



**KTO KARATAY ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**KEMOTERAPİ ALAN KANSER HASTALARINDA STRES
YARATAN DURUMLAR VE STRESLE BAŞ ETME
STRATEJİLERİ**

Zuhal SERBEST

Yüksek Lisans Tezi

KONYA

Temmuz 2022

KEMOTERAPİ ALAN KANSER HASTALARINDA STRES YARATAN
DURUMLAR VE STRESLE BAŞ ETME STRATEJİLERİ

Zuhal SERBES

KTO Karatay Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Tezli Yüksek Lisans Programı

Yüksek Lisans

Tez Danışmanı:Dr. Öğr. Üyesi Serap SAYAR

Konya

Temmuz 2022

BİLDİRİM

Enstitü tarafından onaylanan Yüksek Lisans tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını basılı veya dijital biçimde arşivleme ve aşağıda belirtilen koşullar dahilinde erişime açma iznini KTO Karatay Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle, Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak ve gelecekteki çalışmalar (makale, kitap, lisans, patent vb.) için tezimin tamamının veya bir bölümünün kullanım hakları yalnızca bana ait olacaktır.

Tezimin bütünüyle kendi çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izinle kullanılması zorunlu olan kaynakları, yazılı izin alarak kullandığımı ve istenildiğinde izinlerin suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayımlanan “Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge” kapsamında, tezim, aşağıda belirtilen koşullar haricince, YÖK Ulusal Tez Merkezi ve KTO Karatay Üniversitesi Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

Enstitü / Fakülte Yönetim Kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir.¹

Enstitü / Fakülte Yönetim Kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ... ay en fazla 6 ay ertelenmiştir.²

Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir.³⁴

25 Temmuz 2022

Zuhal Serbest

¹ MADDE 6(1) Lisansüstü tezle ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.

² MADDE 6(2) Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.

³ MADDE 7(1) Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.

⁴ MADDE 7(2) Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.

ETİK BEYAN

KTO Karatay Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kurallarına uygun olarak Dr. Öğr. Üyesi Serap SAYAR danışmanlığında tarafımdan üretilen bu tez çalışmasında; sunduğum tüm veri, enformasyon, bilgi ve belgeleri bilimsel etik kuralları çerçevesinde elde ettiğimi, tüm değerlendirme, analiz, bulgu ve sonuçları bilimsel usullere uygun olarak sunduğumu, tez çalışmasında yararlandığım kaynakların tümüne bilimsel normlara uygun biçimde atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

25 Temmuz 2022

Zuhal Serbest

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tez aşamasında ve çalışmamın tamamlanmasında değerli katkıları olan, beni geliştiren, araştırmaya sevk eden görüş ve önerilerini benimle paylaşan, bu yolda beraber yürüdüğümüz KTO Karatay Üniversitesi Hemşirelik Bölüm Başkanı ve danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Serap SAYAR'a,

Lisans ve lisansüstü eğitim öğretim sürecim boyunca hayata karşı duruşu, insana ve yaşama yönelik bakış açısı ile yolumu aydınlatan, verdiği bilgi ve paylaştığı deneyimler ile ufkumu genişleten gerek eğitimim gerekse beraber geçirdiğimiz süreç boyunca bilimsel düşünmemi, hemşireliğe dair farklı bakış açıları kazanmamı sağlayan, onları tanımanın bile şans olduğunu düşündüğüm değerli hocalarım Sn. Prof. Dr. Ayşe ÖZCAN' ve Sn. Prof. Dr. Nurgün PLATİN'e,

Lisans ve lisans üstü eğitimim sırasında bilgi ve deneyimlerini benden esirgemeyen, yaptıkları işe gönüllerini koyan tüm hocalarıma,

Çalışmamın anket aşamasında, kendi hastalıkları ile mücadele ederken eş zamanlı olarak tezimin oluşmasına katkı sağlayan tüm değerli hastalarım, ilgi ve desteklerini hissettiğim ekip arkadaşlarıma,

Sabırla, özveriyle, bana olan destek ve inançları ile yanımda olan, hayatımın her anında varlıkları ile güç bulduğum, enerjilerini benimle paylaşan, benimle beraber tez sürecinin kaygısını yaşayan, motivasyon kaynağım olan SERBEST ailesinin her bir üyesine,

Yüksek lisans eğitimim ve tez sürecim boyunca istediğim kadar yanlarında olamadığım halde kocaman yürekleri ile küçücük yaşlarında bana destek olmak için çabalayan, varlıkları dünyaya bedel yeğenlerim Buket CENGİZ ve İpek CENGİZ'e,

Tezimin başlangıcından sonlandığı ana kadar desteğini, ilgisini esirgemeyen, koşturmacasının içinde kalan değerli zamanını benimle paylaşan, en stresli zamanlarımda sabırla yanımda olan Büşra TUFAYOĞULLARI' na ve her bunaldığım noktada şartlar ne olursa olsun yardım elini benden esirgemeyen Ramazan GÜNEY' e teşekkür ederim.

Zuhal Serbest

ÖZET

Zuhal SERBEST

Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Stres Yaratan Durumlar Ve Stresle Baş Etme Stratejileri

Yüksek Lisans Tezi

Bu çalışma kemoterapi alan kanser hastalarında stres yaratan durumları ve hastaların stresle baş etme stratejilerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı ve kesitsel türde bir araştırmadır. Araştırma evrenini Konya’da bir üniversite hastanesinin onkoloji kliniğinde yatan, kanser tanısı almış hastalar oluşturup, araştırmanın örneklemini ise 10 Ekim 2021- 30 Mart 2022 tarihleri arasında onkoloji kliniğinde yatan ve en az bir kür kemoterapi tedavisi alan, G-power analizine göre belirlenmiş 150 hasta oluşturmuştur. Araştırmada veri toplama aracı olarak “Sosyodemografik, Klinik ve Stres Yaratan Durumlara İlişkin Bilgi Formu” ve “Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)” kullanılmıştır. Çalışmaya katılan hastaların %62’si erkek, ortalama tanı süreleri 19,55±29,25 aydır. Hastalarda en fazla görülen kanser türü kolorektal kanser olup, tüm hastaların %61’inin kanseri dördüncü evrededir. Hastalarda kemoterapi tedavisinin yan etkilerinden en fazla bulantı-kusma (%47) ve yorgunluğun (%65) stres oluşturduğu belirlenmiştir. Hastalığın uzun süre tedavi gerektirmesi (%48) ve bilinmezlik duygusu (%44) psikososyal olarak stres oluşturan durumlardır. Hastalar en fazla kaygı (%45) ve belirsizlik (%47) yaşadıklarını ifade etmiştir. Hastaların %79’unun stresle baş etmek için namaz kılma, dua etme gibi manevi uygulamalar yaptığı,%70’inin duygu, düşünce ve sorunlarını yakın çevresiyle paylaştığı bulunmuştur. Hastaların kemoterapinin fiziksel yan etkileri ile baş etmek için en çok kullandıkları yöntemler; reçete edilen ilacı almak (%77) ve sağlık kuruluşuna başvurmaktır (%62). Hastalar, SBTÖ alt boyutlarından en fazla kendine güvenli yaklaşımı kullanmışlardır. Hastaların boyun eğici yaklaşım alt boyut puan ortalaması, eğitim durumuna ve yaş gruplarına göre; İyimser yaklaşım alt boyut puan ortalaması tanı süresi, medeni durum ve cinsel sorun yaşama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0,05$). Fiziksel sorunlar ile baş etmede profesyonel yardım alanların almayanlara göre çaresiz yaklaşım alt boyut puan ortalaması; psikososyal sorunlarla baş etmede dikkatini başka yöne çekme davranışı kullananların kullanmayanlara göre boyun eğici yaklaşım alt boyut puan ortalaması daha düşüktür ($p < 0,05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda, eğitim düzeyi, yaş, medeni durum, tanı süresi stresle başa çıkma tarzları üzerinde etkilidir. 40 yaş altı hastaların, bekarların, eğitim durumu yüksek olanların, tanı aldığı süre 24 aydan az olanların, profesyonel yardım alanların ve dikkati başka yöne çekme tekniği kullananların stresle daha etkili baş ettikleri bulunmuştur. Hastaların hemşireler tarafından psikososyal ve psikoeğitimsel açıdan desteklenmesi, sosyal destek ve stresle baş etme düzeylerinin belirlenmesi ve güçlendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler:

Kanser, Hemşirelik, Stres, Stresle Baş Etme, Psikiyatri Hemşireliği

ABSTRACT

Zuhal SERBEST

Stressful Situations in Cancer Patients Receiving Chemotherapy and Strategies for Coping with Stress

Master's

Konya 2022

This study was performed to determine the stressors of cancer patients receiving chemotherapy and their strategies for coping with stress. It is a descriptive and cross-sectional study. The study population consisted of patients who were diagnosed with cancer in the oncology clinic of a university hospital in Konya, and the sample of the study was 150 patients who were hospitalized in the oncology clinic between October 10, 2021 and March 30, 2022 and received at least one cure of chemotherapy, determined according to G-power analysis. "Sociodemographic, Clinical and Stress-Creating Situations Information Form" and "Ways of Coping Inventory (WCI)" were used as data collection tools. 62% of the patients participating in the study were male, and the mean diagnosis time was 19.55 ± 29.25 months. It was determined that the most common side effects of chemotherapy treatment were nausea-vomiting (47%) and fatigue (65%). The long-term need for treatment (48%) and the feeling of uncertainty (44%) were psychosocial stressors. The patients stated that they experienced the most anxiety (45%) and uncertainty (47%). It was found that 79% of the patients did spiritual practices such as praying and praying to cope with stress, and 70% shared their feelings, thoughts and problems with their close circles. The patients used the self-confident approach the most among the WCI sub-dimensions. According to the sub-dimension scores of the patients' WCI submissive approach, education level and age groups; optimistic approach sub-dimension mean score shows a statistically significant difference according to the duration of diagnosis, marital status, and sexual problem ($p < 0,05$). The average score of the helpless approach sub-dimension in coping with physical problems compared to those who did not receive professional help; Those who use distraction behavior in coping with psychosocial problems have a lower submissive approach sub-dimension score average than those who don't ($p < 0,05$).

It has been found that patients under the age of 40, singles, those with a high level of education, those with a diagnosis of less than 24 months, those who receive professional help and those who use distraction techniques cope with stress more effectively. It is recommended that the patients be supported by nurses in terms of psychosocial and psychoeducational aspects, and their levels of social support and coping with stress should be determined and strengthened.

Keywords:

Cancer, Nursing, Stress, Coping with Stress, Psychiatric nursing

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
BİLDİRİM	ii
ETİK BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xi
1.GİRİŞ	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. KANSER	5
2.1.1. Kanserin Epidemiyolojisi	6
2.2. Kanserin Etiyolojisi	8
2.2.1. Yaş	8
2.2.2. Cinsiyet	9
2.2.3. Genetik	9
2.2.4. Kimyasal Ajanlar	9
2.2.5. Tütün ve Alkol kullanımı	9
2.2.6. Beslenme	9
2.2.7. Enfeksiyöz ajanlar	9
2.2.8. İmmünolojik faktörler	9
2.2.9. Fiziksel faktörler	9
2.2.10. Kansere neden olan diğer faktörler	10
2.3. Kanserin Belirtileri	10
2.4. Kanserin Tedavisi	10
2.4.1. Cerrahi Tedavi	11

2.4.2. Hematopoetik Kök Hücre Nakli (SCT) ve Kemik İliği Transplantasyonu (KİT)	11
2.4.3. Radyoterapi	11
2.4.4. Kemoterapi	12
2.5. Kanser Hastalarında Stres ve Stresle Baş Etme	20
2.5.1. Stres Kavramı.....	20
2.5.2. Stres Kuramları	20
2.5.3. Stresle Baş Etme	31
2.6. Kanser Hastalarının Stresle Baş Etmesinde Hemşirenin Rolü	32
3. GEREÇ VE YÖNTEM	42
3.1. Araştırmanın Tipi	42
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	42
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yerin Özellikleri	42
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	42
3.5. Araştırma Soruları	44
3.6. Veri Toplama Araçları	44
3.6.1. Sosyodemografik, Klinik ve Stres Yaratan Durumlara İlişkin Bilgi Formu .	44
3.6.2. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)	45
3.7. Verilerin Toplanması	45
3.8. Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi	46
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu	46
3.10. Araştırma Değişkenleri	46
3.10.1. Bağımlı Değişkenler	46
3.10.2. Bağımsız Değişkenler	47
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları	47
4. BULGULAR	48
5. TARTIŞMA	64
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	74
KAYNAKLAR	77
ÖZGEÇMİŞ	99
EK-1 Sosyodemografik, Klinik ve Stres Yaratan Durumlara İlişkin Bilgi Formu	100

EK-2 Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	104
EK-3 Kurum İzni	105
EK-4 Yazılı Onam Formu	106
ETİK KURUL İZİNİ.....	107

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Hastaların tanımlayıcı ve klinik özelliklerine göre dağılımı	48
Tablo 2. Hastaların stres yaratan durumlara ilişkin verdiği cevaplara göre dağılımı	49
Tablo 3. Hastaların, stres yaratan durumlarla baş etme ile ilgili verdiği cevaplara göre dağılımı	50
Tablo 4. Hastaların stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları	51
Tablo 5. Hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımı	52
Tablo 6. Hastaların kanser ve tedavisine ilişkin eğitim alma durumuna göre SBTÖ alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımı	55
Tablo 7. Kemoterapinin stres yaratan yan etkilerine göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımı	56
Tablo 8. Hastaların kemoterapinin yan etkilerine ilişkin duygu durumlarına göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımı	59
Tablo 9. Hastaların stresle başa çıkma davranışları ile SBTÖ alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması	61

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Erkeklerde En Sık Görülen Kanser Türleri	7
Şekil 2. Kadınlarda En Sık Görülen Kanser Türleri	7
Şekil 3. Türkiye’ de Ölüm Nedenleri	8

1. GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Kanser, vücudumuzun en küçük yapı taşı olan hücrelerin kontrolsüz şekilde bölünmesi ve çoğalması ile ortaya çıkan hem genetik hem de çevresel koşulların etkisiyle oluşan kompleks bir hastalıktır (Kılıç, 2019). Kanserın dünyada görölme sıklığı gün geçtikçe artmakta olup, günümüzün en önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır (Şentürk vd., 2018; Bağ, 2012a). Birçok ülkede kanser, ölüme en çok neden olan hastalıklar arasında ikinci sırada yer almakta ve Dünya’da her beş kişiden biri yaşamı boyunca kansere yakalanmaktadır. Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC)’ a göre her sekiz erkekten biri ve her 11 kadından biri kanser nedeniyle yaşamını kaybetmektedir. Dünyada kansere bağılı ölümlerin artmaya devam edeceği, 2040 yılında dünya genelinde yaklaşık 28,4 milyon yeni kanser vakası olacağı öngörülmektedir (GLOBOCAN, 2020). Türkiye’de de kanser, kardiyovasküler hastalıklardan sonra %18,4 oranla ikinci sırada yer alan ölüm nedenidir (TÜİK, 2019).

Kanser hastalığının tedavisinde, cerrahi tedavi, kemoterapi, radyoterapi ve hematopoetik kök hücre nakli tedavileri kullanılmaktadır. Kemoterapi yaygın olarak kullanılan bir tedavi yöntemidir. Kemoterapi tedavisi, kanserli hücreleri yok etmenin yanı sıra hızlı bölünüp çoğalan sağlıklı hücreleri de etkilemekte ve bu etkilenmeye bağılı enfeksiyon, mukozit, alopesi gibi çeşitli yan etkiler meydana getirmektedir (Aslam vd., 2014). Bu yan etkilerin görölme sıklığı ve şiddeti kullanılan ilacın türüne, dozuna, bireyin yapısına göre değişiklik göstermektedir. Kemoterapi tedavisi sırasında en sık görülen yan etkiler; enfeksiyon, kanama, bulantı-kusma, yorgunluk, alopesi, diyare, konstipasyon, ağrı ve oral mukozittir (Akçay, & Gözüm, 2012; Aslam vd., 2014). Görülen bu yan etkilere bağılı morbidite ve mortalite gelişebilmesi nedeniyle kanser bireylerde stres yaratabilmektedir. Kanser, hastalarda çaresizlik, korku, terk edilme, umutsuzluk, suçluluk, depresyon gibi psikolojik sorunlara yol açabilmektedir ve bir kriz dönemi meydana getirmektedir (Tünel vd., 2012). Kanser tanısı almak ve kemoterapi tedavi süreci, hastaları fiziksel, psikososyal, seksüel ve ekonomik olarak olumsuz etkilemekte olup, hastalar tarafından ölümcül bir hastalık olarak değerlendirilebilmektedir (Kutluk, & Kars, 2001). Bununla birlikte hastalar, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede zorlanmakta ve sosyalleşmeyi sürdürme açısından problemler yaşayabilmektedir (Kocaman vd., 2007; Erbay vd., 2017). İzci ve

arkadaşlarının (2016), meme kanserinin anksiyete ve depresyon ile bağlantısını inceledikleri bir derleme çalışmasında, meme kanserli hastalarda huzursuzluk, üzüntü, uykusuzluk, çaresiz hissetme gibi psikososyal sorunların gözlemlendiği bildirilmiştir (İzci vd., 2016). Seven ve arkadaşlarının (2013), 142 hasta ile yaptığı bir çalışmada, kanser hastalarının %88,7'sinin depresif belirtilere sahip olduğu ve günlük yaşamlarını olumsuz etkileyen nefes darlığı, yorgunluk, uykusuzluk gibi fiziksel sorunlar yaşadıkları belirtilmiştir (Seven, vd., 2013). Alagizy ve arkadaşları (2020), Mısır' da 60 meme kanseri hastası ile yaptığı bir çalışmada, kadınların meme kanserini korkunç bir hastalık olarak nitelendirdiğini, çalışmaya katılan kadınlardan %73,3'ünde anksiyete belirtilerinin, %68,6'sında depresif belirtilerin görüldüğünü belirtmişlerdir (Alagizy vd., 2020). Şahin ve arkadaşları (2020), yaptıkları bir derleme çalışmasında, kanser hastalarının sosyal yaşam, iş yaşamı, cinsel yaşam gibi hayatının bir çok yönünde gerçekleşen olumsuz değişimler nedeniyle uyum sorunları, kaygı, depresyon, anksiyete yaşadıklarını belirtmişlerdir (Şahin vd., 2020). Massie ve arkadaşlarının (1994), 546 kanser hastası ile yaptığı bir çalışmada, hastaların %54'ünde hastalığa uyumsuzluk, %9'unda majör depresyon varlığı belirtilmektedir (Massie vd., 1994). Lotfi ve Karataş 'ın (2020), 110 meme kanseri hastası ile hastaların baş etme süreçlerini incelediği bir çalışmada, kanser tanısı alan kadın hastalarda, anksiyete, depresyon, benlik saygısında azalma, kendini suçlama, kanserin tekrarlama endişesi, yaklaşan ölüm korkusu gibi psikolojik sorunların varlığına dikkat çekilmiştir (Lotfi, & Karataş, 2020). Distefano ve arkadaşlarının (2008), kemoterapi uygulanan ileri evre serviks kanseri olan 93 hasta ile yaptıkları bir çalışmada, hastalarda korku, kaygı, anksiyete, iletişimde bozulma gibi psikososyal sorunların gözlemlendiği bildirilmiştir (Distefano vd., 2008). Ferrandina ve arkadaşlarının (2012), 227 serviks kanseri hastası ile yaptığı çalışmada kanser nedeniyle kadınların üreme ve hormonal işlevlerindeki olumsuz etkilenme durumunun, anne ve eş rolünü algılamada olumsuzluklar meydana getirdiği ve kadınları psikolojik olarak etkilediği bildirilmiştir (Ferrandina vd., 2012). Körükçü'nün (2018) jinekolojik kanser tanılı dokuz kadın ile yaptığı nitel bir çalışmada ise, kadınlardan kanseri metafor yardımı ile betimlemeleri istenmiş ve kadınlara yöneltilen “Kanseri bir şeye benzetseniz, bu ne olurdu? “sorusunun cevabı olarak kadınlardan beşinin savaş metaforunu kullandıkları, diğer dört kadının ise Azrail, canavar vb. metaforları kullandıkları bildirilmiştir (Körükçü, 2018).

Literatürde görüldüğü gibi kanser tanısı konulduğu andan itibaren gerek kanserin kendisine gerekse kemoterapinin yan etkilerine bağlı beden imgesinde bozulma, üreme yeteneğinin azalması ya da yok olması, alopesi, ölüm korkusu, gelecek kaygısı, toplumsal rollerini gerçekleştirememeye, yorgunluk, bulantı, kusma, diyare, konstipasyon, ağrı, oral mukozit gibi değişimler ve kayıplar bireylerde stres oluşturmaktadır (Hintistan vd., 2015; Knapstein vd., 2004). Ayrıca hastalar, hastanede yatıyor olmak, hastalık süreci, hastalığı ve tedavileri hakkındaki bilgi eksikliği, konsantrasyon güçlüğü, metastaz ya da nüks varlığı, tedavi süreçlerinin uzun olması ve yeniden aynı tedavi sürecini yaşamak zorunda kalabilme belirsizliği gibi nedenlerle de stres yaşayabilmektedir. Tüm bu strese yol açan durumlar, hastaların kendilerini işe yaramaz, kendine ve başkasına yetemeyen, geçmiş davranışlarına yönelik pişmanlıkları nedeniyle suçluluk duygusu yaşayan bireyler olarak üzgün, kaygılı ve öfkeli hissetmelerine yol açabilmektedir (Pakyüz vd., 2019; Körükcü, 2018; Holland, & Reznik, 2005; Schepisi vd., 2019).

Hastalar, içinde buldukları bu yoğun stresten kurtulmak için olumlu/etkili ya da olumsuz/etkisiz başa çıkma mekanizmaları kullanırlar (Çolak, vd., 2022). Gibbons (2018), hastaların, kemoterapinin yan etkileri ile baş etmek için sosyal destek arama gibi davranışları içeren davranışsal ve duygusal başa çıkma stratejilerini kullandıklarını belirtmiştir (Gibbons, & Groarke, 2018). Kim ve ark. (2021), yaşam kalitesi, depresyon ve başa çıkma stratejileri arasındaki ilişkiyi inceledikleri bir çalışmada, hastaların stres durumunda olumlu bakış açısı ile durumu yeniden değerlendirip anlamlandırdıklarını, fiziksel aktiviteyi artırmak, gevşeme hareketleri uygulamak gibi aktif başa çıkma yöntemlerini kullandıklarını ve yaşamlarında geleceğe dair ne yapmak istediklerini planlama gibi stratejiler kullandıklarını bulmuştur. Bu stratejileri kullanan hastaların ise yaşam kalitelerinde artış, depresyon seviyelerinde düşüş olduğunu bildirmişlerdir (Sun Kim vd., 2021). Calderon ve ark. (2018); inkâr, umutsuzluk ve endişe gibi duygularla olumsuz başa çıkma stratejilerini kullanan hastaların, sürece daha düşük uyum sağlama eğiliminde olduklarını ve depresyona daha yakın olduklarını belirtmişlerdir (Calderón vd., 2018). Kelkil ve ark. (2022) ise, meme kanseri hastaları ile yaptıkları çalışmalarında, hastaların sosyal destek arama, sorunlarla yüzleşme, kendini kontrol etme, olumlu yeniden değerlendirme yapma, sorundan uzaklaşma, problemin oluşumunda ve çözümünde sorumluluk üstlenme gibi stratejileri kullandığını belirtmişlerdir (Kelkil vd., 2022).

Stresle başa çıkma mekanizmaları yeterli olmayan hastalar, yaşadıkları güçsüzlük, korku, kaygı ve çaresizlik gibi duygulardan kurtulmak ya da bunları hafifletebilmek için araya girerler ve çevreden duydukları birtakım önerileri uygulamaya çalışabilirler (Bahar, 2007; Aslan vd., 2006). Hastaların yaşadığı stres ve bu stresle baş etmek için uyguladıkları bireysel yöntemlerin bilinmesi hastaların bu süreci ve stresi daha iyi yönetebilmesi için hemşirelik bakımında göz önüne alınması gereken önemli noktalardan biridir. Bu nedenle bu çalışma, kemoterapi alan kanser hastalarında, stres yaratan durumları ve hastaların stresle başa çıkma tarzlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. KANSER

Kanser, hücrelerin kontrolsüz bölünmesi ve çoğalması ile ortaya çıkan, genetik ve çevresel koşulların etkisiyle oluşan, yaşamı tehdit ederek kişinin hayatı üstündeki kontrolünün sınırlılığını sembolize eden, tedavisindeki tüm gelişmelere rağmen hala ölümü çağrıştıran, fiziksel olmasına rağmen ruhsal ve psikososyal yönden birçok sorunu kapsayan kronik bir hastalıktır (Bilge, & Çam, 2008; Lafcı, 2018; Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2017). Bilim ve teknolojideki gelişimlere karşın kanser, insan sağlığını ciddi oranda tehdit eden, birçok belirtiyi kapsayan, yatarak ya da ayaklı tedavi ünitelerinde uzun süreli bakım ve tedavi gerektiren, tüm dünyada görülme sıklığı gün geçtikçe artan, günümüzün en önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır (Şentürk vd., 2018; Bağ, 2012a).

Akciğer Kanseri, mide kanseri, meme kanseri, cilt kanseri, kolorektal kanser, prostat kanseri, endometrium kanseri, pankreas kanseri, over kanseri, mesane kanseri, lösemi, karaciğer kanseri, özofagus kanseri, larinks ve hipofarinks kanserleri, safra kesesi kanseri, safra yolu kanseri, dudak kanseri, oral kavite kanseri, tükrük bezi kanseri, böbrek kanseri, anal kanal kanserleri, baş ve boyun kanserleri, serviks kanseri bilinen belli başlı kanser türleridir (Özgün vd., 2020; Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2019; Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2017a).

Kanser türleri yaşa ve cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Dünya’da ve ülkemizde erkeklerde en sık akciğer kanseri görülürken, kadınlarda en sık meme kanseri görülmektedir (Baş, & Dirik, 2019; GLOBACAN, 2020). Çocukluk çağı kanseri denen, tüm kanserlerin %0,5 ile %4,6’sını oluşturan ve 18 yaş altındaki çocuklarda ortaya çıkan (Muslu, & Kolutek, 2018) en yaygın kanser türleri; lösemi (kan kanseri), santral sinir sistemi tümörleri (beyin tümörleri), lenfoma, nöroblastom (ilkel sinir hücrelerinden oluşan kanserler), yumuşak doku sarkomları, Wilms’ tümörü (böbrek tümörü), kemik tümörleri (osteosarkom)dir (Kebudi, 2012; World Health Organization, 2021). Ayrıca, ülkemizdeki yetişkin popülasyonuna bakıldığında, 75 yaşından önce kanser geliştirme riski erkeklerde %29,2 iken bu oran kadınlarda 18.4’ tür (GLOBACAN, 2020).

2.1.1. Kanserin Epidemiyolojisi

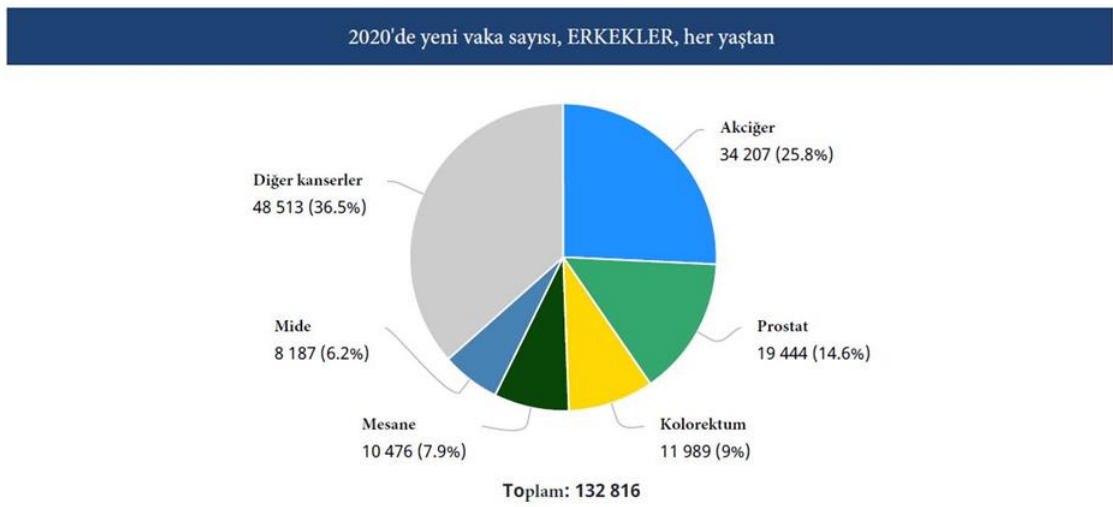
Dünyada ilk yazılı kanser vakasına M.Ö. 3000 de Mısır’ da ve Edwin Smith papirüsünde rastlanmıştır. Bu papirüslerde meme tümörü olan sekiz vaka tanımlanmış ve bu vakaların tedavisinin olmadığı belirtilmiştir. M.Ö. 460-370 yıllarında ilk kez Hipokrat gördüğü yapılara “karkinos” ya da “karkinoma” demiş, M.Ö.28-50 Celsus, Latince "kanser" anlamına gelen «karkinos" terimini kullanmış, M.S. 130-200 Galen, tümörleri “onkos” (şişkinlik) şeklinde tanımlamıştır (American Cancer Society, 2014; Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018).

19. yy da modern mikroskobun kullanımı ile birlikte kanser dokuları ile çalışmalar hızlanmış, kanser tanı ve tedavisinde büyük adımlar atılmıştır. 1802’de İngiltere ‘de “Kanserin Doğası ve Tedavisini Araştırma Derneği’nin (Society for Investigating the Nature and Cure of Cancer)” başlattığı çalışmalarla kanserin tanısal bulguları ve nedenleri incelenmeye başlanmıştır (Atıcı, 2007; American Cancer Society, 2014). Kanserin epidemiyolojik özellikleri belirlenirken; yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, mesleki özellikler, coğrafi dağılım gibi faktörler göz önüne alınmaktadır. Örneğin; kanser riski yaşla beraber artmaktadır. Coğrafi dağılımın kanser sıklığına olan etkisine bakıldığında, sıklık, bölgelere, ülkelere hatta aynı ülkenin farklı yerleşim yerlerine göre değişmektedir. Sosyoekonomik durum düşükse, sigara ve alkol gibi sağlığa zararlı alışkanlıkların kullanımı, yetersiz beslenme, üreme sağlığı, enfeksiyonlara açıklık, yetersiz ve dengesiz beslenme, mesleki karsinojenlere maruziyet gibi risk faktörlerinde artışa neden olabilmektedir (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018). Kanser oluşumunda mesleki etmenlere maruziyetin etkisi ise ilk olarak 1775’te Pott tarafından, baca temizleyiciliği ve skrotum kanseri ilişkisinden yola çıkarak ortaya atılmıştır. Yine, mesleki maruziyetle ilişkili kanser oluşumuna, açık havada çalışanlarda UV ışınlarına maruziyet sonucu cilt kanseri oluşumu, sağlık çalışanlarının Hepatit B ve Hepatit C ye maruziyeti sonucu karaciğer kanserinin oluşumu, benzen adlı kimyasal madde ile temas edenlerde lösemnin ortaya çıkışı örnek olarak verilebilir (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018).

Günümüzde kanser, birçok ülkede en çok ölüme neden olan hastalıklar arasında ikinci sırada yer almakta ve Dünya’da her beş kişiden biri yaşamı boyunca kansere yakalanmaktadır. Uluslararası Kanseri Araştırma Ajansı (IARC)’ a göre her sekiz erkekten biri ve her 11 kadından biri kanser nedeniyle yaşamını

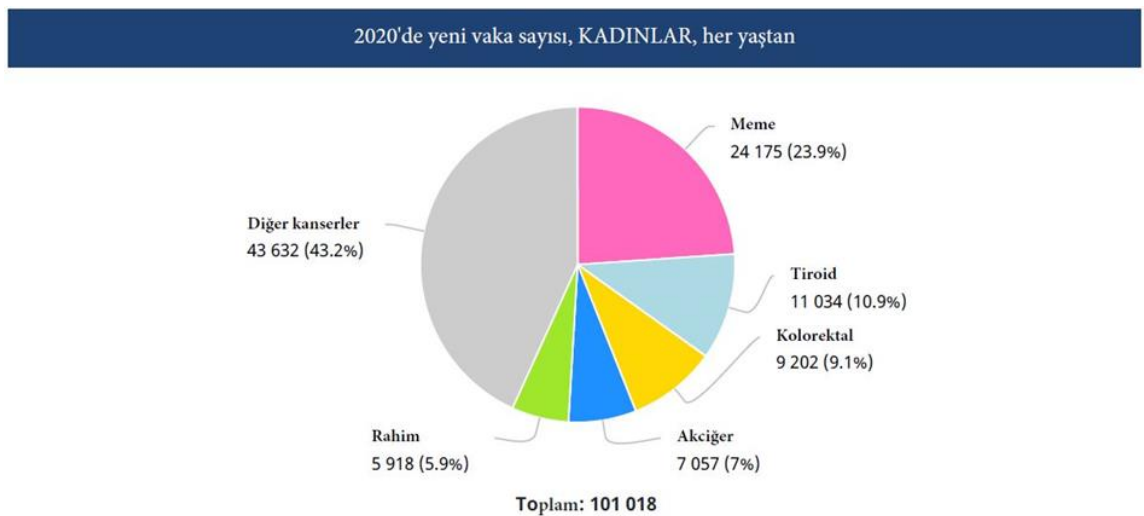
kaybetmektedir. Dünyada kansere bağlı ölümlerin artmaya devam edeceği, 2040 yılında dünya genelinde yaklaşık 28,4 milyon yeni kanser vakası olacağı öngörülmektedir (GLOBACAN, 2020).

Ölüm nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada olan kanserin görülme sıklığı ise cinsiyetlere göre farklılık gösterebilmektedir (Siegel vd., 2012; TÜİK, 2019). En sık görülen ilk beş kanser türüne bakıldığında, erkeklerde sırasıyla akciğer, prostat, kolorektal kanser, mesane ve mide kanseri varken; kadınlarda meme, tiroid, kolorektal, akciğer ve rahim kanseri görülmektedir (Baş, & Dirik,2019; GLOBACAN,2020).



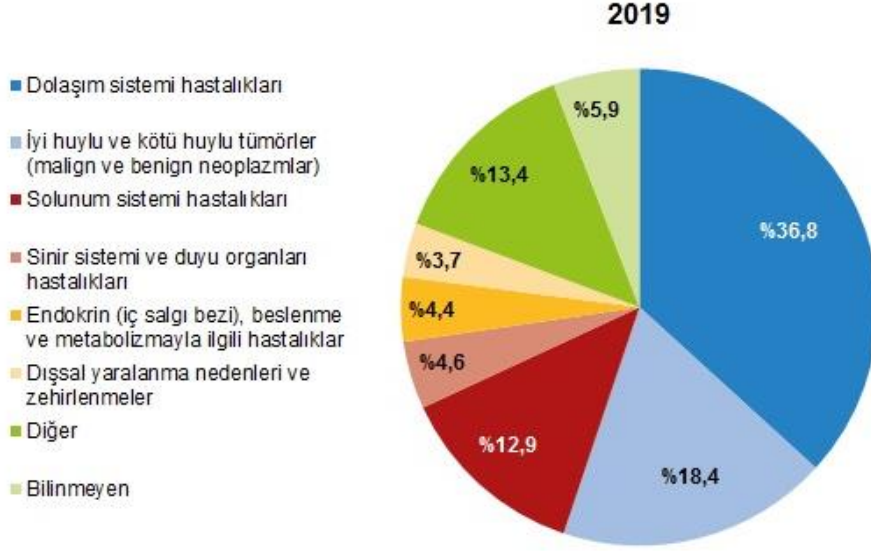
Şekil 1. Erkeklerde En Sık Görülen Kanser Türleri

<https://www.drozdogan.com/turkiye-kanser-istatistikleri-2020/>



Şekil 2. Kadınlarda En Sık Görülen Kanser Türleri

Türkiye’de de kanser, kardiyovasküler hastalıklardan sonra %18,4 oranla ikinci sırada yer alan ölüm nedenidir (TÜİK, 2019).



Şekil 3. Türkiye’ de Ölüm Nedenleri

<https://data.tuik.gov.tr/>

Kanserin tanımlanmasına, diğer hastalıklar ile ilişkilendirilmesine ve etkilenme derecesine, yaygınlığına ve nedenlerine yönelik çalışmalar yüzyıllar boyu sürmüştür ve bu çalışmalar hastalığın etiolojisi ile ilgili soruları gündeme getirmiştir.

2.2. Kanserin Etiyolojisi

Kanser oluşumuna neden olan etkenlere "kanserde risk faktörleri" adı verilmektedir. Kansere neden olan iç faktörler; kalıtım, yaş, ırk gibi kişinin değiştirmesinin mümkün olmadığı faktörlerdir. Dış faktörler ise genelde bireylerin değiştirebileceği ya da en azından maruziyetin azaltılabileceği çevre kirliliği, iyonize radyasyona maruz kalma vb. etkenlerdir (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2017b).

