)	33 (9-45)	47 (10-50)	18 (5-25)	14 (4-20)	3 (3-10)	109 (31-145)
Diğer kanserler (n=7)	33 (16-36)	46 (30-50)	18 (15-25)	14 (12-20)	5 (3-9)	114 (87-133)
Test değeri	^c KW=6.691	^c KW=3.323	^c KW=5.820	^c KW=3.009	^c KW=1.152	^c KW=9.079
Anlamlılık düzeyi	p=0.153	p=0.505	p=0.213	p=0.556	p=0.0380	p=0.059
Hastalık evresi	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
1.Evre (n=14)	27 (11-45)	40 (11-50)	13 (5-20)	11.5 (4-20)	6 (3-12)	100.5 (36-146)
2.Evre (n=60)	30.5 (9-45)	49 (20-50)	17 (10-25)	14 (8-20)	6 (3-15)	118 (64-145)
3.Evre (n=14)	30.5 (9-45)	47 (10-50)	17.5 (5-25)	12 (4-17)	5.5 (3-10)	110 (31-136)
4.Evre (n=46)	39 (19-45)	49 (10-50)	23 (9-25)	20 (8-20)	3 (3-15)	131.5 (51-155)
Test değeri	^c KW=24.642	^c KW=12.714	^c KW=31.659	^c KW=31.359	^c KW=3.525	^c KW=26.667
Anlamlılık düzeyi ve Fark	p=0.000*; 4>1-2***	p=0.005*; 4>1-3***	p=0.000*; 4>1-2***	p=0.000*; 4>1-2-3***	p=0.317	p=0.000*; 4>1-2-3***

^aBağımsız gruplarda t testi, ^bANOVA Varyans Analizi, ^cKruskal Wallis H testi, ^dMann-Whitney-U testi, *p<0.05, **Tukey HSD Testi, ***Tamhane's T2 Testi.

Tablo 8. Devamı

Özellikler	Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği-Kısa Form (DBGÖ-KF) ve alt boyutları					
	Ruhsal/ Psikolojik	Sağlık Sistemi ve Bilgilendirme	Fiziksel ve Günlük Yaşam	Hasta Bakım ve Destegi	Cinsellik	DBGÖ-KF Toplam
Metastaz durumu	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS
Var (n=46)	37.41±7.09	46.10±7.181	21.15±4.173	17.36±3.38	5.32±3.36	127.36±18.18
Yok (n=88)	29.98±9.55	43.61±9.07	17.27±4.954	13.64±4.06	6.06±3.24	110.59±23.44
Test değeri	^a t=5.086	^a t=1.617	^a t=4.534	^a t=5.318	^a t=-1.243	^a t=4.231
Anlamlılık düzeyi	p=0.000*	p=0.085	p=0.000*	p=0.000*	p=0.216	p=0.000*
Metastaz bölgesi	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
Çoklu organ (n=15)	45 (45-45)	47 (38-50)	24 (24-25)	20 (14-20)	3 (3-15)	133 (131-154)
Karaciğer(n=14)	39.5 (20-45)	49 (43-50)	23.5 (13-25)	19.5 (12-20)	5 (3-15)	134 (105-155)
Kemik iliği (n=7)	39 (33-45)	50 (40-50)	19 (17-24)	20 (16-20)	6 (3-10)	135 (114-142)
Beyin (n=7)	35 (28-45)	46 (29-50)	23 (15-25)	16 (11-20)	3 (3-9)	117 (107-149)
Akciğer (n=3)	38 (19-45)	48 (10-50)	22 (9-25)	19 (8-20)	3 (3-9)	129 (51-143)
Test değeri	^b KW=5.658	^b KW=3.754	^b KW=5.553	^b KW=3.170	^b KW=7.828	^b KW=3.984
Anlamlılık düzeyi	p=0.226	p=0.440	p=0.235	p=0.530	p=0.098	p=0.408
Hastalığın teşhis süresi	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
<6 ay (n=53)	29 (9-45)	48 (10-50)	17 (5-25)	14 (4-20)	3 (3-15)	107(31-154)
6 -11 ay (n=53)	35 (16-45)	48 (20-50)	19 (5-25)	16 (4-20)	6 (3-15)	126 (52-149)
1-3 yıl arası (n=27)	37 (17-45)	47 (29-50)	19 (11-25)	16 (8-20)	3 (3-15)	124 (87-155)
3 yıl üzeri (n=19)	35 (24-45)	49 (39-50)	21 (13-25)	14 (11-20)	5 (3-15)	122 (101-149)
Test değeri	^b KW=8.988	^b KW=3.520	^b KW=8.565	^b KW=3.522	^b KW=4.208	^b KW=8.701
Anlamlılık düzeyi ve Fark	p=0.029*; 3>1**	p=0.318	p=0.036*; 4>1**	p=0.318	p=0.240	p=0.034*; 4>1**
Hastalığın tedavi süresi	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
<6 ay (n=53)	29 (9-45)	48 (10-50)	17 (5-25)	14 (4-20)	3 (3-15)	107 (31-154)
6 -11 ay (n=35)	35 (16-45)	48 (20-50)	19 (5-25)	16 (4-20)	6 (3-15)	126 (52-149)
1-3 yıl arası (n=27)	37 (17-45)	47 (29-50)	19 (11-25)	16 (8-20)	3 (3-15)	124 (87-155)
3 yıl üzeri (n=19)	35 (24-45)	49 (39-50)	21 (13-25)	14 (11-20)	5 (3-15)	122 (101-149)
Test değeri	^b KW=8.988	^b KW=3.520	^b KW=8.565	^b KW=3.522	^b KW=4.208	^b KW=8.701
Anlamlılık düzeyi ve Fark	p=0.029*; 3>1**	p=0.318	p=0.036*; 4>1**	p=0.318	p=0.240	p=0.034*; 4>1**
Hastalığı tanımlama durumu	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
Uzun süre tedavi gerektirir (n=100)	39 (26-45)	50 (35-50)	25 (15-25)	14 (8-20)	3 (3-15)	137 (94-149)
Kolay tedavi edilebilir (n=29)	35 (9-45)	48 (10-50)	19 (5-25)	16 (4-20)	5 (3-15)	120 (31-155)
Tedavi edilmez (n=5)	30 (13-45)	48 (24-50)	17 (5-25)	12 (4-20)	6 (3-15)	115 (52-154)
Test değeri	^b KW=2.865	^b KW=1.114	^b KW=7.990	^b KW=2.059	^b KW=1.150	^b KW=4.103
Anlamlılık düzeyi ve Fark	p=0.239	p=0.573	p=0.018*; 1>2**	p=0.357	p=0.576	p=0.129

^aBağımsız gruplarda t testi, ^b Kruskal Wallis H testi, *p<0.05, **Tamhane's T2 Testi.

Çalışmaya katılan kanser hastalarının sağlık ve hastalık ile DBGÖ-KF ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8 incelendiğinde: Sigara kullanan kanser hastalarının bakım gereksinimlerinin hiç sigara içmeyen kanser hastalarından daha yüksek olduğu; hastalığı 4. evre olan kanser hastalarının ‘ruhsal/psikolojik’, ‘sağlık sistemi ve bilgilendirme’, ‘fiziksel ve günlük yaşam’, ‘hasta bakım ve desteği’ DBGÖ-KF gereksinimlerinin daha yüksek olduğu; hastalığı metastaz yapan kanser hastalarının ‘ruhsal/psikolojik’, ‘fiziksel ve günlük yaşam’ ve ‘hasta bakım ve desteği’ DBGÖ-KF gereksinimlerinin daha yüksek olduğu; 3 yıl üzeri hastalığı teşhis edilen ve tedavi gören kanser hastalarının ‘ruhsal/psikolojik’, ‘fiziksel ve günlük yaşam’ gereksinimlerinin daha yüksek olduğu ve hastaların hastalığı tanımlama durumu ile ‘fiziksel ve günlük yaşam’ destekleyici bakım gereksinimleri arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Kanser hastalarının düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumu, alkol kullanma durumu, hastalık tanısı hastalığın metastaz bölgesi ile ‘ruhsal/psikolojik’, ‘sağlık sistemi ve bilgilendirme’, ‘fiziksel ve günlük yaşam’, ‘hasta bakım ve desteği’ ve ‘cinsellik’ gereksinimleri arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 8).

Tablo 9. Kanser Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri ile ESTÖ ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sosyo-demografik Özellikler	Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ) ve alt boyutları											
	Ağrı	Yorgunluk	Bulantı	Üzüntü	Endişe	Uykusuzluk	İştahsızlık	Kendini iyi hissetme	Nefes darlığı	Cilt ve tırnak değişikliği	Oral mukozit	Periferik nöropati
Yaş	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
34-49 yaş (n=76)	5 (0-10)	7.5 (0-10)	2 (0-10)	5 (0-10)	5 (0-10)	4 (0-10)	4 (0-10)	5 (0-10)	1 (0-10)	3 (0-10)	1 (0-8)	5 (0-10)
50-64 yaş (n=18)	5 (0-10)	6.5 (0-10)	2 (0-10)	6.5 (0-10)	7 (0-10)	4.5 (0-10)	4.5 (0-10)	5 (0-10)	4 (0-10)	3.5 (0-9)	2.5 (0-7)	5 (0-10)
65 yaş ve üzeri (n=40)	6.5 (0-10)	8.5 (0-10)	1 (0-10)	7 (0-10)	7.5 (0-10)	4.5 (0-10)	5 (0-10)	5.5 (0-10)	4 (0-10)	3 (0-9)	1.5 (0-9)	4.5 (0-10)
Test değeri	^a KW=2.209	^a KW=3.413	^a KW=2.763	^a KW=2.702	^a KW=6.231	^a KW=0.030	^a KW=1.198	^a KW=1.201	^a KW=11.464	^a KW=4.169	^a KW=0.711	^a KW=0.585
Anlamlılık düzeyi ve Fark	p=0.331	p=0.181	p=0.251	p=0.259	p=0.044* ; 3>1**	p=0.985	p=0.549	p=0.549	p=0.003 ; 3>1**	p=0.124	p=0.701	p=0.747
Cinsiyet	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS
Erkek (n=65)	4.60±2.98	6.46±2.70	2.30±2.44	4.83±2.46	4.92±2.45	3.95±2.84	3.61±2.51	5.00±2.37	3.06±3.19	2.72±2.13	1.60±1.95	3.76±2.97
Kadın (n=69)	6.40±2.74	7.46±2.36	3.75±3.69	7.11±2.56	6.95±2.67	4.52±3.16	4.63±3.05	5.85±2.34	2.23±2.83	4.33±3.13	2.73±2.72	5.47±3.22
Test değeri	^b t=-3.645	^b t=-2.286	^b t=-2.688	^b t=-5.253	^b t=-4.584	^b t=-1.089	^b t=-2.110	^b t=-2.100	^b t=1.592	^b t=-3.488	^b t=-2.793	^b t=-3.184
Anlamlılık düzeyi	p=0.000*	p=0.024*	p=0.008*	p=0.000*	p=0.000*	p=0.278	p=0.037*	p=0.038*	p=0.115	p=0.001*	p=0.006*	p=0.002*
Eğitim düzeyi	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
Okuryazar (n=25)	7(2-10)	8(0-10)	4(0-10)	75 (2-10)	7(0-10)	6(0-10)	5(0-9)	5(1-9)	4(0-10)	3(0-10)	3(0-8)	7(0-10)
İlköğretim (n=87)	5(0-10)	8(0-10)	2(0-10)	6(0-10)	6(0-10)	4(0-10)	3(0-10)	5(0-10)	1(0-10)	3(0-10)	1(0-9)	5(0-10)
Lise (n=12)	3.5(0-9)	6(3-10)	2.5(0-9)	5(3-10)	5(3-10)	4(0-10)	4(0-10)	5(3-10)	1.5(0-10)	2.5(0-6)	1.5(0-7)	4(0-8)
Üniversite ve üzeri (n=10)	5.5(0-9)	6(0-9)	2(0-8)	5(0-7)	5.5(0-7)	3.5(0-8)	4(0-10)	5(0-10)	.5(0-10)	2.5(0-7)	.5(0-5)	2(0-7)
Test değeri	^a KW=11.976	^a KW=3.815	^a KW=5.974	^a KW=6.678	^a KW=6.526	^a KW=4.481	^a KW=8.785	^a KW=1.486	^a KW=1.856	^a KW=4.167	^a KW=1.379	^a KW=10.120
Anlamlılık düzeyi ve Fark	p=0.007* ; 1>3**	p=0.282	p=0.113	p=0.073	p=0.089	p=0.213	p=0.032*	p=0.686	p=0.603	p=0.244	p=0.711	p=0.018* ; 1>4**
Medeni durum	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
Evli (n=117)	5(0-10)	8(0-10)	2(0-10)	6(0-10)	6(0-10)	4(0-10)	4(0-10)	5(0-10)	1(0-10)	3(0-10)	1(0-8)	5(0-10)
Bekâr (n=17)	7(0-10)	7(3-10)	4(0-10)	7(2-10)	7(0-10)	5(0-9)	5(0-8)	6(1-10)	4(0-9)	7(0-7)	3(0-8)	5(0-10)
Test değeri	^c Z=-1.339	^c Z=-0.297	^c Z=-0.400	^c Z=-1.524	^c Z=-1.097	^c Z=-0.270	^c Z=-0.774	^c Z=-1.742	^c Z=-0.788	^c Z=-2.379	^c Z=-1.459	^c Z=-0.579
Anlamlılık düzeyi	p=0.181	p=0.766	p=0.689	p=0.128	p=0.272	p=0.787	p=0.439	p=0.082	p=0.431	p=0.017*	p=0.145	p=0.562
Çalışma durumu	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
Çalışıyor (n=27)	5(0-10)	7(0-10)	2(0-10)	5(0-10)	5(0-10)	4(0-9)	4(0-10)	5(0-10)	2(0-10)	3(0-8)	1(0-7)	4(0-10)
Çalışmıyor (n=107)	5(0-10)	8(0-10)	2(0-10)	6(0-10)	7(0-10)	5(0-10)	4(0-10)	5(0-10)	1(0-10)	3(0-10)	2(0-9)	5(0-10)
Test değeri	^c Z=-0.410	^c Z=-1.326	^c Z=-0.564	^c Z=-2.576	^c Z=-2.550	^c Z=-0.489	^c Z=-0.006	^c Z=-0.819	^c Z=-0.363	^c Z=-0.409	^c Z=-0.772	^c Z=-0.179
Anlamlılık düzeyi	p=0.681	p=0.185	p=0.573	p=0.010*	p=0.011*	p=0.625	p=0.996	p=0.413	p=0.717	p=0.682	p=0.440	p=0.238
Gelir durumu	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
Gelir giderinden az (n=24)	6.5(0-10)	7.5(0-10)	2(0-10)	6(0-10)	5.5(0-10)	5.5(0-10)	5(0-10)	5(0-10)	2 (0-10)	2.5(0-10)	1(0-8)	4.5(0-10)
Gelir giderine denk (n=110)	5(0-10)	8(0-10)	2(0-10)	6(0-10)	6(0-10)	4(0-10)	4(0-10)	5(0-10)	1(0-10)	3(0-10)	2(0-9)	5(0-10)
Test değeri	^c Z=-1.259	^c Z=-0.205	^c Z=-0.688	^c Z=-0.225	^c Z=-0.289	^c Z=-2.018	^c Z=-1.257	^c Z=-0.068	^c Z=-0.476	^c Z=-1.566	^c Z=-0.291	^c Z=-0.292
Anlamlılık düzeyi	p=0.208	p=0.837	p=0.491	p=0.822	p=0.772	p=0.044*	p=0.209	p=0.946	p=0.634	p=0.117	p=0.771	p=0.770

^aKruskal Wallis H testi, ^bBağımsız gruplarda t testi, ^cMann-Whitney-U testi, *p<0.05, **Tamhane's T2 Testi.

