T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI

BAŞ BOYUN KANSERLİ HASTALARDA FONKSİYONEL DURUM VE SOSYAL DESTEĞİN BELİRLENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Neşe UYSAL

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Hatice BOSTANOĞLU

ANKARA
TEMMUZ 2011

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 04/07/2011

İmza
Ünvanı Adı ve Soyadı
Gazi Üniversitesi
Jüri Başkanı
Prof.Dr.Hatice Bostanoğlu

İmza
Ünvanı Adı ve Soyadı
Gazi Üniversitesi
Yrd. Doç.Dr. Sevinç Kutlutürkan

İmza
Ünvanı Adı ve Soyadı
Hacettepe Üniversitesi
Yrd. Doç. Dr. Sevgisun Kapucu

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
KABUL VE ONAY	I
İÇİNDEKİLER	II
GRAFİKLER	IV
TABLOLAR	V
SEMBOLLER VE KISALTMALAR	VII
1.GİRİŞ	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2.Araştırmanın Amacı	4
2.GENEL BİLGİLER	5
2.1. Baş Boyun Kanserleri	5
2.1.1. Baş Boyun Kanserinin Sıklığı ve Sınıflandırılması	5
2.1.2. Baş Boyun Kanserleri Etiyolojisi	8
2.1.3. Baş Boyun Kanserlerinde Evreleme	9
2.1.4. Baş Boyun Kanserlerinde Prognoz ve Tedavi	10
2.**1.4.1**.Radyoterapi	11
2.1.4.2. Kemoterapi	13
2.1.4.3. Cerrahi Tedavi	14
2.2. Fonksiyonel Durum Kavramı	15

Sayfa No

2.2.1. Fonksiyonel Durum Tanımı ve İçeriği 15
2.2.2. Baş Boyun Kanserlerinde Fonksiyonel Durum 18
2.3. Sosyal Destek Kavramı 22
2.3.1. Sosyal Destek Tanımı ve İçeriği 22
2.3.2. Baş Boyun Kanserleri ve Sosyal Destek 25
2.4. Baş Boyun Kanserli Hastalarda Fonksiyonel Durum ve Sosyal Desteğin Belirlenmesinin Hemşirelik Açısından Önemi 28
3.GEREÇ VE YÖNTEM 31
3.1. Araştırmanın Şekli 31
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 31
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 32
3.4. Verilerin Toplanması 32
3.4.1.Veri Toplama Araçları 33
3.4.1. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması 35
3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulaması 35
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi 36
3.7.Araştırmanın Etik Boyutu 38
4.BULGULAR 39
5.TARTIŞMA 76
6.SONUÇ 96
6.1. Sonuçlar 96
6.2. Öneriler 102
7.ÖZET 103

Sayfa No

8.SUMMARY 105

9.KAYNAKLAR 107

10.EKLER 123

10.1.EK–1 Anket Bilgilendirme Formu 123

10.2.EK–2 Fonksiyonel Durum ve Sosyal Desteğin Belirlenmesine İlişkin Tanıtıcı Özellikler Anket Formu 124

10.3.EK–3 Fonksiyonel Yaşam Ölçeği 129

10.4.EK–4 Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği 133

10.5.EK–5 Araştırma Ön Uygulama İzin Yazıları 136

10.6. EK–6 Araştırmanın Yapıldığı Hastaneden Alınan İzin Yazısı 137

10.7. Ek -7 Araştırmanın Etik Kurul İzni 138

11. TEŞEKKÜR 140

12. ÖZGEÇMİŞ 141

GRAFİKLER

Sayfa No

Grafik 4.1. Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanlarının Korelasyonu 75

TABLOLAR

Tablo No **Sayfa No**

Tablo 3.1: Baş Boyun Kanserlerinde Evreleme 9

Tablo 3. 2: Hastalık ve Tedaviye Bağlı Gelişen Fiziksel/Fonksiyonel Değişimler, Etiyolojisi ve Hastaya Etkileri 19

Tablo 4.1: Hastaların Tanıtıcı Özellikleri 39

Tablo 4.2: Hastaların Hastalıkla İlgili Özellikleri 41

Tablo 4.3: Hastaların Hastalık ve Tedavi Sürecine Bağlı Sorun Yaşama Durumu ve Yaşanan Sorunların Dağılımı 44

Tablo 4.4: Hastaların Yaşadıkları Güçlüklerle Baş Etme Düzeyleri ve Baş Etmede Yaptıklarına İlişkin İfadeleri 46

Tablo 4.5: Hastaların Destek Alma Durumları ve Destek/Danışmanlıktan Beklentilerine İlişkin İfadeleri 47

Tablo 4.6: Hastaların Sağlık Personelinden Beklentilerine İlişkin İfadeleri 48

Tablo 4.7: Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Alt Başlıklarına Göre Ortalama Puanları Dağılımı 50

Tablo 4.8: Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği Alt Başlıklarına Göre Ortalama Puanların Dağılımı 51

Tablo 4. 9: Hastaların Yaş ve Cinsiyetlerine Göre Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Kanser Hastası ve Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanların Dağlımı 52

Sayfa No

Tablo 4.10: Hastaların Medeni Durumları ve Eğitim Durumlarına Göre Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanlarının Dağılımı 54

Tablo 4.11: Hastaların Yerleşim Yeri ve Çalışma Statüsüne Göre Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanlarının Dağılımı 57

Tablo 4.12: Hastaların Gelir Durumu, Yardım Alma ve Bilgi Sahibi Olma Durumlarına Göre Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanlarının Dağılımı 59

Tablo4.13: Hastaların Aldıkları Tanılar ve Tanı Sürelerine Göre Fonksinel Yaşam Ölçeği ve Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanlarının Dağılımı 62

Tablo 4.14: Hastaların Hastalık Evresi ve Tedavilerine Göre Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanlarının Dağılımı 64

Tablo 4.15: Hastaların Aldıkları Kemoterapi Kür Sayısı ve Radyoterapi Gün Sayısına Göre Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Kanser Hastası Soyal Destek Ölçeği Ortalama Puanlarının Dağılımı 66

Sayfa No

Tablo 4.16: Hastaların Son Kemoterapi, Son Radyoterapi ve Son Cerrahi Uygulanma Zamanlarına Göre Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanların Dağılımı 68

Tablo 4.17: Hastaların Başka Kronik Hastalık Varlığı ve Cerrahi Tedavi Uygulanma Durumlarına Göre Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanlarının Dağılımı 70

Tablo 4.18: Hastaların Baş Etme Düzeylerine Göre Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanlarının Dağılımı 72

Tablo 4.19: Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanlarının Korelasyonu 74

SEMBOLLER VE KISALTMALAR

FYÖ=Fonksiyonel Yaşam Ölçeği

KHSDÖ=Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği

ASD=Algılanan Sosyal Destek

MSS=Merkezi Sinir Sistemi

GIS=Gastrointestinal Semptomlar

DSÖ=Dünya Sağlık Örgütü

AJCC(American Joint Commite On Cancer)= Amerikan Kanser Komitesi

ABD=Amerika Birleşik Devletleri

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Yaşam süresinin uzaması ile birlikte tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi kanser görülme sıklığında da artış gözlenmektedir. Kanser, sık görülmesi ve yüksek oranda ölüme yol açması nedeniyle günümüzün en önemli sağlık sorunlarından biridir. Her yıl 11 milyondan fazla insana kanser tanısı konmakta ve 2020 yılına kadar 16 milyon yeni vakanın ortaya çıkacağı tahmin edilmektedir[1,2].

Baş boyun kanserleri oral kavitenin, farenksin ve larenksin epitelial hücreli kanserlerini kapsamaktadır ve tüm kanserlerin yaklaşık %4-5'ini oluşturmaktadır. Dünya genelinde en sık görülen kanserler sıralamasında meme, over, akciğer, prostat ve kolerektal kanserlerin ardından baş boyun kanserleri altıncı sırada yer almaktadır[3,4,5]. Skuamoz hücreli baş boyun kanserleri kanser nedenli ölümler arasında 7. sıklıkta yer almaktadır. Her yıl yaklaşık 400 000 ağız boşluğu ve farenks kanseri ile 160 000 larenks kanser vakası ortaya çıkmakta ve bunların yaklaşık 300 000'i ölümle sonuçlanmaktadır[5,6]. Baş boyun kanserleri erkeklerde kadınlara oranla 3–4 kat daha fazla ve genelde 50–70 yaşları arasında görülmektedir. Hastaların %60'ı ileri evrede tanı almaktadır ve 5 yıllık ortalama sağ kalım süresi %40–50 dolaylarındadır[4,8,6,9,10].

Baş boyun kanser tedavisi, anatomik bölge, hastalık evresi ve tipine göre değişiklik göstermektedir. Tedavi seçeneği belirlenirken anatomik bütünlüğü bozmadan kozmetik ve fonksiyonel yapıyı koruyarak tedavi sağlamak önem taşımaktadır. Erken evre hastalarda tek bir tedavi seçeneği yeterli olabilirken ileri evre hastalarda kombine ve daha yoğun tedavi seçenekleri uygulanmaktadır. En yaygın kullanılan tedavi seçenekleri radyoterapi, kemoterapi ve cerrahidir[6,11,12].

Kronik bir hastalığa yakalanma bireyin yaşamını tüm yönleriyle etkileyen bir sorundur. Bu nedenle son yıllarda hastalıkların tedavisinde amaç hastalığın giderilmesi ile sınırlandırılmamakta, geride kalan sonuçların fonksiyonel ve estetik yönden kabul edilebilir sınırlar içinde olması ve yaşam kalitesinin devam ettirilmesi önemli bir gereklilik olarak görülmektedir. Bu nedenle baş boyun kanser hastalarında yeni tedavi yöntemlerinin değerlendirilmesi, tümör cevabı ve genel sağ kalım süresi gibi sonuçlara odaklanmanın yanı sıra kanser ve kanser tedavisinin bireyin fonksiyonel, psikolojik, sosyal sağlığına olan etkilerinin de değerlendirilmesi önemlidir[13,14,15,16,17].

Baş boyun kanserleri görülme sıklıkları açısından diğer kanser türlerine göre alt sıralarda yer almasına rağmen bu tür kanserler yerleşim bölgesinin anatomik ve işlevsel özellikleri, hastalığın ve tedavi kapsamında uygulanan girişimlerin yarattığı fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlar nedeniyle ayrı öneme sahiptir[8,18,19]. Baş boyun kanserli hastalarda yemek yeme, solunum gibi yaşamsal fonksiyonların etkilenmesi, iletişim sağlayıcı fonksiyonların kaybı, bununla birlikte ağrı, yorgunluk, kilo kaybı gibi sorunlar nedeniyle fiziksel kapasitede azalma olması hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmekte güçlük yaşamalarına neden olmakta, fonksiyonel yaşamlarını olumsuz etkilemektedir[20,21,22]. Ayrıca bu bölgede yer alan kanserler yaşamsal önemlerinin yanı sıra kişinin dış dünyayı algılaması, sosyal yaşamını sürdürmesi ve iletişim kurması açısından da önemli role sahip olduğundan hastalarda yaşanan fonksiyonel kayıplar hastayı fiziksel olduğu kadar ruhsal, sosyal ve ailesel açıdan da ciddi şekilde etkilemektedir. Beden imajında bozulma, uyum güçlüğü, sosyal aktivitelerde azalma, iş ve aile yaşamında değişim, sosyal izolasyon gibi sorunlar bireylerin iyilik haline zarar vererek bireylerin çevresi ile olan ilişkilerinde, bireylerin işine ve sosyal yaşamına devamında sorunlara

neden olmaktadır. Hastalık ve tedavi nedeniyle meydana gelen sorunlar ve sosyal yaşamın sürdürülmesinde yaşanan zorluklar bu hastaların sosyal destek gereksinimlerinde artışa neden olmaktadır. Yeterli sosyal desteğin bu hastalarda semptomlarla baş etmede yarar sağladığı, anksiyete, depresyon yaşama sıklığını azalttığı ve sosyal izolasyonu önleyerek hastaların tekrar sosyal, ekonomik hayata kazandırılması ve içinde bulunduğu toplum ile ilişkilerinin devamının sağlanmasında yarar sağladığı ve hastaların fonksiyonel durumlarını yükselttiği belirtilmektedir [19,23,24,25,26].

Baş boyun kanserli hastalarda fonksiyonel durumun iyileştirilmesi ve sosyal desteğin sağlanmasında önemli rollerden biri hemşirelere düşmektedir. Hemşireler, baş boyun kanserli hastaların yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesinde, gereksinim duydukları sosyal ve emosyonel desteğin verilmesinde, stres yaratan durumlarla baş edebilmelerini kolaylaştırmada önemli role sahiptir. Hastalık ve tedavi sürecini olumsuz etkileyebilecek değişkenlerin ve sorunların farkına varılması bunları değiştirebilme ve önleyebilme olanağını da beraberinde getirecektir. Hemşireler, baş boyun kanserli hastalarda hastalık ve tedavi boyunca meydana gelen fiziksel ve psikososyal değişiklikleri takip etme, semptom kontrolü ve fonksiyon kazanımı için görüşme ve müdahaleleri koordine etme**,** hasta ve aile üyelerine eğitim vererek hastaya uygun tedavi ve bakım standardını geliştirerek hasta merkezli bakımı sağlamada anahtar rol oynamaktadır[8,23,27]. Baş boyun kanserli hastaların yaşam kalitesinin yükseltilmesinde önem taşıyan fonksiyonel durumun değerlendirilmesine yönelik yapılan çalışmaların, hastaların çoğunun ileri evrede teşhis edildiği, yoğun tedavi gerektirdiği baş boyun kanserli hastaların yaşadıkları sorunların belirlenmesinde, hastaların fonksiyonel yaşamı ve genel sağlık anlayışını geliştirecek tedavi ve bakım programının seçilmesinde, hastalara verilecek bakım, eğitim hizmetlerinin belirlenmesinde ve fonksiyonel durumu iyileştirmeye yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanmasında yarar sağlayacağı düşünülmektedir.

Hastalarda fonksiyonel durumun iyileştirilmesinde önemli faktörlerden biri olan sosyal destek özelliklerinin belirlenmesine yönelik yapılan çalışmalar ile hastalık sürecinin getirdiği fiziksel kısıtlılık ve psikososyal kayıplarla baş etmede, hastalığa uyumun gelişmesinde, sosyal faktörlerin bakım içine alınarak bireylerin toplum içinde daha üretken olabilmelerine ve daha kaliteli bir yaşam sürdürmelerine yarar sağlayacağı düşünülmektedir [18,8,28,29,30,27].

Bu çalışmada baş boyun kanserli hastaların fonksiyonel durum ve sosyal destek özelliklerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır ve çalışmadan elde edilecek sonuçların hastalara yönelik verilecek bakım, eğitim ve destek programlarının planlanmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma baş boyun kanserli hastalarda fonksiyonel durum ve sosyal desteğin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Baş Boyun Kanserleri

Kanser, hücrelerin vücudun herhangi bir dokusunu etkileyebilecek şekilde kontrol edilemez şekilde büyümesi ve çoğalmasıdır. Kronik hastalıklar arasında kabul edilen kanser, sık görülmesi ve yüksek oranda ölümlere yol açması, artan çevresel kanser yapıcı etkenler nedeni ile çağımızın önemli sağlık sorunlarından biri olarak görülmektedir[1,2].

Ülkemizde kanserden kaynaklanan hastalık yükü de oldukça fazladır. Kanser her yıl 7 milyondan fazla kişinin ölümüne diğer bir ifade ile tüm dünyada meydana gelen ölümlerin yaklaşık %13'üne neden olmaktadır. Ülkemizde ulusal düzeyde ölüm sayılarının temel hastalık gruplarına göre dağılımında, ölüm nedeni olarak kanserler ikinci sırada yer almaktadır. Tüm dünyada kadınlar ve erkekler arasında en sık görülen kanser türleri akciğer, kolerektal ve mide kanseridir. Kanserler içinde baş boyun kanserleri ise meme, over, akciğer, prostat ve kolerektal kanserlerin ardından altıncı sırada yer almaktadır[1,3,4].

2.1.1 Baş Boyun Kanserleri Sıklığı ve Sınıflandırılması

Baş boyun kanserleri oral kavite, burun boşluğu ve paranazal sinüsler, orafarenks, nazofarenks, tükürük bezleri, tiroid, larenks ve boynun üst kısmı lenf nodüllerinden meydana gelen kanserlerdir[31,32].

Baş boyun kanserleri görüldükleri yere göre sınıflandırılmaktadır. Aşağıda baş boyun kanserlerinin yerleştikleri bölge ve bu bölgedeki alt yerleşimlerine göre sınıflandırılması yer almaktadır[10,31,33,34].

Dudak ve oral kavite kanserleri

Dudak

Dil2\3 ön kısmı

Yanak mukozası

Sert damak

Ağız tabanı

Retromolar üçgendeki kanserler

Burun boşluğu kanserleri

Nazofarenks

Antrum

Paranazal sinüsler

Orafarenks kanserleri

Tonsil

Yumuşak damak

Dil kökü

Farenks arka duvarı

Larenks kanserleri

Glotik

Subglotik

Supraglotik

Hipofarenks kanserleri

Tiroid kanserleri

Tükürük bezi kanserler

Baş boyun kanserleri tüm kanserlerin yaklaşık %4-5'ini oluşturmaktadır. ABD'de baş boyun kanserleri tüm kanserlerin %4'ünü, baş boyun kanseri nedeniyle görülen ölümler ise tüm kanserlere bağlı ölümlerin %2'sini oluşturmaktadır. Her yıl 400 00'in üzerinde yeni vaka bildirilmektedir. Dünyada her yıl 600 000 dolayında yeni vaka gözlendiği, baş boyun kanserlerinden ölümlerin ise her yıl 350 000 civarında olduğu rapor edilmektedir[6,32,35,36,37]. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı'nın 2004-2006 yılları Türkiye kanser insidansı verilerine göre Türkiye'de erkeklerde en sık görülen 10 kanser türünde larenks kanserleri %3,9 ile yedinci sırada, kadınlarda ise tiroid kanseri %6,3 ile 3. sırada yer almaktadır[7].

Baş boyun kanserleri histopatolojik olarak squamoz hücreli kanserlerden oluşmaları nedeniyle ortak bir isim altında incelenmektedirler. Skuamoz hücreli tümörler en sık izlenen tür olup, tüm baş boyun kanserlerinin %90'ından fazlasını oluşturmaktadır. Ancak farklı baş boyun bölgelerinden kaynaklanan kanserlerin biyolojik davranışları, klinik seyirleri, tedaviye cevapları birbirinden farklıdır[4,6,32,34]. Baş boyun kanserleri çocukluk çağlarında gözlenebilmekle birlikte yaşla beraber insidansı artmaktadır. Genelde %66–95 oranında değişen aralıkta 50–70 yaş arasında ve erkeklerde görülmektedir[4,10,12,32]. Son yıllarda baş boyun kanserlerinde insidans özellikle genç hastalarda artış göstermektedir ve bu artış sigara kullanımı ve artan kanserojen maddelere maruziyet ile ilişkilendirilmektedir. Erkeklerde kadınlara oranla 3- 4 kat daha fazla görülmekle birlikte kadınların erkeklere yakın miktarda sigara\alkol içmeye başlamasından bu yana fark giderek azalmaktadır[8,12,31,39].

2.1.2.Baş Boyun Kanserleri Etiyolojisi

Baş boyun kanserleri etiyolojisinde genetik yatkınlık, hormonlar, çevre ve hava kirliliği, ağız hijyeni, mesleki risk faktörleri, diyet gibi birçok etken sorumlu tutulmaktadır. Ancak en önemli risk faktörleri, özellikle kötü ağız sağlığı ile birlikte oldukları zaman bazı çalışmalarda %75–90 oranında hastalık gelişiminden sorumlu olan, alkol tüketimi ve sigara içimidir. Tütün içmek, baş ve boyun kanserleri için en önemli risk faktörüdür. Alkol ve tütünün bileşik etkisi ise tek başlarına olan etkilerinin toplamından daha fazladır [6,12,40,41,42].

Baş boyun kanserinin gelişiminde risk faktörleri aşağıda verilmiştir.

- Yaş, cinsiyet, ırk
- Genetik Yatkınlık
- Diyet
- Gastroözofageal reflü
- Alkol ve sigara kullanımı
- Radyasyon
- Kötü ağız hijyeni
- Virüsler(insan papilloma virüsü, ebstein barr virüsü)
- Çalışma ortamı
- İmmün sistem yetmezliği
- İlaçlar, kimyasal maddelere maruziyet
- Çevre ve hava kirliliği
- Güneş ışınlarına uzun süre maruziyet
- Beslenme eksiklikleri'dir [6,10,31,34,41].

2.1.3.Baş Boyun Kanserinde Evreleme

AJCC(American Joint Commite On Cancer) tarafından düzenlenmiş şekline göre baş boyun kanserlerinde TNM evrelemesi kullanılmaktadır. Primer tümör (T), lenf nodu ve sayısı(N), metastaz varlığı ve uzak metastaz(M) olarak gruplandırılmıştır. Tüm baş boyun kanserlerinde N ve M sınıflaması aynıdır. T evrelemesi ise lokalizasyona göre değişir.

Bölgesel Lenf Nodları

N0: Palpe edilebilir lenf nodu yok

N1: 3cm den küçük tek ipsilateral lenf bezi tutulumu

N2: a 3–6 cm arasında tek ipsilateral lenf bezi tutulumu

b 6cm'den küçük multiple ipsilateral lenf bezi tutulumu

c 6 cm'den küçük bilateral veya kontralateral lenf bezi tutulumu

N3: 6cm den büyük bir veya daha fazla lenf bezi tutulumu

Uzak Metastazlar

Mx: Uzak metastaz değerlendirilmedi

M0: Uzak metastaz yok

M1: Uzak metastaz var

Tablo 3.1 Baş Boyun Kanserlerinde Evreleme

	NO	**N1**	**N2a**	**N2b**	**N2c**	**N3**
T1	Evre I	Evre III	Evre IVa	Evre IVa	Evre IVa	Evre IVb
T2	Evre II	Evre III	Evre IVa	Evre IVa	Evre IVa	Evre IVb
T3	Evre III	Evre III	Evre IVa	Evre IVa	Evre IVa	Evre IVb
T4	Evre IVa	Evre IVa	Evre IVa	Evre IVa	Evre IVa	Evre IVb

Evre I'den evre IVb'ye kadar olan tüm evrelerde metastaz evresi Mx veya Mo olarak değerlendirilir. Tümör boyutundan ve lenf bezi metastazından bağımsız olarak uzak metastaz varlığı kanserin evre IVc'de olduğunu gösterir.

Evre I'deki kanserler, küçük ve görüldükleri bölgeye yerleşik kanserler olup genellikle tedavi edilebilir niteliktedir. Evre II ve evre III'deki kanserler ise, lenf nodlarına dağılmış durumdadır. Evre IV'deki kanserler çoğunlukla metastatik özellik taşır ve tedavi edilemez olarak değerlendirilmektedir[43,44].

2.1.4 Baş Boyun Kanserlerinde Prognoz ve Tedavi

Baş boyun kanserli hastalar genellikle lokorejyonel(lokal ileri) evrede tanı alırlar. Baş boyun kanserli hastaların %40-45'i lokal hastalık ile %40–45'i lokal ileri hastalık ile ve %7-10'u uzak metastaz ile tanı almaktadır. Tanı konulduğunda hastaların %40'ında bir veya birden fazla lenf nodu metastazı bulunur ve bu hastalarda izlem süresince % 10–20 oranında ikinci tümörler gelişebilmektedir. İleri evre baş boyun kanserli hastaların %50'den fazlasında iki yıl içinde rekürrens görülmekte, tedavi edilen hastalarda %10–30 arasında ikinci bir kanser gelişme riski bulunmaktadır[12,32,45,46]. Baş boyun kanserlerinde prognoz lokal yayılım ve lenf nodu tutulumuna bağlıdır. 5 yıllık yaşam süresi lokalize hastalıkta %61, boyun metastazında %30 ve uzak metastaz varlığında %11'dir. Genel olarak 5 yıllık yaşam süresi %35 – 50 arasında değişmektedir. Hastaların %40'ı erken evrede; %60'ı ileri evrede tanı almaktadır. Baş boyun kanserlerinde tedavi alanında son yıllarda önemli gelişmeler olmasına karşın sağ kalımdaki artış ise sınırlı düzeydedir [4,6,11,12,46,47,49].

Baş boyun kanserleri tedavisinde cerrahi, radyoterapi, kemoterapi ve kendi aralarında oluşturulan kombinasyonlardan yararlanılır. Bunların dışında son yıllarda immünoterapi ve gen tedavileri gibi yeni tedavi seçenekleri de uygulanmaktadır. Baş boyun kanserlerinde tedavi anatomik bölge, hastalık evresi ve tipine göre değişiklik göstermektedir. Erken evre hastalarda genellikle tek bir tedavi seçeneği yeterli olabilirken ileri evre

hastalıkta kombine tedaviler gerekmektedir[6,11,12]. Baş boyun kanserlerinin yerleşim bölgeleri merkezi sinir sistemi, kranial sinirler ve göz gibi anatomik yapılara komşu olduğu için tedavi yaklaşımları ve seçeneklerinde de kısıtlamalara neden olmakta, tedavi seçeneği belirlenirken hastalık yerleşim bölgesinin anatomik yapısı, hastalığın yayılım özellikleri ve fonksiyonların korunması göz önünde bulundurulmaktadır. Baş boyun kanser tedavisinde amaç, tümörün ortadan kaldırılması ve yeterli fizyolojik fonksiyonun sağlanmasıdır. Bu nedenle tedavi seçeneği belirlenirken anatomik bütünlüğü bozmadan kozmetik ve fonksiyonel yapıyı koruyarak tedavi sağlamak önem taşımaktadır[42,48]. Baş boyun kanser tedavisinde en yaygın kullanılan tedavi seçenekleri ise kemoterapi, radyoterapi ve cerrahidir. Bu tedavi seçeneklerinden biri veya birkaçı hastaların tedavilerinde kullanılmaktadır[12,48,49].

2.1.4.1 Radyoterapi

Radyoterapi, baş boyun kanserli hastalarda tek başına ya da cerrahi ve/veya kemoterapi ile birlikte kullanılan bir tedavi yöntemidir. Baş ve boyun kanseri tedavisinde radyoterapi cerrahi ile eşit ya da yakın tedavi sonuçlarının organ bütünlüğünü bozmadan elde edilmesi nedeniyle önemli bir alternatif tedavi yöntemi olarak görülmektedir. Radyoterapi uygulamaları, gelişen radyoterapi teknolojileri ile üç boyutlu tedavi planlamaları yapılıp normal doku yan etkilerini artırmadan yüksek dozlar uygulamayı sağlamaktadır[47,49]. Radyoterapide amaç, normal dokuları olabildiğince korurken tümöre maksimum dozu verebilmektir. Radyoterapi, cerrahi öncesi neoadjuvan olarak, cerrahi sonrası adjuvan olarak kullanılabildiği gibi primer tedavi olarak da kullanılmaktadır. Primer tedavi olarak radyoterapi, baş ve boyun kanserlerinde anatomik yapıyı bozmadan kozmetik ve fonksiyonel yapıyı koruyarak tedavi sağlamaktadır. Ameliyattan önce tümörün yayılmasını engellemek ve küçültmek ve

ameliyat sonrasında ise tedavinin etkinliğini artırmak ve lenf nodlarında bulunabilecek rezidüel hastalığı yok etmek için kullanılmaktadır[12,47].