2.2.1. Yaş: Kanselerin yarısından fazlası 55 yaşından sonra ortaya çıkmaktadır. Yaş ile birlikte bireylerde görülen hormonal değişimler, DNA (Deoksiribo Nükleik Asit) hasarı, bağışıklık sisteminin fonksiyon ve yanıtında azalma, maruz kalınan stres ve karsinojenler, vücudun metabolik işleyişinden kaynaklanan serbest radikallerin birikimi

kanser oluşumunda etkili olan faktörlerdendir (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2017b; Eureklert, 2018).

2.2.2. Cinsiyet: Kanser çeşitleri cinsiyetlere göre farklılık gösterebilmektedir. Örneğin; kadınlarda en sık görülen kanser çeşidi meme kanseri iken erkeklerde en sık görülen kanser çeşidi akciğer kanseridir (Baş, & Dirik,2019; GLOBACAN, 2020).

2.2.3. Genetik: Kanser genetik yatkınlık sonucu oluşabildiği yani ailesel yönünün olduğu bilinmektedir. Örneğin lösemi down sendromlularda, meme kanseri ailesinde meme kanseri olanlarda ve Klinefelter sendromlularda daha fazla görülmektedir (Akdemir, & Birol, 2005).

2.2.4. Kimyasal Ajanlar: Asbest, arsenik vb. kimyasal ajanlara maruziyet ya da bazı meslek gruplarına ait olma kişilerde bazı kanser çeşitlerinin görülme sıklığını artırmaktadır. Örneğin, baca temizleme işçilerinde skrotum kanserleri daha sık görülürken, madenlerde çalışanlarda akciğer kanseri daha yaygın olarak görülmektedir (Akdemir, & Birol, 2005).

2.2.5. Tütün ve Alkol kullanımı: Akciğer kanseri oluşumunda sigara ve tütün kullanımının büyük payı vardır ve kanserden ölümlerin yarıya yakın kısmından tek başına sigara ve tütün kullanımı sorumlu tutulmaktadır. Solunum, sindirim ve meme kanserlerinin gelişiminde ise alkol kullanımının etkili olduğu bilinmektedir (Açıkgöz vd., 2018).

2.2.6. Beslenme: Mide, özofagus, kolon gibi kanserlerin oluşumunda kırmızı et ya da konserve etlerin fazla tüketilmesi, doymamış yağ oranı yüksek gıdaların tercih edilmesi etkilidir. Ayrıca beslenme kaynaklı oluşan obezite, kanser oluşumunda önlenebilir etyolojik faktörler arasında sigaradan sonra gelmektedir (Günaldı, vd., 2019).

2.2.7. Enfeksiyöz ajanlar: Bazı enfeksiyöz etkenler kanser oluşumunda da etkilidir. Örneğin Helikobakter pilori bakterisi mide kanserlerinin %90'ından sorumlu tutulmaktadır. HPV enfeksiyonu ise serviks kanserlerinin oluşum nedenidir. Hepatit B ve C enfeksiyonları ise karaciğer kanserine neden olmaktadır (Bozkurt Güzel vd., 2019).

2.2.8. İmmünolojik faktörler: AIDS gibi bazı hastalıklar neticesinde immün sistem baskılanmakta ve bu kişilerde kanser riski artmaktadır (Bozkurt Güzel vd., 2019).

2.2.9. Fiziksel faktörler: İyonize ve noniyonize radyasyon; X (röntgen) ve ultraviyole ışınları, radyoaktif etkenler kansere neden olan fiziksel faktörlerdir. Hassas ve açık tenli insanlarda bu etkenlere maruziyet cilt, akciğer, meme ve tiroid kanseri riskini artırmaktadır (Akdemir, & Birol, 2005).

2.2.10. Kansere neden olan diğer faktörler: Uzun süren ve baş edilemeyen stres, yoksulluk ve bu nedenle maruz kalınan tek tip beslenme, çevresel kirlilik nedeni ile karsinojenik ajanlara maruz kalma, cinsel sağlığa dikkat etmeme, erken menarş ya da geç menapoz, doğurganlık durumu, erken yaşta evlenme ya da birden fazla eşlilik, beş yıldan daha çok oral doğum kontrol hapı kullanma gibi etkenlerin de kanser oluşumunda etkisi vardır (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2017b; Akdemir, & Birol, 2005).

2.3. Kanser Belirtileri

Kanser, yayılım derecesi ve bulunduğu organa göre farklı belirtiler vermenin yanında aynı tanıyı alan farklı kişilerde de farklı belirtiler ile kendini gösterebilir. Bazı bireylerde ise hiçbir belirti vermeden sinsi ilerleyen kanserin genel anlamda gösterdiği belirtilerden başlıcaları; iyileşmeyen ya da geç iyileşen yaralar, vücudun herhangi bir bölgesinde oluşan ve uzun süredir yok olmayan şişlik ve morluklar, siğil ya da benlerin çapı ya da renginde meydana gelen değişimler, idrar ve dışkılama alışkanlıklarında meydana gelen değişimler, aşırı ya da ani kilo kaybı, anormal kanamalardır (Kutluk, & Kars, 2001; Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2017c).

2.4. Kanser Tedavisi

İnsan yaşamını biyolojik, psikolojik, ekonomik ve sosyal yönlerle tehdit eden ve çağımızda yaşanan tüm gelişmelere rağmen hala en korkulan hastalıklar içinde bulunan kanser, gelişmekte olan ülkeler başta olmak üzere her yıl milyonlarca insanın yaşamını yitirmesine neden olmaktadır. (Bilge, & Çam, 2008).

Kanser hastalığının görülme sıklığının artmasıyla beraber kansere yönelik uygulanan tanı ve tedavi yöntemlerinde de gelişmeler sağlanmıştır. (Greimel vd., 2002). Kanser tedavisi kanserde kür sağlamak, ilerlemesini durdurmak ya da palyatif amaçla yapılabilmektedir (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2017d).

Kanser tedavisinde kullanılan temel tedavi yöntemleri; cerrahi tedavi, kemoterapi, radyoterapi ve kemik iliği transplantasyonudur. Ayrıca, temel tedavi yöntemlerinin yanında endokrin tedavi, hedefe yönelik tedavi ve immünoterapi tedavileri uygulanabilmektedir (Gelin, & Ulus, 2015; Demirer, 2014; Baykara, 2016; Şıra, 2007; Berk, 2018). Kanser tanısı kesinleşen hastanın bireysel özelliğine ve hastalığının durumuna (evresine) göre bu yöntemlerden bazen biri bazen de birden fazlası kanserin tedavisinde kullanılmaktadır (Greimel vd., 2002; Kurt, & Kapucu, 2018).

2.4.1. Cerrahi Tedavi

Biyopsi alınarak tanı amaçlı, kansere dönüşme ihtimali kesin olan dokuların alınması ile önleyici amaçlı, kanserli ya da kanserin yayılma ihtimalinin olduğu yakın dokuların çıkarılması ile küratif ya da palyatif amaçlı cerrahi tedavi uygulanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010; Baykara, 2016).

2.4.2. Hematopoetik Kök Hücre Nakli (SCT) ve Kemik İliği Transplantasyonu (KİT)

Hematolojik kanserlerde ve yüksek doz kemoterapi verilerek solid tümörleri tedavi etmede kullanılan yöntemdir (Huri vd., 2015; Tanyeli vd., 2014).

Kemik iliği transplantasyonu, HLA (Human-Lökosit Antijen) uyumluluğunu gösteren kan bağı olmayan bireylerden/kardeşten (allojenik), hasta bireyin ikizi ya da üçüzünden (sinjeneik), hasta bireyin kendisinden (otolog) kök hücreler alınarak gerçekleştirilebilmektedir. Otolog transplantasyonun en büyük avantajı, hasta bireyin kendi hücreleri kullanılarak uygulandığından, vücudun verdiği tepkinin minimal olması ya da hiç olmamasıdır (Baykara, 2016; Dünder Yenilmez, & Tuli, 2014).

2.4.3. Radyoterapi

Kanserde tedavi yöntemi olarak kullanılan radyoterapi, iyonize edici radyasyon kullanılarak yapılan tedavi şeklidir (Sis Çelik, 2014). Burada amaç, tümöre en yüksek radyasyon dozu vererek kanserli hücreyi yok etmek ya da tümörü küçültmek, normal hücreleri ise minimal doz uygulayarak korumaktır. Böylece hastanın yaşam kalitesi artırılarak sağ kalım süresinin uzatılması hedeflenmektedir (Dirican, 2001; Kaya vd., 2009; Baykara, 2016; Baskar vd., 2012).

2.4.4. Kemoterapi

Kemoterapi tedavisinin amacı, hastanın sağlam hücrelerine zarar vermeden, anti neoplastik ilaçlar kullanarak kanser hücrelerini yok etmek ya da bunların büyümesini, çoğalmasını kontrol ederek hastalık semptomlarını hafifletmek ve hastanın sağ kalım süresini uzatmaktır. (Aslan vd., 2006; Lundqvist vd., 2015).

Kemoterapi, cerrahi tedaviden önce evreyi küçültmek için neoadjuvan olarak, cerrahi tedaviden sonra mikrometastazın önlenmesi ile hastalık nüksünü azaltmak için adjuvan tedavi olarak uygulanabilir (Bilge, & Çam,2008). Kemoterapi, tek başına, radyoterapi ve cerrahi tedavi ile uygulanabilir ve sağladığı en büyük avantaj metastazın olduğu durumlarda da kullanılabilmesidir (Cengiz vd., 2020).

2.4.4.1. Kemoterapinin Yan Etkileri

a. Ağrı

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (International Association for the Study of Pain=IASP)'nin yaptığı tanımlamaya göre ağrı, bireyin geçmiş yaşantılarından etkilenen, bedenin herhangi bir bölgesinde oluşan istenmeyen bir duygudur (Reisli vd., 2021; Türk Algoloji Ağrı Derneği, 2018). Günlük işlevleri olumsuz etkileyen fiziksel sorunların başında gelen ağrının şiddeti ve tipi, kişiden kişiye, kanserin oluşum bölgesine ve kemoterapi yoğunluğuna bağlı olarak değişebilir. Kanser hastalarının %80-90'ında bu durum deneyimlenmektedir (Ertem, 2010; Kurt, & Kapucu, 2018; Can, 2005; Uyar, & Köken, 2017; Paice, & Ferrel, 2011; Esencan Yılmaz, & Merih Doğan,2010).

Kanserin tanısından sonra ortaya çıkan, tedavi döneminde yoğunlaşan kronik ağrı, vücudun her yerine yayılan, hem fiziksel hem de psikolojik olarak hastada zorlanmaya neden olan bir rahatsızlıktır (Yağcı, & Saygın, 2019; Kutlutürkan, 2011). Bireyler günlük aktivitelerini ağrı kaynaklı yapamadıklarında başkalarına bağımlılıkları artar ve hayatları üstünde kontrol sahibi olmadıklarını düşünebilirler. Kontrolü yitirdiğini düşünen hastalarda ise yetersizlik duyguları gelişebilir. Bu durum da onları gün geçtikçe ağrıya daha duyarlı hale getirebilir. Sürekliliği olan ve dindirilemeyen kanser ağrısı hastaların yaşam kalitelerini de olumsuz etkilemektedir (Güner, & Kavlak, 2015).

Literatürde kanser hastalarının en çok korktukları semptom olan ağrı nedeni ile yorgunluk, huzursuzluk, uykusuzluk, duygusal stres, depresyon ve sosyal ilişkilerinde bozulmalar yaşadığı bildirilmektedir (Paice, & Ferrell, 2011; Kuzeyli Yıldırım vd., 2005; Dedeli, & Karadeniz,2009).

Kanser ağrısının görülme sıklığı ileri evrelerde ve metastazlarda fazladır. Onkoloji hastalarında ağrı başladığında ya da şiddetinde artma olduğunda, hasta tedavinin işe yaramadığını, her geçen gün daha da kötüleştiğini ve ölüme biraz daha yaklaştığını düşünebilir. Bu durum hastada tedaviyi bırakmaya, öfkesini başta sağlık personelleri olmak üzere etrafa yansıtmaya, eğer ağrının şiddeti artıyorsa ve birey dayanamayacağını düşünüyorsa intihar girişimlerine neden olabilir (Rannestad, & Skjeldestad, 2007; Dedeli, & Karadeniz, 2009).

Çöçelli ve arkadaşlarının 4863 hasta incelenerek yaptığı çalışmada ise ağrı polikliniğine başvuran hastaların %42'sinin kanser hastası olduğu tespit edilmiştir (Çöçelli vd., 2009). Tülin Arıcı ve Ertuğrul Kılıç'ın (2019) ağrı polikliniğinde iki yıllık deneyimlerini yayınladığı ve 6545 hastanın incelendiği çalışmada, kanser ağrısı olan 358 kişiden %24,02 sinin gastrointestinal sistem kanseri, %17,59'unun akciğer kanseri, %12,84'ünün meme kanseri olduğu ve kanser ağrısından yakınan bireylerin %76'sında metastaz varlığı tespit edilmiştir (Arıcı, & Kılıç, 2019). Ağrı kliniklerinin retrospektif analizinin incelendiği başka bir çalışmada, ağrı kliniğine kanser ağrısı ile başvuranların oranı %18,3 olarak bulunmuştur (Karaman, & Kavak, 2010).

b. Yorgunluk

Onkoloji hastalarında en çok deneyimlenen, yeterli dinlenme ile geçmeyen, fiziksel, bilişsel ve psikolojik tükenmişlik hali olarak tanımlanan ve yoğun stres duygularının yaşanmasına neden olan yorgunluk semptomu, kemoterapi, radyoterapi gibi tedaviler nedeniyle ya da anemi vb. diğer sebepler kaynaklı olabilmektedir (Bag, 2013).

Tedavi kaynaklı olan yorgunluk, daha önce kolaylıkla yapılabilen fiziksel aktivitelerin (nesnelerin kaldırılması, yürüyüş, kişisel bakımın bağımsız yürütülmesi, ev işlerinde yardım gereksiniminin olmaması, tek başına alışverişe gidilebilmesi), sosyal faaliyetlerin ve üstlenilen rollerin aksamasına hatta kimi zaman durmasına neden olabilmektedir. Özellikle uzun dönem sağ kalımı olan onkoloji hastalarında bu durum yaşam kalitelerini düşürmektedir (Bag, 2013; Karadağ, 2018; Chui, 2019).

Yorgunluğun onkoloji hastalarındaki insidansı %75-100 aralığındadır ve bu semptomu yaşayan bireyler, yorgunluk nedeniyle günlük faaliyetlerini aksatmak zorunda kalabilmektedir (Bag, 2012a). Ayrıca bu semptomu deneyimleyen hastalarda dinlenme ihtiyacında artış, kendini öncesine göre güçsüz hissetme, konsantrasyonda bozulma, ruh

hali değişiklikleri, uyku örüntüsünde bozulma, tedaviye uyumun bozulması neticesinde tedaviden istenen sonucun alınmaması gibi stres oluşturan diğer sorunlarda gözlemlenmektedir (Yeşilbalkan vd., 2005). Yorgunluğun hastalık sürecinin doğal parçası olarak görülmesi ve bir sorun olarak düşünülmemesi, tedavi planlarının içeriğine alınmaması, bireyin hissettiği bağımlılık düzeyinin artmasına ve bireyin her geçen gün kendini daha yetersiz hissetmesine ve stres yaşammasına neden olabilmektedir (Arslan vd., 2008; Bag, 2012b; Esencan Yılmaz, & Merih Doğan, 2010; Can, 2006; Yeşilbalkan vd., 2005; Hintistan vd., 2012; Bag, 2013; Weis, & Faller, 2012). Hastalığın başladığı andan itibaren bireyi etkilemeye başlayan yorgunluk, tedavi tamamlandıktan aylar, yıllar sonra bile sürebilmekte, tedavi sırasında oluşan anemi, kaşeksi, enfeksiyona bağlı olarak da gelişebilmekte ve bireyi ağrı, bulantı-kusma gibi semptomlardan daha fazla etkileyerek fiziksel olduğu kadar ruhsal izler de bırakabilmektedir (Bag, 2012b; Stone vd., 2000; Servaes vd., 2002).

Julienne E. Bower ve arkadaşlarının (2012) meme kanseri sonrası hayatta kalan kadın hastalar ile yaptıkları çalışmada hastaların %33'ü yaşam kalitelerini olumsuz etkileyen temel sebebin yorgunluk olduğunu söylemişlerdir (Bower vd., 2012). Curt ve arkadaşlarının (2000) kansere bağlı yorgunluğun hastaların yaşamlarına etkisini 379 hasta üstünde inceledikleri çalışmada, hastaların %76'sı en son kemoterapi alımlarını takiben en az birkaç gün yorgunluk yaşadıklarını, %30'u genelde yorgunluk yaşadıklarını belirtmiş ve yorgunluk yaşayanların %91'i yaşadıkları deneyimin normal yaşamlarını engellediğini belirtmişlerdir (Curt vd., 2000).

c. Sağ ve deride meydana gelen değişimler

Kemoterapinin uygulama yoluna, dozuna ve tipine bağlı olarak derecesi değişen alopesi, onkoloji hastalarının yarıdan fazlasında ve ilk tedaviden yaklaşık iki-üç hafta sonra görülmektedir. Tedavi bitiminden 4-8 hafta sonra sağlar yeniden çıkmaya başlasa da hastalar hem fiziksel hem de psikososyal yönden olumsuz etkilenmektedir. Ayrıca yeni çıkan sağ rengi ve yapısı eskisi ile aynı olmadığı için bu durum hastalarda emosyonel sıkıntılara neden olabilmektedir (Ertem vd., 2009; Ateş, & Olgun, 2014).

Kemoterapinin psikolojik ve sosyal açıdan yıkıcı yan etkilerinden biri olan alopesi beden imajını bozarak kişilere sürekli olarak kanser hastası olduğunu hatırlatmaktadır. Ayrıca, dış görünümün bozulması bireylerin sosyal hayatında da aksamalara neden olduğundan, özellikle kadın hastalarda psikososyal sorunların yaşanmasına ve dış

görünümde yaptığı olumsuz değişiklikler nedeni ile hem travma hem de tedaviyi reddetme sebebi olabilmektedir (Ateş, & Olgun, 2014; Dönmez, 2018).

Kanserin tedavisinde yararlanılan diğer bir yöntem olan radyoterapide de alopesi, ışının uygulandığı deri bölgesinde kuruma, kızarıklık, yanık, deri yüzeyinde meydana gelen renk değişimleri gibi yan etkiler de hastalarda fiziksel ve emosyonel sıkıntılara neden olarak bireyin stres seviyesini artırmaktadır. Bu durum, hastaların önceki kendilerine ve toplumdaki diğer insanlardan başkalaşmalarına neden olmakta ve sosyal izolasyona neden olabilmektedir (Ertem vd., 2009; Ertem, 2010).

Pehlivan ve arkadaşlarının akut lösemi hastalarında alopesi, beden imajı ve benlik saygısı arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada, akut lösemi hastalarının %63,7'sinin alopesi yaşadığı, bunların %84,5' inde alopesinin gözle apaçık görülebilir nitelikte olduğu, alopesi yaşayan bireylerin benlik saygısının daha düşük olduğu bulunmuştur (Pehlivan vd., 2019).

d. Bulantı-kusma

Bulantı-kusma kemoterapi ve radyoterapinin sık görülen yan etkileridir. Hastalığın kendisine, tedavisine, metastaza bağlı olarak oluşabilir (Çelik Tarakçıoğlu, 2016; Uğur, 2014; Esencan Yılmaz, & Merih Doğan, 2010).

Akut bulantı-kusma; kemoterapi verildikten sonra 24 saat içinde meydana gelir ve kusmanın en şiddetli fazını oluşturur. Gecikmiş bulantı-kusma kemoterapiden 24 saat sonra başlar ve 6-7 güne kadar devam edebilir. Beklenti bulantı kusması ise önceki kemoterapilerde kontrol altına alınamayan bulantı-kusma yaşayan hastalarda görülmektedir (Aslan, 2003). Bulantı-kusma; iştahsızlık, beslenme problemleri, anoreksiya, kaşeksi, sıvı-elektrolit dengesizliği, dehidratasyon, ilaçların emiliminde ya da böbreklerden atılımında yetersizlik, yorgunluk, tedaviye uyum sağlayamama ve günlük aktivitelerini yerine getirememe gibi problemleri beraberinde getirebilmektedir (Esencan Yılmaz, & Merih Doğan, 2010; Çelik Tarakçıoğlu, 2016; Uğur, 2014).

Turini ve arkadaşlarının 2015 yılında İtalya, Fransa ve Almanya' da gerçekleştirdiği çalışmada, araştırmaya katılan bireylerden %34-50 sinin kemoterapi tedavisi gördüğü dönemde bulantı- kusma semptomlarını deneyimlediği ve bu bireylerden %10-20 sinin bu semptomları şiddetli şekilde yaşadığı bulunmuştur (Turini vd., 2015).

e. Diyare – konstipasyon

Diyare, bağırsaklardan besinlerin emiliminin ve/veya gastrointestinal kanaldan sıvı ve elektrolitlerin salınımının bozulmasına neden olan gaita sayısı (günde 3-4 kez dışkılamadan fazla) ve miktarındaki (250-300 mililitreden fazla) artıştır (Ören, 2016).

Diyare, kemoterapi alan kanser hastalarında sık karşılaşılan sorunlardan biridir ve hastaların %20-40' ında ciddi düzeyde görülmektedir. Cerrahi işlemler, bazı ilaçlar, enfeksiyon, anksiyete, stres ve tüple beslenme gibi birçok faktöre bağlı olarak gelişen diyare kontrol altına alınamazsa sıvı-elektrolit ve asit baz dengesizlikleri ortaya çıkabilir ayrıca hastaların yaşam kalitelerini olumsuz etkiler (Muhsiroğlu, 2017; Atalay, 2022).

Konstipasyon, haftada üç dışkılamadan az boşaltımın olması, anormal sert gaita veya ek güç gerektiren defekasyondur. Kanser hastalarında görülen konstipasyon, gastrointestinal bölgedeki tümörler, kemoterapi, beslenme şeklinin normalin dışına çıkması, yetersiz sıvı alımı ya da sedanter yaşama bağlı olarak ortaya çıkabilir. Konstipasyon hastaların yaşam kalitesini, günlük yaşam aktivitelerini ve öz-saygısını olumsuz yönde etkileyerek, anksiyete, depresyon ve psikolojik rahatsızlıklara neden olabilir (Korkmaz, 2011; Ayık, & Can, 2011; Pehlivan vd., 2022).

f. Oral mukozit

Kanser tedavisine (kemoterapi ve/veya radyoterapi) bağlı gelişen, kanserli bazı hastalarda artan mortalite ile ilişkilendirilen oral mukozit, hastaların yaşam kalitelerini, yaşamsal fonksiyonlarını, tedaviye katılım ve devamlılıklarını olumsuz etkileyen, oldukça yaygın bir komplikasyondur (Elad vd., 2022).

Kanser tedavisinin yaygın yan etkilerinden olan mukozitin görülme insidansı yüksek doz kemoterapi alan hastalarda (%58-99) standart doz kemoterapi alan hastalara (%12-%51) göre daha yüksektir. Oral mukozit oluşumu, kemoterapi infüzyonundan 3-5 gün sonra başlasa da en şiddetli olarak 7-14. günlerde görülebilmektedir (Çakmak, & Nural, 2020).

Mukozit semptomu olan hastaların beslenmesi, günlük yaşam fonksiyonları, yaşam kalitesi olumsuz etkilenir ve hasta yaşadığı ağrılar ve hayatında meydana gelen olumsuz değişimler nedeni ile tedaviyi bırakmak isteyebilir ya da bu semptomun yoğunluğunu giderebilmek için atlanan veya azaltılan dozlar neticesinde tedavi uzar ve bu da hastanın

tedaviye uyumunu, sosyal yaşamını, psikolojik dayanıklılığını olumsuz etkiler (Çavuşoğlu, 2007; Çubukçu Ünal, & Çınar, 2012; Erkurt vd., 2009; Çıtlak, & Kapucu,2015).

Trottia ve arkadaşlarının (2017) baş-boyun kanserli hastalarda oral mukozitin sıklığı ve sonuçlarını incelediği sistematik derlemede 33 araştırma taranmış ve oral mukozitin en çok sıkıntı veren semptomunun ağız içinde ağrı olduğu belirtilmiştir. Aynı derlemede, en sık sırasıyla oral mukozite bağlı tedavinin atlanması ya da dozunun azaltılması, kilo kaybı, yutma güçlüğü, dehidratasyon, opioidlerin fazla kullanımı tespit edilmiştir (Çıtlak, & Kapucu, 2017).

g. Kemik iliği baskılanmasına bağlı enfeksiyon ve kanama

Kanser tedavisinde kullanılan antikanser ilaçlarının kemik iliğini baskılaması ve kandaki mutlak nötrofil sayısının 500/mm³'ün altına düşmesi sonucu oluşan tabloya nötropeni denmektedir ve kemoterapinin bu yan etkisini yaşayan hastalarda enfeksiyona yatkınlık artmaktadır. Enfeksiyonlara açık olan hastaların antibiyotik kullanımı, hospitalizasyon süresi, mortalite ve morbidite riski artmakta, ilaç dozları, hastanın tedaviye güveni, hastanın semptomlara dayanma gücü ise azalabilmektedir. Hasta aktif enfeksiyon ya da enfeksiyon riski nedeni ile izolasyona alınabilmektedir (Tarakçıoğlu Çelik, 2016).

Trombositopeni de ise kemoterapik ajanların (antineoplastik ilaçlar) kemik iliğini baskılaması ve normal yetişkinde 150.000 ile 400.000 mm³ arasında olması gereken trombositlerin sayısının 150.000 mm³'ün altına düşmesi gözlemlenmektedir. En önemli görevi pıhtılaşmayı sağlayarak kanamaların önüne geçmek olan trombositlerin sayısının düşmesi hastayı iç ve dış kanamalara açık hale getirmekte, hastada anemi tablosunun oluşmasına neden olarak halsizlik vb. semptomların görülme sıklığını artırmaktadır (Türk Hematoloji Derneği, 2022; Okutan, & Ayten, 2014).

h. İştahsızlık

Kanser tedavisinde kullanılan ajanlara bağlı olarak hipotalamus işlevlerinin ya da tad alma duyusunun baskılanması, azalması, değişmesi sonucu onkoloji hastalarında görülen yiyeceklerden tikslenme ve erken doyma hissi bir süre sonra iştahsızlık şikayetine zemin hazırlayabilir. İştahsızlık, bulantı-kusma gibi semptomların artması

sonucu hastalarda malnutrisyon, malnutrisyonun ilerlemesi sonucu deri altı yağ dokusu, kas kütlesi ve iç organlarda küçülme (kaşeksi) görülebilir (Uğur, 2014).

1. Uyku bozuklukları

Bedensel ve ruhsal iyilik halini etkileyen kaliteli uyku, bireyin en temel ihtiyaçlarından. Onkoloji hastalarının %30-50'' sinde ağrı, stres, psikolojik ve fizyolojik yorgunluk, tedavinin yan etkileri, kanser öncesi hastalıkları, enfeksiyon, yüksek ateş, depresyon gibi nedenler ile görülen uyku bozuklukları, uykuya dalmada yada devam ettirmede zorluk, geceleri kısa aralıklarla uyanma, sabah çok erken ve yorgun kalkma, sık sık kabus görme şeklinde ortaya çıkmaktadır (Genç, & Oğuz, 2018; Karadağ, 2018; Chui, 2019; Uyar, & Köken, 2017; Paice, & Ferrel, 2011; Terzioğlu, & Alan, 2015; Pazarcıkcı, 2017; Yavuzşen vd., 2014; Bag, 2012b).

Kanser hastalarında görülen uyku bozuklukları, bireyin psikolojik dayanıklılığını azaltırken hospitalizasyon süresini ve mortaliteyi artırmaktadır (Simeit vd., 2004; Jiménez-Gordo vd., 2009).

i. Cinsel sorunlar

Kanser tedavisinde kullanılan kemoterapik ajanlar fiziksel sağlığı olduğu kadar cinsel sağlığı da olumsuz etkileyebilmekte, kalıcı ya da geçici infertiliteye, cinsel ilgide azalmaya, bireylerin cinsel çekiciliğinin azaldığını düşünmelerine, cinsel yönden tatmin olamamaya neden olabilmektedir (Ölçer, & Oskay, 2020). Özellikle jinekolojik kanserler doğrudan üreme organlarını hedef aldığından, cinsel yaşamı tehtit eder ve cinsel sorunları da beraberinde getirir. Kadınlarda vajinal kayganlıkta azalma, erkeklerde erekte olamama, her iki cinste uyarılamama gibi sonuçları ortaya çıkaran kanser tedavisi, hastalarda korku, utanma ya da diğer kişisel nedenlerle yaşadıkları problemi sağlık profesyonelleri ile paylaşamamaya neden olabilmektedir (Wilmoth, & Spinelli, 2000; Juraskova vd., 2003; Reis, 2003a; Pınar, 2010; Higan vd., 2016).

Kanser tedavisinde ayrıca, kullanılan kemoterapi ilacının dozu, süresi, kadının yaşı gibi etkenlere bağlı olarak over fonksiyonları doğrudan etkilenmekte ve over fonksiyonlarının azalması ya da yok olmasına bağlı olarak da kadınlarda FSH, LH ve estradiol seviyelerinde değişme ya da düşme görülmektedir. Hormonal dengelerin değişmesi sonucu ise kadınlarda sıcak basması, uyku bozuklukları, sürekli gerginlik hali

gibi premenopozal semptomlar görülmektedir (Wilmoth, & Spinelli, 2000; Distefano vd., 2008).

Bilge ve arkadaşlarının endometrium, serviks ve over kanseri tanısı konulan 20 kadının cinsel yaşamındaki değişimleri incelediği, fenomenolojik yöntemin kullanıldığı nitel çalışmada kanser tedavisi sonucu hastalarda menopozal belirtilerin olduğu, beden imgesi değişimlerinin yaşandığı, cinsel yaşama ilişkin olumsuz etkilerin deneyimlendiği tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan kadınlar en çok üreme yeteneğinin kaybolmasından ve cinsel işlevlerini devam ettirememekten şikâyet etmişlerdir (Bilge vd., 2016).

j. Periferik nöropatiye bağlı ağrı ve immobilizasyon

Onkoloji hastalarına tedavi amaçlı uygulanan cerrahi ve medikal yöntemler hastalarda ağrı, yorgunluk, anksiyete, hareket etmede güçlük, halsizlik gibi istenmeyen yan etkilere sebep olmakta ve bireyler deneyimledikleri bu semptomlar nedeni ile immobilizasyon yaşayabilmektedirler (Ertem vd., 2009; Yeşilbalkan vd., 2005).

Literatürde özellikle jinekolojik kanserli kadınların ilk bir hafta içinde yapılan tedaviye bağlı olarak (kemoterapi, radyoterapi, cerrahi tedavi) immobilizasyon sorunu yaşadığı, yaşam kalitelerinin belirgin ölçüde azaldığı, günlük hayatında kolaylıkla yerine getirebildikleri aktivitelerini dahi yapamadıkları yada yaparken aşırı zorlandıkları, bedenlerindeki değişimden dolayı banyo yapma vb. kişisel hijyen gereksinimlerini karşılamada yetersizlik yaşadığı bildirilmektedir (Distefano vd., 2008; McCorkle vd., 2009). Mastektomi uygulanan kadın hastalarda ise ameliyat edilen bölgedeki lenf bezlerinin alınması sonucu yaşamlarını uzun süre etkileyen hareket bozukluğu ve lenf ödemi görülebilmektedir. Bu sonuç da bazen hastaların fiziksel performanslarında düşme, aktivitelerinden geçici ya da kalıcı olarak vazgeçmesi anlamına gelebilmektedir (Bag, 2013; Özyurt, 2007; Babacan Gümüş, 2006; Boyle, & Levin, 2008).

Kemoterapötik ilaçlara bağlı gelişen periferik nöropati ilişkili ağrı, yönetimi zor olan bir ağrı tipidir. Onkoloji hastalarında gözlemlenen periferik semptomlar ise parmak uçları, ayak ve bacakta karıncalanma, iğnelenme şeklinde sızlamalar, ekstremitelerde uyuşma, duyu fonksiyonlarda azalma, genel ya da lokal ağrı, kol ve bacak kasları başta olmak üzere güçsüzlük ve yürümede zorlanmadır (Lavoie Smith vd., 2008).

2.5. Kanser Hastalarında Stres ve Stresle Baş Etme

2.5.1. Stres Kavramı

Stres konusu ile ilgilenen öncü bilim insanlarından olan Dr. Hans Selye stresi “ vücudun herhangi bir dış talebe verdiği özel olmayan (yaygın) tepki ” olarak tanımlamıştır (Özdevecioğlu, 2002; Basut, 2006). Folkman ve Lazarus’ a göre ise stres, bireyin algıladığı genel iyilik halini ya da huzurunu etkileyen, kaynaklarını aşan ya da zorlayan, "kişi-çevre etkileşimi" sonucu yaşanan iç gerilim durumudur. (Ergin vd., 2014).

Bireyde strese neden olan, bireyin bu strese yönelik savaşıması ya da kaçması şeklinde cevap oluşturan, bireyde iç ve dış dengeleri etkileyen olay, durum ya da kişiye stres etkeni (stresör) denmektedir (Güneş, & Düzgün, 2005; Özel, & Bay Karabulut, 2018). Fiziksel ve ruhsal sınırları stres etkenleri ile zorlanan bireyler, çevreleri ile uyum sağlama ya da uyumsuzlukla sonuçlanacak bir takım tepkiler verirler. Organizmanın stresörler altında oluşan bu yeni duruma gösterdiği tepkiye ise stres tepkisi adı verilmektedir (Özel, & Bay Karabulut, 2018).

2.5.2. Stres Kuramları

2.5.2.1. Genel Adaptasyon Sendromu

Hans Selye, strese yönelik uyum modelinde bedenin stres sonrası değişime uyum için gösterdiği tepkiye “genel adaptasyon sendromu (GAS)” ya da “biyolojik stres sendromu” demiştir (Özel, & Bay Karabulut, 2018; Güneş, & Düzgün, 2005; Akçakaya, & Çelik Erden, 2014; Güçlü, 2001). Strese adaptasyon teorisi; alarm, adaptasyon (rezistans/ direnme) ve tükenme (bitkinlik) evrelerinden oluşmaktadır (Güneş, & Düzgün, 2005; Arıbal Kocatürk, 2000).

Alarm Evresinde, sempatik sinir sistemi bireyin stres kaynağı ile karşı karşıya gelmesi nedeni ile aktifleşerek organizmaya savaş ya da kaç tepkisini veririr. Bu durumda bireyin kasları gerilir, kalp atışları ve solunumu hızlanır, kortizol ve adrenalin salınımı artar, vücuda daha fazla enerji vermek için yağ asitlerinin salınımı fazlalaşır ve tansiyon yükselir. Stres yaratan etmenin (durum/ kişi /olayın) yoğunluğu ve şiddeti arttıkça bireyler de yaşamış oldukları bu değişimler kaynaklı normal davranışlardan sapma gösterirler (Akçakaya, & Çelik Erden, 2014; Güçlü, 2001; Özel, & Bay Karabulut, 2018).

Adaptasyon (rezistans/ direnme) Evresine, alarm evresinde herhangi bir girişim uygulanmazsa geçilir ve bu evrede sempatik sinir sistemi ile birlikte parasempatik yanıt sistemi aktif hale geçer. Kortizol, epinefrin ve nörepinefrin normalin üstünde salgılanır. Bu aşamada stres kaynağının iç ve dış çevrede yarattığı dengesizlik dengeye çevrilebilirse, nabız, tansiyon, solunum vb. yaşamsal faaliyetler yeniden normale dönmeye başlar. Eğer uyum sağlanamaz ve adaptasyon gerçekleşmezse stres süreklilik gösterir, hastalık ve ölümlerle neticelenen tükenme evresine geçilebilir (Özel, & Bay Karabulut, 2018; Güneş, & Düzgün, 2005; Arıbal Kocatürk, 2000).

Tükenme evresine ise, homeostazi sağlanamadığında girilir. Parasempatik sinir sistemi aktifliğini sürdürür, immün sistem baskılanır, fizyolojik (kalp, böbrek vb.) ve psikosomatik hastalıklara zemin hazırlanır. Gerilim kaynaklarının miktarı ve yoğunluğu azalmamışsa, birey hayal kırıklığı yaşar ve fiziksel kaynaklar kullanılamaz hale geldiğinde bu evreye geçilir. Uzun süreli stresörlere maruz kalınma sonucu birey diğer stres kaynaklarına da açık hale gelir (Özel, & Bay Karabulut, 2018; Arıbal Kocatürk, 2000; Güçlü, 2001).

2.5.2.2. Kaynakların Korunması Teorisi

Hobbfol (2001) tarafından ileri sürülen bu teori, stres sürecindeki ana bileşeni kaynak kaybı olarak görür. Bireyin sosyal statüsü, ekonomik durumu, inançları, değer yargıları, değer verdiği nesne ya da insanlar çevresel faktörlerce tehdit edildiğinde bireyin stres yaşadığı, eldeki kaynaklar yitirildikçe ve yerine yenisi konulamadıkça bireyin tükenmeye doğru gittiği söylenmektedir (Hobfoll, 2001; Tanhan & Özok, 2018).