Tablo 9. Devamı

Sosyo-demografik Özellikler	Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ) ve alt boyutları											
	Ağrı	Yorgunluk	Bulantı	Üzüntü	Endişe	Uykusuzluk	İştahsızlık	Kendini iyi hissetme	Nefes darlığı	Cilt ve tırnak değişikliği	Oral mukozit	Periferik nöropati
Sosyal güvencesi	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
Var (n=126)	5(0-10)	8(0-10)	2(0-10)	6(0-10)	6(0-10)	4.5(0-10)	4(0-10)	5(0-10)	1(0-10)	3(0-10)	1 (0-9)	5(0-10)
Yok (n=8)	8(2-10)	9(7-10)	2.5(0-10)	7(4-10)	7.5(4-10)	.5(7-7)	7(0-10)	5(0-7)	4.5(0-10)	6.5(0-7)	2.5(0-8)	7(0-10)
Test değeri	^a Z=-1.456	^a Z=-2.359	^a Z=-0.230	^a Z=-0.990	^a Z=-1.310	^a Z=-1.685	^a Z=-1.395	^a Z=-0.336	^a Z=-1.146	^a Z=-1.025	^a Z=-1.127	^a Z=-1.770
Anlamlılık düzeyi	p=0.145	p=0.018*	p=0.818	p=0.322	p=0.190	p=0.092	p=0.163	p=0.737	p=0.252	p=0.305	p=0.260	p=0.077
Aile tipi	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
Geniş aile (n=8)	6.5(0-9)	7.5(0-10)	3 (0-8)	4.5(0-9)	5.5(0-8)	4(0-8)	3.5(0-7)	5(0-8)	5(0-4)	5(2-8)	3 (0-9)	4.5(0-10)
Çekirdek aile (n=126)	5(0-10)	8(0-10)	2(0-10)	6(0-10)	6(0-10)	4.5(0-10)	4(0-10)	5(0-10)	1(0-10)	3(0-10)	2(0-9)	5(0-10)
Test değeri	^a Z=-0.510	^a Z=-0.001	^a Z=-1.632	^a Z=-1.520	^a Z=-0.974	^a Z=-0.819	^a Z=-0.667	^a Z=-1.300	^a Z=-0.878	^a Z=-1.580	^a Z=-3.186	^a Z=-0.180
Anlamlılık düzeyi	p=0.610	p=0.999	p=0.103	p=0.128	p=0.330	p=0.413	p=0.505	p=0.194	p=0.380	p=0.114	p=0.001	p=0.857
Birlikte yaşadığı kişi	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
Yalnız (n=22)	6.5(0-10)	7.5(0-10)	3(0-10)	6.5(0-10)	6.5(0-10)	5(0-9)	4.5(0-8)	5(0-10)	(0-9)	6.5(0-10)	2.5(0-8)	5(0-10)
Eşi ile birlikte (n=56)	5(0-10)	8(0-10)	1(0-10)	6(0-10)	7(0-10)	3(0-10)	3(0-10)	5(0-10)	3(0-10)	3(0-10)	2(0-9)	5(0-10)
Eş ve çocuklar ile (n=56)	6(0-10)	8(0-10)	3(0-10)	6(0-10)	6(0-10)	5(0-10)	5(0-10)	5(0-10)	1(0-10)	3(0-9)	1(0-8)	4.5(0-10)
Test değeri	^b KW=2.364	^b KW=0.020	^b KW=4.610	^b KW=0.795	^b KW=1.281	^b KW=2.488	^b KW=2.513	^b KW=0.202	^b KW=4.224	^b KW=5.797	^b KW=1.454	^b KW=1.307
Anlamlılık düzeyi	p=0.307	p=0.990	p=0.100	p=0.672	p=0.527	p=0.288	p=0.285	p=0.904	p=0.121	p=0.055	p=0.483	p=0.520
Yaşadığı yer	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
İl merkezi (n=78)	5(0-10)	7(0-10)	2(0-10)	6(0-10)	6.5(0-10)	4(0-10)	4(0-10)	5(0-10)	1(0-10)	3(0-9)	1(0-7)	4(0-10)
İlçe merkezi (n=23)	5(0-10)	8(2-10)	5(0-10)	6(0-10)	5(0-10)	4(0-10)	4(0-9)	6(0-10)	3(0-10)	4(0-8)	2(0-7)	5(0-10)
Köy/kasaba (n=33)	5(0-10)	7(3-10)	1(0-10)	5(0-10)	5(0-10)	5(0-10)	4(0-10)	5(3-9)	1(0-9)	3(0-10)	1(0-8)	6(0-10)
Test değeri	^b KW=0.930	^b KW=3.094	^b KW=9.304	^b KW=3.456	^b KW=3.964	^b KW=0.237	^b KW=0.992	^b KW=2.790	^b KW=1.123	^b KW=1.380	^b KW=0.626	^b KW=2.256
Anlamlılık düzeyi ve Fark	p=0.628	p=0.213	p=0.010* 2>1-3**	p=0.178	p=0.138	p=0.888	p=0.609	p=0.248	p=0.570	p=0.502	p=0.731	p=0.324
Bakımına yardımcı	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
Var (n=127)	5 (0-10)	8 (0-10)	2(0-10)	6(0-10)	6(0-10)	4(0-10)	4(0-10)	5(0-10)	1(0-10)	3(0-10)	2(0-9)	5(0-10)
Yok (n=7)	4 (0-9)	7(2-9)	2(0-9)	9(0-10)	9(0-10)	3(0-9)	3(0-10)	7(4-9)	1(0-9)	1(0-9)	(0-7)	4(0-9)
Test değeri	^a Z=-1.429	^a Z=-0.687	^a Z=-0.552	^a Z=-1.331	^a Z=-1.425	^a Z=-0.161	^a Z=-0.962	^a Z=-1.374	^a Z=-0.099	^a Z=-0.975	^a Z=-0.745	^a Z=-0.882
Anlamlılık düzeyi	p=0.153	p=0.492	p=0.581	p=0.183	p=0.154	p=0.872	p=0.336	p=0.169	p=0.921	p=0.329	p=0.456	p=0.378
Bakımına yardımcı kişi	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
Eşi (n=103)	5(0-10)	8(0-10)	2(0-10)	6(0-10)	6(0-10)	4(0-10)	4(0-10)	5(0-10)	1(0-10)	3(0-10)	2(0-9)	5(0-10)
Çocuğu (n=19)	8(0-10)	7(0-10)	(0-10)	7(3-10)	7(0-10)	5(0-9)	5(0-10)	5(0-10)	1(0-7)	3(0-8)	1(0-8)	4(0-10)
Anne-baba veya kardeş (n=5)	5(0-10)	7(4-10)	6(0-10)	5(2-7)	5(2-7)	6(0-9)	6(4-7)	6(5-10)	1(0-7)	6(3-7)	3(0-5)	5(3-7)
Test değeri	^b KW=3.300	^b KW=1.490	^b KW=4.367	^b KW=3.903	^b KW=4.668	^b KW=0.177	^b KW=3.344	^b KW=3.120	^b KW=0.586	^b KW=3.120	^b KW=1.700	^b KW=1.239
Anlamlılık düzeyi	p=0.192	p=0.475	p=0.113	p=0.142	p=0.097	p=0.915	p=0.188	p=0.210	p=0.746	p=0.210	p=0.427	p=0.538

^aMann-Whitney-U testi, ^bKruskal Wallis H testi, *p<0.05, **Tamhane's T2 Testi

Çalışmaya katılan kanser hastalarının sosyo-demografik özellikleri ile ESTÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 9 incelendiğinde; 65 yaş ve üzeri kanser hastalarının endişe ve nefes darlığı şiddetinin 34-49 yaş arası kanser hastalarından daha yüksek olduğu saptanırken ($p<0.05$), hastaların yaşı ile ağrı, yorgunluk, bulantı, üzüntü, uykusuzluk, iştahsızlık, kendini kötü hissetme, cilt ve tırnakta değişiklik, oral mukozit ve periferik nöropati semptomu arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 9).

Kadın kanser hastalarının ağrı, yorgunluk, bulantı, üzüntü, endişe, iştahsızlık, kendini kötü hissetme, cilt ve tırnakta değişiklik, oral mukozit ve periferik nöropati semptom şiddetinin daha yüksek olduğu belirlenmiş ($p<0.05$), cinsiyet ile uykusuzluk ve nefes darlığı semptomu arasında anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 9).

Okuryazar kanser hastalarının ağrı ve periferik nöropati semptom şiddetinin daha yüksek olduğu saptanırken ($p<0.05$), eğitim düzeyi ile yorgunluk, bulantı, üzüntü, endişe, uykusuzluk, iştahsızlık, kendini kötü hissetme, nefes darlığı, cilt ve tırnakta değişiklik ve oral mukozit semptomu arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 9).

Bekar kanser hastalarının cilt ve tırnakta değişiklik semptom şiddetinin daha yüksek olduğu tespit edilirken ($p<0.05$), hastaların medeni durumu ile ağrı, yorgunluk, bulantı, üzüntü, endişe, uykusuzluk, iştahsızlık, kendini kötü hissetme, nefes darlığı, periferik nöropati ve oral mukozit semptomu arasında anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 9).

Çalışmayan kanser hastalarının üzüntü ve endişe semptom şiddetinin daha yüksek olduğu belirlenmiş ($p<0.05$), çalışma durumu ile ağrı, yorgunluk, bulantı, uykusuzluk, iştahsızlık, kendini kötü hissetme, nefes darlığı, oral mukozit, cilt ve tırnakta değişiklik ve periferik nöropati semptomu arasında anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 9).

Geliri giderinden az olan kanser hastalarının uykusuzluk semptom şiddetinin daha yüksek olduğu saptanırken ($p<0.05$), gelir durumu ile ağrı, yorgunluk, bulantı, endişe, üzüntü, iştahsızlık, kendini kötü hissetme, nefes darlığı, oral mukozit, cilt ve tırnakta değişiklik ve periferik nöropati semptomu arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 9).

Sosyal güvencesi olmayan kanser hastalarının yorgunluk semptom şiddetinin daha yüksek olduğu belirlenirken ($p<0.05$), hastaların sosyal güvencesi ile ağrı, uykusuzluk, bulantı, endişe, üzüntü, iştahsızlık, kendini kötü hissetme, nefes darlığı, oral mukozit, cilt ve tırnakta değişiklik ve periferik nöropati semptomu arasında anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 9).

İlçe merkezinde yaşayan kanser hastaların bulantı semptom şiddetinin yüksek olduğu tespit edilirken ($p<0.05$), hastaların yaşadığı yer ile ağrı, uykusuzluk, yorgunluk, endişe, üzüntü, iştahsızlık, kendini kötü hissetme, nefes darlığı, oral mukozit, cilt ve tırnakta değişiklik ve periferik nöropati semptomu arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Ayrıca kanser hastalarının aile tipi, birlikte yaşadığı kişi, bakımına yardımcı kişinin varlığı, bakımına yardımcı kişi ile ağrı, bulantı, uykusuzluk, yorgunluk, endişe, üzüntü, iştahsızlık, kendini kötü hissetme, nefes darlığı, oral mukozit, cilt ve tırnakta değişiklik ve periferik nöropati semptomu arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 9).

Tablo 10. Kanser Hastalarının Sağlık ve Hastalık ile ESTÖ ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ) ve alt boyutları											
	Ağrı	Yorgunluk	Bulantı	Üzüntü	Endişe	Uykusuzluk	İştahsızlık	Kendini iyi hissetme	Nefes darlığı	Cilt ve tırnak değişikliği	Oral mukozit	Periferik nöropati
Düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumu	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS
Evet (n=48)	5.64±3.23	6.81±2.80	3.25±3.61	6.12±3.20	5.97±3.13	4.12±3.43	3.91±3.20	5.10±2.82	2.39±3.06	3.43±3.18	2.35±2.53	4.56±3.31
Hayır (n=86)	5.46±2.87	7.06±2.45	2.94±2.99	5.94±2.48	5.96±2.53	4.31±2.77	4.26±2.62	5.62±2.09	2.76±3.02	3.61±2.59	2.09±2.39	4.69±3.16
Test değeri	^a t=0.334	^a t=-0.553	^a t=-0.530	^a t=0.367	^a t=0.028	^a t=-0.326	^a t=-0.646	^a t=-1.221	^a t=-0.679	^a t=-0.352	^a t=0.592	^a t=-0.233
Anlamlılık düzeyi	p=0.739	p=0.581	p=0.597	p=0.714	p=0.979	p=0.745	p=0.520	p=0.265	p=0.501	p=0.725	p=0.555	p=0.819
Sigara kullanma durumu	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS
Kullanıyor (n=31)	6.12±2.55	8.25±1.38	3.48±2.69	6.03±2.71	6.00±2.59	4.80±2.62	3.90±2.53	6.35±2.19	3.48±3.24	4.16±2.23	2.77±2.30	5.09±2.19
Kullanmıyor (n=65)	5.75±2.85	6.93±2.50	3.01±3.47	6.30±2.73	6.32±2.80	4.23±3.19	4.29±2.83	5.44±2.13	2.27±2.92	3.76±2.98	2.58±2.71	5.07±3.27
Daha önce kullandı (n=38)	4.65±3.42	6.00±3.01	2.76±3.19	5.47±2.82	5.34±2.74	3.81±3.02	4.07±3.12	4.68±2.71	2.55±2.97	2.68±2.77	1.02±1.55	3.55±3.58
Test değeri	^b F=2.465	^b F=7.182	^b F=0.432	^b F=1.100	^b F=1.537	^b F=0.919	^b F=0.208	^b F=4.400	^b F=1.699	^b F=2.812	^b F=6.563	^b F=3.198
Anlamlılık düzeyi ve Fark	p=0.089	p=0.001* 1>3**	p=0.650	p=0.336	p=0.219	p=0.401	p=0.813	p=0.014* 1>2-3**	p=0.187	p=0.064	p=0.002* 1>3**	p=0.044* 1>3**
Sigara kullanma süresi	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
<5 yıl (n=5)	8(4-10)	10(6-10)	9(0-10)	5(3-10)	5(3-9)	7(0-10)	7(0-10)	5(4-8)	1(0-6)	2(0-6)	1(0-2)	4(3-10)
5-10 yıl (n=5)	9(3-10)	9(5-10)	2(0-6)	7(4-9)	7(4-9)	5(1-8)	3(1-8)	6(5-8)	1(0-4)	5(1-9)	2(1-6)	7(1-9)
10 yıl üzeri (n=59)	5(0-10)	7(0-10)	2(0-10)	5(0-10)	5(0-10)	4(0-10)	3(0-10)	5(0-10)	3(0-10)	3(0-8)	1(0-8)	4(0-10)
Test değeri	^c KW=3.664	^c KW=5.774	^c KW=2.533	^c KW=1.030	^c KW=0.383	^c KW=1.765	^c KW=2.027	^c KW=0.715	^c KW=1.217	^c KW=2.138	^c KW=2.944	^c KW=1.793
Anlamlılık düzeyi ve Fark	p=0.160	p=0.056	p=0.282	p=0.598	p=0.826	p=0.414	p=0.363	p=0.700	p=0.544	p=0.343	p=0.229	p=0.408
Alkol kullanma durumu	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
Evet (n=6)	2(0-5)	5(2-10)	4(2-8)	5(0-9)	5(0-9)	6.5(0-10)	4(0-6)	5(0-10)	1(0-10)	4(0-7)	1(0-8)	5.5(0-8)
Hayır (n=128)	6(0-10)	8(0-10)	2(0-10)	6(0-10)	6(0-10)	4(0-10)	4(0-10)	5(0-10)	1(0-10)	3(0-10)	2(0-9)	5(0-10)
Test değeri	^d Z=-2.837	^d Z=-1.115	^d Z=-1.451	^d Z=-0.884	^d Z=-1.100	^d Z=-1.057	^d Z=-0.797	^d Z=-0.286	^d Z=-0.380	^d Z=-0.152	^d Z=-1.202	^d Z=-0.163
Anlamlılık düzeyi	p=0.005*	p=0.265	p=0.147	p=0.376	p=0.271	p=0.290	p=0.426	p=0.775	p=0.704	p=0.879	p=0.229	p=0.871
Hastalık tanısı	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
Meme kanseri (n=43)	5(0-10)	8(0-10)	1(0-10)	6(0-10)	6.5(0-10)	4(0-10)	4(0-10)	5(0-10)	1(0-10)	3(0-8)	1(0-8)	3.5(0-10)
Akciğer kanseri (n=33)	6(0-10)	8(0-10)	2(0-10)	7(0-10)	7(0-10)	4(0-9)	4(0-10)	6(0-10)	1(0-10)	4(0-10)	2(0-9)	6(0-10)
Gastronintestinal kanserler(n=31)	(0-10)5	7(0-10)	2(0-8)	5(0-10)	5(0-10)	5(0-10)	4(0-9)	5(0-10)	4(0-10)	3(0-8)	1(0-8)	5(0-10)
Ürogenital kanserler (n=20)	5(0-10)	7(3-10)	2(0-10)	5(1-10)	6(1-10)	5(0-10)	4(0-10)	5(1-9)	1(0-10)	3(0-10)	1(0-8)	5(0-10)
Diğer kanserler (n=7)	6(3-10)	8(0-10)	1(0-10)	7(5-10)	6(5-9)	3(1-10)	4(0-7)	5(5-6)	3(0-6)	3(0-8)	1(0-6)	4(0-10)
Test değeri	^c KW=4.260	^c KW=1.036	^c KW=3.763	^c KW=7.620	^c KW=6.121	^c KW=2.965	^c KW=0.336	^c KW=2.508	^c KW=14.501	^c KW=8.067	^c KW=5.956	^c KW=4.713
Anlamlılık düzeyi ve Fark	p=0.372	p=0.904	p=0.439	p=0.107	p=0.190	p=0.564	p=0.987	p=0.643	p=0.006* 3>1***	p=0.089	p=0.202	p=0.318
Hastalık evresi	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
1.Evre (n=14)	1(0-7)	4.5(0-8)	(0-10)	5(0-10)	5(0-10)	3(0-8)	4.5(0-10)	4(0-10)	0.5(0-7)	1(0-8)	1(0-7)	1(0-7)
2.Evre (n=60)	5(0-10)	7.5(0-10)	2(0-10)	5(0-10)	5(0-10)	4(0-10)	5(0-10)	5(0-10)	0.5(0-10)	3(0-10)	1(0-9)	5(0-10)
3.Evre (n=14)	4(1-9)	6.5(0-10)	3.5(0-10)	5(2-10)	5(3-10)	3.5(0-9)	5(0-9)	5(1-9)	1.5(0-7)	2(0-7)	2(0-7)	4(0-10)
4.Evre (n=46)	8(1-10)	9(0-10)	3(0-10)	7(1-10)	7(0-1)	5.5(0-10)	5(0-10)	6(0-10)	3.5(0-10)	4.5(0-10)	3(0-8)	6.5(0-10)
Test değeri	^c KW=32.008	^c KW=27.715	^c KW=4.760	^c KW=10.226	^c KW=12.039	^c KW=9.753	^c KW=6.694	^c KW=28.531	^c KW=8.435	^c KW=8.888	^c KW=13.855	^c KW=19.187
Anlamlılık düzeyi ve Fark	p=0.000* 4>1-2-3***	p=0.000* 4>1-2***	p=0.190	p=0.017* 4>2***	p=0.007* 4>2***	p=0.021* 4>1***	p=0.082	p=0.000* 4>1-2-3***	p=0.038* 4>1***	p=0.031* 4>1***	p=0.003* 4>1***	p=0.000* 4>2***

^aBağımsız gruplarda t testi, ^bANOVA Varyans Analizi, ^cKruskal Wallis H testi, ^dMann-Whitney-U testi, *p<0.05 **Tukey HSD Testi. *** Tamhane's T2 Testi.

