

**KANSERLİ HASTALARDA ALGILANAN
SOSYAL DESTEĞİN FONKSİYONEL DURUMA
ETKİSİ**

Seda KARAMAN

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU

Yüksek Lisans Tezi - 2013

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

**KANSERLİ HASTALARDA ALGILANAN SOSYAL
DESTEĞİN FONKSİYONEL DURUMA ETKİSİ**

Seda KARAMAN

**İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU**

**ERZURUM
2013**

TC
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**KANSERLİ HASTALARDA ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN
FONKSİYONEL DURUMA ETKİSİ**

Seda KARAMAN

Tez Savunma Tarihi : 03.07.2013

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Ayşe OKANLI

Jüri Üyesi : Prof.Dr. Mehtap TAN

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Yavuz Selim SAĞLAM
Enstitü Müdürü

**Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM – 2013**

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VII
TABLolar DİZİNİ	VIII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Kanser	5
2.1.1. Kanser Epidemiyolojisi.....	5
2.1.2. Kanserin Etyolojisi	6
2.1.3. Kanserin Belirtileri	8
2.1.4. Kanserin Tedavisi	8
2.1.5. Kanserde Görülen Semptomlar	9
2.1.5.1. Hematolojik Problemler.....	11
2.1.5.2. Bulantı ve Kusma.....	12
2.1.5.3. Mukozit.....	13
2.1.5.4. Yorgunluk	14
2.1.5.5. Ağrı	14
2.1.6. Kanserin Psikososyal Boyutu	15
2.1.7. Kanserde Hemşirenin Sorumlulukları	17
2.2. Fonksiyonel Durum	18
2.2.1. Fonksiyonel Kapasite.....	19
2.2.2. Fonksiyonel Performans	19
2.2.3. Fonksiyonel Rezerve.....	19

2.2.4. Fonksiyonel Kapasite Kullanımı	20
2.2.5. Fonksiyonel Durumu Etkileyen Faktörler	20
2.2.6. Kanser ve Fonksiyonel Durum	21
2.3. Sosyal Destek.....	23
2.3.1. Sosyal Desteğin İşlevleri	23
2.3.2. Sosyal Destek ve Sağlık.....	26
2.3.2.1. Temel Etki Modeli	26
2.3.2.2. Tampon Etkisi Modeli	27
2.3.3. Algılanan Sosyal Destek	27
2.3.4. Kanserli Hastalarda Sosyal Desteğin Fonksiyonel Duruma Etkisi ve Hemşirenin Rolü.....	28
3. MATERYAL VE METOT.....	32
3.1. Araştırmanın Türü.....	32
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	32
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	32
3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri	32
3.5. Veri Toplama Araçları	33
3.6. Verilerin Toplanması	35
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	35
3.8. Araştırmanın Değişkenleri	36
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri	36
4. BULGULAR.....	37
5. TARTIŞMA.....	56
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	72
KAYNAKLAR	74

EK - 1. ÖZGEÇMİŞ	87
EK - 2. HASTA BİLGİ FORMU	88
EK - 3. FONKSİYONEL YAŞAM ÖLÇEĞİ -KANSER	90
EK - 4. KANSERLİ HASTALARDA ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ	95
EK – 5. ETİK KURUL İZNİ.....	97
EK - 6 HASTANE İZNİ	98

TEŞEKKÜR

Bu çalışma süresince gösterdiği büyük emek ve desteğinden dolayı değerli danışmanım Sayın Doç. Dr. Elanur Yılmaz Karabulutlu'ya, her zaman yanımda olan sevgili arkadaşlarıma ve manevi desteğini hiç esirgemeyen, bana güç veren aileme teşekkür ederim.

Seda KARAMAN

ÖZET

Kanserli Hastalarda Algılanan Sosyal Desteğin Fonksiyonel Duruma Etkisi

Amaç. Araştırma kanserli hastaların fonksiyonel durumlarını, algıladıkları sosyal destek düzeylerini, etkileyen faktörleri belirlemek ve algılanan sosyal desteğin fonksiyonel duruma etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot. Tanımlayıcı olarak yapılan bu araştırma Erzurum Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kemoterapi Polikliniği ve Medikal Onkoloji Kliniği'nde Nisan-Eylül 2011 tarihlerinde tedavi gören, araştırma kriterlerini sağlayan 243 kanser hastası ile yürütülmüştür. Araştırmada veri toplama aracı olarak, hastaların sosyo-demografik ve tıbbi özelliklerinin belirlenmesi için "Hasta Bilgi Formu", fonksiyonel durumlarını değerlendirmek için "Fonksiyonel Yaşam Ölçeği (FYÖ) – Kanser", algıladıkları sosyal desteği değerlendirmek için "Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği" kullanılmıştır. Verilerin analizi SPSS 18.00 istatistik paket programı ile yapılmıştır.

Bulgular. Bu çalışmada hastaların FYÖ toplam puan ortalamaları 105.5 ± 30.76 bulunmuştur. Hastaların yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, eşin eğitim durumu, eşin mesleği, yaşadığı yer, aylık gelir, hastalık ve tedavi süresi, hastanede bulunma sebebi, hastanede yatma süresi ve hastalık tanısı gibi değişkenlerin fonksiyonel yaşam puanlarını istatistiksel olarak etkilediği bulunmuştur. Hastaların algıladıkları ortalama sosyal destek puanları 155.00 ± 21.66 bulunmuştur. Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, eşin mesleği, aile tipi, yaşanan yer, aylık gelir, hastalık süresi, tedavi süresi ve hastalığı bilme değişkenlerinin algılanan sosyal destek ortalama puanlarını etkilediği bulunmuştur. Araştırmada algılanan sosyal destek ile fonksiyonel yaşam arasında doğrusal bir ilişki saptanmıştır.

Sonuç. Kanser hastalarının fonksiyonel durumlarını yükseltmek ve sağlanan sosyal desteğin etkili olmasını sağlamak amacıyla önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: fonksiyonel durum, hemşirelik, kanser, sosyal destek.

ABSTRACT

The Effect of Perceived Social Support To Functional Status In Cancer Patients

Aim. This study was carried out to determine the factors affecting functional status of cancer patients and the level of social support they perceive and to investigate the effect of social support they perceive on functional status.

Material and method. This descriptive study was conducted over 243 cancer patients receiving treatment and providing the criteria of the research in Erzurum Atatürk University Health Research and Application Hospital Chemotherapy Service and Medical Oncology Clinique between April and September 2011. Data collection tools were “Patient Information Chart” to determine patients’ socio-demographic and medical characteristics, “Functional Life Scale (FLS) – Cancer” to evaluate their functional status, “Cancer Patient Social Support Scale” to evaluate social supports they perceive. Data analysis was performed using SPSS 18.00 statistical software package.

Results. Mean of patients’ total FLS scores was calculated to be 105.5 ± 30.76 . It was found that factors such as functional life scores could be affected by ages, marital status, education, occupation, living place, monthly income of patients, length of the period they suffer from cancer and receive treatment, the reason they why they are in hospital, length of period they are in the hospital and diagnosis and education level and occupation of their wife were found to be statistically significant. Mean social perceived support scores patients were found to be 155.00 ± 21.66 . Factors such as age, gender, marital status, education, occupation, family type, living place, monthly income of patients, length of the period they suffer from cancer and receive treatment, knowing about the disease and occupation of their wife were determined to affect the scores significantly. There was a direct relationship between perceived social support and functional status.

Conclusion. With the aim of the increase of functional status of the patients with cancer and providing effective social support, it was advised.

Key Words: functional status, nursing, cancer, social support

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

FYÖ: Fonksiyonel Yaşam Ölçeği

TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No:</u>
Tablo 4.1. Hastaların demografik özelliklerine göre dağılımı	37
Tablo 4.2. Hastaların hastalık özelliklerine göre dağılımı	39
Tablo 4.3. Fonksiyonel yaşam ölçeği ve algılanan sosyal destek ölçeğinden alınan puan ortalamaları.....	40
Tablo 4.4. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre fonksiyonel yaşam ölçeği ve algılanan sosyal destek ölçeği puan ortalamaları.....	41
Tablo 4.5. Hastaların hastalık özelliklerine göre fonksiyonel yaşam ölçeği ve algılanan sosyal destek ölçeği puan ortalamaları.....	48
Tablo 4.6. Hastaların fonksiyonel yaşam puanları algılanan sosyal destek puanları arasındaki ilişkiler.....	53
Tablo 4.7. Fonksiyonel yaşam puanlarının yordanmasına ilişkin basit doğrusal regresyon analizi sonuçları	54

1. GİRİŞ

Tanı ve tedavi yöntemlerindeki yenilikler, insanların bilinçlenmesi, sağlık kuruluşlarından yararlanmanın artması, birçok akut ve kronik hastalığın tanımlanması ve tedavisindeki gelişmeler, bunlara bağlı olarak ortalama yaşam süresinin uzaması gibi birçok nedenle kanser, günümüzde önemli evrensel sağlık sorunlarından biri haline gelmiştir.¹ Günümüzün toplumunda kanser, insanların çoğunluğu tarafından en korkulan hastalıktır.² Çok ileri tıbbi çalışmaların yapıldığı bu alanda birçok gelişme kaydedilmiş olmasına rağmen, hala belirsizlik içeren, ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran bir hastalık olarak algılanmayı sürdürmekte ve beraberinde gelecekle ilgili korku ve kaygıları da getirmektedir.^{3,4}

Kanser hem dünyada hem de ülkemizde %22' lik oran ile kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci ölüm nedenidir.⁵ Global kanser istatistikleri 2008 tahminlerine göre; dünyada 2008 yılında yaklaşık 12.7 milyon kanser vakasının olduğu ve 7.6 milyon (tüm ölümlerin %13'ü) kişinin kanserden dolayı öldüğü bildirilmiştir. 12.7 milyon kanser vakasının yaklaşık 6.6 milyonunu erkekler ve 6.0 milyonunu da kadınlar oluşturmaktadır. 2030 yılında kanserden ölenlerin sayısının artarak 13.1 milyon olacağı tahmin ediliyor.⁶⁻⁸

Ülkemizde 2006 yılında kanser insidansı kadında yüzbinde 158.1 iken erkekte 256.4 olmuştur. Türkiye ulusal düzeyde 2020 ve 2030 yılları için kansere bağlı gerçekleşmesi beklenen ölüm sayıları erkekler için 2020 yılında 61.076 ve 2030 yılında 89.117 olarak tahmin edilmektedir. Kadınlarda, kansere bağlı gerçekleşmesi beklenen ölüm sayısı ise 2020 yılı için 31.099 ve 2030 yılı için 339.094 olarak tahmin edilmektedir.^{9,10}

Fonksiyonel durum, kişinin her zamanki rollerini yerine getirebilmesi ve olağan aktivitelerini yapabilmesi yeteneğini ifade eder. Onkoloji hemşireliği açısından

bakıldığında fonksiyonel durum semptom ve semptom yönetiminin etkilediği önemli bir sonuçtur.¹¹ Fonksiyonel durum; tedaviyle ve hastalıkla ilgili etkileri ve hastanın bunlarla ilgili algısını, günlük faaliyetlerini, kişisel bakımı, sosyal ve toplumsal yaşamını, mesleki faaliyetlerini, evi ve aileyi içeren çok boyutlu bir yapı oluşturmaktadır.¹²

Fonksiyonel durumun değerlendirilmesi ile bireyin öz bakımını yapabilme yeteneği ve günlük yaşamındaki sosyal rollerini yerine getirebilme düzeyi ölçülebilir, tedavi ve takip için sağlam temeller oluşturulabilir, ilaç değişikliği yapılabilir, psikolojik desteğe gereksinimi olan bireyler erken dönemde yönlendirilebilir, kapsamlı değerlendirme, etkili tarama, tedavi ve etkin danışmanlık yöntemleri ile fonksiyonel durum iyileştirilebilir. Bireylerin aile ve sosyal ilişkileri, günlük yaşam aktiviteleri, sağlığı algılayışları, beklentileri gibi konular değerlendirilerek, fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarda gereksinim duydukları konular ortaya çıkarılabilir ve fonksiyonel durumları en iyi düzeye getirilebilir.^{13,14} Fonksiyonel durum değerlendirmesi, kanser tedavisi alan hastaların ihtiyaçlarıyla ilgili görüşlerini çok iyi yansıttığı için yaşam kalitesiyle birlikte kullanılmalıdır.¹²

Kanserde uygulanan çeşitli tedaviler, ağır fiziksel yan etkilere neden olmakta, bireyin fiziksel iyilik halini etkilemekte ve yaşam kalitesini azaltmaktadır.¹⁵ Yapılan bir çalışmada hastaların fonksiyonel durumlarının iyi olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.¹⁶ Tedavilerin yol açtığı yan etkiler içinde enerji kaybı, yorgunluk, ağrı, bulantı ve kusma, hormonal değişimler, uyku problemleri en sık karşılaşılan sorunlar olup, hastaların fonksiyonel durumlarını olumsuz olarak etkilemektedir.¹⁷ ‘Ağrı, yorgunluk, uyku sorunları’ semptom kümelerinin fonksiyonel duruma etkisi üzerine yapılan bir çalışmada hastalarda yaş, ağrı ve yorgunluk düzeyinin fonksiyonel durumu etkilediği görülmüştür.¹⁸ Meme kanserli kadınlarda yapılan bir çalışmada ise distres ve semptom şiddetinin boyutlarıyla birlikte gastrointestinal semptomların ve yorgunluğun

fonksiyonel durum üzerinde etkili olduğu sonucu bulunmuştur.¹⁹ Kanseri; korku, umutsuzluk, suçluluk, çaresizlik, terk edilme ve ölüm duygusuna tepki ve düşüncelerini çağırıştırır. Çok ileri tıbbi araştırmaların yapıldığı bu alanda son yıllarda oldukça önemli gelişmeler kaydedilmiş olmasına rağmen kanser, tıbbi-fiziksel bir hastalık olduğu gibi, ruhsal ve psikososyal bileşenleri de olan bir sorundur.^{20,21}

Kanserle baş eden bir hasta için iyileşmeye giden yolda, ne kadar etkili olursa olsun, yalnızca tıbbi tedavi protokolleri (kemoterapi, radyoterapi, cerrahi müdahale gibi) yeterli değildir. Tedavi süresince ve sonrasında hastanın psiko-sosyal esenliğini temin etmesi ve bunu sürdürebilmesi de temel tedavi ölçütleri arasındadır. Bunu sağlayan çok önemli bir araç sosyal destektir.²² Sosyal desteğin, risk durumlarında uyumsuz davranışların ortaya çıkma olasılığını azaltan koruyucu bir etken olduğu bilinmektedir. Son yıllarda stresli yaşam olaylarına uyumu belirlemede, gerçekte alınan destekten çok, algılanan desteğin önem taşıdığına dikkat çekilmektedir. Yüksek düzeyde algılanan sosyal desteğe sahip bireylerin, daha az uyum sorunu gösterdikleri belirtilmektedir.²³ Zor durumda ya da sıkıntı içinde olan bireye, aile üyelerinin, akrabalarının ve arkadaşlarının yanı sıra, diğer toplumsal ilişkilerinin sağladığı kaynaklar olarak kavramlaştırılan sosyal desteğin, fiziksel sağlık, kendini iyi hissetme ve kansere uyum üzerinde etkili olduğu da bilinen bir gerçektir.^{24,25} Etkili bir başetme kaynağı ve hastalıklara karşı koruyucu faktör olarak görülen sosyal destek kanser hastaları için, gerektiğinde yaşamlarını uzatıcı etkilere neden olabilecek kadar önemli bir kaynak olarak gösterilmektedir.²⁶

Kanserli bireylerde tedavi yöntemleri, semptom kontrolü, fizyolojik, psikolojik ve sosyal iyilik halinin sürdürülmesi, hastalık ve tedavi nedeni ile ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarının önlenmesi ve sorunlarla baş etme, olumlu sağlık davranışı geliştirme, öz bakım gücünü arttırma, sosyal destek ağını kuvvetlendirme, danışmanlık

ve eğitim verme gibi konularda hemşirelikte sistematik yaklaşımın kullanılabilmesi için, bu hastaların fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin belirlenmesi gerekmektedir.²⁷

Bu araştırma kanser hastalarının fonksiyonel durumlarını ve algıladıkları sosyal destek düzeyini, etkileyen faktörleri ve hastalarda algılanan sosyal desteğin fonksiyonel duruma etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser

Kanser, kelime anlamı olarak ‘sertleşen oluşum’ anlamına gelmektedir. Kanser vücuttaki bir hücre grubunun farklılaşarak, aşırı ve kontrolsüz şekilde çoğalması sonucu oluşmaktadır. Genelde tümör oluşmadan önce milyonlarca anormal hücre sayısına ulaşması gerekmektedir. 1 cm büyüklüğündeki bir tümör kitlesi, yaklaşık 1 trilyon hücreden meydana gelmektedir. Kanser ya da neoplazm terimi, tek tek hücrelerin büyümesini ve metabolizmasını yöneten biyolojik mekanizmalara ve canlı organizmanın bütününe kapsayan hücre etkileşimlerine tam olarak uymadığı için, nispeten özerk diye tanımlanır.^{2,28}

2.1.1. Kanser Epidemiyolojisi

Kanser her yaş grubunu etkilemesine karşın, çoğu kanserler 65 yaş üstü bireylerde oluşur. Kanser erkeklerde kadınlardan daha yüksek oranlarda görülür. Aynı zamanda endüstrileşmiş toplum ve sektörlerde de kanser görülme sıklığı daha yüksektir.²⁹

Kanser Türkiye’ de kardiyovasküler hastalıklardan sonra (30-70 yaş) 100.000 nüfusta 163’ lük oranı ile ikinci ölüm sebebidir.⁷ Dünyada; erkeklerde en sık ölüme neden olan kanser türleri: akciğer, mide, karaciğer, kolorektal, özefagus ve prostat; kadınlarda ise meme, akciğer, mide, kolorektal ve servikal kanserlerdir.⁸ 2010 yılında ise ülkemizdeki aktif yöntemle veri toplayan ve yeterli tamlık ve geçerliliğe ulaştığı saptanan sekiz nüfus tabanlı kanser kayıt merkezinin 2006 yılı kayıtları temel alınarak Türkiye geneli için bir insidans tahmini yapılmıştır. Bu çalışma sonuçlarına göre ülkemizde her yıl erkeklerde 91000, kadınlarda 61000 olmak üzere toplam 152000 yeni kanser olgusu ortaya çıkmaktadır. Ülkemizde erkeklerde en sık görülen kanser türü

akciğer kanseri olup, tüm kanserlerin %26'sını oluşturmaktadır. Akciğer kanserinden sonra ikinci sırada prostat kanseri (%10) bulunmakta, bunu mesane (%8.5), kolorektal (%6.9) ve mide kanserleri (%6.8) izlemektedir. Kadınlarda ise meme kanseri ilk sırada yer alır iken (%23.3), kolorektal (%8.1), troid (%6.2), mide (%5.9) ve akciğer (%5.2) kanserleri yaygın görülen diğer kanser türleridir.³⁰

2.1.2. Kanserın Etyolojisi

Kanserın oluşumunda birden fazla etken söz konusudur. Hem genetik hem de çevresel faktörler kanser gelişimini artırabilir. Normal bir hücrenin genetik yapısındaki değişiklikler kansere yol açabilirken kanserojen olarak isimlendirilen bazı maddeler de kansere sebep olmaktadır.¹

Virüsler, Bakteriler ve Parazitler: Bazı bakteri ve bazı parazitler ile de kanser arasında bir ilişki olduğu bilinmektedir.^{1,29,31}

Fiziksel Faktörler: Bu grup içindeki etkenler arasında iyonize radyasyon, X ışınları (röntgen), noniyonizeradyasyon (solar), güneşteki ultraviyole (mor ötesi ışınlar), radyoaktif etkenler (alfa, beta, gama ışınları), hipertermi, kronik iritasyon ya da inflamasyon ve tütün kullanımı sayılabilir.^{1,29}

Sigara ve Kimyasal Faktörler: Çevresel faktörler arasında kanserle ilişkisi en iyi bilinen sigara akciğer, larenks, farenks, özefagus, mesane, pankreas, renal hücreli kanser, anal kanser, meme, over, endometriyum ve serviks kanseri etyolojisinde yer almaktadır ve kanserden ölümlerin %30'unu oluşturmaktadır.^{1,29}

Cinsel Sağlık ve Doğurganlık: Serviks kanseri riski evli kadınlarda, erken evlenenlerde, birden fazla erkekle ilişkisi olanlarda, sık ve erken yaşta cinsel ilişkiye başlamış olanlarda artmaktadır. Meme kanseri riski; geç evlenmiş, geç doğum yapmış ya da hiç doğum yapmamış kadınlarda daha fazladır. Erken menarş, geç menapoz, ovulasyonsuz menstrüel dönemin sıklığı meme kanseri riskini arttırmaktadır.^{1,29}

Genetik ve Ailesel Özellikler: Birçok kanser tipinin ailesel özelliğinin olduğu gösterilmiştir. Kişinin genetik yapısı kanser gelişimine doğrudan yatkınlık yaratabildiği gibi kişinin çevresel faktörlere karşı verdiği yanıtta da etkilidir.^{1,29}

Beslenme Faktörü: Kanserlerin %10-70'i, kanser ölümlerinin %20-70'i diyetle ilişkilidir. Diyet en çok gastrointestinal sistem, akciğer ve meme kanseri ile ilişkili bulunmuştur.³¹

Hormonal Faktörler: Meme, prostat ve uterus, kanserinin endojen hormon düzeyine bağlı olarak büyüdüğü, menarş sonrası uzun süreli oral kontraseptif kullanılmasının meme ve endometrium kanseri riskini arttırdığı, östrojen replasman tedavisinin hepatoselüler ve meme kanseri riskini hafif düzeyde arttırdığı, over ve endometrial kanserlerde de bir düşmeye neden olduğu ve hamilelik sayısının artmasının meme, endometrium ve over kanseri riskini azalttığı bilinmektedir.^{1,29}

İmmünolojik Faktörler: İmmün sistemin kalıtsal ya da edinsel nedenlerle baskılanması, örneğin transplantasyon ve AIDS hastalarında, bağışıklık sisteminin zayıf olduğu çocukluk ve yaşlılık döneminde, otoimmün hastalıklarda; örneğin romatoid artrit'te kanser riski artmaktadır.^{1,29}

Fiziksel Aktivite: Sürekli yüksek fiziksel aktivitenin prostat kanseri, kolon kanseri ve prekanseröz kolon poliplerine karşı koruyucu olduğu tespit edilmiştir. Fiziksel aktivite, akciğer kanserinin önlenmesinde sigara ve diğer yaşam tarzı değişikliklerinden sonra %40 oranında riskin azalmasını sağlamaktadır. Benzer olarak; göğüs kanserine karşı koruyucu olduğu düşünülmektedir.^{31,32}

Mesleki Maruziyet: Amerika Birleşik Devletleri'ndeki kanser ölümlerinin en az %10'u mesleki maruziyetle ilişkilendirilir. Günümüzde kişilerin zamanlarının büyük bölümünü işyerinde geçirmesi ve işyerinde büyüyen kimyasal çeşitlere ve fiziksel etkilere maruz kalması onları diğer kişilerden daha çok risk altında bırakır.³¹

2.1.3. Kanserin Belirtileri

Kanser çok hızlı gelişerek, hastanın durumunun hızla bozulmasına neden olabilir ya da yıllarca yavaş yavaş ilerleyebilir. Yavaş ilerleyen kanserde kişi durumunun farkında olmayabilir bu yüzden tedavide geç kalınır. Amerikan Kanser Derneği kanserin yedi temel uyarı işaretini belirtmiştir. Bunlar;

- Bağırsak ve idrar kesesi işlevinde değişiklikler
- Olağan dışı kanama ve akıntı
- Memede veya başka bir yerde kalınlaşma ya da şişme
- Sindirim bozukluğu ya da yutkunma güçlüğü
- İnatçı ses kısıklığı veya kalınlaşması
- Sindirim ya da yutkunma güçlüğü
- Bir nevüs ya da et beninde değişiklik^{1,2,33,34}

2.1.4. Kanserin Tedavisi

Kanser tedavisi hastalığı iyileştirmeden ziyade hastalığın “yönetilebilir” hale gelmesi ve kontrol altına alınması amacına yöneliktir. Sağlık profesyonellerinin nihai hedefi, hastaların işlevselliğinin ve yaşam kalitesinin korunarak yaşamının olabildiğince uzatılmasıdır. Hastalıkta erken tanı, tedavinin etkililiğinde son derece önemlidir. Kuşkusuz tedavi sürecindeki bireylerin psikolojik, duygusal, tinsel ve sosyal kaynaklarını etkin biçimde kullanarak güçlenmeleri tedavi başarısını doğrudan etkilemektedir.³⁵

Kanserin başlıca tedavi yöntemleri cerrahi, radyoterapi ve kemoterapidir. Tedavi yöntemi tümörün tipine ve hastalığın bulunduğu evreye dayanarak seçilir. Tedavi seçeneklerini etkileyen diğer etmenler ise önceki tedaviler, başka hastalıkların varlığı, sağlık durumu ve bireyin kişisel tercihleridir.²⁹