2.5.2.3. Psikodinamik Kuram

Sigmund Freud' a ait olan bu kuramda; işaret, nevrotik ve ahlaki anksiyete şeklinde üç tip anksiyeteden bahsedilmektedir. Freud'a göre bu anksiyeteler kişilerde gerilime neden olur ve bu gerilimin hafifletilmesi ya da ortadan kaldırılması ise savunma mekanizmaları ile gerçekleştirilir. Anksiyetenin uzun sürmesi ve savunma mekanizmalarının aşırı kullanımı ise bireylerde hastalıklara neden olmaktadır (Tanhan, & Özok, 2018).

2.5.2.4. Varoluşçu Kuram

Bu kuram, bireyin hayatta anlam arayışına vurgu yaparak, bireyde en fazla strese neden olan şeyin anlam yoksunluğu olduğunu ileri sürer. İnsan için ölümün kaçınılmaz olduğu düşünüldüğünde, bu kuram, bireyin ölüm korkusunu aşırı, patolojik olarak yaşamasının psikolojisini olumsuz etkilediğini ve bireylerde kaygıya neden olduğunu söyler. Hayatın sürekli ve kontrol edilebilir olduğuna yönelik gerçekçi olmayan bir güven geliştiren bireylerin günlük hayatlarında stresten bu yolla kaçındığını, hastalık, sevilen bir yakının kaybı ile karşılaşıldığında bu gerçekçi olmayan güvenin sarsıldığını ve bireylerin stres düzeylerinde artış gözlemlendiği belirtilmektedir. Varoluşçulara göre stres; bakteri, virüs gibi direkt hastalık yapmaz ve tüm hayatımız boyunca bizimle olur. Direncimizin düşük olduğu ve savunma mekanizmalarımızın yetersiz kaldığı durumlarda yüzeye çıkar ve ölüm korkusunu açığa çıkaran bir virüs gibi davranır (Tanhan, & Özok, 2018).

2.5.3. Kanser ve Stres İlişkisi

İnsan sadece biyolojik unsurlardan oluşan bir varlık değil, aynı zamanda psikolojik, kültürel, sosyal ve manevi yönü olan bir varlıktır. Bu nedenle fiziksel alanda meydana gelen herhangi bir hastalık insanın psikolojik, ekonomik, sosyal ve spiritüel yaşamını da olumsuz etkilemektedir. Kanser hastalığı da bireyi her yönden sarsan hastalıklar arasındadır (Ergül, & Bayık, 2004).

Kanser tanısını alma, hayatı yeniden planlama durumunda kalma, tanı ve tedavi sürecini kabullenme aşamaları düşünüldüğünde kanser tanısı alan hastayı hem uzun hemde zorlu bir deneyim süreci beklemektedir (Akçay, & Gözüm,2012). Kanser tedavisinin uzun sürmesi, tedavi süresince yaşanabilecek yan etkilerin fazla olması, tedavi maliyetlerinin yüksek olması, hastalığın ağrı ve acı çekme ile anılması, tedavi olsa dahi sekel bırakabilme ihtimali, kişilerin sosyal ve mesleki rollerinde aksamalar ya da kayıplar yapabileme olasılığı kanseri günümüzün en korkulan hastalıklar sıralamasında üst sıralara yerleştirmiştir (Gürsu vd., 2012).

Kanser tedavisinde kemoterapi, radyoterapi, cerrahi tedavi, hormon tedavisi, biyolojik tedavi yöntemleri uygulanmakta fakat her yöntem kendi içinde çeşitli riskleri de barındırmaktadır (Gelin, & Ulus, 2015; Ateş, & Olgun, 2014; Güleç, & Büyükkınacı, 2011; Ülger vd., 2014). Örneğin, kemoterapide kullanılan sitotoksik ilaçlar bir dizi yan etkinin oluşmasına neden olmakta ve bu yan etkiler hasta bireylerde stres oluşumuna

zemin hazırlamaktadır. Yaşanan yan etkilerin çeşidi ve şiddeti kullanılan ilacın türü ve dozu gibi bazı faktörlere bağlı olsa da yaygın olarak ağrı, bulantı, kusma, alopesi (saç dökülmesi) gibi ağır fiziksel semptomlar, bu fiziksel semptomlara bağlı olarak gelişen kaygı, öfke, ümitsizlik, belirsizlik, korku, anksiyete gibi emosyonel sorunlar, sosyal izolasyon, suçluluk düşüncesi, empati eksikliği, yaklaşan ölüm düşüncesi, ve öz kıyım düşüncesi gibi psikososyal sorunlar da görülebilmektedir (Usta Yeşilbalkan vd., 2005; Stein vd., 2003; Seven vd., 2013; Aslan vd., 2006; Knapstein vd., 2018; Chen, & Chang, 2012; Yıldırım, 2003; Kurt, & Kapucu, 2018; Kwekkeboom, & Gretarsdottir, 2006; Rodgers vd., 2012; Martin, & Dahlen, 2005; Gilbar vd., 2009; Akyolcu, 2002; Çavuşoğlu, 2007; Ögüt Düzen, & Korkmaz, 2015; Güleç, & Büyükkınacı, 2011; Gelin, & Ulus, 2015; Ateş, & Olgun, 2014; Aydoğan vd., 2012; Ülger vd., 2014; Bas, & Dirik, 2019; Gregurek vd., 2010; Miovic, & Blocks, 2007). Onkoloji hastalarının deneyimlediği bu hoş olmayan semptomlar, hastaların yaşam kalitelerinin bozulmasının yanı sıra bireyin yaşam dinamiklerini de temelden sarsmaktadır (Arslan vd., 2008; Aslan vd., 2006; Özdemir, 2007; Aslan, 2003; Deckx vd., 2014; Dedeli vd., 2008; Bektaş, & Akdemir, 2006; Hintistan, vd., 2015; Myrdal vd., 2003; Yeşilbalkan vd., 2005; Ülger vd., 2014).

Kanser tanısı ile aniden karşılaşan birey yaşamına yönelen tehditle beraber kendi hayatı üstünde kontrol kaybı yaşar. Tedavinin ilerleyen aşamalarında beden algısının bozulması, yoğun korku ve çaresizlik hissi, belirsizlik, kişiler arası ve aile içi süreçlerde değişim yaşanması, giderek daha fazla başkasına muhtaç olma birey için gücünü yitirme anlamına gelebilmektedir. Fizyolojik ve psikososyal sorunların bir arada görülmesi bireylerin uyum mekanizmalarını da etkilemekte ve kişilerde yoğun bir stresin yaşanmasına neden olmaktadır (Lafcı, 2018; Mystakidou vd., 2007; Fortner vd., 2002; Ertem vd., 2009; Gültekin vd., 2008; Özdemir, & Taşçı, 2013). Onkoloji hastaları tüm bunların yanında ek bir kronik hastalığa sahipse, sosyal güvencesi yoksa ve tedavinin getirdiği ekonomik yük ile mücadele etmede zorlanıyorsa yaşanan fizyolojik ve psikososyal sorunlar artmakta, hastanede kalış süresi uzamakta, tedaviye uyum azalmakta, bazen tedavinin tamamlanamamasına ya da hastada nüks korkusunun daha yoğun yaşanmasına neden olarak mevcut stresi daha fazla artırabilmektedir (Özdemir, & Taşçı, 2013; Çınar Pakyüz vd., 2019). Hastalığın tedavi ve prognozuna bağlı olarak fizyolojik, psikolojik, ekonomik, ailesel ve manevi pek çok sorunu içinde barındıran kanserin neden olduğu sıkıntılar çoğu zaman ölüm oranlarından daha üzücü

olabilmektedir (Aydın Bektaş, & Akdemir, 2006; Hintistan vd., 2012; Karabulut, & Karaman, 2015; Stein vd., 2003; Yeşilbalkan vd., 2005; Yeloğlu vd., 2015).

2.5.3.1. Kanser Hastalarında Stres Oluşturan Fizyolojik Sorunlar

Kanserin seyri boyunca, hastalığa yüklenen anlamlar, uzun ve zorlu tedavi süreci, tedavi döneminde yaşanan yan etkiler nedeni ile beden işlevlerinin kısmi ya da tamamen bozulması, günlük yaşam aktivitelerinin geçici ya da daimi olarak sekteye uğraması sıklıkla yaşanmaktadır. Bu durum hastaların hayattan zevk almalarını engelleyerek onların yaşam kalitelerinin olumsuz etkilenmesine neden olmakta ve psikolojik olarak ağır ruhsal sorunlara zemin hazırlayabilmektedir (Yeşilbalkan vd., 2005; Stein vd., 2003).

Kanser tedavisinde kullanılan kemoterapinin kanser hücrelerinin yanında hızlı büyüyen sağlıklı hücreleri de etkilemesi ile ortaya çıkan fizyolojik sorunlar hastalarda yoğun stresin yaşanmasına neden olmaktadır (Baykara, 2016; Hintistan vd., 2012; Ateş, & Olgun, 2014; Seven vd., 2013; Aslan vd., 2006; Begum vd., 2016; Browall vd., 2017; Aslam vd., 2014; Pearce vd., 2017).

Hastaların kendi bedenleri üstünde kontrollerini yitirme hissine neden olan, hastanın yaşam biçimini, özbakım davranışlarını ve günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkileyen fizyolojik sorunlardan başlıcaları; ağrı, ağız kuruluğu, ağızda yara, bulantı, kusma, yiyeceklerin tadında değişiklik, yutmada güçlük, iştahsızlık, kilo kaybı, halsizlik, el ve ayaklarda uyuşma/karınçalanma, kol ve bacaklarda şişlik, konstipasyon, diyare, şişkinlik hissi, terleme, baş dönmesi, uyku hali, saç dökülmesi, cilt ve tırnakta değişiklik, kaşıntı, cinsel işlev bozuklukları yada cinsel isteksizlik, idrar yapmada zorlanma gibi sorunlardır (Yeşilbalkan vd., 2005; Akçay, & Gözüm, 2012; Strasser vd., 2004; Montazeri, 2008; Yıldırım, 2009; Kocaman Yıldırım vd., 2009; Avis vd., 2005; Taylor vd., 2011; Ganz vd., 2004; Williams, & Schreier, 2004; Karabulutlu, 2009).

Yalçın ve Karaca' nın 2019' da 117 ileri evre epitelyal over kanserli ve kemoterapi alan hasta ile yaptığı çalışmada hastaların kemoterapi alımına bağlı olarak enfeksiyon, bulantı, kusma, uykusuzluk, döküntü, konstipasyon gibi yan etkileri deneyimlediği fakat hasta bireylerin fiziksel yan etkilerden en fazla yorgunluk yaşadıkları belirtilmiştir (Yalçın, & Karaca, 2019). Breivik ve arkadaşlarının 11 Avrupa ülkesi ve İsrail' de kanserin tüm evreleri kapsayan 5084 yetişkin hasta ile telefon anketine dayalı yaptıkları

çalışmada (2009), hasta bireylerin %56 sının en az ayda bir orta ve şiddetli ağrı yaşadığı, %41 inin tek başına ya da diğer analjeziklerle birlikte güçlü opioid ilaçlar kullandığı bildirilmiştir. Çalışmaya katılan bireylerden %69 u ağrı nedeni ile günlük yaşam aktivitelerinde aksama ve zorluklar yaşadığını belirtmişlerdir (Breivik vd., 2009). Çıtlak ve Kapucu'nun kemoterapi ve radyoterapi uygulanan baş boyun kanserli hastalarda oral mukozitin görülme durumu ve mukozitle mücadelede uygulanan yöntemi incelediği çalışmasında (2017), hala tedavi görmekte olan hastaların %13'ünde mukozite rastlanmazken, %30,4 ünde ikinci %26'sında üçüncü ve % 17.3'ünde dördüncü seviye oral mukozit varlığı bildirilmiştir (Çıtlak, & Kapucu, 2017).

2.5.3.2. Kanser Hastalarında Stres Oluşturan Psikososyal, Sosyoekonomik ve Emosyonel Sorunlar

Kanser, oluşturduğu fizyolojik tahribat nedeni ile fiziksel bir hastalık kabul edilmesinin yanında var oluşsal problemleri de beraberinde getirdiğinden psikososyal sorunların en fazla gözlemlendiği hastalıklardan biridir. Psikososyal sorunların onkoloji hastalarında görülmesi, hastanın isminin kanser hastalığıyla yanyana kullanılması ile başlamakta, hastalık semptomlarının artması sonucu endişe ve korku eklenerek devam etmektedir. (Hintistan vd., 2015; Özyurt, 2007; Bag, 2013).

Kanser tedavileri sonucu sağ kalım sağlansa dahi tedavi ve hospitalizasyon sürecinin uzun ve pahalı olması, organlarda işlev kaybına yol açabilmesi, hastalığın başlangıç noktası ile sınırlı kalmayıp yayılabilmek ihtimali bireyde bir takım psikolojik, psikososyal ve emosyonel sorunların tanı, tedavi ve nüks sürecinin her aşamasında yaşanılmasını kaçınılmaz kılmaktadır. (Bag, 2013; Özyurt, 2007; Babacan Gümüş, 2006; Lengacher vd., 2009). Hasta birey tarafından ağrı, acı, sevdiklerinden ayrı kalma ve yaşamına yönelik tehdit olarak algılanan kanser, bireylerin psikolojik dengesinde krize neden olur ve psikososyal, sosyoekonomik ve emosyonel sorunlar oluşturur (Yıldırım, & Gürkan, 2010; Seven vd., 2013; Aslan vd., 2006; Bahar, 2007; Bag, 2013).

Bu sorunlar şu şekilde ifade edilebilir:

- Hastalar; tanı ve tedavi aşamasında kaygı, üzüntü, korku, öfke, gelecek endişesi, çaresizlik, yorgunluk, umutsuzluk, tedavi sonrası nüks korkusu, nüks oluşan bireyler tedaviye duyulan inancın sarsılması sonucu belirsizlik yaşayabilmektedir (İzci vd., 2016).

- Gelecek kaygısı, belirsizlik, yetersizlik, geçmiş hakkında yaşanan pişmanlıklar, sürekli ağrı çekmek, bedeni üstünde kontrolü yitirmek, işe yaramama, hayatın anlamını ve amacını kaybetme, bağımsızlığını tamamen yitirme kaygısı, yalnızlık duygusu , yakınları tarafından terkedilme korkusu yaşayan hastalarda anksiyete (sürekli kaygılı, gergin ve sinirli olma durumu),kişilik ve tutum değişiklikleri, uyku bozuklukları, depresyon, ve zihin bulanıklığı (deliryum vb) gibi psikolojik problemler gözlemlenebilmektedir (Ateş, & Olgun, 2014; Ardahan, 2006; Aydoğan vd., 2012; Okten, & Ozer, 2016; Ülger vd., 2014; Seven vd., 2013; Aslan vd., 2006; Yıldırım, & Gürkan, 2010).
- Hastalıkla ilgili bir sonraki evrenin ne olacağını bilinmemesi, işlemlerin neden yapıldığının ya da sonucunun ne olduğuna dair bilginin hastanın anlayacağı dilden verilmemesi, yapılan tetkiklerin beklenen neticeleri göstermemesi, hastanın alışık olduğu rutinlerin dışına çıkmak zorunda kalması, bireyin baş etme becerilerinin gittikçe zayıflaması ve ölüm korkusunun artması neticesinde hastalarda öfke ve anksiyete düzeyleri artabilir. Kişiler öfkelerini kendilerine, yakınlarına ve sağlık çalışanlarına yansıtabilirler. Birey için sosyal hayatında önemli olarak nitelendirilen aile, iş arkadaşları, dostlukları kısıtlanabilir ya da ilişkiler kopma boyutuna gelebilir (Kübler-Ross, 2010; Bayraktar, 2011; Güleç, & Büyükkıncı, 2011; Kutlu vd., 2011; Bilge, & Ünal, 2005).
- Onkoloji hastalarında ciddi yan etkilerin yaşanmasına sebep olan kanser tedavisi, psikolojik sıkıntıların yanı sıra günlük yaşam aktivitelerinde sınırlanma, başka bireylere bağımlılıkta artış ve özgüven azalmasına zemin hazırladığından, hastaların stres düzeyleri artmakta, bireyler sosyal çevreleri ile ilişkilerini en aza indirgeyerek izole bir yaşamı tercih edebilmektedirler (Çalışkan vd., 2017; Karabulutlu Yılmaz, & Karaman, 2015).
- Hastalık algıları ve ölüm korkusu nedeni ile içine kapanan bireylerde zamanla yalnızlık duygusu gelişebilmektedir (Okten, & Ozer, 2016; Yeloğlu vd., 2015; Yeşilbalkan vd., 2005).
- Kanser tanısının konulması ile başlayan kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi girişimler sonrası bireylerin bedenlerinde kimi zaman alopesi gibi geçici kimi zaman ise skar dokusu ya da memenin alınması gibi kalıcı değişimler yaşanmaktadır. Bu durum bireylerin dikkatini artık eskisi gibi olmayan bölgeye çeker ve beden imajı ile ilgili olumsuz bir algının oluşmasına neden olur (Hintistan vd., 2015; Karabulutlu, 2009; Bag, 2013;).

- Beden imajındaki olumsuz değişimler özellikle jinekolojik kanserlerde ve kadınlarda daha yaygın gözlemlenebilir. Cinsel fonksiyonlarının ve üreyebilme özelliklerinin elinden gittiğini düşünen, vücudunda oluşan skar dokularla yaşamak durumunda kalan kadın hastalar, dişiliğini, çekiciliğini geri dönüşsüz olarak kaybettiğini düşünerek kendilerini eksik, kusurlu, eşinin yanında acınası bireyler olarak görebilir. Eşine dokunmaktan, onunla beraber olmaktan kaçınabilir ve bu durum kadınlarda özgüvenin yitirilmesine, yaşam kalitesinin düşmesine neden olabilir (Wilmoth, & Spinelli, 2000; Hallaç, & Öz, 2011; Dedeli, & Karadeniz, 2009; Sacerdoti vd., 2010; Ertem vd., 2009; Yeşilbalkan vd., 2005; Reis, 2003; Pearman, 2003; Skjeldestad, & Rannestad, 2009).
- Kanser tedavisi bireye her ne kadar daha uzun bir yaşamın umut kapılarını aralasa dahi oluşturduğu yan etkiler nedeni ile bireylerin hayatlarında bazı değişimlerin yaşanmasına neden olmaktadır. Bu yan etkilerden biri olan yorgunluk, hastaların günlük yaşam aktivitelerini sınırlamaktadır (Bağ, 2012a; Bağ, 2012b).
- Bireyler, fiziksel efor gerektiren günlük işlerinde zorlanabilir hem fiziksel hem de bilişsel çaba gerektiren iş yaşamlarında ise verimlilikleri düşebilir hatta tedavi süresinde iş yaşamlarından ya da eğlence aktivitelerinden mahrum kalabilirler. Uzun ve yorucu iş saatlerine adaptasyonda zorlanan bireyler, erken emekliye ayrılmak, tam zamanlı çalışmadan yarı zamanlı çalışmaya geçmek ya da meslek hayatını planladığından önce sonlandırmak durumunda kalabilirler (Bağ, 2012a; Lee vd., 2008; de Boer vd., 2009).
- Kanser, biyolojik ve psikolojik olduğu kadar ekonomik olarak da mücadele gerektirebilecek bir hastalıktır. Hastanın tedavi kaynaklı gördüğü fizyolojik yan etkiler, çalışamaması, sağlık güvencesinin olmaması, tedavinin uzun sürmesi, tedavi sonrası işlev ya da uzuv kayıplarında iş hayatına dönememe, sosyal güvence kapsamında olmayan bazı ilaçların temin edilme zorunluluğu, ameliyat giderleri, psikoterapiler, rehabilitasyon ve kontrol masrafları gibi sorunlar hasta ve bakım vericilerin çalışıp gelir elde etmesini engellerken aynı zamanda çıktının fazlalaşmasına ve finansal krizlere sebep olabilir. Hatta oturulan evin kirasını ödeyememe, evden ayrılmak durumunda kalma, gıda temini gibi temel ihtiyaçlarında da sıkıntı yaşayabilirler. Tüm bu olumsuz koşullar ise hastanın hastalık ile baş etme sürecini olumsuz etkilemektedir (Mullen, & Mistry, 2018; Babacan Gümüş, 2006; Ülger vd., 2014). Düşük sosyoekonomik düzeye sahip

olan hastalar, gelir kayıpları ve giderlerin fazlalaşması nedeni ile tedavilerini bırakabilir ya da erteleme yoluna gidebilirler. Bu durum hastalığın prognozunu kötü etkilediği gibi hastanın motivasyonunda da kayıplara neden olabilir. Ayrıca, kırsal alanlarda tedavi merkezlerinin olmaması nedeniyle şehir merkezlerine gelmek durumunda kalan hasta ve yakınları için ortaya çıkan ekonomik yük yine tedavinin başlanamamasına, ertelenmesine ya da yarıda kesilmesine yol açabilir (Mullen, & Mistry, 2018).

- Bakım ihtiyacının artması, ekonomik güçlükler, yaşam tarzı ve önceliklerinin değişimi, geleceğe dönük korku ve belirsizlik yaşayan hastada oluşan anksiyete, zamanla depresyona dönüşebilir ve bu durum tedaviye uyumu güçleştirerek hospitalizasyon sürecinin de uzamasına neden olabilir. Hastanede kalış süresi uzun olan hastanın tedavi masrafları da artacağından bu olumsuzluk zinciri kısır döngü şeklinde devam edebilir (Kocaman Yıldırım, 2013).
- Kendi öz bakımını, tedavi giderlerini karşılayamayan ya da karşılamakta güçlük çeken hastalar, ailelerinde ve sosyal çevrelerinde yardım arayışına girebilir. Birey beklediği desteği görse dahi bu durum hastanın kendisini yük olarak hissetmesine neden olabilir.
- Onkoloji hastaları, hastalık öncesi anne, baba, eş, çocuk, memur, işçi vb pek çok role sahipken, tanı ile birlikte rollerinde öncelikle azalma sonrasında ise kayıplar oluşabilir. Zamanının çoğunu hastane ortamında geçirmek durumunda kalan bireylerde daha çok hasta rolü gözlemlenebilir. Bu durum hastanın benlik saygısında, bağımsızlığında azalmalara sebep olabilir (Dedeli vd., 2008).
- Rollerdeki değişimle beraber, bazı aile üyelerinde birbirlerine daha fazla yaklaşma görülebilirken bazı aile üyelerinde ise gerek sorumlulukların altından kalkamama gerekse kendilerini sorunlar karşısında yetersiz ve çaresiz hissettiklerinden uzaklaşma görülebilir. Aile üyeleri ve arkadaşlar, hasta bireye nasıl yaklaşacağını bilemediklerinde ise hiçbir şey yokmuş gibi davranabilir ya da hastayla yakın olmaktan kaçınabilirler. Bu durumda ise hasta anlaşılmadığını düşünebilir, duygusal destek bulmakta zorlanabilir, izolasyona sürüklenir ve yaşamının anlamını yeniden sorgulayabilir (Ülger vd., 2014).
- Kanser tanısını almak bireylerde marjinalleşme ve damgalanma (etiketlenme) duygusunun oluşmasına zemin hazırlayabilir (Güleç, & Büyükkınacı, 2011; Ülger vd., 2014; Dedeli, & Karadeniz, 2009; Duyan, 2003).

- Kanserle ilgili bireyin damgalanma duygusunu yaşaması, sahip olduğu kanser türüne, tedaviye, tedavinin sonuçlarına ve kişinin hastalığı nasıl algıladığına göre değişebilir. (Yıldız, & Çaydam Dedeli, 2020; Knapp vd., 2014). Örneğin uzun seneler boyunca akciğer kanserinin başlıca sebebi olduğunu bile bile sigara içen bir birey, 'içselleştirilmiş bir damga' ya sahip olabilir. Başka bir deyişle kendi kendini damgalayıp utanç, suçluluk, kendine yöneltilmiş öfke yaşayabilir. Hastalığı kaynaklı çevresindeki insanların da kendini suçladığını düşünürse öfkesi çevreye yönelebilir ya da kişi kendini izole edebilir. Bu durum hastanın yalnızlaşmasına, duygusal işlevlerinde bozulmaya yol açabilir (Yıldız, & Çaydam Dedeli, 2020; Kyung vd., 2018; Dinçer, & Oskay, 2015; Irmak vd., 2008). Aynı şekilde kolorektal ve servikal kanser tanısı almış hastalar, seksüel davranışları ve yaşam tarzlarının bir sonucu olarak bu hastalığın başlarına geldiğini, cezalandırıldıklarını düşünebilirler. Toplumun bakış açısının da bu yönde olduğu, hastalığın gelişiminin yaşam tarzına bağlandığı durumlarda birey çevresinden de ihtiyacı olan desteği bulamayabilir ya da bulamayacağını düşünebilir. Bu durumdaki hastalar, kanser tanılarını utanç ve suçluluk duygusu ile gizleyebilir ve bu da tedavinin yapılmamasına, hastalığın prognozunun kötüye gitmesine, bireyin yaşadığı anksiyete düzeyinin artmasına ve kişinin depresyona sürüklenmesine neden olabilir (Yıldız, & Çaydam Dedeli, 2020; Knapp vd., 2014; Kyung Mi vd., 2018).
- Kanser ya da tedavisinin gözle görünür etkilerini taşıyan bireylerde damgalanma daha belirgin olabilir. Örneğin meme ve baş boyun kanserlerinde dışarıdan görünen şekil bozuklukları, büyük kitlelerin varlığı, operasyondan sonra oluşan ve beden bütünlüğünde bozulma ile sonuçlanan uzuv kayıpları toplum içinde dikkatleri etkilenen bölgeye çekebilir. Hasta birey hastalığının yanında toplumdaki bakışlarla da mücadele etmek zorunda kalabilir. Ön yargı, ayrımcılık ve damgalama bireyin toplumsal statüsünü, benlik saygısını, ekonomik gücünü olumsuz etkileyebilir. Bireyin tedavi olamamasına, alınan tedavideki uyumunun bozulmasına, semptomların sıklaşmasına, bireyin yaşam kalitesinin düşmesine ve beklenen yaşam süresinin kısalmasına neden olabilir (Yıldız, & Çaydam Dedeli, 2020; Öcel, 2017; Ernst vd., 2017; Knapp vd., 2014; Quinn, & Chaudoir, 2015).
- Kanserli hastanın yakın çevresindeki kanser olmayan bireyler, kanser olma, ölüm korkuları, şaşkınlıkları, kararsızlıkları, hastayla nasıl iletişime

gececeklerini bilmeme nedeni ile kanserli hastadan uzak kalmak isteyebilirler. Potansiyel destek vericilerin yansıttığı bu korku ve damgalama, kanserli bireyi muhtaç olduğu sosyal destekten mahrum bırakabilir. Kansere ve kanser hastasına yöneltilen bu damgalayıcı tutumlar hastada şaşkınlık yaratabilir, tutarsız davranışlara ve yıkıcı geri bildirimlere neden olabilir (Güleç, & Büyükkınacı, 2011; Öcel, 2017).

- Günlük hayatta bireyler, yaşamlarının bir sonu olduğunu bilmelerine ve çevrelerindeki ölümleri görüp normal karşılımlarına rağmen kendi ölümlerini düşünmek istemez ya da kendi ölümlülüğünü kabul edemez. Somut ölüm tehdidi kanserli birey için artık yadsınamaz hale gelir ve hastalığın evresine bağlı olarak varoluşu sorgulatmaya başlayabilir. Birey tedavisini sonlandırıp rutin hayatına döndüğünde dahi kanser teşhisi almasının yıldönümlerinde ya da hastaneye rutin kontroller için geldiğinde ölüm korkusunu yeniden hissedebilir (Pearman, 2003; Pınar vd., 2008; Bağ, 2013; Hallaç, & Öz, 2011).
- Terminal dönemde ve palyatif bakıma ihtiyaç duyan bireylerde ise ölüm korkusuna bazı korkular daha eklenebilir. Bu hastalar, ölümlerine ne kadar ağrı hissedeceklerine, yakınlarının yanında olup olamayacağına, sevdiklerini son kez görüp göremeyeceklerine, sağlık ekibinin kendisine ne kadar yardımcı olabileceğine ya da ne şekilde öleceklerine dair kaygılar geliştirebilirler. Ayrıca hasta bireyin daha önce tanık olduğu kayıplar da kendi korkularını, kaygılarını besleyebilir (Çavdar, 2011).

Odanye ve Husman'ın 2021'de yürüttüğü sistematik literatür incelemesi çalışmasında, toplumun farklı kesimlerinde yaşayan kanser hastalarının, stigmadan (damgalama) bahsettiği, incelenen çalışmaların bütününe yakınında hastaların kanseri yaklaşan ölümle ilişkili bulduğu, kanser hastalarının yaşadıkları stigma nedeni ile tanılarını gizledikleri ve gereksinimleri olan tıbbi yardım için geç başvurdukları bulunmuştur (Akin-Odenya, & Husman, 2021). Ettridge ve arkadaşlarının (2018) prostat kanseri teşhisi konmuş 20 hasta ile yarı yapılandırılmış görüşmeler yaptığı araştırmada, hastalarda kansere neden olarak kendini suçlamanın görülmediği fakat sosyal izolasyon, duygusal sıkıntılar ve kaygının olduğu belirtilmiştir. Sosyal izolasyonun en fazla tedavi ve yan etkilerinin görülmeye başladığı dönemde hissedildiğini belirten katılımcılar, başkalarına yük olmama ve mahremiyeti koruma açısından resmi kurumdan yardım almadıklarını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada, kanser tanısı almanın anksiyete ve duygusal strese sebep olduğu, tedavi başladıktan sonra hasta bireylerin hissettiği sosyal

desteğın ve bakımın azaldığı belirtilmiştir (Ettridge vd., 2018). Weiss ve arkadaşlarının (2017) akciğer kanseri tanısı almış hastaların tarzlarının sosyodemografik faktörlere göre değişip değişmediğini anlamak için yürüttükleri çalışmada, akciğer kanseri tanısı alan ve geçmişinde sigara kullanımı olan hastaların sigara içme ve kendini suçlama davranışları arasında anlamlı bir ilişki bulunduğı bildirilmiştir (Weiss vd., 2017).

2.5.3. Stresle Baş Etme

Bireyler, hayatlarının her alanında bedensel, zihinsel ve ruhsal olarak birçok uyarana karşılaşır ve bu uyarılar kişilerin denge ve uyum durumlarında etkili olabilir. Karşılaşılan uyarı ya da deneyimlenen durum, bireye sıkıntı verecek, yeniden uyum sağlamasını gerektirecek, alıştığı hayat koşullarını ve kaynaklarını zorlayacak/değiştirecek nitelikte ise birey yeniden denge durumuna gelebilmek için çabalamak durumunda kalabilir. Stresle başa çıkma kavramı bu noktada önem kazanmaktadır (Basut, 2006).

Folkman ve Lazarus'a göre başa çıkma, birey tarafından stresli olarak değerlendirilen ve onun kaynaklarını zorlayan içsel ve dışsal gereklilikler arasındaki çatışmaları yok etmek/azaltmak ya da katlanılır hale getirmek için sürekli olarak değişen bilişsel ve davranışsal çabalardır (Ergin vd., 2014). Aldwin'e (2007) göre başa çıkma ise bireyin duygu, düşünce, davranış ve çevresini stres verici koşullara göre düzenlemesidir. Bireyin bu çabasındaki amaç, stresin olumsuz sonuçlarını yok etmek ya da kontrol altında tutabilmektir (Doğru, 2018).

İnsanlar, stres verici olay ya da durumla karşılaştığında "duygu odaklı" ya da "problem odaklı" olmak üzere iki temel başa çıkma tarzını kullanırlar. Stres oluşturan uyarı birey tarafından değiştirilemez olarak nitelendiriliyorsa duygu-odaklı başa çıkma; değiştirilebilir olarak nitelendiriliyorsa problem odaklı başa çıkma tarzları kullanılır (Hiçdurmaz, Öz, 2013).

Bireyin stres verici etkeni değerlendirme şekline bağlı olarak bu iki başa çıkma tarzı beraber de kullanılabilir (Doğru, 2018). Problem odaklı başa çıkma tarzını kullanan kişilerde stres yaratan durumu anlama ve değiştirmeye yönelik çaba, problemi çözmeye yönelik aktif harekete geçme gözlemlenirken, duygu odaklı başa çıkma tarzını kullanan kişiler stres yaratan problemi doğrudan değiştirmeye yönelmez, stresli duruma yeni

anlamlar yükleyebilir ya da stresli durumun yarattığı duyguları düzenler ya da ortadan kaldırmaya çalışır (Ergin vd., 2014; Türküm, 2002).

2.6. Kanser Hastalarının Stresle Baş Etmesinde Hemşirenin Rolü

Gerçek ve imgesel kayıpların (organ/işlev kaybı, rol kaybı, hayallerinin kaybı) yaşandığı kanser sürecinde hastaların tedavi ve iyileşmelerinde fark yaratabilmenin yolu bilimsel birikimle ilerleyen, insan onuruna/inançlarına saygılı, bireye güven ve umut aşıl原因, bakımda eşitlik ilkesini benimsemiş profesyonel hemşirelik bakımı ile mümkündür. İyileştirici bakım sürecinde hemşire, semptom yönetimini sağlamak, hastanın yaşamını kolaylaştırmak, yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemek için hastanın fiziksel, kültürel, ekonomik, psikososyal, var oluşa yönelik çok boyutlu gereksinimlerinin farkında olarak holistik/ bütüncül bakım sağlar (Arslan Özkan, & Bilgin, 2016; Öztürk, & Hiçdurmaz, 2020; Kocaman Yıldırım, 2013; Özer vd., 2019; Çelik vd., 2014; Sülü Uğurlu, 2014).

Bütüncül bakış açısı ile şekillenen destekleyici bakım, teşhis, tedavi ve iyileşme aşamalarını, iyileşme sağlanamadığı durumlarda palyatif bakım, ölüm ve yas aşamalarını içermektedir. Hemşireler, diğer sağlık personelleri ile karşılaştırıldığında hasta ve ailesi ile daha fazla süreklilik gösteren bir ilişki içinde olduklarından, tüm bu süreçlerde hasta birey ve ailesine kanser ve tedavisindeki yan etkiler ile mücadelede, hastalığın oluşturduğu stresörler ile baş etmede daha ağırlıklı sorumluluklara sahiptirler (Kocaman Yıldırım, 2013; Kocaman, 2006; Düzen, & Gökteş, 2021; Ardahan, 2003).

Onkoloji servislerinde çalışan, hastaların yaşadığı strese ve kriz anlarına tanık olan hemşirelerin değişen ve gelişen rolleri ve sorumlulukları paralelinde yapabileceği uygulamalar şu şekildedir:

- Hemşire, temel rolü olan bakımı gerçekleştirirken bilimsel bilgilerle desteklediği hemşirelik sürecini (veri toplama, hemşirelik tanısı koyma, planlama, uygulama, değerlendirme) kullanır. Bu süreçte, klinik uygulamalarda fiziksel değerlendirmeler ve tedavi sürecinin gerisinde kalan, görmezden gelindiğinde sorunların çözümünü daha da zorlaştırarak hastanın daha fazla stres yaşamasına neden olabilecek olan bütüncül yaklaşımı benimser (Turan Kavradım, & Canlı Özer, 2014).