Tablo 10. Devamı

Özellikler	Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ) ve alt boyutları											
	Ağrı	Yorgunluk	Bulantı	Üzüntü	Endişe	Uykusuzluk	İştahsızlık	Kendini iyi hissetme	Nefes darlığı	Cilt ve tırnaklarda Değişiklik	Oral mukozit	Periferik nöropati
Metastaz durumu	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS	Ort. ± SS
Var (n=46)	7.17±2.39	8.15±1.896	3.28±3.08	6.84±2.260	6.89±2.18	5.13±2.76	4.60±2.53	6.52±1.83	3.69±3.33	4.26±2.78	2.95±2.44	5.84±2.89
Yok (n=88)	4.67±2.92	6.36±2.678	2.93±3.30	5.56±2.899	5.48±2.90	3.78±3.05	3.89±2.97	4.87±2.45	2.07±2.71	3.18±2.76	1.78±2.35	4.02±3.20
Test değeri	^a t=4.989	^a t=4.474	^a t=0.597	^a t=2.606	^a t=3.141	^a t=2.876	^a t=1.381	^a t=4.002	^a t=3.017	^a t=2.140	^a t=2.702	^a t=3.234
Anlamlılık düzeyi	p=0.000*	p=0.000*	p=0.551	p=0.010*	p=0.002*	p=0.011*	p=0.170	p=0.000*	p=0.006*	p=0.034*	p=0.009*	p=0.001*
Metastaz bölgesi	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
Çoklu organ (n=15)	8(8-9)	9(8-10)	1(0-9)	9(9-9)	9(9-9)	4(4-7)	6(4-8)	7(7-8)	5(3-5)	3(2-7)	3(2-5)	8(4-10)
Karaciğer(n=14)	7(1-10)	8.5(6-10)	3.5(0-10)	8(4-10)	8(4-10)	4.5(0-10)	5(0-8)	6(5-9)	3(0-10)	5(0-9)	2(0-8)	6.5(0-10)
Kemik iliği (n=7)	9(4-10)	9(6-10)	2(0-10)	8(2-10)	8(2-10)	3(0-7)	5(0-10)	6(5-10)	1(0-10)	5(0-9)	3(0-6)	9(3-10)
Beyin (n=7)	6(3-10)	8(5-10)	2(0-6)	6(4-10)	6(4-10)	5(3-9)	5(1-5)	5(5-8)	3(0-8)	4(0-10)	1(0-8)	6(2-10)
Akciğer (n=3)	9(1-10)	9(0-10)	3(0-10)	6(1-10)	7(1-10)	6(0-10)	5(0-9)	7(0-10)	5(0-10)	3(0-8)	3(0-7)	5(0-9)
Test değeri	^b KW=4.117	^b KW=2.903	^b KW=1.241	^b KW=5.178	^b KW=5.175	^b KW=5.427	^b KW=2.368	^b KW=7.153	^b KW=1.542	^b KW=2.888	^b KW=0.566	^b KW=3.928
Anlamlılık düzeyi	p=0.390	p=0.574	p=0.871	p=0.270	p=0.270	p=0.246	p=0.668	p=0.128	p=0.819	p=0.577	p=0.967	p=0.416
Hastalığın teşhis süresi	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
<6 ay (n=53)	5(0-10)	7(0-10)	2(0-8)	5(0-10)	6(0-10)	4(0-10)	5(0-10)	5(0-10)	1(0-10)	2(0-8)	1(0-8)	3(0-10)
6 -11 ay arası (n=53)	5(0-10)	8(0-10)	2(0-10)	5(0-10)	6(0-10)	3(0-9)	2(0-10)	5(0-10)	2(0-10)	4(0-10)	3(0-9)	5(0-10)
1-3 yıl (n=27)	6(0-10)	8(3-10)	2(0-10)	7(0-10)	6(0-10)	5(0-10)	3(0-10)	6(1-10)	2(0-9)	3(0-10)	1(0-8)	5(0-10)
3 yıl üzeri (n=19)	6(1-10)	9(3-10)	4(0-10)	7(3-10)	8(3-10)	5(0-9)	5(0-10)	7(4-10)	1(0-10)	5(0-9)	3(0-8)	6(0-10)
Test değeri	^b KW=4.404	^b KW=8.381	^b KW=5.037	^b KW=4.735	^b KW=5.099	^b KW=7.897	^b KW=10.366	^b KW=17.387	^b KW=0.706	^b KW=9.582	^b KW=21.270	^b KW=14.218
Anlamlılık düzeyi ve Fark	p=0.221	p=0.039* 4>1**	p=0.169	p=0.192	p=0.165	p=0.048* 4>2**	p=0.016* 4>2**	p=0.001* 4>2**	p=0.872	p=0.022* 4>1**	p=0.000* 4>2**	p=0.003* 4>1**
Hastalığın tedavi süresi	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
<6 ay (n=53)	5(0-10)	7(0-10)	2(0-8)	5(0-10)	6(0-10)	4(0-10)	5(0-10)	5(0-10)	1(0-10)	2(0-8)	1(0-8)	3(0-10)
6 -11 ay arası (n=35)	5(0-10)	8(0-10)	2(0-10)	5(0-10)	6(0-10)	3(0-9)	2(0-10)	5(0-10)	2(0-10)	4(0-10)	3(0-9)	5(0-10)
1-3 yıl arası (n=27)	6(0-10)	8(3-10)	2(0-10)	7(0-10)	6(0-10)	5(0-10)	3(0-10)	6(1-10)	2(0-9)	3(0-10)	1(0-8)	5(0-10)
3 yıl üzeri (n=19)	6(1-10)	9(3-10)	4(0-10)	7(3-10)	8(3-10)	5(0-9)	5(0-10)	7(4-10)	1(0-10)	5(0-9)	3(0-8)	6(0-10)
Test değeri	^b KW=4.404	^b KW=8.381	^b KW=5.037	^b KW=4.735	^b KW=5.099	^b KW=7.897	^b KW=10.366	^b KW=17.387	^b KW=0.706	^b KW=9.582	^b KW=21.270	^b KW=14.218
Anlamlılık düzeyi ve Fark	p=0.221	p=0.039* 4>1**	p=0.169	p=0.192	p=0.165	p=0.048* 4>2**	p=0.016* 4>2**	p=0.001* 4>2**	p=0.872	p=0.022* 4>1**	p=0.000* 4>2**	p=0.003* 4>1**
Hastalığı tanımlama durumu	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca	Ortanca
Tedavi edilmez (n=5)	7(5-10)	9(7-10)	8(0-10)	7(1-9)	7(1-9)	9(6-9)	8(5-9)	7(5-10)	4(0-10)	5(3-7)	3(0-5)	3(0-6)
Kolay tedavi edilebilir (n=29)	6(0-10)	8(0-10)	2(0-10)	6(0-10)	6(0-10)	4.5(0-10)	4(0-10)	5(0-10)	1(0-10)	4(0-10)	2(0-9)	5(0-10)
Uzun süre tedavi gerektirir(n=100)	5(0-10)	7(0-10)	2(0-9)	5(0-10)	6(0-10)	4(0-10)	3(0-10)	5(0-8)	1(0-8)	1 (0-9)	1(0-8)	3(0-10)
Test değeri	^b KW=4.187	^b KW=4.106	^b KW=5.815	^b KW=2.468	^b KW=1.928	^b KW=10.933	^b KW=6.946	^b KW=12.660	^b KW=1.811	^b KW=18.294	^b KW=3.959	^b KW=12.484
Anlamlılık düzeyi ve Fark	p=0.123	p=0.128	p=0.055	p=0.291	p=0.381	p=0.004* 1>3-2**	p=0.031* 1>3-2**	p=0.002* 1>3-2**	p=0.404 1>3-2**	p=0.000* 1>3-2**	p=0.138	p=0.002* 2>3**

^aBağımsız gruplarda t testi, ^bKruskal Wallis H testi, *p<0.05, **Tamhane's T2 Testi.

Çalışmaya katılan kanser hastalarının sağlık ve hastalık ile ESTÖ ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 10'da verilmiştir.

Kanser hastalarının düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumu ile ağrı, bulantı, uykusuzluk, yorgunluk, endişe, üzüntü, iştahsızlık, kendini kötü hissetme, nefes darlığı, oral mukozit, cilt ve tırnakta değişiklik ve periferik nöropati semptomu arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 10).

Sigara kullanan kanser hastalarının yorgunluk, kendini kötü hissetme, oral mukozit ve periferik nöropati semptom şiddetinin anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmış ($p<0.05$), hastaların sigara kullanma durumu ile ağrı, bulantı, uykusuzluk, endişe, üzüntü, iştahsızlık, nefes darlığı ve cilt ve tırnakta değişiklik semptomu arasında anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 10).

Alkol kullanmayan kanser hastalarının ağrı semptom şiddetinin yüksek olduğu belirlenirken ($p<0.05$), alkol kullanma durumu ile bulantı, uykusuzluk, yorgunluk, endişe, üzüntü, iştahsızlık, kendini kötü hissetme, nefes darlığı, oral mukozit, cilt ve tırnakta değişiklik ve periferik nöropati semptomu arasında anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 10).

Kanser hastalarının tanısı ile nefes darlığı semptomu arasında anlamlı farklılık bulunmuş ($p<0.05$), hastaların hastalık tanısı ile ağrı, bulantı, uykusuzluk, yorgunluk, endişe, üzüntü, iştahsızlık, kendini kötü hissetme, oral mukozit, cilt ve tırnakta değişiklik ve periferik nöropati semptomu arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 10).

Hastalığı 4. evrede olan kanser hastaların ağrı, uykusuzluk, yorgunluk, endişe, üzüntü, kendini kötü hissetme, oral mukozit, nefes darlığı, cilt ve tırnakta değişiklik ve periferik nöropati semptom şiddetinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 10).

Hastalığı metastaz yapan kanser hastalarının ağrı, uykusuzluk, yorgunluk, endişe, üzüntü, kendini kötü hissetme, oral mukozit, nefes darlığı, cilt ve tırnakta değişiklik ve periferik nöropati semptom şiddetinin daha yüksek olduğu tespit edilirken ($p<0.05$), hastalığın metastaz durumu ile bulantı ve iştahsızlık semptomu arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 10).

Hastalığın teşhisi ve tedavi süresi 3 yıl üzeri olan kanser hastalarının uykusuzluk, iştahsızlık, kendini kötü hissetme, oral mukozit, nefes darlığı, cilt ve tırnakta değişiklik ve periferik nöropati semptom şiddetinin daha yüksek olduğu belirlenirken ($p<0.05$), hastalığın teşhis ve tedavi süresi ile ağrı, bulantı, üzüntü,

endişe ve nefes darlığı semptomu arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 10).

Kanser hastalarının hastalığı tanımlama durumu ile uykusuzluk, iştahsızlık, kendini kötü hissetme, nefes darlığı, cilt ve tırnaklarda değişiklik ve periferik nöropati semptomu arasında anlamlı farklılık bulunmuş ($p<0.05$): Kanser hastalarının sigara kullanma süresi ve hastalığın metastaz bölgesi ile ağrı, bulantı, uykusuzluk, yorgunluk, endişe, üzüntü, iştahsızlık, kendini kötü hissetme, nefes darlığı, oral mukozit, cilt ve tırnakta değişiklik ve periferik nöropati semptomu arasında anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 10).

5. TARTIŞMA

Kanser hastalarında görülen semptomların ve destekleyici bakım gereksinimlerinin saptanması amacıyla Sivas il merkezindeki bir üniversite hastanesinde 134 kanser hastası ile tanımlayıcı kesitsel tasarımda gerçekleştirilen bu çalışma elde edilen bulgular doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1. Kanser Hastalarının Semptom Tanılama Durumlarının İncelenmesi

Çalışmamıza katılan kanser hastalarının ağrı, yorgunluk, üzüntü, endişe ve kendini kötü hissetme durumu semptomları çok şiddetli düzeyde yaşadıkları; bulantı, uykusuzluk, iştahsızlık, nefes darlığı, cilt ve tırnaklarda değişiklik, oral mukozit ve periferik nöropati semptomlarını ise düşük şiddetli düzeyde yaşadıkları belirlenmiştir. Literatürde yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçların olduğu görülmektedir. Paiva ve ark. (2015)'nin araştırmasında hastaların en çok uykusuzluk, anksiyete ve uyuşukluk hissi yaşadıkları belirlenmiştir. Kepingöglü (2012)'nin çalışmasında kanser hastaları için kendini kötü hissetme, yorgunluk ve iştahsızlık olarak belirlenen semptomlar, Tsai ve ark. (2010)'nın farklı kanser tanıları olan hastalar ile yaptığı çalışmada halsizlik, yorgunluk, iştahsızlık ve ağrı olarak bulunmuştur. Hintistan ve ark. (2012)'nin yaptıkları çalışmada, yorgunluk, stomatit, bulantı ve kusma, alopesi ve ağrı durumu hastalar tarafından fazla yaşanan semptomlar olurken, Seven ve ark. (2013)'nin çalışmasında kanser hastalarının en sık ve en şiddetli hissettiği semptomlar yorgunluk, uykusuzluk ve depresif belirtilerdir. Bazı semptomlar kanser hastalarının çoğu tarafından yaşanırken, bazı semptomlar daha az hasta tarafından, fakat daha şiddetli olarak yaşanabilmektedir. Çalışmamıza katılan kanser hastalarının özellikle üzüntü, endişe ve kendini kötü hissetme gibi bazı psikososyal sorunlar yaşadığı saptanmıştır. Chang ve ark. (2004)'nin çalışmasında farklı kanser tanılı hastaların ağrı, enerji kaybı, ağız

kuruluşu, nefes darlığı, uyku hissetme, iştah kaybı, kilo kaybı, uyumada zorluk yaşadığı, Beser ve ark. (2003)'nın lenfoma hastalarında yürüttüğü araştırmadaysa en çok görülen semptomların anksiyete, bulantı kusma, iştah kaybı, konstipasyon, diyare, dispne olduğu tespit edilmiştir. Nazik ve ark. (2012) kanser hastalarının %90'dan fazlasının yorgunluk ve ağrı yaşadığını belirtmiş, benzer sonuçlar Aslan ve ark. (2006) ile Mollaoğlu ve Erdoğan (2014)'ın yaptıkları çalışmalarda da bulunmuştur. Gültekin (2008)'in akciğer kanseri olan hastaların yaşadığı semptomları incelendiği çalışmada, hastaların en çok bulantı-kusma, iştahsızlık, ağrı, emosyonel sıkıntı, kilo kaybı, kas zayıflığı ve yorgunluk yaşadığı belirlenmiştir. Literatürde, tedavi süreci ile ilgili kaygıları, fiziksel ve psikolojik güçlükleri, ekonomik sorunları, hastalığı kabullenememe, tedavinin yan etkileri gibi güçlük yaratan durumları yaşıyor olmanın, hastalarda psikososyal semptomların meydana çıkma riskini artırdığı belirtilmektedir (Erol, 2009). Bu durum, bu tür güçlükleri yaşayan hastaların daha çok destekleyici bakıma ihtiyaçları olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda 65 yaş ve üzeri kanser hastalarının endişe şiddetinin 34-49 yaş arası kanser hastalarından istatistiksel olarak farklı ve daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durumun yaşlanma ile birlikte hastaların hastalığa ve gereksinimlerine bakış açılarının farklı olmasından ve toplumda yaşlı olmanın ölüme yaklaşmak olduğu algısı bireylerde daha fazla endişe oluşturduğu düşünülebilir.