Radyoterapi, baş boyun kanser tedavisinde etkisinin yanı sıra birçok istenmeyen yan etkilere de neden olabilmektedir. Bu etkiler radyasyon tedavisi sonrası kısa dönemde ortaya çıkmaktadır. Bununla beraber uzamış ve sistemik olan bazı etkiler baş boyun radyoterapisi alan hastalarda sağ kalımın artması nedeniyle daha büyük öneme sahiptir. Baş boyun kanseri nedeniyle radyoterapi uygulanan hastalarda erken dönem yan etkileri sıklıkla mukoza ve deri gibi hızlı çoğalan dokularda radyoterapi uygulaması sırasında ya da hemen sonrasında ortaya çıkarken, geç dönem yan etkiler genellikle yavaş çoğalan dokularda radyoterapi uygulamasından aylar, yıllar sonra ortaya çıkar. Erken dönemde mukozit, tat alma ve tükürük salgısında azalma, ciltte eritem veya deskuamasyon; geç dönemde ise cilt ve mukozalarda atrofi, telenjiektazi, ülserasyonu, fibrozis, trismus, ödem, nekroz gibi komplikasyonlarla karşılaşılmakta; tükürük salgısında azalma, ağız kuruluğuna ve ağız hijyenini bozarak diş çürüklerine neden olmaktadır. Ayrıca radyoterapi, tedavi alanında cildin iritasyonuna ve renk değişimine neden olabilmektedir[12,50,51]. Gelişen yan etkiler toplam doz, tedavi volümünün genişliği, tedavi süresi, hastalığın evresi, radyoterapi veya cerrahinin uygulanma sırası (preoperatif veya postoperatif), cerrahi teknikler ve kemoterapi gibi çok sayıda faktöre bağlı olarak değişebilmektedir [51].

2.1.4.2 Kemoterapi

Baş boyun kanserlerinde kemoterapi kombine tedavi rejimlerinin gelişmesiyle çeşitli endikasyonlarda uygulanmaya başlanmıştır. Kemoterapi, cerrahi ve/veya radyoterapiye eklenerek, neoadjuvan(indüksiyon), cerrahi ve/veya radyoterapi sonrası(adjuvan) ve konkomittan(radyoterapi ile birlikte), metastatik malignansilerde, organ koruyucu cerrahide neoadjuvan olarak kullanılmaktadır[12,47,49]. Erken evre hastalarda cerrahi ve\veya radyoterapi önerilirken, ileri evre hastalarda konkomittan kemoradyoterapi standart tedavi yaklaşımını oluşturmaktadır[11]. Kemoterapi organ koruyucu yaklaşım amacıyla ve radyoterapinin etkinliğini artıracak şekilde radyoterapi ile birlikte de uygulanmaktadır. Cerrahi ve radyoterapi sonrası gelişebilecek nüksleri önlemek ve geciktirmek, sağ kalımı uzatmak amacıyla, rekürrens ve\veya metastatik hastalıklarda ise kemoterapi palyatif olarak önerilmektedir. İndüksiyon kemoterapi, tedavi öncesinde tümör hacmini küçültmede, hastalığın normal anatomik lokalizasyonuna çekilmesini sağlamada ve radyoterapi alanının küçültülmesinde kullanılmakta, böylece radyoterapi yan etkilerinin azaltılarak tedaviye toleransı artırmayı sağlamaktadır[4,47,52]. Bugün için kemoterapi rejimlerinin kombine uygulaması ile %30 dolayında yanıt oranı, 3–4 ay kadar progresyonsuz sağ kalım sonuçları sağlanmaktadır. Kemoterapi tedavisinin yan etkileri verilen ilaçla bağlantılı olarak değişiklik göstermektedir. Kemoterapi sonrası nötropeni, bulantı ve kusma, mukozit, nöropati, yorgunluk, işitme azlığı, gastrointestinal bozukluklar gibi yan etkiler verilen kemoterapi ilacı ile bağlantılı olarak ortaya çıkabilmektedir[4,12].

2.1.4.3 Cerrahi

Baş boyun kanserlerinde erken evrede cerrahi normal tedavi yaklaşımını oluşturmaktadır. Cerrahi, primer tümörün çıkartılması, tek veya iki taraflı boyun diseksiyonu, trakeostomi ve rekonstrüksiyon şeklinde uygulanmaktadır. Büyük dokuların kaldırılması gerekiyorsa rekonstrüktif ya da plastik cerrahi kaybolan dokuların tekrar yapılandırılması için kullanılmaktadır[8,12,47,49]. Cerrahi tedavinin yan etkileri cerrahi operasyonun türüne ve yerine göre değişiklik göstermektedir. Cerrahi girişimler sağ kalımdaki artış sağlamasına rağmen fonksiyon kayıplarına neden olabilmektedir. Örneğin glosektomi sonrası disfaji, mandibulektomi sonrası çiğneme disfonksiyonu, larenjektomi ve yumuşak damak rezeksiyonu sonrası konuşma bozuklukları gibi önemli komplikasyonlar gelişebilmekte, geçici veya sürekli ses kaybı, yutma ve çiğneme güçlüğü, işitme azlığı, tiroid bezlerinin fonksiyonlarında azalma, yüzde his kaybı oluşabilmektedir[12,17,21,53].

Cerrahi girişimler fonksiyonel bozukluk oluşturmasının yanı sıra yüz ve vücutta estetik görünümde bozukluklarına neden olabilmektedir. Organ koruma tedavilerine rağmen ortaya çıkan beden imajı sorunları bireylerin ruhsal iyilik durumunu ve yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilemekte ve psikolojik sorunları da beraberinde getirmektedir[21,53]. Rekonstrüktif cerrahi fonksiyon ve şekil bozukluğunu tekrar yapılandırılmasına rağmen hastalar sıklıkla kalan kozmetik ve fonksiyon değişimlerden rahatsızlık duymaktadır[8,54]. Dropkin(1999) baş boyun kanser cerrahisinde yaşam kalitesi ile bağlantılı olarak beden imajı değişimini tanımlamak amacıyla yaptığı çalışmada şekil bozukluğuna yol açan yüz cerrahisini önemli ölçüde yüksek anksiyete seviyesiyle ilişkili bulunduğunu ve tedaviyle beraber yaşam kalitesinin etkilendiğini belirtmiştir[55].

2.2. Fonksiyonel Durum Kavramı

2.2.1. Fonksiyonel Durum Tanımı

Kanser ve kanser tedavileri sonucu oluşan fiziksel ve emosyonel stres, hastalık ve tedavi sonucu gelişen fonksiyonel yetersizlik ve semptomlar hastaların fiziksel, emosyonel ve sosyal fonksiyonları üzerine önemli etkileri vardır. Kronik bir hastalığa sahip bir bireyin yaşamını bu hastalıkla geçirmesi fiziksel, psikolojik ve sosyoekonomik yönden olumsuz etkileyebilmektedir[56,57,58,59,60,61]. Bu hastalarda hastalığa bağlı komplikasyonlar, öz bakım gücünde ve performansında azalma, fiziksel, sosyal ve ekonomik sorunlar kişilerarası ilişkilerde bozulma, ümitsizlik, korku, depresyon gibi psikolojik sorunlar yaşam kalitesini azaltmaktadır[59,62]. Bu nedenle kanserde yeni tedavi yöntemlerinin değerlendirilmesi, tümör cevabı, genel sağ kalım süresi gibi biyomedikal sonuçlara odaklanmanın yanı sıra son yıllarda kanserin ve tedavisinin bireyin fonksiyonel, psikolojik ve sosyal sağlığına olan etkilerinin de değerlendirilmesinin gerekli olduğu giderek artan şekilde anlaşılmaktadır[14,26,60].

Fonksiyonel durum bireyin normal günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesi, temel gereksinimleri karşılaması, günlük işlevleri yerine getirmesi, sağlık ve iyilik durumunun sürdürülmesidir. Fonksiyonel durum; fiziksel, psikolojik, bilişsel ve sosyal fonksiyonlardan oluşmaktadır.[63,64,65].

Fiziksel Fonksiyon: Yemek yeme, giyinmek, yürümek, merdiven çıkma, banyo yapmak vb.
Psikolojik Fonksiyon: Anksiyete, depresyon, öz bakım, baş etme vb.
Bilişsel Fonksiyon: Oryantasyon, hafıza, yargılama vb.
Sosyal Fonksiyon: Kişilerarası ilişkiler, sosyal kaynaklar, toplumsal rol ve cinsel aktivite vb. bu fonksiyonlara iyi olma ve ağrının değerlendirilmesi de eklenmektedir .

Fonksiyonel durum fonksiyonel performans ve fonksiyonel kapasite ile ilişkili bir kavramdır. Fonksiyonel kapasite yaşamlarının normal sürecinde temel gereksinimlerini karşılayan bireylerin yaptıkları aktiviteleri maksimum yapabilme olasılığı olarak tanımlanır[64,67]. Fonksiyonel kapasite fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi yaşam alanlarını kapsamaktadır. Fiziksel kapasite kasların gücü, dayanması, dengesi, koordinasyonu ve diğer faktörler arasındaki fonksiyonu gösterir. Akıl, hafıza, oryantasyon, karar alma ve hareket etme bilişsel kapasitenin elementleridir. Psikolojik kapasite stresli durumlara uyum ve günlük aktiviteleri kullanabilme kaynaklarını psikososyal yaklaşımla gösterir. Sosyal destek kapasitesi verilen sosyal ağ içinde insanlarla etkileşimi sayısal olarak açıklar. Fonksiyonel kapasite kişinin gün boyu yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan kendine bakım, yemek yeme, giyinme, ev işleri, alışveriş yapma ve sosyal aktivitelerde kimseden yardım almadan bağımsız olabilme yeteneğini gösterir[64,65]. Fonksiyonel performans insanların yaşamlarının normal süreci içinde temel gereksinimlerini karşılayabilmesi, rollerini tam olarak yerine getirebilmesi, sağlığı ve iyilik halini, fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi aktivitelerini sürdürebilmesi olarak tanımlanır. Fiziksel performansın fiziksel içeriğinde bireyin bedensel gereksinimlerine göre yapılan aktiviteler bulunur. Giyinme, yemek yeme, duş alma gibi aktiviteleri kapsar. Mental sağlık ve kişisel gelişmeyi içeren aktiviteler; müzik, okuma, bahçe işleri veya hobileridir. Sosyal bileşenler ise parti veya toplantılar düzenleme, arkadaş ziyaretleri gibi toplum ve ailenin etkileşimidir. Ruhsal

bileşenleri ise manevi duygular, ibadetler, meditasyon ya da gönüllü işlerde çalışma gibi aktivitelerden oluşmaktadır. Kognitif fonksiyon, emosyonel durum, kendi sağlığını genel algılama hali, yaşamdan tatmin olma düzeyi ve mutluluk psikolojik hayatın ana parçalarını oluşturur[64,65,67,68,69].

Kişinin sağlık durumundan yaşam kalitesine kadar hayatının değişik alanlardaki kişisel yeterliliği fonksiyonel durum kavramı içine girmektedir. Keith, fonksiyonel durumu aktivitede sınırlama ve sağlıklı olmayı içeren fiziksel fonksiyon, affektif ve kognitif fonksiyonu içeren psikolojik fonksiyon, alışagelmiş roller veya majör aktivitede sınırlılıklar, sosyal birleşme, sosyal etkileşim ve samimiyeti içeren sosyal fonksiyon olarak tanımlamıştır[68]. Sağlığın benzer alanlarına dayanan fonksiyonel durum ile yaşam kalitesi arasında güçlü bir ilişki vardır. DSÖ yaşam kalitesini; fiziksel fonksiyon, rol fonksiyon, emosyonel fonksiyon, psikolojik fonksiyon, sosyal fonksiyon, somatik\fizyolojik rahatsızlıklar, kişisel algılama gibi çok boyutlu kavramlar olarak tanımlamıştır. Fonksiyonel durum içerisinde de yaşam sürecindeki temel gereksinimleri olan bireylerin aktiviteleri, rolleri, sağlığı ve iyilik halini sürdürmeleri gibi boyutlar yer alır. Fonksiyonel durum ölçümü aynı zamanda bir yaşam kalitesi ölçümüdür. Yaşam kalitesi terimi, sağlık durumu ile fonksiyonel durum ile fonksiyonel kapasite arasındaki ilişkiyi ve bu konularda kişinin kendini nasıl algıladığını göstermek için kullanılmaktadır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kişinin kendini iyi hissetmesi ve sağlık durumuna genel bir çerçeveden bakış açısı ile ilgilidir. Sağlığa bağlı yaşam kalitesi ise onkolojide önemli bir konu olarak gittikçe artan bir önem kazanmaktadır. Fiziksel fonksiyon, psikolojik fonksiyon, sosyal etkileşim ve hastalık ile tedaviye bağlı semptomlar gibi dört ana maddeyi içeren çok yönlü bir kavramdır[60,62,63,70].

Fiziksel sağlık doğrudan hastalığın semptomlarını kapsar. Fonksiyonel sağlık, kendine bakım ve fiziksel aktivite düzeyi ile ilgilidir. Fonksiyonel durum belirlenmesinde, günlük yaşam aktiviteleri gibi belirli

görevleri yerine getirmedeki performans üzerine yoğunlaşılır[63,70]. Sağlığa yönelik yaşam kalitesi ölçekleri bireyin yaşamına ve sağlığına verdiği değeri, davranışlarına, tıbbi bakımına, sağlık güvencesine ya da sosyal güçlerine etki eden faktörleri ortaya çıkarır. Fonksiyonel durum ise yaşam kalitesi ile birlikte kullanılır. Literatür incelendiği zaman yaşam kalitesi kavramının yaşam memnuniyeti, iyilik hali, sağlık, mutluluk, yaşam değeri, fonksiyonel durum gibi kavramlarla eş anlamlı olarak kullanıldığı görülmektedir[63,64,65].

2.2.2.Baş Boyun Kanseri ve Fonksiyonel Durum

Baş boyun kanserleri görülme ve ölüme neden olma sıklıkları açısından diğer kanser türlerine göre alt sıralarda yer almasına rağmen hastalığın ve tedavi kapsamında uygulanan girişimlerin yarattığı kozmetik, işlevsel ve beslenme bozuklukları hastalığın önemini artırmaktadır [8,23,71,72].

Baş boyun kanserli hastalarda fonksiyonel yetersizlik oluşturan pek çok sebep bulunmaktadır. Tablo 3.2'de baş boyun kanserli hastalarda hastalık ve \veya tedaviye bağlı gelişen bazı değişiklikler ve bu değişikliklerin hastaya olan etkileri gösterilmiştir [8,18,21,73,74,75,76].

Tablo 3.2 Hastalık ve Tedaviye Bağlı Gelişen Fiziksel\Fonksiyonel Değişimler, Etiyolojisi ve Hastaya Etkileri

FİZİKSEL/FONKSİYONEL DEĞİŞİM	ETİYOLOJİ	HASTAYA ETKİLERİ
Fiziksel görünümde değişim	Skar Dermatit Fasiyal sinir hasarı Lenfatik drenajda değişim Ödem Cerrahi	Kendi farkındalığında değişim Benlik saygısında azalma Kendine güvende değişim Sosyal anksiyete Aile ile iletişimde değişim Çalışma yaşamında değişim Anksiyete, depresyon
Yemek yemede değişim	Kasların cerrahi ablazyonu Radyoterapi Kemoterapi Ağrı Fibrozis Diş kaybı Obstrüksiyon Larengeal ödem Tat almada değişim Vokal kord ve dilin hareket kısıtlılığı Trismus	Disfaji Tükürük salgısında değişim Kilo kaybı Yemek yeme zamanında uzama Yemekten zevk almada değişim Sosyal yemeklerde azalma Koku ve tat almada değişim
Konuşma, ses değişimi	Cerrahi Ödem Fibrozis	Anksiyete Sosyal izolasyon Kişilerarası ilişkilerde değişim
Omuzda fonksiyon kaybı	Radikal boyun diseksiyonu Aksesor sinir zedelenmesi	Fiziksel kısıtlılık Ağrı Beden mekanizmasında değişim Çalışmaya dönüşe etkisi Ekonomik duruma etkisi
Ağrı	Cerrahi Boyun diseksiyonu Mukozit Enfeksiyon Rekürrensler Mukoza ülserasyonu Ödem Tümör invazyonu Mandibula, maksilla, kemik tutulumu	Yemek yemeye etkisi Konuşmaya etkisi Uykuya etkisi Yutma güçlüğü Yaşam kalitesinde azalma
Yorgunluk	Cerrahi Radyoterapi ve kemoterapi Hipotiroidi Anemi Uyku bozukluğu Kilo kaybı Fiziksel kondisyon kaybı	Yaşam kalitesinde azalma Günlük işlevleri yerine getirmede zorluk

Baş boyun bölgesi anatomik ve fizyolojik olarak organizmanın diğer bölgelerinden farklılık göstermektedir. Bölgede yer alan başlıca yapılar deri, diş, tükürük bezleri, merkezi sinir sistemine ait yapılar, endokrin sistem ve bunlara ait bezler, duyu organları, solunum ve sindirim sistemi başlangıç organlarıdır. Bu nedenle bölgede gelişen kanser ve uygulanan tedaviler başlıca bu organ ve dokular üzerine etkili olmaktadır. Uygulanan tedavi yöntemleri hastalığı ortadan kaldırırken meydana gelen yan etkiler ve fonksiyon kayıpları hastaların yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir[8,19,20,26]. Tedaviler sensomotor kayıp ve\veya anlamlı iletişim sağlayıcı fonksiyonların kaybı, konuşma, yemek yeme, solunumla ve fiziksel görünümle bağlantılı olabilmektedir. Glosektomi sonrası disfaji, radyoterapi sonrası çene ve boyunda kontraktürler, diş ve tükrükde değişim, larenjektomi sonrası konuşma bozuklukları ortaya çıkabilmekte, bununla beraber ileri evre baş boyun kanserli hastalarda kanserin kendisine bağlı olarak da tümörün büyüklüğü ve tutulan bölge ile ilişkili olarak aspirasyon, ağrı, disfaji, solunum sıkıntısı ve ses bozuklukları görülmektedir. Yoğun cerrahi girişimler ve sıklıkla takip eden radyoterapi ve bazen kemoterapi hastaların fiziksel ve psikososyal durumunu ve toplumsal yaşantısını etkilemektedir[8,20,20,22,77]. Aras ve ark(2008) baş boyun kanserli hastalarda yutma ve iletişim kurmada yaşanan sorunların daha sık görüldüğünü belirtmiştir[78]. Rosenthal ve ark(2009) tarafından yapılan baş boyun kanserli hastalarda semptom sıkıntısının araştırıldığı çalışmada, hastaların %18'i tedavi öncesi çeşitli semptomlar tanımlarken(orta seviyede ağrı, uykusuzluk, yorgunluk, duyusal gerginlik, üzüntü) tedavinin başlangıcından 6 hafta sonra ise hastaların %59'unun yüksek oranda semptom tanılamaya başladığı(orta seviyede ağrı, yorgunluk, ağız kuruluğu, iştah azlığı, bulantı, çiğneme problemleri, tat kaybı), hastaların %54'ünün ise tedavi başlangıcında semptom tanımlamazken tedavi sonunda semptom sıkıntısı yaşadığı belirtilmiştir[79].

Vücut yapısı ya da fonksiyonellikte bozukluklar kişinin aktivite düzeyini etkilemekte, ayrıca baş boyun kanserli hastalarda herhangi bir fonksiyonel kayıp olmasa bile hastalık ve tedavi sonucu oluşan ağrı, beslenme bozukluğu, solunum sıkıntısı, kilo kaybı gibi sorunlar fonksiyonel kapasitede ciddi kayıplar gelişmesine neden olmakta ve hastalar günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken ciddi sınırlılıklar yaşamaktadırlar. Aras ve ark. aktardığına göre Kefe ve ark 30 baş boyun kanserli hastayı tanıda, tedavi sırasında ve tedaviden 3 ay sonra değerlendirdikleri çalışmalarında, hastaların %40'ının tedavi öncesi ağrısı olduğu, bu oranın tedavi boyunca devam ettiği ve hastaların çoğunun hafif orta şiddette ağrı yaşadığını belirtmişlerdir[8,18,20,21,76]. Hammerlied ve ark(1999) yaptıkları çalışmada hastaların yaşam kalitesinin tedavi sonrası 1.yılda arttığı ancak yorgunluk, ağrı gibi şikayetlerde azalma olmadığı ve bu durumun günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken zorluklara sebep olduğu belirtilmiştir[83].

Fonksiyonel olarak baş boyun bölgesi yapıları solunum, beslenme gibi yaşamsal önemlerinin yanı sıra bireyin sosyal yaşamını sürdürmesi için de önemli role sahiptir. Fonksiyonel yetersizlik ve fonksiyonel durumun bozulması hastaların tedaviye uyumunu ve sosyal yaşamını etkileyen önemli bir faktördür. Çünkü bireyin fiziksel durumu psikososyal boyutlarını da büyük oranda etkilemektedir. Baş boyun kanserli hastalarda hastalık ve tedavinin yaşam kalitesine olan etkisine psikososyal sorunlar da eşlik etmektedir. Yeme, yutma, konuşma gibi fonksiyonel kayıplar ve fonksiyonel değişimlere uyum güçlüğü, sosyal aktivitelerde azalma, iş yaşamında değişiklik, sosyal izolasyon, yalnız kalma korkusu gibi psikososyal sorunlar bireylerin iyilik haline zarar vererek, hastaların aile, sosyal ve mesleki rollerini yerine getirme yeteneğini engellemektedir[19,23,80,81]. Depresyon, sinirlilik, özgüven kaybı gibi psikolojik semptomlar ve aile üyeleri ile ilişkide zorluklar, iş kaybı, gelir durumunda azalma ve faydasızlık hissi gibi sosyal semptomlar bireylerde

fonksiyonel, emosyonel, sosyal ve fiziksel aktivitelerde değişikliklere yol açmaktadır[17,22,81,82]. Baş boyun kanser hastalarında yüz ve vücutta estetik görünüm kusurları gerek hastalığın yayılımı gerekse uygulanan tedaviler nedeniyle oluşabilmekte ve oluşurken çoğu psikolojik sorunu da beraberinde getirmektedir. Baş boyun kanserli hastaların %45'inde ameliyat sonrası dönemde en önemli değişikliği beden imajı oluşturmaktadır. Hastaların çoğu dış görünüşleri ile ilgili duydukları endişeden dolayı kendilerini ailelerinden ve arkadaşlarından soyutlamaktadır[55]. Yapılan çalışmalar bireylerin ani beden değişiklikleri karşısında uyumlarının güç olabileceğini ve psikososyal, ekonomik ve fonksiyonel alanlar olmak üzere üç önemli alan üzerinde olumsuz etkileri olduğunu belirtmektedir[29,55,83]. Tüm bu zorlukların sonucunda hastalarda depresyon, sosyal anksiyete, benlik saygısında azalma görülmekte, fonksiyonel yaşam alanlarında kısıtlılıklara yol açmaktadır[19].

2.3. Sosyal Destek Kavramı

2.3.1.Sosyal Destek Tanımı ve İçeriği

Sosyal destek, güç durumda ya da stres altındaki bireylerde eş, aile ve arkadaş gibi yakın çevresinden sağlanan maddi ve manevi yardımdır. Sosyal destek kavramını tanımlarken kullanılması gereken beş boyut olduğu ifade edilmiştir. Bunlar sosyal desteğin yönü, eğilimi, destek tanımı, desteğin içeriği ve sosyal ağın genişliğidir[84,85,86]. Eylen'in aktardığına göre Caplan(1973) sosyal desteği; duygusal sorunlarıyla baş edebilmesi için insanlara psikolojik kaynakların harekete geçirmede yardımcı olan, kişilere gerekli para, materyal sağlayarak ya da beceri bilgi ve öğüt vererek yüz yüze geldikleri stres yaratan özel durumlarla baş etmelerine yardımcı olan, onların görevlerini paylaşan yakınlarından aldığı destek olarak tanımlamıştır[84,87].

Duygusal destek genellikle yüz yüze etkileşim yoluyla birincil gruplar tarafından sağlanan destektir. Empati, sevgi, değer verme gibi duyguların bireye ifade edilmesidir. Başarısına bakılmaksızın bir bireyin sevildiğini ve insan olarak değerli bulunduğunu hissetmesine yardımcı olan davranışını içerir. Duygusal desteğin aile, komşular, arkadaşlar ve profesyoneller tarafından yerine getirilmesi beklenir. Duygusal işlevi oluşturan davranışların bireyin stresli olayların sonuçları ile duygusal yönden baş edebilmelerini sağladığı belirtilmektedir. Materyal ve hizmet yardımı elle tutulur bir destek biçimidir ve ödünç para verme, ev işlerine ve çocukların bakımına yardımcı olma gibi doğrudan yardımları içerir. Bu tür destek daha çok aile, akraba ve yakın arkadaşlar tarafından sağlanır. Burada bireyin sorunu onun adına doğrudan çözülmüş olur. Bilgi sağlayıcı sosyal destek hastalıkla ilgili teşhis ve tedavi olanakları konusunda bilgi vermeyi kapsayan sosyal destek boyutudur. Bilgi desteği bireye kişisel ve çevresel sorunlarla ilgili olarak bilgi, kişisel geri bildirimler, önerilerde bulunma ve rehberlik etme gibi davranışları kapamaktadır. Bilgisel sosyal desteğin profesyonellerce verilmesi daha etkilidir. Özellikle hastalık ve tedavi hakkındaki bilgilerin sağlık personeli tarafından verilmesi önemlidir. Böylece hasta sağlık personeline güven duymakta, teşhis ve tedaviyi daha kolay kabul etmektedir. Güven desteği ise çevresindekilerin bireye olumlu duygularını ifade ederek onun farkındalıklarının artması, onun desteklenmesidir. Burada bireyin güven gereksinimi karşılanır ve bireylerin öz güveni artar[84,88,89]. Baştürk'ün(2002) aktardığına göre yapılan araştırmalar beş sosyal destek türü olduğunu göstermektedir. Araçsal destek gerekli olan materyal, maddi yardım ve hizmetin verilmesi ile sağlanan destektir. Sosyal arkadaşlık, birlikte geçirilen boş zaman ile sağlanan destektir. Duygusal destek empatiye bağlı sevgi ve güven hissine, saygı desteği kişiyi sorunları ve eksileriyle kabul ederek saygı göstermeye, bilgi desteği ise problemlerle başa çıkmada gerekli bilgiyi sağlamaya dayanır[90].

Sağlık koşullarının giderek bozulması, sıkıntıların süreklilik kazanması, hastalıkla ilgili stres yaratan koşulların gittikçe artması, özellikle kronik hastalığa sahip kişileri sosyal desteğe daha çok gereksinim duyar hale getirmiştir. Bu nedenle duygusal ve araçsal destek bilgi yardımları kanser gibi kronik hastalığı olan kişilerde yaşamsal önem taşımaktadır[84]. Zor bir durumdaki bireye aile, arkadaş ve kurumdan sağlanan fiziksel ve psikolojik bir yardım olarak tanımlanan sosyal desteğin kanser hastalarının hastalıkla fiziksel ve psikolojik uyumu ile ilişkili olduğunu belirten çok sayıda çalışma bulunmaktadır[91,92,30]. Sosyal desteğin sağlığı etkileyebilen iki temel yönü üzerinde durulmuştur. Bunlardan birincisi sosyal desteğin iyilik hali üzerinde direkt olarak ana etkiye sahip olduğunun farz edilmesidir. Burada sosyal destek ile sağlık arasında doğrudan bir ilişkiden bahsedilmekte, sosyal desteğin fiziksel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerinde olumlu etkisi olduğu belirtilmektedir. Bu olumlu etkiler bireyde pozitif destek, ait olma duygusu ve stresin azalması şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Genelde destekleyici ilişkilere sahip olan insanlar destekleyici ilişkilere sahip olmayanlara göre daha iyi bir durumda olma eğilimindedirler. İkincisi ise sosyal desteğin stres verici durumlarda tampon vazifesi ile sağlığı olumlu yönde etkilemesidir. Bu modelin olumsuz yaşam olaylarının oluşturduğu strese karşı sosyal desteğin bireyi koruduğu öne sürülmektedir. Sosyal desteğin kanser hastaları için yararlı olduğunu ve aile üyelerinden alınan duygusal destek ile kansere fiziksel ve psikolojik uyum derecesi arasında olumlu bir ilişki olduğunu belirten birçok çalışma vardır[30,84,89,93]. Casel(1976) sosyal destek kavramını sağlıkta önemli bir psikososyal faktör olarak ele almış ve bu noktadan tanımlamıştır. Casel'e göre sosyal destek stresin yaralayıcı ve olumsuz etkilerine karşı bireyi koruyan bir faktördür[94]. Sosyal destekler stres yaratan durumu ortadan kaldırmasalar bile fonksiyonel ve psikolojik sağlıkla ilgili kronik hastalıklara uyumu kolaylaştırmakta, moral ve başa çıkma üzerinde olumlu etki yaratmaktadır[85,89,95]. Yeterli sosyal desteğin sağlığın korunması, geliştirilmesi, hastalıkların tedavi ve rehabilitasyonu

olumlu yönde etkileyerek hastalık sürecine uyumu desteklediği ve sosyal izolasyonu azaltarak hastaların yaşam kalitelerini arttırdığı, yetersiz sosyal desteğin hastalık semptomlarının ortaya çıkma, sıklık ve şiddetinin artmasına, hastalık süresinin uzamasına neden olarak hastalığa uyumu zorlaştırdığı belirtilmektedir[5,24,80,84,96].