- Bakım yöneticisi olarak çalışan hemşire, tedavi merkezleri ve bakım ortamlarının hizmet alacak birey açısından önemini bilir ve bireyin fiziksel çevre (temiz, konforlu, güvenilir ve bireyin beslenme ve hijyen gibi fiziksel ihtiyaçlarına cevap verebilecek çevre), duygusal çevre (sessiz, huzurlu, bireyi tedirgin edecek uyaranların olmadığı çevre) ve manevi çevre gereksinimlerinin karşılanması, iyileşmeyi hızlandıracak uygun ortamın sağlanması için gerekli düzenlemeleri yapar (Arslan Özkan, & Bilgin, 2016; Sungur Ergeneoğlu, & Aytuğ, 2007; Akın, 2014).
- Onkoloji servislerinde yatmakta olan hastalar, sadece hastalığın oluşturduğu fiziksel ve metabolik etkilerden değil, antikanser tedavisine bağlı meydana gelen yan etkiler nedeni ile de strese maruz kalırlar. Terapötik iletişimi kullanan hemşire, kanıta dayalı ve güncel bilgiler ışığında, hasta ile beraber ve hasta için semptom yönetimini sağlar (Can, & Çömlekçi, 2021; Hopkinson, 2015; Kapucu, 2016).
- Fiziksel iyiliği ve yaşam kalitesini etkileyen beslenme sorunları, kanser tedavisine bağlı gelişen semptomlar nedeniyle oluşabilmektedir. Hemşire, beslenme durumunun tanımlanması, risk değerlendirme ve danışmanlık yapmada etkin role sahiptir (Can, & Çömlekçi, 2021). Hemşire bu rolünü, tedaviye başlamadan hemen önce ve her kürün sonunda gerçekleştirir (Ochando vd., 2021). Baş boyun ve gastrointestinal sistem tümörleri olan hastalarda malnutrisyon daha çabuk gelişebildiği ve bu hastaların beslenme rejimleri diğer hastalara göre farklılaşabildiği için, hemşire risk değerlendirmesini yaparken kanserin türü ve tümörün yerleşim yerini de dikkate almak durumundadır (Hopkinson, 2015). Bu değerlendirmeden sonra hemşire, hasta ve ailesine beslenmenin önemi, malnütrisyonun önüne geçebilmek için yapılması gerekenler (bireyin aile ve arkadaş çevresi ile birlikte yemek yemesi, yemek yapılan alana girmemesi, yemekten önce hafif egzersiz uygulaması, en besleyici gıdaların sabah verilmesi vb.), yeterli gıda alımının sağlanması gibi konularda eğitim ve danışmanlık hizmeti verir (Can, & Çömlekçi, 2021; Ertem, 2008; Xu vd., 2017; Roeland vd., 2020; Hopkinson, 2015).
- Bulantı-Kusma sebebiyle vücut gereksiniminden az beslenme ve hastanın bedeni üstünde kontrolünü yitirme duygusu yaşama riskine yönelik hemşire, bulantı-kusma ile ilgili hastanın baş etme yöntemlerini sorgular, sık ağız bakımı verir,

öğünlerle birlikte sıvı alımının kısıtlanmasını sağlarken, çok yağlı, çok tatlı gıdaların yenmesinin bulantı-kusma üstündeki etkisini anlatır. Hasta bu semptomu yaşadığında, ağızdan derin nefes almanın kusma refleksini azaltabileceğini, soğuk ve yumuşak besinlerin iyi tolere edildiği için bulantı-kusma üstünde olumlu etkisinin olduğunu söyler (Ertem, 2008; Uğur, 2014). Öğün sayısının artırılmasını buna karşın öğünde tüketilen gıda miktarının azaltılmasını, yemeklerden sonra dinlenmeyi önerir (Can, & Çömlekçi, 2021; Uğur, 2014). Hemşire, bulantı kusmanın neden olduğu strese yönelik dikkati başka yöne çekme, masaj vb. gevşeme tekniklerini öğreterek uygulanmasını önerebilir. Tüm önleme çabalarına rağmen önüne geçilemeyen durumlarda ise antiemetik ilaçların yemeklerden en az yarım saat önce alınmasını sağlar. Tüm bu uygulamaların yapıldığı çevrenin de temiz ve kokusuz olmasına özen gösterir (Düzen, & Göktaş, 2021; Uğur, 2014; Bahar vd., 2019; Aydın, & Can, 2010; Gültekin vd, 2008; Can, & Çömlekçi, 2021; Hunter vd., 2020).

- Oral mukozit oluşan ya da oluşma riski olan hastalar için hemşire, temel risk faktörlerini (oral hijyenin kötü olması, yetersiz ve dengesiz beslenme, sağlığa zararlı alışkanlıkların varlığı, kemoterapi alımına bağlı ağız kuruluğu ya da enfeksiyon varlığı) belirler, oral kaviteyi gözlemler, uygun aralıklarla ağız bakımı uygular, yumuşak ve sulu gıda tüketimini teşvik eder, asit içeriği fazla olan, sert, baharatlı ya da ekşi- acı yiyeceklerden sakınılması gerektiğini belirtir. Hasta mukozite bağlı yemek yemede zorlanma ve acı çekiyorsa yemek öncesi lidokain gibi lokal anestezi madde içeren solüsyonlarla gargara yapmasını sağlar (Mesquita Araujo vd., 2015; Can, & Çömlekçi, 2021; Ertem, 2008; Bahar vd., 2019; Çıtlak, & Kapucu, 2015).
- Diyare kaynaklı sıvı-elektrolit kaybı ve benlik saygısında azalma riskine yönelik hemşire, risk faktörlerini (enfeksiyon, beslenme alışkanlıkları, kemoterapi alımı vb.) belirleyip uygulamalarını buna göre planlar. Hastayı abdominal ağrı, halsizlik, dehidratasyon bulguları, ateş vb. semptomlar yönünden takip eder (Bahar vd., 2019; Uğur, 2014). Hastanın kilo ve yaşam bulguları yönünden izlemine yapan hemşire, vereceği eğitim ile çok baharatlı, kızarmış, asit, süt ya da kafein içeren gıdaları almaması gerektiği bilgisini hastaya verir (Can, & Çömlekçi, 2021). Diyarede, kaybedilen sıvı-elektrolitlerden sodyum ve potasyumu yerine koymanın önemi belirtilir ve hastanın en az 3 litre sıvı alımı sağlanır (Sis Çelik, 2014). Hastaya yüksek kalorili, sodyum ve potasyumca

zengin, lif içeriği az olan gıdalar (pirinç lapası, muz, elma, patates, balık, tavuk, beyaz ekmek) tüketmesi gerektiğini belirtir (Bahar vd., 2019; Uğur, 2014; Sis Çelik, 2014; Ertem, 2008; Can, & Çömlekçi, 2021).

- Konstipasyon sorunu yaşayan hastaya hemşire, barsak hareketlerini uyaracak sıvı ve lifli gıdalar almasını, en az 3 litre sıvı tüketmesini, fiziksel hareketlerini artırmasını, her gün aynı saatlerde tuvalete giderek barsak boşaltım alışkanlığını kazanmasını önerebilir. Hastaya boşaltım ihtiyacı için yeterince zaman ayırmasını, çok fazla ıkmaktan kaçınmasını, erik, kayısı, limon suyu gibi dışkılamayı kolaylaştırıcı gıdalardan faydalanmasını, tuvalet ihtiyacını karşılarken rahat edeceği pozisyonu almasını önerir. Nonfarmakolojik yöntemlerden sonuç alınmadığında ise laksatiflerin kullanımını sağlar. Ayrıca hemşire, barsak fonksiyonlarını etkileyen ilaçlar hakkında hastaya bilgi verir (Can, & Çömlekçi, 2021; Arends vd, 2017; Bahar vd., 2019; Uğur, 2014).
- Hastada fizyolojik, davranışsal ve psikolojik bazı tepkilere (kendi tedavisinde pasif kalmak, yardımı reddetmek, izole yaşamı tercih etmek, saldırganlık, benlik saygısında azalma) neden olan, başlı başına stresör olan ağrının tedavisinde hemşireler, bireyin zayıflık hissini azaltacak, kontrol duygusunu artıracak, bireyin tedaviye katılımını aktif hale getirecek uygulamaları yapmaları için yardımcı olurlar (Turan vd., 2010; Güleç, & Güleç, 2006; Akdemir vd., 2008; Uyar, & Akın Korhan, 2011). Hastanın günlük yaşamını, yaşam kalitesini, psikososyal durumunu olumsuz etkileyen (Kılıç, & Öztunç, 2012) bireye üretkenlik ve özgüven kaybı yaşatan, rollerde kayıplar ya da değişim meydana getiren, bireyi başkalarına bağımlı duruma getiren ağrının kontrolünde hemşire, bireyin ağrıyı artırdığını düşündüğü durumları ve önceki ağrı deneyimlerinde kullandığı baş etme yöntemlerini araştırıp, ağrıyı tetikleyen davranışların (sigara içmek, uzun süre yatakta hareketsiz kalmak vb.) ortadan kaldırılmasında ya da azaltılmasında bireye rehberlik yapar (Özer vd., 2006; Düzel, 2008; Çöçelli vd., 2008; Koçoğlu, & Özdemir, 2011; Günvar, 2009; Bacaksız vd., 2008).
- Hemşire, ağrının kontrolünde hekimin önerdiği analjeziklerin kullanımından önce nonfarmakolojik uygulamaların (aktif/pasif egzersiz, hayal kurma, sıcak-soğuk uygulama, pozisyon verme, gevşeme teknikleri, dikkati başka yöne çekme, masaj) kullanımında etkin rol alır (Anant vd., 2005). Bakıma hasta ve ailesinin katılımını sağlar, bilgi eksiklikleri ya da yanlış bilgileri saptanarak ağrıya yönelik eğitim verir. Ağrıya verilen reaksiyonlar bireye göre farklılık

göstereceğinden hemşire sürekli hasta gözleminde bulunur ve uygun değerlendirme araçlarıyla hastayı düzenli aralıklarla değerlendirir. Tüm bu uygulamaları yaparken çevrenin sessiz olmasına ve yapılan uygulamaların hastada yansımalarına dikkat eder (Eti Aslan, 2002; Afşar, & Pınar, 2003; Anant vd., 2005; Düzen, & Göktaş, 2021; Çakur vd., 2006; Çöçelli vd., 2008; Beser, & Öz, 2003).

- Hemşire, ağrının kaynağı ne olursa olsun ağrının yardım çağrısı olduğunun bilincindedir (Düzel, 2008). Hemşire hastaya bütüncül bakım verirken, farmakolojik, nanfarmakolojik, tamamlayıcı ve alternatif yöntemleri de (refleksoloji, masaj, terapotik dokunma, müzik terapi) kullandığında eğitim verici, bakım sağlayıcı, tedavi edici, araştırmacı, danışmanlık veren, destekleyicilik ve rehabilitasyon rollerini de gerçekleştirmiş olur (Kılıç, & Öztunç, 2012; Bahar vd., 2019; Akın Korkan, & Uyar, 2014; Akdemir vd., 2008; Afşar, & Pınar, 2003; Eaton vd., 2018).
- Kansere ve tedavisine bağlı yorgunluk yaşayan hastada (Curt vd., 2000) hemşire, yorgunluk nedenlerini belirleyip nedene uygun girişim planlar. Bu doğrultuda, aile içi iletişimin sıklığını, sosyal aktivitelere katılımı destekler (Uğur, 2014). Etkin dinlenme için gündüz uykusunun sınırlandırılıp gece uykusunun 7-8 saat arası olması gerektiğini, kas kütlesinin korunumu ve kayıpların kazanılması için fiziksel aktivitenin önemini anlatır bu konularda hastaya destek olur (Uğur, 2014; Can, 2006). Tedavi öncesi ve sonrası, aktiviteler arası hastanın dinlenmesini sağlar. Aktiviteler planlanırken önce kısa süreli olarak başlanır ve hasta tolere ettikçe süresi ve sayısı artırılır. Hücre yıkımı kaynaklı oluşan atık ürünlerin uzaklaşması için hastanın günde en az 2-3 litre sıvı alımı sağlanır (Bahar vd., 2019; Uğur, 2014; Can, 2006; Arslan, & Özdemir, 2015; Mock, 2004).
- Kemoterapi kullanımına bağlı kemik iliği depresyonu sonucu dolaşımdaki trombositlerin düşmesine sebep olan ve kanama riskinin olduğu durumda hemşire, yaralanmaların önüne geçmek için öncelikle güvenli çevrenin oluşturulmasını sağlar ve hastayı riskler konusunda bilgilendirir (Sis Çelik, 2014; Uğur, 2014). Aktiviteler sınırlandırılır. Günlük bakımda kullanılan malzemelerin hastaya zarar vermesini önlemek için erkek hastalara çok keskin traş bıçaklarının yerine elektrikli traş aletlerinin kullanımı önerilir. Tırnak makası, tırnak törpüsü, vajinal duş, lavman uygulamalarının kullanılması

önlenir. Kadın hastalar menstrasyon dönemindeyse ped sayımı önerilir ve diğer dönemleri ile karşılaştırması istenir. Diş ipi kullanımı yerine gargara kullanımı teşvik edilir. Defekasyon sırasında ıkınma intrakraniyal kanama riskini doğurabileceğinden hastanın kabızlık sorunu yaşamaması için gerekli önlemler alınır. Deride peteşi ve ekimoz oluşumu, burun ve diş eti kanaması gibi normal olmayan kanamalar açısından hasta gözlemlenir. Kan sulandırıcı nitelikteki ilaçların (aspirin içerikli ve nonsteroid antienflamatuar ilaçlar) kullanımı mümkün olduğunca sınırlandırılır (Sis Çelik, 2014; Uğur, 2014).

- Enfeksiyon semptomunun kontrolünde hemşire, enfeksiyon bulguları yönünden hastayı gözlemler. Deri bütünlüğünün sağlanması için gerekli önlemleri alır ve deri bakımını yapar. Hasta ve ailesine enfeksiyondan korunmak için yapılması gerekenler için (bulaşıcı hastalığı olan ya da son günlerde canlı aşı yaptırmış bireylerle yakın temastan kaçınılması, el yıkama, ağız ve vücut hijyeninin önemi, hastanın yeterli ve dengeli beslenmesi, yeterli uykunun bağışıklık ve enfeksiyon üstündeki etkisi, taze sebze meyve yerine pişmiş olanların tercih edilmesi vb.) eğitim verir (Uğur, 2014; Marrs, 2006). Hasta üstündeki tüm uygulamalarda aseptik teknikler kullanılır. Hasta bireyin enfeksiyonlu başka bir hasta ile aynı odada kalması engellenir. Tüm çabalara rağmen enfeksiyon gelişen hastalarda kan ve idrar kültürleri alınarak hasta ateş yönünden takip edilir ve hekim önerisinde uygun antibiyotiğin kullanımı sağlanır (Bahar vd., 2019; Uğur, 2014; Gönderen, & Kapucu, 2009; Marrs, 2006).
- Kemoterapi alan bireylerde geçici olmasına rağmen hastanın psikososyal durumunu, benlik saygısını ve beden imajını olumsuz etkileyen alopeside hemşire, birey için bu kaybın anlamını araştırır, kemoterapiye başlanmadan önce hastaya kemoterapiden 7-21 gün sonra saç dökülmesinin başlayacağını, tedaviden sonraki 1-2 ay içinde dökülen saç/kirpik/kaşların yeniden çıkmaya başlayacağını, yeni çıkan yapıların eski görünümünü kazanmasının ise 3-5 ay sürebileceğini söyler. Oluşacak değişimlerle ilgili hastanın düşünce ve duygularını söylemesine izin verir, soruları varsa cevaplar. Tedaviden önce saçlarını kestirmesini, peruk/şapka/bandana kullanmasını, saçlarını sık yıkamamasını ve yıkadığında kremlili şampuan kullanmasını, yumuşak taraklar tercih etmesini ve aşırı fırçalamaktan kaçınmasını önerir. Elektrikli saç kurutma makinesinden, aşırı güneşte kalmaktan ya da baş bölgesini aşırı soğuğa maruz bırakmaktan kaçınması gerektiğini anlatır. Hasta ile aynı deneyimi paylaşan

diğer hasta bireylerin iletişimi sağlanır. Beklenen fiziksel değişiklikler konusunda hastanın ailesi ve sosyal çevresi ile görüşülerek hastaya yaklaşım konusunda bilgi verilir (Erol Ursavaş vd., 2014; Bahar vd., 2019; Ateş, & Olgun, 2014; Buluş, 2014).

- Kanserin kendisine ve kanser tedavisine bağlı psikososyal sorunlarla birlikte gelişen uyku bozuklukları için hemşire, uykusuzluğa neden olabilecek faktörleri belirleyerek bunları ortadan kaldırmaya/ en aza indirmeye çalışır. Bu doğrultuda hastaya, yatmadan önce nikotin, kafein alımından kaçınmasını, ağır ve baharatlı gıdalar tüketmemesini, uyku saatinden önce hafif egzersizler yapmasını, tuvalet ihtiyacı için uykusunun bölünmesini önlemek amacıyla sıvı alımından kaçınmasını önerir. Hasta bireyin yattığı ortamın havalanmış, sessiz olmasını sağlar. Hastanın ağrısı varsa uygun teknikler ile ağrıyı giderir, dreni varsa uyumaya engel olmayacak şekilde diren pozisyonunu ayarlar. Hekimin önerdiği ilaç varsa kullanımını sağlar (Gürler, & Yılmaz, 2011; Bahar vd., 2019; Uğur, 2014).
- Kanseri tanısı alan hastalar, hastalıklarının çeşitli evrelerinde (tanı, tedavi, palyatif ve nüks) bireye göre değişebilen çeşitli duygusal, davranışsal ve ruhsal tepkiler geliştirebilirler. Psikososyal bakımın temelinde olan hasta ve ailesinin baş etme becerilerinin geliştirip hastalığa uyumlarının artırılması aşamalarında psikiyatri hemşirelerinin ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi (KLP) hemşirelerinin önemli sorumlulukları vardır. KLP hemşiresi, gerçekleşen ya da olası tüm fonksiyon bozukluklarında, hastalık ve tedavinin getirdiği/ getirmesi muhtemel problemlerin çözümünde, korumadan rehabilitasyon sürecine uzanan zaman diliminde hastanın/ ailesinin duygusal, bilişsel ve davranışsal tepkilerini izler, bu alandaki problemleri belirler, tedavi ve bakımda etkin rol alır ve kurumdaki diğer hemşirelerin psikiyatrik tıp alanında eğitimlerini sağlar (Yıldırım, & Gürkan, 2010).
- Kanseri hastalarında psikiyatrik alanda en yaygın görülen tablonun uyum bozukluğu olduğu görüldüğünden, psikiyatri/ KLP hemşiresi, uyum sürecinde hastaların sağlık ve hastalık algılarını çözümler, sosyal destek sistemlerinin yeterliliğini ve etkinliğini sağlamaya çalışır, progresif gevşeme, derin nefes egzersizleri, müzikle tedavi, aromaterapi ve terapötik dokunma gibi farklı hemşirelik girişimlerinden yararlanır, hasta-aile-sağlık ekibi arasındaki iletişim sorunlarının çözümünde yer alır, psikiyatrik açıdan riskli bulguların takibini

yaparak bu alandaki sorunların erken saptanmasını sağlar, akıl-beden-ruh arasındaki dengenin bozulmaması, bozulduysa yeniden sağlanabilmesi için aktif rol alır (Yıldırım, & Gürkan, 2010).

- KLP/ psikiyatri hemşirelerinin onkoloji gibi riskli birimlerde bulunması, hasta ve ailesinin kanserle başlayan yeni süreçlerinde oluşan sorunlarla baş etme becerilerinin gelişmesini, uyumlarının artmasını, güven hislerinin oluşup gelişmesini, psikososyal bakım ile ilgili teorik bilgilerin hayata geçmesini, hemşirelik bakım kalitesinin artmasını sağlar (Yıldırım, & Gürkan, 2010).
- Psikiyatri/ KLP hemşireleri, hastanın kendini, gereksinimlerini anlamasına yardımcı olmak, bilgi artışı sağlayarak davranış değişikliğine gidilmesi ve bu yolla problemlerle etkili baş etme becerilerini geliştirmek, hastanın tükenmişliğinin önüne geçmek için motivasyonunu canlı tutmak ve yaşam kalitelerini yükseltmek için psikoeğitim verirler (Üzüm, & Nehir, 2019).
- Psikiyatri/ KLP hemşireleri, özellikle cerrahi operasyon geçiren hastalarda depresyonun yüksek risk olduğunu, iyileşme ve hastalığın prognozu üstünde depresyonun olumsuz etkilerini göz önüne alarak probleme yönelik ve uygulanabilir çözümlere hasta ve ailesi ile birlikte karar verir (Tel, & Gürler, 2021).
- Psikiyatri/ KLP hemşireleri, hasta ve ailesine eğitim verirken, hasta ve ailenin beklentilerini, hastalık ve tedavi hakkındaki gerçek düşüncelerini, kavramlara yükledikleri yanlış anlamları, duygu ve hayallerini, beklentilerinin önündeki engelleri yüzeye çıkararak, istenmeyen davranışlardan, istendik davranışlara doğru değişimi başlatır. Bu değişim sayesinde hastanın benlik saygısının artırılması, tedaviye katılımının sağlanması/ artırılması, yaşadıkları stresle etkin mücadele etmesi sağlanır (Yılmaz, & Üstün, 2018).
- Psikiyatri/ KLP hemşireleri, onkoloji gibi yüksek stres içeren birimlerdeki hemşireler ile çalışırken, onların duygu ve düşüncelerini, yaşadıkları stresin nedenlerini, mesleki doyumsuzluklarının gerekçelerini ele alarak çözümünde rol alır. Hemşireler tarafından hastaların duygu ve düşüncelerinin tanınıp tanımlanmalarında yardımcı olur (Alaca vd., 2011).
- Kanserle mücadelede bilgi eksikliği ve getireceği stresle baş etmede hemşire, hastadan ve ailesinden toplanan veriler doğrultusunda hasta ve ailesine eğitim verir. Eğitimde hastanın yanlış bilgilerini saptar ve doğru bilgilere ulaşmasını

sağlar, uygulamalarda karar yetkisinin hastada olmasını teşvik eder, her girişimin nedenini ve beklenen sonucunu açıklar. Hastanın korkularını, başa çıkma davranışlarını açıklamasına izin verir, hastanın ilerisi için dileği olup olmadığını sorgular. Örneğin, hastaya stoma açıldıysa hastaya ve ailesine stoma bakımını, stresörlerle karşılaştığında, dikkati başka yöne çekme (müzik dinleme, kitap okuma vb.) ve gevşeme egzersizlerini öğretir. Hasta taburcu edilmeden önce evde bakım, gelişebilecek komplikasyonlar, acil durumlar, tıbbi araç-gerecin kullanımı, yardım alabilecekleri kurum ya da kişileri anlatır. Verilmek istenen bilgilerin hasta tarafından doğru anlaşılıp anlaşılmadığını kontrol eder. Bakım konusunda yazılı ve görsel materyaller hazırlanıp hasta ve aileye verilebilir (Ersoy, 2009; Elçiğil, & Tuna, 2011; Bahar vd., 2019; Şentürk vd., 2018; Dolgun, & Candan Dönmez, 2010; Bag, 2012c).

- Anksiyete ve depresyon için hemşire, ilgili risk faktörlerini (ağrı, anlaşılmama hissi, sosyal yardımdan yoksunluk, umutsuzluk vb) azaltmaya ya da ortadan kaldırmaya çalışır, hastanın duygu ve düşüncelerini ifade etmesi için ortam sağlar. Riskler ve depresyon belirtileri konusunda birey ve ailesine eğitim verir. Hastaya değerli olduğunu ve yanında olduğunu hissettirir. Hastane içinde sosyal çevre oluşturabilmek amacıyla diğer hastalar ile iletişimi destekler. Bireyin daha önceki stresli durumlarla mücadelesinde kullandığı baş etme stratejilerini tartışır. Etkisiz baş etme stratejilerinin etkili olanlar ile değişimini sağlamak için çaba gösterir (Beser, & Öz, 2003; Ateşçi vd., 2003).

Kanser gibi duygusal stres, fiziksel sağlığın bozulması, varoluşsal kriz yaşandığı dönemlerde ön plana çıkan spiritüel bakımda hemşire, akıl, beden ve ruh arasında bozulan/ bozulma tehlikesi olan dengenin sağlanmasında rol alır. Bu amaçla, hastanın inanç ve değerlerini, kaygılarını (ölüm, terkedilme, belirsizlik vb.), korkularını, acılarını, hayallerini, beklentilerini, umutlarını önyargısız olarak, hastaya kabullenildiğini ve değerli olduğunu hissettirerek dinler ve anlamaya çalışır (Arslan, & Konuk Şener, 2009; Çınar, & Eti Aslan, 2017; Balboni vd., 2013). Hemşire, hastanın, Neden ben? Bunu hak etmek için ne yaptım? Cezalandırılıyor muyum? Benden sonra bedenime ve yakınlarıma ne olacak gibi soruları ile spiritüel gereksinimleri fark eder (Daştan Bostancı, & Buzlu, 2010; Kaçal, & Demirsoy, 2018). Hastanın stresini azaltabileceği, ibadetlerini gerçekleştirebileceği ortam oluşturmaya çalışır. Hasta için değerli olan nesnelere, mahremiyetine, duygusal tepkilerine saygı gösterir. Hayatın

anlam ve amacını yeniden kavramasına, umudunu canlı tutmasına yardımcı olur (Turan Kavradım, & Canlı Özer, 2014). Hastanın kontrol duygusunu kaybetmesine izin vermez. Bunun için de tüm girişimlerinde hastanın karar verme mekanizmasının aktif olmasını sağlar ve hastaya gerçekçi bilgilendirmeler yapar. Hastanın kültürü ve inançlarını değerlendirerek, spiritüel krizlerini azaltmak amacıyla elini tutma, sırtını sıvazlama vb. davranışları uygular (Arslan vd., 2016; Uslu Şahan, & Terzioğlu, 2020; Doğu Kökçü, & Kutlu, 2020; MacLean vd., 2003; Kaçal, & Demirsoy, 2018; Puchalski vd., 2019; Sullivan vd., 2013; Özer vd., 2019; Sis Çelik vd., 2014; Sülü Uğurlu, 2014; Akgün Kostak vd., 2010).

- Uzun dönem tedavi gerektirmesi, diğer kronik hastalıklara göre daha belirsiz sonuçlarının olması nedeni ile kanser, hastalarda fiziksel, emosyonel ve psikososyal birçok yeni sorun oluşturmakta ve hastalar bu sorunlarla alışageldikleri baş etme mekanizmaları ile mücadele edemediklerinde intiharı bir seçenek olarak görebilmektedir. Hemşireler, intihar riski olan hastaları belirlemede ve kriz anlarını yönetmede sorumluluk alırlar. Bu kapsamda, “artık yaşamak istemiyorum” gibi cümleler kullanan hastalar risk kapsamında değerlendirilir ve ruh sağlığı profesyonelleri ile yardımlaşma sağlanır (Öztürk, & Hiçdurmaz, 2020; Granek vd., 2020; Troy vd., 2019).
- Hemşire görev ve sorumluluklarını yaparken, hastaya en yakın ekip üyesi olduğunun bilincinde olarak yapılan her uygulamada hasta savunuculuğu rolünü üstlenir. Bunun için, hasta bireye hakları konusunda bilgilendirme yapar ve haklarını nasıl kullanacağını öğretmek anlamasını sağlar. Bireyi hastalığı, tedavisi, prognozu ve yapılan işlemin gerekçesi hakkında bilgilendirir. Gereksiz uygulamaların önüne geçer. Hastanın kendi tedavisi ve bakımına katılımını sağlar (Ardahan, 2006; Ardahan, 2003).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi:

Bu araştırma, Tıbbi Onkoloji servisinde yatarak kemoterapi alan hastalarda stres yaratan durumları ve bu durumlara yönelik hastaların uyguladıkları baş etme stratejilerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı:

Bu araştırma, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji kliniğinde 10 Ekim 2021- 30 Mart 2022 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yerin Özellikleri:

Serviste iki uzman doktor, 11 hemşire hizmet vermekte ve 33 yataklı tedavi odası bulunmaktadır. Tıbbi Onkoloji Servisine yatarak kemoterapi alan hastalar başvurmaktadır ve hastaların servisteki yatış süreleri yaklaşık üç gün ile üç ay arasında değişmektedir. Hastaların ilk küre başlamadan ve kliniğe yatışı sağlanmadan önce hastalık ve kemoterapinin yan etkilerine yönelik eğitimi, eğitim hemşiresince verilmektedir. Hekimler tarafından gerekli görüldükçe ya da hasta yakınının talebi olursa psikiyatri konsültasyon talep edilmektedir.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırma evrenini Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Onkoloji kliniğinde yatarak kemoterapi alan hastalar oluşturup, araştırmanın örneklemini ise 10 Ekim 2021- 30 Mart 2022 tarihleri arasında Tıbbi Onkoloji Servisinde yataklı tedavi gören ve kemoterapi alan, örneklem kriterlerine uygun, gelişigüzel örnekleme yöntemine göre seçilmiş 150 hasta oluşturmuştur. Güç analizi uygulaması yapılırken her bir istatistiksel anlamlılık testi için istatistiksel güç değerleri G-POWER programı yardımıyla elde edilmiştir. Güç analizi için referans alınan literatür örnekleri aşağıda bildirilmiştir.

Bilge ve Çam (2008) yaptıkları çalışmada stres ile başa çıkma tarzları ölçeği ortalamasını $74,2 \pm 11,2$ puan, aynı ölçeği Sitotoksik Kemoterapi Alan Hastalarda uygulayan Pakyüz ve ark. (2019) ortalamasının $55,45 \pm 11,18$ puan arasında değiştiğini

belirlemişlerdir (Bilge ve Çam, 2008; Pakyüz vd. ,2019) Buradan yola çıkarak araştırmanın etki büyüklüğü ($d=0,24$) bulunmuş ve bu etki büyüklüğü için %80 istatistiksel güç seviyesi ve %5 anlamlılık düzeyi ile çalışmada minimum 145 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Örneklem kayıpları göz önüne alınarak toplam 150 kişi ile çalışılmıştır.

t tests - Means: Wilcoxon signed-rank test (one sample case)

Options: A.R.E. method

Analysis: A priori: Compute required sample size

Input: Tail(s) = Two

Parent distribution = Normal

Effect size d = 0.2405660

α err prob = 0.05

Power ($1-\beta$ err prob) = 0.80

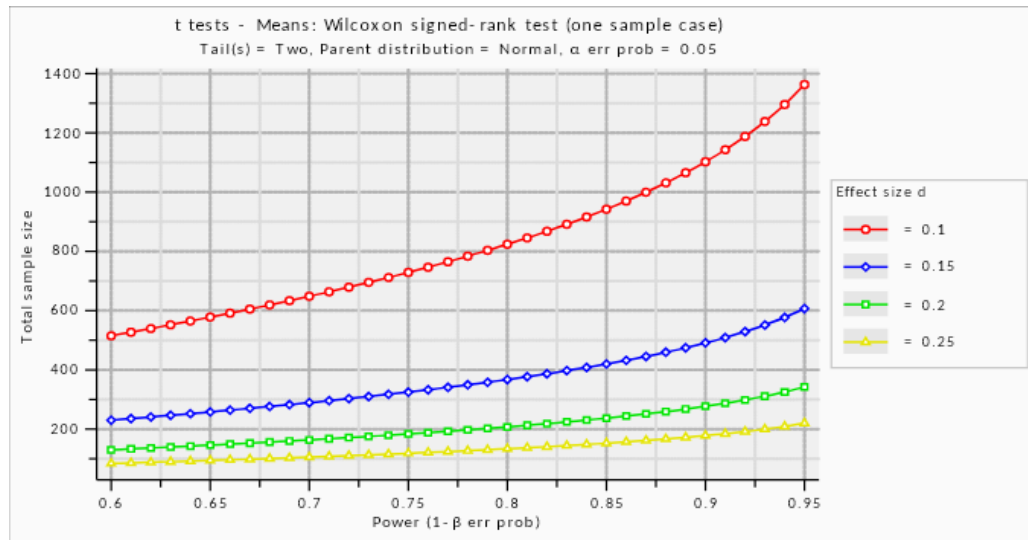
Output: Noncentrality parameter δ = 2.8307658

Critical t = 1.9773716

Df = 137.4648

Total sample size = 145

Actual power = 0.8026087



Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri;

- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmesi,
- Türkçe okuma ve yazmayı bilmesi,
- Kanseri tanınmış ve Tıbbi Onkoloji Servisinde yatarak kemoterapi alması,
- Psikiyatrik hastalık ve bilişsel durumunu etkileyen nörolojik bir tanısının olmaması,
- Kişi, yer ve zaman oryantasyonunun tam olması,
- En az bir kür kemoterapi tedavisi almış olması

3.5. Araştırma Soruları

Tıbbi Onkoloji Servisinde yatarak kemoterapi alan;

1. Hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri nelerdir?
2. Hastaların stres yaşamasına yol açan durumlar nelerdir?
3. Hastaların, stres yaşamasına yol açan durumlarla baş etmeye yönelik yaptıkları uygulamalar nelerdir?
4. Hastaların, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) alt boyutlarından aldıkları puan ortalaması nedir?
5. Hastaların SBTÖ alt boyut puan ortalamaları sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre farklılaşmakta mıdır?

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak ‘‘Sosyodemografik, Klinik ve Stres Yaratan Durumlara İlişkin Bilgi Formu ‘‘ (EK-1) ve ‘‘Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği’’ (EK-2) kullanılmıştır.

3.6.1. Sosyodemografik, Klinik ve Stres Yaratan Durumlara İlişkin Bilgi Formu (EK-1)

Araştırmacılar tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanan form, üç bölümden ve toplam 18 sorudan oluşmaktadır (Ökten, 2012; Aydın Bektaş, 2006; Tunç Aksan, 2017; Seven vd., 2013; Ülger vd., 2014). Formun birinci bölümü hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum gibi sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bilgileri içeren dört sorudan oluşmaktadır. Formun ikinci bölümü hastalığın tanısı, klinik evresi ve tanı alınan süreyi içeren üç sorudan, formun üçüncü bölümü ise kemoterapi sırasında ve sonrasında yaşanan fizyolojik ve psikolojik sorunları, bu sorunların bireylerde stres oluşturma durumunu, bireylerin stresle baş etmek için uyguladıkları yöntemleri, yöntemlerin kimden ya da nereden öğrenildiğini belirlemeye yönelik toplam 11 sorudan oluşmaktadır (Ökten, 2012; Aydın Bektaş, 2006; Tunç Aksan, 2017; Seven vd., 2013; Ülger vd., 2014).

3.6.2. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) (EK-2)

“Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği” bireylerin stres yaratan durumlarla başa çıkmada kullandıkları stratejileri belirlemek amacıyla Folkman ve Lazarus (1980) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şahin ve Durak tarafından 1995 yılında yapılmıştır. Ölçek, kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, iyimser yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal destek arama olmak üzere 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Likert tipi 4’lü derecelendirmenin kullanıldığı ölçekte maddeler 0 ve 3 arasında puanlanmıştır (0= hiç uygun değil, 1= uygun değil, 2= uygun, 3=tamamen uygun). Ölçekte, stresle etkin başa çıkmada etkili yöntemlerden olan iyimser yaklaşım beş maddeden (2, 4, 6, 12, 18), kendine güvenli yaklaşım yedi maddeden (8, 10, 14, 16, 20, 23, 26), sosyal destek arama yaklaşımı ise dört maddeden (1, 9, 29, 30) oluşmaktadır. Stresle etkisiz baş etme yöntemlerinden olan boyun eğici yaklaşım altı maddeden (5, 13, 15, 17, 21, 24), çaresiz yaklaşım ise sekiz maddeden (3, 7, 11, 19, 22, 25, 27, 28) oluşmaktadır. Ölçekte 1.ve 9. maddeler ters ifadeler içerdiğinden ters skorlanmaktadır. Kendine güvenli, iyimser ve sosyal desteğe başvurma faktörlerinden elde edilen puanlar arttıkça bireyin stresle başa çıkma yolunun etkili olduğu, çaresiz, boyun eğici yaklaşım faktörlerinden elde edilen puanlar arttıkça ise bireyin stresle başa çıkma yönteminin etkisiz olduğu belirtilmektedir (Şahin ve Durak, 1995). Ölçeğin iç tutarlılığı (alfa değerleri, güvenilirlik katsayıları) alt boyutlar için sırasıyla: İyimser Yaklaşım 0.68, Kendine Güvenli Yaklaşım 0,80, Çaresiz Yaklaşım 0,73, Boyun Eğici Yaklaşım 0,70, Sosyal Desteğe Başvurma 0,47 olarak belirtilmiştir (Şahin ve Durak, 1995). Bizim çalışmamızda ise ölçeğin iç tutarlılığı alt boyutlar için sırasıyla; İyimser Yaklaşım 0,72, Kendine Güvenli Yaklaşım 0,87, Çaresiz Yaklaşım 0,74, Boyun Eğici Yaklaşım 0,66, Sosyal Desteğe Başvurma 0,60 olarak bulunmuştur.

3.7. Verilerin Toplanması

Veriler, araştırmacı tarafından Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Servisinde yatarak kemoterapi alan hastalara araştırma hakkında bilgi verildikten ve onam alındıktan sonra yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden hastalara veri toplama araçları (Sosyodemografik, Klinik ve Stres Yaratan Durumlara İlişkin Bilgi Formu ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği) uygulanmıştır. Hastaların veri toplama araçlarını doldurma süreleri ortalama 20 dakika sürmüştür.

3.8. Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi

Araştırma sonucunda elde edilen verilerin analizi bilgisayar ortamında SPSS 25 (IBM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.) istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, kategorik ve sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, sayı ve yüzdelik dilim) kullanılmıştır. Ayrıca parametrik testlerin n Őartlarından varyansların homojenliği “Levene” testi ile kontrol edilmiştir. Normallik varsayımı “Shapiro-Wilk” testi ile incelenmiştir. İki grup arasındaki farklılıkları değerlendirilmek için normal dağılıma uyanlarda “Student’s t Test”; normal dağılıma uymayanlarda ise “Mann Whitney–U testi” kullanılmıştır. Üç ve daha fazla grup karşılaştırması için Tek Yönlü Varyans Analizi ve çoklu karşılaştırma testlerinden Benferroni testi ile sağlanmadığında ise Kruskal Wallis ve çoklu karşılaştırma testlerinden Bonferroni-Dunn testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ düzeyi istatistik olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

KTO Karatay Üniversitesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 14.02.2022 tarihinde 2022/010 karar sayılı etik kurul onayı alınmıştır. Araştırmanın yapıldığı Necmettin Erbakan Üniversitesi Rektörlüğü Meram Tıp Fakültesi Dekanlığı Dahili Tıp Bilimleri Bölümü İç Hastalıkları Anabilim Dalına bağlı Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Başkanlığı’ndan 26.05.2021 tarihinde E-47811134-948.01.99-45792 karar sayılı kurum izni (EK-3) ve katılımcılardan yazılı onam (EK-4) alınmıştır.

3.10. Araştırma Değişkenleri

3.10.1. Bağımlı Değişkenler

Hastaların, Stresle Başa ıkma Tarzları leğinin “Kendine Güvenli Yaklaşım”, “Boyun Eğici Yaklaşım”, “aresiz Yaklaşım”, “İyimser Yaklaşım”, ve “Sosyal Desteğe Başvurma Yaklaşımı” alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları bağımlı değişken olarak ele alınmıştır.