Kadın kanser hastalarının ağrı, yorgunluk, bulantı, üzüntü, endişe iştahsızlık, kendini kötü hissetme, cilt ve tırnakta değişiklik, oral mukozit ve periferik nöropati semptomlarının şiddeti erkek kanser hastalarından istatistiksel olarak farklı ve daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatürde kadın kanser hastalarında anksiyete gibi psikososyal semptomunun erkek hastalara göre daha fazla deneyimlediğini bildiren çalışmalar olduğu gibi (Miaskowski, 2004; Riechelmann ve ark., 2007; Zimmermann ve ark., 2010) anksiyete semptomunun kadın ve erkek cinsiyeti arasında farklı düzeylerde olmadığını benzer sıklıkta deneyimlenen semptomlar olduklarını ortaya koyan çalışmalar da bulunmaktadır (Riechelmann ve ark., 2007). Kadın ve erkeklerde yorgunluk ve kendini kötü hissetme en çok görülen ortak semptomlardandır. Yapılan bir çalışmada kadın hastaların en çok kendini kötü hissetme, ciltte ve tırnaklarda değişiklik ve bulantı deneyimledikleri ve erkek hastaların ise en çok kendini kötü hissetme, yorgunluk ve iştahsızlık deneyimledikleri saptanmıştır (Kepiçoğlu, 2012). Benzer şekilde bulantı semptomunun kadın hastalarda erkeklere göre daha yüksek sıklıkta olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır (Jordhoy ve ark., 2001; Walsh ve ark., 2000). Kadın

kanserli hastalarda ağrı, yorgunluk, bulantı, üzüntü, endişe iştahsızlık, kendini kötü hissetme, cilt ve tırnakta değişiklik, oral mukozit ve periferik nöropati semptomlarının erkek hastalara göre daha şiddetli görülmesinde, kadınlar ve erkekler arasında doğuştan beklenen yaşam süresi, hastalık örüntüleri, ölüm oranları ve ölüm nedenleri yönünden gözlenen farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu farklılıklar kadın ve erkeğin biyolojik özelliklerinin yanı sıra önemli oranda toplumsal cinsiyet kavramıyla ifade edilen ve içinde bulunduğu toplum tarafından kadın ve erkeğe biçilmiş bir takım roller, beklentiler, statü ve sorumluluklardan kaynaklanabilir. Sağlık ve hastalık algıları, sağlıklı yaşam alışkanlıkları, hastalığa gösterilen tepkiler, sağlık hizmetlerini kullanma gibi sağlık ve hastalığa ilişkin tutum ve davranışlar önemli oranda toplumsal cinsiyet rolleri uygun olarak şekillenmektedir (Tekin, 2007).

Araştırmamızda okuryazar kanser hastalarının ağrı ve periferik nöropati semptom şiddeti lise ve üniversite mezunu kanser hastalarından istatistiksel olarak farklı ve daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sarı Şıra (2007)'ın yapmış olduğu çalışmada, el ve ayakta iğnelenme ve uyuşma semptomlarının eğitim durumuna göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görüldüğü belirtilirken; Kepiçoğlu (2012)'nin çalışmasında, hastaların yaşadıkları semptomlar ile eğitim seviyesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı belirtilmiştir.

Çalışmamızda bekar kanser hastalarının cilt ve tırnakta değişiklik semptom şiddeti, evli kanser hastalarından istatistiksel olarak farklı ve daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kale (2016)'nin çalışmasında medeni durumlara göre ağrı, yorgunluk, bulantı, nefes darlığı, cilt ve tırnaklarda değişim, oral mukozit ve periferik nöropati semptomları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur. Cilt ve tırnaklarda değişiklik semptomu doğrudan beden imajını etkilemektedir. Bu durumun beden imajı, benlik saygısı ve beğenilme arzusu gibi durumlardan etkilendiği söylenebilir.

Herhangi bir işte çalışmayan kanser hastalarının üzüntü ve endişe semptom şiddetinin, çalışan kanser hastalarından istatistiksel olarak farklı ve daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde kanser hastalarının çalışma durumuna göre üzüntü ve endişe semptomları arasındaki durumu ortaya koyan sınırlı çalışma bulgusu vardır. Yeşilbalkan Usta ve ark. (2005)'nin çalışmalarında, çalışma durumunun kanser hastalarının üzüntü ve endişe gibi semptomları etkilemediği, benzer şekilde Sadırlı Kurt (2008)'un çalışmasında da kanser tedavisi sonrasında üzüntü ve endişe semptomları ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark

bulunmamıştır. Aynı çalışmada, çalışan ve çalışmayan bireylerin tedavi sonrası genelde fiziksel semptomların yaklaşık yarısında kötüleşme olduğu belirlenmiştir (Sadırlı Kurt, 2008). Ayar (2018) ve Aydın (2018) çalışmalarında bizim çalışmamıza benzer olarak herhangi bir işte çalışmayan kanser hastalarının üzüntü ve endişe semptom şiddetinin, çalışan kanser hastalarından daha yüksek olduğunu ancak bunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığını bildirmişlerdir. Çalışan kanser hastalarının üzüntü ve endişe semptomlarının daha düşük şiddet düzeyinde olmasında iş arkadaşlarından kanser tedavisi sürecinde psikososyal destek alıyor olmalarından kaynaklanabilir. Literatürdeki ve bizim çalışma bulgularımız çalışmayan kanser hastalarının hastalık sürecinde daha fazla psikolojik desteğe ihtiyaç duyduklarını göstermektedir.

Araştırmamızda ilçe merkezinde yaşayan kanser hastalarının bulantı semptom şiddetinin, il merkezi ve köy/kasabada yaşayan kanserli hastalardan istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kepiçoğlu (2012)'nin çalışmasında ise kemoterapi alan kanser hastalarının %98'inin ilde yaşadığı ve daha az semptom yaşadıkları belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan kanser hastalarının düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumu ile semptomları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir. Sadırlı Kurt (2008)'un yaptığı çalışmada ise tedavi öncesi ve sonrası semptomların düzenli sağlık kontrolleri yaptırma durumu ile karşılaştırılmasında düzenli sağlık kontrolleri yaptırmayan bireylerin tedavi sonrası bulantı, yorgunluk, iştahsızlık, kendini kötü hissetme ve oral mukozit semptomlarının kötüleştiği bulunmuştur. Aynı çalışmada tedavi sonrasında meydana gelen semptomların varlığı ile düzenli sağlık kontrolleri yaptırma durumları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Beşer ve Öz (2003)'ün çalışmasında da düzenli sağlık kontrollerini sürdürmenin semptom belirlemede belirleyici olmadığı bildirilmiştir. Düzenli sağlık kontrolü yaptıran hastaların semptomlara yönelik bilgi düzeylerinin artacağı ve semptom kontrolünün daha kolay olacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda sigara kullanan hastaların yorgunluk, kendini kötü hissetme, oral mukozit ve periferik nöropati semptom şiddetinin, sigara kullanmayan ve hiç sigara içmeyen kanser hastalarından istatistiksel olarak farklı ve daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde sigara kullanımına ilişkin kanser hastalarında oral mukozit oluşumu ile ilgili çalışmamızdan farklı sonuçlar olduğu görülmektedir. Katrancı (2009)'nın yapmış olduğu çalışmada kemoterapi uygulanan kanser hastalarında sigara içenlerle sigara içmeyenler arasında oral mukozit oluşma durumu arasında

anlamalı bir fark görülmediği; benzer şekilde Ünal Çubukçu (2012)'nin yapmış olduğu çalışmada da sigara içenler ve içmeyenler arasında oral mukozit oluşumu açısından anlamalı bir fark bildirilmemiştir. Papadeas ve ark. (2007)'nin yaptığı çalışmada da oral mukozit gelişimi ile sigara kullanımı arasında anlamalı fark bulunmamıştır. Sadırlı Kurt (2008) ile Beşer ve Öz (2003)'ün çalışmalarında sigara kullanmanın kanser semptomları üzerinde etkili olduğunun bulunması bizim çalışma bulgularımızı desteklemektedir.

Hastalığı 4. evrede olan kanser hastalarının ağrı, uykusuzluk, yorgunluk, endişe, üzüntü, kendini kötü hissetme, oral mukozit, nefes darlığı, cilt ve tırnakta değişiklik ve periferik nöropati semptom şiddetinin, hastalığı 1. ve 2. evrede olan kanser hastalarından istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastalığın ileri evresinde olan ve metastaz gelişen hastalarda, kanserin getirdiği problemlerin artması, semptom yönetiminde güçlükler yaşanmasına, hastaların yaşadığı semptom sayısının ve şiddetinin artmasına, depresyon ve anksiyete eğiliminin yükselmesine neden olmakta ve yorgunluk düzeyini arttırabilmektedir (Kocaman Yıldırım ve ark., 2013). Bu doğrultuda semptom oluşmasının engellenmesi veya oluşan semptomların kontrol altına alınması, hastaların kanser ve tedaviyle baş etmesinde büyük önem taşır (Uysal ve ark., 2015). İleri evre kanser hastalarının fonksiyonel performansının düşük olması nedeniyle, genelde hastalar bu süreçte raporlu olarak hastanede kalmaktadırlar. Bu süreçte çalışıp gelir elde edememesi hastaların temel yaşam gereksinimlerinin ve en çok ihtiyaç duyduğu bu dönemde sağlık harcamalarının karşılanmamasına neden olabilir.

Çalışmamızda hastalığı metastaz yapan kanser hastalarının ağrı, uykusuzluk, yorgunluk, endişe, üzüntü, kendini kötü hissetme, oral mukozit, nefes darlığı, cilt ve tırnakta değişiklik ve periferik nöropati semptom şiddetinin, hastalığı metastaz yapmayan kanserli hastalardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kale (2016)'nin çalışmasında da bizim çalışmamıza benzer şekilde hastalığı metastaz yapan kanser hastalarının daha yüksek düzeyde semptom yaşadıkları belirlenmiştir. Hastalığın metastaz yaptığı organlara bağlı sorunların oluşması, ek tedaviler, kombine ilaçlar, hastaların artık iyileşme şanslarının olmadığı düşüncesi gibi faktörlere bağlı olarak semptom şiddetlerinin fazla olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda hastalığın teşhisi ve tedavi süresi 3 yıl üzeri olan kanser hastalarının uykusuzluk, iştahsızlık, kendini kötü hissetme, oral mukozit, nefes darlığı, cilt ve tırnakta değişiklik ve periferik nöropati semptom şiddetinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kale (2016)'nin çalışmasında da, hastalık süresi 0-6 ay

olan kanser hastaların 4 yıl ve daha fazla süredir hastalığı olanlara göre daha düşük düzeyde semptom yaşadıkları belirlenmiştir. Tedavi görülen süre uzadıkça iyileşme umudunun azalması ve olumlu düşüncelerin yerini olumsuz düşüncelerin alması hastaların karamsar olmasına sebep olarak daha çok semptom yaşamalarına neden olabileceği düşünülmektedir.

5.2. Kanser Hastalarının Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin İncelenmesi

Çalışmaya katılan kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimlerinin (116.35 ± 23.14) yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Araştırmamıza katılan hastaların kemoterapi tedavisinin devam ediyor ve çoğunluğunun hastalığının ikinci evresinde olması, %34.3'ünün hastalığının farklı organlara metastaz yapması, %64.2'sinin düzenli olarak sağlık kontrolü yaptırmaması sonucu olarak fiziksel-günlük yaşam gereksinimlerinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Literatürde, kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimlerine yönelik farklı sonuçlar yer almakta ve bu farklılık, destekleyici bakım gereksinimlerinin, sağlık sistemi (Kocaman ve ark., 2013; Harrison ve ark., 2009), kanserin tipi (Jorgensen ve ark., 2012; Kocaman ve ark., 2013), hasta özellikleri (Herr ve ark., 2014; Ahn ve ark., 2013; Koll ve ark., 2016; Jorgensen ve ark., 2012), tedavinin şekli ve aşaması (Gelin ve Ulus, 2015; Chiou ve ark., 2017; Fitch ve Maamoun, 2016) gibi faktörlerine bağlı olarak değişebildiği görülmektedir. Ülkemizde ise, karşılanmamış gereksinim kavramını ele alan özgün çalışmalar oldukça sınırlı sayıdadır. Aksuoğlu (2015)'nin çalışmasında bizim çalışmamıza benzer olarak kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimlerinin yüksek düzeyde (101.03 ± 29.19) olduğu bildirilmiştir. Literatürde yapılan çalışmalarda, kanser hastalarında mevcut tedavi yaklaşımının özellikle psikolojik ve fiziksel alanlarda destekleyici bakım ihtiyaçlarının büyük oranda karşılanmadığı bildirilmektedir (Edib ve ark., 2016; Sanson ve ark., 2000; Boyes ve ark., 2012; McDowell ve ark., 2010; Ölmez, 2020). Literatürde yer alan sonuçlar çalışma bulgularımız ile uyumludur.

Araştırmamıza katılan kanser hastalarının desteklenmesi gereken bakım gereksinimleri incelendiğinde; ruhsal/psikolojik, sağlık sistemi ve bilgilendirme, fiziksel ve günlük yaşam, hasta bakım ve desteği destekleyici bakım gereksinimlerinin yüksek, cinsellik bakım gereksiniminin düşük olduğu belirlenmiştir. Kotronoulas ve ark. (2017)'nin sistematik çalışmasında en belirgin ihtiyacın kanser nüksü korkusuyla baş etmeye çalışırken duyulan duygusal destek ve güven ihtiyacı olduğu bildirilmiştir. Chen ve ark. (2009)'nin kanser hastalarında karşılanmayan

ihtiyaçları araştırdıkları çalışmada en sık tanımlanan ihtiyaın fiziksel ve günlük yaşam olduğu, Hall ve ark. (2015)'nın kanser hastaları ile yapmış oldukları çalışmada hastaların psikolojik gereksinimlerinin yüksek olduğu, Edib ve ark. (2016)'nın kanser hastalarının destekleyici bakım ihtiyaçlarını araştırdıkları çalışmadaysa en yaygın karşılanmayan gereksinimin psikolojik ihtiyaçlar olduğu bildirilmiştir. Lynagh ve ark. (2018)'nın kanser hastalarının desteklenmeyen bakım ihtiyaçlarını karşılama konusunda yaptıkları çalışmada; hastaların %66'sının en az bir, orta ile çok yüksek düzeyde karşılanmayan destekleyici bakım ihtiyaı olduğunu belirtmişlerdir. Bu gereksinimlerin; gelecek hakkında belirsizlik, kanserin yayılması ile ilgili endişeler, üzüntü duygusu, ölüm, hasta yakını ile ilgili duyulan endişeler olduğu bildirilmiştir. Bizim alışmamızda hastalığı metastaz yapan hastaların bulunması, semptom şiddetlerinin yüksek olması psikolojik-ruhsal gereksinimin ve fiziksel-günlük yaşam gereksiniminin yüksek düzeyde olmasının nedeni olarak düşünülmüştür. Ayrıca alışmamızda sağlık sistemi bilgilendirme gereksiniminin yüksek düzeyde olması, kanser hastalarının tanı aşamasından itibaren hastalık sürecinin her aşamasında hastaların bilgilendirilmesine ihtiyaç olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda kanser hastaların cinsellik bakım gereksinimin düşük olduğu bulunmuştur. Literatürde yapılan çalışmalarda bizim çalışmamıza benzer olarak kanser hastalarının cinsellik bakım gereksinimlerinin düşük olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Boyes ve ark., 2015; Temiz ve Durna, 2019; White ve ark., 2012; So ve Chan, 2014). Bu durum hastaların; cinsellik hakkında konuşmanın mahrem olduğu, kültürel değerlerin cinsellik konusunu konuşmaya engel olduğu ve çoğu hastanın cinsel işlev bozukluğunun farkında olmasına rağmen azalmış cinsel kapasitenin psikolojik iyilik hali üzerinde olumsuz etki edeceğini düşünerek konuşmaktan çekindiği belirtilmektedir (Okediji ve ark., 2017; So ve ark., 2014). Cinselliği doğrudan etkileyen sistem kanserlerinde hastaların cinsel bakım gereksinimlerini yüksek bulan çalışma sonuçları da bulunmaktadır (Stabile ve ark., 2017). Literatürde incelenen bazı çalışmalarda da kanser tedavisi gören hastaların cinsel yaşamlarının etkilendiği, fakat bu konuda sıkıntı yaşayan kanser hastalarının gereksinimlerini dile getirirken rahatsızlık duydukları, bildirilmiştir (Gardner, 2008; Yıldıırım, 2013). Araştırmamızda kanser hastalarının cinsellik bakım gereksiniminin düşük düzeyde olmasının nedeni, hastaların eğitim düzeylerinin düşük olmasından kaynaklı bu konuda yeterince bilgi sahibi olamaması, cinselliğin temel ihtiyaç olarak görülmemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kadın hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin erkek kanser hastalarından istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde kadın kanser hastalarının erkek hastalara oranla daha fazla ihtiyaç belirttikleri vurgulanmıştır (White ve ark., 2011; Sakamoto ve ark., 2017; Edib ve ark., 2016; Lee ve ark., 2016; Chiesi ve ark., 2017; Konstantinidis ve ark., 2017). Boyes ve ark. (2015)'nin yaptığı çalışmada, kadınların karşılanmamış ihtiyaç bildirme oranının erkeklerden daha yüksek olduğu, yaş arttıkça ihtiyaçların da arttığını belirtmişlerdir. Japonya'da Sakamoto ve ark. (2017)'nin yaptığı çalışmada da psikolojik ihtiyaçların daha ön planda olduğu ve bu karşılanmamış gereksinimlerin çoğunluğunun kadınlar tarafından bildirildiğini belirtmişlerdir. Watson ve ark. (2016)'nin prostat kanseri tanısı konulmuş erkek hastalarla yapmış olduğu çalışmada, hastalar psikososyal problemlere kıyasla daha çok cinsel işlevde bozulma gibi fiziksel problemler belirtirken, Edib ve ark. (2016)'nin meme kanseri tanılı kadın hastalarla yaptığı çalışmada, katılımcılar en yüksek ihtiyaçlarının psikolojik alanda olduğunu belirtmişlerdir. Aksuoğlu (2015) çalışmasında erkek kanser hastalarının cinsellik bakım gereksinimlerinin kadın hastalara göre daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Kadın hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin erkek hastalara göre daha yüksek olmasında kadın cinsiyetinin hastalık algısının daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Cinsiyet kalıp yargıları sonucu, erkekliği baskın olarak ifade eden kültürlerde, erkeğin evi geçindiren güçlü kişi vurgusuyla duygularını ifade etmede zorlandıkları düşünüldüğünde, erkeğin ihtiyacını duygusal sorunlarını dile getirmesi konusunda zorlandığı söylenebilir.