Literatürde sosyal destek kavramı tanımlanırken algılanan sosyal destek ve sağlanan sosyal destek kavramları öne çıkmaktadır. Algılanan sosyal destek, bireyin diğerleri ile güvenilir bağları olduğunu ve bu desteği sağlayacağına dair bilişsel algılamasıdır. Sağlanan sosyal destek ise desteğin davranışsal değerlendirmesi olarak kabul edilmektedir. Algılanan sosyal desteğin stresli yaşam olaylarıyla mücadelede bireyin algıladığı sosyal destekten daha önemli olduğu kabul edilmektedir[89,97].

2.3.2.Baş Boyun Kanserleri ve Sosyal Destek

Kanser tedavisi genellikle uzun süreli bir tedavi olup çoğu zaman hastanın fiziksel iyilik hali, psikolojik durumunu ve sosyal yönüne zarar vererek uzun süreli stres yaşamasına neden olmaktadır. Kronik bir hastalığa yakalanma hasta ve ailesinin yaşamında ciddi psikososyal problemlere yol açmakta, hasta yaşamını sürdürecek temel fiziksel fonksiyonlarını kaybetmesiyle birlikte kronik hastalığa karşı çeşitli duygusal tepkiler vermekte ve sosyal ilişkilerini sürdürmede güçlüklerle karşılaşabilmektedir. Psikolojik ve sosyal uyumu bozulan hasta toplumsal ve ekonomik yaşama katılım ile ilgili sorunlar yaşamaktadır[88]. Bu dönemde hastaların hastalıklarının belirti bulguları, ilaçların yan etkileri gibi tıbbi sorunlarının yanında, sosyal destek gereksinimleri ile ilgili sorunları da olabilmektedir[97].

Baş boyun bölgesi anatomik, fizyolojik ve histolojik olarak organizmanın diğer bölgelerinden farklılık göstermektedir. Baş boyun bölgesinde görme, koku alma, işitme, çiğneme ve tat alma, yutma ve konuşma göreviyle yükümlü organlar yerleşmiştir. Bu nedenle bu bölgede yer alan hastalık ve hastalığın tedavisi hastalarda fonksiyonel değişikliklere neden olabilmekte ve yaşamsal önem taşımaktadır. Bununla beraber sosyal etkileşim ve emosyonel ifade baş boyun bölgesinin yapı ve fonksiyon bütünlüğüne bağlıdır ve meydana gelen fonksiyonel kayıplar ve fiziksel değişiklikler bireylerin kendine olan güvenini, kendini algılayışını, çevresi ile olan ilişkilerini etkileyebilmekte ve bireylerin işine ve sosyal yaşamına devamında sorunlara neden olabilmektedir[28,77,98]. Hastalar fiziksel olduğu kadar ruhsal, sosyal ve ekonomik açıdan da etkilemektedir ve sosyal yaşamın sürdürülmesinde yaşanan zorluklar bu hastalarda sosyal gereksinimleri artırmaktadır[5,98]

Sosyal desteğin hastalığın negatif etkilerini azalttığı ve psikolojik iyilik halinin sağlanmasına katkı sağladığı belirtilmektedir. Hastaların tekrar sosyal ve ekonomik hayata kazandırılması, bireylerin içinde bulunduğu toplum ile ilişkilerinin devamının sağlanması için sosyal destek önemlidir. Baş boyun kanserli hastalarda sosyal destek ve onun psikososyal iyilik hali üzerindeki rolü önemlidir. Yeterli sosyal desteğin baş boyun kanserli hastalarda semptomlarla baş etmede önemli olduğu, hastalığa uyumu arttırdığı, anksiyete, depresyon yaşama sıklığını azalttığı, sosyal izolasyonu önlediği bildirilmiştir[24,26,96,98,101]. Baş boyun kanserli hastaların baş etme becerisini yükseltmek için düzenlenen sosyal rehabilitasyon programı sonunda sosyal utanç düzeyinde azalma ve sosyal fonksiyon düzeyinde iyileşme gözlendiği belirtmiş ve bu durumun yaşam kalitesi üzerine pozitif bir etki yarattığı bildirmiştir[23]. Hutton ve Williams(2001) baş boyun kanserli hastalar ile yaptıkları çalışmada bu hastalarda anksiyete, depresyonun yaygın olduğu, devamlı bir destek grubuyla iletişim halindeki hastalarda depresyonun daha az görüldüğünü

belirtmişlerdir[102]. Mathıeson ve ark(1996) baş boyun kanserli hastalarda aile üyelerinden alınan destek arttıkça yaşam kalitesinin arttığını belirtmiştir. Aynı çalışmada aile üyelerinin desteğin önemi konusunda bilgilendirilmesinin yararlı olduğu belirtilmiştir[98]. Baş boyun kanserli hastalarda psikososyal ve davranışsal faktörlerin yaşam kalitesi ile ilişkisini saptamak amacıyla yapılan çalışmalarda kişilik, sosyal destek, danışmanlık ve bilgi memnuniyeti, davranışsal faktörleri(alkol ve sigara tüketimi ve depresif semptomlar gibi) içine alan beş ana faktörün değişen derecelerle yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur[25]. Hammerlied(1999) yaptığı çalışmada hastalara verilen psikososyal terapinin sosyal izolasyon düzeyinin azalmasına yardımcı olduğu saptamıştır[83]. Blanchard ve ark(1997) kanserli bireylerin tedavi sürecini tam olarak yönetemedikleri(bakım verici rolünde zorlanma, tedavi yönetiminde yetersizlik, sosyal izolasyon) belirtmişlerdir. Aynı çalışmada kanser hastasının psikososyal iyilik halinin sosyal destek sistemlerine bağlı olduğu, bu sosyal destek gereksinimlerinin multidisipliner bir yaklaşımla karşılanabileceği belirtilmektedir[*103*].

Baş boyun kanserli hastalarda sosyal destek özelliklerinin belirlenmesi hastalık sürecinin getirdiği fonksiyonel kayıplar ve psikolojik sorunlarla baş etmeye yardımcı olacak ve baş etmede hastayı destekleyecek nitelikte profesyonel yardımın sunulmasına, aynı zamanda sosyal desteğin önemi ve etkisinin anlaşılması ile bireylere gereksinim duyduğu sosyal desteğin verilmesi, var olan sosyal desteğin sürdürülmesi ya da kolaylaştırılmasında kaynak oluşturacak girişimlerin planlanmasına yarar sağlayacaktır[26,29,98].

2.4.Baş Boyun Kanserli Hastalarda Fonksiyonel Durum ve Sosyal Desteğin Belirlenmesinin Hemşirelik Açısından Önemi

Baş boyun kanserli hastalarda kanser ve tedavisi nedeniyle meydana gelen sorunlar, buna bağlı kanserin yaşamlarına getirdiği değişiklikleri değerlendirme, meydana gelen sorunlarla baş etme ve olumlu sağlık davranışı geliştirme, danışmanlık ve eğitim verme, hastalarda sosyal destek sistemlerinin kullanılması için hemşirelik yaklaşımlarının geliştirilmesi önemlidir[18,104,105]. Kanserin ilerlemesine ve uygulanan tedavi yöntemlerine bağlı olarak ortaya çıkan semptomlar, tedaviyi etkin bir şekilde sürdürmeyi ve yaşam kalitesini etkileyebileceği için sağlık personeli ve bunun yanında hastanın kendisi ve ailesi bu semptomlara bağlı etmenler ile ilgili bilgi sahibi olmalıdır. Hastaların hastalığı ve tedavi konusunda bilgilendirilmesi, hasta sorunlarının çözümüne katkıda bulunması, duygusal yaşamının yeniden düzenlenmesi, kendilik tanımını güçlendirerek kendilik değerinin sürdürülmesi için oldukça önemlidir. Hemşirelerin hastalığın değiştirdiği yaşam koşullarına adaptasyonda, hastaların bakımı, rehabilitasyonu ve danışmanlığında, semptomların kontrol altına alınmasında, hastaların duygu ve düşüncelerinin paylaşılmasında, fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi, iyileştirilmesi ve yaşam kalitelerinin arttırılmasında önemli rolleri olduğu bilinmektedir[18,27,28,87,105].

Hemşirelikte, baş boyun kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesine yönelik yapılan çalışmaların, hastalara verilecek bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin içeriğinin belirlenmesinde, hastaların fonksiyonel yeteneği, esenlik ve genel sağlık anlayışını geliştirebilecek tedavi ve bakım programının seçilmesinde, hastaların tedavi ve bakım programına uyumlarının arttırılmasında, hastalığın ve tedavilerin olumsuz etkilerini azaltmaya ve yaşam kalitesini arttırmaya yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanmasında yarar

sağlayacağı düşünülmektedir. Hastalarda fonksiyonel değerlendirme ile bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarda yaşadığı sorunlarla baş etmesine, bireyin toplum içinde daha üretken olabilmesine ve kaliteli bir yaşam sürdürebilmesine yardımcı olunabilmektedir[29,62,63,67]. Hastalığın psikososyal etkilerinin farkındalığı tedaviye uyumu ve medikal sonuçları olumlu etkilemektedir ve hemşireler hastaların ihtiyaçlarını değerlendirme, bilgi ve destek sağlamada önemli role sahiptir[8,17,27,28,82]. Sosyal destek özelliklerinin belirlenmesi ise hastalık ve tedavi sürecinin getirdiği fiziksel kısıtlılık ve psikososyal kayıplarla baş etmede hastayı destekleyecek nitelikte profesyonel yardımın sunulmasına katkı sağlayacaktır. Hastalık ve tedavinin hasta üzerinde psikososyal etkilerinin farkındalığı tedaviye uyum ve medikal sonuçları etkilemektedir ve uyumun sağlanmasında sosyal faktörlerin de bakım içine alınmasını sağlamaktadır[17,81,82]. Benar ve arkadaşlarının yaptıkları(1998) kemoterapi, radyoterapi veya her ikisini de alan kanserli hastaların öz bakım ile ilgili hemşirelik yaklaşımı konulu araştırmada, hasta eğitimi, emosyonel destek ve rehberlik ile ağrı, sıvı alımı, beslenme, günlük aktiviteler, uyku ve dinlenme, mobilite, hijyen, yalnızlık, sosyallik fiziksel güvenlik, anksiyete, beden imajı ve cinsellik konularında sıkıntıların şiddetinde kontrol grubuna kıyasla önemli derecede azalma olduğunu saptamışlardır. Aynı çalışmada en çok olumlu yönde gelişme kaydedilen semptomlar sırayla beden imajı, cinsellik, anksiyete, sıvı alımı ve ağrı olarak belirtilmiştir[66]. Aras'ın aktardığına göre meme kanserli hastalarda yapılan bir çalışmada hastalara verilen duygusal destek sağlayıcı hemşirelik girişimlerinin hastalarda güvensizlik, anksiyete, korku gibi duyguları azalttığı bildirilmiştir[78].

Kanser tedavisi alan hastalarda meydana gelen semptomların ele alınması ve hastaların sosyal destek sistemlerine işlerlik kazandırılması hastanın yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir[27,85]. Hemşirelik yaklaşımı, bilgi sağlanması, hastanın desteklenmesi, hasta, ailesi ve ekip ile bakımı yönlendirmekte, semptom kontrolü ve fonksiyon

kazanımı için görüşme ve müdahaleleri koordine etmekte, bireyin yaşadığı en önemli zorluğun belirlenip ortaya konması ve ne tür sosyal desteğin verileceğine karar verilmesi konusunda araştırma yapmaktadır[5,8,27,30,54].

Baş boyun kanserli hastaların fonksiyonel durumları, buna bağlı olarak kanserin yaşamlarına getirdiği değişiklikleri değerlendirme ve bu sorunlarla baş etmede, olumlu sağlık davranışı geliştirmede sosyal destek sisteminin kullanımı için gerekli yaklaşımı geliştirmenin önemi anlaşılmaktadır**.** Fonksiyonel durum ve sosyal destek özelliklerinin belirlenmesi ve aradaki ilişkinin bilinmesinin sağlığın yükseltilmesine yönelik hemşirelik uygulamalarının bakım içine alınmasına yarar sağlayacağı düşünülmektedir.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Şekli

Araştırma, baş boyun kanserli hastalarda fonksiyonel durum ve sosyal desteğin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri:

Araştırma, Ankara ili belediye sınırları içinde yer alan Doktor Abdurrahman Yurtarslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılmıştır.

Sağlık Bakanlığı Dr. Abdurrahman Yurtarslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara T.C. Sağlık Bakanlığına bağlı en büyük Onkoloji hastanesi olması, tanı ve tedavi amacıyla hastaneye başvuran baş boyun kanserli hasta sayısının fazla olması nedeniyle seçilmiştir. Hastane Ankara'da yer alan T.C. Sağlık Bakanlığına bağlı en büyük Onkoloji hastanesidir. Hastanede 362 hekim ve 372 hemşire görev yapmaktadır. Hastanenin istatistik bölümü 2009 verilerine göre hastaneye gelen 1 yılda poliklinik hizmeti alan birey sayısı 432.213, yatarak tedavi gören birey sayısı ise 172.122'dir.

Araştırma, hastanenin medikal ve radyasyon onkolojisi bölümlerinin polikliniklerinde yapılmıştır. Medikal Onkoloji bölümünde iki ayrı poliklinik ve yataklı klinik ile hizmet vermektedir. Medikal Onkoloji bölümünde 8 doktor ve 5 hemşire görev yapmaktadır.

Radyasyon Onkolojisi bölümü ise bir yataklı klinik ve dört ayrı poliklinik ile hizmet vermektedir. Baş boyun grubu polikliniğinde sekiz doktor ve dört hemşire görev yapmaktadır.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini Doktor Abdurrahman Yurtarslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Medikal Onkoloji ve Radyasyon Onkoloji polikliniklerine başvuran, baş boyun kanser tanısı almış ve araştırmaya alınma kriterlerine uyan hastalar oluşturmuştur.

Araştırma örneklemi, fonksiyonel yaşam ölçeği ve kanser hastası sosyal destek ölçeği kullanılarak 30 hasta üzerinde yapılan ön uygulama verileri kullanılarak belirlenmiştir. Ön uygulama verileri kullanılarak NCSS- PASS 2007 paket programında yapılan kitle ortalaması önemlilik testi sonuçlarına göre fonksiyonel yaşam ölçeği için toplam puan 83.1 ± 18.4, alpha 0.05(yanılma düzeyi) ve 1-β =0.90(testin gücü) için gerekli kişi sayısı 145 olarak bulunmuştur. Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği için yapılan aynı analizde 120.9 ± 12.6 ortalama puan için gerekli kişi sayısı 107 olarak bulunmuştur. Araştırma örneklemine yüksek olan kişi sayısı seçilmiş ve örneklem 145 olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya kapsamına,

1. Araştırmaya katılmayı kabul eden
2. Kanser tanısını bilen
3. 18 yaş ve üzerinde olan
5. En az 2 kür kemoterapi ve \veya en az 7 gün radyoterapi Alan bireyler alınmıştır.

3.4.Verilerin Toplanması

Araştırmada veriler, baş boyun kanserli hastalarda sosyodemografik özellikler ve hastalıkla ilgili özelliklerinin belirlenmesine yönelik hazırlanan tanıtıcı özellikler anket formu(Ek 2), Fonksiyonel Yaşam

Ölçeği(Ek 3) ve Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği(Ek 4) kullanılarak toplanmıştır.

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Fonksiyonel Durum ve Sosyal Desteğin Belirlenmesine Yönelik Tanıtıcı Özellikler Anket Formu

Bu form, araştırmacı tarafından ilgili literatür incelenerek hazırlanmış ve 25 sorudan oluşan iki ayrı bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaşadığı yer, gelir durumu, yardım alma ve bilgi sahibi olma durumu) ikinci bölümde hastalıkla ilgili özellikler(tanı, evre, tanı konma zamanı, tedavisi, ameliyat olup olmadığı, tedavi süresi, tedavinin bitim süresi, kanser dışında başka bir hastalığın varlığı, hastalık ve tedaviye bağlı yaşadıkları sorunlar, baş etme düzeyi ve destek alma durumuna) ait sorular yer almaktadır[14,26,33,63,92,98].

Fonksiyonel Yaşam Ölçeği-Kanser

H. Schipper, J. Clinch, A.McMurray, M. Levitt tarafından 1984 yılında geliştirilen fonksiyonel yaşam ölçeği fiziksel fonksiyonlar, psikolojik fonksiyonlar, genel iyilik hali, sosyal fonksiyonlar ve gastrointestinal semptomlar olmak üzere 5 başlık ve 22 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin ülkemizde geçerlilik güvenilirlik çalışması 2005 yılında Akdemir ve Bektaş tarafından yapmıştır. Ölçek 7'li likert ölçeğine göre hazırlanmıştır ve ölçekte seçenekler olumludan olumsuza doğru sıralanan 7 kategoriden oluşmaktadır. Ölçekte iki uç noktanın ifadeleri yer almakta, arada kalan değerler iki uç arasındaki derecelendirmeyi göstermektedir. Ölçekteki ifadeler bireyin bir kavram hakkındaki tutumlarını gösteren sıfatlar çiftinden oluşmaktadır (hiçbir zaman \ sürekli, iyi değil\ çok

iyi, çok yeterli \ çok yetersiz v.b). Ölçeğin geçerlik güvenilirliğin belirlemesi amacıyla faktör analizi yöntemi ve bilinen grup karşılaştırması kullanılmıştır. 5 faktörün toplam varyansı %59.79 bulunmuştur. Ölçeğin güvenilirliğini belirlemek amacıyla Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı hesaplanmış ve her bir alt ölçeğin Alpha katsayıları fiziksel fonksiyon için 0.83, psikolojik fonksiyon için 0.78, genel iyilik hali için 0.64, sosyal fonksiyon için 0.60, GIS semptomları için 0.75 ve toplam ölçek puanı 0.88 bulunmuştur[14,16].

Bu araştırmada, alpha katsayıları fiziksel fonksiyon için 0.89 psikolojik fonksiyon için 0.82, genel iyilik hali için 0.71, sosyal fonksiyon için 0.82, GIS semptomları için 0.86 ve toplam ölçek puanı 0.92 bulunmuştur.

Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği(KHSDÖ)

Hastaların, ailelerinden aldıklarını düşündükleri sosyal destek türünü ve düzeyini belirlemek amacıyla likert tipi 5 basamaklı bir derecelendirme ölçeği Eylen tarafından geliştirilmiş ve ülkemizde geçerlilik güvenilirlik çalışması 2001 yılında yapılmıştır. Otuz beş maddeden oluşan KHSDÖ özellikle kanser hastalarının ailelerinden algıladıkları sosyal desteği ölçmek üzere geliştirilmiştir Otuz beş sorudan oluşan ölçme aracındaki maddelerin 13'ü (4, 9,13,14, 21, 22, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33) olumsuz. 22'si olumlu ifadeden oluşmaktadır. Maddelere verilen yanıtlar olumlu maddelerde "benim durumuma çok uygun"dan, "benim durumuma hiç uygun değil" seçeneklerine 5'den 1'e olumsuz maddelerde ise aynı seçenekler için 1'den 5'e doğru puan verilerek kodlanmıştır. Ölçeğin geçerlilik güvenilirliğin belirlemesi amacıyla faktör analizi yöntemi kullanılmıştır. Ölçüm aracı varimax rotasyonu ile üç faktör altında toplanmış ve bu üç faktör toplam varyansın %49.76'sını açıklamıştır. Faktöre ait maddeler incelendiği zaman 1.faktör güven desteği alt ölçeği 13 maddeden

oluşmaktadır (1, 3, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 17, 19, 24, 34, 35). 2. faktör duygusal destek alt ölçeği12maddeden oluşmaktadır(2, 9, 13, 15, 16, 18, 20, 23, 26, 27, 28, 33) ve 3. faktör alt ölçeği bilgi desteği 10 maddeden oluşmaktadır (4, 5, 14, 21, 22, 25, 29, 30, 31,32). Ölçeğin güvenilirliğini belirlemek amacıyla cronbach alpha iç tutarlılık katsayısı hesaplanmış ve katsayı 0.92(n=98. madde sayısı=35) olarak bulunmuş. Her bir alt ölçeğin alpha katsayıları ‘‘güven desteği alt ölçeği’’ için 0.88(n=89.madde sayısı=13) ‘‘duygusal destek alt ölçeği’’ 0.88(n=89.madde sayısı=12) ve bilgi ‘‘desteği alt ölçeği’’ için 0.87(n=89. madde sayısı=10) olarak hesaplanmıştır[84,92].

Bu araştırmada alpha katsayıları güven desteği alt ölçeği için 0.87, duygusal destek alt ölçeği 0.85 ve bilgi desteği alt ölçeği için 0.64, toplam algılanan sosyal destek için 0.91olarak hesaplanmıştır.

3.4.2. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması

Uygulamaya başlanmadan önce hazırlanan veri toplama formunun anlaşılırlığını değerlendirmek amacıyla 29.12.09–04.01.10 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Radyasyon Onkolojisi polikliniğinde başvuran 30 hasta üzerinde ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrasında anket formunda gerekli değişiklikler yapılmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulaması

Veri toplama araçları Doktor Abdurrahman Yurtarslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyasyon Onkolojisi ve Medikal Onkoloji bölümü polikliniklerine başvuran, araştırma kapsamına alınan145 hastaya 25.01.2010 – 08.11.2010 tarihleri arasında uygulanmıştır.

Örneklem kapsamına alınan hastalara medikal onkoloji poliklinikleri ve radyasyon onkoloji polikliniğine başvurdukları sırada ulaşılmıştır. Araştırma kapsamına alınan hastalara araştırma hakkında bilgi verildikten ve anket bilgilendirme formu okutulduktan ve sözel olarak izin alındıktan sonra veri toplama formu uygulanmıştır. Formu hastaların kendisi doldurması istenmiştir. Ancak okuryazar olmayan 23 hasta ile veri toplama formunu kendi doldurmak istemeyen hastaların formu araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Veri toplama aracının uygulanması yaklaşık 35 dakika süre almıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Fonksiyonel Yaşam Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Alt başlıklar	**Soru numarası**
Fiziksel Fonksiyonlar	4, 6,7,10,11,13,15,20,22
Psikolojik Fonksiyonlar	1, 2, 3, 9,18, 21
Genel İyilik Hali (Kanserle İlgili Güçlükler)	8,12,14
Sosyal Fonksiyonlar	16,19
Gastrointestinal Semptomlar (Bulantı, Kusma)	5,17

Ölçek 7'li likert ölçeğine göre hazırlanmıştır ve ölçekte seçenekler olumludan olumsuza doğru sıralanan yedi kategoriden oluşmaktadır. Fonksiyonel Yaşam Ölçeği'ndeki seçenekler olumsuz sorular için 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1; olumlu sorular için 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 olarak puanlandırılmıştır.

2, 3, 6, 9, 10, 12, 14, 16, 18, 19, 21, 22 no'lu sorular sütunun sağına doğru olumlu, geri kalan 1, 4, 5, 7, 8, 11, 13, 15, 17, 20 no'lu sorular sütunun sağına doğru olumsuz olarak değerlendirilmiştir. Ölçek sonuçları her bir sorunun puan değeri toplanarak bulunmuştur. Ölçekte maksimum puan 154, minimum puan 22'dir. Yüksek puanlar fonksiyonel durumun ve yaşam kalitesinin çok iyi olduğunu göstermektedir[63,70].

Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği Değerlendirmesi

Otuz beş sorudan oluşan ölçüm aracındaki maddelerin 13'ü (4, 9, 13, 14, 21, 22, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33) olumsuz, 22'si olumlu ifadeden oluşmaktadır. Denekler her maddeyi 5'li likert tipi ölçek üzerinde (5) benim durumuma çok uygun, (4) benim durumuma uygun, (3) benim durumuma kısmen uyuyor, (2) benim durumuma uygun değil ve (1) benim durumuma hiç uygun değil olarak değerlendirmişlerdir. Algılanan sosyal destek puanı, olumlu maddelerden alınan puanların toplamı ile olumsuz maddelerin puanlarının ters çevrilip toplanmasından elde edilen puanların toplamına eşittir. Bu "KHSDÖ toplam puanı = olumlu maddeler toplamı + olumsuz maddelerin ters çevrilerek toplanmasından elde edilen puan" şeklinde formüle edilebilir. Ölçekte yüksek puanlar kanser hastasının ailesinden algıladığı sosyal desteğin yüksek olduğunu gösterir[92].

Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Baş boyun kanserli hastalarda fonksiyonel durum ve sosyal desteğin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılan çalışmada istatistikler SPSS 15.0 Windows paket programı kullanılarak yapılmıştır. Hastaların tanıtıcı özellikleri ve hastalığa ait bilgileri değerlendirmek için yüzdelik oranları, hastaların tanıtıcı özellikleri ve hastalıkla ilgili özellikler ile

FYÖ alt boyutları ve KHSDÖ alt ölçek boyutları ortalama puanları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla bağımsız gruplarda t testi, Kruskal Wallis Varyans Analizi ve Man Whitney U Testi, hastaların FYÖ alt ölçekleri ile KHSDÖ alt boyutları arasında ilişkinin anlamlılık düzeyini incelemek korelasyon analizi, FYÖ ve KHSDÖ alınan puanların dağılımında ortalama, minimum maksimum değerlerden yararlanılmıştır.

İstatistiksel değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi olarak $p< 0.05$ kabul edilmiştir. Bu değerden küçük ya da eşit p değerleri için 'istatistiksel olarak anlamlı'' büyük değerler için ise istatistiksel olarak anlamlı değil yorumu yapılmıştır.

3.7.Araştırmanın Etik Boyutu

Ön uygulama için Gazi Üniversitesi Hastanesi Radyasyon Onkoloji Anabilim Dalından yazılı izin alınmıştır(Ek–5). Araştırmanın uygulanması için Ankara 2 No'lu Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan yazılı izin(Ek–7) alındıktan sonra araştırmanın yapılacağı Dr. Abdurrahman Yurtarslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden de yazılı izin alınmıştır(Ek–6). Araştırma kapsamına alınan hastalara araştırma hakkında bilgi verilmiştir ve anket bilgilendirme formu(Ek–1) okutulduktan ve sözel izin alındıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara uygulanmıştır.

Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılacak olan ölçeklerden Fonksiyonel Yaşam Ölçeği kullanımı için Hicran Aydın Bektaş'tan, Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği için Berrin Eylen Özyurt'dan izin alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan baş boyun kanserli hastaların tanıtıcı özellikleri, hastalıkla ilgili özellikleri, hastalık ve tedaviye bağlı yaşadıkları sorunlar, sorunlarla baş etme düzeyleri ve baş etmede yaptıkları, destek/danışmanlık ve sağlık personelinden beklentileri, fonksiyonel durumları ve sosyal destek özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır**.**

Tablo 4.1 Hastaların Tanıtıcı Özellikleri(n=145)

Tanıtıcı Özellikler	**Sayı**	**%**
Cinsiyet		
Kadın	46	31.7
Erkek	99	68.3
Yaş($\overline{X}$=54.41±14.9)		
18–35	19	13.2
36–49	23	15.8
50–64	59	40.7
65 ve üzeri	44	30.3
Medeni Durum		
Evli	113	77.8
Bekar	16	11.1
Dul	16	11.1
Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	23	15.9
Okur yazar	22	15.2
İlkokul	55	37.9
Ortaokul	18	12.4
Lise	21	14.5
Yüksekokul	6	4.1
Çalışma Statüsü		
İşçi-memur	11	7.6
Serbest meslek	4	2.8
Ev hanımı	42	29.0
Emekli	59	40.6
Çalışmıyor	29	20.0

Tablo 4.1'in Devamı(n=145)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Yerleşim Yeri		
İl	8	5.5
İlçe	101	69.7
Köy/Belde	36	24.8
Gelir Durumu		
Gelir Giderinden Az	62	42.8
Gelir Giderini Dengeler	83	57.2
Yardım Alma		
Var	135	93.1
Yok	10	6.9
Bilgi Alma Durumu		
Alan	94	64.8
Almayan	51	35.2
Bilgi Aldıkları Kişiler(N=94)		
Hekim	73	77.7
Hemşire	3	3.1
Hekim + Hemşire	11	11.8
Aile	7	7,4

.

Tablo 4.1'de hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları yer almaktadır. Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması 54.41±14.9'dur. Hastaların %68.3'ü erkek, %77.8'i evli, %37.9'u ilkokul mezunu, %40,6'sı emeklidir. Hastaların %57.2'si geliri giderini dengelediğini ifade etmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %69.7'si ilçede oturmaktadır. Tablolaştırılmamakla birlikte hastaların Ankara'da oturma durumları sorulduğunda ise sadece %20'sinin Ankara'da ikamet ettiği belirlenmiştir. Hastaların % 93.1'i gereksinim duyduğu yardımı yakın çevresinden almaktadır. Hastalara yardım aldığı kişiler sorulduğunda eşlerinden, çocuklarından, akraba ve arkadaşlarından, anne ve babalarından yardım aldıklarını belirtmişlerdir. Hastaların %64.8'i hastalık ve\veya tedavi ile ilgili bilgi aldıklarını ifade etmişler, bilgi alan hastaların %77.7'si hekimden, %11.8'i hekim ve hemşireden, %3.1'i hemşireden ve % 7.4'ü ailelerinden bilgi aldıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4.2 Hastaların Hastalıkları İle İlgili Tanıtıcı Özellikleri (n=145)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Hastalık Tanısı		
Larenks kanserleri	54	37.2
Farenks kanserleri	35	24.1
Diğer *	56	38.7
Tanı Süresi		
0–3 ay	62	42.8
4–6 ay	45	31.0
7–12 ay	31	21.4
12 ay ve üzeri	7	4.8
Hastalık Evresi		
1.evre	7	4.8
2.evre	63	43.4
3.evre	61	42.1
4.evre	14	9.7
Tedavi		
Kemoterapi	7	4.8
Radyoterapi	87	60.0
Kemoterapi ve radyoterapi	39	26.9
Kontrol	12	8.3
Kemoterapi Kür Sayısı(n=46)		
1 kür	8	17.4
2 kür	21	45.7
3 kür	9	19.5
4 kür ve üzeri	8	17.4
Son Kemoterapi Uygulanma Zamanı(n=40)		
1 ay ve altı	23	57.5
2–4 ay	14	35.0
5 ay ve üzeri	3	7.5

Tablo 4.2 Devamı(n=145)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Radyoterapi Gün Sayısı(n=126)		
2–10 gün	27	21.4
11–20 gün	43	34.1
21–27 gün	44	35.0
28 gün ve üzeri	12	9.5
Son Radyoterapi Uygulanma Zamanı (n=13)		
0–1 ay	5	38.5
2–4 ay	8	61.5
Cerrahi Tedavi		
Uygulanan **	72	49.7
Uygulanmayan	73	50.3
Son Cerrahi Uygulanma Zamanı(n =71)		
0–3 ay	40	56.3
4–6 ay	25	35.2
7–12 ay	2	2.9
13 ay ve üzeri	4	5.6
Kanser Dışındaki Başka Kronik Hastalık		
Var ***	52	35.9
Yok	93	64.1

***Diğer baş boyun kanserleri; boyunda kitle(11 kişi), ağız tabanı(5 kişi), tiroit(5 kişi), tükürük bezi(4 kişi), trake(4 kişi), maksiler sinüs(3 kişi), mandibula(3 kişi), yanak mukozası(2 kişi), damak(2 kişi), burunda kitle(1 kişi), cilt(1 kişi), deri malign neoplazma(1 kişi), dil(2 kişi), etmoid sinüs(1 kişi), maksilla(1 kişi), malign melanom(1 kişi), oral kavite(1 kişi), dudak(2 kişi), parotis(2kişi), sert damak(2 kişi), temporal lob kitle(1 kişi), tonsil(1 kişi) olarak sıralanmaktadır.**

****Baş boyun kanser nedeniyle cerrahi operasyon geçiren hastaların geçirdikleri operasyonlar; nazofarenks kitle eksizyonu(10 kişi), supraglotik larenjektomi(7 kişi), total larenjektomi ve boyun diseksiyonu(7 kişi), larenksten kitle eksizyonu(6 kişi), boyun diseksiyonu(5 kişi), trakeostomi açılması(5 kişi), boyundan kitle eksizyonu(5 kişi) ağız tabanından kitle eksizyonu (4 kişi), mandibulektomi(4 kişi), subglotik larenjektomi(5 kişi), total tiroidektomi(3 kişi), burundan kitle eksizyonu(2 kişi), parotidektomi(2 kişi), glosektomi(2 kişi), melanom eksizyonu(1 kişi), damaktan kitle eksizyonu(1 kişi), etmoid sinüs kitle eksizyonu(1 kişi), temporal lob kitle eksizyonu(1 kişi), maksiler sinüs kitle eksizyonu(1) olarak sıralanmaktadır**

****Kronik hastalığı olan bireylerde hipertansiyon(28 kişi), diyabetes mellitus(12 kişi), koroner arter hastalığı(10 kişi), nörolojik problemler (1kişi), romatoid artrit(1kişi) gibi hastalıklar bulunmaktadır.**

Tablo 4.2'de hastaların hastalıkları ile ilgili özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Araştırma kapsamına alınan hastaların %37.2'si larenks, %24.1'i farenks ve %38.8'i diğer baş boyun kanseri tanısı almıştır. Hastaların % 42,8'inin tanı süresinin 3 ay'dan az, %43.4'ünün 2. evrede, %42.1'inin 3. evrede olduğu belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastaların %60'ı radyoterapi, %26.9'u kemoterapi ile beraber radyoterapi almaktadır. Hastaların %35'i 21 – 27 gün radyoterapi tedavisi almıştır ve %61.5'inin son radyoterapi uygulanma zamanı 2–4 ay'dır. Hastaların %45.7'si 2 kür kemoterapi tedavisi almıştır ve %57.5'inin son kemoterapi uygulanma zamanı 1 ay'dan azdır. Hastaların %49.7'sine cerrahi tedavi uygulanmıştır ve %56.3'ünün son cerrahi tedavi uygulanma zamanı 3 ay'dan azdır. Araştırma kapsamına alınan hastaların % 35.9'unun kanser dışında başka kronik hastalığı bulunmaktadır.

Tablo 4.3 Hastaların Hastalık ve\veya Tedavi Sürecine Bağlı Yaşadıkları Sorunların Dağılımı

Fiziksel sorunlar(n=145)	**Sayı***	**%**
Ağrı	125	86.2
Enerji/Canlılıkta azalma	110	75.9
Yorgunluk/halsizlik	107	73.8
Yeme/ yutma güçlüğü	105	72.4
Konuşma/ses değişimi	80	55.2
Kilo kaybı	77	53.1
Solunum güçlüğü	35	24.1
Diğer **	65	44.8
Sosyal Sorunlar(n=142)		
Sosyal çevre ile görüşme sıklığında değişme	113	77.9
Çalışma statüsünde değişme	84	57.9
Sosyal aktivitelerden uzaklaşma	63	43.4
Ekonomik sorunlar	54	37.2
Aile/toplumda rol kaybı	47	32.4
Psikolojik Sorunlar(n=111)		
Sorunlarla baş etmede yetersizlik	84	57.9
Gelecek hakkında korku/ endişe	46	31.7
Görünümdeki değişikliğe uyumda güçlük	30	20.7
Yarar sağlayamama/faydasızlık hissi	27	18.6
Kendine güven düzeyinde azalma	16	11.0
Diğer ***	15	10.3

***n katlanmıştır**

****** **Bulantı kusma(15 kişi), mukozit(11 kişi), uykusuzluk(9 kişi), iştahsızlık(5 kişi), işitme azlığı(4 kişi), tükürük salgısında azalma(4 kişi), boğaz kuruluğu(4 kişi), diyare(2 kişi), baş dönmesi(2 kişi), kulak ağrısı(2 kişi), boğazda yanma hissi(1 kişi), diş çürükleri(1 kişi), konstipasyon(1 kişi), öksürük(2 kişi), tat değişimi(1 kişi), yüzde uyuşma(1 kişi) olarak bildirilmiştir.**

*** **Çabuk sinirlenme, öfkelenme(7 kişi), isteksizlik(3 kişi), sıkıntı hissi(2 kişi) tedavi uzama endişesi(1 kişi), üzüntü(1 kişi), tedavi sürecine bağlı yorgunluk(1kişi) olarak bildirilmiştir**.

Tablo 4.3'de hastaların hastalık ve\veya tedaviye bağlı olarak yaşadıkları sorunların dağılımı verilmiştir. Tablo 3'de görüldüğü gibi hastaların tamamı hastalık ve\veya tedaviye bağlı fiziksel sorun yaşadığını belirtmiştir. Bu sorunlar incelendiğinde; ağrı(%86.2), enerji, canlılıkta azalma(%75.9), yorgunluk, halsizlik(%73.8), yeme, yutma güçlüğü(%72.4), konuşma, ses değişimi(%55.2), kilo kaybı(%53.1) ve solunum güçlüğüdür(%24.1). Bulantı kusma, mukozit, uykusuzluk, iştahsızlık, tükürük salgısında değişim ve boğaz kuruluğu, boğazda yanma hissi, öksürük, tat değişimi, yüzde uyuşma ise hastaların yaşadıkları diğer sorunlardır(%44.8).

Hastaların %97.9'u hastalık ve tedaviye bağlı sosyal sorun yaşadıklarını belirtmiştir. Bu sorunlar incelendiğinde; sosyal çevre ile görüşme sıklığında azalma(%77.9), çalışma statüsünde değişim(%57.9), sosyal aktivitelerden uzaklaşma(%43.4), ekonomik sorunlar(%37.2) ve aile\toplum içinde rol kaybı(%32.4) olarak sıralanmaktadır.

Hastaların %76.6'sı hastalık ve tedaviye bağlı psikolojik sorun yaşadığını belirtmiştir. Bu sorunlar incelendiğinde; sorunlarla baş etmede yetersizlik(%57.9), gelecek hakkında korku\endişe(%31.7), görünümdeki değişikliğe uyumda güçlük(%20.7), yarar sağlayamama, faydasızlık hissi(%18.6), kendine güven düzeyinde azalma(%11) olarak sıralanmaktadır. Çabuk sinirlenme, öfkelenme, isteksizlik, sıkıntı hissi, tedavi uzama endişesi, üzüntü, tedavi sürecine bağlı yorgunluk ise hastaların yaşadıkları diğer sorunlardır(%10,3).

Tablo 4.4 Hastaların Yaşadıkları Güçlüklerle Baş Etme Düzeylerine ve Baş Etmede Yaptıklarına İlişkin İfadeleri

Baş Etme Düzeyi(n=145)	**Sayı***	**%**
İyi	24	16.6
Orta	106	73.1
Kötü	15	10.3
Baş Etmede Yapılanlar (n=78)*		
Tedaviye güveniyorum	21	27
Aile desteği alıyorum	14	18
Dua\ibadet ediyorum	13	16.7
Hiçbir şey yapmıyorum	12	15.4
İyi olacağıma inanıyorum	7	9.0
Kötü şeyler düşünmüyorum	7	9.0
Moralimi yüksek tutmaya çalışıyorum	2	2.5
Zevk aldığım şeyleri yapıyorum	1	1.2
Süreci normal olarak görüyorum	1	1.2

***Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.**

Tablo 4.4'de hastaların hastalık ve\veya tedaviye bağlı yaşadıkları güçlüklerle baş etme düzeyleri ve baş etmede yaptıklarına ilişkin ifadeleri yer almaktadır. Hastaların %73.1'i yaşadıkları güçlüklerle orta düzeyde baş ettiğini, %10.3'ü ise kötü düzeyde baş ettiğini belirtmiştir. Hastaların yaşadıkları güçlüklerle baş etmede yaptıkları sırayla; tedaviye güvenme(%27), aile desteği(%18), dua ve ibadet(%16.7), iyi olacağına inanma(%9), kötü şeyler düşünmeme(%9), moralini yüksek tutmaya çalışma(%2.5), yapmaktan zevk aldığı şeyleri yapma(%1.2), yaşadıklarını normal olarak görme(%1.2) olarak belirtilmiştir. Hastaların %15.4'ü ise güçlüklerle baş edebilmek için bir şey yapmadıklarını belirtmiştir.

Tablo 4.5 Hastaların Profesyonel Destek Alma Durumları ve Destek\Danışmanlıktan Beklentilerine İlişkin İfadeleri

Destek Alma Durumu	**Sayı ***	**%**
Alan	16	11.0
Almayan	129	89.0
Destekten Beklenti (n=56)		
Beklentim yok	15	26.8
Hastalar ve yakınlarına bilgi verilmesi	13	23.2
Sorunlara çözüm bulunması	8	14.2
Maddi destek sağlanması	7	12.6
Hastaların ihtiyaçlarının karşılanması	5	9.0
Daha kolay ulaşılabilmeleri	4	7.1
Kalacak yer sorunun çözümü	3	5.3
İmkan ve olanakların iyileştirilmesi	1	1.8

*** Yüzdeler n üzerinden alınmıştır**

Tablo 4.5'de hastaların profesyonel destek alma durumları ve destek\danışmanlıktan beklentilerine ilişkin ifadelerin dağılımı yer almaktadır. Hastaların %11'i yaşadıkları sorunlarla baş etmek için destek aldığını belirtirken tablolaştırılmamakla birlikte destek alan hastaların %87.5'i bu desteğin yararlı olduğunu belirtmiştir. Hastaların destek\danışmanlıktan beklentileri incelendiğinde ise hasta ve yakınlarına bilgi verilmesi(%23.2), hastaların yaşadıkları sıkıntılara çözüm bulunması(%14.2), maddi destek sağlanması(%12.6), hastaların ihtiyaçlarının karşılanması(%9.0), daha kolay ulaşılabilmeleri(%7.1), kalacak yer sorununun çözülmesi(%5.3), imkan ve olanakların iyileştirilmesi(%1.8) olarak belirtilmiştir. Hastaların %26.8'i destek ve danışmanlıktan beklentisi olmadığını belirtmiştir.

Tablo 4.6 Hastaların Sağlık Personelinden Beklentilerine İlişkin İfadeleri

Doktordan Beklentiler(n=182)	**Sayı***	**%**
Tedavi hakkında bilgi vermeleri	23	28.0
İyi bir tedavi ve iyileşmeyi sağlamaları	20	24.4
Hastalara daha fazla zaman ayırmaları	12	14.7
Tedavi sonrası hakkında bilgi vermeleri	10	12.1
Daha anlayışlı olmaları	4	4.9
Hastaları dinlemeleri	4	4.9
Hastalık hakkında bilgi verilmesi	4	4.9
Ağrılarımın giderilmesi	3	3.7
Gereksinim duyulduğunda kolay ulaşılması	2	2.4
Hemşireden Beklentiler(n=36)		
Güler yüz ve hoşgörü	10	27.8
İlgili ve anlayışlı olmaları	9	25
İşlemler hakkında bilgi verilmesi	8	22.2
Hastaların sıkıntılarını dinlemeleri	8	22.2
Motivasyon sağlamaları	1	2.8
Psikologdan Beklentiler(n=16)		
Konuşma ihtiyacının karşılanması	4	25.0
Kötü düşüncelerden uzaklaşmayı sağlamaları	4	25.0
Motivasyon sağlamaları	3	18.7
Hastaları dinlemeleri için bölümlerin olması	3	18.7
Gerçekleri anlatmaları	2	12.5
Diyetisyenden Beklentiler(n=14)		
Beslenmeyi takip etmeleri	5	35.7
Nasıl beslenilmesi gerektiğini anlatmaları	8	57.2
Kilo takibi yapılması	1	7.1
Diğer Personelden Beklentileri (n=12)		
İşlemlerin hızlı olması	10	83.4
Uygun bekleme ortamı olması	1	8.3
İletişim eğitimi verilmesi	1	8.3

*** Yüzdeler n üzerinden alınmıştır**

Tablo 4.6'da hastaların sağlık personelinden beklentilerine ilişkin ifadeleri incelendiğinde, doktordan beklentileri sırayla; tedavi hakkında bilgi verilmesi(%28), iyi bir tedavi ve iyileşmeyi sağlamaları(%24.4), hastalara daha fazla zaman ayırmaları(%14.7), tedavi sonrası hakkında bilgi verilmesi(%12.1), daha anlayışlı olmaları(%4.9), hastaları dinlemeleri(%4.9), hastalık hakkında bilgi verilmesi(%4.9), ağrıların giderilmesi(%3.7), gereksinim duyulduğunda kolay ulaşılabilmeleri(%2.4) olarak bildirilmiştir.

Hastaların hemşireden beklentileri sırayla; güler yüz ve hoşgörülü olmaları(%27.8), ilgili ve anlayışlı olmaları(%25), işlemler hakkında bilgi vermeleri(%22.2), hastaların sıkıntılarını dinlemeleri(%22.2), motivasyon sağlamaları(%2.8) olarak bildirilmiştir.

Hastaların psikologdan beklentileri sırayla kötü düşüncelerden uzaklaşmayı sağlamaları(%25), motivasyon sağlamaları(%18.7), hastaları değerlendirmek için bölümlerin olması(%18.7), gerçekleri anlatmaları(%12.5) olarak bildirilmiştir, Hastaların %25'i ise psikolog ile konuşma ihtiyacı hissettiğini belirtmiştir.

Hastaların diyetisyen'den beklentileri sırayla; hastaların beslenmesini takip etmeleri(%35.7), hastalara özgü beslenme programı oluşturmaları(%28.6), nasıl beslenilmesi gerektiğini anlatmaları(%28.6), kilo takibi yapılması(%7.1) olarak bildirilmiştir. Hastaların diğer personelden beklentileri ise sırayla; işlemlerin hızlı olması(%83.4), uygun bekleme ortamı oluşturulması(%8.3) ve iletişim eğitimi verilmesi(%8,3) olarak bildirilmiştir.

Tablo 4.7 Hastaların Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Alt Başlıklarına Göre Fonksiyonel Yaşam Ortalama Puanların Dağılımı(n=145)

Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Alt Başlıkları	$\overline{X}$ **±SS**	**Min**	**Max**
Fiziksel Fonksiyon	31.79 ± 9.22	17	56
Psikolojik Fonksiyon	2616 ± 5.80	11	42
Genel İyilik Hali	11.28 ± 3.60	5	20
Sosyal Fonksiyon	9.84 ± 2.68	4	14
GIS Semptomlar	9.15 ± 3.13	2	14
Toplam Fonksiyonel Yaşam Ölçeği	88.24 ± 19.8	53	143

Tablo 4.7'de araştırma kapsamına alınan hastaların Fonksiyonel Yaşam Ölçeği alt başlıklarına göre fonksiyonel yaşam ortalama puanları değerlendirildiğinde; baş boyun kanserli hastaların özellikle fiziksel fonksiyonlar, psikolojik fonksiyonlar, genel iyilik hali, sosyal fonksiyonlar ve gastrointestinal semptomlarla ilgili fonksiyonlarda düşük puanlar aldığı ve hastaların fonksiyonel durumlarının kötü olduğu görülmektedir.

Tablo 4.8 Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği Alt Başlıklarına Göre Algıladıkları Sosyal Destek Ortalama Puanların Dağılımı(n=145)

Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği Alt Başlıkları	**$\overline{X}$±SS**	**Min**	**Max**
Güven Desteği	52.07±5.99	35	65
Duygusal Destek	46.53±5.99	29	60
Bilgi Desteği	34.09±4.79	24	43
Toplam Algılanan Sosyal Destek	132.7±14.82	91	167

Tablo 4.8'de araştırma kapsamına alınan hastaların kanser hastası sosyal destek ölçeğinden ve her bir alt başlığından aldıkları ortalama puanların dağılımı verilmektedir. Sosyal destek ortalama puanları değerlendirildiğinde, baş boyun kanserli hastaların ailelerinden algıladıkları sosyal desteğin ortalamanın üzerinde olduğu, her bir alt ölçek ayrı değerlendirildiğinde hastaların güven desteği alt ölçek puanlarının diğer alt ölçek puanlarına göre daha yüksek, bilgi desteği alt ölçek puanlarının ise diğer alt ölçek puanlarına göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.9 Hastaların Cinsiyet ve Yaşlarına Göre Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanların Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Ortalama Puanları						Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanları			
	Fiziksel Fonksiyon $\overline{X}$ ±SS	Psikolojik Fonksiyon $\overline{X}$ ±SS	Genel İyilik Hali $\overline{X}$ ±SS	Sosyal Fonksiyon $\overline{X}$ ±SS	Gastrointestinal Semptomlar $\overline{X}$ ±SS	Toplam FYÖ $\overline{X}$ ±SS	Güven Desteği $\overline{X}$ ±SS	Duygusal Destek $\overline{X}$ ±SS	Bilgi Desteği $\overline{X}$ ±SS	Toplam ASD $\overline{X}$ ±SS
Cinsiyet										
Kadın	28.63± 7.80	23.41±5.33	10.8±3.69	10.04±2.84	8.17±3.57	81.06±17.03	51.86±5.85	45.71±5.69	32.47±4.57	130.06±13.25
Erkek	33.26±9.49	27.44±5.59	11.5±3.56	9.74±2.62	9.61±2.81	91.57±20.19	52.17±6.08	46.9±6.12	34.84±4.73	133.92±15.40
t	Z:-2.94	t:-4.099	Z:-1.043	Z:-0.566	Z:-2.287	t:-3.059	t:-0.281	t:-1.115	t:-2.835	t:-1.467
p	**0.003**	**0.001**	0.297	0.571	**0.022**	**0.003**	0.779	0.267	**0.005**	0.145
Yaş										
18–35	36.31±9.02	27.1±6.28	11.36±4.34	10.1±2.20	8.94±3.80	93.84±19.20	54.73±6.94	48.94±6.49	34.84±4.66	138.52±16.95
36–49	31.21±8.39	26±6.23	11.69±4.36	10.17±2.60	8.65±2.93	87.73±19.38	55.08±5.35	48.13±5.62	34.56±5.15	137.78±12.97
50–64	31.5±10.12	25.88±6.11	11.23±3.32	10.16±2.93	9.62±3.06	88.42±21.29	52.05±5.43	46.4±5.93	34.01±4.80	132.47±14.16
65 yaş ve ↑	30.52±8.08	26.22±5.05	11.09±3.29	9.11±2.51	8.88±3.03	85.84±18.31	49.38±5.51	44.81±5.67	33.63±4.75	127.84±14.34
t	F:1.88	F:0.217	F:0.146	KW:5.312	KW:2.616	F:0.724	F:6.87	F:2.88	F:0.362	F:3.651
p	0.135	0.884	0.932	0.15	0.455	0.539	**0.001**	**0.038**	0.781	**0.014**

Tablo 4.9'da araştırma kapsamına alınan baş boyun kanserli hastaların cinsiyetlerine ve yaşlarına göre fonksiyonel yaşam ölçeği ve sosyal destek ölçeği ortalama puanlarının dağılımları verilmektedir. Tablo incelendiğinde, erkek hastaların fiziksel fonksiyon, psikolojik fonksiyon, sosyal fonksiyon, genel iyilik hali, gastrointestinal semptomlar ve toplam fonksiyonel yaşam ortalama puanları kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur ve fiziksel fonksiyonlar, psikolojik fonksiyon, gastrointestinal semptomlar ve toplam fonksiyonel yaşam ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır($p<0.05$). Sosyal destek alt ölçek puanları ile cinsiyet karşılaştırıldığında ise, erkek hastaların sosyal destek alt ölçek puanlarının kadın hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ve bilgi desteği alt ölçek puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$).

Baş boyun kanserli hastaların yaşlarına göre fonksiyonel yaşam alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımları incelendiğinde; 18–35 yaş grubunda fiziksel fonksiyon, psikolojik fonksiyon ve toplam fonksiyonel yaşam ortalama puanlarının daha yüksek, 65 yaş ve üzeri yaş grubunda genel iyilik hali, sosyal fonksiyonlar, gastrointestinal semptomlar ortalama puanlarının daha düşük olduğu görülmektedir. Ancak yaş gruplarına göre fonksiyonel yaşam alanları ve toplam fonksiyonel yaşam ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. 65 yaş ve üzeri hasta grubunda sosyal destek alt ölçek ortalama puanlarının daha düşük olduğu görülmektedir ve yaş grupları ile güven desteği, duygusal destek ve algılanan sosyal destek puanları arasındaki farkın istatistik olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Çoklu değişkenler için yapılan önemlilik kontrollerinde 18–35 yaş grubu ile 65 yaş ve üzeri grup, 36–49 yaş grubu ile 65 yaş ve üzeri gruplar arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir($p<0.05$).