3.10.2. Bağımsız Değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkenleri ise; hastaların sosyodemografik (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum vb.) ve klinik özellikleri (hastalığın tanısı, klinik evresi vb.), hastalarda stres yaratan durumlardır.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın, tek bir merkezde ve yatarak kemoterapi alan hastalarla yapılması çalışmayı sınırlayan etkenlerdendir.

4. BULGULAR

Tablo 1. Hastaların tanımlayıcı ve klinik özelliklerine göre dağılımı (n=150)

		$\bar{X}\pm SS$	
Yaş (yıl)		60,00±13,253	
Tanı Süresi (ay)		19,55±29,254	
		N	%
Cinsiyet	Kadın	57	38
	Erkek	93	62
Eğitim Durumu	İlkokul	87	58
	Ortaokul	22	15
	Lise	17	11
	Yüksekokul ve Üniversite	24	16
Medeni Durum	Bekar	24	16
	Evli	126	84
Kanser Türü	Lösemi	10	7
	Lenfoma	13	9
	Akciğer kanseri	20	13
	Meme kanseri	6	4
	Kolorektal Kanserler	41	27
	Pankreas kanseri	15	10
	Mesane kanseri	4	3
	Mide kanseri	21	14
	Karaciğer kanseri	4	3
	*Diğer kanserler	16	11
Hastalık Klinik Evresi	Evre 1	18	12
	Evre 2	18	12
	Evre 3	23	15
	Evre 4	91	61
Hastalık ile İlgili Bilgi Sahibi Olma Durumu	Yeterli	52	35
	Kısmen yeterli	67	45
	Yetersiz	31	21
Kemoterapinin yan etkileri ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	96	64
	Hayır	54	36

\bar{X} : Ortalama SS : Standart Sapma *Diğer kanserler: Endometrium ve Serviks Kanserleri, Prostat Kanseri, Larinks ve Hipofarinks kanserleri

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalamaları 60,00±13,253, ortalama tanı süreleri 19,55±29,254 aydı. Hastaların %62'si erkek, %58 ilkökul mezunu, %84 evliydi. Hastaların %7'si lösemi, %9'u lenfoma, %13'ü akciğer kanseri, %4'ü meme kanseri, %27'si kolorektal kanser, %10'u pankreas kanseri, %3'ü mesane kanseri, %14'ü mide kanseri, %3'ü karaciğer kanseri ve %11'i bunlar dışında kanser tanıları almıştı.

Hastaların %61'inin kanseri dördüncü evrededir. Araştırmaya katılan hastaların %35'i hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünürken, %45'i kısmen yeterli ve %21'i yetersiz bilgi düzeyine sahip olduğunu düşünüyordu. Hastaların %64'ü kemoterapinin yan etkileri hakkında eğitim almıştı (Tablo 1).

Tablo 2. Hastaların stres yaratan durumlara ilişkin verdiği cevaplara göre dağılımı (n=150)

	n	%
Kemoterapinin yan etkilerine bağlı stres yaratan durumlar		
Bulantı-Kusma	70	47
Halsizlik-Yorgunluk	97	65
Bağırsak Sorunları (İshal-Kabızlık)	47	31
İştahsızlık	56	37
Oral Mukozit	23	15
Alopesi	45	30
Ağrı	40	27
Enfeksiyon	16	11
Aktivitelerde zorlanma yapamama	34	23
Diğer Yan Etkiler (Kanama bozuklukları, Cinsel sorunlar)	10	7
Yaşanan duygusal sorunlar		
Kaygı	68	45
Öfke	29	19
Ümitsizlik	33	22
Belirsizlik	71	47
Korku	52	35
Bunalma	28	19
Psikososyal sorunlardan hangilerini yaşadınız?		
Tanı aşamasında teşhis ve uygulanacak tedavi ile ilgili verilen bilgilerin yeterince anlaşılır olmaması	45	30
Aklından geçenleri soramama ya da duyguları yeterince ifade edememe	56	37
Bilinmezlik duygusu	66	44
Ölüm korkusu	46	31
Hastalığın uzun süre tedavi gerektirmesi	72	48
Rol kaybı	46	31
Başkasına muhtaç olma korkusu ya da yakınlarım tarafından terk edileceğim korkusu yaşama	39	26
Ekonomik sorunlar	22	15
İş ve sosyal yaşamımdan, eğlence aktivitelerinden mahrum kalma	19	13
Güvensizlik	8	5
Uyku sorunları	48	32
Enerji kaybı ve yaşamdan ya da önceki hoşlanılan şeylerden eskisi gibi tat alamama	49	33
Beden imajında değişim	34	23

Aile içi sorunlar	6	4
İletişim problemleri yaşama	4	3

(n= Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.)

Tablo 2’de hastaların stres yaratan durumlara ilişkin verdiği cevapların dağılımı verilmiştir. Hastaların %65’i halsizlik/yorgunluk, %47’si bulantı/kusma, %37’si iştahsızlık gibi sorunlar nedeniyle stres yaşadıklarını belirtmişlerdir. Çalışmada hastaların %45’inin kaygı, %47’sinin belirsizlik, %35’inin korku yaşadığı belirlenmiştir. Hastaların stres yaşamasına neden olan durumlar incelendiğinde; %48’i hastalığın uzun süre tedavi gerektirmesi, %44’ü bilinmezlik duygusu, %37’si aklından geçenleri sormama ya da duyguları yeterince ifade edememe, %30’u teşhis ve tedavi bilgilerinin anlaşılır olmaması gibi durumlar kaynaklı stres yaşadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 2).

Tablo 3. Hastaların, stres yaratan durumlarla baş etme ile ilgili verdiği cevaplara göre dağılımı

	n	%
Kemoterapinin yan etkileri ile baş etmek için yapılan uygulamalar		
Reçete edilen ilacı aldım	115	77
Sağlık kuruluşundan yardım aldım	93	62
Dikkatimi başka yöne çekmeye çalıştım	30	20
Tamamlayıcı tıp/bitkisel ürünlere yöneldim	19	13
Hiçbir uygulama yapmadım	16	11
Duygu, düşünce ve sorunlarımı doktor ve/veya hemşireyle paylaştım	61	41
Psikiyatri kliniğine başvurarak profesyonel destek aldım	14	9
Beni rahatsız eden düşüncelerden uzaklaşmak için hafif tempoda yürüyüş, derin nefes egzersizleri yaptım	23	15
Dikkatimi başka yöne çekmeye çalıştım (müzik dinleme, kitap okuma vb.)	32	21
Manevi uygulamalar (Adak adama, namaz kılma, dua etme vb.)	119	79
Hastalık yokmuş gibi davrandım	42	28
İyi şeyler hayal ettim	41	27
Uyguladığınız yöntemi kimden öğrendiniz?		
Doktor bilgilendirmesi sonucu uyguladım	99	66
Eğitim ve Servis Hemşirelerinden öğrendim	67	45
İnternet, TV, sosyal medyadan öğrendim	51	34
Akrabam ya da komşulardan öğrendim	33	22
Diğer kanser hastaları ve yakınlarından gördüm ya da duydum	41	27
İnternette hangi sitelerden yararlandınız?		
Kanser ile ilgili resmi siteler	28	19
Onkoloji dernekleri ve onkoloji siteleri	12	8
Alternatif tedavi siteleri	10	7
Sosyal ağlar ve forumlar	19	13

Bilgi kaynağından yardım alma sıklığınız nedir?

Her gün	17	11
Haftada birkaç kere	54	36
Ayda birkaç kere	62	41
Yılda birkaç kere	17	11

Uyguladığınız yöntemin etkili olduğunu düşünüyor musunuz?

Etkili oldu	33	22
Kısmen etkili oldu	93	62
Etkili olmadı	24	16

(n= Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.)

Tablo 3'te hastaların stres yaratan durumlarla baş etme ile ilgili verdiği cevaplara göre dağılımı verilmiştir. Hastaların %77'sinin kemoterapinin yan etkileri ile baş etmek için reçete edilen ilacı aldığı, %62'sinin sağlık kuruluşundan yardım aldığı, %20'sinin dikkatini başka yöne çekmeye çalıştığı, %13'ünün bitkisel ürünlere yöneldiği ve %11'inin hiçbir uygulama yapmadığı belirlenmiştir. Hastaların psikososyal sorunlarla baş edebilmek için yaptıkları uygulamalar incelendiğinde, %70'inin duygu, düşünce ve sorunlarını aile ve yakın çevresiyle paylaştığı, %41'inin duygu, düşünce ve sorunlarını doktoru veya hemşiresiyle paylaştığı, %79'unun manevi uygulamalar yaptığını, %28'inin hastalık yokmuş gibi davrandığı belirlenmiştir. Hastalar bu baş etme yöntemlerini doktorlardan (%66), eğitim ve servis hemşirelerinden (%45), internetten, TV veya sosyal medyadan (%34), akrabam ya da komşulardan (%22) ve diğer kanser hastaları ve yakınlarından (%27) öğrendiklerini ve uyguladıklarını söylemişlerdir. İnternetten bilgi alan hastaların %19'u kanser ile ilgili resmi sitelerden, %13'ü sosyal ağlar ve forumlardan yararlanmışlardır. Hastaların %36'sı haftada birkaç kere, %41'i ayda birkaç kere bilgi kaynaklarından yararlanmışlardır. Hastaların stresle baş etmek için yaptıkları uygulamalar hususunda %22'si kullandıkları yöntemin etkili olduğunu, %62'si kısmen etkili olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 3).

Tablo 4. Hastaların stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları (n=150)

	$\bar{X} \pm SS$	Min.-Maks	Ölçek Min-Max
Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Alt Boyutları			
İyimser Yaklaşım	9,33±2,473	0-15	0-15
Kendine Güvenli Yaklaşım	12,96±3,980	1-21	0-21
Çaresiz Yaklaşım	11,01±4,304	0-21	0-24

Boyun Eğici Yaklaşım	10,01±3,328	0-16	0-18
Sosyal Desteğe Başvurma Yaklaşımı	8,07±2,222	2-12	0-12

Özet istatistikler \bar{X} : ortalama \pm standart; minimum ve maksimum değer olarak verilmiştir.

Tablo 4'te hastaların stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları verilmiştir. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nin "İyimser yaklaşım" alt boyutu puan ortalaması 9,33±2,473, "Kendine güvenli yaklaşım" alt boyutu puan ortalaması 12,96±3,980, "Çaresiz yaklaşım" alt boyutu puan ortalaması 11,01±4,304, "Boyun eğici yaklaşım" alt boyutu puan ortalaması 10,01±3,328, "Sosyal desteğe başvurma yaklaşımı" alt boyutu puan ortalaması 8,07±2,222'dir (Tablo-4).

Tablo 5. Hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımı (n=150)

		Stresle başa çıkma tarzları ölçeği				
		İyimser Yaklaşım	Kendine Güvenli Yaklaşım	Çaresiz Yaklaşım	Boyun Eğici Yaklaşım	Sosyal Desteğe Başvurma Yaklaşımı
Yaş	40 yaş altı	9,40±2,20	14,27±3,26	10,07±5,12	6,80±4,33 ^a	7,13±2,64
	41-50 yaş arası	7,83±2,44	11,42±4,10	12,17±3,51	11,00±3,46 ^b	8,08±1,73
	51-60 yaş arası	9,02±2,78	13,09±3,58	11,11±3,99	10,44±2,90 ^b	8,07±2,47
	61-70 yaş arası	9,80±2,16	12,76±4,16	10,88±4,77	9,90±3,43 ^b	8,16±2,14
	70 yaş üzeri	9,59±2,46	13,07±4,53	11,10±3,93	10,79±2,09 ^b	8,38±1,88
	Test İst. p	6,591 ⁴ 0,159	4,655 ⁴ 0,325	0,411 ³ 0,800	12,505 ⁴ 0,014 *	3,322 ⁴ 0,505
Cinsiyet	Kadın	9,33±2,56	12,47±4,22	11,77±4,20	10,30±3,21	8,02±2,52
	Erkek	9,32±2,43	13,26±3,82	10,55±4,32	9,84±3,41	8,10±2,03
	Test İst. p	-0,560 ² 0,575	-1,360 ² 0,174	1,701 ¹ 0,091	-1,020 ² 0,308	-0,039 ² 0,969
Eğitim durumu	İlkokul	9,29±2,49	12,44±4,01	11,46±4,38	10,86±2,91 ^b	8,17±2,20
	Ortaokul	9,00±2,58	13,18±4,71	11,50±4,69	9,32±4,46 ^{ab}	7,95±2,54
	Lise	9,65±2,34	14,12±2,23	10,35±4,11	9,24±2,56 ^{ab}	7,59±2,12
	Yüksekokul ve üniversite	9,54±2,50	13,83±4,00	9,42±3,53	8,13±3,15 ^a	8,13±2,15
	Test İst. p	0,660 ⁴ 0,883	3,888 ⁴ 0,274	-0,584 ³ 0,560	16,012 ⁴ 0,001 **	0,776 ⁴ 0,855
Medeni durumu	Bekar	10,50±2,21	13,75±3,64	10,54±4,70	10,29±3,17	8,63±2,06
	Evli	9,10±2,47	12,81±4,04	11,1±4,24	9,96±3,37	7,96±2,24
	Test İst. p	-2,424 ² 0,015 *	-1,346 ² 0,178	-0,491 ¹ 0,624	-0,484 ² 0,628	-1,135 ² 0,256

Lösemi	10,80±1,93	15,60±1,96	9,70±4,97	7,50±3,17	8,20±2,97
Lenfoma	8,54±2,96	13,23±1,59	11,85±3,69	11,00±2,24	7,46±2,22
Akciğer kanseri	8,90±2,43	12,50±4,35	12,65±3,00	11,00±3,34	8,25±1,25
Meme kanseri	8,50±2,43	11,67±2,94	12,50±3,94	9,50±3,56	8,00±2,37

Tablo 5. Hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımı (devamı)

Hastalık tanısı	Kolon ve rektum kanseri	9,10±2,94	12,98±4,67	10,29±4,36	10,15±3,73	7,98±2,52
	Pankreas kanseri	9,53±1,41	13,13±2,00	9,47±4,16	9,00±3,14	8,07±1,98
	Mesane kanseri	9,75±2,06	11,50±3,51	12,00±4,69	9,75±1,71	8,25±2,22
	Mide kanseri	9,57±2,38	13,62±4,66	10,19±4,51	9,86±3,34	8,24±1,87
	Karaciğer kanseri	10,25±2,50	14,25±4,19	12,25±6,34	10,00±3,37	7,75±3,30
	Diğer kanserler	9,63±2,09	11,13±4,29	12,38±4,67	10,63±3,10	8,31±2,65
	Test İst. p	7,817 ⁴ 0,553	12,738 ⁴ 0,175	1,243 ³ 0,274	10,762 ⁴ 0,292	2,391 ⁴ 0,984
Hastalık klinik evresi	Evre 1	9,94±2,80	13,06±5,42	9,89±5,10	9,06±3,84	9,06±1,89
	Evre 2	9,56±2,33	13,33±3,76	12,06±4,54	10,83±2,79	8,44±2,09
	Evre 3	9,13±1,91	12,43±3,68	11,48±4,40	11,17±2,17	7,87±2,16
	Evre 4	9,21±2,57	13,00±3,82	10,912±4,07	9,75±3,49	7,85±2,29
	Test İst. p	2,008 ⁴ 0,571	1,436 ⁴ 0,697	0,865 ³ 0,461	4,563 ⁴ 0,207	6,307 ⁴ 0,098
Tanı Süresi	0-6 ay arası	9,72±2,43 ^b	13,65±3,98	10,43±4,16	9,58±3,16	8,00±2,04
	6-12 ay arası	8,91±2,75 ^{ab}	12,00±4,31	11,03±4,43	10,69±3,02	8,59±2,60

12-24 ay aralığı	9,58±2,19 ^b	12,67±3,60	11,83±4,89	10,71±3,42	7,71±2,24
24 ay üzeri	8,52±2,35 ^a	12,56±3,78	11,80±3,98	9,68±3,96	7,92±2,18
Test İst.	8,870 ⁴	5,487 ⁴	0,984 ³	4,447 ⁴	3,069 ⁴
p	0,031 *	0,139	0,402	0,217	0,381

*p<0,05; **p<0,01; ¹: t Testi (*t*); ²: Man Whitney U Testi (*z*); ³: Varyans Analizi (*F*); ⁴: Kruskal Wallis Testi (*H*); Özet istatistikler *ortalama* ± *standart* değer olarak verilmiştir. a < b < c: Aynı satırdaki farklı harf veya harf kombinasyonları istatistiksel açıdan anlamlı farklılığı ifade eder (p<0.05)

Tablo 5'te hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. SBTÖ boyun eğici yaklaşım alt grubunun puan ortalaması çalışmaya katılanların yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). 40 yaş altı bireyler 40 yaş üstü bireylere göre daha düşük boyun eğici yaklaşım puan ortalamasına sahiptir. Diğer değişkenler tanı durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutları cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). SBTÖ boyun eğici yaklaşım alt grubunun puan ortalaması eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). İlkokul mezunları üniversite mezunlarından daha yüksek boyun eğici yaklaşım puan ortalamasına sahiptir. Diğer değişkenler tanı durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). SBTÖ iyimser yaklaşım alt grubunun puan ortalaması medeni durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Bekarlar evlilerden daha yüksek iyimser yaklaşım puan ortalamasına sahiptir. Diğer ölçümler tanı durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutları hastalık tanısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). SBTÖ boyun eğici yaklaşım alt grubunun puan ortalaması hastalığın klinik evresine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). SBTÖ iyimser yaklaşım alt boyutunun puan ortalaması tanı süresi gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Tanı aldığı süre 24 aydan daha uzun süre geçmiş olan bireyler 24 aydan daha önce tanı alan kişilerden daha düşük iyimser yaklaşım puan ortalamasına sahiptir. 0-6 ay, 6-12 ay, 12-24 ay önce tanı alan hastalar arasında ölçeğin alt boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p>0,05$).

Hastaların kanser ve tedavisine ilişkin eğitim alma durumuna göre SBTÖ alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımı Tablo-6' da verilmiştir.

Tablo 6. Hastaların kanser ve tedavisine ilişkin eğitim alma durumuna göre SBTÖ alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımı (n=150)

		Stresle başa çıkma tarzları ölçeği				
		İyimser Yaklaşım	Kendine Güvenli Yaklaşım	Çaresiz Yaklaşım	Boyun Eğici Yaklaşım	Sosyal Desteğe Başvurma Yaklaşımı
Kanser ve tedavisine yönelik eğitim alma durumu	Evet	9,58±2,29 3	13,22±3,9 66	10,96±4,3 16	9,54±3,586	8,18±2,172
	Hayır	8,87±2,72 7	12,5±3,99 9	11,11±4,3 2	10,85±2,63 8	7,87±2,315
	Test İst.	-1,410 ²	-0,971 ²	-0,208 ¹	-2,299²	-0,616 ²
	p	0,159	0,332	0,836	0,022*	0,538

*p<0,05; **p<0,01; ¹: t Testi (t); ²: Man Whitney U Testi (z); ³: Özet istatistikler *ortalama ± standart* değer olarak verilmiştir.

Tablo 6a'da hastaların kanser ve tedavisine ilişkin eğitim alma durumuna göre SBTÖ alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Boyun eğici yaklaşım puan ortalaması, kanser tedavisinde yaşanabilecek etkiler ile ilgili bir eğitim alıp almama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p<0,05). Hastalığı ile ilgili eğitim alanlar almayanlardan daha düşük boyun eğici yaklaşım puan ortalamasına sahiptir (Tablo 6a).

Hastaların kemoterapinin stres yaratan yan etkilerine göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımı Tablo-7 'de verilmiştir.

Tablo 7. Kemoterapinin stres yaratan yan etkilerine göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımı

Stresle başa çıkma tarzları ölçeği		İyimser Yaklaşım	Kendine Güvenli Yaklaşım	Çaresiz Yaklaşım	Boyun Eğici Yaklaşım	Sosyal Desteğe Başvurma Yaklaşımı
Bulantı-Kusma	Evet	9,7±2,229	13,27±3,826	11,33±4,218	9,74±3,438	7,74±2,326
	Hayır	9±2,639	12,69±4,114	10,74±4,386	10,25±3,232	8,35±2,099
	Test İst.	-1,613 ²	-0,830 ²	0,838 ¹	-0,862 ²	-1,712²
	P	0,107	0,407	0,403	0,389	0,047 *
Halsizlik-Yorgunluk	Evet	9,23±2,636	12,92±3,869	11,06±4,298	9,98±3,279	7,92±2,197
	Hayır	9,51±2,154	13,04±4,211	10,92±4,354	10,08±3,447	8,34±2,261
	Test İst.	-0,315 ²	-0,448 ²	0,186 ¹	-0,324 ²	-0,910 ²
	P	0,752	0,654	0,853	0,746	0,363
İshal-Kabızlık	Evet	9,47±2,595	12,89±4,023	11,36±3,796	10,23±2,736	8,19±2,112
	Hayır	9,26±2,425	12,99±3,979	10,85±4,525	9,91±3,573	8,01±2,277
	Test İst.	-0,749 ²	-0,080 ²	0,668 ¹	-0,059 ²	-0,242 ²
	P	0,454	0,937	0,505	0,953	0,809
İştahsızlık	Evet	9,36±2,144	13,21±3,85	11,36±4,68	9,54±3,453	8,05±2,219
	Hayır	9,31±2,66	12,81±4,067	10,81±4,075	10,3±3,236	8,07±2,235
	Test İst.	-0,193 ²	-0,317 ²	0,754 ¹	-1,324 ²	-0,147 ²
	P	0,847	0,751	0,452	0,185	0,883
Ağızda yaralar	Evet	9,35±2,656	13,04±4,517	10,83±4,539	9,43±3,355	8,13±2,341
	Hayır	9,32±2,449	12,94±3,894	11,05±4,278	10,12±3,325	8,06±2,209
	Test İst.	-0,758 ²	-0,171 ²	-0,226 ¹	-0,847 ²	-0,364 ²
	P	0,449	0,864	0,821	0,397	0,716
Saç dökülmesi	Evet	9±2,55	12,84±4,022	11,33±4,167	9,96±3,404	8,33±2,174
	Hayır	9,47±2,438	13,01±3,98	10,88±4,374	10,04±3,311	7,95±2,242
	Test İst.	-1,150 ²	-0,161 ²	0,595 ¹	-0,270 ²	-0,945 ²
	P	0,250	0,872	0,553	0,787	0,344
Ağrı	Evet	9,33±2,606	12,2±4,369	12,15±4,481	10,85±2,887	7,65±2,155

	Hayır	9,33±2,435	13,24±3,812	10,6±4,182	9,71±3,436	8,22±2,236
	Test İst.	-0,011 ²	-1,720 ²	1,969 ¹	-1,636 ²	-1,450 ²
	P	0,991	0,045 *	0,041 *	0,102	0,147
Enfeksiyon	Evet	9,56±3,286	12,69±4,799	11,13±4,225	9,44±3,224	7,94±2,205
	Hayır	9,3±2,372	12,99±3,89	11±4,329	10,08±3,345	8,08±2,231
	Test İst.	-0,374 ²	-0,107 ²	0,109 ¹	-0,891 ²	-0,348 ²
	p	0,708	0,914	0,913	0,373	0,728
Kanama bozuklukları	Evet	9,4±2,608	11,8±4,087	12,2±4,97	9,8±1,304	7,2±1,304
	Hayır	9,32±2,477	13±3,984	10,97±4,293	10,02±3,378	8,1±2,243
	Test İst.	-0,441 ²	-0,322 ²	0,626 ¹	-0,589 ²	-1,255 ²
	p	0,659	0,748	0,532	0,556	0,210
Cinsel sorunlar	Evet	7,20±2,49	10,6±4,93	11,6±6,58	11,6±5,03	8±10,225
	Hayır	9,4±2,448	13,04±3,939	10,99±4,237	9,96±3,266	8,07±2,25
	Test İst.	-1,925 ²	-1,372 ²	0,309 ¹	-1,174 ²	-0,333 ²
	p	0,044 *	0,170	0,758	0,241	0,739
Aktivitelerde zorlanma yapamama	Evet	9,82±2,236	13,18±3,555	10,56±4,35	9,91±2,789	7,97±2,355
	Hayır	9,18±2,528	12,9±4,108	11,15±4,3	10,04±3,48	8,09±2,191
	Test İst.	-1,124 ²	-0,360 ²	-0,699 ¹	-0,788 ²	-0,009 ²
	p	0,261	0,719	0,486	0,431	0,993

*p<0,05; **p<0,01; ¹: t Testi (t); ²: Man Whitney U Testi (z); ³: Özet istatistikler *ortalama ± standart* değer olarak verilmiştir.

Tablo 7’de hastalarda kemoterapinin yan etkilerinden stres yaratan bazı faktörler ile stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Hastaların kanser tedavisi sırasında/sonrasında kemoterapinin olası yan etkilerden hangilerini deneyimlemelerinin daha fazla stres yaşamalarına neden olduğu incelenmiştir. Bulantı/kusma yaşama durumu ile sosyal desteğe başvurma yaklaşımı alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$). Bulantı veya kusma sebebi ile stres yaşayanlar yaşamayanlardan daha düşük sosyal desteğe başvurma yaklaşımı puan ortalamasına sahiptir. Halsizlik/ yorgunluk, ishal/kabızlık, iştahsızlık, oral mukozit, alopesi, enfeksiyon, kanama bozuklukları ve aktivitelerde zorlanma/yapamama durumu ile stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarının puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0,05$). Bu semptomların stresle başa çıkma tarzları alt boyutlarının puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur. İyimser yaklaşım alt boyutu puan ortalaması, cinsel sorunlar yaşama durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Cinsel sorunlar sebebi ile stres yaşamayanlar, yaşayanlardan daha yüksek iyimser yaklaşım puan ortalamasına sahiptir. Ağrı yaşama durumu ile kendine güvenli yaklaşım ve çaresiz yaklaşım alt boyutları puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,05$). Ağrı sebebi ile stres yaşayanların kendine güvenli yaklaşım alt boyutu puan ortalaması daha düşük, çaresiz yaklaşım alt boyutu puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 8’de hastaların kemoterapinin yan etkilerine ilişkin duygu durumlarına göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir.

Tablo 8. Hastaların kemoterapinin yan etkilerine ilişkin duygu durumlarına göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımı

Stresle başa çıkma tarzları ölçeği	İyimser Yaklaşım	Kendine Güvenli Yaklaşım	Çaresiz Yaklaşım	Boyun Eğici Yaklaşım	Sosyal Desteğe Başvurma Yaklaşımı	
Kaygı	Evet	8,94±2,393	12,69±3,868	11,56±4,437	9,94±3,255	7,74±2,263
	Hayır	9,65±2,506	13,18±4,08	10,56±4,164	10,07±3,406	8,34±2,162
	Test İst.	-1,281 ²	-0,852 ²	1,418 ¹	-0,406 ²	-1,766 ²
	p	0,200	0,394	0,158	0,685	0,077
Öfke	Evet	9,52±2,37	12,55±3,933	12,17±3,596	10,03±3,076	7,97±2,179
	Hayır	9,28±2,504	13,06±4,001	10,74±4,425	10,01±3,397	8,09±2,24
	Test İst.	-0,582 ²	-0,590 ²	1,624 ¹	-0,333 ²	-0,250 ²
	p	0,560	0,555	0,107	0,739	0,802
Ümitsizlik	Evet	9,12±2,274	12,94±3,848	11,09±3,811	9,61±2,645	8,12±1,933
	Hayır	9,38±2,532	12,97±4,032	10,99±4,448	10,13±3,498	8,05±2,304
	Test İst.	-0,256 ²	-0,119 ²	0,117 ¹	-1,366 ²	-0,213 ²
	p	0,798	0,905	0,907	0,172	0,831
Belirsizlik	Evet	9,59±2,259	13±4,092	10,94±4,766	10,13±3,08	7,96±2,181
	Hayır	9,09±2,642	12,92±3,902	11,08±3,872	9,91±3,552	8,16±2,267
	Test İst.	-0,363 ²	-0,009 ²	-0,187 ¹	-0,044 ²	-0,217 ²
	p	0,716	0,992	0,852	0,965	0,828
Korku	Evet	9,48±2,227	12,96±3,98	11,71±3,489	10,21±3,472	8,02±2,493
	Hayır	9,24±2,601	12,96±4	10,64±4,653	9,91±3,262	8,09±2,076
	Test İst.	-0,694 ²	-0,251 ²	1,453 ¹	-0,923 ²	-0,026 ²
	p	0,488	0,802	0,148	0,356	0,979
Bunalma	Evet	9,32±2,262	12,86±4,361	10,71±4,026	9,39±3,304	8,21±2,183
	Hayır	9,33±2,527	12,98±3,906	11,08±4,378	10,16±3,33	8,03±2,238
	Test İst.	-0,125 ²	-0,049 ²	-0,407 ¹	-1,268 ²	-0,239 ²
	p	0,901	0,961	0,685	0,205	0,811

*p<0,05; **p<0,01; ¹: t Testi (*t*); ²: Man Whitney U Testi (*z*); ³: Özet istatistikler *ortalama* ± *standart* değer olarak verilmiştir.

Tablo 8’de hastaların kemoterapinin yan etkilerine ilişkin duygu durumlarına göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. Hastaların kemoterapi ile ilgili olarak yaşadığı duygular incelenmiştir. Bu inceleme sonucunda kaygı, öfke, ümitsizlik, belirsizlik, korku ve bunalma gibi duyguların hiçbirisi stresle başa çıkma tarzları ölçeği toplam puanı ve alt boyutlarını istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilememektedir ($p>0,05$).

Tablo 9’de Hastaların stresle başa çıkma davranışları ile SBTÖ alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 9. Hastaların stresle başa çıkma davranışları ile SBTÖ alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması

Stresle başa çıkma tarzları ölçeği		İyimser Yaklaşım	Kendine Güvenli Yaklaşım	Çaresiz Yaklaşım	Boyun Eğici Yaklaşım	Sosyal Desteğe Başvurma Yaklaşımı
Fiziksel sorunlarla baş edebilmede uygulanan davranışlar						
Profesyonel yardım alma	Hayır	9,22±2,94	12,83±4,34	11,4±4,36	9,17±2,41	8,17±2,76
	Evet	9,35±2,39	12,98±3,93	8,87±3,31	10,17±3,45	8,05±2,12
	Test İst.	-0,328 ²	-0,436 ²	-2,648¹	-1,783 ²	-0,694 ²
	p	0,743	0,663	0,009	0,075	0,488
Dikkati başka yöne çekme	Hayır	9,45±2,39	12,93±4,11	11,04±4,3	9,93±3,3	8,05±2,25
	Evet	8,83±2,77	13,07±3,48	10,9±4,38	10,37±3,48	8,13±2,15
	Test İst.	-0,890 ²	-0,201 ²	0,161 ¹	-0,593 ²	-0,050 ²
	p	0,374	0,840	0,873	0,553	0,960
Tamamlayıcı tıp/bitkisel ürünlere yönelme	Hayır	9,18±2,54	12,95±4,04	10,88±4,36	9,86±3,41	8,21±2,15
	Evet	10,37±1,64	13±3,64	11,95±3,91	11,05±2,57	7,05±2,5
	Test İst.	-2,031²	-0,057 ²	-1,012 ¹	-1,267 ²	-1,937 ²
	p	0,042	0,955	0,313	0,205	0,053
Hiçbir uygulama yapmama	Hayır	9,35±2,38	13,04±3,91	8,44±3,27	10,07±3,45	8,02±2,21
	Evet	9,13±3,26	12,25±4,61	11,32±4,32	9,5±2,07	8,44±2,39
	Test İst.	-0,037 ²	-0,172 ²	2,581¹	-1,197 ²	-0,720 ²
	p	0,970	0,864	0,011	0,231	0,471
Psikososyal sorunlarla baş edebilmede uygulanan davranışlar						
Duygu, düşünce ve sorunlarını paylaşma	Hayır (n=21)	9,1±2,32	13,52±2,96	10,38±5,05	9,52±3,63	7,33±2,48
	Evet (n=129)	9,36±2,5	12,87±4,12	11,12±4,18	10,09±3,28	8,19±2,16
	Test İst.	-0,938 ²	-0,164 ²	-0,725 ¹	-0,515 ²	-1,292 ²
	p	0,348	0,870	0,470	0,607	0,196
Profesyonel destek alma	Hayır (n=136)	9,34±2,4	12,86±3,92	10,93±4,3	10,1±3,28	8,11±2,23

	Evet (n=14)	9,21±3,17	13,93±4,57	11,79±4,41	9,21±3,81	7,64±2,13
	Test İst.	-0,098 ²	-0,827 ²	-0,704 ¹	-0,945 ²	-0,777 ²
	p	0,922	0,408	0,483	0,345	0,437
Dikkati başka yöne çekme	Hayır (n=75)	9,2±2,63	12,81±4,28	10,64±4,2	10,56±3,15	8,4±2,07
	Evet (n=75)	9,45±2,32	13,11±3,67	11,39±4,4	9,47±3,43	7,73±2,33
	Test İst.	-0,029 ²	-0,097 ²	-1,063 ¹	-2,097²	-1,859 ²
	p	0,977	0,923	0,290	0,036	0,063
Hastalık yokmuş gibi davranma	Hayır (n=108)	9,45±2,26	13,09±3,83	11,25±4,37	10,31±3,07	8,05±2,16
	Evet (n=42)	9±2,96	12,62±4,36	10,4±4,11	9,26±3,86	8,12±2,4
	Test İst.	-0,183 ²	-0,015 ²	1,081 ¹	-1,530 ²	-0,324 ²
	p	0,855	0,988	0,282	0,126	0,746

*p<0,05; **p<0,01; ¹: t Testi (t); ²: Man Whitney U Testi (z); ³: Özet istatistikler *ortalama ± standart* değer olarak verilmiştir.

Tablo 9’da hastaların stresle başa çıkma davranışları ile SBTÖ alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Hastaların stresle başa çıkma davranışları incelenmiştir. Bu inceleme sonucunda, fiziksel sorunlar ile baş etmede profesyonel yardım alanların çaresiz yaklaşım puan ortalaması (8,87±3,31), almayanların puan ortalamasından (11,4±4,36) daha düşüktür. Fiziksel sorunlar ile baş etmek için hiçbir uygulama yapmadığını söyleyenlerin çaresiz yaklaşım puan ortalaması (11,32±4,32) ise bu sorunlarla baş etmek için uygulama yapanlara (8,44±3,27) göre daha yüksek bulunmuştur. Psikososyal sorunlarla baş etmede dikkatini başka yöne çekme davranışını gösterenlerin boyun eğici yaklaşım puan ortalaması (9,47±3,43) bu yöntemi kullanmayanlara göre (10,56±3,15) daha düşük bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, Tıbbi Onkoloji kliniğinde kemoterapi tedavisi alan kanser hastalarında stres yaratan durumları ve stresle başa çıkma tarzlarının etkili olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılmış olan araştırmanın bulguları literatür ile karşılaştırarak tartışılmıştır.

Çalışmamızda çalışmaya katılan kanser hastalarının (n=150) yaş ortalaması $60,00 \pm 13,25$ (Min: 19, Max: 89) yıl olup % 62' si erkek ve % 38'i kadındır. Kanser görülme sıklığı ileri yaşla birlikte artış göstermekte olup, tüm kanser tiplerinde belirlenen olguların neredeyse yarısı 65 yaş üzerindedir (ACS, 2022; UICC, 2022, WHO, 2022). ABD'de kanser teşhisi konan hastaların %57'si 55 yaş üstündedir (ACS, 2022). Türkiye'de ise 75 yaş öncesi her dört kişiden birinin kanser teşhisi aldığı bildirilmektedir (GLOBOCAN, 2020). Türkiye Kanser İstatistiği'ne (2020) göre Türkiye'de erkeklerde kanser görülme oranı (yüz binde 291,5), kadınlarda kanser görülme oranından (yüz binde 188) yüksektir (GLOBOCAN, 2020). Bu doğrultuda, çalışmamızdaki kanser hastalarının yaş ortalamaları ve cinsiyete göre dağılımları literatür ile benzerlik göstermektedir. Kanser ileri yaşla birlikte artış göstermesinde; kansere neden olan risk faktörlerinin yaşla beraber artış göstermesi, kişi yaşlandıkça hücre onarım mekanizmalarının etkinliğinin azalması ve yıkım faaliyetlerinin fazlalaşması etkili olmuş olabilir.

Çalışmamızda kolorektal kanserler %27 oranla ilk sıradadır ve bunu mide kanseri (%14) ve akciğer kanseri (%13) takip etmektedir. Dünyada en çok görülen kanser türlerine baktığımızda sırasıyla meme kanseri, akciğer kanseri ve kolorektal kanserler ilk üç sırada yer almaktadır. Ülkemizde ise bu sıralama akciğer kanseri, meme kanseri ve kolorektal kanserler şeklindedir (GLOBOCAN, 2020). En çok görülen kanserlerin sıralamasında çalışmamız literatür ile paralellik göstermemektedir. Bu farkın oluşmasında, bölgede yaygın görülen obezite, tütün ürünlerinin kullanımı, fiziksel aktivite yokluğu/azlığı, işlenmiş etlerin fazla tüketilmesi gibi faktörler etkili olmuş olabilir.