Cerrahi tedavi: Tarihsel olarak bakıldığında radyoterapi ve kemoterapiden önce kanser tedavisinde kullanılan tek yöntem cerrahi tedaviydi. Halen günümüzde lokalize tümörü olan hastaların üçte birinde kullanılan temel yöntemdir.^{1,29}

Radyoterapi: Radyasyon tedavisi, beyin, meme, serviks, larinks, akciğer, pankreas, prostat, deri, sırt, mide ve uterus kanserlerinin solid tümör ya da yumuşak doku sarkomlarının hemen her tipinde, lösemi ve lenfoma tedavisinde kullanılır. Tümör cerrahi yolla çıkarılamadığında ya da lokal lenf nodu metastazı varsa kanseri kontrol etmek amacıyla da radyasyon tedavisi kullanılabilir. Kanserli hastalarda radyasyon tedavisi; primer, kombine, profilaktik ve palyatif amaçlarla kullanılabilir.^{1,29}

Kemoterapi: Kemoterapi; kanser hücresinin çoğalmasını önleyen ve sitotoksik etkiyle bu hücreleri öldüren kimyasal ajanlarla yapılan bir tedavi şeklidir. Bu nedenle sitotoksik olarak da adlandırılırlar. Sitotoksik ajanların kanserli hücrelerin yanı sıra, normal hücreler üzerinde de olumsuz etkileri vardır. Cerrahi girişim ve radyoterapi, hastalığın lokalize olduğu durumlarda etkili olurken, kemoterapinin en büyük avantajı, metastaz varlığında ya da hastalığın yaygın olduğu durumlarda uygulanabilir olmasıdır.^{1,29}

Kanser kemoterapisinin dört ilkesi vardır:

1. Tedavi (tam cevap)
2. Kontrol (tedavi sağlanmadığında yaşam süresini uzatmak)
3. Semptomları hafifletmek
4. Profilaksi²⁷

Kanser kemoterapisi iki tarafı keskin bıçaktır. Dramatik cevaplar dramatik toksik etkilerle birlikte olabilir. Kemoterapi alan hastaların bakımı kemoterapötik ilaçların neden olduğu yan etkilerin sonucu ortaya çıkan semptom kontrolüne yöneliktir. Bu nedenle hemşirenin bu konuda yeterli bilgiye sahip olması gerekmektedir.³⁶

2.1.5. Kanserde Görülen Semptomlar

Kanserin vücuda verdiği zararlara ek olarak kanser tedavi yöntemlerinin de vücut üzerine yan etkileri vardır. Bu tedavi yöntemlerinden birisi de kemoterapidir. Kemoterapi ilaçlarının veriliş amacı, hızla bölünen kanserli hücrenin bölünmesini engellemektir. Ancak ilaç, hızlı olarak bölünen malign hücreler ile, ağız boşluğu, gastrointestinal sistem, kemik iliği ve kıl folüküllerinde bulunan normal hücreler arasında bölünmeyi engelleme açısından da bir ayırım yapmaz. Bu nedenle kemoterapi ilaçları tedavi etmenin yanı sıra ağrı, yorgunluk, bulantı-kusma, ruhsal değişiklikler, iştahsızlık, nefes darlığı, ciltte ve tırnaklarda değişiklikler, ağızda yara, ellerde uyuşma gibi yan etkilere de yol açar.³⁷

Kemoterapide en sık görülen semptomlar şunlardır;

1. Hematolojik sorunlar
2. Bulantı-kusma
3. Mukozit
4. Yorgunluk
5. Ağrı
6. Konstipasyon
7. Dispne
8. Psikolojik Sorunlar

2.1.5.1. Hematolojik Problemler

a) Anemi

Kanserli hastalarda anemi neoplastik süreç, malign hücrelerin kemik iliğine infiltrasyonu, kemoterapi ve radyoterapiye bağlı hemoglobin üretiminde azalma, kanama, önceki tedavilerin kemik iliğine hasar vermesi, hemoliz, tedavi öncesi hemoglobin düzeyi, yetersiz beslenme, eşlik eden diğer hastalıklar (böbrek, karaciğer ve kalp hastalığı), tekrarlayan enfeksiyonlar, demir, folik asit, B vitamini eksikliği gibi pek çok nedene bağlı olabilir. Anemi hastaların performans durumunu, yaşam kalitesini, klinik semptomlarını, tedavinin etkililiğini ve yaşam süresini etkilemektedir. Ancak demir tedavisi, kan transfüzyonu ve eritropoezisi stimüle eden ajanların kullanımı ile aneminin düzeltilmesi ve hastanın iyi bir tedavi süreci geçirmesi mümkündür.³⁸

Hemşire kemoterapik ilaçların uygulanması ve hastalarda meydana gelen yan etkilerin yönetiminde destek sağlamaktan sorumludur. Hemşire hastanın beslenme durumunu, kan değerlerini, var olan kronik hastalıklarını değerlendirmelidir. Hemşire hastalarda meydana gelebilecek aneminin erken belirti ve bulguları konusunda hasta ve yakınlarına eğitim vermelidir. Özellikle eritropoetik ajanların kullanımı ve yan etkileri hakkında bilgi vermelidir.³⁸

b) Nötropeni

Antineoplastik tedavi alan kanser hastalarında nötropeni, bazen ciddi olmakla birlikte sık görülen bir durumdur. Bu hasta grubunda mutlak nötrofil sayısı 1000 mm³'ün altına düştüğünde enfeksiyon riski, sıklığı ve ciddiyeti artabilmektedir. Enfeksiyonun önlenmesi kanserli hastalarda önemlidir. Çünkü enfeksiyöz komplikasyonlar mortalite ve morbiditenin önemli bir nedenidir.³⁹

Hemşireler, verdikleri bakım ve sürdürdükleri hasta eğitimi ile kanserli hastalarda enfeksiyonun önlenmesinde önemli rol oynarlar. Hasta eğitiminde; el yıkama

şekli ve önemi, beslenme, olası enfeksiyonu olan bireylerle temasından ve ziyaretinden kaçınmaları, taze veya kuru çiçekler /bitkilerden uzak durma ve hastalara hayvan dışkısı, sekresyonu, idrarıyla temas ve bulaştan kaçınması konuları üzerinde durulmalıdır.³⁹

c) Trombositopeni

Trombositopeni kanser ve kanser tedavilerine bağlı çok sık görülen bir yan etkidir. Trombositopeniye bağlı kanamalar bazen hayatı tehdit edici olabileceğinden trombositopeni önemli bir yan etkidir. Bu nedenle trombositopeni ve trombositopeniye bağlı kanamaları kontrol etmeye yönelik yaklaşımları hem sağlık çalışanları, hem hasta/ailesi çok iyi bilmeli ve uygulamalıdır.³⁹

Hastanın aktivite, beslenme, boşaltım ve günlük bakımına yönelik gerekli girişimler ve düzenlemeler yapılarak trombositopeniye bağlı kanamaya neden olabilecek konstipasyon, düşme, kafa içi basıncın arttırılması gibi durumlar kontrol altına alınarak kanama önlenebilmekte ya da risk azaltılabilmektedir. Hasta ve ailesine de kanama belirti bulguları, önlemeye kontrol etmeye yönelik girişimler hakkında eğitim verilmelidir.⁴⁰

2.1.5.2. Bulantı ve Kusma

Bulantı ve kusma birçok faktöre bağlı olarak gelişen karmaşık bir problemdir. Kanser hastalarının çoğu küratif tedavi ya da palyatif kanser bakımı süresince bulantı veya kusma yaşayabilir. Kontrol altına alınmayan bulantı ve kusma sıvı elektrolit dengesizliği, dehidratasyon, anoreksi, kilo kaybı ya da yiyeceklerle karşı isteksizlik, ilacın emilimi ya da böbrek yoluyla atılımında azalma gibi fizyolojik etkilerinin yanı sıra sosyal, iş, günlük aktiviteleri ve psikolojik durumunu olumsuz etkilemektedir.⁴¹

Bulantı kusmanın kontrolünde antiemetiklerin kullanım şekli dozu iyi bilinmelidir ve hastaya da bunları nasıl kullanması gerektiği konusunda eğitim

verilmelidir. Ayrıca hastanın bulantı ve kusmayı minimum düzeyde yaşaması için diyetle ilişkin hastaya öneriler verilmelidir.⁴¹

2.1.5.3. Mukozit

Oral mukozitler, stomatoksik ajanların uygulanması sonucunda oral mukozanın etkilenmesi ile eş zamanlı oluşan pek çok olayın aktivasyonu ile meydana gelir. Kansere hastalarında sık görülen bu sorunun görülme sıklığı, uygulanan tedavi yaklaşımına ve hastanın bireysel özelliklerine göre farklılık göstermektedir. Genellikle ağızda kuruluk, ağrı, yanma ve kızarıklık ile başlayan bu sorun, tedavi edilmezse hastanın yaşam kalitesinin bozulmasına neden olabilir.⁴¹

Hasta ve ailesinin eğitime tedavi kararının alınması ile başlanmalı ve tedavi boyunca devam edilmelidir. Tedaviye başlamadan tüm hastalar ve özellikle risk grubunda yer alan hastalar, diş hekimliğine gönderilerek diş muayenelerini ve gerekirse tedavilerini yaptırmaları için teşvik edilmelidir. Hasta ve ailesine tedavi sırasında ağız hijyenin ve yeterli beslenmenin sürdürülmesinin önemi açıklanmalıdır. Oral mukozayı değerlendirme rehberinin kullanımı hasta ve ailesine öğretilerek, değerlendirmeden elde ettiği puana dayanarak uygulaması gereken ağız bakım protokolü öğretilmelidir. Hassasiyet, ağrı, kızarıklık ve diş eti kanaması gibi oral mukozitlere ilişkin belirti ve bulgular öğretilmeli ve tedavisinden sorumlu hemşire veya hekime hangi durumlarda başvurması gerektiği konusunda bilgilendirilmelidir. Oral mukozite bağlı ağrı hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilediğinden, hastaya ağrıyı azaltıcı önlemler hakkında bilgi verilmelidir. Ağız tahriş eden gıdaların alımı önlenmeli, sert gıdalardan kaçınması ve yumuşak gıdaları tercih etmesi önerilmelidir. Ciddi mukozit oral alımı azalttığından, hasta ve ailesine bu dönemde destek tedavi ve beslenmeye ihtiyaç olabileceği açıklanmalıdır. Buna ek olarak, mukozit insidansını azaltacağından alkol ve sigara kullanımını kısıtlayan sağlıklı yaşam biçimi davranışları önerilmelidir.^{41,42}

2.1.5.4. Yorgunluk

Kansere bağlı yorgunluk “her zaman yapılan işlevleri engelleyen kanser veya kanser tedavisi ile ilişkili olan yaygın, sürekli ve subjektif yorgunluk hissidir”. Kansere bağlı yorgunluk sağlıklı bireylerde yeterli dinlenme ve uyku ile geçen yorgunluktan farklıdır ve bireylere daha şiddetli, daha fazla rahatsızlık vermekte ve dinlenmekle geçmemektedir. Hatta kanser tedavisi bittikten sonra haftalarca veya aylarca sürebilmektedir.^{38,43}

Yorgunluk yönetimi temel eğitim ve danışmanlıkla başlamaktadır. Ek girişimler yorgunluğu azaltmak için nonfarmakolojik ve farmakolojik yaklaşımlar kadar yorgunluğa neden olan durumları düzeltmeyi içerir. Tüm kanserli hasta ve yakınlarının yorgunluk hakkında eğitilmesi önerilmektedir. Eğitim; yorgunluğun nedenleri, etkileri, biçimi ve süresi, enerjiyi koruma teknikleri, egzersiz planı, gevşeme teknikleri, uyku-dinlenme alışkanlıkları, yeterli ve dengeli beslenme hakkında yapılmalıdır.^{38,41}

2.1.5.5. Ağrı

Ağrı çok korkulan bir semptomdur. Kontrol edilemeyen kanser ağrısı hastanın fiziksel, sosyal ve ruhsal fonksiyonlarını ciddi bir şekilde etkilemektedir. Orta düzeyde ya da şiddetli ağrısı olan hastaların uyku, günlük yaşam aktiviteleri, çalışma kapasitesi ve sosyal etkileşimlerinin bozulduğu belirlenmiştir.^{36,43}

Etkin kanser ağrısı tedavisi için, kanser ağrısının yapısının iyi bilinmesi, ağrılı hastanın değerlendirilmesinin uygun sorgulamalarla yapılması, opioid ve nonopioid ilaçların farmakolojisinin iyi bilinmesi, ileri ağrı tedavi tekniklerinin hatasız uygulanabilmesi gerekmektedir.⁴⁴

2.1.6. Kanserin Psikososyal Boyutu

Kanser ciddi ve kronik bir hastalık olmanın ötesinde, belirsizlikler içeren, ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran, suçluluk, terk edilme kaos ve panik, kaygı uyandıran bir hastalık olarak algılanır. Bu haliyle kanser bir yıkım gibi algılanır ve kişinin ruhsal dünyasında krize neden olur. Baş etme, gerçeğin kabulü ve mümkün olan en az acı ile en iyi ve kaliteli yaşamı sürdürebilmeye yönelik tüm psikolojik ve davranışsal çabalardır.⁴⁵

Kanser tanısı ile baş etme gücü birçok değişkenle ilişkilidir. Elbi bu değişkenleri şu şekilde özetlemiştir:

- Hasta ile ilgili değişkenler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kişilik özellikleri),
- Hastalığa ve sağaltıma ilişkin değişkenler (yeti yıkımı yapan belirtiler, kanser yerleşimi, hastalığın seyri, ağrı, yaşam kalitesini ne oranda düşürdüğü),
- Yaşam amaçları, kariyer, evlilik, aile gibi alanları nasıl etkilediği ve çevresel özellikler (sosyal destek ağı, duygusal alanda destekleyici olarak algılanan bir kişinin varlığı, ekonomik olarak tedavileri karşılayabilme gücü) kanser tanısı ile baş etmeyi belirler.⁴⁶

Kanser tanısı hatta olasılığı hastanın en temel homeostatik dengesini doğrudan sarsar. Bu sarsılmada hastalığın hasta için öznel anlamı ve hastalığın algısal çerçevesini oluşturan unsurlar merkezi rol oynar. Hastalığın ve tedavi yöntemlerinin özellikleri, hastanın psikolojik yapısı, çevrenin hastayı ve hastalığı algılaması, tüm bunların karşılıklı etkileşimi kanserin o hasta için ne anlama geldiğini ve ne tür tepki ortaya çıkaracağını belirler.²¹

Kanser tanısı, kendisine yüklenen kötü sıfatlar nedeniyle ilk aşamada şok tepkisine neden olur. Kişi kendi bedenine yabancılaşır, geleceği tehdit altındadır kısaca yaşam krizi içindedir. Bu aşamada en yaygın uyum şekli inkardır. İnkâr kendini

korumak için devreye sokulan savunma mekanizmasıdır. Bu dönemde duygusal ve ailevi destek çok önemlidir. İkinci aşamada tepki fazladır ve temel tepki biçimi ise kaygıdır. Kişi gerçeği kabule yönelmiş ve ona emosyonel tepki göstermektedir anksiyete hali yaygındır. Üçüncü aşama ise hastanın gerçeği kabullenip uyuma yöneldiği dönemdir. Birey hastalığı ile yaşamayı öğrenir. Bu aşamada birey varoluşunu, hayatını yeniden yorumlamaya başlar. Güven ve denge arayışı içindedir.²⁰

Kanser tanısı almış hastaların yaşadıkları duygular benzer olmasına rağmen, bu duygulara eşlik eden belirtiler tanı öncesi dönemde, tanı döneminde, nüks ve terminal ve ölüm dönemlerinde farklılıklar gösterebilmektedir. Tanı öncesi dönemde daha çok belirsizlik hakim olup hastanın anksiyete düzeyi yüksektir. Tanı döneminde sağlıklı savunma mekanizmaları olarak kabul edilen tepkilerin sıralaması Ross tarafından inkar, kızgınlık, pazarlık, depresyon ve kabul olarak tanımlanmıştır. Nüks ve terminal dönemde hastalar genellikle tanı konulduğu dönemdekine benzer tepkiler verirler. Bununla birlikte beklenmedik bir nüks haberi daha fazla hayal kırıklığı, ümitsizlik, mücadele yerine güçsüzlüğün yaşanmasına yol açabilir. Ölüm olayı, ailenin maddi ve manevi kaynaklarını yıprattığı, üyelerin rollerini değiştirdiği ve herbiri tarafından farklı yorumlandığı için alışlagelmiş problem çözme yolları ile kolayca üstesinden gelinebilecek bir durum değildir. Çoğunlukla bunalımın hakim olduğu bir dönemdir.^{20,47}

Hastaların kansere karşı verdikleri tepkiler benzer olsa da kişilerin; psikolojik, sosyolojik, ekonomik, kültürel ve fiziksel özellikleri gibi değişkenleri hastalığı yorumlama ve yaşama biçimlerini etkileyerek kişilerarası farklılıkların ortaya çıkmasına sebep olur. Fakat kişisel tutum ve değişkenler ne kadar farklı olursa olsun kişilerin yaşamlarında bir takım psikososyal sorunlara neden olmaktadır.²¹ Dünya Kanser Raporu'nda kanser hastaları ve yakınlarının psikososyal sorunları üç ana grup altında

değerlendirilmiştir. Bunlar; yaşam kalitesi, psikolojik sıkıntı ve rahatsızlıklar, çift ve aile sorunlarıdır.⁴⁸

Kanser tanısı alan bireyler fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden büyük bir değişimle karşılaşır. Kanser tanısı ile bireyin ve ailesinin psiko-sosyal dengesi bozulurken, hastaların eşleri, aileleri ve arkadaşları ile olan ilişkilerindeki değişiklikten dolayı da ayrıca psikososyal sorunlar yaşamaktadırlar.⁴⁹ Bireyin bu duruma uyum sağlaması zorlu bir yaşam deneyimi olacaktır. Kişi bu duruma uyum göstermeye çalışırken daha büyük zorluklar yaşayabilir. Hastanın bu dönemlerde güvене bilceği insanların her türlü desteğine özellikle de duygusal yönden büyük ihtiyaç duyar.⁴⁷

2.1.7. Kanserde Hemşirenin Sorumlulukları

Hemşire;

- Kanser acı çekme ve ölümle karakterize birden çok akut atağı olan kronik bir hastalık olduğu fikrini desteklemeli,
- Hastalık sürecinin patofizyolojisiyle ilgili kendi bilgi düzeyini değerlendirmeli,
- Kanser hastası ve ailelerinin bakımında uygulamaları ve geçerli araştırma sonuçlarını kullanmalı,
- Kanser için yüksek riskli hastaları tanımlamalı, primer ve sekonder önleyici girişimlere katılmalı,
- Kanserli hastanın hemşirelik bakım gereksinimlerini tanımlamalı,
- Kanser hastasının öğrenme hedefleri, istekleri ve yeterliliklerini tanımlamalı,
- Hasta ve ailesinin hemşirelik problemlerini tanımlamalı,
- Hastaya uygun sosyal destek ağını belirlemeli,
- Hasta ve ailesiyle uygun girişimleri planlamalı,

- Sıkıntı ve sınırlılıklarını belirlemek için hastaya yardım etmeli,
- Bakım için kısa ve uzun vadeli hedefleri oluşturmada hastaya yardım etmeli,
- Tıbbi tedaviye paralel ve önceden saptanmış hedefleri içeren hemşirelik bakım planını uygulamalı,
- Bakımın sürekliliğini teşvik etmek için multidisipliner ekip üyeleri ile iş birliği yapmalı,
- Hasta ailesi ve multidisipliner ekip üyeleri ile birlikte hedefleri ve bakımın beklenen sonuçlarını değerlendirmelidir.²⁹

2.2. Fonksiyonel Durum

Fonksiyonel durum, insanın biyolojik durumuyla direk ilişkili olmakla birlikte sadece biyolojik yapıyla ilgili bir kavram olmayıp; fiziksel, duygusal, bilişsel ve sosyal komponentleri içeren çok boyutlu bir yapıya sahiptir. Fonksiyonel durum; bireyin temel ihtiyaçlarını karşılayabilmesi, normal günlük aktivitelerini yerine getirmesi, sahip olduğu rolleri gerçekleştirebilmesi, sağlık ve refahını sürdürebilmesidir.⁵⁰

Fonksiyonel durum; fiziksel, ruhsal, bilişsel (kognitif), sosyal alt boyutlarından oluşmaktadır.⁵¹

1. **Fiziksel fonksiyonlar:** Banyo, tuvalet, yemek, yürümek, giyinmek vs.
2. **Ruhsal fonksiyonlar:** Depresyon, anksiyete, öz bakım, başa çıkma
3. **Bilişsel (kognitif) fonksiyonlar:** Oryantasyon, hafıza, konuşma, yargılama, dikkat, sebep sonuç ilişkisi
4. **Sosyal fonksiyonlar:** İnsanlar arası ilişkiler, sosyal kaynaklar, toplumsal rol^{51,52}

Fonksiyonel durum, kapasite, performans, rezerv ve kapasitenin kullanımı olmak üzere dört gruba ayrılır.⁵³

2.2.1. Fonksiyonel Kapasite

Fonksiyonel kapasite kişinin gün boyu yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan kendine bakım, yemek yeme, giyinme, ev işleri, alışveriş yapma ve sosyal aktivitelerde kimseden yardım almadan bağımsız olabilme yeteneğini gösterir.⁵⁴ Fiziksel kapasite fonksiyonun diğer alanları içinde geçerli bir kavramdır. Bilişsel, sosyal, ruhsal ve psikolojik tüm alanları kapsar. Fonksiyonel kapasite çeşitli yaşam alanları içindeki aktiviteler ile bireylere sağlanan kaynakların kavramsallaştırılmış şeklidir. Fonksiyonel kapasite doğrudan performansı göstermez. Performans bireyin kapasitesine göre seçilir.⁵⁵

2.2.2. Fonksiyonel Performans

Bireylerin normal hayat akışları içinde temel gereksinimlerini karşılayabilmesi, rollerini tam olarak gerçekleştirebilmesi, fiziksel, sosyal, ruhsal, psikolojik ve mesleksel aktivitelerini devam ettirmesi, sağlığını ve iyilik halini sürdürmesi olarak tanımlanır.^{38,42} Bireyin gereksinim olarak algıladığı, fonksiyonel kapasitesinden çok becerisine göre yaptığı ve kendi seçtiği aktivitelerdir. Fonksiyonel kapasite ve performansı bireyin algılaması gerçek performans için önemlidir ve gerçek performansın belirleyicisidir. Fonksiyonel kapasitenin temel elemanları olarak görülen kognitif ve emosyonel bileşenlerin performansı kısıtlayıcı özelliklerinin olduğu bilinmelidir.^{53,56}

Fonksiyonel performans; optimal sağlığı sürdürme veya yükseltmede uyumu kolaylaştıran gerçek fiziksel aktivitelerdir. Fonksiyonel performans, sosyal yaşam içinde bulunduğu kültürün bir yansıması olarak değerlendirilmeli ve incelenmelidir.⁵³

2.2.3. Fonksiyonel Rezerve

Fonksiyonel rezerve, fonksiyonel kapasite ile fonksiyonel performans arasındaki farktır.⁵⁷ Bireyin fonksiyonel varlığı algılama durumuna göredir. İnsanlar genellikle ya

eğitimlerine ya da ekonomik durumlarına göre uğraşı edinirler. Bu durum onların fonksiyonel kapasitelerini yansıtmaz. Kapasite yararlı olduğu algısına göre daha da artabilir (gönüllü işlerde çalışma gibi). Fonksiyonel rezerv yalnızca uç olaylar içindir, gayret gerektiren durumlarda pek önem kazanmaz. Doğal olarak bu yönü ile rezerv kişiden kişiye farklılık gösterir. Kondüsyonu yerinde olan sporcuların sağlık sorunu olan kişilere göre fiziksel rezervleri yüksek olurken, kondüsyonu olmayan sağlıklı olan bireylerin ise psikolojik rezervleri genellikle daha iyidir.^{53,57}

2.2.4. Fonksiyonel Kapasite Kullanımı

Fonksiyonel kapasite kullanımı, günlük aktiviteler sırasında gerçekten kullanılan fonksiyonel kapasite yüzdesidir. Seçilen performans düzeyinde başvuru alan kapasite miktarını ifade eder.⁵⁸

2.2.5. Fonksiyonel Durumu Etkileyen Faktörler

Fonksiyonel durum ve aktivite durumuna etki eden çeşitli etmenler vardır. Bunlar:

a) Çevresel faktörler, fonksiyonel duruma ve aktivite durumuna etkisi olan dış faktörlerdir. Çevresel faktörler bireyin yaşamında karşılaştığı fiziksel, sosyal ve tutumlara ait etkileşimleri içerir. Bu faktörler, bireyin yaşadığı sosyal ortamla ilgili olarak performansını, aktivite düzeyini, vücut yapısı ve fonksiyonlarını etkileyen çevresel faktörlerdir.

b) Kişisel faktörler, bireyin yaşamında etkili olan kişisel özelliklerini ifade eder. Bu faktörler yaş, ırk, cinsiyet, eğitim, deneyimler, kişilik özellikleri, diğer sağlık durumları, egzersiz, alışkanlık, baş etme mekanizmaları, sosyal geçmiş gibi özelliklerdir. Çevresel faktörler üç farklı düzeye odaklanır:

1. **Bireysel;** bireyin yakın çevresini içerir, ancak okul, iş ya da ev ortamındaki kısıtlamaları içermez. Bireyin her gün ilişkiye geçtiği fiziksel özellikleri, anne-babası, yaşıt ve yabancılarla iletişimini içine alır.