Tablo 4.10 Hastaların Medeni Durum ve Eğitim Durumlarına Göre Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanların Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Ortalama Puanları						Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanları			
	Fiziksel Fonksiyon $\overline{X}$ ±SS	Psikolojik Fonksiyon $\overline{X}$ ±SS	Genel İyilik Hali $\overline{X}$ ±SS	Sosyal Fonksiyon $\overline{X}$ ±SS	Gastrointestinal Semptomlar $\overline{X}$ ±SS	Toplam FYÖ $\overline{X}$ ±SS	Güven Desteği $\overline{X}$ ±SS	Duygusal Destek $\overline{X}$ ±SS	Bilgi Desteği $\overline{X}$ ±SS	Toplam ASD $\overline{X}$ ±SS
Medeni Durum										
Evli	31.06±9.03	25.88±6.03	11.23±3.68	9.88±2.80	8.84±3.06	86.91±20.20	52.27±6.14	46.58±6.17	34.45±4.86	133.3±15.25
Bekar	38.25±9.05	28.18±5.65	12±3.59	10.18±1.55	10.68±2.21	99.31±17.32	53.12±6.51	47.87±6.5	33.43±4.80	134.43±15.81
Dul	30.5±8.61	26.12±3.84	10.93±3.10	9.18±2.76	9.81±2.76	86.56±16.50	49.62±3.64	44.81±3.56	32.25±4.02	126.68±8.80
t	F:4.662	F:1.104	F:0.398	KW:1.001	KW:6.137	F:2.88	F:3.379	F:1.918	KW:3.334	F:3.379
p	**0.011**	0.334	0.672	0.606	**0.046**	0.059	**0.048**	0.165	0.189	**0.048**
Eğitim Durumu										
Okur Yazar Değil	30.78±9.67	26±6	11.26±3.75	9.56±2.77	8.04±3.33	85.65±21.39	50.78±5.90	45.52±5.61	33.39±4.60	129.69±13.46
Okur Yazar	30.22±7.38	25.95±5.41	11.40±3.27	8.90±2.72	9.68±3.10	86.18±16.19	48.36±6.45	43.27±6.86	32.31±5.25	123.95±16.74
İlkokul	32.17±7.99	26.20±5.38	11.36±3.19	10.20±2.67	9.05±2.95	88.94±18.31	51.65±5.15	46.36±5.32	34.60±4.60	132.61±12.61
Ortaokul	27.7±7.29	24.83±5.30	9.66±2.72	9.83±2.61	8.72±3	80.33±16.37	52.55±4.75	47.55±5.04	33.72±3.75	133.83±12.77
Lise	35.61±12.09	26.23±7.08	11.28±4.81	10.28±2.62	9.8±3.51	93.23±24.51	57.04±5.11	49.76±6.31	35.09±5.43	141.5±15.54
Yüksekokul	38.5±10.17	31±6.72	15±3.57	9.5±2.88	11.5±1.64	105.5±22.51	55.66±7.03	49.5±6.09	36.33±5.31	141.5±16.77
KW	10.23	4.14	9.02	4.35	9.15	8.32	23.99	11.71	6.46	14.08
p	0.069	0.491	0.108	0.499	0.103	0.139	**0.001**	**0.039**	0.263	**0.015**

Araştırma kapsamına alınan baş boyun kanserli hastaların medeni durumlarına ve eğitim düzeylerine göre fonksiyonel yaşam alanları ve sosyal destek alt ölçek puanları ile yapılan istatistiksel değerlendirmesi tablo 4.10'da verilmiştir. Tablo incelendiğinde, medeni durumlarına göre bakıldığında bekar hastaların tüm fonksiyonel yaşam alanları ve toplam fonksiyonel yaşam ortalama puanlarının evli ve dul hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaların medeni durumlarına göre fiziksel fonksiyon ve gastrointestinal semptomlar ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). Hastaların medeni durumlarına göre fonksiyonel durumun fiziksel fonksiyonlarda bekar hastalar ile evli ve dul hastalarda, gastrointestinal semptomlarda evli hastalar ile bekar hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir($p<0.05$). Dul olan hastaların sosyal destek alt ölçek ortalama puanları ise evli ve bekar hastalara göre daha düşük bulunmuştur. Hastaların medeni durumları ile sosyal destek alt ölçek ortalama puanları karşılaştırıldığında, güven desteği ve toplam algılanan sosyal destek puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). Çoklu değişkenler için yapılan önemlilik kontrollerinde evli ve dul hastalar arasındaki farklar anlamlıdır($p<0.05$).

Eğitim düzeylerine göre bakıldığında, yüksek okul mezunu olan hastaların fiziksel fonksiyon, psikolojik fonksiyon, genel iyilik hali, gastrointestinal semptomlar ve toplam fonksiyonel yaşam ortalama puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak eğitim düzeyine göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$). Sosyal destek alt ölçek puanları incelendiğinde ise lise ve yüksekokul mezunu olan hastaların sosyal destek alt ölçek puanları daha yüksek

bulunmuştur. Hastaların eğitim düzeyleri ile sosyal destek alt ölçek puanları karşılaştırıldığında güven desteği, duygusal destek ve algılanan sosyal destek ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$).

Tablo 4. 11 Hastaların Çalışma Statüsü ve Yerleşim Yerine Göre Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanların Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Ortalama puanları						Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği Ortalama puanları			
	Fiziksel Fonksiyon $\overline{X}$ ±SS	Psikolojik Fonksiyon $\overline{X}$ ±SS	Genel İyilik Hali $\overline{X}$ ±SS	Sosyal Fonksiyon $\overline{X}$ ±SS	Gastrointestinal Semptomlar $\overline{X}$ ±SS	Toplam FYÖ $\overline{X}$ ±SS	Güven Desteği $\overline{X}$ ±SS	Duygusal Destek $\overline{X}$ ±SS	Bilgi Desteği $\overline{X}$ ±SS	Toplam ASD $\overline{X}$ ±SS
Çalışma Statüsü										
İşçi- Memur	32.18±10.06	26.9±6.97	12.36±3.61	8.72±3.55	10.27±2.64	90.45±22.19	52.81±7.08	46.45±7.18	34.45±5.44	133.72±18.06
Serbest Meslek	30.25±11.58	25.75±5.12	11.75±5.18	9.5±3	9.75±4.03	87±25.01	55±4.32	47±3.16	37.5±2.51	139.5±1.29
Ev Hanımı	29.04±7.96	23.97±5.33	10.8±3.89	9.95±2.78	7.95±3.48	81.73±17.34	51.76±5.85	45.66±5.82	32.71±4.69	130.14±13.54
Emekli	32.76±8.98	26.84±5.56	11.44±3.36	9.62±2.64	9.33±3.02	90.01±19.86	50.88±6.09	45.93±6.12	34.25±4.90	131.06±15.61
Çalışmıyor	33.86±10.41	27.72±6.02	11.17±3.56	10.58±2.16	10.03±2.45	93.37±20.42	54.27±5.32	48.96±5.46	35.17±4.39	138.41±13.57
KW	6.464	8.76	2.119	3.496	9.219	8.21	7.707	6.887	6.313	8.487
p	0.167	0.067	0.714	0.478	0.056	0.084	0.103	0.142	0.177	0.075
Yerleşim Yeri										
İl	39.25±11.9	31.37±5.92	14.87±5.05	11.12±2.47	9.12±3.31	105.75±25.31	57.62±7.83	50.37±7.52	35.37±7.13	143.37±19.84
İlçe	31.81±8.79	26.22±5.76	11.06±3.35	10.04±2.70	9.05±3.26	88.21±19.13	52.69±5.36	47.27±5.22	34.32±4.40	134.29±13
Köy/Belde	30.08±9.16	24.83±5.35	11.08±3.62	8.97±2.51	9.44±2.77	84.41±18.88	49.11±6.03	43.58±6.68	33.16±5.25	125.86±16.14
t	5.164	7.446	5.889	6.601	0.127	6.224	14.224	10.7	1.871	9.565
p	0.076	**0.024**	0.053	**0.037**	0.938	**0.045**	**0.001**	**0.005**	0.392	**0.008**

Tablo 4.11'de araştırma kapsamına alınan baş boyun kanserli hastaların çalışma statülerine ve yerleşim yerine göre fonksiyonel yaşam alanlarından ve sosyal destek ölçeğinden aldıkları ortalama puanların dağılımları incelendiğinde, ev hanımı olan hastaların fiziksel fonksiyon. psikolojik fonksiyon, genel iyilik hali, gastrointestinal semptomlar ve toplam fonksiyonel yaşam ortalama puanlarının ve sosyal destek alt ölçek puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Yerleşim yerlerine göre fonksiyonel yaşam alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı incelendiğinde; köy/belde de oturan hastaların tüm fonksiyonel yaşam alanlarından aldıkları ortalama puanların daha düşük olduğu belirlenmiştir ve psikolojik fonksiyonlar, sosyal fonksiyonlar ve toplam fonksiyonel yaşam ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). Hastaların yerleşim yerlerine göre fonksiyonel durumun psikolojik fonksiyonlarda ilde oturan ile ilçede oturan ve ilde oturan ile köyde oturan, sosyal fonksiyonlarda ilde oturan ile köyde oturan ve ilçede oturan ile köy oturan, toplam fonksiyonel yaşam ortalama puanlarda ilde oturan ile ilçede oturan ve ilde oturan ile köyde oturanlar arasında istatistiksel olarak farklılık gösterdiği sonucuna varılmıştır($p<0.05$). Yerleşim yerlerine göre sosyal destek alt ölçek puanlarının değerlendirilmesinde, köy\beldede oturan hastaların güven desteği, duygusal destek, bilgi desteği ve toplam algılan sosyal destek puanları daha düşük bulunmuştur. Sosyal destek alt ölçek puanları ile hastaların yerleşim yerleri arasında yapılan değerlendirmede güven desteği, duygusal destek ve toplam algılanan sosyal destek ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$).

Tablo 4.12 Hastaların Gelir Durumları, Yardım Alma ve Bilgi Sahibi Olma Durumlarına Göre Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanların Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Ortalama Puanları						Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanları			
	Fiziksel Fonksiyon $\overline{X}$ ±SS	Psikolojik Fonksiyon $\overline{X}$ ±SS	Genel İyilik Hali $\overline{X}$ ±SS	Sosyal Fonksiyon $\overline{X}$ ±SS	Gastrointestinal Semptomlar $\overline{X}$ ±SS	Toplam FYÖ $\overline{X}$ ±SS	Güven Desteği $\overline{X}$ ±SS	Duygusal Destek $\overline{X}$ ±SS	Bilgi Desteği $\overline{X}$ ±SS	Toplam ASD $\overline{X}$ ±SS
Gelir Durumu										
Gelir Giderinden Az	28.88±8.12	24.43±5.02	10.14±3.00	9.24±2.61	8.82±3.18	81.53±16.63	50.37±5.72	44.58±5.74	32.74±4.68	127.69±13.33
Gelir Gider Dengeli	33.96±9.43	27.4±6.03	12.13±3.79	10.28±2.67	9.4±3.09	93.25±20.58	53.34±5.91	47.98±5.79	35.1±4.65	136.44±14.85
t	Z:-3.384	t:-3.198	t:-3.517	Z:2.393	t:-1.116	t:-3.675	t:-3.041	t:-3.516	t:-3.06	t:-3.66
p	**0.001**	**0.001**	**0.001**	**0.017**	0.266	**0.001**	**0.003**	**0.001**	**0.003**	**0.001**
Yardım Alma										
Alan	31.85±9.40	26.23±5.96	11.31±3.67	9.94±2.70	9.09±3.17	88.43±20.26	52.6±5.72	46.98±5.82	34.22±4.78	133.82±14.45
Almayan	31±6.51	25.2±3.01	10.9±2.68	8.5±2.22	10±2.58	85.6±12.41	44.9±5.19	40.4±5.05	32.3±4.78	117.6±11.50
t	Z:-.125	Z:-.469	Z:-247	Z:-1.883	Z:-.734	Z:-.328	Z:-3.704	Z:-3.283	Z:-1.252	Z:-3.315
p	0.901	0.639	0.805	0.06	0.463	0.743	**0.001**	**0.001**	0.21	**0.001**
Bilgi Sahibi Olma										
Olan	32.67±9.72	26.98±5.77	11.56±3.90	10.13±2.62	9.14±3.13	90.51±20.42	53.28±5.77	47.34±5.87	34.21±4.88	134.84±14.59
Olmayan	30.17±8.04	24.64±5.61	10.76±2.95	9.29±2.74	9.17±3.16	84.05±18.06	49.84±5.81	45.09±5.98	33.88±4.77	128.76±14.57
t	t:1.563	t:2.356	t:1.385	Z:-1.752	Z:117	t:1.889	t:3.422	t:2.237	t:395	t:2.395
p	0.12	**0.02**	0.168	0.08	0.907	0.061	**0.001**	**0.027**	0.694	**0.018**

Tablo 4.12'de hastaların gelir durumları, yardım alma ve bilgi sahibi olma durumlarına göre fonksiyonel yaşam alanlarından ve sosyal destek ölçeğinden aldıkları ortalama puanların dağılımı yer almaktadır. Tabloda hastaların fonksiyonel yaşam ortalama puanlarının dağılımına bakıldığında; gelir düzeyi düşük olan hastaların fiziksel fonksiyon, psikolojik fonksiyon, genel iyilik hali, gastrointestinal semptomlar ve toplam fonksiyonel yaşam ortalama puanları daha düşük bulunmuştur. Gelir durumuna göre grupların fiziksel fonksiyon, psikolojik fonksiyon, sosyal fonksiyon, genel iyilik hali ve toplam fonksiyonel yaşam ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). Hastaların gelir durumları ile sosyal destek alt ölçek puanları karşılaştırıldığında geliri giderinden az olan hastaların güven desteği, duygusal destek, bilgi desteği ve toplam algılan sosyal destek ortalama puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastalık ve tedavi süresince yakınlarından yardım alamayan gruptaki hastaların tüm fonksiyonel yaşam alanlarından aldıkları ortalama puanların yardım alan hasta grubuna göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ancak yardım alma durumlarına göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır($p<0.05$). Hastaların yardım alma durumlarına göre sosyal destek ortalama puanları incelendiğinde ise yakınlarından yardım alan hasta grubunda güven desteği, duygusal destek, bilgi desteği ve toplam algılanan sosyal destek puanları daha yüksek bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede güven desteği, duygusal destek ve toplam algılanan sosyal destek ortalama puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur($p<0.05$).

Hastaların hastalık ve \veya tedavi ile ilgili bilgi sahibi olma durumlarına göre fonksiyonel yaşam alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımları incelendiğinde tedavi ile ilgili bilgi aldığını ifade eden hastaların fiziksel fonksiyon, psikolojik fonksiyon, genel iyilik hali, sosyal fonksiyon ve toplam fonksiyonel yaşam ortalama puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastalık/tedavi ile ilgili bilgi sahibi olma durumlarına göre grupların psikolojik fonksiyon ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). Sosyal destek ortalama puanları incelendiğinde ise bilgi sahibi olan gruptaki hastalarda güven desteği, duygusal destek, bilgi desteği ve algılanan sosyal destek ortalama puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ve güven desteği, duygusal destek ve algılanan sosyal destek ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$).

Tablo 4.13 Hastaların Tanıları ve Tanı Sürelerine Göre Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanların Dağılımı

Hastalıkla İlgili Özellikler	Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Ortalama Puanları						Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanları			
	Fiziksel Fonksiyon $\overline{X}$ ±SS	Psikolojik Fonksiyon $\overline{X}$ ±SS	Genel İyilik Hali $\overline{X}$ ±SS	Sosyal Fonksiyon $\overline{X}$ ±SS	Gastrointestinal Semptomlar $\overline{X}$ ±SS	Toplam $\overline{X}$ ±SS	Güven Desteği $\overline{X}$ ±SS	Duygusal Destek $\overline{X}$ ±SS	Bilgi Desteği $\overline{X}$ ±SS	Toplam ASD $\overline{X}$ ±SS
Tanılar										
Larenks	31.2±9.06	26.24±5.67	11.25±3.69	9.62±2.88	9.4±2.89	87.74±20.31	51.16±6.34	45.55±6.52	34.27±5.26	131±15.84
Farenks	32.71±8.58	26.45±4.69	10.88±3.93	9.77±2.41	8.4±3.13	88.22±18.02	52.74±5.93	47.31±6.08	33.4±4.57	133.45±14.71
Diğer	31.78±9.84	25.91±6.59	11.55±3.33	10.08±2.68	9.39±3.33	88.73±20.70	52.53±5.68	46.98±5.35	34.35±4.90	133.87±13.97
t	F:0.282	F:0.101	KW:1.445	KW.0.756	KW:3.33	F:0.034	F:1.001	F:1.174	F:487	F:.573
p	0.755	0.904	0.486	0.685	0.189	0.967	0.37	0.312	0.616	0.565
Tanı Süresi										
0–3 ay	35.08±9.51	28.33±6.05	12.32±3.62	10.03±2.54	9.19±3.24	94.96±21.18	52.37±6.49	47.04±6.24	34.08±5.03	133.5±15.83
4–6 ay	30.28±8.59	24.97±5.44	10.77±3.34	10.2±2.55	8.77±2.96	85.02±17.84	52.48±4.94	46.86±5.22	35.26±4.65	134.62±12.64
7–12 ay	27.67±7.70	23.77±4.60	10.12±3.40	9.09±3.16	9.25±3.06	79.93±16.15	50.83±6.27	44.87±6.26	32.19±4.01	127.9±14.70
13 ay ve üzeri	30.57±7.97	25.14±4.81	10.42±4.19	9.14±2.26	10.85±3.53	86.14±17.60	52.28±6.96	47.14±7.19	35.14±4.94	134.57±17.71
KW:	14.557	15.991	9.576	3.82	3.998	12.348	1.17	2.149	9.456	4.105
p	**0.002**	**0.001**	**0.023**	0.282	0.262	**0.006**	0.76	0.49	**0.024**	0.25

Tablo 4.13'de hastaların tanılarına ve tanı sürelerine göre fonksiyonel yaşam ölçeği ve kanser hastası sosyal destek ölçeği ortalama puanların dağılımlarına bakıldığında, larenks kanserli hastaların fiziksel fonksiyon, psikolojik fonksiyon ve sosyal fonksiyon alanlarından aldıkları ortalama puanların farenks ve diğer baş boyun kanserli hastalara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Tanılara göre grupların fonksiyonel yaşam alanlarından aldıkları ortalama puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$.) Hastaların aldıkları tanılara göre sosyal destek ortalama puanlarının dağılımına bakıldığında ise larenks kanserli hastaların güven desteği, duygusal destek ve toplam algılanan sosyal destek ortalama puanları farenks ve diğer baş boyun kanserli hastalara göre daha düşük bulunmuştur. Ancak sosyal destek ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Hastaların tanı sürelerine göre fonksiyonel yaşam alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı incelendiğinde. 7–12 ay tanı süresi olan hastaların fiziksel fonksiyon, psikolojik fonksiyon, sosyal fonksiyon, genel iyilik hali ve toplam fonksiyonel yaşam ortalama puanları daha düşük bulunmuştur ve fiziksel fonksiyon, psikolojik fonksiyon, genel iyilik hali, toplam fonksiyonel yaşam ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır($p<0.05$). Hastaların tanı sürelerine göre sosyal destek puan ortalamaları incelendiğinde, tanı süresi 7–12 ay olan hasta grubunda güven desteği, duygusal destek, bilgi desteği ve algılanan sosyal destek ortalama puanları diğer gruptaki hastalara göre daha düşük bulunmuştur. Tanı süresine göre sosyal destek ortalama puanları karşılaştırıldığında ise sadece bilgi desteği puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$).

Tablo 4.14 Hastaların Hastalık Evresi ve Aldıkları Tedaviye Göre Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanların Dağılımı

Hastalıkla İlgili Özellikler	Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Ortalama Puanları						Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanları			
	Fiziksel Fonksiyon $\overline{X}$ ±SS	Psikolojik Fonksiyon $\overline{X}$ ±SS	Genel İyilik Hali $\overline{X}$ ±SS	Sosyal Fonksiyon $\overline{X}$ ±SS	Gastrointestinal Semptomlar $\overline{X}$ ±SS	Toplam FYÖ $\overline{X}$ ±SS	Güven Desteği $\overline{X}$ ±SS	Duygusal Destek $\overline{X}$ ±SS	Bilgi Desteği $\overline{X}$ ±SS	Toplam ASD $\overline{X}$ ±SS
Evresi										
1.Evre	44.71±5.15	33.42±3.77	16.42±1.98	11.28±1.97	11.85±1.34	117.71±12.16	54.57±7.63	51±5.77	37±4.54	142.57±16.86
2.Evre	36.06±7.99	28.49±4.81	12.58±2.10	10.25±2.10	9.06±2.95	96.46±17.12	52.5±5.57	47.49±5.47	35.19±4.67	135.19±13.73
3.Evre	28.11±7.49	24.32±5.39	10.11±2.90	9.59±3.03	8.93±3.22	81.08±16.41	52±6.17	46.01±6.06	33.47±4.74	131.49±14.73
4.Evre	22.14±4.78	20.07±3.42	7.92±2.49	8.35±3.15	9.21±3.74	67.71±12.08	49.21±5.83	42.21±5.80	30.42±3.22	121.85±13.62
KW	57.166	46.293	39.483	7.35	6.372	51.311	3.501	12.596	16.155	11.979
p	**0.001**	**0.001**	**0.001**	0.062	0.095	**0.001**	0.321	**0.006**	**0.001**	**0.007**
Tedavi										
Kemoterapi	26.42±7.48	22.28±5.76	10.85±3.62	9.14±3.80	8.57±3.73	77.28±16.94	53.85±4.67	46±4.08	32.42±4.46	132.28±10.49
Radyoterapi	33.12±9.14	26.7±5.47	11.49±3.28	9.83±2.54	9.58±2.93	90.74±19.27	51.36±6.11	46.33±6.16	34.47±4.74	132.17±15.25
KT ve RT	31.56±8.68	27.23±5	11.38±3.98	9.71±2.67	8.87±2.90	88.76±19.14	52.74±5.58	47.2±5.97	34.61±4.70	134.56±14.75
Kontrol	26±9.94	21.08±7.65	9.66±4.51	10.66±3.20	7.33±4.35	74.75±22.08	54±6.87	46.08±6.27	30.66±4.59	130.75±15.02
KW	10.993	13.729	3.227	1.806	4.756	11.942	3.561	1.278	8.321	1.496
p	**0.012**	**0.003**	0.358	0.614	0.191	**0.008**	0.313	0.734	**0.04**	0.683

Tablo 4.14'de hastaların hastalık evrelerine göre fonksiyonel yaşam ölçeği ve kanser hastası sosyal destek ölçeğinden aldıkları ortalama puanların dağılımları yer almaktadır. Hastaların hastalık evrelerine göre aldıkları ortalama puanların dağılımı incelendiğinde, 4. evrede bulunan hastaların tüm fonksiyonel yaşam alanlarından aldıkları ortalama puanların daha düşük olduğu görülmektedir. Fiziksel fonksiyon, psikolojik fonksiyon, sosyal fonksiyon ve toplam fonksiyonel yaşam ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). Hastaların evrelerine göre kanser hastası sosyal destek ölçeği ve her bir alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar incelendiğinde 4. evredeki hastaların güven desteği. duygusal destek, bilgi desteği ve algılanan sosyal destek puanları diğer hastalara göre daha düşük ve duygusal destek, bilgi desteği ve toplam algılanan sosyal destek ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$.)

Tablo 4.14'de hastaların aldıkları tedaviye göre fonksiyonel yaşam ortalama puanların dağılımları incelendiğinde, tedavi sonrası kontrole gelen hastaların ise tüm fonksiyonel yaşam ortalama puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir ve fiziksel fonksiyon, psikolojik fonksiyon ve toplam fonksiyonel yaşam ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). Hastaların aldıkları tedaviye göre sosyal destek puan ortalamaları değerlendirildiğinde; kontrole gelen gruptaki hastaların duygusal destek, bilgi desteği ve algılanan sosyal destek ortalama puanları daha düşük bulunmuştur ve bilgi desteği ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$).

Tablo 4.15 Hastaların Aldıkları Kemoterapi Kür Sayısı ve Radyoterapi Gün Sayısına Göre Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanların Dağılımı

Hastalıkla İlgili Özellikler	Fonksiyonel Yaşam Ölçeği 0rtalama Puanları						Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanları			
	Fiziksel Fonksiyon $\overline{X}$ ±SS	Psikolojik Fonksiyon $\overline{X}$ ±SS	Genel İyilik Hali $\overline{X}$ ±SS	Sosyal Fonksiyon $\overline{X}$ ±SS	Gastrointestinal Semptomlar $\overline{X}$ ±SS	Toplam FYÖ $\overline{X}$ ±SS	Güven Desteği $\overline{X}$ ±SS	Duygusal Destek $\overline{X}$ ±SS	Bilgi Desteği $\overline{X}$ ±SS	Toplam ASD $\overline{X}$ ±SS
Kemoterapi Kür										
1.Kür	32.37±11.43	28.87±5.93	12±4.24	9.37±3.46	9.75±3.57	92.37±25.23	54.87±5.24	49.25±6.22	35±5.45	139.12±15.53
2.Kür	28.61±6.28	25.61±5.14	10.9±3.87	10±2.52	9.38±2.72	84.52±15.73	53.14±5.47	46.8±4.92	34.9±4.55	134.85±13.18
3.Kür	34.88±12.47	26.57±7.06	10.57±4.92	7.85±3.56	6.14±3.17	81.57±26.13	54.11±4.98	47.44±5.99	34.22±5.09	136.11±13.31
4.Kür	30.42±4.64	26.57±2.57	10.57±1.67	7.85±1.67	6.14±1.86	81.57±9.91	48±4.24	43.42±6.55	31±2.82	122.42±12.99
KW	2.067	1.483	0.671	4.57	6.793	1.251	6.644	2.314	5.342	4.382
p	0.599	0.686	0.88	0.206	0.079	0.741	0.084	0.51	0.148	0.223
Radyoterapi Gün										
2–10 gün	34.59±8.47	29.18±4.89	12.07±3.50	10.22±2.66	10.62±2.6	96.7±17.86	52.55±5.44	48.29±5.65	35.29±3.7	136.14±13.64
11–20 gün	31.6±9.53	26.18±5.29	11.25±3.89	9.95±2.58	8.88±3.11	87.88±19.93	52.09±5.89	46.72±5.92	34.33±4.97	133.16±14.53
21–27 gün	33.11±8.90	26.63±5.03	11.22±3.30	9.54±2.35	8.95±2.88	89.47±18.21	51.77±6.92	46.29±6.68	34.61±4.98	132.68±17.29
28 gün ve üzeri	32.66±10.98	26.33±7.35	12.5±3.45	9.5±3.39	10±2.52	91±25.73	50.25±5.13	44.58±6.50	33.58±5.59	128.41±15.06
KW	2.538	6.643	2.227	1.945	7.752	4.095	1.283	2.499	0.869	2.089
p	0.469	0.084	0.527	0.584	0.051	0.251	0.733	0.476	0.833	0.554

Tablo 4.15'de hastaların aldıkları kemoterapi kür sayısına göre fonksiyonel yaşam ölçeği ve kanser hastası sosyal destek ölçeğinden aldıkları ortalama puanların dağılımı verilmektedir. Tabloya göre 2 kür kemoterapi alan hastaların fiziksel fonksiyon ve psikolojik fonksiyon ortalama puanları daha düşük bulunmuştur. Fakat yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında fark anlamlı bulunmamıştır. Hastaların kemoterapi sayısına göre kanser hastası sosyal destek ölçeği ve her bir alt ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması incelendiğinde 4 kür ve üzeri kemoterapi tedavisi alan hastaların güven desteği, duygusal destek, bilgi desteği ve algılanan sosyal destek puanları daha düşük bulunmuştur ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır($p<0.05$).

Tablo 4.15'de hastaların aldıkları radyoterapi gün sayısına göre fonksiyonel yaşam alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı incelendiğinde. 2–10 gün radyoterapi uygulanan hastaların fiziksel fonksiyon, psikoloji fonksiyon, genel iyilik hali, sosyal fonksiyon ve toplam fonksiyonel yaşam ortalama puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Hastaların aldıkları radyoterapi gün sayısına göre grupların fonksiyonel yaşam alanlarından aldıkları ortalama puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur($p>0.05$). Hastaların aldıkları radyoterapi gün sayılarına göre sosyal destek alt ölçek puanları incelendiğinde 28 gün ve üzeri radyoterapi tedavisi alan hastaların güven desteği, duygusal destek, bilgi desteği ve algılanan sosyal destek puanlarının daha düşük olduğu görülmektedir. Ancak radyoterapi gün sayısına göre sosyal destek ortalama puanları karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur($p>0.05$).