Bu çalışmada, hastalarda görülen kanserin evrelerine bakıldığında üçüncü ve dördüncü evre kanserlerin (%15 ve %61) yoğunlukta olması dikkat çekicidir. Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamasının 60 ve üzerinde olması, yaşa bağlı kronik hastalıklardan kaynaklanan semptomlar nedeni ile kanser belirtilerinin geç fark edilmesi ya da belirtiler hakkında bilinçli olmama, belirtilerin göz ardı edilmesi, kırsal alanda sunulan sağlık hizmetlerinin sınırlı olması, kanser taramaları ile ilgili yetersiz bilgi sahibi olma nedeni ile kanserin ilerledikten sonra fark edilmesi üçüncü ve dördüncü evre kanserlerin

çoğunlukta olmasına yol açmış olabilir. Ayrıca birinci ve ikinci evre kanser hastaları ayaktan kemoterapi alıyor olabilir. Tanının geç konulması ve tedaviye geç başlanabilmesi, sağ kalım oranlarını düşürebilir, hastaların tedaviye yanıtını azaltabilir, tedaviden istediği sonucu alamayan hastada moral/motivasyon kayıpları gözlemlenebilir. Bu durum hastanın tedaviye katılımını ve devamını olumsuz etkileyebilir.

Çalışmamızda Tıbbi Onkoloji bölümünde yatarak kemoterapi tedavisi gören hastaların en sık yaşadıkları semptomlar sırasıyla halsizlik/yorgunluk (%22), bulantı/kusma (%16), iştahsızlık (%13) olarak belirlenmiştir. Pakyüz ve arkadaşlarının (2019), sitotoksik kemoterapi alan hastalarda (n=116) stres belirtileri ve düzeyi ile baş etme yöntemleri arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada stres yaratan durumlar sırasıyla yorgunluk (%51,7), uyku bozuklukları (%43,1), sabahları erken uyanma (%35,3), sinirlilik ve kızgınlık duyguları (%25,9), sıkıntı veren düşünceler (%24,1) olarak bildirilmiştir (Çınar Pakyüz vd., 2019). Kemoterapi sonrası iştah kaybı oranlarını inceleyen bir çalışmada bu oranın %30 ile %55 arasında olduğu bildirilmektedir (Hesketh vd., 2017; Yalçın, & Karaca, 2019). Browall ve arkadaşlarının (2017) kemoterapi alan meme kanserli kadın hastalarla yürüttüğü bir çalışmada kadınların en sık halsizlik, ağrı, kendilerini mutsuz ve endişeli hissetme, uyumada zorlanma gibi semptomları yaşadıklarını bildirmişlerdir (Browall vd., 2017). Stark ve arkadaşlarının (2012) yaş ortalamaları 54.2 olan 298 kemoterapi alan kanser hastası ile yaptığı çalışmada en sık görülen 30 semptom belirlenmiş ve bunlardan ağrı (n=298, %100), yorgunluk/enerji azlığı (n=272, %91.3) ve uykulu hissetme (n=199, %66.8) en çok gözlemlenen semptomlar olarak bildirilmiştir (Stark vd., 2012). Uysal ve Kutlutürkan (2016), kemoterapiye bağlı en sık görülen semptomlar arasında yorgunluk, bulantı/kusma, el ve ayaklarda uyuşma olduğunu bildirmişlerdir (Uysal, & Kutlutürkan, 2016). Kemoterapiye bağlı bulantı/kusma semptomunun sıklığını inceleyen bir çalışmada, üç farklı ülkedeki oranların %34 ile %50 arasında değiştiği bildirilmiştir (Turini vd., 2015). Chou ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada en sık yaşanan üç semptomun halsizlik, saç dökülmesi, ağız kuruluğu olduğu belirtilmiştir (Chou vd., 2007). İleri evre over kanseri olan 117 hasta ile yapılan bir çalışmada, hastaların kemoterapinin yan etkilerinden en fazla yorgunluk yaşadığı belirtilmiştir (Yalçın, & Karaca, 2019).

Literatürde kanser türleri farklı olsa dahi kanser hastalarının en fazla yorgunluk/halsizlik semptomunu yaşadığı görülmektedir. Bu durum çalışma bulgularımız ile paralellik göstermektedir. Kanser ve tedavisi ile birlikte hastanın yaşamına giren yorgunluk, günlük

yaşam aktiviteleri ve meslek yaşamı gibi geniş bir alandaki etkinlikleri sınırlayarak hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir. Sürekli yorgunluk yaşayan hastada motivasyon kaybı, fiziksel ve psikososyal alanda tükenmişlik hali görülebilir. Hasta, hastalık öncesi alışık olduğu yaşam tarzını sürdüremeyince kemoterapi tedavisinin yarattığı bu yorgunluk halinden kurtulabilmek için tedaviye ara verebilir ya da tamamen bırakabilir. Bu durum hastalığın prognozunu olumsuz etkileyebilir. Yorgunluğun farmakolojik yöntemlerle yönetilememesi, yönetiminin kompleks olması nedeniyle bireylerde stres yarattığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda kanser tanısı ve kemoterapi tedavisi sırasında onkoloji hastalarında görülen ve en çok stres oluşturan duygusal sorunlar belirsizlik (%47), kaygı (%45), korku (%35), ümitsizlik (%22), öfke ve bunalma hali (%19)'dir. Gemalmaz ve Avşar (2015), hematoloji kliniğinde yatan ve kanser tanısı almış 11 hasta ile yaptıkları niteliksel çalışmada, araştırmaya katılan hastaların tanı aşamasında şok, öfke, üzüntü, korku ve endişe gibi duygular yaşadıklarını, geleceğe yönelik yaşadıkları belirsizlik nedeni ile hayal kuramadıklarını hatta bekar ve genç hastaların süregelen ilişkilerini sonlandırma kararı aldıkları, evli ve çocuklu hastaların ise gelecekte olacaklar konusunda (kendilerine/çocuklarına/ailelerine) kaygı yaşadıklarını belirtmişlerdir (Gemalmaz, & Avşar, 2015). Uchida ve arkadaşlarının (2011), ileri evre ya da tekrarlayan meme kanseri olan 87 hasta ile Japonya'da yaptıkları çalışmada, hastaların en çok kanserin yayılmasından korktuğunu (%78,8) ve tedavi/ sonuçlarının kendi kontrolleri altında olmaması nedeni ile kaygı yaşadıklarını (%71,8) belirtmişlerdir (Uchida vd., 2011). Giwa ve arkadaşları (2004), 24 Afrikalı, 34 Asyalı, 26 Latin ve 18 Kafkasyalı meme kanseri hastası ile yaptıkları niteliksel çalışmada, etnik kökenler ve tedavi yöntemleri farklı olsa da hastaların genel sağlık durumları, nüks, metastaz, aileye yük olma gibi nedenler ile kaygı yaşadığını belirtmişlerdir (Ashing-Giwa vd., 2004).

Literatürde görüldüğü gibi hastaların klinik evresi, tedavi yöntemi, cinsiyeti hatta etnik kökeni farklı olsa dahi en sık görülen ve hastalarda stres oluşumuna neden olan duygusal sorunlar belirsizlik, kaygı ve korkudur. Bu yönüyle çalışmamız literatür ile benzerlik taşımaktadır. Hastalarda stres oluşturan duygusal sorunların yaşanmasına; hastalığın adının ölüm ile birlikte anılması, hastalığın uzun süre tedavi ve hospitalizasyon süreci gerektirmesi, çalışmada son evre kanser hastalarının fazla olması nedeni ile ölüm ve sonrası ile ilgili düşüncelerin yoğunlukta olması ve bu soyut kavramların belirsizlik içermesi, bilinmeyen hastalarda korku ve kaygıyı artırması, hastaların hastalıkları ve

kemoterapi süreci ile ilgili eğitim almaması kaynaklı yaşanan bilgi eksikliği neden olabilir. Kanserin doğası gereği tekrar etme, metastaz riskinin olması, yüzde yüz tedavi edilememesi, birden fazla tedavi yönteminin aynı anda uygulanabilmesi, tedavilere uzun süreli devam edilmesi ve tedavilere yönelik bulantı-kusma gibi yan etkilerin meydana gelmesi nedeniyle hastalarda belirsizlik, kaygı ve korkunun stresör faktör olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda Tıbbi Onkoloji servisinde yatarak kemoterapi alan kanser hastalarının (n=150) deneyimlediği ve en çok stres oluşturan psikososyal sorunlar; hastalığın uzun süre tedavi gerektirmesi (%12), bilinmezlik duygusu (%11), aklımdan geçenleri soramama/duyguları yeterince ifade edememe (%10)'dir. Rainbird ve arkadaşları (2009), Avustralya ve Yeni Galler'deki son dönem kansere sahip 246 hasta ile yaptığı çalışmada, karşılanmamış bakım gereksinimlerinden hastalarda en fazla stres oluşturan faktörün tıbbi bilgi ve iletişimde yetersizlik olduğunu belirtmişlerdir (Rainbird vd., 2009). Bu iki faktör hastanın kendisini ifade etmesini, kendine gereken bilgiyi alamama nedeni ile bilinmezlik duygusunu yaşamasını tetikleyebilir. Gorman (2018), kanser türü ne olursa olsun tüm kanser hastalarının gelecekle ilgili pek çok belirsizlik ve bilinmezlik ile karşı karşıya kaldığını, ölüm ile karşı karşıya kalmanın en büyük bilinmezlik duygusu yaratan sorun olduğunu belirtmektedir (Gorman, 2018). Literatürde hastaların kansere yakalandıktan sonra var oluşsal kriz yaşadıkları ve “öldükten sonra bedenime ve yakınlarıma ne olacak?” “Hastalığım Tanrı'nın bir cezası mı?” “Planlarımı gerçekleştirebilecek miyim?” “Ne kadar zamanım var?” gibi soruları nedeni ile belirsizlik yaşadıkları ve bu durumun hastaların stresini artırdığı belirtilmektedir (Büssing, & Koenig, 2010; Güleç & Büyükkınacı, 2011; Daştan, & Buzlu, 2010). Yapılan çalışmalarda psikososyal sorunların görülme oranları farklı olsa dahi kanserin uzun süreli tedavi gerektiren, belirsizlik yaşatan, yaşamın her alanını etkileyen bir hastalık olarak bireylerde stres oluşturmalarının ortak problem olduğu görülmektedir. Çalışmamız bu bağlamda literatür ile benzeşmektedir.

Çalışmamızda hastaların kemoterapinin fiziksel yan etkileri ile baş etmek için en çok kullandıkları yöntemler; reçete edilen ilacı alması (%42), sağlık kuruluşuna başvurması (%34) ve dikkatini başka yöne çekmeye çalışması (%11) olarak bulunmuştur. Kanserli hastaların acil servise başvuru oranları ve nedenlerinin araştırıldığı bir çalışmada, kanserli hastaların çoğunlukla hastalık ve tedavinin semptomları (en çok ağrı, solunum sıkıntısı ve gastrointestinal sorunlar) nedeni ile acil servislere başvurarak profesyonel yardım

arayışına girdiği, acil servise başvuran hastaların %63,2 sinin başvurusunun hastaneye yatışla sonuçlandığı belirtilmiştir (Mayer vd., 2008). Liang ve arkadaşlarının (2020) yaptıkları çalışmada ise kanserli hastaların yoğun bakım ihtiyacının diğer hasta gruplarına göre daha fazla olduğu bildirilmiştir (Liang vd., 2020). Araştırma sonuçlarının bu şekilde çıkmasında, sağlık personellerinin en çok üstünde durduğu davranış şeklinin beklenmeyen bir durum olduğunda sağlık kuruluşuna başvurmak ve reçete edilen ilaçları düzenli ve zamanında kullanmak önerisi olabilir. Bilinç altına yerleşen bu öğreti kanser hastalarında da etkili olmuş olabilir. Ayrıca toplumda ölümlerle anılan bir hastalıkla karşılaşan bireyler, kendilerinin mücadelede yetemeyeceğini, bilgi eksikliklerini kabul edip kendilerini daha güvende hissedecekleri sağlık kuruluşlarına yönelmiş olabilirler. Dikkati başka yöne çekme ise baş etme yöntemlerinden bir diğeridir. Literatürde bu konuda yapılmış çalışmalar hastalık ve kemoterapinin getirdiği etkiler ile mücadelede dikkati başka yöne çekmenin etkinliğini belirtmişlerdir. İran'da meme veya prostat kanserli yaşlılarda progresif kas gevşemesi, rehberli imgeleme ve derin diyafram nefesinin yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin incelendiği, 50 katılımcının yer aldığı randomize kontrollü bir çalışmada, bir grup hastaya derin nefes egzersizi, kas gevşeme hareketleri yaptırılmış ve rahatlatıcı manzara resimleri gösterilmiştir. Bu etkinlikler araştırmacının gözetimi altında 6 hafta devam ettikten sonra hastaların yaşam kalitesi değerlendirilmiş ve semptomlar nedeni ile düşen yaşam kalitelerinde, çalışma grubundaki hastalarda belirgin bir artış görüldüğü bildirilmiştir (Shahriari vd., 2017). Alacacioğlu ve arkadaşları (2007)'nin destekleyici yöntemlerin yararını araştırdıkları çalışmalarında, hastaların kemoterapi öncesi ve sonrası anksiyete düzeyleri ölçülmüş ve araştırmayı kabul eden hastaların kemoterapi alırken film izlemesi sağlanmıştır. Kadın hastalardaki anksiyete düzeyi kemoterapi sonrasında, öncesine göre anlamlı bir düşüş gözlemlendiği bildirilmiştir (Alacacioğlu vd., 2007). Bozcuk ve arkadaşları (2006)'nin yaptığı çalışmada ise kemoterapi alımı sırasında müzik dinlemenin semptomlar ve yaşam kalitesi üstünde etkisi araştırılmış ve 45 yaş üstü hastaların yaşadığı bazı semptomlarda (iştahsızlık, uykusuzluk) belirgin bir düzelme görüldüğü bildirilmiştir (Bozcuk vd., 2006). Abel (2002), sorunlar karşısında mizah duygusunu kullanan bireylerin, düşük mizah duygusuna sahip bireylere oranla stresle daha etkili baş edebildiğini ve stres seviyelerinin buna paralel olarak daha düşük olduğunu belirtmiştir (Abel, 2002).

Çalışmamızda araştırmaya katılan hastaların psikososyal sorunlarla baş etmek için sırasıyla en çok manevi uygulamalara (adak adama, namaz kılma, dua etme, türbe

ziyareti, şifa bulacağına inandığı kutsal su içme vb.) yöneldiği (%28) ve duygu, düşünce ve sorunlarını yakın çevresi ile paylaştığı (%24) bulunmuştur. Hastaların daha çok manevi uygulamalara yönelmesinde; tedaviden istediği sürede beklediği cevabı alamayan hastaların her şeyin üstünde bir güçten yardım arayışına girmesi, kültürün etkisi ile hastalık vb. zorlu şartlarda ibadetlerde artış gözlemlenmesi, hastaların kendilerini tüm çıplaklığı ile bilen, isteklerini kelimelere dökemese bile onu anlayacağına inandığı, iyileşmesi ve rehber olması için Tanrı'yı kaynak olarak görmesi, dua ederek sakinleşme isteği, sınırsız gücü olan Tanrı'yı memnun ettiğinde sağlığını geri alma inancına sarılmış olması etkili olabilir. Duygu, düşünce ve sorunlarını yakın çevre ile paylaşarak stresle mücadele edilmesinde ise; hastanın, yaşamının çoğunu beraber geçirdiği kişilerin onun için en iyi tercihleri yapacağına ve hastayı en iyi yakın çevresinin anlayacağına inanmış olması, profesyonel sağlık ekibinden aldığı duygusal desteğin yeterli olmayışı etkili olabilir. Maneviyat ile ilgili yapılan bir çalışma, meme kanseri hastalarının %76'sının tanı aşamasında yaşadıkları sıkıntılarla baş etmek için dua etme yöntemini kullandıklarını, %85'inin kanser hastalığı ile baş etmelerinde inançlarının etkili olduğunu, maneviyyatın kullanılmasının kanser hastalarının ruh sağlığında pozitif etkili olduğunu bildirmiştir (Daştan, & Buzlu, 2010) Konu ile ilgili yapılan başka bir çalışma ise kanser hastalarının %93'ünün umutlarını sürdürmek için manevi uygulamaları kullandığını belirtmiştir (Bag, 2013).

Çalışmamızda hastaların stres oluşturan faktörlerle baş etmek için uyguladıkları yöntemi öğrendikleri kişi/kişiler ve kaynak durumuna bakıldığında ise; hastaların bilgi kaynağı olarak en sık hekime başvurduğu (%34), bunu eğitim ve servis hemşirelerinin (%23) takip ettiği ve bazı hastaların ise bilgi kaynağı olarak internetten yararlandığı görülmüştür. Bilgi kaynağı olarak interneti tercih eden hastaların %41'i kanserle ilgili resmi sitelerden, %28'i sosyal ağ ve forumlardan, %17'si onkoloji derneklerinin sitelerinden yararlanmıştır. Bektaş ve Akdemir (2006)'in yaptığı çalışmada, hastaların %39'unun hekimden, %39'unun hem hekim hem hemşirelerden bilgi aldığı belirtilmiştir (Bektaş, & Akdemir, 2006). Çalışmamızda, hastaların bilgi kaynağı olarak hekimleri tercih etmesinin sebebi; toplumumuzda sağlık alanında hala yaygın olarak görülen doktorların otorite kabul edilmesi fikri hastalar tarafından da benimsenmiş olabilir, hemşirelerin iş yükü ve hemşire başına düşen hasta sayısı fazla olduğundan hasta eğitimi için ayrabildikleri zaman sınırlı olmuş olabilir ve bunun yeterli gelmediğini hisseden hastalar bilgi alabilmek için doktorlara yönelmiş olabilir. Bilgi kaynağı olarak eğitim ve

servis hemşirelerini tercih etme sebebi ise; hekimlere her zaman ulaşım sağlayamayan hastaların, kendileri ile sürekli birlikte olan, tedavisini uygulayan, daha fazla duygusal yakınlık hissettiği ve onun aracılığı ile bilgiye ulaşma imkanına sahip hemşirelere yönelmeleri olabilir. Bilgi kaynağı olarak interneti tercih eden hastalar ise; sağlık profesyonellerinden anlayacağı dilde bilgi edinememiş olabilir, kendisi ile aynı süreçleri yaşayan daha fazla insana ulaşma kapısı olarak interneti görebilir, internet sürekli elinin altındaki kaynak olarak görülebilir. Hastalar, bilgi kaynağı olarak interneti tercih etmeleri sonucu bilgi kirliliğine maruz kalabilirler, internet aracılığı ile öğrenip uyguladığı yöntemi sağlık çalışanlarına belirtmediklerinde uygulanan yöntem tedavinin etkisini azaltabilir ya da yok edebilir. İnternet aracılığı ile öğrenilen yöntemi uygulayan hasta sonuçsuz kaldığında morla motivasyon kaybına uğrayabilir.

Çalışmamızda SBTÖ İyimser Yaklaşım alt boyutu puan ortalaması $9,33\pm 2,47$, Kendine Güvenli Yaklaşım alt boyutu puan ortalaması $12,96\pm 3,98$, Çaresiz Yaklaşım alt boyutu puan ortalaması $11,01\pm 4,30$, Boyun Eğici Yaklaşım alt boyutu puan ortalaması $10,01\pm 3,32$, Sosyal Desteğe Başvurma Yaklaşımı alt boyutu puan ortalaması $8,07\pm 2,22$ olarak bulunmuştur. Çalışmamızda stresle başa çıkma tarzları ölçeğinin alt boyutlarından en yüksek puan ortalamasının kendine güvenli yaklaşım ($12,96\pm 3,98$) olduğu görülmüştür. Khorshid ve İsmailoğlu'nun (2016) çalışmasında SBTÖ alt boyutlarından en yüksek puan ortalaması iyimser yaklaşım ($1,81\pm 0,63$) olarak bulunduğu bildirilmiştir (Khorshid, & Günay İsmailoğlu, 2016). List ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında ise en yaygın kullanılan yöntemin sosyal desteğe başvurma olduğu bildirilmiştir (List vd., 2002). Mukwato ve arkadaşlarının (2010) meme kanseri hastaları ile ilgili 22 çalışmayı incelemeleri sonucu oluşturdukları derlemede, meme kanseri kadınların en çok sosyal destek arama yaklaşımını kullandığı bildirilmiştir (Mukwato vd., 2010). Pakyüz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2019) hastaların en çok iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımını kullandığı bildirilmiştir (Pakyüz vd., 2019). Yılmaz ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada, hastaların en yüksek puan ortalamasını aldığı alt grup kendine güvenli yaklaşım olarak bulunmuştur. Benzer şekilde Avcı ve Doğan'ın çalışmasında da SBTÖ alt gruplarından en yüksek puan ortalaması kendine güvenli yaklaşım olarak bildirilmiştir (Avcı, & Doğan, 2014; Yılmaz vd., 2015). Bu bağlamda çalışmamız, Khorshid ve İsmailoğlu (2016), Mukwato ve arkadaşları (2010), List ve arkadaşlarının (2002), Pakyüz ve arkadaşlarının (2019) çalışmaları ile paralellik göstermezken, Yılmaz ve arkadaşları (2015) ve Avcı ve Doğan'ın (2014) çalışmaları ile

benzeşmektedir. Çalışmamızda kendine güvenli yaklaşımın daha çok kullanılması, çalışmaya katılan hastaların stresle etkin mücadele edebildiğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerine göre (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, hastalık tanısı ve evresi vb.) stresle başa çıkma tarzları arasındaki farklılıklar incelenmiş, boyun eğici yaklaşımda yaş ve eğitim durumuna göre, iyimser yaklaşımda medeni durum ve tanı süresine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanırken, ölçeğin diğer alt boyutlarında anlamlı bir fark görülmemiştir. Çalışmamızda 40 yaş altı bireylerin, 40 yaş üstü bireylere göre daha düşük boyun eğici yaklaşım puan ortalamasına sahip olduğu, ilköğretim mezunları üniversite mezunlarından daha yüksek boyun eğici yaklaşım puan ortalamasına sahip olduğu bulunmuştur. Ayrıca bekar hastaların evli hastalardan, 24 aydan daha kısa süreli tanı almış hastalar 24 aydan daha uzun süredir tanı almış olan hastalardan daha yüksek iyimser yaklaşım puan ortalamasına sahip olduğu bulunmuştur. Yılmaz ve arkadaşları (2015) yaptıkları çalışmada, bireylerin yaşı ilerledikçe etkili başa çıkma mekanizmalarını daha az kullandıkları buna karşın etkisiz başa çıkma mekanizmalarına daha fazla yöneldikleri, eğitim seviyesi düştükçe etkisiz başa çıkma mekanizmalarından daha fazla yararlandığı, tanının konmasının üstünden geçen süre ne kadar fazlaysa hastaların etkisiz başa çıkma mekanizmalarına yönelmelerinin o kadar fazla olduğu bildirmiştir (Yılmaz vd., 2015). Khorshid ve İsmailoğlu' nun (2016) yaptığı çalışmada, erkek hastaların stresle başa çıkmada kendine güvenli yaklaşımı daha fazla kullandığı, ilköğretim mezunları boyun eğici yaklaşımı daha fazla kullanırken, üniversite mezunlarının iyimser ve kendine güvenli yaklaşımı daha az kullandığı belirtilmiştir (Khorshid, & Günay İsmailoğlu, 2016). List ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmada ise kadın hastaların stresle başa çıkmada sosyal destek aramayı, eğitim düzeyi diğer hastalara göre daha düşük olan hastaların ise uzaklaşma stratejisini daha fazla kullandığı bildirilmiştir (List vd., 2002). Uzaklaşma stratejisi gibi boyun eğici yaklaşım da stresle mücadelede etkin olmayan başa çıkma yöntemleridir. Çalışmamıza katılan 40 yaş altı bireylerin 40 yaş üstü bireylere göre stresle daha etkin başa çıkabilmesinde, eğitim düzeylerinin daha yüksek olması, bilgi kaynaklarına erişimlerinin daha kolay olması, yaşa bağlı olarak bedenlerinin tedaviye vereceği yanıtta daha fazla güvenmeleri, gelecek yaşamlarına yönelik daha fazla beklenti ve plana sahip olmaları, sorumlu oldukları bireylerin sayısının daha fazla olması etkili olmuş olabilir. 40 yaş üstü bireylerin boyun eğici yaklaşım puan ortalamalarının yüksek olmasında ise hayattan beklentilerinin ve mücadele gücünün azalması, başa gelen çekilir

şeklindeki bakış açısının benimsenmesi etkili olmuş olabilir. İlköğretim mezunlarının üniversite mezunlarından daha yüksek boyun eğici yaklaşım puan ortalamasına sahip olması ise ilköğretim mezunlarının stresle etkin mücadele edemediğini göstermektedir. Bu durumun oluşmasında, ilköğretim mezunlarının sağlık imkanlarına ve bilgi kaynaklarına ulaşımının sınırlı olması, hastalığı kabullenme eğilimlerinin daha fazla olması, hastalığa yönelik toplumsal bakış açısını daha fazla benimsemeleri etkili olmuş olabilir. Çalışmamıza katılan bekar hastaların iyimser yaklaşım puan ortalamasının yüksek olmasında, sorumlu olduğu eş, çocuk vb. sorumluluklarının olmaması, hastalığı nedeni ile annelik, eş vb. rol kayıplarının olmaması ve tedavi sürecince kendi sağlık durumlarına daha fazla odaklanabilmeleri etkili olmuş olabilir. 24 aydan daha önce tanı alan hastaların iyimser yaklaşım puan ortalamalarının 24 aydan sonra tanı alanlara göre yüksek olmasında ise, tedavi ve hospitalizasyon sürecine daha az maruz kalmaları, iş ve sosyal yaşamından hastalığı nedeni ile uzaklaşma sürecinin daha kısa olması etkili olmuş olabilir.

Çalışmamızda hastalığı ve tedavi ile ilgili eğitim alanların boyun eğici yaklaşım puan ortalaması eğitim almayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Bu durumun oluşmasında, hastaların eğitim esnasında tedavi süresince yaşayabilecekleri durumlar ve tedavinin yan etkileri hakkında hazırlanmaları, başvurabilecekleri yerler konusunda bilinçlenmeleri etkili olmuş olabilir. Joseph (2006) yaptığı çalışmada, tedavi öncesi yeterli düzeyde bilgi alamayan kanser hastalarında stres düzeyinin, eğitim alan hastalara göre daha fazla olduğunu belirtmiştir. Eğitim alma durumu, hastaların stresle etkin mücadele etmesinde rol oynamış olabilir (Joseph vd., 2006).

Çalışmamızda fiziksel sorunlar ile baş etmede profesyonel yardım alanların çaresiz yaklaşım puan ortalaması ($8,87 \pm 3,31$), almayanların puan ortalamasından ($11,4 \pm 4,36$) daha düşük bulunmuştur. Fiziksel sorunlar ile mücadelede profesyonel yardım almayanların kendilerini daha çaresiz hissetmelerinde bilgi eksikliği nedeni ile karşılaştıkları sorunlarda ne yapacaklarını bilememeleri, yaptıkları yanlış uygulamalar sonucu hastalık prognozunun olumsuz etkilenmesi etkili olmuş olabilir. Fiziksel sorunlar ile baş etmek için hiçbir uygulama yapmadığını söyleyenlerin çaresiz yaklaşım puan ortalaması ($11,32 \pm 4,32$) ise bu sorunlarla baş etmek için uygulama yapanlara ($8,44 \pm 3,27$) göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun oluşmasında ise uygulama yapan hastaların yaptıkları uygulamadan olumlu sonuç alması, yaşadıkları fiziksel semptomlara maruziyet konusunda mecbur olmadıklarını görmeleri, uygulama yapmayan hastaların ise kaderci

kabullenışı benimsemeleri sonucu fiziksel semptomları hastalığın ve tedavinin zorunlu sonucu olarak görüp buna çare olmadığını düşünmesi neden olmuş olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışmada kemoterapi alan kanser hastalarında stres yaratan durumlar ve hastaların stresle baş etme yöntemleri incelenmiştir.

- Kemoterapi sırasında/sonrasında semptomlar nedeni ile stres yaşayan, yaş ortalaması 60 olan ve katılımcıların çoğunu erkek hastaların oluşturduğu çalışmamızda en fazla kolorektal kanser hastalarının varlığı tespit edilmiştir.
- Çalışmaya katılan hastaların çoğu dördüncü evrede, kemoterapi ile ilgili eğitim almış olup hastalıkla ve kemoterapi ile ilgili bilgi düzeylerini genelde kısmen yeterli şekilde değerlendirmişlerdir.
- Kemoterapi alan kanser hastalarının en fazla yaşadıkları ve onlarda en çok stres oluşturan fiziksel semptomların halsizlik/yorgunluk, bulantı/kusma ve iştahsızlık olduğu belirlenmiştir. Hastalarda stres oluşturan psikososyal sorunlarda ise hastalığın uzun süre tedavi gerektirmesi, bilinmezlik duygusu ve aklımdan geçmeleri soramama/duygularını yeterince ifade edememe olduğu belirlenmiştir.
- Çalışmaya katılan hastaların tanı ve tedavi aşamalarında en çok kaygı, korku ve ümitsizlik gibi duyguları yaşadığı bulunmuştur.
- Hastaların stres yaratan durumlarla baş edebilmek için en fazla reçete edilen ilacı aldıkları ve manevi uygulamalarda buldukları belirlenmiştir.
- Hastaların çoğunun bilgi kaynağı olarak doktorları, hemşireleri ve interneti tercih ettiği belirlenmiş ve buralardan öğrenilen yöntemlerin hastaların sorunlarının çözümünde kısmen etkili olduğu bulunmuştur.
- Hastalar SBTÖ alt boyutlarından en çok kendine güvenli yaklaşımı kullanmışlardır.
- 40 yaş altı bireylerin boyun eğici yaklaşım alt boyutu puan ortalaması diğer yaş gruplarına göre anlamlı derecede farklılık göstermiştir. Aynı şekilde üniversite mezunu olanların boyun eğici yaklaşım alt boyutu puan ortalaması diğer eğitim durumlarına göre anlamlı derecede farklılık göstermiştir.
- Kanser tedavisi ile ilgili eğitim alan hastaların boyun eğici yaklaşım puan ortalaması ise eğitim almayanlara göre daha düşük bulunmuştur.
- Hastaların bulantı/kusma yaşama durumu ile sosyal desteğe başvurma yaklaşım puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmiştir.

Bulantı veya kusma sebebi ile stres yaşayanlar yaşamayanlardan daha düşük sosyal desteğe başvurma yaklaşımı puan ortalamasına sahiptir.

- Fiziksel sorunlar ile baş etmede profesyonel yardım alanların çaresiz yaklaşım puan ortalaması, almayanların puan ortalamasından daha düşüktür. Fiziksel sorunlar ile baş etmek için hiçbir uygulama yapmadığını söyleyenlerin çaresiz yaklaşım puan ortalaması ise bu sorunlarla baş etmek için uygulama yapanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

6.2. Öneriler

6.2.1. Klinik Hemşirelere Yönelik Öneriler

- Hastalara, kemoterapi tedavisine başlanmadan önce, tedavinin etkileri, yan etkileri, alınan kemoterapiye göre dikkat etmeleri gereken noktalar, beklenmeyen bir durum gözlemlendiğinde yardım alacakları kaynakları içeren eğitim programının hastaya ve ailesine verilmesi ve belli periodlarla bu eğitimlerin tekrar edilmesi,
- Eğitim içeriğinin hasta bireyin gereksinimleri gözetilerek planlanması ve verilen eğitim sonunda hastanın endişelerini, sorularını, kendini ifade edebileceği ortam oluşturulup her hastaya yeterli zaman tanınması,
- Hastaların stres seviyelerinin uygun ölçekler kullanılarak düzenli aralıklarla kontrol edilmesi,
- Onkoloji servislerinde yatan hastaların bakım planları belirlenirken hastalarda stres oluşturan durumların ortadan kaldırılabilmesi için uygulamalar planlanması,
- Hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, tedavi süreçlerine zarar veren etmenler belirlenirken hastaların bunlar ile mücadele yönteminin de belirlenip etkisiz baş etme yöntemlerinin etkili baş etme yöntemleri ile değişimine yönelik planlar oluşturulması,
- Onkoloji servislerinde yatarak tedavi gören hastaların holistik yaklaşım doğrultusunda fiziksel, psikososyal ve spiritüel alanlarının ele alınması, psikososyal ve psikoeğitimsel açıdan desteklenmesi, sosyal destek ve stresle baş etme düzeylerinin belirlenmesi ve güçlendirilmesi,

6.2.2. Akademisyenlere Yönelik Öneriler

- Hastalarda stres yaratan durumlar ve hastaların bu durumlara yönelik uyguladığı etkili/etkisiz başa çıkma yöntemlerinin belirlenip, olumsuz baş etme yöntemlerinin azaltılabilmesi için benzer çalışmaların ayaktan kemoterapi alan hastalarla da yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abel, M. H. (2002). *Humor, stress, and coping strategies*. *Humor*, 15 (4), 365-381.
- Açıkgoz, A., Çımrın, D., & Ergör, G. (2018). *Meme, prostat, kolorektal ve akciğer kanserlerinde çevresel risk faktörleri ve risk düzeylerinin belirlenmesi: olgu-kontrol çalışması*. *Çukurova Medical Journal*, 43 (2), 411-421.
- Afşar, F. & Pınar, R. (2003). *Kanser hastalarında ağrı ve ağrı ile baş etme yöntemlerinin değerlendirilmesi*. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6 (3), 19-28.
- Akçay, D., & Gözüm, S. (2012). *Kemoterapi alan meme kanserli hastalarda, kemoterapinin yan etkilerine ilişkin verilen eğitim ve evde izlemin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi*. *Meme Sağlığı Dergisi*, 8 (4), 191-199.
- Akçakaya, R. Ö., & Çelik Erden, S. (2014). *Stres ve stresle baş etmede psikiyatrik yaklaşım*. *Turkish Family Physician*, 5 (2), 18-25.
- Akdemir, N., Akyar, İ., & Görgülü, Ü. (2008). *Hemşirelerin fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniklerinde yatan ya da polikliniğe başvuran hastaların ağrı sorununa yönelik yaklaşımları*. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 54 (4), 157-163.
- Akdemir, N., Birol, L. (2005). *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*, Genişletilmiş 2. Baskı. Ankara, Sistem Ofset Basım Yayın San. Tic. Ltd. Şti: 246-304.
- Akgün Kostak, M., Çelikalp, Ü., & Demir, M. (2010). *Hemşire ve ebelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşünceleri*. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi Sempozyum Özel Sayı*, 218-225.
- Akın, G. (2014). *İnsan sağlığı ve çevre etkileşimi*. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi*, 54 (1), 105-116.
- Akın Korkan, E., & Uyar, M. (2014). *Ağrı kontrolünde kanıt temelli yaklaşım: refleksoloji*. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5 (1), 9-14.
- Akin-Odenya, E.O., & Husman, A.J. (2021). *Impact of stigma and stigma-focused interventions on screening and treatment outcomes in cancer patients*. *Ecancer*, 15 (1308), 1-26.
- Akyolcu, N. (2002). *Kanserli hastalarda dispne ve hemşirelik bakımı*. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6 (1), 1-8.
- Alaca, Ç., Yiğit, R., & Özcan, A. (2011). *Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların hastalık sürecinde yaşadığı deneyimler konusunda hasta ve hemşire görüşlerinin karşılaştırılması*. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi-Journal of Psychiatric Nursing*, 2 (2), 69-74.
- Alacacıoğlu, A., Yavuzşen, T., Diriöz, M., Yeşil, L., Bayrı, D., & Yılmaz, U. (2007). *Kemoterapi alan kanser hastalarında anksiyete düzeylerindeki değişiklikler*. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, 2 (17), 87-93.

Alagizy, H. A., Soltan, M. R., Soliman, S. S., Hegazy, N. N., & Gohar, S. F. (2020). *Anxiety, depression and perceived stress among breast cancer patients: single institute experience*. Middle East Current Psychiatry, 27 (29), 1-10.

American cancer society. (t.y). Erişim adresi: <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics.html> Erişim tarihi: 25 Mayıs 2022

American Cancer Society. (t.y.). *The history of cancer*. Erişim adresi: <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/6055.00.pdf> Erişim tarihi: 08 Nisan 2022.

American Cancer Society. (2014). *Cancer facts & figures*. American Cancer Society, 1-68.

Anant, M., Randeep, G., Ashutosh, P. K., Manisha, B., Hemraj, P., Charu, M., & Kochupilla, V. (2005). *Quality of life measures in lung cancer*. Indian Journal of Cancer, 42 (3), 125-132.

Arıbal Kocatürk, P. (2000). *Strese cevap*. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 53 (1), 49-56.

Ardahan, M. (2003). *Hemşirelerin savunuculuk rolü*. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7 (2), 23-27.

Ardahan, M. (2006). *Sosyal destek ve hemşirelik*. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9 (2), 68-75.

Arslan, H., & Konuk Şener, D. (2009). *Stigma, spiritüalite ve konfor kavramlarının Meleis'in kavram geliştirme sürecine göre irdelenmesi*. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2 (1), 51-58.