Çalışmaya katılan kanser hastalarının yaşları ile destekleyici bakım gereksinimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir. Literatürde, kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimlerini yaş bağlamında değerlendiren sınırlı sayıda çalışma bulgusu bulunmaktadır. Bizim çalışmamızdan farklı olarak kanser hastaları ile yapılan bir çalışmada yaş artışı ile beraber hastaların fiziksel ve psikolojik destekleyici bakım gereksinimlerinin anlamlı bir şekilde arttığı bildirilmiştir (McDowell ve ark., 2010). Morrison ve ark. (2012)'nin çalışmasında yaş faktörünün hasta bakım gereksinimlerini etkilediği, genç kanser hastalarının yaşlı hastalara göre özellikle bilgi ihtiyacının daha fazla olduğu bildirilmiştir. Giacalone ve ark. (2007)'nin çalışmasında 65 yaşın üzerindeki kanser hastalarının 18- 40 yaş arasındaki hastalara göre bilgiye daha az gereksinim duydukları ve yaşlı hastaların hastalıkları konusunda tam bilgi almak istemedikleri belirlenmiştir. Boyes ve ark. (2015)'nin ayaktan tedavi alan hematolojik kanser hastalarıyla yaptığı çalışmada, 55

yaş altı katılımcıların diğer katılımcılara oranla daha fazla karşılanmamış gereksinim belirttikleri bulunmuştur. Puts ve ark. (2012) yapmış olduğu sistematik bir incelemede, yaşlı hastaların karşılanmamış gereksinimlerinin yüksek olduğunu ifade etmektedir. İleri yaş faktörü hastanın semptom yüküne olan duyarlılığını arttırarak fiziksel gereksinimlerini ön plana çıkardığı düşünülmektedir. Çalışma bulgularımızda yer alan bu sonucun, kültürel özelliklerin yaşlıların davranışlarının etkilemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Geliri giderine eşit olan kanser hastalarının bakım gereksinimlerinin geliri giderinden az olan kanser hastalarından istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ölmez (2020)'in kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimlerini belirlediği çalışmasında, hastaların gelir düzeyi ile destekleyici bakım gereksinimleri arasında anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Bu farklılığın çalışmaların farklı örneklem gruplarında yapıldığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan kanser hastalarının eğitim düzeyi ile destekleyici bakım gereksinimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir. Literatürde kanser hastalarının eğitim düzeyinin artmasıyla birlikte destekleyici bakım gereksinimlerinin de arttığı, hastaların eğitim düzeyleri ile karşılanmamış gereksinimlerinin ilişkisinin araştırıldığı çalışmalarda, bilgilendirilme ihtiyacının ön plana çıktığı görülmektedir (Mohamed ve ark., 2016; Ng ve ark., 2012; , Kim ve ark., 2008). Ng ve ark. (2012) eğitim seviyesi yüksek olan hastaların, hastalık ile ilgili bilgi alma konusunda daha fazla karşılanmamış ihtiyaç belirttiğini bulmuştur. Temiz ve Durna (2019)'nın yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar ortaya çıkmış, eğitim düzeyi yüksek olan hastaların sağlık hizmeti ve bilgilendirme ihtiyaçlarının daha fazla olduğu bulunmuştur. Abdollahzadeh ve ark. (2014)'nın kanser hastaları ile yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan hastalarda sağlık sistemi-bilgilendirme taleplerinin arttığı görülmüş, bir başka çalışmada ise sağlık profesyonellerinin kanser hastalarının bilgi gereksinimini karşılamada yetersiz kaldığı, hastalık ve semptom yönetimine ilişkin düzenli ve güvenilir bilgi vermediği saptanmıştır (Elvidge, 2008). Wang ve ark. (2018)'nin kanser hastalarının ve informal bakıcılarının karşılanmayan bakım ihtiyaçlarını araştırdıkları sistematik derlemede, yüksek eğitim seviyesine sahip hastaların fiziksel, bilgi ve cinsellik konularında yüksek düzeyde karşılanmayan ihtiyacı olduğu, Willems ve ark. (2016)'nın çalışmasında da tedaviden sonra sağ kalan yüksek eğitimli hastaların daha fazla karşılanmamış ihtiyacı olduğu tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda eğitim

düzeyi ile destekleyici bakım gereksinimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmamasının nedeni, hastaların çoğunluğunun eğitim düzeyinin düşük ve hastaları destekleyecek hasta eğitim biriminin olmaması ve hemşire ile hastanın sadece kliniğe yatış sırasında iletişim kurmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda kanser hastalarının medeni durumları ile destekleyici bakım gereksinimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir. Literatüre (Williamson ve ark., 2018; Hunter ve ark., 2017; Parry ve ark., 2012) baktığımızda bekar olma ve yalnız yaşama durumunun karşılanmayan ihtiyaçları arttırdığı gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Kanser hastalarından evli olanların bekârlara göre destekleyici gereksinim düzeyinin daha yüksek olduğu bildiren çalışma sonuçları da bulunmaktadır (Okediji ve ark., 2017).

Çalışmaya katılan kanser hastalarının çalışma durumu ile destekleyici bakım gereksinimleri arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir. Çalışabiliyor olma kanser hastaları için oldukça önemli bir parametredir. İş hayatlarının hastalık ve tedavi süreci nedeni ile kesintiye uğraması ya da işlerini kaybetmeleri kişilerin tedaviye uyumunu, yaşam kalitesini ve bakım gereksinimlerini etkilemektedir. Yıldırım ve ark. (2013)'nın çalışmasında hastaların eski işlerini yapamamalarının psikolojik gereksinimlerinin artmasına neden olduğundan bahsetmektedir. Aynı şekilde Gelin ve Ulus (2015)'un çalışmasında hastalık ve tedavi süreci nedeni ile çalışma hayatı sonlanan hastaların duygusal ve fiziksel yönden daha güçsüz olduklarını, yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu ve bakım beklentilerinin daha yüksek olduğundan bahsetmiştir.

Sigara kullanan kanser hastalarının bakım gereksinimlerinin hiç sigara içmeyen hastalardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sigara başta akciğer kanseri olmak üzere birçok kanserin oluşmasında etkilidir. Çalışmamızda sigaranın bazı semptomların şiddetlenmesine neden olduğundan, sigara içen hastaların fiziksel bakım gereksinimlerinin daha fazla olabildiği düşünülmektedir. Kanser sigaraya bağlı olduğu düşüncesi sigara ise sigara kullanan hastalarda pişmanlık ve psikososyal gereksinimlerin artmasına neden olacaktır.

Hastalığı 4. evrede kanser hastalarının bakım gereksinimlerinin diğer evrelerde olan hastalardan istatistiksel olarak farklı ve daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Manitta ve ark. (2011)'nin kanser hastaları ile yaptığı çalışmada hastalığı ileri evrede olan hastaların yoğun semptom yüküne bağlı fiziksel ve psikolojik sıkıntılarının daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Araştırmamızda hastalığı metastaz yapan kanser hastalarının bakım gereksinimlerinin hastalığı metastaz yapmayan hastalardan istatistiksel olarak farklı ve daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kırık (2020)'ın onkoloji servisinde yatan hastaların psikososyal gereksinimlerini belirlediği çalışmada tanı süresinin artmasıyla beraber hastaların fiziksel ve günlük yaşamı destekleyici bakım gereksinimlerinin arttığı ve aynı çalışmada hastalığı metastaz yapmış hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin, metastaz gözlenmeyen hastalara göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Ayrıca hastalığı metastaz yapan hastaların semptom şiddetlerinin fazla olmasının destekleyici bakım gereksinimlerini artırdığı yorumu yapılabilir.

Çalışmamızda 3 yıl üzeri hastalığı teşhis edilen ve tedavi gören kanser hastalarının bakım gereksinimlerinin, 6 aydan az süredir hastalığı teşhis edilen ve tedavi gören hastalardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kanserde tanı süresinin artması ve metastaz varlığı; kanserde radyoterapi, kemoterapi ve diğer tedavi süreçlerinin yoğunlaşması, tedavilerin yan etkilerinde artmayı, organ ve doku işlevlerinde bozulmayı ve beraberinde fiziksel ve psikososyal gereksinimleri doğurmaktadır. Sutherland ve ark. (2009)'nın yaptığı çalışmada, yeni kanser tanısı alıp tedaviye başlanan hastaların ilk yıl içerisinde sağlık sistemi-bilgilendirme, psikolojik ve hasta-bakım desteği gibi farklı alanda gereksinimlerinin olabileceğini bildirmişlerdir. Morrison ve ark. (2012)'nin çalışmasında ise tanıdan sonra geçen sürenin; ihtiyaç sayısını, ihtiyaçların belirginliğini ve karşılanıp karşılanmadığını etkilemediği ve tanıdan 3 yıl sonra dahi hastalar karşılanmamış ihtiyaç bildirmişlerdir. Ölmez (2020)'in çalışmasında kanser tanısı alan ve tanı süresi 0-1 yıl olan hastaların fiziksel-günlük yaşam, ruhsal/psikolojik, sağlık sistemi-bilgilendirme ve hasta bakım desteği boyutlarında daha fazla destekleyici bakıma gereksinim duyduğu belirlenmiştir. Kanser hastalarında ağrı ve yorgunluk başta olmak üzere fiziksel semptom yükünün fazla olması, yıllar içinde aldıkları kemoterapi tedavisine bağlı yaşanan yan etkiler, hastalık hakkında bilgi eksikliğinin neden olduğu başetme sorunları, hastalık sürecinin neden olduğu rol ve sosyal fonksiyonlarda yetersizlik hastaların yıllar içinde gereksinimlerinin birden fazla alanda olmasına neden olduğu düşünülmektedir. Ayrıca kanser tedavisinde sürecin uzamasıyla birlikte hastada enerji kaybı, güçsüzlük ve daha birçok problemin arttığı, kişinin fiziksel ve günlük yaşamı destekleyici bakım gereksinimlerinin de artmasına neden olabilmektedir.

5.3. Kanser Hastalarının Semptom ve Destekleyici Bakım Gereksinimleri Arasındaki İlişki

Çalışmamızda kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimi düzeyi ile kendini kötü hissetme, cilt ve tırnaklarda değişiklik, oral mukozit, nefes darlığı, bulantı, ağrı, yorgunluk, üzüntü, endişe, periferik nöropati semptomları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki belirlenmiştir. Kendini kötü hissetme, cilt ve tırnaklarda değişiklik, oral mukozit, nefes darlığı, bulantı, ağrı, yorgunluk, üzüntü, endişe, periferik nöropati semptomu şiddetinin artmasının kanser hastalarında destekleyici bakım gereksinimini de artırdığı görülmektedir. Bu bulgu semptom şiddetinin destekleyici bakım gereksinimlerini anlamlı bir şekilde artırdığı söylenebilir. Araştırmamızda kanser hastalarında görülen semptom şiddetinin destekleyici bakım gereksinimleri üzerine anlamlı etkisi olduğu; hastalarda görülen semptom şiddetinin kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimlerinin %56.4'ünü anlamlı bir şekilde etkilediği saptanmıştır. Bu bulgular, kansere bağlı ortaya çıkan destekleyici bakım gereksinimlerinin azaltılması için yaşanan semptomların çözümünün göz önünde bulundurulmasının gerekliliğini göstermektedir. Kanser hastasının sık karşılaştığı semptomlar üzerinde durulurken, göz önünde bulundurulmayan, ama onu çok derinden etkileyen farklı semptomları olabileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle hemşirelerin sık yaşanan semptomların farkında olmalarının yanı sıra bireye özgü farklılıkları da göz önünde bulundurarak en etkili bakımı planlamaları gerekmektedir. Destekleyici bakım, kanserden etkilenen ya da kanserle birlikte yaşayanlar için, hastalığın tanısallık süreçlerinde ya da devam eden aşamalarında, sağlığın elde edilmesi konularını kapsayacak şekilde; onların bilgi eksikliği, duygusal, ruhsal, sosyal ve fiziksel ihtiyaçlarını karşılayacak gerekli hizmetlerin sunulması ve koruma, mücadele etme, semptomları hafifletme, rahatlatma şeklinde olmalıdır. Karşılanmamış destekleyici bakım gereksinimleri, kanser hastalarının fiziksel ve psikososyal ihtiyaçları hakkında önemli bilgi sağlar ve böylece semptom kontrolü ve özel rehabilitasyon durumları gibi karşılanmamış gereksinimler için klinik bakımı hedefleyerek, tıbbi bakımı en iyi şekilde sağlanabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Kanser hastalarında görülen semptomların ve destekleyici bakım gereksinimlerinin saptanması amacıyla Sivas il merkezindeki bir üniversite hastanesinde kemoterapi

alan 134 kanser hastası ile tanımlayıcı kesitsel tasarımda gerçekleştirilen bu çalışmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Araştırmada, kanser hastalarının %56.7'si 34-49 yaş arasında, ortalama 57.93 ± 11.16 yaşında, %51.5'i kadın, %64.2'sinin düzenli olarak sağlık kontrolü yaptırmadığı, %23.'ünün sigara ve %4.5'inin alkol kullandığı, %44.8'inin hastalığın 2.evresinde, %34.3'ünün hastalığının metastaz yaptığı belirlenmiştir (Tablo 1-2).

- Araştırmada, kanser hastalarının ruhsal/psikolojik, sağlık sistemi ve bilgilendirme, fiziksel ve günlük yaşam, hasta bakım ve desteği bakım gereksinimlerinin yüksek, cinsellik bakım gereksiniminin düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

- Araştırmada, kanser hastalarının ağrı, yorgunluk, üzüntü, endişe ve kendini iyi hissetme durumu semptom şiddetinin yüksek; bulantı, uykusuzluk, iştahsızlık, nefes darlığı, cilt ve tırnaklarda değişiklik, oral mukozit ve periferik nöropati semptom şiddetinin düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

- Araştırmada, kanser hastalarında görülen semptom şiddetinin hastaların destekleyici bakım gereksinimlerini anlamlı bir şekilde etkilediği belirlenmiştir (Tablo 5).

- Araştırmada, kanser hastaların ağrı, yorgunluk, üzüntü, endişe ve kendini kötü hissetme durumu, bulantı, uykusuzluk, nefes darlığı, cilt ve tırnaklarda değişiklik, oral mukozit ve periferik nöropati semptom şiddetinin destekleyici bakım gereksinimlerini artırdığı belirlenmiştir (Tablo 6).

- Araştırmada, kanser hastalarının cinsiyeti ve gelir durumu ile destekleyici bakım gereksinimleri arasında anlamlı farklılık belirlenmiştir (Tablo 6).

- Araştırmada, kanser hastalarının sigara kullanma durumu, hastalık evresi, hastalığın metastaz yapma durumu, hastalığın teşhis süresi ve tedavi süresi ile destekleyici bakım gereksinimleri arasında anlamlı farklılık belirlenmiştir (Tablo 7).

- Araştırmada, kanser hastalarının sosyo-demografik özellikleri (yaşı, cinsiyet, eğitim düzeyi, meslek, gelir düzeyi, sosyal güvence, medeni durum, aile tipi, yaşadığı yer) ve sağlık-hastalık özellikleri ile ağrı, yorgunluk, üzüntü, endişe, uykusuzluk, iştahsızlık, kendini iyi hissetmeme, nefes darlığı, cilt ve tırnak değişiklik, oral mukozit ve periferik nöropati semptom şiddeti arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (Tablo 9 ve Tablo 10).