2. **Sosyal;** bireyin durumunda etkili olunabilecek toplum merkezleri ve hizmet merkezlerini içine alır. İş çevresi ile ilgili organizasyonlar, toplum aktiviteleri, hükümetin hizmet büroları ile iletişim ve ulaşım hizmetlerini içine alır.

3. **Sistem;** gün içerisinde bulunduğu kültür ve alt kültürün etkilerini değerlendir. Yasalar, gelenekler, tutumlar ve ideolojileri içine alır.⁵⁹

2.2.6. Kanser ve Fonksiyonel Durum

Kronik hastalıkların fonksiyonel değerlendirmesi, bozukluk, maluliyet ve sakatlık ölçümleri ile yapılmaktadır. Buna göre bozukluk; fizyolojik, psikolojik ya da anatomik yapının veya fonksiyonun kaybı, maluliyet; bozukluğa bağlı olarak gelişen normal fonksiyonların kısıtlanması ya da kaybı, sakatlık ise bozukluk ve maluliyete bağlı kişisel faktörlerin de etkisiyle normal fonksiyonların yerine getirilememesi olarak tanımlanmıştır.⁶⁰

Kanserli hastalar, çeşitli tiplerde fiziksel ve duygusal baskılar olmak üzere birtakım semptomlar gösterirler. Teşhisten hemen sonra endişe ve diğer davranış bozuklukları ortaya çıkar. Bu davranış bozuklukları remisyonda da zaman içinde azalıp çoğalabilir. Tedavi sırasında bulantı, kusma ve prosedüre bağlı ağrı ve stresle karşılaşılır. Geleneksel tedaviler bu semptomları her zaman tatmin edici şekilde gidermez ve bazı hastalar tedavinin yan etkileriyle baş edemeyebilir.⁶¹ Bu durum da hastalarda fonksiyonel durumun bozulmasına yol açmaktadır.

Kanser tedavisi alan hastaların yaklaşık 1/3' ünün, metastazı olanların ise 2/3' ünde ağrı yakınması mevcuttur.⁴⁴ Kanserli hastalarda ağrı, hastalarda depresyon, korku, ümitsizlik hissi oluşturarak yaşam kalitesini ve fonksiyonel yetenekleri olumsuz yönde

etkilemektedir.⁶¹ Larue ve arkadaşları 605 hastada ağrı ile ilişkili fonksiyonel bozuklukları, ağrının şiddetini ve prevelansını değerlendirmiş ve %69 olguda ağrının fonksiyonel yeteneklerde ciddi kısıtlılığa yol açtığını belirlemişlerdir.⁶² Fonksiyonel durum, kanserli hastalarda görülen ağrı ve depresyon gibi semptomlarla ilişkilidir. Literatürde ağrı ve depresif belirtilerin doğrudan ya da dolaylı olarak fonksiyonel durumla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Aynı şekilde yorgunluk da fonksiyonel durumu etkileyen önemli bir semptomdur.¹¹

Kanserli hastalarda anemi hastanın performans durumunu, yaşam kalitesini, tedavinin etkinliğini ve yaşam süresini etkileyebilmektedir. Kansere bağlı anemi zaman içinde yavaş olarak gelişmekte ve hastaların çoğunun fonksiyonel kapasiteleri azalmaktadır.³⁸

Kanser hastalarında eş zamanlı görülen semptomlar, kendi içinde birbirini etkileyerek semptom gruplarını meydana getirmektedir (örn, “ağrı, yorgunluk, uyku sorunları”; “bulantı, kusma, iştahsızlık”).⁶³ Semptom grupları fonksiyonel durum üzerinde sinerjik etki gösterir. Semptom grupları, kanser tedavisi sırasında hastanın fonksiyonel, duygusal durumunu, yaşam kalitesini daha ciddi düzeyde etkilemekte ve bu hastaların bakımı ve semptom kontrolü daha da zorlaşmaktadır.^{19,64}

Semptomlar ile performans durumu arasında karşılıklı ve iki yönlü ilişki vardır. Örneğin, ağrı fiziksel aktivitede sınırlılığa neden olurken, aynı zamanda fiziksel aktivitede sınırlılık daha şiddetli ağrı algısına neden olabilmektedir. Performans düzeyindeki düşüş fizyolojik, psikolojik ve sosyal faktörleri olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Örneğin, kronik ağrı nedeniyle rol performansı ve sosyal ilişkileri olumsuz etkilenen bireyler, beslenme sorunları (fizyolojik faktör), anksiyete ve depresyon (psikolojik faktör), sosyal destekte azalma ve iş kaybı (sosyal faktör) gibi

sorunlarla karşı karşıya kalabilmektedir.⁶⁵ Çok sayıda ve şiddetli olan semptomlar, fiziksel ve bilişsel performans durumunu daha olumsuz düzeyde etkilemektedir.⁶⁶

2.3. Sosyal Destek

Sosyal destek, stres altındaki ya da güç durumdaki bireye çevresindeki insanlar (eş, aile, arkadaş) tarafından sağlanan maddi ve manevi yardımlardır.⁶⁷ Sosyal destek eş, çocuk ve sevgili gibi aile üyelerinden; arkadaş, komşu ya da meslek elemanlarından; kulüpler, dini kurumlar gibi sosyal ve toplumsal ilişkilerden; ya da sosyal destek grupları ve toplumsal destek sağlamak amacıyla oluşturulmuş gruplardan sağlanabilmektedir. Kişi ve aileye sevgi ve ilgi gösteren, güven ve ait olma duygusu veren onu ilgi alanları ve değerleriyle kabul eden ve yol gösteren kimseler ve kurumlar sosyal destek kaynakları olabilmektedir.⁴⁷ Burada önemli olan konu, destek sağlayıcı olan unsurların, birey için taşıdığı değerdir.⁶⁸

2.3.1. Sosyal Desteğin İşlevleri

Sosyal destek, bir bireyin stresle başa çıkabilme yeteneğine katkıda bulunan psikolojik ve araçsal kaynakları sağlar.⁶⁹ Literatürde bireyin başkalarıyla kurduğu ilişkilerin, kuramsal olarak çeşitli problemlerle başa çıkma ve uyum sağlama açısından farklı önem taşıyan birkaç yararlı işlev sağladığı konusunda açıklamalar bulunmaktadır.^{69,70} Sosyal kaynakların kişiye farklı tipte yardımlar sağladığı, farklı işlevleri olduğu belirtilmiştir.⁴⁷ Bunlar içinde üzerinde en fazla durulanlar; duygusal destek, güven desteği, araçsal destek, bilgi desteği ve yaygın destek olarak gruplandırılır.

1-Duygusal destek: Empati kurma, şefkat, rahatlatma, güven ve duygusal deneyim için imkan sağlayan bir işlev olarak değerlendirilir.⁶⁹ Duygusal destek, ilgi ifadeleri, sevgi ve destek hastanın tedavi ile ilgili düşünce, duygu ve kaygılarını tedavi

ekibi, aile ve arkadaşlarıyla paylaşmasını sağlar.⁷¹ Duygusal destek hastaya yardım ederek yaşamı tehdit eden algıları değiştirmeyi, öz-saygıyı arttırmayı, anksiyete ve depresyonu azaltmayı ve başa çıkmada motivasyonu arttırmayı savunur.⁷² Duygusal destek içeren davranışlar bireyin çevresindekiler tarafından sevildiği, sayıldığı ve anlaşıldığı duygularını uyandırır. Bunun sonucu olarak, kişilerde özgüven artışı ve sorunlarla başetmede güdülenmeyi artırma gibi olumlu etkilere neden olur.⁷³ Bireyin kişisel sorunlarını ve özel konularını konuşup paylaşabileceği birilerinin, bireylere kısa ya da uzun süreli sorunların yarattığı katlanılması güç durumlar için direnme gücü sağlar, yalnız olmadıkları, önemli ve değerli oldukları duygusu vererek onları rahatlatır. Bu tür davranışlar bireylerin stresli durumlarla duygusal yönden başa edebilmelerini sağlar. Böylece onların sağlığına olumlu katkıda bulunur. Duygusal destek, yakın ilişki ve başkalarıyla birlikte olma gereksinimlerini de doyurarak olumlu duygulanımı artırarak stresi azaltır ya da önler.⁷⁴

2- Güven desteği: Çevresindekilerin bireye olumlu duygularını ifade ederek, onun farkındalıklarını artırması, onu desteklemesi ya da kişiyi daha kötü durumda olanlarla karşılaştırması bu tür desteğe ilişkin davranışlardır. Burada bireyin güven gereksinimi karşılanır, hastalıkla baş edebilme gücü ve bireyin öz güveni artırılır. Güven desteği özellikle çevrenin beklentilerinin, bireyin kişisel kaynaklarını aştığı durumlarda ortaya çıkmaktadır ve kaygı gibi duygularla baş edebilmesinde çok önemli ve olumlu sonuçlar doğurmaktadır.^{75,76}

3-Araçsal destek: Araçsal destek, hastanın günlük gereksinimlerinin karşılanabilmesi için pratik yardımların sağlanması, bu şekilde yaşadığı stresin azaltılarak, pozitif sağlık etkinliklerine katılımının artırılmasını kapsamaktadır.⁷⁷ Maddi sorunlara doğrudan çözümler getirerek ya da aile bireylerini rahatlatmak ve boş zaman etkinliklerine daha çok katılabilmek için gerekli zamanı sağlayarak gerilimi azaltır.⁷⁴

Ev işlerine yardım etme, çocuk bakma, ödemeleri yapma, ulaşımı sağlama gibi kişinin sorumluluklarına yardımcı olma veya maddi destek sağlama davranışlarını içerir. Bu destek aynı zamanda elle tutulur destek olarak da anılmaktadır ve daha çok aile üyeleri ve arkadaşlar için geçerlidir.⁷⁰ Diğer sosyal destek türlerinden farklı olarak bireyin sorununu doğrudan onun adına çözmek gibi bir yararı vardır.⁷⁶

4- Bilgi desteği: Kişiyi ihtiyacı olan bilgiyi sağlamayla oluşan sosyal destek türüdür. Bilgisel destek, birinin problemleriyle ilgilenmek, rehberlik yapmak ve tavsiyede bulunmakla sağlanır.⁶⁹ Birey bir stres kaynağı ile karşılaştığında büyük olasılıkla sorunu çözmek için birçok çözüm yolu düşünebilir. Ancak bunlar sorunu çözmede yetersiz kalmış olabilir. Bu durumda sosyal çevre bireyin daha önceden dikkatini çekmemiş, sorunu çözücü nitelikte olan yeni çözüm yolları önererek bilgisel destek sağlayabilir. En önemli yararı bireyin stres yaratan durumla baş etmesinde kendisinin göremediği çözüm yolları konusunda çevresi tarafından bilgilendirilmesidir.⁷⁶

5- Yaygın destek: Sosyalleşme, eğlenme, bir gruba dahil olma, arkadaşlık ihtiyaçlarını karşılama bu gruba dahildir. Sosyal arkadaşlıklar, diğerleriyle yakın ilişki kurma ve temas-ilişki ihtiyacını giderir, stresi azaltabilir. Problemleri ile ilgili olarak kaygılanan bireylerin dikkatlerini başka yöne çekmeye yardımcı olabilir ya da pozitif ortamın etkisiyle bu problemlerle baş etmeyi kolaylaştırabilir.⁶⁹

Sosyal desteğin hangi türünün daha yararlı olduğu koşullara göre değişmektedir. Bu durumda, sosyal desteğin olumlu katkısından söz edebilmek için, bireyin gereksinimi ile ona verilecek destek türünün ve verecek kişinin niteliğinin uyuşması gerekmektedir ve ancak bu uyuşma sağlandığında etkili bir sosyal destek gerçekleşebilir.⁷⁰

Sosyal desteğin alıcının fiziksel ve ruhsal durumunu iyileştirerek iyilik durumunu artırma nedenleri şöyle açıklanmıştır:

Bağlılık gereksiniminin doyurulması: Destek, kişinin başkalarıyla yakınlaşma ve iletişim kurma gereksinimlerini karşılayarak onları yalnızlığın olumsuz etkilerinden kurtarmaktadır.

Kimlik duygusunun korunması ve güçlendirilmesi: Destek bireyin kimlik imgesiyle ilgilidir. Diğer insanlarla kurulan ilişkiler yoluyla kişilikler gelişir. Yaşanılan olaylarda oluşan davranış biçimleriyle kimlik netleşir ve olgunlaşır.

Kendine güvenin artması: Destekleyici davranışlar bireyin kendi değeri ve uygunluğuna ilişkin düşüncelerini geçerli kılmaya yardımcı olur. Onaylama, ödüllendirme, saygının ifadesi kişinin güven duygusunu geliştirerek stresin olumsuz etkilerinden korunmada yardımcı olur.⁷⁸

2.3.2. Sosyal Destek ve Sağlık

Sosyal desteğin sağlık üzerindeki etkilerine ilişkin bugüne kadar birçok araştırma yapılmıştır. Araştırmalarda sosyal destek ve sağlıkla ilgili iki temel görüş vardır. Bunlardan biri sosyal desteği stresten bağımsız olarak temel etkileriyle ele alan ‘temel etki modeli’ diğeri ise sosyal desteğin strese karşı tampon görevi yaparak koruyucu olarak rol oynamasını işleyen ‘tampon etkisi modeli’dir.

2.3.2.1. Temel Etki Modeli

Temel etkiler modeli sosyal desteğin insanlara yaşanan stres düzeyinden bağımsız olarak her zaman yararlı olduğunu savunmaktadır. Bu modele göre sosyal destek fiziksel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerinde her koşulda önemli bir etki göstermektedir. Dolayısıyla, sosyal destekten yoksun olma, birey üzerinde kendi başına olumsuz etki yaratabilecek bir durumu oluşturmaktadır.⁷⁰

Sosyal birleşme kişinin kendilik algısını ve duygu durumunu etkiler. İnsanlar arasında paylaşılan rol kavramları, kişilerin farklı rollerdeki davranışlarına ilişkin genel beklenti setlerini sağlayan sosyal etkileşime rehberlikte bulunmaya yardımcı olur. Ait olma, güvenlik ve öz değerlilik duygusu kazanırlar.⁶⁹ Aynı zamanda diğerleriyle etkileşimde bulunmanın, olumlu duygulanımı arttırdığı, olumsuz duygulanımın süresini ve şiddetini sınırlamaya, duygusal düzenlemeye yardımcı olduğu düşünülmektedir. Bu pozitif duyuların ve bilişlerin; psikolojik sıkıntıyı azalttıklarından, kişinin kendisiyle ilgilenme motivasyonunu arttırdığı düşünülmektedir ve aynı zamanda bağışıklık sistemini geliştirip güçlendirmede yararlı oldukları kabul edilmektedir.⁷⁹

2.3.2.2. Tampon Etkisi Modeli

Tampon etkisi modeline göre sosyal desteğin koruyucu etkileri vurgulanmakta ve özellikle yüksek düzeyde stres yaşayan insanlara yararlı olduğu öne sürülmektedir.⁷⁰ Sosyal destekler, stres vericileri ortadan kaldırmasa bile kişilerin endişe düzeylerini düşürür ve kişilerin daha iyimser, kendilerini daha fazla kontrol edebilir, stresle başa çıkmak için yeni yollar deneme konusunda daha istekli olmalarını sağlar. Sosyal çevreden alınan yardımın içeriği ne olursa olsun, kişinin çaresizlik duygularını azaltmakta ve stresle başa çıkma konusunda kendine olan güvenini artırmaktadır. Stres kaynağının başkalarıyla paylaşılması stresin daha kolay tolere edilmesini sağlamaktadır. İnsanlar ortak bir amaç için çalışırken bireysel endişe ve çatışmalarıyla başa çıkma konusunda daha başarılı olabilmektedirler.⁸⁰

2.3.3. Algılanan Sosyal Destek

Algılanan sosyal destek, diğer insanlardan gelen desteğin varlığının ve yeterliliğinin bilişsel olarak değerlendirilmesidir.⁸¹ Genel olarak çevresindeki kişilerce bireye yapılan yardım olarak tanımlanan sosyal destekle ilgili yapılan çalışmalarda

sosyal destek kavramı algılanan (perceived) ve alınan (received) olarak iki grupta incelenmektedir. Algılanan destek bireyin kendisine sunulan desteğe ilişkin öznel yargısını ifade ederken, alınan destek bireyin aldığı asıl destektir.⁸² Algılanan sosyal destek ilişkilerimizin bizde uyandırdığı duygu ve düşüncelerdir, sevildiğimizi ve bizim için önemli kişilerle ilişkilerimizin iyi olduğunu hissettirir.^{83,84} Stresli yaşamsal olaylarla mücadelede, bireyin algıladığı sosyal desteğin, bireyin aldığı sosyal destekten daha önemli olduğunu belirlenmiştir.⁸⁵

Sosyal desteğin algılanmasında, bireyin ruhsal ve fiziksel sağlığına katkıda bulunmasında desteğin nereden alındığı da önem taşımaktadır. Çevremizde birçok kaynaktan destek almaktayız.⁸⁵ Sosyal destek kaynakları genel olarak formal ve doğal destek kaynakları olarak iki ana bölüm içerisinde ele alınmaktadır. Resmi kurum ve kuruluşlar ile yasal bir çerçeve içerisinde hizmet veren sivil toplum kuruluşları, gönüllü kuruluşlar formal destek kaynaklarıdır. Yakın ilişkide bulunduğumuz bireyler ile herhangi bir biçimde destek olan ve katkı sağlayan diğer bireyler ise informal sosyal destek kaynaklarını ifade etmektedir.⁴⁷ Sorias Türk toplumunda aile ve akrabalar arası ilişkilerin çok güçlü olduğunu, en fazla desteğin yakın aile üyeleri tarafından sağlandığını belirtmiştir.⁸⁶

2.3.4. Kanserli Hastalarda Sosyal Desteğin Fonksiyonel Duruma Etkisi ve Hemşirenin Rolü

İnsanın fiziksel, psikolojik, duygusal, tinsel (spiritüel) ve sosyal alanında derin izler bırakan kanser, modern hayatın en yaygın ve tehdit edici hastalıklarındandır. Bununla birlikte kanser, her ne kadar fizyolojik bir hastalık olarak tanımlansa da belirli bir sonu olan, yalnızca tıbbi tedaviyle ilişkili tekil bir yaşam olayına indirgenemez. Aksine, tedavi sürecinde ve sonrasında belirsizliğin oldukça yoğun yaşandığı, bireyin

psiko-sosyal dünyasında yalnızca iz bırakmayan aynı zamanda anlamlı değişimler yaratan çok boyutlu bir yaşam deneyimidir.³⁵

Sosyal destek kavramı, 1970'lerin ortalarında kanserle ilgili çalışmalarda kullanılmaya başlanmış, son yirmi yılda konuyla ilgili önemli bir kavram haline gelmiştir. Sosyal destek, kanser hastalarının yaşadığı psikolojik gerilimlerle başa çıkmada yardımcı olabilecek en önemli kaynaklardan biridir.⁸⁷

Kanser hastası; uygulanan tedaviler, hastalığın tekrarlaması, vücudunda meydana gelen fiziksel değişiklikler ve ağrılar nedeniyle sürekli anksiyete içindedir. Bu nedenle sosyal destek ihtiyacı her geçen gün daha da artar. Özellikle hastalığın teşhisi sırasında yaşadığı yoğun duygulardan birisi sevdikleri tarafından terkedilme ve yalnız kalma korkusudur.⁴⁷

Kanser hastalarında sosyal çevre özellikle önemli bir alandır ve bunun da en az iki nedeni vardır. İlk olarak, sosyal çevre kişiyi stresin zararlı etkilerinden korur; kanser de koruduğu durumlardan biridir. Sosyal desteğin yapısal yönü (büyüklüğü gibi) ve işlevsel yönü (duygusal destek gibi) toplumda görülen kanser ve kanserden dolayı ölüm oranlarıyla ilişkilidir. İkinci olarak kanser kişiler arası ilişkileri etkilemektedir; çünkü kanser potansiyel ölümcül bir hastalık olmasından dolayı kişi yaftalanabilmektedir. Hastanın sosyal destek ağındaki üyeler kendilerini geri çekebilmekte veya uygunsuz davranabilmektedirler. Kanser aynı zamanda, hastanın sosyal aktivitelerini kısıtlamasından dolayı ilişkileri dolaylı olarak etkileyebilmektedir. Böylece kanser tanısı olan kişiler en çok ihtiyaç duydukları zaman sosyal kaynakları temin etmekte zorlanabilmektedir.⁸⁸

Sosyal destek kanser hastaları için gerektiğinde yaşamlarını uzatıcı etkilere neden olabilecek kadar önemli bir kaynaktır. Bu nedenle kanser hastalarının algıladığı sosyal destek düzeyini belirlemek önemlidir. Benzer şekilde kanser hastalarına verilen

sosyal destek, hastanın yaşama bağlanması ve tedavisinde sağlık ekibi ile olumlu işbirliği kurmasında önemli bir yer tutmaktadır. Kanseri ve kanserin sağaltımı üzüntülere, korkulara, anksiyete ve kızgınlığa neden olabilmektedir ve hastanın sahip olduğu sosyal desteklerin neler olduğunun bilinmesi, sağaltım esnasında hastaların eğitimi ve onlara sağlanan destek, yaşadıkları olumsuzlukları azaltabilmektedir. Sosyal destek ağlarının varlığı kanser hastalarının psikolojik olarak iyi durumda olmalarını sağlamada güçlü bir şekilde pozitif etki yapar. Sosyal destek, zihinsel ve fiziksel sağlığın önemli bir göstergesidir.⁴⁷

Kanser hastaların yaşamını değişik yollarla etkiler. Kanser tanısı ve tedavisi hastanın günlük aktivitelerini, işini, ilişkilerini, aile rollerini etkiler ve bunların hepsi yüksek stresle ilişkilidir. Bu stresle birlikte; tanı hakkındaki bilinmezlikler, kemoterapi ve radyoterapinin yan etkileri, ilerleyen fiziksel bozulmalar ve ölümle ilişkili düşünceler anksiyete ve depresyona yol açar.⁸⁹ Anksiyete ve depresyon sadece ciddi acı çekmeye yol açmaz, aynı zamanda hastanın yaşama isteğini, fonksiyonel durumunu ve yaşamın anlamını etkiler, kanser tedavisine uyumu azaltır, intihara neden olur, hastanede kalış süresini uzatır ve mortalite artışına neden olur. Sosyal desteğin, kanserde yaygın olarak görülen anksiyete depresyon gibi psikolojik problemlerin önlenmesinde dikkate değer bir önemi vardır ve sosyal destek, kanser ve terapilerin neden olduğu dezavantajları kompanse etmek ve azaltmak için önemli bir unsurdur.^{90,91}

Sosyal destek uyum kavramı açısından çok önemli bir yere sahiptir. Algılanan sosyal destek birey için yüksek strese karşı bir tampon rolü oynamaktadır. Bu tampon sistemi bireyi aşırı stresin olumsuz etkilerine karşı korurken, bireyin baş etme yeteneğini de artırmaktadır.^{69,92} Bu durumdan hastanın fonksiyonel durumu da olumlu etkilenir. Hastalara sağlanan sosyal destek onları kaygı gibi yaygın patolojik durumlardan koruyabilir ve hastalığın iyileşmesi üzerinde pozitif bir etki yaratabilir.⁴⁷

Yapılan bir çalışmada zayıf sosyal destek ağına sahip kişilerin fonksiyonel sınırlılıkları daha fazla bulunmuştur.⁹³ Özkan ve Öğce'nin çalışmasında da sosyal desteğin fonksiyonel durumu pozitif yönde etkilediği bulunmuştur.¹²

Yeterli sosyal desteği sağlanamayan hastalar zamanla profesyonel yardıma gerek duymaya başlayacaklardır. Bu noktada profesyonel hemşirenin hastaya sosyal destek sağlayan ve sosyal destek kaynaklarının etkin kullanılmasına yardım eden rolünde olması gerekmektedir.⁹⁴

Sosyal desteğin sağlanmasında hemşirenin rolü büyüktür. Hemşire, sosyal destek hakkındaki aşağıdaki fonksiyonları bilmelidir:

- Destekleyici ilişkiler gereksinimi, çeşitli stresörler ve yaşam değişiklikleri ile baş edebilmek ve günlük rollerin gerçekleştirilmesi için gereklidir.
- Sosyal ağ ilişkilerinin bir özelliği de sosyal desteği almak ve vermektir.
- Sosyal ağ ilişkileri, özellikle bireyin primer bağları ile her zaman gereklidir.
- Bir ilişkinin destekleyici olması için sağlıklı olması gerekir.
- Desteğin tipi ve kalitesi, bireysel özelliklere ve olayın doğasına bağlı gereksinimlerdir.
- Desteğin tipi ve kalitesi, durum ve bireysel karakteristiklere bağlı değerlendirilmelidir.⁹⁵

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Erzurum Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kemoterapi Polikliniği ve Medikal Onkoloji Kliniği'nde, Şubat 2011-Temmuz 2013 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini belirtilen merkezlerde Nisan 2011- Eylül 2011 tarihlerinde tedavi gören kanser hastaları oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemi belirtilen tarihler arasında Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kemoterapi Polikliniği ve Medikal Onkoloji Kliniğinde tedavi gören araştırma kriterlerini sağlayan, araştırmaya katılmaya gönüllü 243 hasta oluşturmuştur.