Arslan, M., & Özdemir, L. (2015). *Kemoterapiye bağlı gelişen bulantı-kusmanın yönetiminde kullanılan tamamlayıcı tedavi yöntemleri*. Türk Onkoloji Dergisi, 30 (2), 82-89.

Arslan Özkan, H., & Bilgin, Z. (2016). *Hemşireliğin felsefi özü iyileştirme ve iyileştirici bakım yöntemleri*. HSP, 3 (3), 191-200.

Arslan, S., Akın, B., Koçoğlu, D. (2008). *"Kemoterapi alan hastalarda hastalık ve tedaviye bağlı yaşanan semptomların sosyo-demografik özellikler ve algılanan sosyal destek ile ilişkisi"*, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 10(1), 47-56.

Ashing-Giwa, K. T., Padilla, G., Tejero, J., Kramer, J., Wright, K., Coscarelli, A., Clayton, S., Williams, I., Hills, D. (2004). *Understanding the breast cancer experience of women: a qualitative study of African American Asian American, Latina and caucasian cancer survivors*. Psychooncology, 13 (6), 408-428.

Aslam, M. S., Naveed, S., Ahmed, A., Abbas, Z., Gull, I., & Athar, M. A. (2014). *Side effects of chemotherapy in cancer patients and evaluation of patients opinion about starvation based differential chemotherapy*. Journal of Cancer Therapy, 5, 817-822.

Aslan, Ö., Vural, H., Kömürcü, Ş., & Özet, A. (2006). *Kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi*. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10 (1), 15-28.

Atalay, F. (2022). Mukozit. Erişim adresi: https://www.solunum.org.tr/TusadData/Book/472/176201612335-22_Bolum_21_Mukozit.pdf Erişim tarihi: 10 Temmuz 2022.

Ateş, S., & Olgun, N. (2014). *Kemoterapiye bağlı alopesi ve yaşam kalitesi*. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 1 (1), 67-80.

Ateşçi, Ç. F., Oğuzhanoglu, K. N., Baltalarlı, B., Karadağ, F., Özdel, O. & Karagöz, N. (2003). *Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler*. Türk Psikiyatri Dergisi, 14 (2), 145-152.

Atıcı, E. (2007). *Tıp tarihinde kanser ve lösemi*. Türk Onkoloji Dergisi, 22 (4), 197-204.

Avcı, D., & Doğan, S. (2014). *Kanser hastalarında travma sonrası stres bozukluğu, sosyal destek ve stresle başa çıkma arasındaki ilişki*. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 3 (1), 16-21.

Avis, N. E., Crawford, S., Manuel, J. (2005). *Quality of life among younger women with breast cancer*. Journal Of Clinical Oncology, 25 (15), 3322-3330.

Aydiner, A. & Can, G. (Ed.). (2010). *Akciğer kanserinde tedavi ve bakım*. İstanbul İpomet Matbaacılık.

Aydoğan, Ü., Doğaner, Y. Ç., Borazan, E., Kömürcü, Ş., Koçak, N., Öztürk, B., Özet, A., & Sağlam, K. (2012). *Kanser hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyleri ve hastalıkla başa çıkma tutumlarının ilişkisi*. Türk Aile Hekimliği Dergisi, 16 (2), 55-60.

Ayık, D., & Can, G. (2020). *Palyatif bakım hastalarında konstipasyon yönetimi ve akupresürün etkinliği*. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 7 (2), 141-148.

Babacan Gümüş, A. (2006). *Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler*. Meme Sağlığı Dergisi, 2 (3), 108-114.

Bacaksız, B. B., Çöçelli, L. P., Ovayolu, N., & Özgür, S. (2008). *Hastaya bakım veren sağlık çalışanlarının ağrı kontrolünde uyguladıkları girişimlerin değerlendirilmesi*. Ağrı, 20 (3), 26-36.

Bag, B. (2012a). *Kanser hastalarında yorgunluğa bağlı psikososyal sorunlar ve çözüm önerileri*. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 21 (4), 253-573.

Bag, B. (2012b). *Psiko-onkoloji, psikososyal sorunlar ve ölçüm yöntemleri*. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 4 (4), 449-464.

Bag, B. (2012c). *Toplum ve ruh sağlığı merkezlerinde hemşirenin rolü: İngiltere örneği*. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 4 (4), 465-485.

- Bag, B. (2013). *Kanser hastalarında uzun dönemde görülen psikososyal sorunlar: Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 5 (1), 109-126.
- Bahar, A. (2007). *Kanser hastalarına psikososyal yaklaşım*. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10 (1), 105-111.
- Bahar, A., Ovayolu, Ö., & Ovayolu, N. (2019). *Onkoloji hastalarında sık karşılaşılan semptomlar*. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 6 (1), 42-58.
- Balboni, T. A., Balboni, M., Enzinger, A. C., Gallivan, K., Paulk, M. E., Wright A., Steinhauer, K., VanderWeele, T. J., Prigerson, H. G. (2013). *Provision of spiritual support to patients with advanced cancer by religious communities and associations with medical care at the end of life*. JAMA Intern Med, 173 (12), 1109-1117.
- Baskar, R., Lee, K. A., Yeo, R. & Yeoh, K. W. (2012). *Cancer and radiation therapy: current advances and future directions*. International Journal of Medikal Sciences, 9 (3), 193-199.
- Basut, E. (2006). *Stres, başa çıkma ve ergenlik*. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 13, 31-36.
- Baş, S. & Dirik, G. (2019). *Kanser tanısı olan kişilerde kabul ve kararlılık terapisi uygulamaları: sistematik bir derleme*. Psikoloji Çalışmaları, 39 (2), 459-485.
- Baykara, O. (2016). *Kanser tedavisinde güncel yaklaşımlar*. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 5 (3), 154-165.
- Begum, M. S. N., Petpichetchian, W., & Kitrungrrote, L. (2016). *Symptom experience and quality of life of patients with breast cancer receiving chemotherapy in bangladesh*. Bangladesh Journal Of Medical Science, 15 (2), 201-206.
- Bektaş, H. A., & Akdemir, N. (2006). *Kanserli bireylerin fonksiyonel durumunun değerlendirilmesi*. Türkiye Klinikleri J Med Sci, 26, 488-499.
- Berk, D. (2018). *Kemoterapi alan kanser hastalarında mukozit yönetimi*. Sağlık ve Toplum. 2018 Eylül-Aralık, 28 (3), 10-15.
- Beser, N., & Öz, F. (2003). *Kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi*. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7 (1), 47-58.
- Bilge, A. & Çam, O. (2008). *Kanseri önlemede önemli bir faktör olarak kadınların stres ile başa çıkma tarzları ve sağlık inanışlarının incelenmesi*. Anatolian Journal of Psychiatry, 9, 16-21.
- Bilge, A., Ünal, G. (2005). *Kanserli hastanın yakınlarının öfke ve kaygı düzeylerinin belirlenmesi*. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 21 (2), 37-46.

- Boyle P, & Levin B. (2008). *World Cancer Report 2008*. France, International Agency for Research on Cancer.
- Bower, J. E., Garet, D., Sternlieb, B., Ganz, P. A., Irwin, M. R., Olmstead, R., & Greendale, G. (2012). *Yoga for persistent fatigue in breast cancer survivors*. Original Article, 118, 3766-3775.
- Bozcuk, H., Artaç, M., Kara, A., Özdoğan, M., Sualp, Y., Topçu, Z., Karaaaçlı, A., Yıldız, M., & Savaş, B. (2006). *Does music exposure during chemotherapy improve quality of life in esrly breast cancer patients? A pilot study*. Med Sci Monit, 12 (5), 200-205.
- Bozkurt Güzel, Ç., Tanoğlu, A., & Demir, E. S. (2019). *Kanser ve mikroorganizma ilişkileri*. Türk Farmakope Dergisi. 4 (3), 85-106.
- Breivik, H., Cherny, N., Collett, B., De Conno, F., Filbet, M., Foubert, A. J., Cohen, R., & Dow, L. (2009). *Cancer-related pain: a pan-European survery of prevalence, treatment, and patient attitudes*. Annals of Oncology, 20, 1420-1433.
- Browall, M., Brandberg, Y., Nasic, S., Rydberg, P., Bergh, J., Rydén, A., Xie, H., Eriksson, I., & Wengström, Y. (2017). *A Prospective exploration of symptom burden clusters in women with breast cancer during chemotherapy treatment*. Supportive Care in Cancer, 25 (5), 1423-1429.
- Buluş, M. (2014). *Bulantı-kusma*. 5. Türk Tıbbi Onkoloji Kongresi (Kongre Kitabı) içinde (ss.85-86). Antalya.
- Büssing, A., & Koenig, H. (2010). *Spiritual needs of patients with choronic diseases*. Religions, (1) 1, 18-27.
- Calderón, G. C., Fonseca, P. J., Jara, C., Hernández, R., Martínez de Castro, E., Varma, S., Ghanem, I., & Carmona Bayonas, A. C. (2018). *Comparison of coping, psychological distress, and leve of functioning in patients with gastric and colorectal cancer before adjuvant chemotherapy*. Journal of Pain and Symptom Management, 56, 399-405.
- Can, G. (2005). *Antineoplastik ilaçların yan etkileri ve hemşirelik yaklaşımları*. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 2 (2), 8-15.
- Can, G. (2006). *Kanser hastasında yorgunluk*. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 3 (2), 10-17.
- Can, G. (Ed.). (2007). *Onkoloji hemşireliğinde kanıta dayalı semptom yönetimi*. İstanbul Mavi İletişim Danışmanlık. P.229-253.
- Can, G., & Çömlekçi, N. (2021). *Onkoloji hastalarında beslenme sorunlarının yönetimi ve hemşirenin rolü*. IGUSABDER, 15, 681-691.
- Cengiz, H., Demirci, A., Varım, C., Mandel N. M., & Turna, H. (2020). *Küçük hücreli dışı akciğer kanserinde neoadjuvan ve adjuvan tedavi sonuçları*. Sakarya Tıp Dergisi, 10 (3), 450-458.
- Chen, P. Y., & Chang, H. C. (2012). *The coping process of patients with cancer*, European Journal of Oncology Nursing, 16, 10-16.

- Chou, F. Y., Dodd, M., Abrams, D., & Padilla, G. (2007). *Symptoms, self-care, and quality of life of chinese American patients with cancer*. *Oncology Nursing Forum*, 34 (6), 1162-1167.
- Chui, P. L. (2019). *Cancer- and chemotherapy-related symptoms and the use of complementary and alternative medicine*. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 6 (1), 4-6.
- Curt, G. A., Breitbart, W., Cella, D., Groopman, J. E., Horning, S. J., Itri, L. M., Johnson, D. H., Miaskowski, C., Scherr, S. L., Portenoy, R. K., & Vogelzang, N. J. (2000). *Impact of cancer-related fatigue on the lives of patients: new findings from the fatigue coalition*. *The Oncologist*, 5, 353-360.
- Çakır, A., Miloğlu, Ö., & Harorlo, A. (2006). *Radyoterapi ve kemoterapi gören hastalarda oral bakım*. *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 16 (3), 50-55.
- Çakmak, S., & Nural, N. (2020). *Kemoterapi ve radyoterapi alan hastalarda oral mukozit: bir gözden geçirme*. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 13 (3), 185-194.
- Çalışkan, E., Gürhan, N., Tekgündüz, A. İ. E. (2017). *Hematolojik kanserli hastaların anksiyete, depresyon ve distres yaşama durumları*. *Acta Oncol Turcica*, 50 (3), 207-217.
- Çavdar, İ. (2011). *Kanserli hastanın terminal dönemdeki bakımı*. *Türk Onkoloji Dergisi*, 26 (3), 142-147.
- Çavuşoğlu, H. (2007). *Oral mukozit yönetiminde kanıta dayalı hemşirelik*. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 27 (3), 398-406.
- Çelik Tarakçıoğlu, H. G. (2016). *Onkoloji hemşireliğinde semptom yönetimi*. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5 (4), 93-100.
- Çınar, F., & Eti Aslan, F. (2017). *Spiritüalizm ve hemşirelik: yoğun bakım hastalarında spiritüel bakımın önemi*. *Journal of Academic Research in Nursing*, 3 (1), 37-42.
- Çınar Pakyüz, S., Dedeli Çaydam, Ö., & Koşar Şahin, C. (2019). *Sitotoksik kemoterapi alan hastalarda stres belirtileri ve düzeyi ile baş etme yöntemleri arasında ilişki var mıdır?*. *Özgün Araştırma*, 5 (1), 1-9.
- Çıtlak, K. & Kapucu, S. (2015). *Kemoterapi alan hastalarda görülen oral mukozitin önlenmesi ve tedavisinde güncel yaklaşımlar: Kanıta dayalı uygulamalar*. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1, 70-77.
- Çıtlak, K., & Kapucu, S. (2017). *Kemoterapi ve radyoterapi uygulanan baş-boyun kanserli hastalarda mukozit yöntemine yönelik kullanılan oral ajanların retrospektif olarak incelenmesi*. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4 (1), 15-27.
- Çolak, S., Vural, F., & Bilik, Ö. (2022). *Prostat kanserli hastaların yaşadığı psikososyal sorunlar ve hemşirelik yaklaşımları*. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 15 (2), 233-239.

- Çöçelli, L. P., Bacaksız, B. D., & Ovayolu, N. (2008). *Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü*. Gaziantep Tıp Dergisi, 14 (2), 53-59.
- Çubukçu Ünal, N., Çınar, S. (2012). *Kemoterapi alan kanserli hastalarda oral mukozitler önlenbilir mi?* Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2 (4) 155-163.
- Daştan Bostancı, N., & Buzlu, S. (2010). *Meme kanseri hastalarında maneviyatın etkileri ve manevi bakım*. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 3 (1), 73-78.
- De Boer, A. G., Taskila, T., Ojajärvi, A., van Dijk, F. J., & Verbeek, J. H. (2009). *Cancer survivors and unemployment: a meta-analysis and meta-regression*. JAMA, 301 (7), 753-762.
- Deckx, L., Van Den Akker, M., & Buntinx, F. (2014). *Risk factors for loneliness in patients with cancer: a systematic literature review and meta-analysis*. European Journal Oncology Nursing, 18 (5), 466-477.
- Dedeli, Ö., Fadıloğlu, Ç., & Uslu, R. (2008). *Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi*. Türk Onkoloji Dergisi, 23 (3), 132-139.
- Dedeli, Ö., Karadeniz, G. (2009). *Kanser ağrısının kontrolü ile psikososyal-spiritüel modelin birleştirilmesi*. Ağrı, 21 (2), 45-53.
- Demirer, T. (2014). *TÜBA ulusal kanser politikaları çalıştay raporu*. Ankara Türkiye Bilimler Akademisi.
- Dinç, L. (2010). *Bakım kavramı ve ahlaki boyutu*. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 17 (2), 74-82.
- Dinçer, Y., & Oskay, Ü. (2015). *Kanser ve cinsellik*. Journalagent, 17 (63), 311-314.
- Distefano, M., Riccardi, S., Capelli, G., Costantini, B., Petrillo, M., Ricci, C., Scambia, G., & Ferrandina, G. (2008). *Quality of life and psychological distress in locally advanced cervical cancer patients administered pre-operative chemoradiotherapy*. Gynecologic Oncology, 111 (1), 144-150.
- Dirican, B. (2001). *Radyoterapi teknikleri*. I.Uluslararası Parçacık Hızlandırıcıları ve Uygulamaları Kongresi, Ankara: TAEK; 1-10.
- Dolgun, E. & Candan Dönmez, Y. (2010). *Hastaların ameliyat öncesi döneme ait bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi*. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 3 (3), 10-15.
- Doğu Kökcü, Ö., & Kutlu, Ö. (2020). *Kardiyovasküler sistem hastalıklarında spiritüel bakım*. EGE H.F.D., 36 (1), 53-59.

- Dönmez, A. A. (2018). *Kemoterapinin en görünen yönü: alopesi: önlemek mümkün mü?*. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 9 (2), 150-155.
- Duyan, V. (2003). *Hastaların karşılaştığı sorunlar ve çözümleri odağında tıbbi sosyal hizmet*. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 25 (4), 39-44.
- Dündar Yenilmez, E., & Tuli, A. (2014). *Kemik iliği transplantasyonunda kimerizm analizi*. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 23 (1), 26-31.
- Düzen, Ö. & Göktaş, S. (2021). *Akciğer kanser cerrahisi geçiren ve adjuvan kemoterapi alan hastaların yaşam kaliteleri ve sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi*. Sağlık ve Toplum, 31 (3), 153-162.
- Eaton, L. H., Meins, A. R., Zeliadt, S. B., & Doorenbos, A. Z. (2018). *Using a mixed methods approach to explore factors associated with evidence-based cancer pain management practice among nurses*. HHS Public Access Author manuscript, 37, 1-12.
- Elad, S., Yarom, N., Zadik, Y., Kuten-Shorrer, M., & Sonis, S. T. (2022). *The broadening scope of oral mucositis and oral ulcerative mucosal toxicities of anticancer therapies*. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 72 (1), 57-77.
- Elçiğil, A., & Tuna, S. (2011). *Kanser tedavisi biten çocukların yaşadıkları sorunlar ve bakımlarında hemşirenin rolü*. Türk Onkoloji Dergisi, 26 (3), 134-141.
- Erbay, E., Albayrak, H., Erim, F., & Bek, F. (2017). *Meme kanseri hastalarının baş etme stratejilerinin sosyo-demografik değişkenler açısından incelenmesi*. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi, (10), 37-56.
- Ergin, A., Uzun, S. U., & Bozkurt, A. İ. (2014). *Tıp fakültesi öğrencilerinde stresle başa çıkma yöntemleri ve bu yöntemlerin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi*. Fırat Tıp Dergisi, 19 (1), 31-37.
- Ergül Ş, & Bayık, A. (2004). *Hemşirelik ve manevi bakım*. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8 (1), 37-45.
- Erkurt, M. A., Kuku, İ., Kaya, E., & Aydoğdu, İ. (2009). *Kanser kemoterapisi ve böbrek*. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 16 (1), 63-68.
- Ernst, J., Mehnert, A., Dietz, A., Hornemann, B., & Esser, P. (2017). *Perceived stigmatization and its impact on quality of life - results from a large register-based study including breast, colon, prostate and lung cancer patients*. BMC Cancer, 17 (1), 741-9.
- Erol Ursavaş, F., Karayurt, Ö., & İşeri, Ö. (2014). *Meme kanseri nedeniyle meme koruyucu cerrahi yapılan bir hastaya roy uyum modeline temellendirilmiş hemşirelik yaklaşımı*. J Breast Health, 10, 134-140.
- Ersoy, N. (2009). *Onkoloji hemşireliğinde etik*. Türk Onkoloji Dergisi, 24 (49), 191-197.
- Ertem, G. (2008). *Kanser hastalarında beslenme ve hemşirelik yaklaşımı*. Dirim Tıp Gazetesi, 83, 56-63.

- Ertem, G. (2010). *Jinekolojik kanserlerde evde bakım*. Türk Onkoloji Dergisi, 25 (3), 124-132.
- Ertem, G., Kalkım, A., Bulut, S., & Sevil, Ü. (2009). *Radyoterapi alan hastaların evde bakım gereksinimleri ve yaşam kaliteleri*. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2 (2), 4-12.
- Esencan Yılmaz, T., & Merih Doğan, Y. (2010). *Kemoterapide semptomların yönetimi*. Zeynep Kamil Basın Bülteni, 41 (1), 35-42.
- Eti Aslan, F. (2002). *Ağrı değerlendirme yöntemleri*. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6 (1), 9-16.
- Ettridge, K. A., Bowden, J. A., Chambers, S. K., Smith, D. P., Murphy, M., Evans, S. M., Roder, D., & Miller, C. L. (2018). *Prostate cancer is far more hidden: perceptions of stigma, social isolation and help-seeking among men with prostate cancer*. European Journal Cancer Care, 27 (2), e12790.
- Eurekalert. (2018). A new link between cancer and aging hollings cancer center researchers explore how telomeres are like a biological clock for cells. Erişim adresi: <https://www.eurekalert.org/news-releases/702644> Erişim tarihi: 05 Temmuz 2022.
- Ferrandina, G., Mantegna, G., Petrillo, M., Fuoco, G., Venditti, L., Terzano, S., Moruzzi, C., Lorusso, D., Marcellusi, A., & Scambia, G. (2012). *Quality of life and emotional distress in early stage and locally advanced cervical cancer patients: A prospective, longitudinal study*. Gynecologic Oncology, 124, 389-394.
- Fortner, B. V., Stepanski, E. J., Wang, S. C., Kasproicz, S., & Durrence, H. (2002). *Sleep and quality of life breast cancer patients*. Journal of Pain and Symptom Management, 24 (5), 471-480.
- Ganz, P. A., Kwan, L., Stanton, A. L., Krupnick, J. L., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., Bower, J. E., & Belin, T. R. (2004). *Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer. first results from the moving beyond cancer randomized Trial*. Journal of the National Cancer Institute, 96, 376-387.
- Gelin, D., & Ulus, B. (2015). *Hastanede kemoterapi alan hastaların yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörler*, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6 (1), 31-35.
- Gemalmaz, A., & Avşar, G. (2015). *Kanser tanısı ve sonrası yaşananlar: kalitatif bir çalışma*. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 12 (2), 93-98.
- Genç, A., & Oğuz, S. (2018). *Kanserli hastalarda progresif gevşeme egzersizlerinin kemoterapinin yan etkileri üzerine etkisi*. IGUSABDER, 5, 517-524.
- Gibbons, A. & Groarke, A. (2018). *Coping with chemotherapy for breast cancer: Asking women what works*. European Journal of Oncology Nursing, 35, 85-91.
- Gilbar, P., Hain, A., & Peereboom, V. M. (2009). *Nail toxicity induced by cancer chemotherapy*. Journal of Oncology Pharmacy Practice, 15 (3), 143-155.

- Gorman, L. M. (2018). *The psychosocial impact of cancer on the individual, family, and society*. Bush, N. J., & Gorman, L. Psychosocial nursing care along the cancer continuum (Third Edition). (ss.1-24). Pittsburgh: Oncology Nursing Society.
- Gönderen, H. S., & Kapucu, S. (2009). *Nötropenik hastada değerlendirme kriterleri ve hemşirelik bakımı*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 1, 69-75.
- Granek, L., Nakash, O., Shapira, S., Ariad, S., & David, M. A. B. (2020). *Oncologists, oncology nurses and oncology social workers experiences with suicide: impact on patient care*. Journal of Psychosocial Oncology, DOI: 10.1080/07347332.2020.1755763
- Gregurek, R., Bras, M., Dordević, V., Ratković, A. S. & Brajković, L. (2010). *Psychological problems of patients with cancer*. Psychiatria Danubina, 22 (2), 227–230. Erişim adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20562751>
- Greimel, E., Thiel, I., Peintinger, F., Cegnar, I., & Pongratz, E. (2002). *Prospective assessment of quality of life of female cancer patients*. Gynecol Oncology, 85, 140-147.
- Güçlü, N. (2001). *Stres yönetimi*. G. Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi, 21 (1), 91-109.
- Güleç, G., & Büyükkınacı, A. (2011). *Kanser ve psikiyatrik bozukluklar*. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 3 (2), 343-367.
- Güleç, G., & Güleç, S. (2006). *Ağrı ve ağrı davranışı*. Ağrı, 18 (4), 5-9.
- Günaldı, O., Bozkurt, H. S., İlter, E., Günaldı, A., Çelik, A., & Ayan, M. T. (2019). *Obesitenin kadın kanserleri üzerindeki etkileri: derleme makalesi*. Maltepe Tıp Dergisi, 11 (3), 88-97.
- Gültekin, Z., Pınar, G., Pınar, T., Kızıltan, G., Doğan, N., Algier, L., Bulut, I., & Özyılkan, Ö. (2008). *Akciğer kanserli hastaların yaşam kaliteleri ve sağlık bakım hizmet beklentileri*. Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi, 2 (18), 99-106.
- Güner, Ö., & Kavlak, O. (2015). *Neuman sistemler modeline göre endometriyum kanserli hastanın bakımı: olgu sunumu*. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 4 (2), 94-102.
- Güneş, Z., & Düzgün, G. (2005). *Kemoterapinin ağız boşluğuna olan etkisinin selye'nin strese adaptasyon teorisine göre incelenmesi ve hemşirelik yönetimi*. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 8 (3), 127-132.
- Günvar, T. (2009). *Birinci basamakta kronik ağrı yönetiminin temel ilkeleri*. TJFMPC, 3 (3), 14-17.
- Gürler, H. & Yılmaz, M. (2011). *Rektum kanserli bir olgunun standart hemşirelik bakımının planlanmasında bir model: fonksiyonel Sağlık örgütleri*. Fırat Tıp Dergisi, 16 (3), 141-146.

Gürsu, R. U., Kesmezacar, Ö., Karaçetin, D., Mermut, Ö., Ökten, B., Güner, Ş. İ. (2012). *İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Onkoloji Birimi: yeni kurulan bir ünitenin 18 aylık sonuçları*. İstanbul Tıp Dergisi, 13 (1), 13-18.

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2017). *Kanser nedir*. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-nedir-belirtileri.html> Erişim Tarihi: 01 Mayıs 2022.

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2017a). *Kanser türleri*. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-turleri> Erişim tarihi: 08 Nisan 2022.

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2017b). *Risk faktörleri*. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-nedir-belirtileri/kanser-nedir-belirtileri1/risk-fakt%C3%B6rleri.html#:~:text=Ya%C5%9F%3A%20Pek%20%C3%A7ok%20kanser%20t%C3%BCr%C3%BC.cilt%20kanser%20daha%20s%C4%B1k%20g%C3%B6r%C3%BClmektedir>. Erişim tarihi:01 Mayıs 2022.

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2017c). *Kanser belirtileri nelerdir*. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-nedir-belirtileri/kanser-nedir-belirtileri1/kanser-dairesi-baskanligi-kanser-nedir-belirtileri.html> Erişim tarihi: 01 Mayıs 2022.

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2017d). *Kanser tedavisi nelerdir*. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tedavisi#:~:text=Kanserde%20yayg%C4%B1n%20olarak%20kullan%C4%B1lan%20tedavi,tek%20ba%C5%9F%C4%B1na%20veya%20birlikte%20uygulanmaktad%C4%B1r>. Erişim tarihi: 01 Mayıs 2022.

Hallaç, S., & Öz, F. (2011). *Genital kanser tanı sürecinde varoluşsal kaygı*. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 3 (4), 595-610.

Hesketh, P. J., Kris, M. G., Basch, E., Bohlke, K., Barbour, S. Y., Clark-Snow, R. A., Danso, M. A., Dennis, K., Dupuis, L. L., Dusetzina, S. B., Eng, C., Feyer, P. C., Jordan, K., Noonan, K., Sparacio, D., Somerfield, M. R., & Lyman, G. H. (2017). *Antiemetics: American society of clinical oncology clinical practice guideline update*. J Clin Oncol, 35 (28), 3240-3261.

Hiçdurmaz, D., & Öz, F. (2013). *Stresle başatmenin bir boyutu olarak spiritüalite*. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 16 (1), 50-56.

Higano, C. S., Zarowski, C., Wassersug, R., & Elliott, S. (2016). *Sexual health after cancer therapy*. J Oncol Pract, 12 (4), 305-306.

Hintistan, S., Çilingir, D., Nural, N., & Gürsoy, A. A. (2012). *Hematolojik kanserli hastaların kemoterapiye bağlı yaşadıkları semptomlara yönelik uygulamaları*. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1 (3), 153-164.

Hintistan, S., Pekmezci, H., Nural, N., & Güner, G. S. (2015). *Kemoterapi alan hastalarda psikolojik semptomlar*. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 4 (1), 1-9.

Hisli Şahin, N., & Durak, A. (1995). *Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: üniversite öğrencileri için uyarlanması*. Türk Psikoloji Dergisi, 10 (34), 56-73

Hobfoll, S. E. (2001). *The Influence of culture, community, and the nestedself in the stress rocess: advancing conservation of resources theory*. Erişim adresi:

<https://iaap-journals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1464-0597.00062>

Erişim tarihi: 03.08.2022

Holland, J. C., & Reznik, I. (2005). *Pathways for psychosocial care of cancer survivors*. *Cancer*, 104 (11), 2624-2637.

Hopkinson, J. B. (2015). *The nursing contribution to nutritional care in cancer cachexia*. *Proceedings of the Nutrition Society*, 74 (4), 413-418.

Hunter, J. J., Maunder, R. G., Sui, D., Esplen, M. J., Chaul, A., Fisch, M. J., Bassett, R.L., Harden-Harrison, M. M., Lagrone, L., Wong, L., Diaz, L. B., & Cohen, L. (2020). *A randomized trial of nurse-administered behavioral interventions to manage anticipatory nausea and vomiting in chemotherapy*. *Cancer Medicine*, 9, 1733-1740.

Huri, M., Akel, B. S., Karayazgan, S., & Özdemir, E. (2015). *Hematopoetik kök hücre nakli yapılan hastalarda nöropsikolojik fonksiyonların yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi*. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 3 (82), 53-58.

Irmak, M. K., Bilgin M. G., & Sızlan, A. (2008). *Hasta gözüyle kanser*. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 7 (2), 167-172.

İsmailoğlu, E., & Khorshid, L. (2016). *Baş-boyun kanserli hastaların stresle baş etme tarzları ve sosyal destek düzeylerinin incelenmesi*. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi, Journal of Nursing Sciences*, 8 (4), 288-296.

İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü. (2015). *Hastalar için kemoterapi rehberi*. Erişim Adresi: <https://cdn.istanbul.edu.tr/statics/onkoloji.istanbul.edu.tr/wp-content/uploads/2015/06/kemoterapi-kitap%C3%A7%C4%B1%C4%9F%C4%B1.pdf>

İzci, F., İlgün, A. S., Fındıklı, E., & Özmen, V. (2016). *Psychiatric symptoms and psychosocial problems in patients with breast cancer*. *The Journal of Breast Health*, 12 (3), 94.

Joseph, H. J., Thibault, G. P., Ruttle-King, J. (2006). *Perceived stress and quality of life among prostate cancer survivors*. *Mil Med*, 171 (5), 425-429.

Juraskova, I., Butow, P., Robertson, R., Sharpe, L., McLeod, C., & Hacker, N. (2003). *Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: a qualitative insight*. *Psycho-Oncology*, 12, 267-279.

Kaçal, Z., & Demirsoy, N. (2018). *Yoğun bakım hastalarında spiritüel değerlendirme*. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8 (2), 170-175.

Kapucu, S. (2016). *Nutritional issues and self-care measures adopted by cancer patients attending a university hospital in Turkey*. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 3 (4), 390-395.

Karabulutlu, Ö. (2009). *Kemoterapi alan hastalarda semptom yönetimi ve yaşam kalitesinin sürdürülmesi*. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 17(3), 218-225.

- Karabulutlu Yılmaz, E., & Karaman, S. (2015). *Kanser hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi*. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 2 (3), 271-284.
- Karadağ, E. (2018). *Yaşlı kanser hastalarında yorgunluk*. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 11 (4), 328-333.
- Karaman, H., & Kavak, G. Ö. (2010). *Ağrı kliniğimizin bir yıllık olgu analizi*. Pamukkale Tıp Dergisi, 3 (1), 17-22.
- Kaya, V., Aksu, M. G., Korcum, A. F., Tunçel, N. (2009). *Radyoterapi uygulanan baş boyun kanserli hastalarda medulla spinalis dozlarının incelenmesi*. Türk Onkoloji Dergisi, 24 (1), 1-8.
- Kebudi, R. (2012). *Çocukluk çağı kanserlerinde gelişmeler*. X. Ulusal Radyasyon Onkoloji Kongresi, Antalya, 19-23 Nisan 2012.
- Kelkil, B. A., Atnafu, N. T., Dinegde, N. G., & Wassie, M. (2022). *Coping strategies of stress and its associated factors among breast cancer patients in tikur anbesa specialized hospital, ethiopia: institution-based cross-sectional study*. BMC Women's Health, 22 (252), 2-8.
- Kılıç, M., & Öztunç, G. (2012). *Ağrı kontrolünde kullanılan yöntemler ve hemşirenin rolü*. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 7 (21), 35-51.
- Knapp, S., Marziliano, A., & Moyer, A. (2014). *Identity threat and stigma in cancer patients*. Health Psychology Open, 1-10.
- Knapstein, S. H., Fusshoeller, C., Franz, C., Trautmann, K., Schmidt, M., Pilch, H., Schoenefuss, G., & Kelleher, D. K. (2004). *The impact of treatment for genital cancer on quality of life and body image-results of a prospective longitudinal 10-year study*. Gynecologic Oncology, 94 (1), 398-403.
- Kocaman, N. (2006). *Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve genel hastanede psikososyal bakım*. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci, 2 (47), 97-107.
- Kocaman, N., Armay, Z., Özkan, M., Özkan S. (2007). *Hastalık algısı ölçeğinin kanser hastalıklarında Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması*. Klinik Psikiyatri Dergisi, 10, 192-200.
- Kocaman Yıldırım, N. (2013). *Yetişkin kanser hastalarının destekleyici bakım ve verilen hizmet arasındaki boşluk*. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 6 (4), 231-240.
- Kocaman Yıldırım, N., Özkan, M., Özkan, S., Özçınar, B., Güler, S.A., & Özmen, V. (2009). *Meme kanserli hastaların tedavi öncesi ve sonrası anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi: bir yıllık prospektif değerlendirme sonuçları*. Nöropsikiyatri Arşivi, 46, 175-181.
- Koçoğlu, D., & Özdemir, L. (2011). *Yetişkin nüfusta ağrı ve ağrı inançlarının sosyodemografik ekonomik özelliklerle ilişkisi*. Ağrı, 23 (2), 64-70.
- Korkmaz, M. (2011). *Kabızlık yakınması olan hastanın birinci basamakta yönetimi*. Konuralp Tıp Dergisi, 3 (3), 35-41.

- Körükçü, Ö. (2018). *Bazı yaşamsal geçişler zordur. Jinekolojik kanser tanısı almak gibi...* Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 9 (3), 248-254.
- Köse, A., Köse, B., Öncü, M. R., & Tuğrul, F. (2011). *Bir devlet hastanesi acil servisine başvuran hastaların profili ve başvurunun uygunluğu.* Gaziantep Tıp Dergisi, 17 (2), 57-62.
- Kurt, B., & Kapucu, S. (2018). *Meme kanserli hastalarda progresif gevşeme egzersizlerinin kemoterapi semptomlarına etkisi: literatür derlemesi.* Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 11 (2), 235-249.
- Kurt, S., & Ünsar, S. (2011). *Assessment of symptom control in patients with cancer in northwestern turkey.* European Journal of Oncology Nursing, 15, 137-144.
- Kutlu, R., Çivi, S., Börüban, M. C. V., & Demir, A. (2011). *Kanserli hastalarda depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler.* Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi, 27 (3), 149–153.
- Kutluk, T. & Kars, A. (2001). *Kanser konusunda genel bilgiler*, T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser ve Savaş Daire Başkanlığı. Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu. Ankara.
- Kutlutürkan, S. (2011). *Kanser ve ağrı kontrolü.* TAF Preventive Medicine Bulletin, 10 (6), 751-758.
- Kuzeyli Yıldırım, Y., Uyar, M., & Fadilloğlu, Ç. (2005). *Kanser ağrısı ve yaşam kalitesine etkisi.* Ağrı, 17 (4), 17-22.
- Kübler-Ross, E. (2010). *Ölüm ve ölmek üzerine.* Erişim adresi: https://turuz.com/storage/her_konu-2017/2112-Olum_Ve_Olmek_Uzerine-Elizabeth_Kubler-Ross_-Ekin_Ushaqli-2010-296s.pdf Erişim tarihi: 14 Mart 2022.
- Kyung Mi, Y., Myeong Jeong, C., & Hyang Sook, S. (2018). *Stigma and distress among cancer patients: The mediating effect of self-blame.* Korean Journal of Adult Nursing, 30 (1), 89-97.
- Lafcı, D. (2018). *Meme kanseri, uyku ve müzik tedavisi.* Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 44 (1), 61-64.
- Lundqvist, E. Å., Fujiwara, K., & Seoud, M. (2015). *Principles of chemotherapy.* Int J Gynaecol Obstet, 131 (2), 146-149.
- Lee, M. K., Lee, K. M., Bae, J., Kim, S., Kim, Y. W., Ryu, K. W., Lee, J. H., Noh, J. H., Sohn, T. S., Hong, S. K., & Yun, Y. H. (2008). *Employment status and work-related difficulties in stomach cancer survivors compared with the general population.* British Journal of Cancer, 98, 708-715.
- Lengacher, C. A., Johnson-Mallard, V., Post-White, J., Moscoso, M. S., Jacobsen, P. B., Klein, T. W., Widen, R. H., Fitzgerald, S. G., Shelton, M. M., Barta, M., Goodman, M., Cox, C. E. & Kip, K. E. (2009). *Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction [MBSR] for survivors of breast cancer.* Psycho-Oncology, 18, 1261-1272.