6.2. Öneriler

Kanser hastalarında görülen semptomların ve destekleyici bakım gereksinimlerinin saptanması amacıyla tanımlayıcı kesitsel tasarımda gerçekleştirilen araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir:

- Kemoterapi tedavisi alan kanser hastalarının özellikle ağrı, yorgunluk, üzüntü, endişe ve kendini iyi hissetme durumu semptomlarının uygun skalalar kullanılarak değerlendirilmesi ve bu semptomları azaltmaya yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması,
- Kanser hastalarının bakım gereksinimlerinin uygun ölçme araçları ile periyodik aralıklarla değerlendirilmesi,
- Kanser hastalarının bakım gereksinimlerinin bir bütün olarak değerlendirilmesi, multidisipliner bir yaklaşımla hastalığa bağlı semptomların olumsuz etkilerinin ortadan kaldırılması,
- Kanser hastalarının hastalık semptomları ve tedaviye bağlı yan etkiler ile başedebilmesi için öncelikle hastaların destekleyici bakım gereksinimlerinin belirlenerek bakım stratejilerinin oluşturulması ve hasta gereksinimleri doğrultusunda bakıma yansıtılması,
- Hemşirelerin kemoterapi tedavisi uygulanan kanser hastalarının yalnızca fizyolojik semptomları üzerine odaklanmaması aynı zamanda psikososyal ve cinsel yaşamının da dikkate alınması,
- Kanser hastalarında görülen semptomları ve destekleyici bakım gereksinimlerini inceleyen daha geniş örnekleme çalışmalarının yapılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Abdollahzadeh F, Moradi N, Pakpour V, Rahmani A, Zamanzadeh V, Mohammadpoorasl A, Howard F. Un-met Supportive Care Needs of Iranian Breast Cancer Patients. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15(9):3933-8.
- Abudayyak M, Yalçın CÖ, Korkut E. Kemoterapi İle İndüklenmiş Periferik Nöropatinin Tedavisi ve Önlenmesine Yönelik Farmakolojik Yaklaşımlar *FABAD J. Pharm. Sci*. 2018;43(2):203-217.
- Ahn YH, Kim NH, Kim CB, Ham OK. Factors Affecting Unmet Healthcare Needs of Older People in Korea. *Int Nurs Rev*. 2013;60(4):510-9.
- Ahn S, Sung K, Kim HJ, Choi YE, Lee YK, Kim JS, Lee SK, Roh JY. Reducing Radiation Dermatitis Using a Film-forming Silicone Gel During Breast Radiotherapy: A Pilot Randomized-controlled Trial. *In Vivo*. 2020;34(1):413-422.
- Akkuş Yıldırım B. Kanser Hastalarının Günlük Besin İhtiyaçları. *Türk J Oncol*. 2020;35(1):36-41.
- Aksuoğlu A, (2015), Kanser Hastaları İçin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği'nin Türk Toplumunda Geçerlilik ve Güvenirliğinin İncelenmesi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Amin MB, Greene FL, Edge SB, Compton CC, Gershenwald JE, Brookland RK, Meyer L, Gress DM, Byrd DR, Winchester DP. The Eighth Edition AJCC Cancer Staging Manual: Continuing to Build a Bridge From a Population- Based to a More "Personalized" Approach to Cancer Staging. *CA Cancer J Clin*. 2017;67(2):93-99.
- Andrade CB, Ramos IP, de Moraes AC, do Nascimento AL, Salata C, Goldenberg RC, de Carvalho JJ, de Almeida CE. Radiotherapy-Induced Skin Reactions Induce Fibrosis Mediated by TGF-β1 Ytokine. *Dose Response*. 2017;15(2).
- Arslan M, Özdemir L. Kemoterapiye Bağlı Gelişen Bulantı-Kusmanın Yönetiminde Kullanılan Tamamlayıcı Tedavi Yöntemleri. *Türk Onkoloji Dergisi*. 2015;30(2):82-89.
- Aslan Ö, Vural H, Kömürcü Ş, Özet A. Kemoterapi Alan Kanser Hastalarına Verilen Eğitimin Kemoterapi Semptomlarına Etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2006;10(1):15-28.
- Ayar T, (2018). Onkoloji Hastalarının Algıladıkları Yalnızlık ve Sosyal Destek Düzeyinin Yaşam Kalitesi ve Semptom Kontrolü Üzerine Etkisi. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Samsun*.
- Aydın E, (2018). Kemoterapi Tedavisi Gören Hastalarda Yaşam Kalitesi ile Cinsel Yaşam Arasındaki İlişki. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Samsun*.
- Aygün Çevik B, Pirinççi E. Beslenme ve Kanser. *Fırat Tıp Dergisi*. 2017;22(1):1-7.
- Baykara O. Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2016;5(3):154-165.

- Bahadır Erdoğan B, Kunt Uzaslan E. Apoptozis Mekanizmaları: Tümör Gelişiminde Fas-FasL Bağımlı Apoptozis. *Akciğer Arşivi*. 2003;4:165-174.
- Bahar A, Ovayolu Ö, Ovayolu N. Onkoloji Hastalarında Sık Karşılaşılan Semptomlar ve Hemşirelik Yönetimi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2019;22(1):42-58.
- Baskar R, Lee KA, Yeo R, Yeoh KW. Cancer and Radiation Therapy: Current Advances and Future Directions. *Int J Med Sci*. 2012;9(3):193-9.
- Berger AM, Mooney K, Alvarez-Perez A, Breitbart WS, Carpenter KM, Cella D, et al. Cancer-Related Fatigue, Version 2.2015. *Journal of The National Comprehensive Cancer Network: JNCCN*. 2015;13(8):1012-39.
- Beser N, Öz F. Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2003;7(1):47-58.
- Boyes AW, Girgis A, D'Este C, Zucca AC. Prevalence and Correlates of Cancer Survivors' Supportive Care Needs 6 Months After Diagnosis: A Population-Based Cross-Sectional Study. *BMC Cancer*. 2012;12(1):150.
- Boyes AW, Clinton-McHarg T, Waller AE, Steele A, D'Este CA, Sanson-Fisher RW. Prevalence and Correlates of The Unmet Supportive Care Needs of Individuals Diagnosed With A Haematological Malignancy. *Acta Oncologica*. 2015;54(4):507-514.
- Can G. (2015), *Onkoloji Hemşireliğinde Kanıttan Uygulamaya*, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
- Can G. (2001). *Meme Kanserli Hastalarda Yorgunluğun ve Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul.
- Chang VT, Hwang SS, Kasimis B, Thaler HT. Shorter Symptom Assessment Instruments: The Condensed Memorial Symptom Assessment Scale (CMSAS). *Cancer Investigation*. 2004;22(4):526-536.
- Chaveli-Lopez B, Bagan-Sebastian JV. Treatment of Oral Mucositis Due to Chemotherapy. *J Clin Exp Dent*. 2016;8(2):201-209.
- Chen SC, Liao CT, Lin CC, Chang JT, Lai YH. Distress and Care Needs in Newly Diagnosed Oral Cavity Cancer Patients Receiving Surgery. *Oral Oncolgy*. 2009;45(9):815-820.
- Chen HHW, Kuo MT. Improving Radiotherapy in Cancer Treatment: Promises and Challenges. *Oncotarget*. 2017;8(37):62742-58.
- Chiesi F, Bonacchi A, Primi C, Miccinesi G. Assessing Unmet Needs in Patients With Cancer: An Investigation of Differential Item Functioning of The Needs Evaluation Questionnaire Across Gender, Age and Phase of The Disease. *PLoS One*. 2017;12(7):e0179765.

- Chiou YJ, Lee CY, Li SH, Chong MY, Lee Y, Wang LJ. Screening for Psychologic Distress in Taiwanese Cancer Inpatients Using the National Comprehensive Cancer Network Distress Thermometer: The Effects of Patients' Sex and Chemotherapy Experience. *Psychosomatics*. 2017;58(5):496-505.
- Cidon EU. Chemotherapy Induced Oral Mucositis: Prevention is Possible. *Chin Clin Oncol*. 2018;7(1):6.
- Correa P. Gastric Cancer: Overview. *Gastroenterol Clin North Am*. 2013;42(2):211-217.
- Çalışkan T, Duran S, Karadaş A, Ergün S, Tekir Ö. Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *KÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2015;17(1):27-36.
- Çınar F, Eti Aslan F. Spiritüalizm ve Hemşirelik: Yoğun Bakım Hastalarında Spiritüel Bakımın Önemi. *G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN*. 2017;3(1):37-42
- D'Alessandro A, De Pergola G, Silvestris F, Mediterranean Diet and Cancer Risk: An Open Issue. *Int J Food Sci Nutr*. 2016;67(6):593-605.
- Dela Cruz CS, Tanoue LT, Matthay RA. Lung cancer: Epidemiology, Etiology and Prevention. *Clin Chest Med*. 2011;32(4):605-44.
- Demirkol H, (2016), Kanser Hastalarında James Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir
- Donaldson MS. Nutrition and Cancer: A Review of The Evidence for An Anti-Cancer Diet. *Nutr J*. 2004;3:19.
- Durmuş E, Uğur Ö. Kanser Ağrısının Yönetiminde Bakım Verenlerin Ağrı Kesicileri Kullanım Engelleri ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2018;20(2-3):22-33.
- Edge SB, Compton CC. The American Joint Committee on Cancer: The 7th Edition of the AJCC Cancer Staging Manual and the Future of TNM. *Ann Surg Oncol*. 2010;17:1471-1474.
- Edib Z, Kumarasamy V, Abdullah N, Rizal AM. Most Prevalent Unmet Supportive Care Needs and Quality of Life of Breast Cancer Patients Ğn a Tertiary Hospital Ğn Malaysia. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2016;14(26):2-10.
- Ekinci Y, (2016), Kanser Hastalarında Yorgunluğu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara
- Elvidge K. Improving Pain & Symptom Management for Advanced Cancer Patients With A Clinical Decision Support System. *Studies In Health Technology and Informatics*. 2008;136:169-174.
- Eroğlu K, Koç G. Jinekolojik Kanser Kontrolü ve Hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2014:77-90

Espina C, Porta M, Schüz J, Aguado IH, Percival RV, Dora C, Slevin T, Guzman JR, Meredith T, Landrigan PJ, Maria Neira M. Environmental and Occupational Interventions for Primary Prevention of Cancer: A Cross-Sectorial Policy Framework. *Environ Health Perspect.* 2013;121(4):420-426.

Eti Aslan F, Olgun N. (2017), *Fizyopatoloji*, Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi.

Erol H. (2009), *Kemoterapi alan hastalarda algılanan stresin umutla ilişkisi*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Ertem G, Dönmez YC, Bilge A. Meme Kanseriinde Cinsel Yaşamdan Yaşamsal Doyuma Yolculuk. *GÜSBD* 2017;6(1):171-176.

Eyigör C, Köken İ. Kronik Bel-Boyun Ağrılı Hastada Adjuvan Analjezikler. *TOTBİD Dergisi.* 2017;16:133-138

Fallon M, Giusti R, Aielli F, Hoskin P, Rolke R, Sharma M, Ripamonti CI. Management of Cancer Pain in Adult Patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol.* 2018;29(4):166-191.

Fitch M, Maamoun J. Unmet Supportive Care Needs and Desire for Assistance in Patients Receiving Radiation Treatment: Implications For Oncology Nursing. *Canadian Oncology Nursing Journal.* 2016;26(1):53-9.

Fong EJ, Cheah WL. Unmet Supportive Care Needs Among Breast Cancer Survivors of Community-Based Support Group in Kuching, Sarawak. *Int J Breast Cancer.* 2016;1-9.

Gardner RB. (2008). A holistic assessment of the perceived supportive care needs of cancer patients during treatment. University of New Orleans Theses and Dissertation, Paper 823.

Gelin D, Ulus B. Hastanede Kemoterapi Alan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Bunu Etkileyen Faktörler. *ACU Sağlık Bil Derg.* 2015;6(1):31-5.

Ghose S, Radhakrishnan V, Bhattacharya S. Ethics of Cancer Care: Beyond Biology and Medicine. *Ecancermedalscience.* 2019;13:911.

Giacalone A, Blandino M, Talamini R, Bortolus R, Spazzapn S, Valentini M, Tirelli U. What Elderly Cancer Patients Want To Know. Differences Among Elderly and Young Patients, *Psycho-Oncology.* 2007;16(4):365-370.

Grassi L, Spiegel D, Riba M. Advancing Psychosocial Care in Cancer Patients. *F1000Res.* 2017;6:2083.

Greenlee H, Crew KD, Capodice J, Awad D, Buono D, Shi Z, et al. Randomized Sham-Controlled Pilot Trial of Weekly Electro-Acupuncture for The Prevention of Taxane-Induced Peripheral Neuropathy in Women With Early Stage Breast Cancer. *Breast Cancer Res Treat.* 2016;156(3):453-64.

Gültekin Z. ‘Akciğer Kanseri Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Sağlık Bakım Hizmet Beklentileri’. *UHOD.* 2008;12(18):99-106.

- Hall AE, Sanson-Fisher RW, Lynagh MC, Tzelepis F, D'Este C. What Do Haematological Cancer Survivors Want Help With? A Cross-Sectional Investigation of Unmet Supportive Care Needs. *BMC Research Notes*. 2015;8(221):1-6.
- Hall JE.(2019). Guyton ve Hall Tıbbi Fizyoloji (13.baskı). Güneş Tıp Kitabevleri.
- Han Y, Smith MT. Pathobiology of Cancer Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy (CIPN). *Frontiers in Pharmacology*. 2013;4:156.
- Harrison JD, Young JM, Price MA, Butow PN, Solomon MJ. What Are The Unmet Supportive Care Needs of People With Cancer? A Systematic Review. *Support Care Cancer*. 2009;17(8):1117-28.
- Henson LA, Maddocks M, Evans C, Davidson M, Hicks S, Higginson IJ. Palliative Care and The Management of Common Distressing Symptoms in Advanced Cancer: Pain, Breathlessness, Nausea and Vomiting, and Fatigue. *J Clin Oncol*. 2020;38(9):905-914.
- Herr M, Arvieu JJ, Aegerter P, Robine JM, Ankri J. Unmet Health Care Needs of Older People: Prevalence and Predictors in A French Cross-Sectional Survey. *Eur J Public Health*. 2014;24(5):808-13.
- Hiatt RA, Brody JG. Environmental Determinants of Breast Cancer. *Annu Rev Public Health*. 2018;39:113-133.
- Hintistan S, Çilingir D, Nural N, Gürsoy Akkaş A. Hematolojik Kanserli Hastaların Kemoterapiye Bağlı Yaşadıkları Semptomlara Yönelik Uygulamaları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012;1(3):153-164.
- Hintistan S, Pekmezci H, Nural N, Güner S. Kemoterapi Alan Hastalarda Psikolojik Semptomlar. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*. 2015;4(1):1-9.
- Hopkins BD, Goncalves MD, Cantley LC. Obesity and Cancer Mechanisms: Cancer Metabolism. *J Clin Oncol*. 2016;34(35):4277-4283
- Huang CY, Ju DT, Chang CF, Muralidhar Reddy P, Velmurugan BK. A Review On The Effects of Current Chemotherapy Drugs and Natural Agents in Treating Non-Small Cell Lung Cancer. *Biomedicine (Taipei)*. 2017;(4):23.
- Hunter EG, Gibson RW, Arbesman M, D'Amico M. Systematic Review of Occupational Therapy and Adult Cancer Rehabilitation: Part 2. Impact of Multidisciplinary Rehabilitation and Psychosocial, Sexuality, and Return-toWork Interventions. *Am J Occup Ther*. 2017;71(2):1-8.
- İşıtmangil T. IASLC Akciğer Kanseri Evrelendirme Projesi: Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseriinde TNM Sınıflandırmasının Yedinci Düzenlemesi İçin Öneriler. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*. 2008;16(1):58-64.
- International Agency for Research on Cancer (IARC) 2020.
- İzci F, İlgün AS, Fındıklı E, Özmen V. Psychiatric Symptoms and Psychosocial Problems in Patients with Breast Cancer. *J Breast Health*. 2016;12(3):94-101.