3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- En az 3 aydır kanser tanısı alma
- 18 yaş üstü olma
- Yeterli iletişim kurabilme
- Psikiyatrik problemi bulunmama
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri hastalara araştırmacı tarafından gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Araştırmada;

- Hasta bilgi formu,

- Fonksiyonel Yaşam Ölçeği (Kanser)
- Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği formları kullanılmıştır.

Hasta Bilgi Formu: Hasta bilgi formunda, hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyi ve fonksiyonel durumları üzerinde etkili olabileceği düşünülen, ilgili literatür taranarak oluşturulan tanıtıcı özellikler yer almaktadır.^{27,96,97,98,99,100} Toplam 19 sorudan oluşmaktadır. Formda; bireyin yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, sosyal güvencesi, yaşadığı yer, çalışma durumu, ailedeki birey sayısı, tanısı, hastalığın süresi, tedavi şekli, başka bir hastalığın varlığı, hastanede bulunma sebebinin ne olduğu gibi sorular yer almaktadır.

Fonksiyonel Yaşam Ölçeği (Kanser): Fonksiyonel Yaşam Ölçeği kanserli bireylerde fonksiyonel durumu ve yaşam kalitesini değerlendirmek üzere 1984'te Schipper ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirliği 2006' da Bektaş ve Akdemir⁹⁶ tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı 0.89 olarak bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda ise ölçeğin Cronbach's alfa katsayısı 0.86 bulunmuştur. Ölçek “fiziksel fonksiyonlar” (9 madde) (4,6,7,10,11,13,15,20,22), “psikolojik fonksiyonlar” (6 madde) (1,2,3,9,18,21) “genel iyilik hali (kanserele ilgili güçlükler)” (3 madde) (8,12,14), “sosyal fonksiyonlar” (2 madde) (16,19), “gastrointestinal semptomlar (bulantı)” (2 madde) (5,17), 5 alt başlık ve toplam 22 sorudan oluşmaktadır. 7'li Likert tipindeki ölçekte katılımcılar her bir maddeyi okuduktan sonra olumludan olumsuz doğru (hiçbir zaman/sürekli, iyi değil/çok iyi, çok yeterli/ çok yetersiz gibi) derecelendirilmiş olan yanıtlardan birini seçerek işaretlemektedir. Fonksiyonel Yaşam Ölçeği'ndeki seçenekler olumsuz sorular için 7,6,5,4,3,2,1; olumlu sorular için 1,2,3,4,5,6,7 olarak puanlandırılmıştır. 2, 3, 6, 9, 10, 12, 14, 16, 18, 19, 21, 22 nolu sorular sütunun sağına doğru olumlu, geri kalan 1, 4, 5, 7, 8, 11, 13, 15, 17, 20 nolu sorular sütunun sağına doğru olumsuz olarak

değerlendirilmiştir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 154, en düşük puan 22'dir. Yüksek puanlar fonksiyonel durumun yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir.

Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği: Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği, hastaların, ailelerinden aldıklarını düşündükleri sosyal destek türünü ve düzeyini belirlemek amacıyla ülkemizde Eylem⁸⁷ tarafından 2002 yılında geliştirilmiş ve geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach's alfa güvenirlik katsayısı 0.92 olarak bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda ise ölçeğin Cronbach's alfa katsayısı 0.81 bulunmuştur. Ölçekte “kendimi kötü hissettiğimde ailem beni teselli eder”, “gelecekle ilgili endişelerimi ailemle paylaşamıyorum”, “ailem uzun süren ve yıpratıcı olan tedavilerim sırasında acılarımı paylaşır”, ailem bana maddi yönden destek olmaya çalışır”, “ailem hastalığımla ilgili bilgileri benden saklıyor” gibi ifadeler vardır. Hastaların ailelerinden algıladıkları desteğin derecesi, 5’li derecelendirme ölçeği ile belirlenmiştir. Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği; “güven desteği”, “duygusal destek” ve “bilgi desteği” alt ölçeklerini içerir. “Güven desteği” alt ölçeği 13 maddeden (1,3,6,7,8,10,11,12,17,19,24,34,35), “duygusal destek” alt ölçeği 12 maddeden (2,9,13,15,16,18,20,23,26,27,28,33) ve “bilgi desteği” alt ölçeği ise 10 maddeden (4,5,14,21,22,25,29,30,31,32) oluşmaktadır. Toplam 35 sorudan oluşan ölçme aracındaki maddelerin 13’ü (5, 9, 13, 14, 21, 22, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33) olumsuz, 22’si olumlu ifadeden oluşmaktadır. Bireylerden, her bir ifadeye ilişkin yanıtlarını beşli likert tipi ölçekle (5) “benim durumuma çok uygun”, (4) “benim durumuma uygun”, (3) “benim durumuma kısmen uyuyor”, (2) “benim durumuma uygun değil” ve (1) “benim durumuma hiç uygun değil”, seçeneklerinden kendi durumuna uygun olanı belirtmeleri istenmiştir. Maddelere verilen yanıtlar olumlu maddelerde “benim durumuma çok uygun”dan, “benim durumuma hiç uygun değil” seçeneklerine 5’den 1’e olumsuz maddelerde ise aynı seçenekler için 1’den 5’e doğru puan verilerek kodlanmıştır.

Uygulanan ölçek sonucunda güven desteği puanı, duygusal destek puanı ve bilgi desteği puanı olumlu maddelerden alınan puanların toplamı ile olumsuz maddelerin puanlarının ters çevrilip toplanmasından elde edilir. Algılanan sosyal destek puanı, bu alt ölçek puanlarının toplamına eşittir. Ölçekte yüksek puan kanser hastasının ailesinden algıladığı sosyal desteğin yüksek olduğunu gösterir.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Sorular araştırmacı tarafından okunmuş, soruların hasta tarafından anlaşılmadığı durumlarda detaylı biçimde açıklanmış ve cevaplar araştırmacı tarafından not edilmiştir. Formların doldurulması sırasında sadece form doldurma amacı güdülmemiş gerekli yerlerde hastalara bilgilendirme ve danışmanlık yapılmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi SPSS 18.00 istatistik paket programı ile yapılmıştır. Verilerin analizinde 8 farklı istatistiksel test kullanılmıştır. Bu testler:

1. t testi
2. Kruskal-Wallis testi
3. Dunnet's T3 Post Hoc testi
4. Tek Yönlü Varyans analizi
5. LSD Post Hoc testi
6. Korelasyon analizi
7. Basit Doğrusal Regresyon analizi
8. Durbin Watson testidir.

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

Hastaların sosyo-demografik özellikleri ve hastalığa ilişkin özellikleri bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Kanseri Hastası Sosyal Destek Ölçeği bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır.

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

- Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden etik kurul izni alınmıştır,
- Araştırmanın yapılacağı hastaneden gerekli izin alınmıştır,
- Araştırmaya katılan bireyler araştırmaya katılma ya da katılmama konusunda özgür oldukları ve araştırmadan istedikleri zaman ayrılacakları konusunda bilgilendirilmiş,
- Araştırmada insan onuruna saygı ilkesi göz önünde bulundurulmuş,
- Araştırmada gizlilik ilkesine uyulmuştur,

4. BULGULAR

Örnekleme oluşturan kanserli hastaların demografik özellikleri ile ilgili bilgiler

Tablo 4.1.'de verilmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Yaş grubu		
18-30 yaş	18	7.4
31-40 yaş	33	13.6
41-50 yaş	75	30.9
51-60 yaş	63	25.9
61 yaş ve üzeri	54	22.2
X= 50.24 S.s.=12.77		
Cinsiyet		
Kadın	131	53.9
Erkek	112	46.1
Medeni durum		
Evli	189	77.8
Bekar	22	9.1
Dul	32	13.1
Eğitim durumu		
Okur-Yazar Değil	38	15.6
Okur-Yazar	27	11.1
İlkokul	105	43.2
Ortaokul	24	9.9
Lise	35	14.4
Üniversite	14	5.8
Meslek		
Çiftçi	18	7.4
Memur-işçi	24	9.9
Serbest meslek	41	16.9
Ev hanımı	112	46.1
Çalışmıyor	16	6.6
Emekli	32	13.2
Eşin eğitim durumu		
Okur-Yazar Değil	22	11.64
Okur-Yazar	24	12.70

Tablo 4.1. (Devamı)

Özellikler	Sayı	%
İlkokul	111	58.73
Ortaokul	7	3.70
Lise	14	7.41
Üniversite	11	5.82
Eşin mesleği		
İşçi	7	3.70
Memur	19	10.05
Serbest Meslek	36	19.05
Ev Hanımı	93	49.21
Diğer	34	17.99
Aile tipi		
Çekirdek aile	184	75.7
Geniş aile	59	24.3
Yaşanılan yer		
İl	133	54.7
İlçe	60	24.7
Köy	50	20.6
Aylık gelir		
500 ve altı	67	27.6
501-1000	93	38.3
1001 ve üzeri	83	34.1
$\bar{x} = 1110.91$ SD=941.73		

Örneklem grubundaki hastaların yaş aralığı 18 ile 61 yaşın üstü olup ortalaması 50.24 bulunmuştur. Hastaların %30.9'unun 41-50 yaş aralığında, %53.9'unun kadın, %77.8'inin evli, %43.2'sinin ilkokul mezunu ve %46.1'inin ev hanımı olduğu bulunmuştur. Hastaların eşlerinin eğitime bakıldığında, %11.64'ünün okur-yazar değil ve %58.73'inin ilkokul mezunu olduğu bulunmuştur. Eşin mesleğine bakıldığında ise, %3.7'sinin işçi ve %49.21'inin ev hanımınolduğu bulunmuştur. Hastaların %75,7'sinin çekirdek aile olduğu ve %54,7'sinin ilde yaşadığı bulunmuştur. Örneklem grubundaki hastaların aylık gelir ortalaması 1110.91 olup, hastaların %38,3'ünün geliri 501-1000 TL arasında olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.2. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Hastalık süresi		
3-12 ay	113	46.5
13-24 ay	74	30.5
25-36 ay	34	14.0
37-48 ay	14	5.7
49 ay ve üzeri	8	3.3
$\bar{x} = 18.52$ SD=15.72		
Tedavi süresi		
12 ay ve daha az	119	49.0
12 aydan fazla	124	51.0
$\bar{x} = 16.11$ SD=13.43		
Hastanede bulunma sebebi		
Kontrol	36	14.8
Kemoterapi	194	79.8
Radyoterapi	13	5.4
Hastanede yatma süresi		
1 haftadan az	60	24.7
1-2 hafta	50	20.7
2-3 hafta	13	5.3
3 haftadan fazla	13	5.3
Ayaktan tedavi	107	44.0
$\bar{x} = 3.23$ SD=1.72		
Hastalığı bilme durumu		
Evet	205	84.4
Hayır	38	15.6
Tanı		
Akciğer	30	12.3
Meme	37	15.2
Gastrointestinal	72	29.6
Kolorektal	26	10.7
Genitoüriner	34	14.0
Kan-Lenf	22	9.2
Kemik	12	4.9
Baş-Boyun	10	4.1
Başka hastalığının olma durumu		
Evet	50	20.6
Hayır	193	79.4

Örneklem grubundaki hastaların hastalık süresinin ortalama 18.52 ay, %46.5'inin 3-12 ay ve %3.3'ünün 49 ay ve üzeri olduğu bulunmuştur. Hastaların %49'unun tedavi süresi 12 ay ve daha az, %51'inin tedavi süresi 12 aydan daha fazla olup tedavi süresi ortalamasının 16.11 ay olduğu bulunmuştur. Hastaların %79.8'i kemoterapi sebebiyle hastanede olduğu bulunmuştur. Hastaların %24.7'sinin hastanede yatma süresi 1 haftadan az ve %44'ünün ise ayaktan tedavi aldığı bulunmuştur. Hastaların %84.4'ünün hastalığını bildiği ve %29.6'sının tanısı gastrointestinal sistem kanserleri ve %4.1'inin tanısı baş-boyun kanseri olduğu bulunmuştur. Hastaların %20.6'sında başka hastalık varken %79.4'ünün başka bir hastalık olmadığı bulunmuştur.

Tablo 4.3. Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Kanserli Hastalarda Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamaları

	Sayı	Minimum Değer	Maximum Değer	$\bar{x}$	$\pm$	SD
Fiziksel Fonksiyonlar	243	15	62	38.38		13.935
Psikolojik Fonksiyonlar	243	6	42	28.99		9.566
Genel İyilik Hali	243	7	21	16.16		4.797
Sosyal Fonksiyonlar	243	2	14	12.99		2.187
Gastrointestinal Semptomlar	243	2	14	8.98		4.689
Fonksiyonel Toplam	243	36	151	105.50		30.757
Sosyal Destek Toplam	243	52	175	155.00		21.662

Fonksiyonel Yaşam Ölçeği'nden alınan ortalama puanlar; fiziksel fonksiyonlar alt boyutundan 38.38 ± 13.94 , psikolojik fonksiyonlar alt boyutundan 28.99 ± 9.57 , genel iyilik hali alt boyutundan 16.16 ± 4.80 , sosyal fonksiyonlar alt boyutundan 12.99 ± 2.19 ve gastrointestinal semptomlar alt boyutundan 8.98 ± 4.69 , ölçek toplam puanı ortalaması ise 105.5 ± 30.76 bulunmuştur. Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nden alınan ortalama puan ise 155.00 ± 21.66 bulunmuştur (Tablo 4.3.).

Tablo 4.4. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Kanserli Hastalarda Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Fiziksel Fonksiyonlar			Psikolojik Fonksiyonlar			Genel İyilik Hali			Sosyal Fonksiyonlar			Gastrointestinal Semptomlar			Fonksiyonel Toplam			Sosyal Destek Toplam		
	$\bar{X}$	$\pm$	SD	$\bar{X}$	$\pm$	SD	$\bar{X}$	$\pm$	SD	$\bar{X}$	$\pm$	SD	$\bar{X}$	$\pm$	SD	$\bar{X}$	$\pm$	SD	$\bar{X}$	$\pm$	SD
Yaş																					
18-30	42.17	$\pm$	14.96	26.06	$\pm$	9.32	17.50	$\pm$	4.64	11.28	$\pm$	3.61	9.44	$\pm$	4.87	106.44	$\pm$	33.16	147.17	$\pm$	29.04
31-40	41.33	$\pm$	12.98	28.39	$\pm$	9.11	17.27	$\pm$	4.71	12.55	$\pm$	2.72	10.42	$\pm$	3.92	109.97	$\pm$	28.91	151.73	$\pm$	24.02
41-50	39.15	$\pm$	13.47	28.83	$\pm$	9.61	16.68	$\pm$	4.59	13.16	$\pm$	1.97	8.91	$\pm$	4.73	106.72	$\pm$	30.96	157.92	$\pm$	22.83
51-60	39.30	$\pm$	13.68	30.40	$\pm$	9.04	16.44	$\pm$	4.68	13.44	$\pm$	1.47	9.24	$\pm$	4.37	108.83	$\pm$	29.37	158.75	$\pm$	16.02
61 üzeri	33.19	$\pm$	14.19	28.91	$\pm$	10.49	13.98	$\pm$	4.80	13.07	$\pm$	1.96	7.74	$\pm$	5.18	96.89	$\pm$	31.80	151.17	$\pm$	20.61
	KW=10.137			KW=3.913			KW=15.270			KW=9.586			KW=5.176			KW=5.506			KW=12.860		
	p=.038			P=.418			P=.004			P=.048			P=.270			P=.239			P=.012		
Cinsiyet																					
Kadın	38.91	$\pm$	12.75	29.39	$\pm$	8.76	16.34	$\pm$	4.63	13.13	$\pm$	1.99	8.64	$\pm$	4.56	106.40	$\pm$	27.68	150.31	$\pm$	24.08
Erkek	37.77	$\pm$	15.24	28.52	$\pm$	10.45	15.96	$\pm$	5.00	12.83	$\pm$	2.39	9.38	$\pm$	4.83	104.45	$\pm$	34.10	160.47	$\pm$	16.96
	t=.626			t=.698			t=.616			t=1.049			t=-1.217			t=.486			t=-3.841		
	P=.532			P=.486			P=.539			P=.295			P=.225			P=.627			P=.000		
Medeni durum																					
Evli	37.82	$\pm$	14.13	29.31	$\pm$	9.44	15.72	$\pm$	.93	13.09	$\pm$	2.16	8.98	$\pm$	4.77	104.92	$\pm$	31.16	156.28	$\pm$	22.16
Bekar	43.23	$\pm$	13.84	28.05	$\pm$	10.20	18.41	$\pm$	.04	11.95	$\pm$	3.14	10.14	$\pm$	4.66	111.77	$\pm$	32.38	152.68	$\pm$	16.82
Dul	38.38	$\pm$	12.54	27.75	$\pm$	10.04	17.19	$\pm$	.95	13.13	$\pm$	1.29	8.19	$\pm$	4.15	104.63	$\pm$	27.49	149.00	$\pm$	21.07
	K.W=3.410			K.W=.799			K.W=7.809			K.W=6.965			K.W=3.120			K.W=1.451			K.W=7.672		
	P=.182			P=.671			P=.020			P=.031			P=.210			P=.484			P=.022		

Tablo 4.4. (Devamı)

	Fiziksel Fonksiyonlar			Psikolojik Fonksiyonlar			Genel İyilik Hali			Sosyal Fonksiyonlar			Gastrointestinal Semptomlar			Fonksiyonel Toplam			Sosyal Destek Toplam		
	$\bar{X}$	$\pm$	SD	$\bar{X}$	$\pm$	SD	$\bar{X}$	$\pm$	SD	$\bar{X}$	$\pm$	SD	$\bar{X}$	$\pm$	SD	$\bar{X}$	$\pm$	SD	$\bar{X}$	$\pm$	SD
Eğitim durumu																					
Okur-Yazar	33.84	$\pm$	12.82	27.45	$\pm$	9.33	13.92	$\pm$	4.37	13.39	$\pm$	1.48	7.55	$\pm$	4.79	96.16	$\pm$	26.70	142.58	$\pm$	27.95
Değil																					
Okur-Yazar	37.15	$\pm$	13.41	28.48	$\pm$	10.42	15.81	$\pm$	5.04	12.30	$\pm$	2.84	7.19	$\pm$	4.56	100.93	$\pm$	31.79	146.93	$\pm$	25.24
İlkokul	38.18	$\pm$	13.91	29.35	$\pm$	8.86	16.16	$\pm$	4.78	13.15	$\pm$	1.89	8.83	$\pm$	4.61	105.68	$\pm$	30.38	158.88	$\pm$	15.38
Ortaokul	40.96	$\pm$	12.72	28.58	$\pm$	10.74	17.17	$\pm$	4.60	12.71	$\pm$	2.60	10.33	$\pm$	4.51	109.75	$\pm$	31.94	157.08	$\pm$	25.16
Lise	37.97	$\pm$	15.85	27.86	$\pm$	10.87	16.54	$\pm$	5.07	12.57	$\pm$	2.94	10.17	$\pm$	4.79	105.11	$\pm$	34.54	158.06	$\pm$	21.48
Üniversite	51.21	$\pm$	6.58	34.93	$\pm$	6.94	20.21	$\pm$	1.12	13.57	$\pm$	0.94	12.14	$\pm$	2.41	132.07	$\pm$	12.60	163.93	$\pm$	13.87
	K.W=18.114			K.W=7.716			K.W=2,979			K.W=6.008			K.W=19.612			K.W=18,033			K.W=22.115		
	P=.003			P=.173			P=.001			P=.305			P=.001			P=.003			P=.000		
Meslek																					
Çiftçi	35.39	$\pm$	16.86	26.50	$\pm$	12.21	15.28	$\pm$	5.52	11.72	$\pm$	3.528	8.50	$\pm$	5.19	97.39	$\pm$	40.70	164.00	$\pm$	13.38
Memur-İşçi	46.63	$\pm$	12.97	32.21	$\pm$	9.62	19.13	$\pm$	3.76	13.21	$\pm$	2.206	12.29	$\pm$	2.66	123.46	$\pm$	26.91	161.25	$\pm$	24.02
Serbest																					
Meslek	38.93	$\pm$	12.65	30.00	$\pm$	8.05	15.90	$\pm$	4.70	13.34	$\pm$	1.88	9.37	$\pm$	4.94	107.54	$\pm$	28.07	161.51	$\pm$	13.51
Ev Hanımı	38.23	$\pm$	13.12	29.10	$\pm$	9.11	16.12	$\pm$	4.69	13.20	$\pm$	1.78	8.34	$\pm$	4.57	104.98	$\pm$	28.49	149.03	$\pm$	24.85
Çalışmıyor	38.81	$\pm$	14.03	25.25	$\pm$	9.87	17.06	$\pm$	4.31	11.38	$\pm$	3.46	8.06	$\pm$	4.77	100.56	$\pm$	32.15	150.50	$\pm$	17.47
Emekli	33.50	$\pm$	15.29	28.16	$\pm$	10.72	14.47	$\pm$	5.04	13.19	$\pm$	1.62	8.97	$\pm$	4.85	98.28	$\pm$	33.98	160.03	$\pm$	15.63
	K.W=13.667			K.W=6.628			K.W=17.284			K.W=13.762			K.W=15.781			K.W=12.581			K.W=27.443		
	P=.018			P=.250			P=.004			P=.017			P=.007			P=.028			P=.000		

Tablo 4.4. (Devamı)

	Fiziksel Fonksiyonlar			Psikolojik Fonksiyonlar			Genel İyilik Hali			Sosyal Fonksiyonlar			Gastrointestinal Semptomlar			Fonksiyonel Toplam			Sosyal Destek Toplam		
	$\bar{X}$	$\pm$	SD	$\bar{X}$	$\pm$	SD	$\bar{X}$	$\pm$	SD	$\bar{X}$	$\pm$	SD	$\bar{X}$	$\pm$	SD	$\bar{X}$	$\pm$	SD	$\bar{X}$	$\pm$	SD
Eşin eğitim durumu																					
Okur-Yazar Değil	35.73	$\pm$	16.76	28.59	$\pm$	10.55	14.09	$\pm$	5.07	11.95	$\pm$	3.42	8.55	$\pm$	5.47	98.91	$\pm$	37.12	156.32	$\pm$	20.65
Okur-Yazar	30.63	$\pm$	13.89	27.25	$\pm$	9.29	13.08	$\pm$	5.33	13.54	$\pm$	0.93	7.79	$\pm$	4.85	92.29	$\pm$	30.97	151.75	$\pm$	17.81
İlkokul	38.24	$\pm$	13.06	29.41	$\pm$	9.36	16.05	$\pm$	4.66	13.15	$\pm$	2.14	8.68	$\pm$	4.82	105.53	$\pm$	29.69	156.41	$\pm$	23.19
Ortaokul	44.86	$\pm$	12.02	33.57	$\pm$	7.93	19.29	$\pm$	3.25	13.14	$\pm$	1.46	11.00	$\pm$	2.52	121.86	$\pm$	22.78	156.14	$\pm$	19.81
Lise	36.64	$\pm$	13.23	28.79	$\pm$	10.49	15.50	$\pm$	4.93	12.93	$\pm$	1.94	10.07	$\pm$	4.22	103.93	$\pm$	31.10	153.50	$\pm$	30.40
Üniversite	49.82	$\pm$	13.20	33.73	$\pm$	7.88	19.45	$\pm$	3.53	13.91	$\pm$	0.30	12.82	$\pm$	1.60	129.73	$\pm$	24.58	167.55	$\pm$	7.79
	K.W=16.889			K.W=5.354			K.W=18.950			K.W=6.372			K.W=10.266			K.W=15.249			K.W=8.672		
	P=.005			P=.374			P=.002			P=.272			P=.068			P=.009			P=.123		
Eşin mesleği																					
İşçi	43.43	$\pm$	6.90	37.57	$\pm$	2.15	18.71	$\pm$	2.14	14.00	$\pm$	.000	10.86	$\pm$	2.48	124.57	$\pm$	10.88	168.00	$\pm$	5.57
Memur	45.89	$\pm$	12.83	32.47	$\pm$	7.72	19.05	$\pm$	3.64	13.68	$\pm$	.58	12.16	$\pm$	2.81	123.26	$\pm$	25.64	162.63	$\pm$	13.80
Serbest Meslek	36.22	$\pm$	13.21	27.33	$\pm$	8.50	14.69	$\pm$	5.01	12.97	$\pm$	2,46	7.03	$\pm$	4.81	98.25	$\pm$	28.13	143.53	$\pm$	33.35
Ev Hanımı	36.87	$\pm$	14.62	29.09	$\pm$	10.02	15.44	$\pm$	5.02	12.84	$\pm$	2.46	9.42	$\pm$	4.84	103.66	$\pm$	32.90	161.17	$\pm$	16.98
Diğer	36.24	$\pm$	14.10	29.03	$\pm$	9.82	15.12	$\pm$	4.82	13.38	$\pm$	1.54	7.68	$\pm$	4.64	101.44	$\pm$	31.16	150.15	$\pm$	19.24
	K.W=8.509			K.W=10.177			K.W=11.732			K.W=3.396			K.W=19.732			K.W=12.504			K.W=23.222		
	P=.075			P=.038			P=.019			P=.494			P=.001			P=.014			P=.000		
Aile tipi																					
Çekirdek aile	38.33	$\pm$	14.41	28.88	$\pm$	9.61	16.18	$\pm$	4.88	12.91	$\pm$	2.32	9.16	$\pm$	4.68	105.46	$\pm$	31.53	157.28	$\pm$	21.15
Geniş aile	38.56	$\pm$	12.44	29.34	$\pm$	9.51	16.10	$\pm$	4.56	13.24	$\pm$	1.70	8.41	$\pm$	4.73	105.64	$\pm$	28.47	147.86	$\pm$	21.86
	K.W=.012			K.W=.105			K.W=.012			K.W=.981			K.W=1.163			K.W=.002			K.W=8.714		
	P=0.911			P=.747			P=.914			P=.323			P=.282			P=.968			P=.003		