Tablo4. 16 Hastaların Son KT Zamanı. Son RT Zamanı ve Son Cerrahi Zamanına Göre Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Ortalama Puanların Dağılımı

Hastalıkla İlgili Özellikler	Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Ortalama Puanları						Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanları			
	Fiziksel Fonksiyon $\overline{X}$ ±SS	Psikolojik Fonksiyon $\overline{X}$ ±SS	Genel İyilik Hali $\overline{X}$ ±SS	Sosyal Fonksiyon $\overline{X}$ ±SS	Gastrointestinal Semptomlar $\overline{X}$ ±SS	Toplam FYÖ $\overline{X}$ ±SS	Güven Desteği $\overline{X}$ ±SS	Duygusal Destek $\overline{X}$ ±SS	Bilgi Desteği $\overline{X}$ ±SS	Toplam ASD $\overline{X}$ ±SS
Son KT Zamanı										
0–1 ay	28.3±7.61	23.65±5.87	10±2.82	9.91±2.93	8.95±3.32	80.82±16.31	51.91±6.57	39.86±3.18	29.86±5.16	122.64±13.62
2–4 ay	32.57±8.48	25.07±5.28	11.57±4.10	9.35±2.95	9.14±2.95	87.7±19.89	50.85±6.95	38.28±3.090	27.78±5.19	121.78±11.23
5 ay ve üzeri	24±4.35	21.66±2.51	10.33±2.08	9±4.35	7.66±5.50	72.66±13.01	51.40±6.42	39.42±3.20	29.50±5.26	128.76±15.88
t	3.75	1.35	0.991	0.531	0.253	2.591	0.312	0.377	0.149	6.642
p	0.153	0.507	0.609	0.767	0.881	0.274	0.58	0.543	0.702	0.41
Son RT Zamanı										
0–1 ay	24.2±6.45	22.6±6.84	7.6±3.13	8.6±4.97	8.6±4.33	71.6±13.79	51.80±7.56	40.80 ±2.63	32.60±2.07	124.13±15.7
2–4 ay	26.87±6.55	18.62±4.033	11.25±3.45	10.75±2.60	8±4.40	75.5±14.40	52.87±5.66	40.25 ±4.30	32.75±4.26	123.88±11.26
t	—0.882	—0.665	—1.543	—0.738	—0.515	.-147	0.009	0.427	2.107	0.194
p	0.435	0.524	0.127	0.524	0.622	0.943	0.925	0.063	0.175	0.798
Son Cerrahi Zamanı										
0–3 ay	28.12±6.26	23.87±3.22	10.12±3.04	9.12±2.32	9.37±4.13	80.62±12.42	51.62± 5.55	39.25± 3.24	32.87 ±2.64	124.37 ±11.61
4–6 ay	30.18±9.61	25.53±6.67	10.4±3.85	9.78±3.02	8.46±2.90	84.37±22.06	53.53 ±6.71	39.56± 2.43	27.71 ±5.33	123.7±112.70
7–12 ay	27.24±8.09	23.44±4.51	9.28±2.49	9.12±3.004	9.52±2.66	78.6±15.89	49.44 ±5.02	38.80± 2.32	26.56 ±5.65	121.71 ±11.41
13 ay ve üzeri	33.83±7.98	26.66±4.63	12.66±3.66	8.66±3.07	11.83±1.94	93.66±17.75	53.01± 6.34	39.09 ±2.51	32.54± 5.31	123.66 ±12.01
t	3.93	2.61	4.06	1.99	7.84	2.88	0.933	0.424	6.54	0.093
p	0.269	0.455	0.255	0.706	**0.049**	**0.41**	0.334	0.515	**0.011**	0.76

Tablo 4.16'da hastaların son uygulanan tedavi zamanına göre fonksiyonel yaşam ölçeğinden aldıkları ortalama puanların dağılımı verilmektedir. 5 ve üzeri ay önce kemoterapi alan hastaların tüm fonksiyonel yaşam alanlarından daha düşük puanlar aldığı görülmektedir. Ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki fark istatistiksel anlamsız bulunmuştur($p>0.05$). Son kemoterapi uygulanma zamanı 2–4 ay olan hastaların sosyal destek ölçeği ortalama puanları daha düşük bulunmuştur ancak sosyal destek alt ölçek puanları ile son kemoterapi zamanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır($p>0.05$).

0–1 ay önce radyoterapi uygulanan hastaların fiziksel fonksiyon, genel iyilik hali, sosyal fonksiyon ve toplam fonksiyonel yaşam ortalama puanları daha düşük bulunmuştur ancak arasında fark istatistiksel olarak anlamsızdır($p>0.05$). Sosyal destek alt ölçek puanları ile son radyoterapi zamanının değerlendirilmesinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır($p>0.05$).

Hastaların son cerrahi uygulanma zamanına göre fonksiyonel yaşam alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımları incelendiğinde 7–12 ay önce cerrahi tedavi uygulanan hastaların fiziksel fonksiyon, psikolojik fonksiyon, genel iyilik hali ve toplam fonksiyonel yaşam ortalama puanları diğer gruptaki hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede gastrointestinal semptomlar ve toplam fonksiyonel yaşam ortalama puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). Sosyal destek alt ölçek ortalama puanları son cerrahi zamanı 7–12 ay olan hastalarda düşük bulunmuş ve bilgi desteği alt ölçek puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir($p<0.05$).

Tablo 4.17 Hastaların Başka Kronik Hastalığı Olma Durumu ve Cerrahi Tedavi Uygulanma Durumuna Göre Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanların Dağılımı

Hastalıkla İlgili Özellikler	Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Ortalama Puanları						Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanları			
	Fiziksel Fonksiyon $\overline{X}$ ±SS	Psikolojik Fonksiyon $\overline{X}$ ±SS	Genel İyilik Hali $\overline{X}$ ±SS	Sosyal Fonksiyon $\overline{X}$ ±SS	Gastrointestinal Semptomlar $\overline{X}$ ±SS	Toplam FYÖ $\overline{X}$ ±SS	Güven Desteği $\overline{X}$ ±SS	Duygusal Destek $\overline{X}$ ±SS	Bilgi Desteği $\overline{X}$ ±SS	Toplam ASD $\overline{X}$ ±SS
Başka Kronik Hastalık										
Var	33.21±9.50	26.73±6.02	11.4±3.70	10.22±2.58	9.13±3.24	90.71±20.59	52.88±5.75	47.42±5.46	34.7±4.54	135.01±13.62
Yok	29.17±8.12	25.11±5.27	11.058±3.43	9.13±2.75	9.19±2.94	83.68±17.55	50.58±6.20	44.88±6.62	32.98±5.09	128.45±16.09
t	t:-2.565	t:-1.609	Z:-.389	Z:-2.22	t:.106	t:-2.062	t:-2.230	t:-2.482	t:-2.087	t:-2.595
p	**0.011**	0.11	0.697	**0.026**	0.916	**0.041**	**0.027**	**0.014**	**0.039**	**0.01**
Cerrahi Tedavi										
Uygulanan	29.44±8.54	24.9±5.39	10.13±3.32	9.41±2.86	9.29±3.01	83.19±18.51	51.41±6.29	45.43±4.69	33.25±4.69	130.09±15.21
Uygulanmayan	34.1±9.32	27.41±5.96	12.41±3.54	10.26±2.45	9.02±3.26	93.21±19.90	52.27±5.66	47.61±5.47	34.93±4.78	135.27±14.05
t	t:-3.138	t:-2.654	Z:-3.73	Z:-1.753	Z:-.450	Z:-3.238	t:-1.317	t:-2.225	t:-2.136	t:-2.128
p	**0.002**	**0.009**	**0.001**	0.08	0.653	**0.001**	0.19	**0.028**	**0.034**	**0.035**

Tablo 4.17'de hastaların kanser dışında başka kronik hastalık tanısı alma durumlarına göre fonksiyonel yaşam ölçeği ortalama puanların dağılımı incelendiğinde, başka kronik hastalık tanısı almayan hastaların fiziksel fonksiyon, psikolojik fonksiyon, genel iyilik hali, sosyal fonksiyon ve toplam fonksiyonel yaşam ortalama puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon ve toplam fonksiyonel yaşam ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). Kanser hastası sosyal destek ölçeği ortalama puanları incelendiğinde; kronik hastalığı olan hastaların güven desteği, duygusal destek, bilgi desteği ve algılanan sosyal destek ortalama puanları kronik hastalığı olan gruba göre daha yüksektir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır($p<0.05$).

Tablo 4.17'de hastaların cerrahi tedavi uygulanma durumlarına göre fonksiyonel yaşam alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımları incelendiğinde; cerrahi tedavi uygulanmayan hastaların fiziksel fonksiyon, psikolojik fonksiyon, genel iyilik hali, sosyal fonksiyon, gastrointestinal semptomlar ve toplam fonksiyonel yaşam ortalama puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ve fiziksel fonksiyon, psikolojik fonksiyon, genel iyilik hali ve toplam algılanan sosyal destek ortalama puanları arasındaki fark istatistik olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). Sosyal destek ortalama puanları değerlendirildiğinde, cerrahi tedavi uygulanmayan hastaların güven desteği, duygusal destek, bilgi desteği ve algılanan sosyal destek ortalama puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ve duygusal destek, bilgi desteği ve algılanan sosyal destek ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.0\ 5$).

Tablo 4.18 Hastaların Baş Etme Durumlarına Göre Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ve Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanların Dağılımı

Hastalıkla İlgili Özellikler	Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Ortalama Puanları						Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanları			
	Fiziksel Fonksiyon $\overline{X}$ ±SS	Psikolojik Fonksiyon $\overline{X}$ ±SS	Genel İyilik Hali $\overline{X}$ ±SS	Sosyal Fonksiyon $\overline{X}$ ±SS	Gastrointestinal Semptomlar $\overline{X}$ ±SS	Toplam FYÖ $\overline{X}$ ±SS	Güven Desteği $\overline{X}$ ±SS	Duygusal Destek $\overline{X}$ ±SS	Bilgi Desteği $\overline{X}$ ±SS	Toplam ASD $\overline{X}$ ±SS
Baş Etme Düzeyi										
İyi	45±7.12	33.54±4.35	16.37±2.39	11.41±1.63	11.04±2.45	117.37±13.74	56.5±5.98	52.04±4.54	37.62±3.78	146.16±13.24
Orta	30.4±6.64	25.61±4.39	10.53±2.91	9.83±2.63	8.74±3.12	85.13±14.07	51.66±5.28	46.02±5.24	33.8±4.74	131.49±12.80
Hiç	20.46±2.94	18.26±2.86	8.4±1.76	7.4±2.72	9.06±3.28	63.6±7.81	47.93±6.97	41.26±6.78	30.53±2.94	119.73±15.5
KW	62.219	62.687	52.959	20.177	12.045	69.485	15.858	29.478	22.8	26.708
p	**0.001**	**0.001**	**0.001**	**0.001**	**0.001**	**0.001**	**0.001**	**0.001**	**0.001**	**0.001**

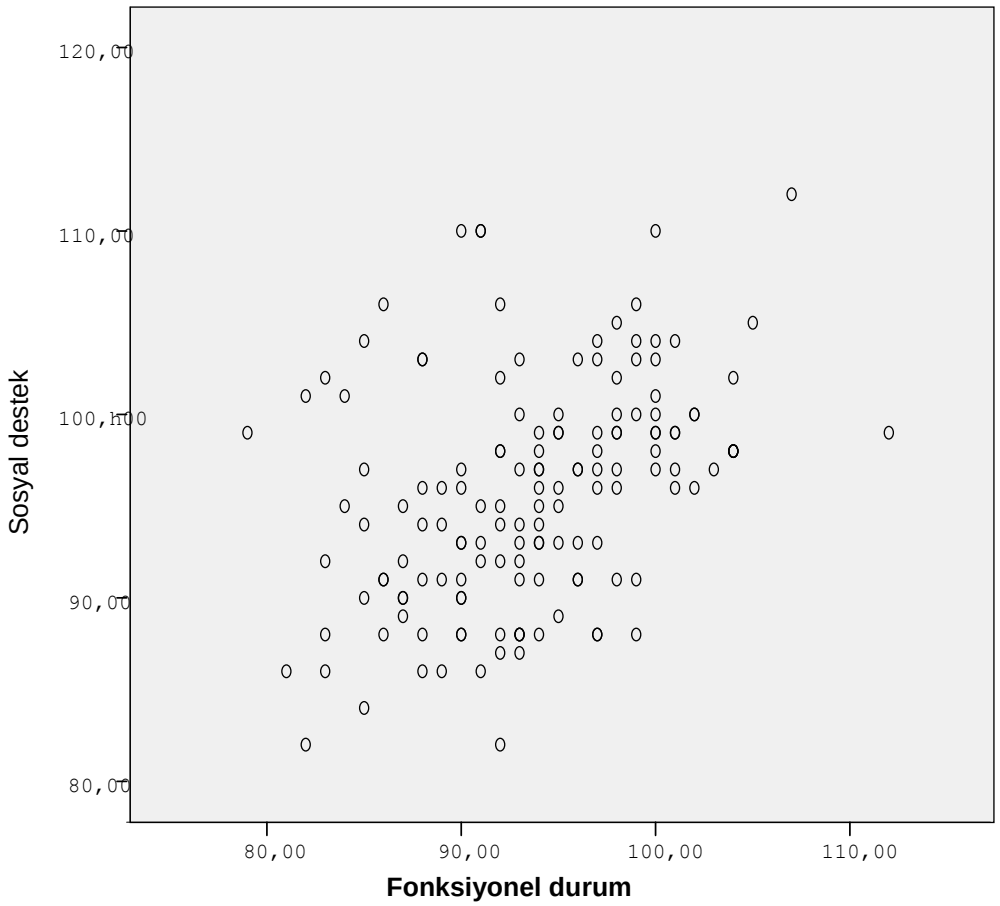
Tablo 4.18'de hastaların hastalık ve tedavi süresince yaşadıkları zorluklarla baş etme düzeylerine göre fonksiyonel yaşam alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımları incelendiğinde, baş etme düzeyinin iyi olduğunu ifade eden hastaların fiziksel fonksiyon, psikolojik fonksiyon genel iyilik hali, sosyal fonksiyon, gastrointestinal semptomlar ve toplam fonksiyonel yaşam ortalama puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ve ortalama puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). Hastaların baş etme düzeylerine göre kanser hastası sosyal destek ölçeği ve her bir alt ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar incelendiğinde; baş etme düzeyi iyi olan hastaların güven desteği, duygusal destek, bilgi desteği ve algılanan sosyal destek ortalama puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ve ortalama puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$).

Tablo4. 19 Hastaların Fonksiyonel Yaşam Ölçeği Puanları ile Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanlarının Korelasyonu

Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği	**Fonksiyonel Yaşam Ölçeği**					
	Fiziksel Fonksiyon	Psikolojik Fonksiyon	Genel İyilik Hali	Sosyal Fonksiyon	Gastrointestinal Semptomlar	Toplam
	r	r	r	r	r	r
Güven Desteği	0.331**	0.348* *	0.31**	0.554**	0.083**	0.374**
Duygusal Destek	0.521**	0.532**	0.484**	0.634**	0.029**	0.577**
Bilgi Desteği	0.498**	0.547**	0.404**	0.403**	0.146**	0.544**
Toplam	0.506**	0.533**	0.452**	0.611**	0.025**	0.561**

***p<0.001**

Tablo 4.19'da baş boyun kanserli hastaların fonksiyonel yaşam ölçeği ve kanser hastası sosyal destek ölçeği ortalama puanlarının korelasyonu verilmektedir. Her bir fonksiyonel yaşam ölçeği alt boyutunun her bir sosyal destek ölçeği alt boyutu ile anlamlı derecede ilişkili olduğu belirlenmiştir.($p<0.01$).



Grafik 4. 1 Hastaların Fonksiyonel Yaşam Ölçeği ile Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanlarının Korelasyonu

Grafik 4.1'de baş boyun kanserli hastaların fonksiyonel yaşam ölçeği ve kanser hastası sosyal destek ölçeği ortalama puanlarının korelasyonu verilmektedir. Baş boyun kanserli hastaların fonksiyonel durumları ile algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir($p<0.01$).Baş boyun kanserli hastaların sosyal destekleri arttıkça fonksiyonel durumlarının da arttığı saptanmıştır.

5.TARTIŞMA

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan baş boyun kanserli hastaların fonksiyonel durum ve sosyal desteklerini etkileyen faktörler ve fonksiyonel durum ve sosyal destek ilişkisine yönelik bulgular 2 ana başlık altında tartışılmıştır.

5.1.Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Fonksiyonel Durum ve Sosyal Destek Düzeyine Etkisi

5.2. Fonksiyonel Durum ve Sosyal Destek İlişkisi

5.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Fonksiyonel Durum ve Sosyal Destek Düzeyine Etkisi

Baş boyun kanserleri ve tedavileri, hem yaşamsal öneme sahip solunum, beslenme gibi fonksiyonlar üzerinde yarattığı sorunlar hem de psikososyal problemlere, beden imajı ve benlik saygısında ciddi kayıplara yol açması nedeniyle bireylerin yaşamını çok yönlü etkilemekte, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken ve sosyal yaşamlarına devam ederken sorunlarla karşılaşmasına neden olmaktadır. Bu dönemde bireylere verilen sosyal destek ise baş boyun kanserleri ve tedavisi nedeniyle meydana gelen sorunlar ve buna bağlı kanserin yaşamlarına getirdikleri değişikliklerle baş etmede önemli role sahiptir[19,8,106].

Baş boyun kanseri görülme sıklığı, erkeklerde daha fazladır ve erkeklerde kadınlara oranla 3–4 kat daha fazla görülmektedir[12,39]. Araştırma kapsamına alınan bireylerin %68,3'ü erkek'tir(Tablo 4.1). Literatürde baş boyun kanserli hastalarda sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özelliklerinin fonksiyonel yaşam alanlarını ve algılanan sosyal destek düzeyini etkilediği

belirtilmektedir[100,98,71]. Hassein ve ark(2001) yaptığı çalışmada oral kavite kanseri tanısıyla tedavi gören kadın hastaların fonksiyonel durumlarının kötü olduğu ve bu hastaların artan düzeyde problemlere sahip olduğu belirtilmiştir[29]. Mathieson ve ark(1996) yaptıkları çalışmada kadın hastaların fonksiyonel yaşam ölçeğinden aldıkları ortalama puanların daha düşük olduğunu saptamıştır[98]. Graeff ve ark(2000) yaptığı çalışmada kadın hastalarda semptom görülme sıklığının daha fazla olduğu ve bu hastalarda fonksiyonel durumun daha kötü olduğunu belirtilmiştir[107]. Literatürde erkeklerin beden imajı bozukluklarından daha az etkilenirken, kadınların daha fazla etkilenmekte ve baş boyun kanserli ve yüz deformitesi olan kadınların psikososyal bozukluklara aday en yüksek grubu oluşturduğu belirtilmektedir [55,18,98]. Katz ve ark(2003) baş boyun kanserli hastaların ameliyattan sonra sosyal destek sistemlerini ve psikososyal sorunlarını araştırdıkları çalışmada kadın hastalarda yüksek oranda depresyon görüldüğü ve bu hastaların düşük oranlarda sosyal destek tanımladıkları belirtilmiştir[106]. Helgeson kadınların erkeklere göre sosyal destek gereksinimlerinin daha fazla olduğu, erkek ve kadınların her ikisinin destek almak için hep kadınlara başvurdukları ve desteğin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediğini belirtmiştir[110].

Çalışmamızda baş boyun kanserli hastalarda cinsiyete göre fonksiyonel durum ve sosyal desteğe bakıldığında, kadın hastaların fiziksel ve psikolojik fonksiyon, gastrointestinal semptomlar ve toplam fonksiyonel yaşam ortalama puanları ve istatistiksel olarak yalnızca bilgi desteği ortalama puanları anlamlı olmakla birlikte sosyal destek ortalama puanları erkek hastalara göre düşük bulunmuştur(Tablo 4.9). Kadın hastalarda fonksiyonel durum ve algılanan sosyal desteğin düşük olmasında; kadınların görünümlerindeki değişimden daha fazla etkilenmeleri, erkeklerin kadınlara göre maddi ve manevi desteğe daha az gereksinim duymaları,

kadınların toplumsal rol gereği sosyal destek almaktan çok sosyal destek sağlayan konumda olmalarının etkili olabileceği düşünülmektedir [18,98,99].

Baş boyun kanserlerinin görülme sıklığı yaşla beraber artış göstermekte ve genellikle 50–70 yaşları arasında görülmektedir[4,10,12]. Araştırma kapsamına alınan bireylerin yaş ortalaması 54,41±14,9'dur(Tablo 4.1). Literatürde yaş gruplarına göre fonksiyonel yaşamın farklı alanlarının etkilendiğine yönelik bulgular yer almaktadır. Hassein ve ark(2001) yaptığı çalışmada genç hastaların fonksiyonel durumlarının daha kötü olduğu saptanmıştır[29]. Kafetsios(2002) 20–66 yaşları arasında yetişkinlerde yaptığı çalışmada yaşın psikolojik iyi olma ile pozitif, genel sağlık durumları ile negatif bağlantılı olduğunu belirtmiştir[108]. Allison ve ark(1998) ileri yaşlardaki hastalarda yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini saptamıştır[109]. Dropkin(1999) yaptığı çalışmada baş boyun cerrahisi sonrası yaşlıların değişime daha kolay uyum sağladıklarını belirtmiştir[55]. Hamerlied ve ark(1999) yaptığı çalışmada 65 yaş altındaki hastalarda anksiyete, depresyon görülme sıklığının 65 yaş ve üzeri olan hastalardan daha fazla olduğu belirtilmiştir[83]. Hutton ve Williams(2001) yaptığı çalışmada artan yaşla beraber depresyon ve stres düzeyinde azalma gözlendiğini belirtmiştir[102]. Genç hastaların yaşadıkları fonksiyonel kayıplardan fiziksel ve üretkenlik olarak daha fazla etkilendikleri, yaşlı hastaların kayıplarla ve sorunlarla baş etmede daha fazla deneyime sahip oldukları ve daha kolay uyum sağladıkları belirtilmektedir[111,77]. Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı bulunmamakla birlikte literatüre paralel olarak 18–35 yaş grubunda fiziksel ve psikolojik fonksiyon ortalama puanları daha yüksek, 65 yaş ve üzeri yaş grubunda sosyal fonksiyon ve toplam fonksiyonel yaşam ortalama puanları daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.9).

Segrin(2003) çalışmasında aile üyeleri, arkadaş veya bir partnerden sağlanan sosyal destek ilişkilerinin gençlerde daha yüksek düzeyde bulunduğu belirtilmiştir[38]. Helgson(2003) bireylerin stresi kontrol altına alınamadığı durumlarda akran grubunun emosyonel desteğinin çok yararlı olabileceğini belirtmiştir[110]. Yılmaz'ın aktardığına göre Bilgin(1998) çalışmasında, baş boyun kanserli hastaların orta yaş ve üzeri çoğunlukla yaşlı insanlarda görülmekte, doğal olarak kendilerini ölüme daha yakın gören bu insanların sosyal izolasyona daha kolay girdiğini belirtmiştir[72]. Kozaklı(2006) yaşlı bireylerin büyüklük, yoğunluk, yakınlarının ve partnerlerinin varlığı açısından sosyal ağlarının dar olduğunu belirtmiştir[89]. Çalışmamızda 65 yaş ve üzeri yaş grubundaki hastalarda sosyal desteğin anlamlı şekilde düşük bulunması literatürde belirtilen sonuçlarla paralellik göstermektedir($p<0.05$)(Tablo 4.9).

Eğitim düzeyi arttıkça hastaların stresle etkin baş etme yolları geliştirdiği, sağlık anlayışının olumlu yönde değiştiği belirtilmektedir. Tramp ve ark(2003) yaptığı çalışmada yüksek okul ya da üniversite mezunu olan baş boyun kanserli hastalarda hem lokal hastalık kontrolünün hem de sağ kalımın artmış olduğu bildirilmiş, bu hastalarda psikolojik savunma sistemlerinin ve başa çıkma yöntemlerinin etkin şekilde işlediği saptanmıştır[112]. Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte fonksiyonel yaşam ortalama puanlarının yüksek okul mezunu olan bireylerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Eğitim bireylerin sosyal destek algılarını etkileyen ve iletişim kurma becerilerini artıran değişkenlerden biri olarak değerlendirilmektedir. Literatürde eğitim düzeyi yükseldikçe stresle baş etme yollarının geliştiği ve sosyal destek sistemlerinin güçlendiği belirtilmektedir[17,63]. Çalışmamızda da eğitim düzeyi yükseldikçe güven desteği, duygusal destek ve algılanan sosyal destek puanlarının anlamlı şekilde yükseldiği bulunmuştur($p<0.05$)(Tablo 4.10). Bu durum eğitim düzeyi arttıkça, bireylerin kendi sağlıklarına ve yaşantılarına olan ilgilerinin

artacağı, sağlık anlayışının olumlu yönde değişeceği ve gelişeceği, hastalığa ve tedaviye bağlı semptomlarla daha iyi baş edebilecekleri, maddi olanaklarının ve sosyal ağın daha iyi olacağı şeklinde yorumlanabilir.

Hastaların medeni durumları yaşam kalitesi ve sosyal destek kaynaklarının dağılımında önemlidir. Tramp ve ark(2004) yaptıkları çalışmada hastaların evli olup olmamalarının hastalık ile ilgili davranış biçimlerini ve hastalıkla baş etmede desteklenme düzeylerini etkilediğini belirtilmiştir[112]. Aplak ve ark(2008) yaptıkları çalışmada yalnız olma durumunun yaşam kalitesi üzerine negatif etkisi olduğunu belirtmişlerdir[33]. Çalışmamızda bekar hastaların fiziksel fonksiyon ve gastrointestinal semptomlar ortalama puanları anlamlı olmak üzere tüm fonksiyonel yaşam alanlarından aldıkları ortalama puanların daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$)(Tablo 4.10). Helgson(2003) sağlam olmayan ilişkilerde eşlerin birbirlerine desteğinin az olduğu ve stres altındaki bireylerde akran grubunun emosyonel desteğinin çok yararlı olduğu belirtmektedir[110]. Çalışmamızda bekar hastaların fonksiyonel yaşam alanlarından daha yüksek puanlar almasının nedeni olarak sosyal statü olarak sorumluluklarının daha az olması, evli hastaların eşlerinden yeterli desteği alamamaları ve akran grubunun bekar hastalardaki desteğinin etkisi olabileceği düşünülmektedir. Savcı(2006) yaptığı çalışmada aile desteği evli hastalarda daha yüksek bulunmuştur[113]. Kozaklı'nın aktardığına göre Fagelson(2004) yaptığı çalışmada yalnız yaşayan, evli olmayan bireylerin sosyal ağlarının küçük olduğunu belirtmiştir[89]. Çalışmamızda literatüre paralel olarak dul olan hastaların güven desteği ve algılanan sosyal destek puanları anlamlı şekilde düşük bulunmuştur($p<0.05$)(Tablo 4.10).

Baş boyun kanserli hastaların çoğu hastalık ve tedavi nedeniyle çalışma yaşamından uzak kalmaktadır. Hastaların işini kaybetmesi ve iş gücü kaybına uğraması bununla beraber tedavi masrafları hasta ve ailesi

üzerine ekonomik yük getirmektedir[17,114]. Aras ve ark(2008) yaptığı çalışmada baş boyun kanserli hastaların %18.5'inin tedavi sonrası çalışamaz durumda olduğu belirtilmiştir[78]. Babin ve ark(2008) yaptığı çalışmada hastaların cerrahi sonrası psikososyal adaptasyonlarına bakıldığında iş yaşamlarına dönemedikleri, büyük oranda iş kaybı yaşadıkları ve işe dönemeyen hastalarda gelir durumunda belirgin azalma olduğu saptanmıştır[17]. Allison ve ark(1998) çalışmayan baş boyun kanserli bireylerin yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiğini göstermiştir[103]. Çalışmamızda da hastaların çoğu emekli olmakla birlikte çalışan hastalar işlerine ara vermek zorunda kaldıklarını belirtmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte ev hanımı olan hastaların fonksiyonel yaşam ortalama puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur(Tablo 4.11).