- İzgü N, Gök Metin Z. Kemoterapi ve Radyoterapi Alan Kanserli Bireylerde Yorgunluk ve Spiritüel İyilik Hali: Tanımlayıcı-Korelasyonel Bir Çalışma. CBU-SBED. 2020;7(3):310-317
- Jabbarzadeh Tabrizi F, Rahmani A, Asghari Jafarabadi M, Jasemi M, Allahbakhshian A. Unmet Supportive Care Needs of Iranian Cancer Patients And Its Related Factors. J Caring Sci. 2016;5:307-316.
- Jansen F, Van Uden-Kraan CF, Van Zwieten V, Witte BI, Verdonck-De Leeuw IM. Cancer Survivors' Perceived Need for Supportive Care and Their Attitude Towards Self-Management and Ehealth. Supportive Care in Cancer. 2015;23(6):1679-1688.
- Jordhoy M.S, Fayers P, Loge J.H, Saltnes T, Ahlner-Elmqvist M, Kaasa S. Quality of Life in Advanced Cancer Patients: The Impact of Sociodemographic and Medical Characteristics. Br J Cancer: 2001;85(10);1478-1485.
- Jorgensen ML, Young JM, Harrison JD, Solomon MJ. Unmet Supportive Care Needs in Colorectal Cancer: Differences by Age. Support Care Cancer. 2012;20(6):1275-81.
- Kale C. (2016). Ayaktan Kemoterapi Alan Hastaların Yaşadıkları Semptomlar İle Öz Bakım Güçleri Arasındaki İlişki. Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Kanavos P. The Rising Burden of Cancer in The Developing World. Annals of Oncology: Official Journal of The European Society for Medical Oncology. 2006;17(8):15-23.
- Karadakovan A, Eti Aslan F. (2013), Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi.
- Karakartal D. Kanser Hastalarının Yaşadıkları Psiko-Sosyal Sorunların İncelenmesi. Uluslararası Beşeri Bilimler ve Eğitim Dergisi. 2018;4(9):48-62.
- Katrancı N. (2009). Kemoterapiye bağlı gelişen oral mukozitin önlenmesinde kriyoterapinin etkinliğinin değerlendirilmesi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep.
- Kayıkçı EE, Can G. Kanser Hastalarında Kemoterapi Tedavisine Bağlı Gelişen Periferik Nöropatinin Yönetiminde Kanıta Dayalı Tamamlayıcı Yaklaşımlar. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2020;17(1):59-6.
- Kepiçoğlu N. (2012). Kemoterapi uygulanan hematolojik maligniteli hastalarda oral mukozit riskinin ve bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Kırca K, Kutlutürkan S. Baş-Boyun Kanserlerinde Radyoterapiye Bağlı Gelişen Erken ve Geç Dönemdeki Semptomların Kontrolü. ACU Sağlık Bil Derg. 2018;9(2):110-117.

- Kırık E.E. (2020). Onkoloji Servisinde Yatan Hastaların Psikososyal Gereksinimlerini Belirleme. Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak.
- Kim Y, Kashy DA, Wellisch DK, Spillers RL, Kaw CK, Smith TG. Quality of Life of Couples Dealing With Cancer: Dyadic and Individual Adjustment Among Breast and Prostate Cancer Survivors and Their Spousal Caregivers. *Ann Behav Med.* 2008;35(2):230-8.
- Kocaman Yıldırım N, Kaçmaz N, Özkan M. Yetişkin Kanser Hastalarının Destekleyici Bakım Gereksinimleri ve Verilen Hizmet Arasındaki Boşluk. *DEUHYO ED.* 2013;6(4):231-40.
- Kocaman Yıldırım N, Kaçmaz N, Özkan M. İleri Evre Kanser Hastalarının Karşılanmamış Bakım Gereksinimleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi.* 2013;4(3):153-158.
- Koçak C, Albayrak SA, Büyükkayacı Duman N. Hemşirelerin Bakım Verici Rollerine İlişkin Tutum Ölçeği Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi.* 2014;11(3):16-21.
- Koçak S, Çelik L, Özbaş S, Dizbay Sak S, Tükün A, Yalçın B. Meme Kanseri Risk Faktörleri, Riskin Değerlendirilmesi ve Prevansiyon: İstanbul 2010 Konsensus Raporu. *The Journal of Breast Health.* 2011;7(2):47-67.
- Koll T, Pergolotti M, Holmes HM, Pieters HC, van Londen GJ, Marcum ZA, MacKenzie AR, Steer CB. Supportive Care in Older Adults with Cancer: Across the Continuum. *Curr Oncol Rep.* 2016;18(8):51.
- Komen MMC, Smorenburg CH, van den Hurk CJG, Nortier JWR. Factors Influencing The Effectiveness of Scalp Cooling in The Prevention of Chemotherapy-Induced Alopecia. *The Oncologist.* 2013;18(7):885-91.
- Konstantinidis TI, Samonis G, Sarafis P, Philalithis A. Assessment of Needs of Hospitalized Cancer Patients With Advanced Cancer *Global Journal of Health Science.* 2017;9(6):184-94.
- Kooshyar MM, Mozafari MP, Amirchaghmaghi M, Pakfetrat A, Karoos P, Mohasel MR, Orafi H, Azarian AA. A Randomized Placebo- Controlled Double Blind Clinical Trial of Quercetin in The Prevention and Treatment of Chemotherapy-Induced Oral Mucositis. *J Clin Diagn Res.* 2017;11(3):46-50.
- Kotronoulas G, Papadopoulou C, Cunningham KB, Simpson M, Maguire RA. Systematic Review of The Supportive Care Needs of People Living With And Beyond Cancer of The Colon And/Or Rectum, *Eur J Oncol Nurs.* 2017;29:60-70.
- Koubkova L, Hrstka R, Dobes P, Vojtesek B, Vyzula R. Second Primary Cancers- Causes, Incidence and The Future. *Klinicka Onkologie: Casopis Ceske A Slovenske Onkologicke Spolecnosti.* 2014;27(1):11-7.
- Kurt Sadırlı S, (2008), Kanserli Hastalarda Semptom Kontrolünün Değerlendirilmesi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne.

- Lavdaniti M. Fatigue in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy: A Nursing Approach, *International Journal of Caring Sciences*. 2019;12(2):1261
- Lavdaniti M, Fradelos E, Troxoutsou K, Zioga E, Mitsi D, Alikari V, Zyga S. Symptoms in Advanced Cancer Patients in a Greek Hospital: A Descriptive Study. *Asya Pac J Cancer Prev*. 2018;19(4):1047-1052.
- Lee MS, Nelson AM, Thompson LM, Donovan KA. Supportive Care Needs of Oral Cancer Survivors: Prevalence and Correlates. *Oral Oncology*. 2016;53:85-90.
- Lee T, Gany F. Cooking Oil Fumes and Lung Cancer: A Review of The Literature in The Context of The U.S. Population. *J Immigr Minor Health*. 2013;15(3):646-52.
- Lin PJ, Kleckner IR, Loh KP, Inglis JE, Peppone LJ, Janelins MC, Kamen CS, Heckler CE, Culakova E, Pigeon WR, Reddy PS, Messino MJ, Gaur R, Mustian KM. Influence of Yoga on Cancer-Related Fatigue and on Mediation Relationships Between Changes in Sleep and Cancer-Related Fatigue: A Nationwide, Multicenter Randomized Controlled Trial of Yoga in Cancer Survivors. *Integrative Cancer Therapies*. 2019;18:1-11.
- Lin Q, Wagner W. Epigenetic Aging Signatures Are Coherently Modified in Cancer. *PLoS genetics*. 2015;11(6).
- Lippi G, Mattiuzzi C, Cervellin G. Meat Consumption And Cancer Risk: A Critical Review of Published Meta-Analyses. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2016;97:1-14.
- LoConte NK, Brewster AM, Kaur JS, Merrill JK, Alberg JA. Alcohol and Cancer: A Statement of The American Society of Clinical Oncology. *J Clin Oncol*, 2018;36(1):83-93.
- Loughery J, Woodgate R. Supportive Care Needs of Rural Individuals Living With Cancer: A Literature Review. *Canadian Oncology Nursing Journal*. 2015;2(2):157-166.
- Lynagh MC, Williamson A, Bradstock K, Campbell S, Carey M, Paul C, Tzelepis, Fisher RS. A National Study of The Unmet Needs of Support Persons of Haematological Cancer Survivors In Rural and Urban Areas of Australia, Supportive Care in Cancer. 2018;26(6):967-1977.
- Manitta V, Zordan R, Cole-Sinclair M, Nandurkar H, Philip J. The Symptom Burden of Patients With Hematological Malignancy: A Cross-Sectional Observational Study. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2011;42(3):432-442.
- Maroun JA, Anthony LB, Blais N, Burkes R, Dowden SD, Dranitsaris G, Samson B, Shah A, Thirlwell MP, Vincent MD, Wong R. Prevention and Management of Chemotherapy-Induced Diarrhea in Patients With Colorectal Cancer: A Consensus Statement by The Canadian Working Group on Chemotherapy-Induced Diarrhea. *Curr Oncol*. 2007;14(1):13-20.
- Martel C, Georges D, Bray F, Ferlay J, Clifford GM. Global Burden of Cancer Attributable to Infections in 2018: A Worldwide Incidence Analysis. *Lancet Glob Health*. 2020;8(2):180-190.

- Maucort-Boulch D, Martel C, Franceschi S, Plummer M. Fraction and Incidence of Liver Cancer Attributable to Hepatitis B and C Viruses Worldwide. *Int J Cancer*. 2018;142(12):2471-7.
- McDowell ME, Occhipinti S, Ferguson M, Dunn J, Chambers S. Predictors of Change in Unmet Supportive Care Needs in Cancer. *Psycho-Oncology*. 2010;19(5):508-516.
- McKenzie E, Hwang MK, Chan S, Zhang L, Zaki P, Tsao M, Barnes E, Razvi Y, Drost L, Yee C, Chow E. Predictors of Dyspnea in Patients With Advanced Cancer. *Ann Palliat Med*. 2018;7(4):427-436.
- McQuade RM, Stojanovska V, Abalo R, Bornstein JC, Nurgali K. Chemotherapy-Induced Constipation and Diarrhea: Pathophysiology, Current and Emerging Treatments. *Front Pharmacol*. 2016;7:414.
- Miaskowski C. Gender Differences in Pain, Fatigue and Depression in Patients With Cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2004;(32):139-143.
- Mistry A, Wilson S, Priestman T, Damery S, Haque MS. How Do The Information Needs of Cancer Patients Differ At Different Stages of The Cancer Journey? A Cross-Sectional Survey. *JRSM Short Rep*. 2010;1(4):30.
- Mohamed NE, Pisipati S, Lee CT, Goltz HH, Latini DM, Gilbert FS, et al. Unmet informational and supportive care needs of patients following cystectomy for bladder cancer based on age, sex, and treatment choices. *Urol Oncol*. 2016;34(12):531.e7-.e14.
- Molijn A, Jenkins D, Chen W, Zhang X, Pirog E, Enqi W, Liu B, Schmidt J, Cui J, Qiao Y, Quint W. The Complex Relationship Between Human Papillomavirus and Cervical Adenocarcinoma. *Int J Cancer*. 2016;138(2):409-16.
- Mollaoğlu M, Erdoğan G. Effect on Symptom Control of Structured Information Given to Patients Receiving Chemotherapy. *European Journal of Oncology Nursing*. 2014;18:78-84.
- Morrison V, Henderson BJ, Zinovieff F, Davies G, Cartmell R, Hall A, Gollins S. Common, Important, And Unmet Needs Of Cancer Outpatients, *European Journal of Oncology Nursing*. 2012;16(2):115-123.
- Nazik E, Arslan S, Nazik H, Narin MA, Karlangic H, Koc Z. Anxiety and Symptom Assessment in Turkish Gynecologic Cancer Patients Receiving Chemotherapy. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2012;13:3129-3133.
- Ng R, Verkooijen HM, Ooi LL, Koh WP. Unmet Psychosocial Needs Among Cancer Patients Undergoing Ambulatory Care in Singapore. *Support Care Cancer*. 2012;20(5):1049-56.
- Okediji PT, Salako O, Fatiregun OO. Pattern and Predictors of Unmet Supportive Care Needs in Cancer Patients. *Cureus*. 2017;9(5):1234.
- Okuyama T, Akechi T, Yamashita H, et al. Oncologists' Recognition of Supportive Care Needs and Symptoms of Their Patients in A Breast Cancer Outpatient Consultation. *Jpn J Clin Oncol*. 2011;41:1251-1258.

- Olver I, Keefe D, Herrstedt J, Warr D, et al. Supportive Care in Cancer-A MASCC Perspective. *Supportive Care in Cancer*. 2020; 28(8): 3467-3475.
- Ovayolu Ö, Ovayolu N. Palyatif Bakım Alan Kanser Hastalarının Ağrı Yönetiminde İntegratif Yaklaşımlar. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2017;4(3):54-64.
- Ölmez S. (2020). Multipl Miyelom Tanısı Olan Hastaların Bakım Gereksinimleri ve Yaşam Kalitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Akdeniz Üniversitesi, Antalya.
- Paiva CE, Manfredini LL, Paiva BSR, Hui D, Bruera E. The Brazilian Version of The Edmonton Symptom Assessment System (Esas) Is A Feasible, Valid And Reliable Instrument for The Measurement Of Symptoms in Advanced Cancer Patients. *Plos One*. 2015;10(7):1-13.
- Parry C, Lomax JB, Morningstar EA, Fairclough DL. Identification and Correlates Of Unmet Service Needs in Adult Leukemia and Lymphoma Survivors After Treatment. *Journal of oncology practice*. 2012;8(5):135-41.
- Park B, Sohn JY, Yoon KA, Lee KS, Cho EH, Lim MC, Yang MJ, Park SJ, Lee MH, Lee SY, Chang YJ, Lee DO, Kong SY, Lee ES. Characteristics of BRCA1/2 Mutations Carriers Including Large Genomic Rearrangements in High Risk Breast Cancer Patients. *Breast Cancer Res Treat*. 2017;163(1):139-150.
- Papadeas E, Naxakis S, Riga M, Kalofonos C. Prevention of 5- Fluorouracil-Related Stomatitis by Oral Cryotherapy: A Randomized Controlled Study. *European Journal of Oncology Nursing*. 2007;11:60–65.
- Puts MT, Papoutsis A, Springall E, Tourangeau AE. A Systematic Review of Unmet Needs of Newly Diagnosed Older Cancer Patients Undergoing Active Cancer Treatment. *Support Care Cancer*. 2012;20(7):1377-94.
- Rabow MW, Knish SJ. Spiritual Well-Being Among Outpatients With Cancer Receiving Concurrent Oncologic and Palliative Care. *Supportive Care in Cancer*. 2015;23(4):919-23.
- Rahal Z, El Nemr S, Sinjab A, Chami H, Tfayli A, Kadara H. Smoking and Lung Cancer: A Geo-Regional Perspective. *Front Oncol*. 2017;7:194.
- Ramos AFN, Tavares APM, Mendonça SMS. Pain and Dyspnea Control in Cancer Patients of An Urgency Setting: Nursing Intervention Results. *Rev Dor. São Paulo*, 2017;18(2):166-72.
- Rapoport BL. Delayed Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting: Pathogenesis, Incidence and Current Management. *Frontiers in Pharmacology*. 2017;8.
- Riechelmann RP, Krzyzanowska MK, O'carroll A, Zimmermann C. Symptom and Medication Profiles Among Cancer Patients Attending A Palliative Care Clinic. *Support Care Cancer*. 2007;15(12):1407-1412.
- Rosen R.D, Sapra A. TNM Classification. StatPearls Publishing. 2020

- Rossi A, Fortuna MC, Caro G, Pranteda G, Garelli V, Pompili U, Carlesimo M. Chemotherapy-Induced Alopecia Management: Clinical Experience and Practical Advice. *J Cosmet Dermatol*. 2017;16(4):537-541.
- Rutten LJ, Arora NK, Bakos AD, Aziz N, Rowland J. Information Needs and Sources of Information Among Cancer Patients: A Systematic Review of Research (1980-2003). *Patient Educ Couns*. 2005;57:250-261.
- Sakamoto N, Takiguchi S, Komatsu H, Okuyama T, Nakaguchi T, Kubota Y, et al. Supportive Care Needs and Psychological Distress and/or Quality of Life in Ambulatory Advanced Colorectal Cancer Patients Receiving Chemotherapy: A 70 Cross-Sectional Study. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 2017;47(12):1157- 61.
- Saklı K, Demir Zencirli A. Taksan ve Platin Alan Hastalarda Periferik Nöropati ve Nöropatik Ağrıya Yönelik Hemşirelik Girişimleri: Sistemik Derleme. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2013:61-73.
- Sanders SL, Bantum EO, Owen JE, Thornton AA, Stantonet AL. Supportive Care Needs in Patients With Lung Cancer. *Psycho-Oncology*. 2010;19:480-489.
- Sanson-Fisher R, Girgis A, Boyes A, Bonevski B, Burton L, Cook P. The Unmet Supportive Care Needs of Patients With Cancer. *Supportive Care Review Group Cancer*. 2000;88(1):226-37.
- Sarı Şıra F. (2007). Kemoterapi Alan Onkoloji Hastalarında Semptomların Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Savard J, Ivers H, Savard MH, Morin CM. Cancer Treatments and Their Side Effects Are Associated With Aggravation of Insomnia: Results of A Longitudinal Study. *Cancer*. 2015;121(10):1703-11.
- Schofield P, Carey M, Bonevski B, Sanson-Fisher R. Barriers to The Provision of Evidence-Based Psychosocial Care in Oncology. *Psycho-Oncology*. 2006;15(10):863-872.
- Seven M, Akyüz A, Sever N, Dinçer Ş. Kanser Tanısı Alan Hastaların Yaşadığı Fiziksel ve Psikolojik Semptomların Belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2013;12(3):219-224.
- Sharifi H, Heydari A, Salek R, Emami Zeydi A. Oral Cryotherapy for Preventing Chemotherapy-Induced Oral Mucositis: An Effective but Yet Neglected Strategy. *J Cancer Res Ther*. 2017;13(2):386-387.
- Shewach DS, Kuchta RD. Introduction to Cancer Chemotherapeutics. *Chemical Reviews*. 2009;109(7):2859-61.
- Sklenarova H, Haun MW, Krümpelmann A, Friederich HC, Huber J, Thomas M, Hartmann M. Psychometric Evaluation of The German Version of The Supportive Care Needs Survey for Partners and Caregivers (SCNS-PandC-G) of cancer patients. *European Journal of Cancer Care*. 2015; 24(6), 884-897.