Tablo 4.4. (Devamı)

Fiziksel Fonksiyonlar				Psikolojik Fonksiyonlar			Genel İyilik Hali			Sosyal Fonksiyonlar			Gastrointestinal Semptomlar			Fonksiyonel Toplam			Sosyal Destek Toplam		
$\bar{X}$	$\pm$	SD		$\bar{X}$	$\pm$	SD	$\bar{X}$	$\pm$	SD	$\bar{X}$	$\pm$	SD	$\bar{X}$	$\pm$	SD	$\bar{X}$	$\pm$	SD	$\bar{X}$	$\pm$	SD
Yaşanılan yer																					
İl	39.80	$\pm$	14.03	30.07	$\pm$	9.28	16.87	$\pm$	4.59	13.31	$\pm$	1.64	9.52	$\pm$	4.46	109.57	$\pm$	29.67	158.35	$\pm$	19.75
İlçe	36.58	$\pm$	13.84	27.47	$\pm$	9.27	15.60	$\pm$	4.97	12.52	$\pm$	2.75	8.73	$\pm$	4.87	100.90	$\pm$	30.97	151.82	$\pm$	22.11
Köy	36.76	$\pm$	13.64	27.94	$\pm$	10.46	14.94	$\pm$	4.89	12.72	$\pm$	2.57	7.84	$\pm$	4.93	100.20	$\pm$	32.35	149.90	$\pm$	24.67
F=1.538			F=1.921			F=3.566			F=3.253			F=2.468			F=2.613			F=3.701			
P=.217			P=.149			P=.030			P=.040			P=.087			P=.075			P=.026			
Aylık gelir																					
0-500	35.18	$\pm$	13.85	26.64	$\pm$	10.03	15.01	$\pm$	4.99	12.81	$\pm$	2.16	7.48	$\pm$	4.73	97.12	$\pm$	31.57	148.90	$\pm$	23.61
501-1000	38.20	$\pm$	13.20	28.99	$\pm$	8.83	16.05	$\pm$	4.65	12.98	$\pm$	2.26	8.95	$\pm$	4.74	105.17	$\pm$	28.99	154.24	$\pm$	22.98
1001 ve üzeri	41.17	$\pm$	14.38	30.88	$\pm$	9.67	17.20	$\pm$	4.63	13.16	$\pm$	2.14	10.23	$\pm$	4.28	112.64	$\pm$	30.62	160.77	$\pm$	16.70
K.W=3.508			K.W=3.720			K.W=3.997			K.W=.477			K.W=6.686			K.W=4.880			K.W=5.893			
P=.031			P=.026			P=.020			P=.621			P=.001			P=.008			P=.003			

Hastaların yaşlarına göre, fonksiyonel yaşamın “genel iyilik hali” için $p<0.01$ düzeyinde, “fiziksel fonksiyonlar”, “sosyal fonksiyonlar” boyutları ve algılanan sosyal destek için $p<0.05$ düzeyinde aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı iken, “psikolojik fonksiyonlar”, “gastrointestinal semptomlar” boyutları ve toplam puan ortalamaları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Hastalardan 18-30 yaş ve 31-40 yaş olanların 61 yaş ve üzerinde olan hastalara göre “fiziksel fonksiyonlar”, “genel iyilik hali” boyutları puan ortalamaları daha yüksek, 41-50 yaş, 51-60 yaş, 61 yaş ve üzeri olan hastaların 18-30 yaş grubundaki hastalara göre “sosyal fonksiyonlar” boyutu puan ortalamaları daha yüksek, 41-50 yaş, 51-60 yaş olan hastaların 18-30 yaş, 31-40 yaş, 61 yaş ve üzeri yaş grubundaki hastalara göre algılanan sosyal destek puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.4.).

Hastaların cinsiyetlerine göre algılanan sosyal destek puanları açısından aradaki fark anlamlı iken ($p<0.01$) fonksiyonel yaşamın tüm boyutları ve toplam puan ortalamaları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Çalışma sonucunda erkek hastaların kadınlara göre algılanan sosyal destek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4.).

Hastaların medeni durumlarına göre, fonksiyonel yaşamın “genel iyilik hali”, “sosyal fonksiyonlar” boyutları ve algılanan sosyal destek açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı iken ($p<0.05$), “fiziksel fonksiyonlar”, “psikolojik fonksiyonlar”, “gastrointestinal semptomlar” ve toplam puanları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Çalışma sonucunda bekar olan hastaların “genel iyilik hali” boyutu puan ortalamaları daha yüksek, dul ve evli olan hastaların bekar olanlara göre “sosyal fonksiyonlar” boyutu puan ortalamaları daha yüksek ve evli olan hastaların algılanan sosyal destek puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.4.).

Hastaların eğitim durumlarına göre, fonksiyonel yaşamın “fiziksel fonksiyonlar” “genel iyilik hali”, “gastrointestinal semptomlar” boyutları , toplam puan ortalamaları ve algılanan sosyal destek açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.01$) bulunurken “psikolojik fonksiyonlar”, “sosyal fonksiyonlar” boyutları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Çalışma sonucunda üniversite mezunu olan hastaların, “fiziksel fonksiyonlar”, “genel iyilik hali”, “gastrointestinal semptomlar” boyutu, fonksiyonel yaşam toplam puan ortalamaları ve algılanan sosyal destek toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.4.).

Hastaların mesleklerine göre fonksiyonel yaşamın, “genel iyilik hali”, “gastrointestinal semptomlar” boyutları ve algılanan sosyal destek için $p<0.01$ düzeyinde, “fiziksel fonksiyonlar” “sosyal fonksiyonlar” boyutları ve toplam puan ortalamaları boyutları için $p<0.05$ düzeyinde aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı iken, “psikolojik fonksiyonlar”, boyutu açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Çalışma sonucunda memur ve işçi olan hastaların serbest meslek, ev hanımı olan ve çalışmayan hastalara göre “fiziksel fonksiyonlar”, “genel iyilik hali”, “gastrointestinal semptomlar” boyutları ve toplam puan ortalamaları daha yüksek, serbest meslek sahibi ve ev hanımı olan hastaların çalışmayan hastalara göre “sosyal fonksiyonlar” boyutu puan ortalamaları daha yüksek, çiftçi olan hastaların ev hanımı olan ve çalışmayan hastalara göre, memur ve işçi olan hastaların serbest meslek sahibi ve ev hanımı olan hastalara göre, algılanan sosyal destek puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.4.).

Hastaların eşlerinin eğitim durumlarına göre, fonksiyonel yaşamın “fiziksel fonksiyonlar”, “genel iyilik hali” boyutları ve toplam puanları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı iken ($p<0.01$) “psikolojik fonksiyonlar”, “sosyal fonksiyonlar”, “gastrointestinal semptomlar” boyutları ve algılanan sosyal destek açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Çalışma

sonucunda eşleri üniversite mezunu olan hastaların “fiziksel fonksiyonlar”, “genel iyilik hali” boyutu ve fonksiyonel yaşam toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Kanserli hastaların eşlerinin mesleğine göre, fonksiyonel yaşamın “gastrointestinal semptomlar” boyutu ve algılanan sosyal destek için $p<0.01$ düzeyinde, “psikolojik fonksiyonlar”, “genel iyilik hali”, boyutları ve toplam puan ortalamaları için $p<0.05$ düzeyinde aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı iken, “fiziksel fonksiyonlar” ve “sosyal fonksiyonlar” boyutları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Çalışma sonucunda eşi işçi olan hastaların “psikolojik fonksiyonlar” boyutu puan ortalamaları daha yüksek, eşi memur olan hastaların “genel iyilik hali” ve “gastrointestinal semptomlar” boyutu puan ortalamaları daha yüksek, eşi işçi olan hastaların fonksiyonel yaşam toplam puan ortalamaları ve algılanan sosyal destek puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.4.).

Hastaların aile tipine göre algılanan sosyal destek açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı iken ($p<0.01$), fonksiyonel yaşamın tüm boyutları ve toplam puan ortalamaları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Çalışma sonucunda çekirdek aile yapısına sahip olan hastaların geniş aile yapısına sahip olan hastalara göre algılanan sosyal destek puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. (Tablo 4.4.).

Hastaların yaşadıkları yere göre; fonksiyonel yaşamın “genel iyilik hali” ve “sosyal fonksiyonlar” boyutları ve algılanan sosyal destek açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı iken ($p<0.05$), “fiziksel fonksiyonlar” “psikolojik fonksiyonlar”, “gastrointestinal semptomlar” boyutları ve toplam puan ortalamaları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Çalışma sonucunda ilde yaşayan hastaların köyde yaşayan hastalara göre “genel iyilik hali”, “sosyal fonksiyonlar” boyutu ve algılanan sosyal destek puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. (Tablo 4.4.).

Hastaların aylık gelirine göre, fonksiyonel yaşamın “gastrointestinal semptomlar” boyutu, toplam puan ortalamaları ve algılanan sosyal destek için $p<0.01$ düzeyinde, “fiziksel fonksiyonlar”, “psikolojik fonksiyonlar”, “genel iyilik hali” boyutları için $p<0.05$ düzeyinde aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı iken, “sosyal fonksiyonlar” boyutu açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur($p>0.05$). Çalışma sonucunda aylık gelir düzeyi arttıkça “fiziksel fonksiyonlar”, “psikolojik fonksiyonlar”, “gastrointestinal semptomlar”, “genel iyilik hali” boyutları, fonksiyonel yaşam toplam puan ortalamaları ve algılanan sosyal destek puan ortalamalarının arttığı bulunmuştur (Tablo 4.4.).

Tablo 4.5. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Kanserli Hastalarda Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Fiziksel Fonksiyonlar			Psikolojik Fonksiyonlar			Genel İyilik Hali			Sosyal Fonksiyonlar			Gastrointestinal Semptomlar			Fonksiyonel Toplam			Sosyal Destek Toplam		
	$\bar{X}$	$\pm$	SD	$\bar{X}$	$\pm$	SD	$\bar{X}$	$\pm$	SD	$\bar{X}$	$\pm$	SD	$\bar{X}$	$\pm$	SD	$\bar{X}$	$\pm$	SD	$\bar{X}$	$\pm$	SD
Hastalık süresi																					
3-12 ay	36.96	$\pm$	14.02	28.46	$\pm$	9.96	15.21	$\pm$	4.95	12.86	$\pm$	2.17	8.34	$\pm$	5.07	101.83	$\pm$	31.56	151.12	$\pm$	23.17
13-24 ay	39.68	$\pm$	14.12	28.88	$\pm$	9.61	17.34	$\pm$	4.49	13.08	$\pm$	2.19	9.86	$\pm$	4.07	108.84	$\pm$	30.96	158.11	$\pm$	22.89
25-36 ay	36.82	$\pm$	13.23	29.35	$\pm$	9.44	15.91	$\pm$	4.73	12.88	$\pm$	2.69	8.53	$\pm$	4.47	103.50	$\pm$	29.24	159.74	$\pm$	14.29
37-48 ay	41.57	$\pm$	14.38	32.14	$\pm$	8.22	17.00	$\pm$	4.51	13.36	$\pm$	1.50	9.64	$\pm$	4.97	113.71	$\pm$	29.21	158.64	$\pm$	18.87
49 ay ve üzeri	47.50	$\pm$	10.11	30.38	$\pm$	6.26	18.25	$\pm$	3.92	13.88	$\pm$	.35	10.63	$\pm$	4.10	120.63	$\pm$	19.95	154.50	$\pm$	8.04
	K.W=6.931			K.W=1.725			K.W=9.523			K.W=3.946			K.W=4.523			K.W=5.254			K.W=12.286		
	P=.140			P=.786			P=.049			P=.413			P=.340			P=.262			P=.015		
Tedavi süresi																					
12 ay ve daha az	37.34	$\pm$	14.15	28.63	$\pm$	9.82	15.39	$\pm$	4.98	12.92	$\pm$	2.13	8.39	$\pm$	5.04	102.67	$\pm$	31.54	151.33	$\pm$	22.64
12 aydan fazla	39.39	$\pm$	13.71	29.33	$\pm$	9.35	16.90	$\pm$	4.52	13.06	$\pm$	2.25	9.54	$\pm$	4.27	108.22	$\pm$	29.86	158.52	$\pm$	20.15
	t=-1.148			t=-.570			t=-2.457			t=-.528			t=-1.907			t=-1.408			t=-2.617		
	P=.252			P=.569			P=.015			P=.598			P=.058			P=.160			P=.009		
Hastanede bulunma sebebi																					
Kontrol	28.47	$\pm$	15.97	23.39	$\pm$	11.52	13.17	$\pm$	5.43	12.33	$\pm$	2.60	8.19	$\pm$	5.41	85.56	$\pm$	37.15	157.64	$\pm$	16.99
Kemoterap	40.54	$\pm$	12.84	30.12	$\pm$	8.78	16.79	$\pm$	4.53	13.12	$\pm$	2.11	9.11	$\pm$	4.62	109.69	$\pm$	28.29	154.35	$\pm$	21.81
Radyoterap	33.62	$\pm$	11.15	27.54	$\pm$	10.10	15.08	$\pm$	3.64	12.92	$\pm$	1.94	9.15	$\pm$	3.63	98.31	$\pm$	25.45	157.31	$\pm$	30.58
	K.W=19.802			K.W=10.503			K.W=14.421			K.W=8.888			K.W=.659			K.W=14.434			K.W=1.961		
	P=.000			P=.005			P=.001			P=.012			P=.719			P=.001			P=.375		

Tablo 4.5. (Devamı)

	Fiziksel Fonksiyonlar			Psikolojik Fonksiyonlar			Genel İyilik Hali			Sosyal Fonksiyonlar			Gastrointestinal Semptomlar			Fonksiyonel Toplam			Sosyal Destek Toplam		
	$\bar{X}$	$\pm$	SD	$\bar{X}$	$\pm$	SD	$\bar{X}$	$\pm$	SD	$\bar{X}$	$\pm$	SD	$\bar{X}$	$\pm$	SD	$\bar{X}$	$\pm$	SD	$\bar{X}$	$\pm$	SD
Hastanede yatma süresi																					
1 haftadan az	39.08	$\pm$	13.51	29.33	$\pm$	9.46	16.78	$\pm$	4.61	13.02	$\pm$	2.17	9.93	$\pm$	4.33	108.15	$\pm$	29.78	157.87	$\pm$	21.99
1-2 hafta	30.58	$\pm$	12.99	24.86	$\pm$	9.82	14.56	$\pm$	4.84	12.68	$\pm$	2.25	6.94	$\pm$	4.90	89.62	$\pm$	30.93	153.72	$\pm$	22.26
2-3 hafta	25.15	$\pm$	10.34	20.69	$\pm$	9.77	11.54	$\pm$	3.36	11.92	$\pm$	2.10	6.00	$\pm$	4.26	75.31	$\pm$	24.10	145.08	$\pm$	32.65
3 haftadan fazla	20.15	$\pm$	7.37	17.62	$\pm$	7.68	10.62	$\pm$	3.45	11.92	$\pm$	3.43	6.00	$\pm$	4.66	66.31	$\pm$	20.79	156.38	$\pm$	24.32
Ayaktan tedavi	45.46	$\pm$	10.18	33.11	$\pm$	6.89	17.79	$\pm$	4.09	13.38	$\pm$	1.92	10.12	$\pm$	4.27	119.87	$\pm$	21.86	155.02	$\pm$	19.18
	K.W=71.901			K.W=50.230			K.W=48.432			K.W=23.493			K.W=26.750			K.W=64.268			K.W=5.181		
	P=.000			P=.000			P=.000			P=.000			P=.000			P=.000			P=.269		
Hastalığı bilme durumu																					
Evet	38.89	$\pm$	14.01	28.82	$\pm$	9.50	16.38	$\pm$	4.77	12.92	$\pm$	2.31	9.21	$\pm$	4.62	106.22	$\pm$	30.89	156.76	$\pm$	21.70
Hayır	35.68	$\pm$	13.58	29.95	$\pm$	10.08	14.95	$\pm$	4.90	13.37	$\pm$	1.34	7.76	$\pm$	4.99	101.71	$\pm$	30.57	145.74	$\pm$	19.45
	t=1.300			t=-.663			t=1.696			t=-1.168			t=1.751			t=.828			t=2.919		
	P=.195			P=.508			P=.091			P=.244			P=.081			P=.409			P=.004		
Tanı																					
1.Akciğer	31.97	$\pm$	13.37	26.97	$\pm$	9.79	14.10	$\pm$	4.75	12.93	$\pm$	2.13	8.03	$\pm$	4.28	94.00	$\pm$	28.53	157.13	$\pm$	17.95
2.Meme	45.19	$\pm$	12.06	32.19	$\pm$	6.54	18.27	$\pm$	4.23	13.62	$\pm$	1.14	10.65	$\pm$	3.89	119.92	$\pm$	22.87	158.46	$\pm$	13.14
3.Gastrointestinal	32.89	$\pm$	13.98	25.99	$\pm$	10.10	14.47	$\pm$	4.97	12.96	$\pm$	2.02	6.85	$\pm$	4.88	93.15	$\pm$	31.98	152.92	$\pm$	20.21
4.Kolorektal	40.50	$\pm$	13.07	29.77	$\pm$	9.61	16.50	$\pm$	4.74	12.19	$\pm$	3.18	9.08	$\pm$	5.14	108.04	$\pm$	31.55	147.65	$\pm$	30.69
5.Genitoüriner	38.56	$\pm$	12.76	29.50	$\pm$	9.72	16.41	$\pm$	4.53	12.91	$\pm$	2.42	10.00	$\pm$	4.38	107.38	$\pm$	27.92	156.44	$\pm$	21.14
6.Kan-Lenf	50.09	$\pm$	7.96	34.86	$\pm$	6.90	19.27	$\pm$	2.73	13.05	$\pm$	2.63	12.77	$\pm$	1.95	130.05	$\pm$	19.05	154.41	$\pm$	34.16
7.Kemik	37.67	$\pm$	13.75	26.83	$\pm$	11.18	16.75	$\pm$	4.37	12.50	$\pm$	2.28	8.25	$\pm$	4.22	102.00	$\pm$	33.48	158.58	$\pm$	13.45
8.Baş-Boyun	41.00	$\pm$	12.03	30.70	$\pm$	9.20	17.40	$\pm$	4.40	13.90	$\pm$	0.32	9.80	$\pm$	4.21	112.80	$\pm$	26.71	161.90	$\pm$	1.49
	K.W=44.860			K.W=21.004			K.W=35.790			K.W=12.273			K.W=38.479			K.W=41.957			K.W=7.317		
	P=.000			P=.004			P=.000			P=.092			P=.000			P=.000			P=.397		

Tablo 4.5. (Devamı)

	Fiziksel Fonksiyonlar			Psikolojik Fonksiyonlar			Genel İyilik Hali			Sosyal Fonksiyonlar			Gastrointestinal Semptomlar			Fonksiyonel Toplam			Sosyal Destek Toplam		
	$\bar{X}$	$\pm$	SD	$\bar{X}$	$\pm$	SD	$\bar{X}$	$\pm$	SD	$\bar{X}$	$\pm$	SD	$\bar{X}$	$\pm$	SD	$\bar{X}$	$\pm$	SD	$\bar{X}$	$\pm$	SD
Başka hastalığının olma durumu																					
Evet	34.55	$\pm$	13.43	28.82	$\pm$	9.06	14.45	$\pm$	4.38	13.31	$\pm$	1,71	7.33	$\pm$	4.85	98.45	$\pm$	28.38	152.55	$\pm$	19.24
Hayır	39.44	$\pm$	13.91	28.99	$\pm$	9.72	16.63	$\pm$	4.79	12.91	$\pm$	2,29	9.44	$\pm$	4.55	107.40	$\pm$	31.19	155.76	$\pm$	22.20
	t=-2.257			t=-.113			t=-2.896			t=1.140			t=-2.860			t=-.826			t=-.926		
	P=.027			P=.910			P=.004			P=.255			P=.005			P=.069			P=.355		

Hastaların hastalık süresine göre, fonksiyonel yaşamın “genel iyilik hali” boyutu ve algılanan sosyal destek toplam puanı açısından aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı iken ($p<0.05$) fonksiyonel yaşamın diğer boyutları ve toplam puan ortalaması açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Çalışma sonucunda hastalık süresi 13-24 ay olanların 3-12 ay olanlara göre “genel iyilik hali” puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, hastalık süresi 13-24 ay ve 15-36 ay olanların 3-12 ay olanlara göre algılanan sosyal destek toplam puan ortalamalarının daha yüksek bulunmuştur.(Tablo 4.5.).

Hastaların tedavi süresine göre, fonksiyonel yaşamın “genel iyilik hali” boyutu için $p<0.05$ düzeyinde ve algılanan sosyal destek toplam puan ortalaması için $p<0.01$ düzeyinde aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı iken, fonksiyonel yaşamın diğer boyutları ve toplam puan ortalaması açısından aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Çalışma sonucunda tedavi süresi 12 aydan daha fazla olan hastaların “tedavi süresi 12 ay ve daha az olanlara göre “genel iyilik hali” boyutunun ve algılanan sosyal destek toplam puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. (Tablo 4.5.).

Hastaların hastanede bulunma sebebine göre fonksiyonel yaşamın “fiziksel fonksiyonlar”, “psikolojik fonksiyonlar”, genel iyilik hali”, boyutları ve toplam puan ortalamaları için $p<0.01$ düzeyinde, “sosyal fonksiyonlar” boyutu için $p<0.05$ düzeyinde aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı iken, fonksiyonel yaşamın “gastrointestinal semptomlar” boyutu ve algılanan sosyal destek açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Çalışma sonucunda hastanede kemoterapi için bulunan hastaların fonksiyonel yaşamın “fiziksel fonksiyonlar”, “psikolojik fonksiyonlar”, genel iyilik hali”, “sosyal fonksiyonlar” boyutları ve toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. (Tablo 4.5.).

Hastaların hastanede yatma süresine göre, fonksiyonel yaşamın “fiziksel fonksiyonlar”, “psikolojik fonksiyonlar”, “genel iyilik hali”, “sosyal fonksiyonlar”, “gastrointestinal semptomlar” boyutları ve toplam puan ortalamaları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı iken ($p<0.01$) algılanan sosyal destek açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Çalışma sonucunda ayaktan tedavi gören hastaların “fiziksel fonksiyonlar” “psikolojik fonksiyonlar”, “genel iyilik hali”, “sosyal fonksiyonlar”, “gastrointestinal semptomlar” ve fonksiyonel yaşam toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5.).

Hastaların hastalığını bilme durumuna göre yalnızca algılanan sosyal destek puanları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı iken ($p<0.01$), fonksiyonel yaşamın tüm boyutları ve toplam puan ortalamaları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Çalışma sonucunda hastalığını bilen kanserli hastaların bilmeyenlere göre algılanan sosyal destek puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5.).

Kanserli hastaları tanılarına göre, fonksiyonel yaşamın “fiziksel fonksiyonlar”, “psikolojik fonksiyonlar”, “genel iyilik hali”, “gastrointestinal semptomlar” boyutları ve toplam puan ortalamaları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı iken ($p<0.01$), fonksiyonel yaşamın “sosyal fonksiyonlar” boyutu ve algılanan sosyal destek açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Çalışma sonucunda kan-lenf kanseri tanısı alan hastaların “fiziksel fonksiyonlar”, “psikolojik fonksiyonlar”, “genel iyilik hali”, “gastrointestinal semptomlar” boyutu ve fonksiyonel yaşam toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5.).