Çalışmamızda yüksek gelir düzeyine sahip olan hastalar düşük gelir düzeyine sahip olan hastalar ile karşılaştırıldığında, gelir düzeyi düşük olan hastaların psikolojik fonksiyon, gastrointestinal semptomlar ve toplam fonksiyonel yaşam ortalama puanlarının düşük olduğu bulunmuştur. Aras ve ark(2008) çalışmasında düşük sosyoekonomik düzeyin yaşam kalitesi üzerine negatif etkisi olduğu belirtilmektedir[78]. Savcı(2006) yaptığı çalışmada sosyoekonomik düzeyi orta ve iyi olanların aile desteği yüksek bulunmuştur[113]. Jinekolojik kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada sosyoekonomik düzeyi düşük olan hastaların depresyon, umutsuzluk düzeyleri daha yüksek, sosyal destek puanlarının daha düşük olduğu, aile desteği ve sosyal desteğin azaldığı saptanmıştır[115]. Campbell ve arkadaşları(2000) maddi yeterliliğin yaşam kalitesini yükselttiğini belirtmiştir[116]. Bu durumun düşük sosyoekonomik durumdaki bireylerin iyi yaşam ve bakım hizmetlerine ulaşımının zor olmasıyla bağlantısı olabileceği düşünülmektedir. Durmaz ve Ünal(2004) sosyoekonomik düzeyi yüksek olan yaşlı bireylerde algılanan sosyal desteğin, sosyoekonomik düzeyi düşük olanlara göre daha yüksek olduğunu saptamışlardır[117].

Çalışmamızda da gelir durumu düşük olan hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve fonksiyonel durum ortalama puanlarının daha düşük olması literatür ile paralellik göstermektedir.(Tablo 4.12)

Hastaların ve ailelerinin maddi sorun yaşamalarının diğer bir nedeni de tedavi kurumlarının illerde olması ve ilde yaşama zorluğudur. Çalışmamızda hastaların çoğunluğunun tedavi amacıyla il dışından gelmiş olduğu ve köyde yaşayan hastaların tüm fonksiyonel yaşam ve algıladıkları sosyal destek ortalama puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Savcı(2006) yaptığı çalışmada aile desteği ilçede yaşayanlarda yüksek bulunmuştur[113]. Çalışmamızda köyde yaşayan hastaların tedavi amacıyla kırsal kesimden kente gelen ve yaşadığı çevreyi değiştirmek zorunda kalan hastalar olduğu belirlenmiştir. Köyde yaşayanlarda sosyal desteğin daha az olması köyde yaşayan hastaların tedavi amacıyla kırsal kesimden kente gelmesi ve yaşadığı çevreyi değiştirmek zorunda kalması şeklinde yorumlanabilir($p<0.05$)(Tablo 4.11).

Baş boyun kanserli hastalar çoğunlukla lokal ileri evrede tanı almaktadır ve hastalığın evresi ilerledikçe semptom sıklığında artma ve yaşam kalitesinde düşme olduğu belirtilmektedir[71]. Hammerlied ve ark(2001) ileri evre tümörü olan hastalarda tedavi sonrası yaşam kalitesinin daha kötü etkilendiğini saptamıştır[83]. Aplak ve ark(2008) baş boyun kanserli hastalarda yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada 1. ve 2. evre hastaların 3. ve 4. evredeki hastalardan daha iyi puanlar aldığı belirtmişlerdir[33]. Campbell ve ark(2000) yaptığı çalışmada ileri evre hastalarda yutma zorluğu, konuşma problemleri, fiziksel aktivitede zorlanma gibi sorunların yüksek olduğu ve bu hastaların yaşam kalitelerinde düşme olduğu belirtilmiştir[116]. Hassain ve ark(2001) yaptığı çalışmada ileri evre baş boyun kanserli hastaların fonksiyonel durumlarının daha kötü olduğunu belirtmiştir[29]. Graeff ve ark(2000) ileri evre hastalarda

semptom görülme sıklığında artış olduğu ve bu durumun fonksiyonel durumda kötüleşme ile ilişkisi olduğu belirtilmiştir[107].Çalışmamızda literatüre paralel olarak ileri evre hastaların fonksiyonel yaşam alanları ve sosyal destek ortalama puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$)(Tablo 4.14).

Baş boyun kanserli hastalarda tedavi ve tedavi süresi de fonksiyonel durum ve sosyal destek durumlarını etkilemektedir. Literatürde birden fazla tedavi seçeneğinin birlikte uygulandığı hastaların fonksiyonel durumlarının daha kötü olduğu belirtilmektedir[49,77,33,14]. Aplak ve ark(2008) çalışmasında yalnız RT tedavisi alan hastaların fiziksel ve duygusal alanlarda daha iyi puanlar aldığı belirtilmektedir[33]. Şenkal 2007 yaptığı çalışmada cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi içeren kombine tedavi yaklaşımı uygulanan hastaların yaşam kalitesinin sadece cerrahi tedavi uygulanan hastalarınkine göre daha düşük olduğunu belirtmiş ve tedavi modalitesi arttıkça yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini belirtmiştir[14]. Çalışmamızda ise tedavi sonrası kontrole gelen hastaların fonksiyonel durumlarının kötü olduğu belirlenmiştir($p<0.05$)(Tablo 4.14). Bu durumun nedeni olarak remisyondaki hastaların her kontrol ve tetkik döneminde hastalığa ait bir bulgu saptanacağı korkusuyla yoğun beklentisel kaygı yaşaması, birçok hasta özellikle yakın takip altında değillerse ya da tümör tedavi ile tam olarak yok edilemediyse, hastalığın tekrarlayacağından korkmaları ve buna bağlı fonksiyonel yaşamları ve algıladıkları sosyal desteğin etkilendiği şeklinde yorumlanabilir[118]. Hutton ve Williams(2001) yaptıkları çalışmada aktif tedavi olmayan hastaların da anksiyete, depresyon gibi sıkıntılarının olduğu ve tedaviden sonra da hastaların destek ihtiyaçlarının karşılanması gerektiği belirtilmiştir[102]. Graeff ve ark(2000) radyoterapi ve\veya cerrahi ile tedavi gören baş boyun kanserli hastalarda uzun dönemde yaşam kalitesi ve ruh halini tanımlamak amacıyla yapılan çalışmada tedavinin ilerlemesi ile beraber 6. ayda çoğu baş boyun kanserli hastada semptomlar, fiziksel ve rol fonksiyonlarında

sınırlı derece kötüleşme gözlenirken, 36 ay sonra yalnızca fiziksel fonksiyonlar, tat, koku, ağız kuruluğu ve tükürük salgısında azalmada önemli ölçüde kötüleşme kaydedildiğini belirtmiştir[107]. Arslan ve ark aktardığına göre Henanch ve ark(2007) akciğer kanserli hastalarda yaptıkları çalışmada 6. ve 9.aylarda sosyal desteğe gereksinim duydukları ve bu sosyal desteğin yaşam kalitesini etkilediğini saptanmıştır[85]. Graeff ve ark(2000) yaptıkları çalışmada 6. ve 12. ayda emosyonel fonksiyonlarda azalma ve depresyon görülme sıklığında artış olduğunu belirtmiştir[107]. Karnell ve ark (2007) yaptıkları çalışmada hastaların tedavi sonrası 12. ayda tanı konulduğu zamandakinden daha az sosyal destek tanımladıklarını belirtmiştir[5]. Çalışmamızda da tanı süresi 7–12 ay olan hastaların fonksiyonel durumları ve sosyal destek ortalama puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur ve bulgular literatür ile paralellik göstermektedir($p<0.05$)(Tablo 4.13). Bunun nedeni olarak hastalık süresi arttıkça sosyal destek gereksinimlerinin artması, hastalığın tekrarlama korkusu, tedavi ile ilgili beklenti ve umutların azalması olarak yorumlanabilir.

Cerrahi tedavi, baş boyun kanserli hastalarda fonksiyonel bozukluk oluşturmasının yanı sıra organ koruma tedavilerine rağmen ortaya çıkan beden imajı sorunları nedeniyle bireylerin ruhsal iyilik durumlarını ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir[119]. Hammerlied ve ark(1998) baş boyun kanserli hastalarda yaptığı çalışmada yaşam kalitesinin ameliyat sonrası belirgin olarak düştüğü ve 12. aydan sonra yeni yaşam şekillerine uyum sağladıklarını belirtmiştir[83]. Yılmaz aktardığına göre Bilgin(1996) baş boyun kanser tanısı almış hastalarla yaptığı çalışmada uygulanan cerrahi tedavi işlemlerinin yüz ve boyun bölgesinde ciddi değişiklikler yarattığı, bu değişikliklerin var olan destek sistemleri, premorbid kişilikleri ne kadar güçlü olursa olsun bireyleri zorlu bir uyum süreci ile karşı karşıya bırakarak beden imajlarında memnuniyetsizlik sonucuna ulaşmıştır[72]. Terrell ve ark(1998)

uzun dönemlik takip(10 yıllık) sonrası, larenjektomi uygulanmış hastaların özellikle ağrı, kendini kötü ve hasta hissetme ve depresyon açısından yaşam kalitesinin daha düşük olduğunu tespit etmişlerdir[53]. Campbell ve ark(2000) çalışmasında cerrahi operasyon geçiren baş boyun kanserli hastalarda radyoterapi alan hastalardan daha düşük yaşam kalitesi oranları gözlendiğini belirtilmiştir[116]. Morton(1995) yaptığı çalışmada, larenks kanserinde cerrahinin özellikle konuşma olmak üzere, psikolojik ve genel iyilik halinde önemli derecede fonksiyon bozukluğuna yol açtığı belirtilmiştir[15]. Savcı(2006) yaptığı çalışmada ameliyat geçiren kanserli hastaların fonksiyonel durum ve global yaşam kalitesinin düşük olduğunu saptamıştır[113]. Çalışmamızda da cerrahi operasyon geçiren ve son cerrahi zamanı 7–12 ay olan hastaların fonksiyonel yaşam alanları ve bilgi desteği ortalama puanların düşük olduğu belirlenmiştir ve bulgular literatür ile paraleldir ($p<0.05$)(Tablo 4.17)(Tablo 4.16).

Sekonder hastalıkların varlığı, hastalığın prognozunu kötüleştirmekte dolayısıyla yaşam kalitesi ve yaşam süresi üzerinde olumsuz etkilerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. İleri düzeyde eşlik eden morbidite daha kötü yaşam oranları ve artmış tedavi ilişkili komplikasyonlar ve azalan yaşam kalitesi ile birliktedir. Oral ve orafarengeal karsinom nedeniyle cerrahi ve mikrovasküler onarım uygulanan hastalardan ileri düzey morbiditesi olanlarda %55 oranında komplikasyon gözlenirken, bu oran hafif morbiditesi olanlarda %4 düzeyinde olduğu belirtilmektedir[111]. Şahin(1996) hastalığın yanında başka bir hastalığa sahip olan hastaların olmayanlara göre fiziksel fonksiyon ve genel sağlık algılamalarının daha kötü olduğu belirlenmiştir[120]. Çalışmamızda da başka kronik hastalığı olmayan hastaların fiziksel fonksiyon, psikolojik fonksiyon ve toplam fonksiyonel yaşam ortalama puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur($p<0.05$) (Tablo 4.17).

Baş boyun kanseri olan hastalarda hem kanser hem de tedavi nedeniyle konuşma, yemek yeme ve yutma problemleri gibi fiziksel sorunlar sık görülmektedir[8]. Talmi ve arkadaşlarının nazofarenks kanseri tanılı 28 olguyu yaşam kalitesi açısından değerlendirdikleri çalışmalarında ağız kuruluğu %96, disfaji %76 oranında bulunurken, hastaların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyen faktörler sorgulandığında ağız kuruluğu, çiğneme güçlüğü ve işitme problemlerinin olduğu belirtilmiştir[121]. Hammerlied ve ark yaptığı çalışmada tedavi sonrası 1. yılda tedavi öncesine göre yaşam kalitesinin arttığını ancak yorgunluk, ağrı gibi şikayetlerinde zaman içinde değişme olmadığını saptamıştır[83]. Chaplin ve ark çalışmalarında 93 baş boyun kanserli hastayı 2 yıl boyunca takip edilmiş ve tedavi öncesi hastaların % 48'inde, tedavi sonrası 12. ayda % 25 ve tedavi sonrası 24. ayda %26'sının ağrısı olduğu saptanmıştır. Ağrı tümörün tedavisi ile azaldığı ancak boyun diseksiyonunun omuz ve kol ağrısında artmaya neden olduğu bildirilmiştir[76]. Aras ve ark(2008) baş boyun kanserli hastalarda yutma ve iletişim kurmada yaşanan sorunların daha sık görüldüğünü belirtmiştir[78]. Baş boyun kanserli hastalara hastalık ve tedavinin fonksiyonel etkilerini sorduğumuz çalışmamızda hastaların tamamı fiziksel sorun yaşadıklarını ve en fazla sorun yaşadıkları alanların ağrı, yorgunluk, yutma güçlüğü olduğunu belirtmişlerdir(Tablo 4.3).

Kanser, fiziksel bir hastalık olmasının yanı sıra psikososyal sorunların en fazla gözlendiği durumlardan biridir. Baş boyun bölgesi anatomik yerleşimi nedeniyle tedavisi kozmetik görünümde bozukluklara yol açabilmekte ve hastalarda değişen beden imajına uyum güçlüğüne neden olabilmektedir[17,52]. Dropkin(1999**)** baş boyun kanser cerrahisinde yaşam kalitesiyle bağlantılı olarak beden imajı değişimi tanımlamak amacıyla yaptığı çalışmada şekil bozukluğuna yol açan yüz cerrahisini önemli ölçüde yüksek anksiyete seviyesiyle ilişkili bulunduğunu ve tedaviyle

beraber yaşam kalitesinin etkilendiğini belirtmiştir[55]. Chaturvedi ve ark(1996) baş boyun kanserli hastalarda yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışma sonucunda hastaların gelecek hakkında korku ve endişe duydukları(%64), bir şeyler yapmada yetersizlik hissettiklerini (%50) belirtmiştir[122]. Rapoport ve ark(1993) baş boyun kanserli hastalarda tanıdan sonra meydana gelen değişimler ve psikososyal problemler hakkında bilgi sağlamak amacıyla yaptıkları çalışmada sonucunda bu hasta grubunun sosyal iletişim, partnerleri ile ilişkiler, korku, sağlık problemleri ile başa çıkmayı içine alan birçok problemi olduğu ve zamanla birçok medikal problemde azalma olurken anksiyete, kızgınlığı içine alan birçok psikososyal problemin daha kötüye gittiği bulunmuştur[119]. Lampic ve ark(2003) yaptığı çalışmada kanser tanısı alan hastaların hastalığa ve tedavi sürecine uyum sorunları yaşadıkları, bireysel baş etmede etkisizlik, rol performansında değişim, depresif duygulanım; sosyal sorunlardan günlük işleri sürdürmede yetersizlik, sosyal izolasyon yaşadıklarını saptamıştır[123]. Babaoğlu ve Öz(2003) yaptıkları çalışmada kanser hastalarının hastalığa ve tedavi sürecine uyum sorunları olduğu, sosyal gereksinimlerin yoğun olduğu, belirlenmiştir. Duygusal sorun olarak ruhsal sıkıntı, ümitsizlik, bireysel baş etmede yetersizlik, rol performansında değişim, depresyon, sosyal sorun olarak günlük işleri sürdürmede yetersizlik, eğlence faaliyetlerinde değişim, sosyal izolasyon saptanmıştır[125]. Çalışmamızda hastaların yaşadıkları psikososyal sorunlar değerlendirildiğinde, literatür ile uyumlu olarak sorunlarla baş etmede yetersizlik, sosyal çevre ile görüşme sıklığında azalma, uyum güçlüğü sorunlarını fazla yaşadıkları belirlenmiştir(Tablo 4.3).

Baş boyun kanserli hastalarda hastalık ve uygulanan tedavi yöntemlerine bağlı olarak oluşan sorunlar tedaviyi etkin şekilde sürdürmeyi ve yaşam kalitesini etkilemektedir. Hastalık ve tedavi sürecinin neden olduğu sorunlarla baş etmeye çalışan hastalar çoğu zaman uyguladığı baş

etme mekanizmasında yetersiz kalmaktadır. Literatürde onkolojik hastaların %35'inin duygularını kimseyle paylaşamama eğiliminde olduğu, sorunlarla kendisinin başa çıkmaya çalıştığı bildirilmektedir[100]. Arslan ve ark(2008) yaptıkları çalışmada hastaların %93,2'sinin en az bir semptom yaşamasına rağmen sadece %54,3'ünün semptomlarla baş etmede yardım aldığı saptanmıştır ve bu durum yardım kaynaklarının etkin kullanılmaması ya da sunulmamasına bağlanmıştır[85]. Chaturvedi ve ark(1996) baş boyun kanserli hastalarda en ortak baş etme mekanizmasını kadercilik olarak tanımlamıştır[122]. Çalışmamızda da bireylerin hastalık ve\veya tedavi nedeniyle meydana gelen zorluklarla büyük çoğunlukla orta düzeyde baş ettiği ve baş etmede herhangi bir profesyonel destek sisteminden yararlanmadığı, bireysel çözümlere başvurdukları saptanmıştır(Tablo 4.4)

Hastanın kullandığı baş etme tutumları baş boyun kanserli hastalarda hastalığın sonuçları, prognozu ve hastalığa uyumu sağlamada önemli role sahiptir[122,101]. Rapport ve ark(1991) yeterli baş etme becerisine sahip baş boyun kanserli hastaların tükenmişlik ve işe yaramama duygularından kolay kurtulduğunu belirtmiştir[119]. Çalışmamızda baş etme düzeyinin fonksiyonel durum ve sosyal destek durumu ile karşılaştırmasında baş etme düzeyi iyi olan hastaların literatüre paralel olarak fonksiyonel yaşam ve sosyal destek ortalama puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır($p<0.05$)(Tablo 4.18).

Baş boyun kanserli hastaların aile ve sosyal çevre ile ilişkili sorunları, iş kaybı, sosyal aktivitelerde azalma gibi psikososyal sorunlar yaşadığı dolayısıyla genel anlamda sosyal desteğe ihtiyaç duydukları bilinmektedir. Kişilerin tedavi sürecine ve hastalığa bağlı olarak yaşamlarının çeşitli alanlarında ortaya çıkabilecek değişikliklerle baş çıkmada yardımcı olacak kişilerin varlığı fiziksel ve ruhsal sağlıkları açısından büyük önem taşımaktadır. Bu durumla yapılan çalışmalar

psikolojik ve fiziksel sağlıkta sosyal ilişkilerin rolüne değinmektedir Aile insanın en güçlü sosyal destek kaynaklarından biridir ve bu dönemde verilen desteğin bireylerin iyilik durumlarını etkileyen önemli göstergelerden biri olduğu belirtilmektedir[5,98,83]. Babaoğlu ve Öz(2003) yaptıkları çalışmada kanser hastalarının hastalığa ve tedavi sürecine uyum sorunları olduğu ve sosyal gereksinimlerin yoğun olduğunu belirtmiştir[125]. Mathieson ve ark(1996) yaptıkları çalışmada aileden alınan desteğin baş boyun kanserli hastaların yaşam kalitesini artırmaya yönelik katkısı olduğu belirtmiştir[98]. Onakoya ve ark(2005) çalışmasında baş boyun kanserli hastalarda yaygın olarak görülen ve yaşam kalitesini etkileyen ağrı tedavisinin aile desteği olan hastalarda daha iyi sonuçlandığını belirtmiştir[71]. Çalışmamızda hastaların çoğu ihtiyaç duyduğu yardımı yakın çevresinden aldığını belirtmiştir ve yardım aldığını belirten hastaların fonksiyonel yaşam ortalama puanları ve istatistiksel olarak anlamlı olarak sosyal destek ortalama puanları ailesinden yeterli desteği alamayan hastalara göre yüksek bulunmuştur($p<0.05$)(Tablo 4.12).

Aile desteğinin yanı sıra kanser hastaları hastalığa uyum sağlamak ve sorunlarla baş etmek için etkili psikososyal müdahalelere gereksinim duymaktadırlar. Hastalara sağlık profesyonelleri tarafından sağlanan destekleyici bakım bu hastaların tedavi komplikasyonları ile başa çıkmalarına, tedavilerini sorunsuz tamamlamalarına, depresyon ve anksiyete görülme sıklığını azaltmada, tedaviye uyumu arttırmada ve daha kaliteli bir yaşam sürdürmede hastalara yardımcı olmaktadır[100,80,81]. Blanchard ve ark kanserli bireylerin tedavi sürecini tam olarak yönetemediklerini belirlemişler ve kanser hastalarının psikososyal iyilik halinin sosyal destek sistemlerine bağlı olduğunu, bu sosyal destek gereksinimlerinin multidisipliner bir yaklaşımla karşılanabileceğini belirtmiştir[103]. Fiegenbaum(1998) yaptığı çalışmada baş boyun kanserli hastalarda tedaviyi takiben düzenlediği sosyal beceri eğitimini sonucunda

hastalarda sosyal anksiyete düzeyinde azalma ve kendine güven düzeyinde gelişme olduğunu belirtmiştri. Clarke baş boyun kanserli hastaların baş etme becerisini yükseltmek için düzenlediği sosyal rehabilitasyon programını sonucunda sosyal utanç düzeyinde azalma ve sosyal fonksiyon düzeyinde iyileşme gözlediğini belirtmiştir[23]. Baş boyun kanserli hastalarda 6 ve 12 ayda depresyonu önleyebilecek tedavi öncesi değişkenlerin olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan çalışma sonucunda, duygusal destek, sosyal destek ağı, kapsamı ve genişliği ve baş etmeyi içine alan değişkenlerin kullanılması yolu ile tedavi sonraki 6.ayda %81 ve 12.ayda %67 oranında semptomlara sahip hastalarda depresyonun önlenebileceği bulunmuştur[101]. Hammerlied(1999) yaptığı çalışmada hastalara verilen psikososyal terapinin sosyal izolasyon düzeyinin azalmasına yardımcı olduğu saptanmıştır[83]. Hutton ve Williams(2001)yaptıkları çalışmada düzenli olarak bir destek grubundan yardım alan hastalarda depresyonun daha az görüldüğünü saptamıştır[102] Arslan ve ark yaptığı çalışmada profesyonel yardım alma durumunun fiziksel ve psikolojik semptomları etkilemede belirleyici olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda profesyonel destek alan hastaların %87.5'i bu desteğin yararlı olduğunu belirtmiştir(Tablo 4.5).

Baş boyun kanserleri en sık psikiyatrik konsültasyon istenen kanserler arasında bulunmaktadır. Kanserli hastaların özel olarak psiko-onkolojik desteğe gereksinimleri olduğu ve kanser tedavisi ve sonrasında bu desteğin verilmesi gerektiği belirtilmektedir[25]. Taneli(2003) psikososyal destek ve tedavi programlarının psikiyatri, konsültasyon liyezon psikiyatrisi varsa psikoonkolji birimleri tarafından bireye özgü düzenlenip uygulanması gerektiğini belirtmiştir[22]. Aras ve ark(2008) yaptığı çalışmada hastaların çoğunun en az bir semptom yaşamlarına rağmen sadece %53.4 ünün semptomlarla baş etmede yardım aldığı belirlenmiştir[78]. Aynı çalışmada kanser hastalarında fonksiyonel yetersizlik oluşturan ve

rehabilitasyon gerektiren pek çok sorun bulunduğunu ancak hastaların büyük bölümünün rehabilitasyon gereksiniminin karşılanmadığını belirtilmiştir[85]. Çalışmamızda da hastaların artan düzeyde sorunları olmasına rağmen sadece %11'i profesyonel destek aldığını belirtmiştir(Tablo 4.5). Bu durumun yardım kaynaklarının etkin kullanılmaması ya da sunulmamasına bağlı olabileceği gibi bilgi eksikliği gibi potansiyel değiştirilebilir faktörlere de bağlı olabileceği söylenebilir[71].

Hastalık ve tedavi süresince yapılacak bilgilendirici çalışmalar baş boyun kanserli hastaların yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve hastalığa ve tedaviye uyumun sağlanmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir[18,100,124]. Baş boyun kanserli hastalar ve ailelerin kanser hastalığı, tedavisi ve hastalığa yönelik fiziksel, psikolojik sorunlar konusunda bilgilendirilmesi hastaların gerek fiziksel gerek ruhsal sağlıkları açısından önemlidir[23,26,25]. Baş boyun kanserli hastalarda psikososyal ve davranışsal faktörlerin yaşam kalitesi ile ilişkisini araştırmak amacıyla yapılan çalışmalarda bilgi memnuniyeti gibi potansiyel olarak değiştirilebilir durumların yaşam kalitesi üzerine olan etkisinin önemi belirtilmiştir[25]. Savcı(2006) yaptığı çalışmada hastalığını bilenlerde algılanan sosyal destek toplam puanı yüksek bulunmuştur[113]. Tanı ve tedavi aşamasında yapılan bilgilendirici çalışmaların hastaların tedavi hakkında karar verme ve tedaviye katkı sağlama konusunda potansiyel etkilerini anlamalarını sağlayarak anksiyete seviyesini azalttığı ve hastaların kontrol duygularını ve davranışları artınca bağımlılıkların da azalacağı bildirilmektedir[18,39]. Helgson(2003) stresin kontrol altına alınmasında uzman kişiler tarafından eğitim verilerek sağlanan bilgi desteğinin çok yararlı olduğunu belirtmektedir[110]. Hammerlied ve ark(1999) baş boyun kanserli hastalarda psikoeğitim programı sonucu semptomlar ve fonksiyonel durumu içine alan birçok değişkende ilerleme kaydedildiğini belirtmiştir[83]. Çalışmamızda

literatüre paralel olarak bilgi sahibi olan hastaların psikolojik fonksiyonları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur($p<0.05$)(Tablo 4.12).

Hastalar hastalık ve tedavi süresince sağlık personelinden kendilerini anlamaları ve gereksinimlerini karşılanmasını beklemektedir. Sağlık personeli hastalığın değiştirdiği yaşam koşullarına adaptasyonda hastaların bakımı, rehabilitasyonu ve danışmanlığında önemli rol oynamaktadır[18,39]. Çalışmamızda hastalara sağlık personelinden beklentileri sorulduğunda; en fazla beklentinin doktordan olduğu ve en çok tedavi hakkında bilgi verilmesi, tedavi ve iyileşmeyi sağlamaları ve daha fazla zaman ayırmaları ile ilgili beklentileri bildirilmiştir. Hemşirelerde en fazla beklenti güler yüz ve hoşgörü sağlamaları olarak bulunmuştur(Tablo 4.6). Literatürde çalışmamızın bu bulgusunu destekleyen çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Oflaz(2002) çalışmasında hastalar doktordan %73.8 oranında hastalık ve tedavi hakkında bilgi verilmesi; hemşireden %59.5 oranında sıcak ve sevecen davranmalarını beklediklerini belirtmişlerdir[126]. Gültekin ve ark(2008) çalışmasında hastaların %76'sının doktordan ağrısının giderilmesi, %10.4 'ünün hemşireden ağrı ve huzursuzluğun giderilmesi, %9.8'inin psikologdan üzüntü ve kederin azaltılması, %1.6'sının diyetisyenden kilo kaybının önlenmesi, %1.3'ünün sosyal destek hizmet uzmanından yakınlarıyla ilişki bozukluklarının giderilmesi konusunda yardım beklentileri olduğu saptanmıştır[124].