- So WKW, Chan CWH. Quality of Life And Most Prevelant Unmet Needs Of Chinese Breast Cancer Survivors At One Year After Cancer Treatment. *European Journal of Oncology Nursing*. 2014;18(3):323-328.
- Stabile C, Goldfarb S, Baser RE, Goldfrank DJ, Abu-Rustum NR, Barakat RR, et al. Sexual Health Needs and Educational Intervention Preferences for Women With Cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*. 2017;165(1):77-84
- Stein A, Voigt W, Jordan K. Chemotherapy-Induced Diarrhea: Pathophysiology, Frequency and Guideline-Based Management. *Ther Adv Med Oncol*. 2010;2(1):51-63.
- Sutherland G, Hill D, Morand M, Pruden M, McLachlan SA. Assessing The Unmet Supportive Care Needs of Newly Diagnosed Patients With Cancer. *European Journal of Cancer Care*. 2009;18(6):577-584.
- Takayuki Kinoshita T, Nakayama T, Fukuma E, Inokuchi M, Ishiguro H, Ogo E, Kikuchi M, Jinno H, Yamazaki N, Toi M. Efficacy of Scalp Cooling in Preventing and Recovering From Chemotherapy-Induced Alopecia in Breast Cancer Patients: The HOPE Study. *Front Oncol*. 2019;9:733.
- Tahergorabi Z, Khazaei M, Moodi M, Chamani E. From Obesity to Cancer: A Review on Proposed Mechanisms. *Cell Biochemistry&Function*. 2016;34(8):533-545.
- Tai S, Lee C, Wu C, et al. Symptom Severity of Patients With Advanced Cancer in Palliative Care Unit: Longitudinal Assessments of Symptoms Improvement. *BMC Palliat Care*. 2016;15:32.
- Tekin A, (2007).Sağlık-Hastalık Olgusu ve Toplumsal Kökenleri (Burdur Örneği), Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Isparta.
- Temiz G, Durna Z. Evaluation of Quality of Life and Health Care Needs in Cancer Patients Receiving Chemotherapy. *J Cancer Educ*. 2019;35:796-807.
- Teunissen SC, Wesker W, Kruitwagen C,. Symptom Prevalence in Patients With Incurable Cancer: A Systematic Review. *J Pain Symptom Manage*. 2007;34:94-104.
- Thapa D, Rastogi V, Ahuja V. Cancer Pain Management-Current Status. *Journal of Anaesthesiology. Clinical Pharmacology*. 2011;27(2):162-8.
- Thongkhamcharoen R, Breaden K, Agar M, Hamzah E. Dyspnea Management in Palliative Home Care: A Case Series in Malaysia. *Indian J Palliat Care*. 2012;18(2):128-133.
- Tsai JS, Wu CH, Chiu TY, Chen CY. Significance of Symptom Clustering in Palliative Care of Advanced Cancer Patients. *J Pain Symptom Manag*. 2010;39(4):655-662.
- Turan Kavrakım S, Canlı Özer Z. Kanser Tanısı Alan Hastalarda Umut, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. *Current Approaches in Psychiatry*. 2014;6(2):154-164.

- Usta Yeşilbalkan Ö, Durmaz Akyol A, Çetinkaya Y, Altın T, Ünlü D. Kemoterapi Tedavisi Alan Hastaların Tedaviye Bağlı Yaşadıkları Semptomlar ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2005;21(1):13-31.
- Uysal N, Şenel G, Karaca Ş, Kadioğulları N, Koçak N, Oğuz G. Palyatif Bakım Kliniğinde Yatan Hastalarda Görülen Semptomlar ve Palyatif Bakımın Semptom Kontrolüne Etkisi. AĞRI. 2015; 27(2):104-110.
- Ünal Çubukçu N. (2012). Kemoterapi Alan Hastalarda Oral Mukozitler İle Başedilebilir mi? Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Walsh D, Donnelly S, Rybicki L. The Symptoms of Advanced Cancer: Relationship to Age, Gender and Performance Status in 1,000 Patients. Support Care Cancer. 2000;8:175-179.
- Wang T, Molassiotis A, Ching BPM, Tan JY. Unmet Care Needs Of Advanced Cancer Patients and Their Informal Caregivers: A Systematic Review. BMC Palliative Care. 2018;17(1):1-29.
- Watson E, Shinkins B, Frith E, Neal D, Hamdy F, Walter F, et al. Symptoms, Unmet Needs, Psychological Well-Being and Health Status in Survivors of Prostate Cancer: Implications for Redesigning Follow-Up. BJU International. 2016;117(6b):10-19.
- White KJ, Roydhouse JK, D'Abrew NK, Katris P, O'Connor M, Emery L. Unmet Psychological and Practical Needs of Patients With Cancer in Rural and Remote Areas of Western Australia. Rural and Remote Health. 2011;11(3):1784.
- White K, D'Abrew N, Katris P, O'Connor M, Emery L. Mapping The Psychosocial and Practical Support Needs of Cancer Patients in Western Australia. European Journal of Cancer Care. 2012;21(1):107-16.
- Willems RA, Bolman CAW, Mesters I, Kanera IM, Beaulen AAJ, Lechner L. Cancer Survivors In The First Year After Treatment: The prevalence and Correlates of Unmet Needs in Different Domains. 2016;25(1):51-57.
- Williamson TJ, Jorge-Miller A, McCannel TA, Beran TM, Stanton AL. Sociodemographic, Medical, and Psychosocial Factors Associated With Supportive Care Needs in Adults Diagnosed With Uveal Melanoma. JAMA Ophthalmol. 2018;136(4):356-63.
- Wolf S, Barton D, Kottschade L, Grothey A, Loprinzi C. Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy: Prevention and Treatment Strategies. European Journal of Cancer. 2008;44(11):1507-15.
- Vardar O, (2017), Jinekolojik Kanseri Tanısı Alan Kadınlar ve Bakım Veren Aile Üyelerinin Deneyimleri, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Denizli.
- Yang T, Liu Q, Lu M, Ma L, Zhou Y, Cui Y. Efficacy of Olanzapine for The Prophylaxis of Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting: A Meta-Analysis. British Journal of Clinical Pharmacology. 2017;83(7):1369-79.

- Yazgı ZG, Yılmaz M. Onkoloji Hastalarının Yaşadığı Psikososyal Sorunlarla Baş Etmesinde Hemşirenin Rolü. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2020;4(1);60-70
- Yıldırım NK. Yetişkin Kanser Hastalarının Destekleyici Bakım Gereksinimleri ve Verilen Hizmet Arasındaki Boşluk. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2013;6(4):231-240.
- Yıldız L, Kılıç H. Sigaranın Klinik ve Biyokimyasal Etkileri, T Klin Tıp Bilimleri. 2000;20:306-312.
- Yokuş B, Ülker Çakır D. Kanser Biyokimyası, Dicle Üniversitesi Veteriner Fakültesi Dergisi. 2012;1(2):7-18.
- Zimmermann C, Burman D, Follwell M, Wakimoto K, Seccareccia D, Bryson J, Le L, Rodin G. Predictors of Symptom Severity and Response Inpatients With Metastatic Cancer. Am J Hosp Palliat Med. 2010;27(3).



EKLER

EK-1: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1- Yaşınız:

2- Cinsiyetiniz:

() Erkek () Kadın

3- Eğitim durumunuz:

() Okur-yazar değil () Okur-yazar () İlk-ortaokul
() Lise () Ön lisans /lisans () Yüksek lisans/ doktora

4- Mesleğiniz:

() Memur () Emekli () İşçi
() Çiftçi () Serbest meslek () Çalışmıyor

5- Gelir düzeyiniz:

() Gelir giderden az () Gelir gidere denk () Gelir giderden çok

6- Sosyal güvenceniz:

() Emekli sandığı () SSK () Bağ-kur
() Yeşil kart () Diğer () Yok

7- Medeni durumunuz:

() Evli () Bekar

8- Aile tipiniz:

() Geniş aile () Çekirdek aile () Parçalanmış aile () Diğer

9- Kiminle yaşıyorsunuz?

() Yalnız () Eşimle () Eşim ve çocuklarımla () Diğer.....

10- Bakımınıza yardım eden kişi var mı?

() Evet () Hayır

11- Evet ise yakınlık derecesini belirtiniz

12- Yaşadığınız yer:

() İl () İlçe () Köy

13- Klinik tanınız:

14- Hastalığınızın evresi:

() Evre I () Evre II () Evre III () Evre IV

15- Metastaz var mı?

() Evet () Hayır

16- Evet ise hangi bölgeye belirtiniz

17- Hastalığınız ne zaman teşhis edildi?

18- Ne kadar zamandır tedavi görüyorsunuz?

() 6 aydan az () 6 -11 ay arası () 1-3 yıl arası () 3 yıl üzeri

19- Hastalığınızı nasıl tanımlarsınız?

() Tedavi edilmeyen bir hastalık
() Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık
() Kolay tedavi edilebilen bir hastalık

20- Düzenli sağlık kontrolü yaptırır mısınız?

() Evet () Hayır

21- Sigara kullanıyor musunuz?

() Evet () Hayır () Bıraktım

22- Ne kadar süre ile kullandınız/ kullanıyorsunuz?

() 5 yılda az () 5-10 yıl () 10 yıl üzeri

23- Alkol kullanıyor musunuz?

() Evet () Hayır

**EK-2:DESTEKLEYİCİ BAKIM GEREKSİNİMLERİ ÖLÇEĞİ KISA FORM
(DBGÖ-KF)**

Geçtiğimiz ay içerisinde; Hangi seviyede yardıma ihtiyacınız oldu:	İHTİYACIN OLMAMASI		İHTİYACIN OLMASI		
	Hiç ihtiyacım olmadı	İhtiyacım olmadı	Az ihtiyacım oldu	Biraz ihtiyacım oldu	Çok fazla ihtiyacım oldu
1. Ağrı	1	2	3	4	5
2. Enerji Eksikliği/ Yorgunluk	1	2	3	4	5
3. Çoğunlukla kendini iyi hissetmeme	1	2	3	4	5
4. Ev işlerini yapma	1	2	3	4	5
5. Eskiden yaptığı şeyleri yapamama	1	2	3	4	5
6. Kaygı/ Gerginlik	1	2	3	4	5
7. Çöküntüde ya da depresyonda hissetme	1	2	3	4	5
8. Hüzünlü hissetme	1	2	3	4	5
9. Kanserın yayılmasıyla ilgili endişe	1	2	3	4	5
10. Tedavinin sonuçlarının kendi kontrolünüz dışında olmasından endişelenme	1	2	3	4	5
11. Gelecek hakkında belirsizlik	1	2	3	4	5
12. Durumunuzla ilgili kontrolün sizde olduğu hissini öğrenme	1	2	3	4	5
13. Olumlu bir bakış açısını sürdürme	1	2	3	4	5
14. Ölüm ve ölümle ilgili duygular	1	2	3	4	5
15. Cinsel duygularda değişiklikler	1	2	3	4	5
16. Cinsel ilişkilerde değişiklikler	1	2	3	4	5
17. Yakınlarınızın endişeleri hakkında kaygılar	1	2	3	4	5
18. Hangi kanser uzmanına gideceğiniz hakkına daha fazla seçenek sunulması	1	2	3	4	5
19. Hangi hastaneye gideceğiniz hakkında daha fazla seçenek sunulması	1	2	3	4	5
20. Hissettiğiniz şeylerin normal olduğunun tıbbi ekip tarafından belirtilmesi	1	2	3	4	5
21. Hastane personelinin fiziksel ihtiyaçlarınıza gecikmeden yardım etmesi	1	2	3	4	5
22. Hastane personelinin hislerinizin ve duygusal ihtiyaçlarınızın farkında olması ve gerekli duyarlılığı göstermesi	1	2	3	4	5
23. Tedavinizin önemli kısımlarıyla ilgili bilgilerin yazılı olarak size iletilmesi	1	2	3	4	5

24. Tedavi süreciniz ve yan etkiler ile evde baş etmeniz için gereken bilgilerin size iletilmesi	1	2	3	4	5
25. Yapılacak testler ile ilgili bilgi istediğinizde gerekli açıklamaların yapılması	1	2	3	4	5
26. Tedavinizi seçmeden önce tedavi seçeneklerinin yararları ve yan etkileri açısından yeterli bilgilendirmelerin yapılması	1	2	3	4	5
27. Test sonuçlarınızın mümkün olan en kısa sürede size iletilmesi	1	2	3	4	5
28. Kanserinin kontrol altında olduğunun ya da gerilemekte olduğunun size iletilmesi	1	2	3	4	5
29. İyileşmenize yardımcı olacak şeyler hakkında bilgilendirme	1	2	3	4	5
30. Sizin, ailenizin ve ya arkadaşlarınızın ihtiyaç duyduğu bir durumda bir	1	2	3	4	5
31. Cinsel ilişkiler hakkında bilgilendirilme	1	2	3	4	5
32. Herhangi bir vaka gibi değil bir birey olarak tedavi edilmek	1	2	3	4	5
33. Fiziksel koşulları mümkün olduğu kadar iyi olan bir tesiste tedavi görmek	1	2	3	4	5
34. Hastalığınız, tedaviniz ve takip süreciniz ile ilgili tüm durumları konuşabileceğiniz bir tıbbi personelin bulunması	1	2	3	4	5

EK-3: EDMONTON SEMPTOM TANILAMA ÖLÇEĞİ (ESTÖ)

Durumunuzu en iyi ifade eden rakamı daire içine alınız:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ağrım yok Ağrım çok fazla

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Yorgun değilim Aşırı yorgunum

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Bulantım yok Bulantım çok fazla

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Üzüntülü değilim Üzüntüm çok fazla

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Endişeli değilim Endişem çok fazla

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Uykusuz değilim Uykusuzluğum çok fazla

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
İştahsız değilim İştahsızlığım çok fazla

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Kendimi çok iyi hissediyorum Kendimi çok kötü hissediyorum

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nefes darlığım yok Nefes darlığım çok fazla

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Cildimde ve tırnaklarımda Cildimde ve tırnaklarımda
değişiklik yok çok fazla değişiklik var

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ağızımda hiç yara yok Ağızımda çok fazla yara var

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ellerimde uyuşma yok Ellerimde uyuşma çok fazla

EK-4: SİVAS C. Ü. GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın katılımcı, Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı ‘Kanser Hastalarında Görülen Semptomlar ve Destekleyici Bakım Gereksinimleri’dir.

Bu araştırmanın amacı, kanser hastalarında görülen semptomların (ağrı, yorgunluk vs.) tespiti ve kanser hastalarının psikolojik, fiziksel, bakım, cinsellik, sağlık sistemi ve bilgi gereksinimi gibi konularda ne derece yardıma ihtiyaçlarının olduğunun saptanmasıdır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Kanser hastalarına verilen bakımın eksik kaldığını düşünüyoruz. Kanser hastalarının kaliteli ve yeterli bakımı alabilmeleri için yaşamış oldukları sorunların ve gereksinim duydukları ihtiyaçların belirlenmesi gerekmektedir. Bu çalışma sayesinde sorunlarınız ve gereksinimleriniz belirlenecek ve kaliteli bakım almanız sağlanacaktır. Çalışmada yer almanız için bir defa anketimize katılmanız yeterlidir. Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen araştırmacının sorularına uygun ve doğru cevap vermektir.

Araştırmada üç anket kullanılacaktır. Bunlardan birincisi 23 sorudan oluşan kişisel bilgi formu olup, sosyo-demografik özellikleri ve hastalığa ilişkin soruları içermektedir. ‘Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği’ isimli ikinci anket kanser hastalarının ruhsal/psikolojik, sağlık sistemi ve bilgilendirme, fiziksel ve günlük yaşam, hasta bakım desteği ve cinsellik ihtiyaçlarının değerlendirilmesi için oluşturulmuş 34 sorudan oluşan ankettir. Son anket ise, semptomların varlığını ve derecesini saptamak için oluşturulmuş 12 soruluk ‘Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği’dir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz anketlerin uygulanması yaklaşık 20-25 dakika sürecek ve araştırmacı tarafından sorular size sorularak cevaplanacaktır. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun için 0534 387 9887 numaralı telefondan araştırmacı Olgay Karabulut’a başvurabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında

sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilecektir.

Size ait tüm veriler ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-soyadı:
Görevi:
Adresi:
Tel.-Faks
Tarih ve İmza

Açıklamaları yapan,

Adı-Soyadı:
Görevi:
Adresi:
Tel.-Faks
Tarih ve İmza