Hastaların başka hastalığı olma durumuna göre, fonksiyonel yaşamın “genel iyilik hali” ve “gastrointestinal semptomlar” boyutları için $p<0.01$ düzeyinde, “fiziksel fonksiyonlar” boyutu için $p<0.05$ düzeyinde aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı

iken, fonksiyonel yaşamın “psikolojik fonksiyonlar”, “sosyal fonksiyonlar” boyutları ve fonksiyonel yaşam toplam puan ortalamaları ve algılanan sosyal destek açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Çalışma sonucunda başka hastalığı olmayan kanserli hastaların başka hastalığı olan hastalara göre fonksiyonel yaşamın “fiziksel fonksiyonlar”, “genel iyilik hali”, “gastrointestinal semptomlar” boyutları puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.5.).

Algılanan Sosyal Destekle Fonksiyonel Yaşam Arasındaki İlişki

Araştırmaya katılan hastaların, algılanan sosyal destek puanları ile fonksiyonel yaşam puanları arasındaki ilişkiler Tablo 4.6.’de verilmiştir.

Tablo 4.6. Hastaların Algılanan Sosyal Destek Durumları ile Fonksiyonel Yaşamları Arasındaki İlişki

		Fonksiyonel Yaşam					
		Fonksiyonel Yaşam Toplam Puan	Fiziksel Fonksiyonlar	Psikolojik Fonksiyonlar	Genel İyilik Hali	Sosyal Fonksiyonlar	Gastrointestinal Semptomlar
Sosyal Destek	r	.280	.204	.304	.224	.446	.175
	p	.000	.001	.000	.000	.000	.006

Hastaların, algılanan sosyal destek puanları ile fonksiyonel yaşam puan ortalamaları arasındaki ilişkilerin tümü pozitif yönden istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların sosyal destekleri arttıkça fonksiyonel yaşam durumlarının da pozitif yönde arttığı bulunmuştur.

Fonksiyonel yaşam puanları üzerinde algılanan sosyal desteğin etkisini belirlemek amacıyla Basit Doğrusal Regresyon analizi uygulanmıştır. Fonksiyonel yaşam puanlarının algılanan sosyal destek değişkenine göre yordanmasına ilişkin regresyon analizi Tablo 4.7.' da verilmiştir.

Tablo 4.7. Fonksiyonel Yaşam Puanlarının Yordanmasına İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Değişken	B	Standart Hata	Beta	t	p
Sabit	43.889	13.741		3.194	.002
Sosyal Destek	.398	.088	.280	4.527	.000
R=.280		R ² =.078			
F _(1,241) =20.497 p=.000					

Modelde otokorelasyon olup olmadığını anlamak için Durbin-Watson (D-W) testine bakılmıştır. D-W değeri 1.696 olarak bulunmuş ve bulunan bu değer 2'ye yakın olduğu için otokorelasyon olmadığı söylenebilir. Çoklu bağlantı sorunu için ise tolerans değerlerine bakılmış ve tüm tolerans değerlerinin (1- R²)'den büyük olduğu görülmüştür. Otokorelasyon ve çoklu bağlantı sorunlarının olmadığı görüldükten sonra analize devam edilmiştir.

Tablo incelendiğinde sosyal destek değişkeni kanserli hastaların fonksiyonel yaşamları ile düşük düzeyde anlamlı bir ilişki vermektedir (R=.280, R²=.078, p<0.05). Sosyal destek hastaların fonksiyonel yaşamının toplam varyansının %8'ini açıklamaktadır. Standardize edilmiş regresyon katsayısına (β) göre yordayıcı değişkenine göre, fonksiyonel yaşam üzerinde sosyal destek değişkeni etkilidir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t testi sonuçları incelendiğinde sosyal destek değişkeninin fonksiyonel yaşam üzerinde düşük düzeyde anlamlı bir yordayıcı olduğu görülmektedir.

5. TARTIŞMA

Kanserli hastaların fonksiyonel durumlarını, algıladıkları sosyal destek düzeylerini, etkileyen faktörleri belirlemek ve algılanan sosyal desteğin fonksiyonel duruma etkisini incelemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları ilgili literatürler ışığında tartışılmıştır.

Bu çalışmada fonksiyonel yaşam ölçeği toplam ve alt boyutlarının ortalama puanları incelendiğinde fiziksel fonksiyonlar alt boyutundan 38.38 ± 13.94 , psikolojik fonksiyonlar alt boyutundan 28.99 ± 9.57 , genel iyilik hali alt boyutundan 16.16 ± 4.80 , sosyal fonksiyonlar alt boyutundan 12.99 ± 2.19 ve gastrointestinal semptomlar alt boyutundan 8.98 ± 4.69 puan aldığı ölçek toplam puan ortalamasının ise 105.5 ± 30.76 olduğu bulunmuştur. Fonksiyonel Yaşam Ölçeği'nin (kanser) geçerlilik ve güvenilirliğinin incelendiği çalışmada Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve alt ölçeklerinden kanser hastalarının alabilecekleri ortalama puanların Fonksiyonel Yaşam Ölçeği için toplam puan ortalamasının 112.4 ± 26.3 alt ölçekleri için sırası ile fiziksel fonksiyonlar puan ortalamasının 45.6 ± 13.1 ; psikolojik fonksiyon puan ortalamasının 30.6 ± 8.7 ; genel iyilik hali puan ortalamasının 14.8 ± 5.4 ; sosyal fonksiyonlar puan ortalamasının 10.9 ± 3.4 ; gastrointestinal semptomların puan ortalamasının 10.5 ± 4.1 olduğu bulunmuştur.¹¹⁵ Bektaş'ın⁹⁶ çalışmasında da bu çalışmanın bulgusuna benzer şekilde fonksiyonel duruma ait puan ortalaması 102.2 ± 20.3 bulunmuştur. Dedeli ve ark.²⁷ yaptıkları çalışmada toplam puan ortalaması 92.3 ± 7.2 olduğu bulunmuştur. Yaranoğlu'nun¹⁰¹ çalışmasında fiziksel fonksiyonlar alt boyutuna ait puan ortalaması 38.9 ± 9.4 , psikolojik fonksiyonlar alt boyutuna ait puan ortalaması 29.8 ± 6.0 , genel iyilik hali alt boyutuna ait puan ortalaması 14.2 ± 4.5 , sosyal fonksiyonlar alt boyutuna ait puan ortalaması 10.7 ± 3.2 ve gastrointestinal semptomlar alt boyutuna ait puan ortalaması 8.5 ± 3.2 , toplam puan ortalamasının ise 103.3 ± 21.7 olduğu bulunmuştur.

Bu çalışmada hastaların algılanan sosyal destek puan ortalaması 155.00 ± 21.66 bulunmuştur. Bu puan genel ortalamanın üzerindedir ve çalışmamızdaki hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyinin iyi durumda olduğunu söyleyebiliriz. Bu çalışmayla benzer olarak bazı çalışmalarda da sosyal desteğin iyi düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır.^{100,106}

Yaş gruplarına göre fonksiyonel yaşamın “fiziksel fonksiyonlar”, “genel iyilik hali”, “sosyal fonksiyonlar” boyutları açısından farklar istatistiksel olarak anlamlı iken; “psikolojik fonksiyonlar”, “gastrointestinal semptomlar” boyutları ve toplam puanları açısından farklar anlamsız bulunmuştur. 18-30 yaş ve 31-40 yaş olan hastaların 61 yaş ve üzerinde olan hastalara göre “fiziksel fonksiyonlar”, “genel iyilik hali” boyutları puanları daha yüksek, 41-50 yaş, 51-60 yaş, 61 yaş ve üzeri olan hastaların 18-30 yaş grubundaki hastalara göre “sosyal fonksiyonlar” boyutu puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bektaş’ın⁹⁶ çalışmasında ise hastaların yaşlarına göre fonksiyonel yaşam alanlarından aldıkları ortalama puanlarının dağılımlarında; 18-25 yaş grubunda fiziksel fonksiyonlar, genel iyilik hali, sosyal fonksiyonlar ve gastrointestinal semptomlar ortalama puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hastaların toplam fonksiyonel yaşam ortalama puanları 18-25 ve 56-65 yaş gruplarında daha yüksek düzeydedir. Ancak, yaş gruplarına göre, fiziksel fonksiyonlar, psikolojik fonksiyonlar, genel iyilik hali, sosyal fonksiyonlar, gastrointestinal semptomlar ve toplam fonksiyonel yaşam ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur.⁹⁶ Yaranoglu’nun¹⁰¹ çalışmasında 18-44 yaş grubunda yer alan katılımcıların fonksiyonel durumlarının, 45-64 yaş ve 65 yaş ve üzeri gruba göre daha iyi olduğu fakat bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. Dedeli ve ark.²⁷ çalışmasında da yaş ile fonksiyonel durum arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bu çalışmada fiziksel fonksiyonlar ve genel iyilik halinin genç grupta yüksek bulunmasının semptomları

yaşlarından dolayı daha iyi tolere edebilmelerinden kaynaklandığı, sosyal fonksiyon puanlarının diğer gruplardan daha yüksek olmasının ise tecrübelerinden dolayı hastalığın verdiği stresle daha iyi mücadele edebildikleri ve sosyal alanda daha az olumsuzluk yaşamalarından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Hastaların yaşlarına göre algılanan sosyal destek puan ortalamaları 41-50 yaş, 51-60 yaş grubunda olan hastaların daha yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Guni'nin⁹⁸ çalışma sonucunda 31-40 yaş arasındaki hastaların sosyal destek puanları daha yüksek bulunmuştur. Ayaz ve ark.¹⁰² çalışmasında ise yaşın algılanan sosyal desteği etkilemediği belirlenmiştir. Savcı'nın⁹⁹ çalışmasında da algılanan sosyal destek yaş değişkeninden etkilenmemekle birlikte genç grupta daha yüksek çıkmıştır. Bu yaş aralığının kişinin psikososyal açıdan belirli bir olgunluğa ulaştığı, özel hayatta dinginliğin sağlandığı ve iş yaşamında da bir takım amaçların gerçekleştirildiği dönemdir.¹⁰³ Bunun için verilen desteğin daha iyi algılandığı ve sonucu bu yönde etkilemiş olabileceği düşünülmüştür.

Hastaların cinsiyetlerine göre fiziksel fonksiyonlar, genel iyilik hali, psikolojik fonksiyonlar, sosyal fonksiyonlar ve toplam fonksiyonel yaşam puan ortalamaları kadınlarda daha yüksek çıkmakla birlikte fonksiyonel yaşamın tüm boyutları ve toplam puan ortalamaları açısından farklar istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Altıparmak ve ark.¹⁰⁴ çalışmasında kadınlarda fiziksel, rol, emosyonel, kognitif ve sosyal fonksiyonlara ait puan ortalamaları kadınlarda daha yüksek bulunmuştur. Yaranoglu'nun¹⁰³ çalışmasında da cinsiyetin fonksiyonel duruma etkisinin olmadığı bulunmuştur.

Hastaların cinsiyetlerine göre algılanan sosyal destek durumları incelendiğinde erkek hastaların algılanan sosyal destek puan ortalamaları kadınlara göre daha yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Daha önce yapılan bazı

Çalışmalarda da erkeklerin algıladıkları sosyal destek erkeklerde yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.^{100,105} Yapılan bazı çalışmalarda da algılanan sosyal destek erkeklerde daha yüksek çıkmıştır fakat aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur.^{99,106,107} Guni'nin⁹⁸ çalışmasında ise algılanan sosyal destek kadınlarda daha yüksek çıkmıştır fakat aradaki fark anlamsız bulunmuştur. İçinde bulunduğumuz kültürün erkekleri kadınlardan daha değerli bir konuma yerleştirmesi, erkeklerin pek çok alanda daha etkin ve avantajlı olmasına neden olmuştur. Ayrıca kadınlar toplumumuzda daha çok destekleyici bir rol üstlenmişlerdir. Bundan dolayı erkeklerin algıladıkları sosyal desteğin yüksek olabileceği düşünülmüştür.

Kanserli hastaların medeni durumlarına göre, fonksiyonel yaşamın “genel iyilik hali”, “sosyal fonksiyonlar” boyutlarına ait puan ortalamaları açısından farklar istatistiksel olarak anlamlı iken, “fiziksel fonksiyonlar”, “psikolojik fonksiyonlar”, “gastrointestinal semptomlar” ve toplam puan ortalamaları açısından farklar istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Bununla birlikte bekar olan hastaların evli olanlara göre “genel iyilik hali” boyutu puan ortalamaları daha yüksek, dul ve evli olan hastaların bekar olanlara göre “sosyal fonksiyonlar” boyutu puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bektaş'ın⁹⁶ çalışmasında bekar hastaların fiziksel fonksiyonlar, psikolojik fonksiyonlar, genel iyilik hali, gastrointestinal semptomlar ve toplam fonksiyonel yaşama ait puan ortalamalarının, evli olan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada hastaların medeni durumlarına göre, genel iyilik hali puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı iken, fiziksel fonksiyonlar, psikolojik fonksiyonlar, sosyal fonksiyonlar ve gastrointestinal semptomlara ait puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur.⁹⁶ Yeşilbakan'ın¹⁰⁸ çalışmasında evli hastaların fonksiyonel durumları daha iyi bulunmuştur. Bazı

Çalışmalarda ise medeni durum ile fonksiyonel durum arasında ilişki bulunamamıştır.^{27,101}

Hastalardan evli ve bekar olanların dul olanlara göre algılanan sosyal destek puan ortalamaları daha yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yenihayat'ın¹⁰⁵ ve Savcı'nın⁹⁹ çalışma sonuçlarında ise evli olan hastaların sosyal destek algısı daha yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Guni'nin⁹⁸ çalışmasında da bekar olan hastaların sosyal destek algısı daha yüksek çıkmıştır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Daha önce yapılan bazı çalışmalarda medeni durum ile algılanan sosyal destek arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur.^{102,109} Boşanmış veya eşlerini kaybetmiş bireylerin sahip oldukları düzen sarsıntıya uğramıştır. Bununla başetmeye çalışan birey ek olarak kanser gibi ağır bir hastalığın yükünü taşımak zorunda kalır ve duygusal yönden zorlu bir süreç yaşarlar ve bu durumda kendilerini yalnız hissedebilirler. Oysa ki evli ve bekar bireyler için durum daha farklıdır. Bekar bireylerin sorumlulukları daha azdır aile ve arkadaş desteği vardır, evli olan bireyler ise eş ve çocukların desteğini almaktadır. Bu çalışmada evli ve bekar hastaların sosyal destek algısının daha yüksek çıkmasını bu durumların etkileyebileceği düşünülmüştür.

Kanserli hastaların eğitim durumlarına göre, fonksiyonel yaşamın “fiziksel fonksiyonlar”, “genel iyilik hali”, “gastrointestinal semptomlar” boyutları ve toplam puan ortalamaları açısından fark istatistiksel olarak anlamlı iken, “psikolojik fonksiyonlar”, “sosyal fonksiyonlar” boyutları açısından farklar anlamsız bulunmuştur. Bununla birlikte niversite mezunu olan hastaların fonksiyonel yaşam alt boyutları ve toplam puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Yeřilbakan¹⁰⁸ ve Bektaş'ın⁹⁶ çalışmalarında eğitim düzeyi arttıķa fonksiyonel durumun da iyiye gittiği bulunmuştur. Bazı çalışmalarda ise eğitim durumunun fonksiyonel duruma etkisi

olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.^{27,101} Bu çalışma sonucunda üniversite mezunlarının fonksiyonel durumunun daha iyi bulunmasının, eğitim düzeyi arttıkça bireyin sağlıklı ilgili bilgi ve beklentilerinin artmasına paralel olarak da sağlık davranışlarının olumlu yönde değişmesinden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Üniversite mezunu olan hastaların, diğer hastalara göre algılanan sosyal destek toplam puan ortalamaları daha yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Savcı'nın⁹⁹ çalışmasında algılanan sosyal destek lise/yüksekokul mezunu olanlarda yüksek bulunmuştur. Ayaz ve ark.¹⁰² çalışmalarında okur-yazar olmayanların algılanan sosyal destek puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu araştırma bulgusunun aksine Bıkmaz'ın¹⁰⁹ çalışmasında ise okur-yazar olanların aileden algıladıkları sosyal destek daha yüksek bulunmuştur. Üniversite mezunlarının algıladıkları sosyal desteğin daha yüksek bulunmasının, eğitim düzeyi arttıkça hastaların hastalıklarını daha bilinçli değerlendirmeleri, sosyal destek kaynaklarını yerinde ve uygun kullanabilmeleri hastalıklarıyla ilgili duygu ve düşüncelerini rahat biçimde ifade etmeleriyle ilişkili olabilir.

Hastaların mesleklerine göre fonksiyonel yaşamın “fiziksel fonksiyonlar”, “genel iyilik hali”, “sosyal fonksiyonlar”, “gastrointestinal semptomlar” boyutları ve toplam puan ortalamaları açısından farklar istatistiksel olarak anlamlı iken “psikolojik fonksiyonlar”, boyutu açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Mesleği memur ve işçi olan hastaların “fiziksel fonksiyonlar”, “genel iyilik hali”, “gastrointestinal semptomlar” boyutları ve toplam puan ortalamaları diğer meslek gruplarından daha yüksek çıkmıştır. Serbest meslek grubunda çalışan hastaların ise “sosyal fonksiyon” boyutu diğer meslek grubunda olan hastalardan daha yüksek çıkmıştır. Bektaş'ın⁹⁶ çalışmasında da emekli ve serbest meslek grubunun fonksiyonel durumlarının, ev hanımı, memur ve işçilerin durumuna kıyasla daha iyi olduğu

sonucuna varılmıştır. Yaranoğlu'nun¹⁰¹ çalışmasında da çalışan kesimin fonksiyonel durumu daha iyi fakat aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Dedeli ve ark.²⁷ çalışmasında da mesleğin fonksiyonel durum üzerinde etkili olmadığı bulunmuştur.

Bu çalışmada en düşük sosyal destek puanı ev hanımlarına ait bulunmuştur ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. Bu çalışma sonuçlarına benzer olarak yapılan diğer çalışmalarda da ev hanımlarının algıladıkları sosyal destek düzeyleri düşük bulunmuştur.^{98,100} Bu çalışmada ev hanımlarında algılanan sosyal desteğin düşük olması, genel olarak sosyal destek düzeyinin kadınlarda daha düşük olmasıyla ilgili olabileceği düşünülmüştür.

Hastaların eşlerinin eğitim durumlarına göre eşleri üniversite mezunu olan hastaların fonksiyonel durumları daha iyi ve aradaki fark “psikolojik fonksiyonlar” ve “gastrointestinal fonksiyonlar” alt boyutları hariç aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Özaras'ın¹¹⁰ çalışmasında da eşlerinin eğitim durumu yüksek olanların fonksiyonel durumları daha iyi bulunmuştur ve aradaki fark anlamlıdır. Savcı'nın⁹⁹ çalışmasında eşleri lise/yüksekokul mezunu olan hastaların fonksiyonel durumu daha iyi fakat aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Eğitim düzeyi yükseldikçe insanların sağlık hastalık konusunda bilinçlenme düzeyi de artar ve insanlar hastalık durumunda nasıl davranacaklarını daha iyi bilirler bundan dolayı eşlerin eğitim düzeyinin yüksek olması hastaların hastalıkla daha iyi başetmesine neden olur ve fonksiyonel durumları da bundan iyi yönden etkilenebilir. Bu çalışmanın sonucunda da eşlerin eğitim düzeyinin iyi olmasının fonksiyonel durum üzerinde olumlu etkisinin olabileceği düşünülmüştür.

Hastaların eşlerinin eğitim durumlarına göre algılanan sosyal destek açısından, eşi üniversite mezunu olan hastaların algılanan sosyal desteği diğerlerinden daha yüksek

olmasına karşın aradaki fark anlamsız bulunmuştur. Bu çalışma bulgusuna benzer olarak Savcı'nın⁹⁹ çalışmasında da eşin eğitim durumunun algılanan sosyal destek üzerinde etkili olmadığı bulunmuştur.

Hastaların eşlerinin meslek durumuna göre, fiziksel ve sosyal fonksiyon boyutları dışındaki diğer boyutları çalışan meslek grubunda ve ev hanımlarında yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Özaras'ın¹¹⁰ ve Savcı'nın⁹⁹ çalışmasında ise eşin mesleki durumunun fonksiyonel durumu etkilemediği bulunmuştur. Bu çalışma sonucunda düzenli gelir getiren mesleğe sahip eşlerin, hastalık durumunda çalışamayan ve maddi ihtiyaçlarını sağlamada sıkıntı çeken hastalara destek olması ve sağlıkla ilgili imkanlara ulaşmada kolaylık sağlaması nedeniyle fonksiyonel durumu iyi yönde etkileyeceği düşünülmüştür. Ev hanımlarının ise bir işte çalışmayıp tüm dikkatini hastaya vererek bakımına yardım etmesi nedeniyle bu hastaların da fonksiyonel durumlarının diğerlerine göre daha iyi olacağı düşünülmüştür.

Hastaların eşlerinin meslek durumlarına göre, eşleri düzenli gelir getiren işçi ve memur olanların algıladıkları sosyal destek diğer gruplara göre daha yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Savcı'nın⁹⁹ çalışmasında ise eşi gelir getiren bir işte çalışmayan hastaların algılanan sosyal desteği daha yüksek fakat aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Bu çalışmada eşleri düzenli gelir getiren işte çalışan hastaların maddi kaygılarının olmaması verilen desteğin daha iyi algılanmasını sağlayacağı düşünülmüştür.

Hastaların aile tipine göre fonksiyonel durumun tüm boyutları ve toplam puan ortalamaları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Bazı çalışmalarda da aile tipinin fonksiyonel durumu etkilemediği bulunmuştur.^{96,99,108} Bu sonuçlar da bu çalışmanın sonuçlarıyla paralellik göstermektedir.

Hastanın aile tipine göre algılanan sosyal desteği en yüksek olan grup çekirdek aileye sahip olan gruptur ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. Bazı çalışmalarda ise aile tipinin algılanan sosyal destek üzerine etkisi olmadığı sonucu çıkmıştır.^{99,105} Bu çalışmada çekirdek ailenin algılanan sosyal destek üzerinde etkili olması, ailenin eşler ve çocuklardan oluşması fazla kalabalık olmaması dolayısıyla aile üyelerinin hastaya daha iyi odaklanması ve ihtiyaçlarını daha iyi anlamsıyla ilgili olabileceği düşünülmüştür.

Hastaların yaşadıkları yere göre, fonksiyonel yaşamın “genel iyilik hali” ve “sosyal fonksiyonlar” boyutları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı iken, “fiziksel fonksiyonlar” “psikolojik fonksiyonlar”, “gastrointestinal semptomlar” boyutları ve toplam puanlar açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. İlde yaşayan hastaların diğerlerine göre tüm boyutlarda aldığı puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Yeşilbakan’ın¹⁰⁸ çalışmasında ilde yaşayan hastalarda rol fonksiyonu daha yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bektaş⁹⁶ ve Yaranoglu’nun¹⁰¹ çalışmalarında ise hastaların yaşadıkları yerin fonksiyonel durum üzerinde etkili olmadığı bulunmuştur. İlde yaşayan hastaların sağlıkla ilgili ulaşabilecekleri daha çok imkan olması, herhangi bir sıkıntı yaşadıklarında hastaneye ve sağlık personeline daha kolay ulaşabilmesi daha geniş sosyal ağlara sahip olması nedeniyle genel iyilik hali ve sosyal fonksiyonlar boyutlarının daha yüksek çıktığı düşünülmüştür.

Hastaların yaşadıkları yere göre algıladıkları sosyal destek ilde yaşayanlarda daha yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu çalışma bulgusunun aksine bazı çalışmalarda da yaşanan yerin algılanan sosyal destek üzerinde etkili olmadığı bulunmuştur.^{99,107}

Hastaların aylık gelirine göre, “sosyal fonksiyonlar” boyutu hariç tüm alt boyut ve toplam puan ortalamaları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Aylık geliri 1001TL ve üzeri olan hastaların aylık geliri 500 TL ve altı ile 501-1000 TL olan hastalara göre “fiziksel fonksiyonlar”, “psikolojik fonksiyonlar” “gastrointestinal semptomlar” “genel iyilik hali” boyutları, fonksiyonel yaşam toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Altıparmak ve ark.¹⁰⁴ yaptıkları çalışmada gelir düzeyi yeterli olan hastaların yetersiz olanlara göre, Bektaş’ın⁹⁶ yaptığı çalışmada gelir düzeyi yüksek olanların düşük olanlara göre fonksiyonel durumlarının daha iyi olduğu sonucu bulunmuştur. Başka bir çalışmada da bu çalışmanın bulgularına benzer şekilde geliri yüksek olanların fonksiyonel durumlarının daha iyi olduğu bulunmuştur.¹⁰¹ Bu çalışmada gelir seviyesi yüksek olan hastaların maddi olanakları daha iyi kullanmaları tedavi ile ilgili daha fazla imkana sahip olmaları, hastalığın getireceği maddi yükü karşılayabilecek olmanın rahatlığı ile fonksiyonel durumlarının daha iyi olabileceği düşünülmüştür.