- List, M. A., Rutherford, J. L., Stracks, J., Haraf, D., Kies, M. S., & Vokes, E. E. (2002). *An exploration of the pretreatment coping strategies of patients with carcinoma of the head and neck*. American Cancer Society, 95 (1), 98-104.
- Lotfi, S. & Karataş, K. (2020). *Meme kanseri hastası yoksul kadınlarda baş etme süreçlerinin incelenmesi*. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi, 16, 23-42.
- MacLean, C. D., Susi, B., Phifer, N., Schultz, L., Bynum, D., Franco, M., Klioze, A., Monroe, M., Garrett, J., & Cykert, S. (2003). *Patient preference for physician discussion and practice of spirituality*. Journal of General Internal Medicine, 18 (1), 38-43.
- Marrs, J. A. (2006). *Care of patients with neutropenia*. Clinical Journal of Oncology Nursing, 10 (2), 164-166.
- Massie, J., Gagnon, P., & Holland, J. C. (1994). *Depression and suicide in patients with cancer*. Journal of Pain and Symptom Management, 9 (5), 325-340.
- Mayer, D. K., Travers, D., Wyss, A., Leak, A., & Waller, A. (2011). *Why do patients with cancer visit emergency departments? Results of a 2008 population study in North Carolina*. Journal of Clinical Oncology, 29 (19), 2683-2688.
- McCorkle, R., Dowd, M., Ercolano, E., Schulman-Green, D., Williams, A., Siefert, M. L., Steiner, J., & Schwartz, P. (2009). *Effects of a nursing intervention on quality of life outcomes in post-surgical women with gynecological cancers*. Psycho-Oncology, 18, 62-70.
- Mesquita Araujo, S. N., Araujo Luz, M. H. B., Freitas da Silva, G. R., Rangel Andrade, E. M. L., Cunha Nunes, L. C., & Oliveira Moura, R. (2015). *Cancer patients with oral mucositis: challenges for nursing care*. Rev. Latino-Am. Enfermagem Original Article, 23 (2), 267-274.
- Miovic, M., & Block, S. (2007). *Psychiatric disorders in advanced cancer*. Cancer, 110 (8), 1665-1676.
- Mock, V. (2004). *Evidence-based treatment for cancer-related fatigue*. Journal of the National Cancer Institute Monographs, 32, 112-118.
- Montazeri, A. (2008). *Health-related quality of life in breast cancer patients: A bibliographic review of the literature from 1974 to 2007*. Journal of Experimental & Clinical Cancer Research, 27 (32), 1-32.
- Muhsiroğlu, Ö. (2017). *Kanser hastalarında tıbbi beslenme tedavisi*. Gülhane Med J, 59, 79-88.
- Mukwato, K. P., Mweemba, P., Makukuka, M. K., & Makoleka, M. M. (2010). *Stress and coping mechanisms among breast cancer patients and family caregivers: A review of literature*. Medical Journal of Zambia, 37 (1), 40-45.
- Mullen, E. & Mistry, H. (2018). *Managing cancer survivorship issues*. The Journal for Nurse Practitioners, 14 (4), 337-343.
- Muslu, L., & Kolutek, R. (2018). *Çocukluk çağı kanserleri ve sağlık okuryazarlığı*. JCP, 16 (3), 117-132.

- Myrdal, G., Valtysdotir, S., Lambe, M., & Stahle, E. (2003). *Quality of life following lung cancer surgery*. Thorax, 58, 194-197.
- Ochando, M. S., Lopez, A. M., Pelluz, C. S., Espla, S., Siles, M. G., & Abiles, J. (2021). *Nutri-oncocare: new integral nutrition care model to prevent and treat malnutrition in cancer patients*. Farmacia Hospitalaria, 45 (3), 109-114.
- Okutan, O., & Ayten, Ö. (2014). *Venöz tromboembolizm ve kanser*. Tuberk Toraks, 62 (4), 301-315.
- Okten, C., & Ozer, Z. (2016). *Cancer patients and loneliness: a systematic review*. Nursing Practice Today, 3 (4), 128-139.
- Öcel, H. (2017). *Meme kanseri tanısı almış çalışan kadınlarda damgalanma ve bilinçli farkındalık ile psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkiler: psikolojik esnekliğin düzenleyici rolü*. Türk Psikoloji Dergisi, 32 (80), 116-133.
- Öğüt Düzen, K., & Korkmaz, M. (2015). *Kanser hastalarında, semptom kontrolü ve tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı*. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 8 (2), 67-76.
- Ökten, C., & Özer, Z. (2016). *Cancer patients and loneliness: a systematic review*. Nurs Pract Today, 3 (4), 128-139.
- Ölçer, Z., & Oskay, Ü. (2020). *Kanser hastalarına yönelik better modeline dayalı cinsel danışmanlık*. Androloji Bülteni, 22, 177-182.
- Ören, B. (2016). *Yoğun bakım hastalarında konstipasyon ve diyare*. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 20 (1), 37-43.
- Özdevecioğlu, M. (2002). *Kamu ve özel sektör yöneticileri arasındaki davranışsal çalışma koşulları ve kişilik farklılıklarının belirlenmesine yönelik bir araştırma*. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 19, 115-134.
- Özdoğan, M. (2021). *Türkiye kanser istatistikleri 2020*. Erişim adresi: <https://www.drozdogan.com/turkiye-kanser-istatistikleri-2020/> Erişim tarihi: 01 Mayıs 2022
- Özel, Y., & Bay Karabulut , A. (2018). *Günlük yaşam ve stres yönetimi derleme makale*. Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi, 1 (1), 48-56.
- Özer, S., Akyürek, B., & Başbakkal, Z. (2006). *Hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi davranış ve klinik karar verme yeteneklerinin incelenmesi*. Ağrı, 18 (4), 36-43.
- Özer, Z., Yıldırım, D., Kocaağalar Akince, E., & Bölüktaş, R. P. (2019). *Hemşirelerin palyatif bakım hastalarında manevi bakım uygulamaları*. Çekmece İZÜ Sosyal Bilimler Dergisi, 7 (14), 97-108.
- Özdemir, Ü., & Taşçı, S. (2013). *Kronik hastalarda psikososyal sorunlar ve bakım*. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1 (1), 57-72.
- [Özgün, G., Türker, P. F., & Kaya, B. \(2020\). *Onkoloji hastalarının kanser türlerine göre yaşam kalitesi, kaygı ve antropometrik ölçümlerinin değerlendirilmesi*. H.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 7 \(3\), 345-368.](#)

- Öztürk, S., & Hiçdurmaz, D. (2020). *Kanser bakımında gözden kaçırılan bir alan: itihar riskinin tanınması ve yönetimi*. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12 (2), 243-257.
- Özyurt, B. E. (2007). *Kanser hastalarının algıladıkları sosyal destek düzeyine ilişkin betimsel bir çalışma*. *Kriz Dergisi*, 15 (1), 1-15.
- Paice, J. A., Ferrel, B. (2011). *The management of cancer pain*. *CA Cancer J Clin*, 61 (3), 157-182.
- Pazarcıkcı, F. (2017). *Kemoterapi alan kanser hastalarında uyku kalitesinin değerlendirilmesi*. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5 (1), 11-21.
- Pearce, A., Hass, M., Viney, R., Pearson, S. A., Haywood, P., Brown, C., & Ward, R. (2017). *Incidence and severity of self-reported chemotherapy side effects in routine care: a prospective cohort study*. *Plos One*, 12 (10), 1-7.
- Pearman, T. (2003). *Quality of life and psychosocial adjustment in gynecologic cancer survivors*. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1 (33), 1-6.
- Pehlivan, S., Doğan, D., Kahraman, B. N., & Özkalemkaş, F. (2019). *Akut lösemi hastalarında alopesinin beden imajı ve benlik saygısına etkisi*. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 45 (2), 173-178.
- Pehlivan, Z., Gülhan Güner, S., & Nural, N. (2022). *Kanser hastalarında bir semptom konstipasyon: literatür incelemesi*. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7 (1), 139-144.
- Pınar, G. (2010). *Kanser tedavisi alan hastalarda cinsel disfonksiyon ve danışmanlığa ilişkin hemşirelik yaklaşımları*. *Gülhane Tıp Dergisi*, 52, 241-247.
- Pınar, G., Algier, L., Çolak, M., & Ayhan, A. (2008). *Jinekolojik kanserli hastalarda yaşam kalitesi*. *Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi*, 3 (18), 141-149.
- Puchalski, C. M., Sbrana, A., Ferrell, B., Jafari, N., King, S., Balboni T., Miccinesi, G., Vandenhoeck, A., Silbermann, M., Balducci, L., Yong, J., Antonuzzo, A., Fallcone, A., & Ripamonti, C. I. (2019). *Interprofessional spiritual care in oncology: a literature review*. *ESMO open*, 4 (1), 1-12.
- Quinn, D. M., & Chaudoir, S. R. (2015). *Living with a concealable stigmatized identity: the impact of anticipated stigma, centrality, salience, and cultural stigma on psychological distress and health*. *J. Pers. Soc. Psychol.* 97 (4), 634-651.
- Rainbird, K., Perkins, J., Sanson-Fisher, R., Rofle, I., & Anseline, P. (2009). *The needs of patients with advanced, incurable cancer*. *British Journal of Cancer*, 101, 759-764.
- Rannestad, T., & Skjeldestad, F. E. (2007). *Pain and quality of life among long-term gynecological cancer survivors: a population-based case-control study*. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 86, 1510-1516.

Reis, N. (2003). *Jinekolojik kanser ve tedavilerinin kadın cinsel sağlığın etkileri*. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Dergisi, 7 (2), 35-40.

Rodgers, G. M., Becker, P. S., Blinder, M., Cella, D., Chanan-Khan, A., Cleeland, C., Coccia, P. F., Djulbegovic, B., Gilreath, J. A., Kraut, E. H., Matulonis, U. A., Millenson, M. M., Reinke, D., Rosenthal, J., Schwartz, R. N., Soff, G. (2012). *Cancer and chemotherapy induced anemia*. National Comprehensive Cancer Network, 10 (5), 628-653.

Roeland, E. J., Bohlke, K., Bacaros, V. E., Bruera, E., Fabbro, E., Dixon, S., Fallon, M., Herrstedt, J., Lau, H., Platek, M., Ruga, H. S., Schnipper, H. H., Smith, T. J., Tan, W., & Loprinzi, C. L. (2020). *Management of cancer cachexia: ASCO guideline*. Journal of Clinical Oncology, 38 (21), 2438-2453.

Sacerdoti, R. C., Lagana, L., & Koopman, C. (2010). *Altered sexuality and body image after gynecological cancer treatment: How can psychologists help?*. Prof Psychol Res Pr., 41 (6), 533-540.

Sağlığım. (2019). *Kanser türleri nelerdir*. Erişim adresi: <https://sagligim.gov.tr/kanser-turleri-nelerdir.html> Erişim tarihi: 08 Nisan 2022.

Schepisi, G., Padova, S. D., Lisi, D. D., Casadei, C., Meggiolaro, E., Ruffilli, F., Rosti, G., Lolli, C., Ravaglia, G., Conteduca, V., Farolfi, A., Grassi, L., & Giorgi, U. D. (2019). *Psychosocial issues in long-term survivors of testicular cancer*. Frontiers in Endocrinology, 10, 1-10.

Servaes, P., Verhagen, C., & Bleijenbergh, G. (2002). *Fatigue in cancer patients during and after treatment: prevalence, correlates and interventions*. European Journal of Cancer, 38, 27-43.

Seven, M., Akyüz, A., Sever, N., & Dinçer, Ş. (2013). *Kanser tanısı alan hastaların yaşadığı fiziksel ve psikolojik semptomların belirlenmesi*. TAF Preventive Medicine Bulletin, 12 (3), 219-224.

Siegel, R., DeSantis, C., Virgo, K., Stein, K., Mariotto, A., Smith, T., Cooper, D., Gansler, T., Lerro, C., Fedewa, S., Lin, C., Leach, C., Cannady, R.S., Cho, H., Scoppa, S., Hachey, M., Kirch, R., Jemal, A., & Ward, E. (2012). *Cancer treatment and survivorship statistics*. A Cancer Journal for Clinicians, 62, 220-241.

Sis Çelik, A. (2014). *Radyoterapi sonucu gelişen yan etkiler ve hemşirelik yaklaşımı*. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3 (3), 933-947.

Sis Çelik, A., Özdemir, F., Durmaz, H., & Pasinlioğlu, T. (2014). *Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi*. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 1 (3), 1-12.

Skjeldestad, F. E., & Rannestad, T. (2009). *Urinary incontinence and quality of life in long-term gynecological cancer survivors: A population-based cross-sectional study*. Acta Obstetrica et Gynecologica, 88 (1), 192-199.

Stark, L., Tofthagen, C., Visovsky, C., & Mcmillan, S. C. (2012). *The symptom experience of patients with cancer*. Journal of Hospice and Palliative Nurses Association, 14 (1), 61.

Stein, K. D., Denniston, M., Baker, F., Dent, M., Hann, D. M., Bushhouse, S., & West, M. (2003). *Validation of modified rotterdam symptom checklist for use with cancer patients in the united states*. Journal Of Pain And Symptom Management, 26 (5), 975-989.

Stone, P., Richards, M., A'Hern, R., & Hardy, J. (2000). *A study to investigate the prevalence, severity and correlates of fatigue among patients with cancer in comparison with a control group of volunteers without cancer*. Ann Oncol, 11, 561-567.

Sullivan, A., Balboni, M. J., Amobi, A., Phelps, A. C., Gorman, D. P., Zollfrank, A., Petet, J. R., Prigerson, H. G., VanderWeele, T. J., & Balboni, T. A. (2013). *Why is spiritual care infrequent at the end of life? Spiritual care perceptions among patients, nurses, and physicians and the role of training*. Journal of Clinical Oncology, 31 (4), 461-467.

Sun Kim, H., & Nho, J.H., HNam, J.H. (2021). *A serial multiple mediator model of sense of coherence, coping strategies, depression, and quality of life among gynecologic cancer patients undergoing*. Erişim adresi: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1462388921001204> Erişim tarihi: 01 Ağustos 2022

Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). *Global cancer statistics 2020: globocan estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries*. Cancer Journal for Clinicians, 71 (3), 209-249. Erişim adresi: <https://gco.iarc.fr/>

Sungur Ergeneoğlu, A., & Aytuğ, A. (2007). *Sağlık kurumlarında değişen paradigmlar ve iyileştiren hastane kavramının mimari tasarım açısından irdelenmesi*. MMGRAN Y.T.Ü. Mimarlık Fakültesi, E- Dergisi, 2 (1), 44-63.

Sülü Uğurlu, E. (2014). *Hemşirelikte manevi bakımın uygulanması*. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, (3), 187-191.

Şahin, H., Kocamaz, D., & Yıldırım, M. (2020). *Kanser sürecinde psikolojik sorunlar ve psiko-onkoloji*. Zeugma Sağlık Araştırmaları Dergisi, 2 (3), 136-141.

Şentürk, S., Bıçak, D., & Akça, D. (2018). *Kanserli hasta yakınlarının yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı*. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 5 (1), 35-39.

Tanhan, F., & Özok, H. İ. (2018). *Stres kuramları bağlamında içsel çatışmanın dışsal savaşa dönüşümüne ilişkin bir çözümleme*. Vakulu Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2, 57-78.

Tanteli, A., Aykut, G., Demirel, A. O., & Akçaoğlu, T. (2014). *Hematopoetik kök hücre nakli ve tarihçesi*. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 23 (1), 1-7.

Tarakçioğlu Çelik, G. H. (2016). *Nötropeni ve hemşirelik bakımı*. Sağlık ve Toplum, 26 (2), 10-16.

Tel, H., & Gürler, H. (2021). *İki farklı fiziksel hastalık tanısı olan bireylerde anksiyete, deprestasyon ve stresle başa çıkma düzeylerinin belirlenmesi*. HUHEMFAD-JOHUFON, 8 (3), 277-284.

Terzioğlu, F., & Alan, H. (2015). *Jinekolojik kanser tedavisi sırasında yaşanan psikolojik sorunların kadının cinsel yaşamına etkisi*. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 18 (2), 140-147.

Troy, J. D., Locke, S. C., Samsa, G. P., Feliciano, J., Richhariya, A., & Leblanc, T. W. (2019). *Patient-reported distress in hodgkin lymphoma across the survivorship continuum*. Support Care in Cancer, 27 ,2453-2462.

Turan Kavradım, S., & Canlı Özer, Z. (2014). *Kanser tanısı alan hastalarda umut*. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 6 (2), 154-164.

Turan, N., Öztürk, A., & Kaya, N. (2010). *Hemşirelikte yeni bir sorumluluk alanı: tamamlayıcı terapi*. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, 3 (1), 103-108.

Turini, M., Piovesana, V., Ruffo, P., Riperllino, C., Cataldo, N. (2015). *An assessment, of chemotherapy-induced nausea and vomiting direct costs in three EU countries*. Drugs in Context Real-World Medicine, 4, 1-7.

TÜİK. (2020). *Ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri,2019*. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/> Erişim tarihi: 01 Mayıs 2022.

Tünel, M., Vural, A., Evlice, Y. E., & Tamam, L. (2012). *Meme kanserli hastalarda psikiyatrik sorunlar*. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 21 (3), 189-219.

Türk Hematoloji Derneği. (2022). *Hematoloji hastaları ve hasta yakınları için genel bilgiler*. Erişim adresi: https://www.thd.org.tr/thd_halk/?sayfa=gbilgi# Erişim tarihi: 15 Temmuz 2022.

Türküm, A. S. (2002). *Stresle başa çıkma ölçeğinin geliştirilmesi: geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları*. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 11 (18), 25-34.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2018). *Türkiye' de ve dünya' da kanser epidemiyolojisi*. Erişim Adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/sunular/ulusal_kanser haftasi_2018/Dr._Dyt._NURAL_ERZURUM_A_LiM.pdf

Uchida, M., Akechi, T., Okuyama, T., Sagawa, R., Nakaguchi, T., Endo, C., Yamashita, H., Toyama, T., & Furukawa, T. (2011). *Patients' supportive care needs and psychological distress in advanced breast cancer patients in Japan*. Japanese Journal of Clinical Oncology, 41 (4), 530-536.

Uğur, Ö. (2014). *Kanser hastasının semptom yönetimi*. Türk Onkoloji Dergisi, 29 (3), 125-135.

Union for International Cancer Control (UICC). (2022). *Close the care gap*. Erişim adresi: <https://www.worldcancerday.org/close-care-gap> Erişim tarihi: 25 Mayıs 2022

- Uslu Şahan, F., & Terzioğlu, F. (2020). *Hemşirelerin kanser hastalarına yönelik manevi bakım uygulamaları ve karşılaştıkları engeller*. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Araştırma Makalesi, 9 (4), 340-349.
- Uyar, M., & Akın Korhan, E. (2011). *Yoğun bakım hastalarında müzik terapinin ağrı ve anksiyete üzerine etkisi*. Ağrı, 23 (4), 139-146.
- Uyar, M., & Köken, İ. (2017). *Kronik ağrı nörofizyolojisi*. TOTBİD Dergisi, 16, 70-76.
- Uysal, N., & Kutlutürkan, S. (2016). *Kanserli bireyde semptom kontrolünde refleksoloji uygulaması*. Bakırköy Tıp Dergisi, 12, 103-109.
- Ülger, E., Alacacıoğlu, A., Gülseren, A. Ş., Zencir, G., Tarhan, M. O., & Demir, L. (2014). *Kanserde psikolojik sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 28 (2), 85-92.
- Ünsar, S., Yıldız Fındık, Ü., Kurt, S., & Özcan, H. (2007). *Kanserli hastalarda evde bakım ve semptom kontrolü*. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2 (5), 90-106.
- Üzüm, G., & Nehir, S. (2019). *Kanser hastalarında psikoeğitimin problem çözme becerisine etkisi*. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 10 (1), 75-81.
- Weiss, J., Yang, H., Weiss, S., Rigney, M., Copeland, A., King, J. C., & Deal, A. M. (2017). *Stigma, self-blame, and satisfaction, with care among patients with lung cancer*. Journal of Psychosocial Oncology, 35 (2), 166-179.
- Williams, S. A., & Schreier, A. M. (2004). *The effect of education in managing side effects in women receiving chemotherapy for treatment of breast cancer*. Online Exclusive, 31 (1), E16-E23.
- Wilmoth, M C., & Spinelli, A. (2000). *Sexual implications of gynecologic cancer treatments*. JOGNN, 29 (4), 413-421.
- World Health Organization. (2021). Childhood cancer. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer-in-children> Erişim tarihi: 1 Temmuz 2022.
- Xu, X., Parker, D., Ferguson, C., & Hickman, L. (2017). *Where is the nurse in nutritional care?*. Contemporary Nurse, 53 (3), 267-270.
- Yağcı, Ü., & Saygın, M. (2019). *Ağrı fizyopatolojisi*. SDÜ. Tıp Fakültesi Dergisi, 26 (2), 209-220.
- Yalçın, Y., & Karaca, M. (2019). *İleri evre kanserli hastalarda adjuvan kemoterapinin başlama zamanı ile yan etkileri arasındaki ilişkinin karşılaştırılması*. Akdeniz Tıp Dergisi, 5 (3), 532-537.
- Yavuzşen, T., Alacacıoğlu, A., Çeltik, A., & Yılmaz, U. (2014). *"Kanser ve uyku bozuklukları"*. Türk Onkoloji Dergisi, 29 (3), 112-119.
- Yeloğlu, Ç. H., Güveli, H., & Hocaoğlu, Ç. (2015). *Son dönem hastalarında psikiyatrik yaklaşım*. Literatür Sempozyum, 43-50.

- Yeşilbalkan, Ö. U., Akyol, D., Çetinkaya, Y., Altın, T., & Ünlü, D. (2005). *Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi*. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 21 (1), 13-31.
- Yıldırım, S., & Gürkan, A. (2010). *Psikososyal açıdan kanser ve psikiyatri hemşiresinin rolü*: Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 26 (1), 87-97.
- Yıldız, E., & Çaydam Dedeli, Ö. (2020). *Sistemik derleme; kanserli hastalara yönelik damgalama ile ilgili araştırmaların sistemik bir analizi*. Sağlık ve Toplum, 20 (1), 9-25.
- Yılmaz, G., & Üstün, B. (2018). *Hemşirelerde profesyonel yaşam kalitesi: merhamet ve merhamet yorgunluğu*. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 9 (3), 205-2011.
- Yılmaz, S. D., Bal. M. D., Beji, N. K., & Arvas, M. (2015). *Ways of coping with stress and perceived social support in gynecologic cancer patients*. Cancer Nursing, 38 (2), E57-E62.
- Yılmaz Karabulutlu, E., & Karaman, S. (2015). *Kanser hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi*. Journal of Health Science and Profession, 2 (3), 271-284.

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Zuhâl SERBEST

EĞİTİM DURUMU

Lisans Öğrenimi : 2019 – KTO Karatay Üniversitesi – Sağlık Bilimleri
Fakültesi -

Hemşirelik

Yüksek Lisans Öğrenimi : 2022 - KTO Karatay Üniversitesi –
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü – Ruh Sağlığı
ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim
Dalı – Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans
Programı

Bildiği Yabancı Diller : İngilizce

İŞ DENEYİMİ

Stajlar : Konya Medicana Hastanesi

: Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyhekim

Psikiyatri Kliniği

: Konya Medova Hastanesi

: Konya Meram Devlet Hastanesi

Çalıştığı Kurumlar

: 2019 – KTO Karatay Üniversitesi – Lisansüstü Bursiyer

: 2020 - NEÜ Meram Tıp Fakültesi Hastanesi - Hemşire

Tarih: 25 Temmuz 2022

EK-1

Sosyodemografik, Klinik ve Stres Yaratan Durumlara İlişkin Bilgi Formu

BÖLÜM 1

1) Yaşınız:.....

2) Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

3) Eğitim Durumunuz:

() İlkokul

() Ortaokul

() Lise

() Yüksekokul

() Üniversite

() Yukarıda yazılı olan seçenekler dışında varsa belirtiniz

4) Medeni Durumunuz: () Bekar () Evli

5) Hastalığınızın Tanısı :

() Lösemi

() Lenfoma

() Akciğer kanseri

() Meme kanseri

() Kolon kanseri

() Pankreas kanseri

() Mesane kanseri

() Mide kanseri

() Karaciğer kanseri

() Rektum kanseri

() Larinks kanseri

() Diğer.....

6) Hastalığın klinik evresi

1. Evre ()

2. Evre ()

3. Evre ()

4. Evre ()

7) Ne kadar süre önce tanı aldınız? :.....

BÖLÜM 2

8) Tanı aldığınız süreçten itibaren kanser hastalığı ile ilgili bilgi düzeyinizin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?

()Yeterli

() Kısmen yeterli

()Yetersiz

9) Kanser tedavisi (kemoterapi tedavisi) sırasında/sonrasında yaşayabileceğiniz etkiler ile ilgili daha önce bir eğitim aldınız mı?

- Evet
 Hayır

10) Kanser tedavisi (kemoterapi tedavisi) sırasında veya sonrasında aşağıda belirtilen yan etkilerden hangisini/ hangilerini deneyimlemeniz daha fazla stres yaşamınıza neden oldu?

- Bulantı-Kusma
 Halsizlik-Yorgunluk
 İshal-Kabızlık
 İştahsızlık
 Ağızda yaralar
 Saç dökülmesi (Alopesi)
 Ağrı
 Enfeksiyon
 Kanama bozuklukları
 Cinsel sorunlar
 Daha önce kolaylıkla gerçekleştirilen aktivitelerde zorlanma / yapamama

11) Kanser tedavisinin (kemoterapi tedavisinin) yan etkilerine yönelik yaşadığınız sorunların üstesinden gelmek için ne yaptınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- Reçete edilen ilacı aldım.
 Sağlık kuruluşundan yardım aldım.
 Dikkatimi başka yöne çekmeye çalıştım. (Müzik dinleme, kitap okuma, tv izleme)
 Alternatif tıp/bitkisel ürünlere yöneldim.
 Hiçbir uygulama yapmadım .
 Yukarıdakilerin dışında kullandığınız başka yöntem varsa açıklayınız?
.....

12) Kanser tedavisinin (kemoterapi tedavisinin) yan etkilerine bağlı gelişen emosyonel (duygusal) sorunlardan hangi/hangilerini yaşadınız?

- Kaygı
 Öfke
 Ümitsizlik
 Belirsizlik
 Korku
 Anksiyete (Bunaltı hali)

13) Kanser tedavisinin (kemoterapi tedavisinin) yan etkilerine bağlı gelişen psikososyal sorunlardan hangi/hangilerini deneyimlemeniz stres yaşamanıza neden oldu? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- Tanı aşamasında teşhis ve uygulanacak tedavi ile ilgili verilen bilgilerin yeterince anlaşılır olmaması
- Aklından geçenleri soramama ya da duyguları yeterince ifade edememe
- Bilinmezlik duygusu (Bundan sonra yaşanacaklar / destek alınacak kaynaklar hakkında yeterli bilgi sahibi olamama)
- Ölüm korkusu (Bu hastalıktan kurtulamam/benim için hayat buraya kadar)
- Hastalığın uzun süre tedavi gerektirmesi
- Aynı hastalığın çocuklarımda ya da yakınlarımda da çıkma ihtimali
- Hastalıktan önceki rol ve sorumluluklarımı gerçekleştiremememe
- Başkasına muhtaç olma korkusu ya da yakınlarım tarafından terk edileceğim korkusu yaşama
- Maddi yetersizlik yaşama korkusu
- İş ve sosyal yaşamımdan, eğlence aktivitelerinden mahrum kalma
- Güvensizlik (Yapılan tedaviye/çevredeki insanlara/kendi bedeninin vereceği yanıtı)
- Uyku etkinliğinin azalması (Daha az ya da fazla uyuma isteği/gece uyuyamama/uykunun sık sık bölünmesi)
- Enerji kaybı ve yaşamdan ya da önceki hoşlanılan şeylerden eskisi gibi tat alamama
- Beden imajında değişim (Eski ben ve şimdiki ben arası bedensel farklılık hissetme)
- Aile içi sorunlar (Eş ile ilişkilerin bozulması/ rol değişimi ile ilgili sorunlar)
- İletişim problemleri yaşama (Sağlık personeli veya diğer insanlarla ilişkilerde)

14) Yan etkilere bağlı gelişen emosyonel (duygusal) ve psikososyal sorunlarla baş edebilmek için hangi davranışları gösterdiniz?

- Duygu, düşünce ve sorunlarımı (Ailem/benimle aynı problemi yaşayan insanlar/sosyal çevremle) paylaştım.
- Duygu, düşünce ve sorunlarımı doktor ve/veya hemşireyle paylaştım.
- Psikiyatri kliniğine başvurarak profesyonel destek aldım.
- Beni rahatsız eden düşüncelerden uzaklaşmak için hafif tempoda yürüyüş, derin nefes egzersizleri yaptım.
- Dikkatimi başka yöne çekmeye çalıştım. (Müzik dinleme, kitap okuma, tv izleme)
- Tanrı ile daha sıkı bir bağ kurmaya çalıştım, ondan sevgi ve şefkat diledim.
- Namaz kılma, dua etme, türbe ziyareti, nazarlık / muska taşıma, kurşun döktürme, adak kurban adama gibi manevi uygulamalarda bulundum.
- Hastalık yokmuş gibi davrandım, uyuyarak sorunları unutmaya çalıştım ya da hastalığı şakaya aldım.
- Anı yaşamaya çalıştım ve hep iyi şeyler hayal ettim.

() Yukarıdakilerin dışında kullandığınız başka yöntem varsa açıklar mısınız?.....

15) Bu yöntemi/yöntemleri kimden öğrendiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

- () Doktor bilgilendirmesi sonucu uyguladım.
- () Eğitim ve Servis Hemşirelerinden öğrendim.
- () İnternet, tv, gazete, dergi, sosyal medyadan öğrendim
- () Akrabam ya da komşulardan öğrendim.
- () Diğer kanser hastaları ve yakınlarından gördüm ya da duydum.
- () Diğer (varsa belirtiniz)

16) Bilgi kaynağı olarak interneti kullanıyorsanız hangi sitelerden yararlanıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz, interneti kullanmıyorsanız 17. Soruya geçiniz).

- () Kanser ile ilgili resmi siteler
- () Onkoloji dernekleri ve onkoloji siteleri
- () Alternatif tedavi siteleri
- () Sosyal ağlar ve forumlar (Facebook, twitter vb.)

17)Yaşadığınız sorunlara çözüm bulmak için başvurduğunuz bilgi edinme kaynaklarından hangi sıklıkta yardım aldınız?

- () Her gün
- () Haftada birkaç kere
- () Ayda birkaç kere
- () Yılda birkaç kere

18) Uyguladığınız bu yöntem/yöntemler fizyolojik, emosyonel ve psikososyal şikayetlerinizin azalmasında etkili oldu mu?

- () Etkili oldu
- () Kısmen etkili oldu
- () Etkili olmadı

Sayın katılımcı anketimizi yanıtladığınız için teşekkür ederim.
Zuhal Serbest

EK -2**STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ**

Bu ölçek kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin.

	Bir sıkıntım olduğunda...	Hiç uygun değil	Uygun değil	Uygun	Tamamen Uygun
1.	Kimsenin bilmesini istemem				
2.	İyimser olmaya çalışırım				
3.	Bir mucize olmasını beklerim				
4.	Olayları büyütmeyip üzerinde durmamaya çalışırım				
5.	Başta gelen çekilir diye düşünürüm				
6.	Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım				
7.	Kendimi kapana sıkışmış gibi hissediyorum				
8.	Olayın/olayların değerlendirilmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım				
9.	İçinde bulunduğum zor durumu kimsenin bilmesini istemem				
10.	Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum				
11.	Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam				
12.	Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım				
13.	İş olacağına varır diye düşünürüm				
14.	Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım				
15.	Problemin çözümü için adak adarım				
16.	Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum				
17.	Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım				
18.	Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım				
19.	Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım				
20.	Problemi/problemleri adım adım çözmeye çalışırım				
21.	Mücadeleden vazgeçerim				
22.	Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm				
23.	Hakkımı savunabileceğime inanırım				
24.	Olaylar karşısında ‘‘kader buymuş’’ derim				
25.	‘‘Keşke daha güçlü olsaydım’’ diye düşünürüm				
26.	Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı düşünürüm				
27.	‘‘Benim suçum ne’’ diye düşünürüm				

28.	”Hep benim yüzümden oldu diye düşünürüm”				
29.	Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım				
30.	Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır				

EK – 3

KURUM İZİNİ



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Meram Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : E-14567952-900-46624
Konu : Araştırma İzni (Zuhal SERBEST)

28.05.2021

REKTÖRLÜK MAKAMINA
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına)

KTO Karatay Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Zuhal SERBEST'in Prof. Dr. Ayşe ÖZCAN danışmanlığında yürüttüğü "Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Yaşanan Stres Durumları ve Stresle Baş Etme Stratejileri" konulu ismi talebinin Onkoloji servisinde yatmakta olan ve kemoterapi tedavisi gören hastalara yapılabilmesinin uygun olduğuna dair, Anabilim Dalı Başkanlığının 27.05.2021 tarih ve 46295 sayılı yazıları ekte gönderilmiştir.
Gereğini arz ederim.

Prof. Dr. Metin DOĞAN
Dekan V.

Ek:
1- Tıbbi Onkoloji BD
2- İcra



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Meram Tıp Fakültesi Dekanlığı Dahili Tıp Bilimleri Bölümü İç Hastalıklar
Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : E-47811134-900-46295
Konu : Zuhal Serbest Araştırma İzni

27.05.2021

MERAM TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 24.05.2021 tarihli ve E-14567952-900-44310 sayılı yazınız.

Karatay Üniversitesi Lisansüstü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Zuhal SERBEST'in Prof. Dr. Ayşe ÖZCAN danışmanlığında yürüttüğü "Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Yaşanan Stres Durumları ve Stresle Baş Etme Stratejileri" konulu tezini Tıbbi Onkoloji servisinde yatmakta olan ve kemoterapi tedavisi gören hastalarla yapması uygun görülmüştür. Konu ile ilgili Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı'nın yazısı ekte gönderilmiştir.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Nedim Yılmaz SELÇUK
Anabilim Dalı Başkanı

Ek: Tıbbi Onkoloji BD



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Meram Tıp Fakültesi Dekanlığı
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü
İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı
Tezli Onam Formu Bilim Dalı Başkanlığı

Sayı : E-47811134-948.01 99-45792
Konu : Zuhul SERBEST Araştırma İzni

26.05.2021

MERAM TIP İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALINA

İlgi : 25.05.2021 tarihli ve E-47811134-900-45417 sayılı yazınız.

Yürütülen çalışma için kliniğimizde yatan hastalara "Kemoterapi Kanser Hastalarında Yaşanan Stres Durumları ve Stresle Baş Etme Stratejileri" konulu tezin bölümümüzde yapılması uygundur.

Gereğini saygılarımızla arz ederiz.

Prof.Dr. Mehmet ARTAÇ
Bilim Dalı Başkanı

EK – 4

YAZILI ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

Biz, KTO Karatay Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisi Zuhal SERBEST ve KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nde görev yapmakta olan tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Serap SAYAR ile "Kanser Hastalarında Stres Yaratan Durumlar ve Baş etme Stratejileri" isimli tez çalışmasını birlikte yürütmekteyiz. Bu çalışmanın amacı; kanser hastalarında stres yaratan durumları ve bireylerin baş etme stratejilerini belirlemektir. Yapılan çalışma süresince size birtakım sorular yöneltecek ve cevaplamanız istenecektir. Vereceğiniz bilgiler sadece bilimsel veri oluşturmak amacıyla kullanılacaktır. Soruların doğru veya yanlış cevabı bulunmamaktadır. Soruların bulunduğu anketin uygulanması ortalama 20 dakika sürecektir. Çalışma sonuçlarının sağlıklı olması için samimi cevaplar vermeniz oldukça önemlidir.

Çalışmaya katılma nedeniyle herhangi bir ödül, ücret ya da ceza verilmeyecek, sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmak zorunlu değildir. İstedığınız zaman soruları cevaplamayı bırakabilirsiniz. Çalışmadan çekilseniz de tedavi ve bakımınız yapılacaktır.

Çalışma sonuçları herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken, bu yayında isminiz kullanılmayacaktır. Verdiğiniz bilgilerin gizliliği sağlanacak, bilgileriniz üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formunu okudum, sözlü ve yazılı olarak anlatıldı ve konu hakkında bilgilendirildim. Çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Hasta Adı Soyadı:

Telefon:

Tarih:

İmza:

Araştırmacının Adı Soyadı: Zuhul SERBEST

Telefon:

Tarih:

İmza:

T.C.
KTO KARATAY ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı: 02

Toplantı Tarihi: Ek.02.2022

Karar Sayısı: 2022/010: Dr.Öğr.Üyesi Serap SAYAR'ın, "Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Yaşanan Stres Durumları ve Stresle Baş Etme Stratejileri" araştırma projesinin çalışması ile ilgili; sorumlu araştırmacı ve başlık değişikliği konusunda vermiş olduğu 14.02.2022 tarihli dilekçesi ve ekleri görüldü.

Görüşme sonucunda 11.03.2021 tarihli Etik Kurul toplantısında uygun görülen **Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Yaşanan Stres Durumları ve Stresle Baş Etme Stratejileri** araştırma projesinin, çalışma başlığının **Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Stres Yaratıcı Durumlar ve Stresle Baş Etme Stratejileri** olarak değiştirilmesine ve Dr.Öğr.Üyesi Serap SAYAR sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.

Sorumlu Araştırmacı: Dr.Öğr.Üyesi Serap SAYAR

Yardımcı Araştırmacı: Zuhul SERBEST