Hastaların gelir düzeyi arttıkça algılanan sosyal destek puanı da artmıştır ve aradaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur. Bazı çalışmalarda da gelir düzeyi arttıkça algılanan sosyal destek de arttığı sonucu bulunmuştur.^{102,106} Savcı⁹⁹ ve Guni’nin⁹⁸ çalışmasında ise gelir düzeyi orta durumdaki hastaların sosyal destek algıları daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışma sonucunda gelirin sosyal destek üzerinde etkili olmasının, hasta yakınlarının ve hastanın maddi kaygılardan uzak ve bu kaygıların yaratacağı stresle başetmek zorunda olmamasının verdiği rahatlıkla daha etkili iletişim kurmaları ile ilgili olabileceği düşünülmüştür.

Hastalık süresine göre, fonksiyonel yaşamın “genel iyilik hali” boyutu açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı iken fonksiyonel yaşamın diğer boyutları ve toplam puan ortalamaları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız

bulunmuştur. Hastalık süresi 49 ay ve üzeri olanlarda genel iyilik hali diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Öz'ün¹¹¹ çalışmasında hastalık süresi 4-6 yıl olanlarda bedeni durum, faaliyet durumu ve duygusal durum, sosyal yaşam / aile durumunun daha iyi ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.¹¹¹ Dedeli ve ark.²⁷ çalışmasında da tanı süresinin fonksiyonel durumu etkilediği bulunmuştur. Bazı çalışmalarda da hastalık süresinin fonksiyonel duruma etki etmediği sonucuna bulunmuştur.^{96,101,108} Bu çalışmada hastalık süresi 49 ay ve üzeri olanlarda genel iyilik halinin yüksek olması, hastanın remisyonda olması, önceki deneyimler nedeniyle semptomlarla daha iyi başedebilmesi, hastalıkla nasıl mücadele edebileceklerini öğrenmiş olmalarıyla ilgili olabileceği düşünülmüştür.

Hastaların hastalık süresine göre algılanan sosyal desteği en yüksek 25-36 aylık gruptadır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bazı çalışmalarda da hastalık süresinin algılanan sosyal destek üzerinde etkili olmadığı sonucu bulunmuştur.^{98,100,107} Kanser tanısı ile karşılaşma, tekrarlama ya da metastaz haberini alma ile hayatın anlamı değişir, hastalık dışında bir şey düşünmek imkansız hale gelebilir. Hasta her şeye karşı ilgisiz ve isteksiz olabilir. Tedaviler ve iyi sonuçlarla birlikte yeni umutlar, üstesinden gelinecek güçlükler bu endişeleri tamamen ortadan kaldırırsa da azaltır, zamanla endişeler, kuşkular daha az düşünülür ve günlük hayatın akışı daha fazla önem kazanmaya başlar.⁴⁶ Hastalık süresinin artmasıyla birlikte hasta uyum süreci içerisine girmiştir çevreye karşı olan ilgisi artmıştır ve ona verilen desteğin farkına varmıştır. Bu nedenle algılanan sosyal desteğin de zamanla birlikte artış göstermiş olabileceği düşünülmüştür.

Hastaların tedavi süresine göre, fonksiyonel yaşamın “genel iyilik hali” boyutu açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı iken fonksiyonel yaşamın diğer boyutları ve toplam puan ortalamaları açısından aradaki fark istatistiksel olarak

anlamsız olduğu bulunmuştur. Tedavi süresi 12 aydan daha fazla olan hastaların “genel iyilik hali” boyutu puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bazı çalışmalarda da tedavi süresinin fonksiyonel duruma etki etmediğı ancak tedavi süresi uzadıkça fonksiyonel durumun azaldığı bulunmuştur.^{99,101,108} Haha önce yapılan çalışmalarla bu çalışmanın bulguları paralellik göstermemektedir. Bu çalışmada tedavi süresi uzadıkça hastaların semptomlarla başetme konusunda bilgi ve beceri kazanmaları nedeniyle tedavinin fonksiyonel durumlarını daha fazla etkilemeyeceğı düşünülmüştür.

Hastaların tedavi sürelerine göre algıladıkları sosyal destek ise 12 aydan fazla süredir tedavi görenlerde daha yüksek bulunmuştur. Bıkmaz¹⁰⁹ ve Savcı’nın⁹⁹ çalışmalarında ise tedavi süresinin algılanan sosyal destek üzerinde etkili olmadığı bulunmuştur. Bu çalışmalarla bu çalışmanın bulguları paralellik göstermemektedir. Hastalık süresi ilerledikçe tedaviyle ilgili daha fazla komplikasyonlar görülür, yaşanan sıkıntılar artar. Hastalar ölüme yaklaştıkça yakınları daha fazla destek olmaya çalışır. Bundan dolayı hastalık süresi fazla olanlarda algılanan sosyal desteğin daha fazla olduğu düşünülmüştür.

Hastaların hastanede bulunma sebebine göre fonksiyonel yaşamın “fiziksel fonksiyonlar”, “psikolojik fonksiyonlar”, “genel iyilik hali”, “sosyal fonksiyonlar”, boyutları ve toplam puan ortalamaları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hastanede kemoterapi için bulunan hastaların “gastrointestinal semptomlar” boyutu hariç fonksiyonel yaşamın tüm boyut ve toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Öz’ün¹¹¹ çalışmasında kontrole gelen hastaların kemoterapi için gelen hastalara göre bedeni durum, sosyal yaşam ve aile durumu, faaliyet durumu, duygusal durum açısından aradaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur. Bu çalışmada kemoterapi alanların oranı %79 olduğu için aradaki farkın böyle çıktığı düşünülmüştür.

Hastanede bulunma sebebine göre hastaların algılanan sosyal destekleri arasında aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Bu çalışma bulgusundan farklı olarak Guni'nin⁹⁸ çalışmasında ise yalnızca kemoterapi alan hastaların sosyal destek algısı daha yüksek bulunmuştur.

Hastaların hastanede yatma süresine göre, fonksiyonel yaşamın tüm boyutları ve toplam puan ortalamaları açısından aradaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur. Ayaktan tedavi görenlerin fonksiyonel durumu yatarak tedavi alan hastalara göre daha iyi bulunmuştur. Hastaların yatma süresi arttıkça fonksiyonel durumlarının kötüleştiği belirlenmiştir. Öz'ün¹¹¹ çalışmasında da ayaktan tedavi görenlerin tedavi durumları ile sosyal yaşam/aile durumu ve duygusal durumları daha iyidir. Yine Savcı'nın⁹⁹ çalışmasında da ayaktan tedavi alan hastaların fonksiyonel durumları daha iyi bulunmuştur. Pinar ve ark.¹¹² çalışmasında ise yatarak veya ayaktan tedavinin fonksiyonel durum üzerinde etkili olmadığı sonucu bulunmuştur.¹¹² Savcı⁹⁹ ve Öz'ün¹¹¹ çalışmaları bu çalışmanın bulguları ile paralellik göstermektedir. Ayaktan tedavi alan hastaların yaşamları üzerindeki hakimiyetlerinin daha fazla olduğu ve hastanede yatmadıkları için fonksiyonel durumlarını daha iyi olarak algıladıkları düşünülmüştür. Hastane ortamında hastaların ortamdaki ışık, gürültü gibi faktörlere uyum sağlamaları zordur. Hastanede yatan hastaların uyku düzenleri, yemek alışkanlıkları bozulur ve hasta diğer hastaların durumlarından da etkilenir. Yatmakta olan hastalar da bir yandan hastane ortamıyla mücadele ederken bir yandan da tedavilerin yan etkileriyle başetmek zorunda kalırlar. Bu nedenle ayaktan tedavi gören hastaların, fonksiyonel durumlarının daha iyi olduğu ve hastaların yatma sürelerinin fonksiyonel duruma olumsuz etki ettiği düşünülmüştür.

Hastaların hastanede bulunma sürelerine göre algıladıkları sosyal destek açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Savcı'nın⁹⁹

alışmasında da ayaktan tedavi görenler ile yatarak tedavi görenlerin arasında algılanan sosyal destek açısından fark bulunmamıştır.

Hastalık tanısını bilme durumunun fonksiyonel durumu istatistiksel olarak etkilemediği bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen hastalık tanısını bilenlerin toplam fonksiyonel puanları daha yüksek bulunmuştur. Sayılır'ın¹¹³ çalışmasında tanısını bilen hastaların fiziksel fonksiyonları daha iyi bulunmuştur. Bazı çalışmalarda ise tanıyı bilme durumunun fonksiyonel durumu etkilemediği bulunmuştur.^{102,104} Tanısını bilen hastaların, hastalıklarıyla ve semptomlarla daha iyi başedeabilmek adına daha çok bilgi aldıkları ve bunları hastalıklarıyla mücadele ederken kullandıkları için tanısını bilmeyen hastalara göre fonksiyonel durumlarının daha iyi olduğu düşünülmüştür.

Tanısını bilen hastaların sosyal destek algıları bilmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. Benzer olarak bazı çalışmalarda da tanısını bilen hastaların algılanan sosyal destek düzeyleri daha yüksek bulunmuştur.^{99,100} Genellikle hastayla ilgili gerçekler aileye söylenirken, hastaya yeteri kadar bilgi verilmemektedir. Bu durum hastanın bir bakıma karanlıkta bırakılması anlamına gelmekte ve giderek daha ileri sorunların yaşanmasına yol açabilmektedir. Ayrıca hastadan hastalığıyla ilgili bilgilerin saklanması çabası, hastanın ailesinden beklediği desteği alamamasına neden olmakta ve hastada derin bir yalnızlığa yol açabilmektedir.¹¹⁴

Hastaların tanılarına göre, fonksiyonel yaşamın “fiziksel fonksiyonlar”, “psikolojik fonksiyonlar”, “genel iyilik hali”, “gastrointestinal semptomlar” boyutları ve toplam puan ortalamaları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çalışmamızda kan-lenf kanseri tanısı alan hastaların fonksiyonel durumu diğer hastalara göre daha iyi, fiziksel fonksiyonlar ve genel iyilik hali akciğer kanseli

hastalarda daha kötü iken gastrointestinal sistem kanser tanısı alan hastaların ise psikolojik fonksiyonlar, gastrointestinal semptomlar ve toplam puan ortalamaları daha kötü bulunmuştur. Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bektaş'ın⁹⁶ çalışmasında meme kanseri tanısı alan hastaların fonksiyonel durumlarının daha kötü olduğu bulunmuştur ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. Dedeli'nin²⁷ çalışmasında ise prostat kanserli hastaların fonksiyonel durumu daha kötü bulunmuştur. Yeşilbakan'ın¹⁰⁸ çalışmasında karaciğer kanserli hastaların pankreas kanserli hastalara göre fiziksel fonksiyonlarının daha iyi olduğu, kolon kanserli hastaların sosyal fonksiyonlarının pankreas kanserli hastalardan daha iyi olduğu bulunmuştur.

Hastaların tanısına göre algılanan sosyal destek düzeyleri açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Yapılan diğer çalışmalarda da hastanın tanısının algılanan sosyal desteğe etki etmediği bulunmuştur.^{98,106} Hastaların aldıkları tanıları farklı olsa da yaşadıkları fizyolojik, psikolojik ve sosyo-ekonomik zorluklar ve ihtiyaç duydukları sosyal destek de benzerdir. Bunun nedenle tanının algılanan sosyal destek düzeyine etki etmediği düşünülmüştür.

Hastaların başka hastalığı olma durumuna göre, fonksiyonel yaşamın “fiziksel fonksiyonlar”, “genel iyilik hali”, “gastrointestinal semptomlar” boyutları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı iken fonksiyonel yaşamın “psikolojik fonksiyonlar”, “sosyal fonksiyonlar” boyutları ve fonksiyonel yaşam toplam puan ortalamaları açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Başka hastalığı olmayan kanserli hastaların başka hastalığı olan hastalara göre fonksiyonel yaşamın “fiziksel fonksiyonlar”, “genel iyilik hali”, “gastrointestinal semptomlar” boyutları puanları daha yüksek bulunmuştur. Bektaş'ın⁹⁶ çalışmasında başka bir kronik hastalık tanısı almayan hastaların fiziksel fonksiyonlar, psikolojik fonksiyonlar ve

toplam fonksiyonel yaşam ortalama puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur fakat aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Bu çalışma bulgusunun aksine bazı çalışmalarda da başka bir hastalığın varlığının fonksiyonel duruma etki etmediği bulunmuştur.^{101,104} Hastaların ek bir kronik hastalığının olmasıyla birlikte hastanın deneyimlediği semptom sayısı ve sıklığı da artar. Bunun da hastanın fiziksel durumunu ve genel iyilik halini olumsuz yönde etkileyeceği düşünülmüştür.

Başka bir hastalığın olma durumuna göre hastaların algıladıkları sosyal destek açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Karakoç'un¹⁰⁶ çalışmasında da başka bir hastalığın varlığının algılanan sosyal destek üzerinde etkili olmadığı bulunmuştur.

Bu çalışmada hastaların, algılanan sosyal destek puanları ile fonksiyonel yaşam puanları arasındaki ilişkilerin tümü pozitif yönde anlamlı bulunmuştur. Dedeli ve ark.²⁷ çalışmasında da fonksiyonel durumun, genel iyilik hali durumunun sosyal destekle arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Özkan ve ark.¹² çalışmasında da sosyal desteğin fonksiyonel durum üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Sosyal destek; hastanın hastalığa, tedavilerine uyumu kolaylaştırır, hastalığıyla başetme yeteneğini ve isteğini artırır. Hasta böylece semptomlarla ve hastalıkla daha iyi mücadele eder. Bu nedenle sosyal destek arttıkça fonksiyonel durumun da düzeleceği düşünülmüştür.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Araştırmamızdan elde edilen sonuçlar şu şekilde özetlenebilir:

- ✓ Hastaların fonksiyonel durumlarının iyi olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.
- ✓ 18-30 yaş grubunda olanların, üniversite mezunlarının, memur-işçi grubunda çalışanların, eşi üniversite mezunu olanların, aylık geliri 1001TL ve üzeri olanların, kemoterapi için hastanede bulunanların, ayaktan tedavi alanların, kan-lenf kanseri olanların ve başka bir hastalığı olmayan hastaların fiziksel fonksiyonları daha iyi bulunmuştur.
- ✓ Eşi işçi olarak çalışanların, aylık geliri 1001TL ve üzeri olanların, ayaktan tedavi alanların, kemoterapi için hastanede bulunanların ve kan-lenf kanseri olanların psikolojik fonksiyonları daha iyi bulunmuştur.
- ✓ 18-30 yaş grubunda olanların, bekar olanların, üniversite mezunlarının, memur-işçi grubunda çalışanların, üniversite mezunu olanların, eşi memur olanların, ilde yaşayanların, aylık geliri 1001 TL ve üzeri olanların, hastalık süresi 49 ay ve üzeri olanların, tedavi süresi 12 aydan fazla olanların, kemoterapi için hastanede bulunanların, ayaktan tedavi görenlerin, kan-lenf kanseri olanların, başka bir hastalığı olmayanların genel iyilik hali daha iyi bulunmuştur.
- ✓ 41-50 yaş grubunda olanların, dul olanların, serbest meslek grubunda çalışanların, ilde yaşayanların, kemoterapi için hastanede bulunanların, ayaktan tedavi görenlerin sosyal fonksiyonları daha iyi bulunmuştur.
- ✓ Üniversite mezunu olanların, memur-işçi olanların, eşi memur olanların, aylık geliri 1001 TL ve üzeri olanların, ayaktan tedavi alanların, kan-lenf kanseri olanların ve başka bir hastalığı olmayanların gastrointestinal semptomları daha hafif bulunmuştur.

✓ Üniversite mezunlarının, serbest meslek grubunda çalışanların, eşi üniversite mezunu olanların, eşi işçi olanların, aylık geliri 1001 TL ve üzeri olanların, kemoterapi için hastanede bulunanların, ayaktan tedavi alanların, kan-lenf kanseri olanların ortalama fonksiyonel puanları daha yüksek bulunmuştur.

✓ Hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyinin iyi olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

✓ 51-60 yaş grubundaki hastaların, erkeklerin, evli olanların, üniversite mezunu, işçi olarak çalışan, eşi işçi olan, aile tipi çekirdek olan, ilde yaşayan, çiftçi grubunda çalışan, aylık geliri 1001TL ve üzeri olanların, hastalık süresi 25-36 ay olan, tedavi süresi 12 aydan uzun olan, hastalığını bilen hastaların algıladıkları sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

✓ Algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça fonksiyonel durumun iyileştiği bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

✓ Fonksiyonel durumu daha iyi hale getirebilmek için hasta ve yakınlarına ilaçlar, semptomlarla başetme, komplikasyonlardan korunma vb. konularında sürekli ve düzenli eğitimler yapılmalı, bu eğitimler planlanırken hastaların yaş, cinsiyet, sosyo-kültürel ve ekonomik durum gibi özellikleri göz önüne alınmalıdır.

✓ Hasta yakınlarına sosyal destek becerilerini geliştirmek amacıyla bilgi verici ve destekleyici danışmanlık hizmetleri verilmelidir. Bu konuda tüm sağlık ekipleri iş birliği içinde olmalıdır.

✓ Kanserli hastaların belirli aralıklarla fonksiyonel durumlarını ve etkileyen faktörleri belirleyen çalışmalar yapılmalı ve bunların sonuçlarına yönelik uygulamalar planlanmalıdır.

✓ Hemşireler bu çalışmaların sonuçları hakkında bilgilendirilmeli ve uygulamada bu çalışmaların sonuçları dikkate alınmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Akdemir N, Birol L. *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*, 2. Baskı, Ankara, Sistem Ofset, 2004: 243-306.
2. Talu GK. Kanser ve Nedenleri, Kanser Ağrısında Tanı ve Epidemiyoloji. İçinde: Talu GK (editör). *Ağrı Kliniği: Kanser Ağrısı*, 1. Baskı, Ankara, Bilimsel Tıp Yayınevi, 2010: 1-33
3. Bultz B D, Holland J C. Emotional distress in patients with cancer: The sixth vital sign. *Community Oncology* 2006; 3: 311-314.
4. Kartoğlu M, Saraçoğlu F. Kanserli hastanın psikolojik desteği. *Kadın Doğum Dergisi* 2005; 3 : 528-532.
5. Tuncer AM. Kanserin Ülkemiz ve Dünyadaki Önemi, Hastalık Yüğü ve Kanser Kontrol Politikaları. İçinde: Tuncer AM. (editör). *Türkiye’de Kanser Kontrolü*, Ankara, Koza Matbaacılık, 2009: 5-9
6. Jemal A, Bray F, Center MM. Global cancer statistics. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 2011, 61: 69–90.
7. General world cancer statistics
http://www.wcrf.org/cancer_statistics/world_cancer_statistics.php 12 Ağustos 2012
8. Cancer <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>
12 Ağustos 2012
9. İstatistiklerle Türkiye, Turkey İn Statistics 2011
www.turkstat.gov.tr/IcerikGetir.do?istab_id=5 12 Ağustos 2012
10. Yardım N, Mollahaliloğlu S, Başara BB. Türkiye’de Kanser Durumu ve Uluslararası Göstergeler İle Uyumunun Değerlendirilmesi. İçinde: Tuncer AM. (editör). *Türkiye’de Kanser Kontrolü*, Ankara, Koza Matbaacılık, 2009: 51-63.

11. Barsevick AM, Dudley WN, Beck SL. Cancer-related fatigue, depressive symptoms, and functional status: a mediation model. *Nursings Research*, 2006, 55: 72-366 .
12. Özkan S, Ögce F. Importance of Social Support for Functional Status in Breast Cancer Patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2008, 9: 601-604.
13. Ferrans CE, Faan RN. Quality Of Life As An Outcome Of Cancer Care. In: Yarbro CH, Goodman M, Frogge MH (eds). *Cancer Nursing Principles and Practice*. 6th ed. Canada, Jones and Bartlett Publishers, 2005: 183-201.
14. Beck LA. Cancer rehabilitation: does it make a difference?. *Rehabilitation Nursing*, 2003, 28:7-42.
15. Kara B, Fesci H. Kanserde öz-bakım ve yaşam kalitesi. *Hematoloji-Onkoloji*, 2004, 6: 124-129.
16. Can G, Durna Z, Aydiner A. Assessment of fatigue in and care needs of Turkish women with breast cancer. *Cancer Nursing*, 2004, 27: 153-161
17. Arıkan K. Kanser hastalarında psikolojik destek. *Klinik Gelişim*, 2004, 17: 77-86.
18. Dodd MJ, Miaskowski C, Paul SM. Symptom clusters and their effect on the functional status of patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 2001, 28: 70-465.
19. Suwisith N, Hanucharurnkul S, Dodd M, Vorapongsathorn T, Pongthavorakamol K, Asavametha N. Symptom clusters and functional status of women with breast cancer. *Thai Journal of Nursing Research*, 2008, 12: 153-165.
20. Özkan S. Kanserli Hastada Psikiyatrik ve Psikososyal Destek İçinde: Mandel NM, Onat H. (editörler). *Kanser Hastasına Yaklaşım*, İstanbul, Nobel Matbaacılık, 2012: 533-552

21. Özkan S. *Psiko-Onkoloji*, 1. Baskı. İstanbul, Form Reklam Hizmetleri, 2007: 15-42.
22. Tuncay T. Kanserle Başetmede Destek Grupları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 2010, 21: 59-71.
23. Gökler İ. Çocuk ve ergenler için sosyal destek değerlendirme ölçeği Türkçe formunun uyarlama çalışması: Faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 2007, 14: 90-99.
24. Kartoğlu M, Saraçoğlu F. Kanserli hastanın psikolojik desteği. *Kadın Doğum Dergisi*, 2005, 3: 528-532.
25. Hann D, Baker F, Denniston M, Gesme D, Reding D, Flynn T, Kennedy J, Kieltyka RL. The influence of social support on depressive symptoms in cancer patients: age and gender differences. *Journal of Psychosomatic Research*, 2002, 52: 279–283.
26. Kroenke CH, Kubzansky LD, Schernhammer ES, Holmes MD, Kawachi I. Social networks, social support, and survival after breast cancer diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, 2006, 24: 1105-1111.
27. Dedeli Ö, Fadiloğlu Ç, Uslu R. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 2008, 23: 132-139.
28. What is cancer <http://www.cancer.org/cancer/cancerbasics/what-is-cancer> 23 Eylül 2012.
29. Aslan FE, Olgun N, Uzun Ö. Onkoloji. İçinde: Karadakovan A, Aslan FE (editörler). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, 2. Baskı, Adana, Nobel Kitabevi, 2011: 201-241.

30. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği. HASUDER Türkiye Sağlık Raporu 2012: Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, 2012: 71-86.
31. Malin A. Epidemiology. İn: . In: Yarbrow CH, Goodman M, Frogge MH (eds). *Cancer Nursing Principles and Practice*, 6th ed. Canada, Jones and Bartlett Publishers, 2005: 40-65.
32. Akyol A, Bilgiç P, Ersoy G. *Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlıklı Yaşam*, 1. Baskı, Ankara, Klasmat Matbaacılık, 2008: 11.
33. Signs and Symptoms of Cancer What Are Signs and Symptoms?
<http://www.cancer.org/cancer/cancerbasics/signs-and-symptoms-of-cancer>
1 Ekim 2012
34. Sargut KK, Akay N. Genel Olarak Kanser. İçinde: Karakuş L, Karakoç Y (editörler). *Onkolojik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı El Kitabı*, Ankara, Mavi Ambalaj, 2005: 13-26.
35. Tuncay T. Genç kanser hastalarının hastalık anlatılarının güçlendirme yaklaşımı temelinde analizi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 2009, 20: 69-87.
36. Kaptan G, Dedeli Ö. *Teoriden Uygulamaya İç Hastalıkları Hemşireliği Kavram ve Kuramlar*, 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık, 2012.
37. Aslan Ö, Vural H, Kömürcü Ş, Özet A. Kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006, 10: 5-28.
38. Yeşilbakan ÖU. Anemi ve Yorgunluk. İçinde: Can G. (editör). *Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi*, 1. Baskı, İstanbul, 3P-Pharma Publication Planning, 2007: 13-25.

39. Yeşilbakan ÖU. Akciğer Kanserinde Hematolojik Toksisitler . İçinde: Can G, Aydın A (editörler). *Akciğer Kanserinde Tedavi ve Bakım*, 1. Baskı, İstanbul, İpomet Matbaacılık, 2010: 81-108.
40. Gündoğdu F. Trombositopeni. İçinde: Can G. (editör). *Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi*, 1. Baskı, İstanbul, 3P-Pharma Publication Planning, 2007: 26-33.
41. Fishman M, Orlowski MM. Cancer Chemotherapy Guidelines and Recommendations For Practise. Çeviri: Can G. *Kanser Kemoterapi Rehberi ve Uygulamaya Yönelik Öneriler*, 2. Baskı. İstanbul, Nobel Matbaacılık, 2003: 51-90.
42. Can G. Mukozit. İçinde: Can G. (editör). *Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi*, 1. Baskı, İstanbul, 3P-Pharma Publication Planning, 2007: 81-99.
43. Elçigil A. Akciğer Kanserinde Terminal Dönem Sorunları . İçinde: Can G, Aydın A (editörler). *Akciğer Kanserinde Tedavi ve Bakım*, 1. Baskı, İstanbul, İpomet Matbaacılık, 2010: 149-163.
44. Aydın ON. Ağrı Çeşitleri ve Nedenleri. İçinde: Talu GK (editör). *Ağrı Kliniği: Kanser Ağrısı*, 1. Baskı, Ankara, Bilimsel Tıp Yayınevi, 2010: 33-66.
45. Okyayüz ÜH. Kanserli hastada psikiyatrik ve psikososyal destek, ölümcül hastalık tanısı almak: Bir yaşam krizi kötü haber verilmeli mi?. *Kriz Dergisi*, 2003, 11: 29-35.
46. Elbi H. Kanser ve depresyon. *Psikiyatri Dünyası*, 2001, 5: 5-10.
47. Işıkhani V. Kanser ve sosyal destek. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 2007, 18: 15-29.
48. World Cancer Report 2008 <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/index.php> 28 Kasım 2012

49. Özbaş A. Meme kanserli ailelerde sorunlar ve çözümler. *Meme Sağlığı Dergisi*, 2006, 2: 115-117.
50. Functional status <http://qol.thoracic.org/sections/key-concepts/functional-status.html> 09 Ekim 2012.
51. Functional status assesment http://www.galter.northwestern.edu/geriatrics/chapters/functional_status_assessment.cfm 09 Ekim 2012.
52. Functional status http://www.npcrc.org/resources/resources_show.htm?doc_id=376169 09 Ekim 2012
53. Leidy NK. Functional status and the forward progress of merry-go-rounds: toward a coherent analytical framework. *Nursing Research*, 1994, 43: 196-202.
54. Kayıhan H. Yaşam kalitesi www.yaslilikrehberi.org/media/13366/495_yasam_kalitesi.doc 09 Ekim 2012
55. Lee RN, Graydon JE, Ross E. Effects of psychological well being, physical status and social support on oxygen-dependent COPD patients' level of functioning. *Research in Nursing and Health*, 14: 323-328.
56. Leidy NK. Using functional status to assess treatment outcomes. *Chest Journal*, 1994, 106: 1645-1646.
57. Escalante A. Measurement of global functional performance patients with rheumatoid arthritis using rheumatology function tests. *Arthritis Research and Therapy*, 2004, 6: 315-325.
58. Leidy NK. Addressing behavioral and emotional aspects of COPD. *Proceedings*, 2008, 8: 463-468.

59. İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması, Dünya Sağlık Örgütü 2004. TC Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı Yayını. http://www.ozida.gov.tr/default20.aspx?menu=siniflan_dirma&sayfa=icf 22 Eylül 2012.
60. National Committee on Vital and Health Statistics: Classifying and Reporting Functional Status www.ncvhs.hhs.gov/010617rp.pdf 1 Temmuz 2012.
61. Deng G, Barrie D, Cassileto R. Integrative oncology: Complementary therapies for pain, anxiety and mood disturbance. *CA: Cancer Journal for Clinicians*, 2005, 55: 109-116.
62. Laure F, Colleau SM, Brasseur L, Cleeland CS. Multicenter study of cancer pain and its treatment in France. *British Medical Journal*, 1995, 310: 1034-1037.
63. Dodd MJ, Miaskowski C, Lee KA. Occurrence of symptom clusters. *Journal National Cancer Institute Monographs* , 2004, 32: 76-78.
64. Chen ML, Tseng HH. Identification and verification of symptom clusters in cancer patients. *The Journal of Supportive Oncology*, 2005, 3: 28-29.
65. Akın S, Ergün A. Semptom grubu kavramı ve önemi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007, 15: 200-205.
66. Lenz ER, Pugh LC, Milligan RA, Gift A, Suppe F. The middle-range theory of unpleasant symptoms: an update. *Advances In Nursing Science*, 1997, 19:1 4-27.
67. Eker D, Arkar H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlilik ve güvenirliği. *Türk Psikologlar Dergisi*, 1995, 10: 45-55.
68. Taylor SE, Sherman DK, Kim HS, Jarcho J, Takagi K, Dunagan MS. Culture and social support: who seeks it and why? *Journal of Personality and Social Psychology*, 2004, 87: 62-354.

69. Cohen S. Social relationships and health. *American Psychologist*, 2004, 59: 676-684.
70. Şahin D. Sosyal Destek ve Sağlık. İçinde: Okyayüz ÜH. (editör). *Sağlık Psikolojisi*, 1. Baskı. Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1999: 79-106.
71. The iSource National Breast Cancer Centre. Clinical Practice Guidelines For The Management Of Early Breast Cancer. 2nd edition. Australia, AusInfo Government Info Bookshops, 2001.
72. Wills TA, Shinar O. Measuring Perceived and Received Social Support. In: Cohen S, Underwood LG ve Gottlieb GH. (eds). *Social Support Measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Scientists*. New York, Oxford University Press, 2000: 86-135.
73. Duyan V. Sosyal desteğin tanımı, kaynakları işlevsel boyutları ve yararları. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 2001, 1: 8-11.
74. Kaner S. Aile destek ölçeği: faktör yapısı, güvenirlik ve geçerlilik çalışmaları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 2003, 4: 57-72.
75. Duyan V. HIV/AIDS hastalığının sosyal boyutu. Hacettepe Üniversitesi HIV/AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi <http://www.hatam.hacettepe.edu.tr/aids.shtml> 18 Ekim2012
76. Ünsal P. Bir iş ortamında algılanan sosyal desteğin işlevlerine, kaynaklarına,cinsiyet ve mesleğe göre incelenişi. *IX. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları*. Türk Psikologlar Derneği 1996: 315-326.
77. Duyan V. HIV/AIDS'e ilişkin damgalanma ve sosyal destek. *Sağlık ve Toplum*, 2001, 11: 3-11.
78. Shumar SA, Hill DR. Gender differences in social support and physical health. *Health Psychology*, 1991, 10: 102-111.

79. Uchino B, Cacioppo JT, Kiecolt-Glaser JK. The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 1996, 119: 488-531.
80. Baltaş Z. *Sağlık Psikolojisi*, İstanbul, Remzi Kitabevi, 2000: 133-153.
81. Park HS. Effects of Social Support, Coping Strategies, Self-Esteem, Mastery, and Religiosity On The Relationship Between Stress and Depression Among Korean Immigrants in The United States: Structural Equation Modeling. Doctoral Dissertation, Austin State of Texas: The University of Texas, 2007.
82. Social support http://en.wikipedia.org/wiki/Social_support 20 Şubat 2013
83. Kaniasty K, Norris FH. Social Support İn The Aftermath Of Disasters, Catastrophes, And Acts Of Terrorism: Altruistic, Overwhelmed, Uncertain, Antagonistic, And Patriotic Communities In: Ursano J, Norwood AE, Fullerton CS. (eds) *Bioterrorism: Psychological and Public Health Interventions*, 1th ed. Cambridge, Cambridge University Press 2004: 200-229.
84. Oktan V. Yalnızlık ve algılanan sosyal destek düzeyinin ergenlerdeki öfkenin gelişimine etkisi. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2005, 21: 183-192.
85. Demir Ü. Kadına yönelik aile içi şiddet. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2000, 3: 57- 61.
86. Sorias O. Sosyal destekler ve ruh sağlığı. *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 1988a, 27: 359-362.
87. Eylen B. Kanser hastası sosyal destek ölçeğinin geçerlik, güvenirlik ve faktör yapısı üzerine bir çalışma. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2002, 15: 109-117.

- 88.** Helgeson VS, Cohen S. Social support and adjustment to cancer: Recording descriptive, correlational and interventional research. *Health Psychology*, 1996, 15: 135-148.
- 89.** Zabalegui A, Sanchez S, Sanchez P. Nursing and cancer support groups. *Journal Advanced Nursing*, 2005, 51: 369-81.
- 90.** Simpson JS, Carlson LE, Beck CA, Patten S. Effects of a brief intervention on social support and psychiatric morbidity in breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 2002, 11: 282-94.
- 91.** Delbrück H. Social support in cancer rehabilitation and palliation. Rehabilitation and palliation of cancer patients. 2007: 51-63. available at: <http://www.springerlink.com/content/g6178286w8141486/> 18 Ağustos 2012
- 92.** Aksüllü N, Doğan S. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2004, 5: 76-84.
- 93.** Goodwin JS, Hunt WC, Samet JM. A population-based study of functional status and social support networks of elderly patients newly diagnosed with cancer. *Archives of Internal Medicine*, 1991, 151: 70-366.
- 94.** Khorshid L, Arslan GG. Hemşirelik ve sosyal desteğin önemi. *Dirim*, 2006, 81: 182-188.
- 95.** Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksokokulu Dergisi, 2006, 9: 68-75.
- 96.** Bektaş HA. Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2005.
- 97.** Sütcü GG. Tanı-Ameliyat Süreci Yakın Zamanlı Olan Meme Kanseri Hastalarının Öfke, Depresyon, Stresle Başa Çıkma ve Sosyal Destek Değişkenleri Açısından

- İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2010.
- 98.** Güni ÖÖ. Kanserli Birey ve Ailelerinin Sosyal Destek Algılarının Belirlenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmetler Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2005.
- 99.** Savcı AB. Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesini ve Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2006.
- 100.** Taşkiran H. Kanserli Bireylerde Algılanan Sosyal Desteği Etkileyen Bazı Etmenlerin İncelenmesi: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hastanesi Örneği. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmetler Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2010.
- 101.** Yaranoğlu C. Kemoterapi Alan Akciğer Kanserli Hastalarda Yorgunluk ve Uyku Kalitesinin Fonksiyonel Durum Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Ankara: Gülhane Askeri Tıp Akademisi, 2012.
- 102.** Ayaz S, Efe YŞ, Korukluoğlu S. Jinekolojik kanserli hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 2008, 28: 880-885.
- 103.** Onur B. *Gelişim Psikolojisi*, 6. Baskı. Ankara, İmge Yayınevi, 2004: 76-90.
- 104.** Altıparmak S, Fadiloğlu Ç, Gürsoy ŞT, Altıparmak O. Kemoterapi tedavisi alan akciğer kanserli hastalarda öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. *Ege Tıp Dergisi*, 2011, 50:95-102.

105. Yenihayat F. Yetişkin Lösemili Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek ile Stres Düzeyleri Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2008.
106. Karakoç T. Ayaktan Kemoterapi Alan Geriatrik Hastalarda Sosyal Destek İle Yorgunluk Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin: Mersin Üniversitesi, 2008.
107. Tan M, Karabulutlu E. Social support and hopelessness in Turkish patients with cancer. *Cancer Nursing*, 2005, 28: 236-240.
108. Yeşilbakan ÖU. Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Eğitimin Yorgunluk Düzeyine ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora tezi, İzmir: Ege Üniversitesi 2005.
109. Bıkmaz Z. Lösemili Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi 2009.
110. Özaras G. Jinekolojik Onkoloji Kliniğinde Jinekolojik Kansere Tanısı Alan Hastaların Yaşam Kalitesi Durumu ve Etkili Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2009.
111. Öz ZS. Kemoterapi Alan Hematolojik Malignansili Hastalarda Yaşam Kalitesi. Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2006.
112. Pınar G, Algier L, Çolak M, Ayhan A. Jinekolojik kanserli hastalarda yaşam kalitesi. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, 2008, 18 (3): 141-148.

113. Sayılır A. Kanserli Hastalarda Tanıyı Bilmenin Yaşam Kalitesine Etkisi, Sağlık Çalışanlarında Bu Konudaki Eğilimler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2008.
114. Okyayuz ÜH. Kanser Hastası ve İletişim. İçinde: Okyayüz ÜH. (editör). *Sağlık Psikolojisi*, 1. Baskı. Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1999: 221-236.
115. Bektaş HA, Akdemir N. Reliability and validity of the functional living index–cancer in Turkish cancer patients. *Cancer Nursing*, 2008, 31: E1-7.

EK 1**ÖZGEÇMİŞ**

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: SEDA KARAMAN
Doğum tarihi	: 01/02/1985
Doğum yeri	: ERZURUM
Uyruğu	: T.C.
Adres	: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 25240 ERZURUM
Tel	:
Faks	:
E-mail	: sd.krmn@hotmail.com
EĞİTİM	
Lise	: Nene Hatun Kız Lisesi (2003)
Lisans	: Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu (2004-2008)
Yüksek lisans	:
Doktora	:
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: Intermediate

EK 2

HASTA BİLGİ FORMU

1-) Yaş (.....)

2-)Cinsiyet

1-)Kadın

2-)Erkek

3-)Medeni durum

1-)Evli

2-)Bekar

4)Dul

4-)Eğitim durumu

1-)Okur-yazar değil
)Üniversite

2-)Okur-yazar

3-)ilkokul

4-)Ortaokul

5-)Lise

6-)

5-)Mesleğiniz

1-)İşçi

2-)Memur

3-)Serbest meslek

4-)Ev hanımı

5-)Çalışmıyor

6-)Öğrenci

7-)Diğer (.....)

6-)Eşinizin eğitim durumu

1-)Okur-yazar değil
)Üniversite

2-)Okur-yazar

3-)ilkokul

4-)Ortaokul

5-)Lise

6-)

5-)Eşinizin mesleği

1-)İşçi

2-)Memur

3-)Serbest meslek

4-)Ev hanımı

5-)Çalışmıyor

6-)Öğrenci

7-)Diğer (.....)

6-)Aile tipi

1-)Çekirdek aile

2-)Geniş aile

3-)Parçalanmış aile

7-)Yaşadığınız yer

1-)İl

2-)İlçe

3-)Köy

8-)Sosyal güvence

1-)Yok

2-)Emekli sandığı

3-)SSK

4-)Bağ-Kur

5-)Yeşil Kart

6-)Diğer

9-)Aylık gelir miktarı (.....)

10-)Hastalığınızın süresi (.....)

11-)Tedavinizin süresi (.....)

12-)Şu anda hastanede bulunma sebebiniz

1-)Kontrol 2-)Kemoterapi 3-)Radyoterapi

13-) Şuanki tedaviniz için ne kadar süredir hastanede yatıyorsunuz?

1)1 haftadan daha az 2) 1-2 hafta 3)2-3 hafta 4) 3 haftadan daha fazla 5)
Ayaktan tedavi

14-)Hastalığınızın adını biliyor musunuz?

1-)Evet 2-)Hayır

15-) Tanı (.....)

16-)Başka hastalığınız var mı?

1-)Evet 2-)Hayır

17-)Ailedeki birey sayısı (.....)

EK 3.

Fonksiyonel Yaşam Ölçeği -Kanser

Lütfen aşağıdaki sorulara **son iki hafta içindeki** aktivitelerinize ve sağlık durumunuza göre cevap veriniz.

1. Çoğu insan zaman zaman depresyon belirtileri hisseder. Siz bu duyguları ne kadar sıklıkla hissediyorsunuz?

1	2	3	4	5	6	7
Hiçbir zaman			Sürekli			

2. Günlük yaşamınızdaki sorunlarınızı kolay çözebiliyor musunuz?

1	2	3	4	5	6	7
İyi değil			Çok iyi			

3. Hastalığınız ne kadar sık aklınıza geliyor?

1	2	3	4	5	6	7
Devamlı			Hiçbir zaman			

4. Dinlenmeye fırsat bulabiliyor musunuz?

1	2	3	4	5	6	7
Fırsat bulabiliyorum			Hiç fırsat bulamıyorum			

5. Bulantı günlük işlerinizi etkiliyor mu?

1	2	3	4	5	6	7
Hiç etkilemiyor			Çok etkiliyor			

6. Bugün kendinizi ne kadar iyi hissediyorsunuz?

1	2	3	4	5	6	7
Son derece kötü			Son derece iyi			

7. Bugün kendinizi yemek pişirecek / küçük ev işleri yapabilecek kadar yeterli hissediyor musunuz?

1	2	3	4	5	6	7
Çok yeterli			Çok yetersiz			

Lütfen aşağıdaki sorulara **son iki hafta içindeki** aktivitelerinize ve sağlık durumunuza göre cevap veriniz.

8. Son iki haftada hastalığınız yakınlarınıza zorluk yaşattı mı?

1	2	3	4	5	6	7
Hiç zorluk yaşatmadı			Çok fazla zorluk yaşattı			

9. Yaşama isteğinizin azaldığını ne sıklıkla hissediyorsunuz?

1	2	3	4	5	6	7
Daima			Hiçbir zaman			

10. Son bir ay içinde iş yerinde / evdeki verimliliğinizden memnun musunuz?

1	2	3	4	5	6	7
Hiç memnun değilim			Çok memnunum			

11. Bugün kendinizi ne kadar huzursuz hissediyorsunuz?

1	2	3	4	5	6	7
Hiç huzursuz hissetmiyorum					Çok huzursuz hissediyorum	

12. Size göre, hastalığınız, son iki haftada, en yakınlarınızla ilişkilerinizi ne kadar bozdu?

1	2	3	4	5	6	7
Tamamen bozdu					Hiç bozmadı	

13. Ağrı ya da rahatsızlıklar günlük aktivitelerinizi ne kadar etkiliyor?

1	2	3	4	5	6	7
Hiç etkilemiyor					Çok etkiliyor	

14. Son iki haftada hastalığınız size kişisel olarak ne kadar zorluk yaşattı?

1	2	3	4	5	6	7
Çok fazla zorluk yaşattı					Hiç zorluk yaşatmadı	

Lütfen aşağıdaki sorulara **son iki hafta içindeki** aktivitelerinize ve sağlık durumunuza göre cevap veriniz.

15. Ev ile ilgili günlük sorumluluklarınızın ne kadarını tamamlayabiliyorsunuz?

1	2	3	4	5	6	7
Hepsini					Hiçbirini	

1	2	3	4	5	6	7
İsteksizdim						
Çok						
İstekliydim						

1	2	3	4	5	6	7
Hiç olmadı						Çok fazla oldu

1	2	3	4	5	6	7
Devamlı						Hiç
korkuyorum						
korkmuyorum						

1	2	3	4	5	6	7
İsteksizdim						Çok
istekliydım						

1 2 3 4 5 6 7

Hiçbiri Hepsi

21. Size uygulanan tıbbi tedaviye ne kadar güveniyorsunuz?

1	2	3	4	5	6	7
Hiç güvenmiyorum güveniyorum						Çok

22. Sizce bugün ne kadar iyi görünüyorsunuz?

1	2	3	4	5	6	7
Son derece kötü iyi					Son derece	

EK 4.

SOSYAL DESTEK HASTA FORMU

Bu ölçek, hasta ile ailesi arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla yapılacak bir çalışmaya ait bilgileri toplamak üzere hazırlanmıştır. Aşağıda çoğu hastanın ailesiyle ilişkilerinde yaşadığı duygu ve deneyimleri yansıtan ifadeler verilmiştir. Her ifade için **"benim durumuma çok uygun (5)", "benim durumuma uygun (4)" "benim durumuma kısmen uyuyor (3)", "benim durumuma uygun değil (2)" ve "benim durumuma hiç uygun değil(1)"** olmak üzere beş yanıt vardır. Lütfen her ifadeyi okuyarak, duygularınızı ya da durumunuzu en iyi yansıtan yanıtı, her bir ifadenin yanındaki paranteze yanıtın yanındaki rakamı yazarak belirtiniz. Sorulara vereceğiniz yanıtlar hiçbir kurum ya da şahsa iletilmeyecektir ve yanıtlarınız kesinlikle gizli kalacaktır.

Yardımlarınız için teşekkür eder, sağlıklı günler dilerim.

	(1)benim durumuma hiç uygun değil	(2)benim durumuma uygun değil	(3)Benim durumuma kısmen uyuyor	(4)benim durumuma uygun	(5)benim durumuma çok uygun
1.Kendimi kötü hissettiğimde ailem beni teselli eder.					
2.Aileme kızgınlık, üzüntü, gibi duygularımı ifade edebilirim.					
3.Ailem aldığım kararları destekler					
4.Ailemle hastalığım hakkında rahatça konuşabiliyorum.					
5.Sohbetlerde konu benim hastalığıma geldiğinde ailem konuyu hemen değiştirmeye çalışır.					
6.Ailemden ilgi ve yakınlık görüyorum.					
7.Bir sorunla karşılaştığımda ailem bu sorunu çözebilmem için önerilerde bulunur.					
8.Ailem bir sorunu çözmek için giriştiğim çabaları destekler.					
9.Bazen ailemin neler yaşadığını anlamadığını hissediyorum.					
10.Ailem uzun süren ve yıpratıcı olan tedavilerim sırasında acılarımı paylaştı.					
11.Ailem ilaçlarımı zamanında almam ve tedavilerime aksatmada devam etmem konusunda bana yardımcı oldu.					
12.Ailem uzun süren ve yıpratıcı olan tedaviler sırasında işimi kolaylaştıracak önlemleri aldı.					
13.Ailem hastalandığımdan beri benden uzak durmaya çalışıyor.					
14.Gelecekle ilgili endişelerimi ailemle paylaşamıyorum.					
15.Ailem birine ihtiyaç duyduğumda daima yanımdadır.					
16.Ailem beni dinlemek için daima zaman ayırır					

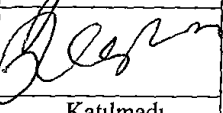
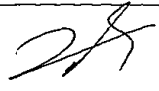
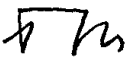
17.Ailem benim neler hissettiğimi anlamaya çalışır					
18.Ailem hastalığımla ilgili ya da hastalığının yarattığı sorunlara daima uygun çözüm yolları bulur.					
19.Ailem ihtiyaç duyduğumda bana yeni seçenekler sunar, sorunumu nasıl çözebileceğimi gösterir.					
20.Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.					
21.Ailemle hastalığım konusunda daha açık ve özgürce konuşabilmeyi isterdim					
22.Bazen aile üyelerinin bana neler olduğunu gerçekten anlamadıklarını düşünüyorum.					
23.Ailemle aramızda kendimi duygusal açıdan güvenli ve iyi hissetmemi sağlayan yakın ilişkilerim var.					
24.Ailem bana maddi yönden destek olmaya çalışır.					
25.Ailemle sevinç ve kederlerimi paylaşıyorum.					
26.Hastalandığımdan bu yana ailemle olan sosyal ilişkilerim azaldı					
27.Ailemle ilişkilerim bana hastalandığımdan önce olduğundan daha az doyum sağlıyor.					
28.Kaygılarımı ve korkularımı ailemden birisiyle rahatça paylaşabilirim					
29.Ailem hastalığımla ilgili bilgileri benden saklıyor.					
30.Hastalığıma ilişkin bilgileri ailemden tam ve doğru olarak alamıyorum.					
31.Ailem hastalığım ile ilgili konuşmamamın daha iyi olduğunu hissetmeme neden oluyor					
32.Hastalığımla ilgili bir konuşma başladığında ailem konuyu mümkün olduğunca çabuk değiştirir.					
33.Ailem hastalığımla ilgili şeyleri sonuna kadar dinlemeye asla sabır göstermez.					
34.Ailem bana hastalığım konusunda yol gösterir ve yararlı öğütler verir.					
35.Ailem hastalığının yarattığı sorunların üstesinden gelebileceğim konusunda daima beni destekleyecek sözler söyler.					

ETİK KURUL İZNİ

“2011 .1.1/ 6 “SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL KARARI 28.02.2011

1.1/6- Enstitümüz İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Seda KARAMAN' ın “ Kanserli Hastalarda Algılanan Sosyal Desteğin Fonksiyonel Duruma Etkisi” tez konusu görüşüldü;

İlgilinin tez konusunun etik değerlere uygun olduğu mevcudun oybirliği ile,

ADI SOYADI	GÖREVİ	İMZA
Prof.Dr.Türkan PASİNLİOĞLU	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Başkanı	
Prof.Dr. Funda BAYINDIR	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Başkan Yardımcısı	
Prof.Dr.İsmail CEYLAN	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Prof.Dr.Mustafa ATASEVER	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	Katılmadı
Prof.Dr. Zekeriya AKTÜRK	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	Katılmadı
<u>Prof.Dr.H.İnci GÜL</u>	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	Katılmadı
<u>Doç.Dr.Hakan USLU</u>	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
<u>Doç.Dr. Abdülkadir YILDIRIM</u>	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	Katılmadı
Yrd. Doç. Dr. İlhan ŞEN	Raportör	

EK – 6.

HASTANE İZİNİ

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
ARAŞTIRMA HASTANESİ MEDİKAL ONKOLOJİ
BİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

Ekte ayrıntıları verilen “Kanserli Hastalarda Algılanan Sosyal Desteğin Fonksiyonel Duruma Etkisi “ konulu yüksek lisans tez çalışmamı Medikal Onkoloji Kliniği ve Kemoterapi Polikliniği’nde yapmak istiyorum.

Bilgilerinizi ve gerekli izinler için emirlerinize arz ederim.

ADRES: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği
Ana Bilim Dalı

MERKEZ/ERZURUM

30.03.2011
SEDA KARAMAN
(Yüksek Lisans Tez Öğrencisi)

Uygundur
Doç. Dr. Mehmet Bilici
A.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.
Medikal Onkoloji B.D.
Dip. No: 6435 - 96039
1111 6435 96039 1111