5.2. Fonksiyonel Durum ve Sosyal Destek İlişkisi

Baş boyun kanserleri hastalığın ve tedavi kapsamında uygulanan girişimlerin yarattığı fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlar nedeniyle bireylerin fonksiyonel yaşamını olumsuz etkilemektedir[17,8]. Hassein ve ark(2001) oral kavite kanserli hastaların fonksiyonel durumları ve psikososyal statülerini araştırdığı çalışma sonucunda hastaların fonksiyonel durumlarının kötü olduğu ve bu kötü fonksiyonel durumun anksiyete, depresyon ve etkisiz baş etme ile yüksek oranda ilişkili bulunduğu belirtilmiştir[29]. Cella ve ark(2002) kanserli hastaların (akciğer, meme, kolon, prostat, baş boyun kanserleri) yaşam kalitelerinde olan değişikliği incelediği çalışmada; hastaların %37'sinin sosyal iyilik hali, psikolojik iyilik hali, emosyonel iyilik, fonksiyonel durum ve toplam fonksiyonel durum puanlarında değişiklik olduğu ve bu değişikliğin istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu belirtilmiştir[127]. Aydın(2005) kanserli bireylerde fonksiyonel durumun belirlenmesi amacıyla yaptığı çalışmada hastaların fonksiyonel yaşam ölçeğinden aldıkları puanların düşük ve fonksiyonel durumlarının kötü olduğunu saptamıştır[63]. Mathieson ve ark(1996) yaptıkları çalışmada başa boyun kanserli hastaların fonksiyonel yaşam ortalama puanları130.80 olarak bulmuştur[98]. Dedeli ve ark(2008) yaptıkları çalışmada kanserli hastalarda fonksiyonel durumun kötü olduğunu saptamıştır[104]. Çalışma sonuçlarına bakıldığında baş boyun kanserli hastaların fonksiyonel yaşam alt ölçek puanlarının düşük olduğu ve fonksiyonel durumlarının kötü olduğu belirlenmiştir(Tablo 4.7).

Baş boyun kanserli hastalar yaşamını sürdürecek temel fonksiyonlarını kaybetmesiyle birlikte kronik hastalığa karşı çeşitli duygusal tepkiler verir. Fonksiyonel kayıplar hastaları fiziksel olduğu kadar ruhsal, sosyal ve ekonomik açıdan da etkilemekte bireylerin sosyal yaşamını sürdürebilmesinde sorunlara neden olmaktadır. Hastaların tekrar sosyal ve

ekonomik hayata kazandırılması, bireylerin içinde bulunduğu toplum ile ilişkilerinin devamının sağlanması için sosyal destek önemlidir. Yapılan çalışmalarda kişisel iyilik durumunu etkileyen sosyal destek kaynaklarının birinci derecede aileden algılanan sosyal destek olduğu görülmüştür. Aile insanın en güçlü sosyal destek kaynaklarından biridir ve tanı ve tedavi esnasında bireyin duygularını, davranışlarını, endişelerini direkt olarak etkiler[5,98,83]. Eylen(2001) kanser hastalarında sosyal destek düzeyini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada da aileden alınan sosyal destek yüksek bulunmuştur. Eylen'in aktardığına göre Dunkel-Scheetter duygusal desteğin kanser hastalarında en etkili destek tipi olduğunu bulmuştur. Yapılan çalışmada kolon ve meme kanserli hastaların %81'i duygusal desteği, %41'i ise bilgi desteğini yararlı olarak gördüklerini belirtmişlerdir[84,87]. Dedeli ve ark(2008) çalışmasında kanserli bireylerin ailelerinden aldıkları sosyal desteğin yüksek bulunduğunu saptamıştır[104]. Mathieson ve ark(1996) yaptığı çalışmada aile üyelerinden alınan desteğin en önemli destek türü olduğunu ve yaşam kalitesi üzerine pozitif yönlü ilişkisi olduğunu belirtmiştir[98]. Çalışmamızda araştırmaya katılan gruptaki hastaların ailelerinden aldıkları sosyal destek düzeyi ortalamanın üzerinde güven desteği alt ölçek puanları daha yüksek, bilgi desteği alt ölçek puanları daha düşük bulunmuştur(Tablo 4.8).

Araştırmamızda yapılan değerlendirmede hastaların fonksiyonel durumları ile algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur(Tablo 4.19). Tüm fonksiyonel yaşam alt ölçeği puanları ile sosyal destek alt ölçek puanları arasında değişen derecelerde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Literatürde baş boyun kanserli hastalarda sosyal destek arttıkça fonksiyonel yaşamın iyileşeceği belirtilmektedir[90,98]. Karnell ve ark(2007) baş boyun kanserli hastalarda tedavi sonrası verilen sosyal destek ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada artan sosyal destek skorları ile

artan konuşma, estetik ve sosyal rahatsızlık ve azalan depresif semptomları ilişkili bulmuştur[24]. Baile ve ark(1998) yaptığı çalışmada baş boyun kanserli hastalarda yüksek oranlarda depresyon görüldüğü(%40) ve diğer çalışmalarda olduğu gibi sadece tedavinin sonucu ya da hastalığın ilerlemesinin bir sonucu olmadığını, sosyal destek gibi premorbid faktörlerin, baş etme eksikliğinin depresyona katkıda bulunabileceği belirtmiştir[128]. Graeff ve ark(2000) yaptıkları çalışmada fiziksel semptomlar, depresif semptomlar, duygusal destek, sosyal desteğin genişliği ve üstesinden gelinebilecek önlemleri içeren beş değişkenin tedaviden 6 ve 12 ay sonraki dönemde depresyonu önleyebileceğini belirtmiştir[107]. Segrin(2003) bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile psikososyal problemler arasında negatif bağlantı olduğunu belirtmiştir[113]. Kafetsios(2002) sosyal desteğin bireylerin psikolojik iyilik durumuna etkisi üzerine yaptığı çalışmada fiziksel ve psikolojik sağlıkta algılanan sosyal desteğin olumlu etkisini vurgulamıştır[108]. Baş boyun kanserli hastalarda psikososyal önlemlerin sonucunda özellikle psikolojik morbidite, sosyal fonksiyon, duygusal fonksiyon ve global yaşam kalitesinde yarar sağladığı belirtilmiştir[26,83].

Sonuç olarak; baş boyun kanserli hastalarda sosyal destek arttıkça fonksiyonel durumun iyileştiği söylenebilir.

6.SONUÇ

6.1.Sonuçlar

Baş boyun kanserli hastalarda fonksiyonel durum ve sosyal desteğin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada; aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1.Araştırma kapsamındaki hastaların çoğu erkek, evli, ilkokul mezunu ve emeklidir. Bireylerin çoğunluğu 50–64 yaş arasındadır ve yaş ortalaması %54.41±14,9'dur. Hastaların çoğunun aylık geliri giderini dengelemektedir ve ilçede oturmaktadır. Hastaların çoğunluğu ihtiyaç duyduğu yardımı yakın çevresinden aldığını belirtmiştir(Tablo 4.1).

2.Hastaların %64.8'i hastalık ve/veya tedavi hakkında bilgi aldıklarını, çoğunluğu bu bilgiyi doktordan aldığını ifade etmiştir(Tablo 4.1).

3.Hastaların %37.2'sinin larenks kanseri olduğu, çoğunluğunun tanı süresinin 0–6 ay, hastalığın 2. ve 3. evrede olduğu belirlenmiştir. Hastaların %35'i 21–27 gün radyoterapi almıştır ve yarıdan fazlasının son radyoterapi uygulanma zamanı 2–4 ay'dır. Hastaların %45.7'si 2 kür kemoterapi almıştır ve yarıdan fazlasının son kemoterapi uygulanma zamanı 0–1 ay'dır. Hastaların %49.7'sine cerrahi tedavi uygulanmıştır ve yarıdan fazlasının cerrahi tedavi uygulanma zamanı 0–3 ay'dır. Hastaların %35.9'unun kanser dışında başka kronik hastalığı olduğu belirlenmiştir(Tablo 4.2).

4.Araştırma kapsamına alınan hastaların çoğu hastalık ve /veya tedavi sürecine bağlı fiziksel, psikolojik ve sosyal sorun yaşadığını belirtmiştir. Bireylerin yaşadıkları fiziksel sorunlar; ağrı(%86.2),

enerji\canlılıkta azalma(%75.9), yutma ve yeme güçlüğü(%73.8), konuşma ve ses değişimi(%55.2); sosyal sorunlar; sosyal çevre ile görüşme sıklığında azalma(%77.9), çalışma statüsünde değişme(%57.9); psikolojik sorunlar; sorunlarla baş etmede yetersizlik(%57.9), gelecek hakkında endişe ve korku(%31.7), görünümdeki değişime uyum güçlüğü(%20.7) olarak belirtilmiştir(Tablo 4.3).

5.Hastaların %73.1'i yaşadıkları güçlüklerle orta düzeyde baş edebildiğini belirtmiştir. Hastaların baş etmede en çok kullandığı yöntemler tedaviye güvenme(%27), aile desteği(%18), dua/ibadet(%16.7) olarak belirtilmiştir(Tablo 4.4).

6.Araştırma kapsamındaki hastaların %89'u destek/danışmanlık almadığını belirtirken, hastalar destek ve danışmanlıktan en fazla bilgi verilmesi(%23.2) ve yaşadıkları sorunlara çözüm bulunmasını(%14.2) istediklerini belirtmişlerdir(Tablo 4.5).

7.Hastalar doktordan hastalık ve tedavi hakkında bilgi verilmesi(%28), tedavi ve iyileşmeyi sağlamaları(%24.4), hastalara daha fazla zaman ayırmaları(%14.7); hemşireden güler yüz ve hoşgörü(%27.8), ilgi ve anlayış(%25); psikologdan konuşma ihtiyacının karşılanması(%25), kötü düşüncelerden uzaklaşmayı sağlamalarını(%25) beklediklerini belirtmiştir(Tablo 4.6).

8.Araştırmaya katılan hastaların fonksiyonel yaşam ölçeği puanlarının düşük olduğu(88.24±19.8) ve fonksiyonel durumlarının kötü olduğu bulunmuştur (Tablo 4.7).

9.Hastaların sosyal destek ölçeği puanlarının ortalaması 132.7±14.82 olduğu ve aileden algılanan sosyal desteğin yüksek olduğu belirlenmiştir(Tablo4.8).

10. Erkek hastaların fonksiyonel yaşam ortalama puanları kadın hastalara göre daha yüksektir ve cinsiyetin fonksiyonel yaşamın psikolojik fonksiyon, fiziksel fonksiyon, gastrointestinal semptomlar ve toplam fonksiyonel yaşam alanlarına etkili bir faktör olduğu saptanmıştır. Sosyal destek erkek hastalarda daha yüksektir ve bilgi desteği boyutunda fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 4.9).

11. Fonksiyonel durumun yaş gruplarına göre değişiklik göstermediği; sosyal desteğin ise 65 yaş ve üzeri hasta grubunda anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir(Tablo4.9).

12. Hastaların eğitim düzeyi arttıkça fonksiyonel yaşam alanlarından aldıkları ortalama puanlar artmaktadır ancak aradaki fark anlamlı değildir. Eğitim düzeyi arttıkça sosyal destek düzeyinin anlamlı derecede arttığı belirlenmiştir(Tablo4.10).

13. Medeni duruma göre fonksiyonel yaşam ortalama puanları bekar hastalarda daha yüksektir ve fiziksel fonksiyon ve gastrointestinal semptomlar ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Sosyal destek alt ölçek puanları ise dul hastalarda daha düşük bulunmuştur ve güven desteği ve algılanan sosyal destek ortalama puanları arasındaki fark anlamlıdır(Tablo4.10).

14. Ev hanımı olan hastaların fonksiyonel yaşam ortalama puanları ve sosyal destek alt ölçek puanları daha düşüktür. Ancak çalışma statüsünün fonksiyonel durum ve sosyal destek üzerine etkili olmadığı bulunmuştur(Tablo 4.11).

15.Köy/belde de yaşayan hastalarda fonksiyonel durumun kötü, algıladıkları sosyal desteğin ise daha düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 4.11).

16. Gelir giderinden az olan hasta grubunun fonksiyonel yaşam ortalama puanları ve sosyal destek alt ölçek ortalama puanları anlamlı derecede düşük bulunmuştur(Tablo 4.12).

17. Hastalık ve tedavi ile ilgili ihtiyaç duyduğu yardımı yakın çevresinden alan hasta grubunun fonksiyonel yaşam alanlarından aldıkları ortalama puanlar daha yüksektir ancak fark istatistiksel olarak anlamsızdır. Sosyal destek ortalama puanları ise yardım alan hastalarda anlamlı derecede yüksektir(Tablo 4.12).

18.Hastalık ve tedavi hakkında bilgi alan hastaların fonksiyonel yaşam ve sosyal destek ölçeği ortalama puanları yüksektir ve bilgi alma durumunun psikolojik fonksiyon ve tüm sosyal destek alt ölçek boyutları üzerine etkili olduğu bulunmuştur(Tablo 4.12).

19. Hastaların aldıkları tanıların fonksiyonel durum ve sosyal destek üzerine etkili olmadığı belirlenmiştir(Tablo 4.13).

20. Tanı süresi 7–12 ay olan hastaların fonksiyonel yaşam ve sosyal destek ortalama puanları daha düşüktür. Tanı süresinin fiziksel fonksiyon, psikolojik fonksiyon, genel iyilik hali ve bilgi desteği üzerine etkili olduğu belirlenmiştir(Tablo 4.13).

21.İleri evre baş boyun kanserli hastalarda fonksiyonel yaşam ortalama puanları ile sosyal destek ölçeği ortalama puanları anlamlı derecede düşük bulunmuştur(Tablo 4.14).

22. Tedavi bitiminden sonra kontrole gelen hastaların fonksiyonel yaşam alanları ve bilgi desteği ortalama puanları anlamlı derecede düşük bulunmuştur(Tablo 4.15).

23. Hastaların aldıkları radyoterapi gün sayısı ve kemoterapi kür sayısının fonksiyonel durum ve sosyal destek üzerine etkili olmadığı bulunmuştur(Tablo 4.15).

24. Hastaların son kemoterapi ve son radyoterapi zamanına göre fonksiyonel durum ve sosyal durumlarının etkilenmediği, cerrahi tedavi uygulanma zamanı 7–12 ay olan hastalarda gastrointestinal semptomlar, toplam fonksiyonel yaşam ve bilgi desteği ortalama puanları anlamlı derecede düşük bulunmuştur(Bkz. Tablo 4.16).

25. Cerrahi tedavi uygulanan hastaların fonksiyonel yaşam alanları ve sosyal destek ölçeğinden aldıkları ortalama puanların cerrahi tedavi uygulanmayan hastalara göre anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır(Tablo 4.17).

26. Kanser dışı başka kronik hastalığı olanlarda fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon ve toplam fonksiyonel yaşam ortalama puanları ve sosyal destek alt ölçek ortalama puanları anlamlı derecede düşük bulunmuştur (Tablo4.17).

27. Hastalık ve tedavi sürecinde yaşadıkları zorluklarla baş etme düzeyi iyi olan hastaların fonksiyonel durum ve sosyal destek ortalama puanları daha yüksek bulunmuştur($p<0.05$)(Tablo 4.18).

28. Kanser hastası sosyal destek alt ölçek puanlarının, fonksiyonel yaşam ölçeği puanları ile pozitif yönde ve değişen derecelerde anlamlı ilişkisi olduğu bulunmuştur(Tablo 4.19).

6.2. Öneriler

Baş boyun kanserli hastalarda fonksiyonel durum ve sosyal desteğin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırma sonucunda baş boyun kanserli hastaların fonksiyonel durumlarının kötü olduğu ve sosyal desteğin fonksiyonel durum üzerine olumlu etkisi olduğu saptanmıştır.

1. Baş boyun kanserli hastalarda hastalık ve tedavi sonucu yaşanan sorunların belirlenmesi ve fonksiyonel yaşamın yükseltilmesine yönelik bakım ve eğitimin planlanması
2. Hasta yakınlarına sosyal destek sağlama konusunda danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin verilmesi
3. Hastalara psikoonkolojik destek sağlayacak birimlerin artırılması, hasta ve ailelerine bu konuda bilgi verilmesi
4. Araştırmanın farklı kanser türlerinde yapılması

7.ÖZET

Uysal N. Baş Boyun Kanserli Hastalarda Fonksiyonel Durum ve Sosyal Desteğin Belirlenmesi. Yüksek Lisans. Ankara: Gazi Üniversitesi;2011.

Araştırma, baş boyun kanserli hastalarda fonksiyonel durum ve sosyal desteğin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır**.**

Araştırma evrenini Dr. Abdurrahman Yurtarslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi medikal onkoloji ve radyasyon onkoloji bölümlerine başvuran 145 hasta oluşturmuştur. Araştırmada veriler, Fonksiyonel Yaşam Ölçeği(Kanser), Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği ve araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan tanıtıcı özellikler anket formu kullanılarak toplanmıştır.

Baş boyun kanserli hastaların fonksiyonel yaşam ölçeği ortalama puanları düşük (88.24±19.8), algıladıkları sosyal destek ortalama puanları yüksek bulunmuştur(132.27±14.8). Hastaların fonksiyonel yaşam alanları cinsiyet, medeni durum, yerleşim yeri, gelir durumu, bilgi alma durumu, tanı süresi, evresi, tedavisi, cerrahi tedavi, son cerrahi uygulanma zamanı, başka kronik hastalık varlığı ve baş etme düzeyinden , algılanan sosyal desteklerinin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yerleşim yeri, gelir durumu, yardım alma durumu, bilgi alma durumu, tanı süresi, evresi, tedavisi, başka kronik hastalık, cerrahi tedavi, son cerrahi uygulanma zamanı ve baş etme düzeyinden etkilendiği saptanmıştır.($p<0.05$) Her bir fonksiyonel yaşam ölçeği alt boyutu her bir sosyal destek alt boyutları ile anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur($p<0.01$).

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre baş boyun kanserli hastalarda sosyal destek fonksiyonel durumun iyileşmesine katkı sağlamaktadır. Araştırma sonuçları doğrultusunda önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Baş boyun kanseri, fonksiyonel durum, sosyal destek, hemşirelik, eğitim.

8.SUMMARY

Uysal N. The Assessment of Functional Status and Social Support in Individual's who had Head and Neck. Master Thesis. Ankara: Gazi University; 2011.

This study has been performed as descriptive to designate the functional status and social support in individual's who had head and neck cancer.

This research has been data in Dr. Abdurrahman Yurtarslan Ankara Oncology Education and Research Hospital, was done from 145 patients applied to medical oncology and radiation oncology. Data were collected by using Functional Living İndex-Cancer, Cancer Patients Social Support Scale, introductory features form from which is developed by the researcher.

The average functional living ındex - cancer has been found low (88.24±19.8) the average cancer patient social support scale score was good(132.27±14.8). The factor that influenced functional status were($p<0.05$) gender, marital status, , residental area, monthly income ,status information, diagnosis period, stage, treatment, undergoing surgery, the last date of surgery, chronic illness, coping level and the factor that influenced social support were gender, age, marital status, education, residental area, , monthly income, taking care of a person, status information, diagnosis period, stage, treatment, chronic illness, undergoing surgery, the last date of surgery , coping level($p<0.05$). Each subscale of the functional living ındex- cancer was associated with each subscale of cancer patient social support scale and the statistical corelation was significant($p<0.01$).

According to the finding of the study social support contributes to better functional status of head and neck cancer patients. Propositions have been made in line with the results of the study.

.

Key words: Head and neck cancer, functional status, social support, nursing, education.

9.KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı. Türkiye'de Kanser Durumu ve Uluslararası Göstergeler İle Uyumun Değerlendirilmesi Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Ankara:2007.

2. Atay S. Kanser tedavisi alan çocuklarda semptom sıklığı ve semptom kümelerinin belirlenmesi. Doktora. İzmir: Ege Üniversitesi; 2008.

3. Gasco M, Crook T. The p53 network in head and neck cancer. Oral Oncol 2003;39: 222–231.

4. Öztaş İ. Baş boyun tümörlerinde hedefe yönelik tedavi. Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi. 2008;18(1): 46–56.

5. Karnell LH, Christenson AJ, Rosenthal EL, Magnusan JS. İnfluence of social support on health-related quality of life outcomes in head and neck cancer. Head Neck 2007;29:143-146.

6. Bölge bölge kanserler [İnternette].ErişimTarihi:10.06.2010 http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789283204237_tur_p329-379.

7. Sağlık Bakanlığı (2004 -2006 Yılı) Kanser İstatistikleri. [İnternette]ErişimTarihi:10.06.2010. http://www.kanser.gov.tr/folders/file/8il-2006-SON.pdf

8. Eades M, Chasen M, Bhargava R. Rehabilitation: Long-term psysical and functional changes following treatment. Semin Oncol Nurs 2009; 25(3): 222–30.

9. Wingo PA, Tong T, Bolden S. Cancer statistics. Cancer J Clin 1995; 45: 8-30

10. Güney E. Baş boyun kanserleri. [İnternette]. Erişim tarihi: 14.08.2009. http://tip.erciyes.edu.tr

11. Awada A, Lalami Y. Molecular markers. molecular-targeted therapies and taxanes: How to integrate the progress into clinical research and practice for the management of head and neck cancers. Curr Opin Oncol 2005;17: 209–211.

12. Cognetti DM, Weber RS, Lai SY. Head and neck cancer. Cancer 2008;113(7):1911–32.

13. Portenoy RK. Quality of life issues in patient with head and neck cancer: A multidisciplinary approach. Philadelphia: Lipincott-Raven 1999:217–31.

14. Şenkal A. Baş boyun kanserli hastalarda Washington Üniversitesi Yaşam Kalitesi Anket Formu Türkçe versiyonunun geçerliliği güvenilirliğinin araştırılması. Tıpta Uzmanlık. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2009.

15. Morton RP. Evolution of quality of life assessment in head and neck cancer. J Laryngol Otol 1995; 109(11):1029–35.

16. Stoeckli SJ, Guidicelli M, Schneider A, Huber A, Schmid S. Quality of life after treatment for early laryngeal carcinoma. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2001; 258(2): 96–99.

17. Babin E, Sigston E, Hitier M, Dehesdin D. Marie JP, Choussy O. Quality of life in head and neck cancers patients: Predictive factors. functional and pyschosocial outcomes. Eur Arch Otorhinolaryngol 2008; 265(3): 265–70.

18. Zıegler L, Newell R, Stafford N, Lewin R. A literature review of head and neck cancer patients information needs. experiences and views regarding decision-making. European Journal Of Cancer 2004;13:119–126.

19. Haisfield- Wolfe M, McGuir DB, Soeken K, Geiger Brown J, De Forge BR. Prevelance and correlates of depression among patient with head neck cancer: A systematic review of implication for research. Oncology Nursing Forum 2009;36(3):104-125.

20. Kuntz Al, Weymuller EA. Impact of neck dissection on quality of life Laryngoscope 1999;109:1334–38.

21. List MA. Bilir SP. Functional outcomes in head and neck cancer. Semin Radiation Oncology 2004; 14: 178–89.

22. Taneli S.Taneli Y.N Baş boyun kanserlerinin psiko-sosyal boyutu. İçinde: Engin K. Erişen L. eds. Baş Boyun Kanserleri. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti. 2003.s.847–854.

23. Semple CJ, Kate S, Lynn D. Kernohan W. Psyhosocial intervention for patients with head and neck cancer. Cancer Nursing 2004: 27(6): 434–441.

24. Karnell LH, Christensen AJ, Rosental EL, Magnuson JS, Funk GF. Influence of social support on health-related quality of life outcomes in head and neck cancer. Head and Neck 2007; 29(2):143–6.

25. Llewellyn CD, McGurk M, Weinman J. Are psycho-social and behavioural factors related to health related-quality of life in patients with head and neck cancer? A systematic review. Oral Oncol 2005;41(5):440–54.

26. Luckett T, Britton B, Clover K, Rankin NM. Evidence for interventions to improve psychological outcomes in people with head and neck cancer : a systematic review of the literature. Support Care Cancer 2011;19: 871-881.

27. Kagan S. The influence of nursing in head and neck cancer management. Current Opinion İn Oncology. 2009;21:248-253.

28. Penner JL. Psyhosocial care of patients with head and neck cancer. Semin Oncol Nurs 2009; 25(3): 231–41.

29. Hassanein KA, Musgrove BT, Bradbury E. Functional status of patients with oral cancer and its relation to style of coping, social support and psychological status. Br J Oral Maxillofac Surg 2001;39(5):340–5.

30. Ardahan M. Sosyal destek hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006; 9(2): 68-75.

31. İçli F. Akbulut H. eds. Tıbbı onkoloji. 2. Baskı. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları;2005.s.304-31.

32. Mehanno H, Paleri V, West CM, Nutting C. Head and neck cancer epidemiology, presentation and prevention. Clinnical Otolaryngology. 2011;36:65-68.

33. Aplak B, Malkoç M, Şen M. Quality of Turkısh patient with head and neck cancer. Journal Of Cancer 2007; 37(4): 129- 136.

34. Pınar T, Akdur R, Tunçbilek A. Sigaranın baş boyun tümörleri etiyolojisindeki rolü. KBB ve BBC Dergisi 2001;9:88-92.

35. Glazer CA, Chang SS, Glifono JA, Applying the molecular biology and epigenetic of head and neck cancer ın everyday. Clinical Oral Oncology 2009; 45:440-446.

36. Tunalı C, Akdoğan F, Tunalı N, Ergin M, Buğdaycı R. Baş boyun bölgesi kanserlerinde histopatolojik özelliklerin ve anjiogenezisin prognozdaki önemi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 1999;24(1):8-16.

37. Çakır N. Otolarengology: baş boyun cerrahisi. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri;1999.

38. Segrin C. Age moderates the relationships between social support and psycholosocial problems. Human Communication Research. 2003;29:317-342.

39. Dropkin MJ. Anxiety, coping strategies and coping behaviorrs in patients undergoing head and neck cancer surgery. Cancer Nursing 2001;24:143-148.

40. Menvielle G, Luce D, Goldberg P, et al. Smoking. alcohol drinking and cancer risk for various sites of the larynx and hypopharynx. A case-control study in France. Eur J Cancer Prev 2004; 13:165–172.

41. Licitra L, Rossini C,Bossi P, Locati LD. Baş boyun kanserleri etiyolojisinin değişen patenlerindeki ilerlemeler. Current Opinion in Otolaryngology Head and Neck Surgery Turkısh Edition 2006;1(2):107–13.

42. Çukurova İ, Çerçi İ, Aslan B, Demirhan E, Özkul M. Baş boyun kanserli hastalarda etiyolojik ve epidemiyolojik faktörler. Türk Otolarongoloji Arşivi 2007; 45(4):217–223.

43. Kenanlı E. Baş boyun kanserli hastalarda LKB1 geninin araştırılması. Yüksek Lisans. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 1999.

44. Grene FL. AJCC Cancer Staging Atlas 6th ed.Chicago: Springer. 2006.

45. Jones AS, Morar P, Philips DE, Field Husband D, Helliwell TR. Second primary tumours in patient with head and neck squamous cell carcinoma. Cancer 1995; 75:1343–53.

46. Kurtulmaz SY, Erkal HS, Serin M, Elhan AH, Çakmak A. Squamous cell cancer of the head and neck cancer descriptive analysis of 1293 cases. J Laryngol Otol 1997;111(6): 531–535.

47. Ballenger JJ, Snow JB. Otolaringoloji baş boyun cerrahisi. Şenocak D(çev). 15. Baskı. İstanbul. Nobel Tıp Kitabevi. 2000.

48. Gillis ATA, Garden FH. Principles of cancer rehabitation. In Braddom RL. ed. Psysical medicine and rehabilitation. 2nd Philadelphia: WB Sounder Company; 2000. s. 1305–19.

49. Çelik O. Kulak burun boğaz hastalıkları ve baş boyun cerrahisi. 2.baskı. İstanbul:Turgut Yayıncılık; 2002.

50. Yavaş Ö. Baş boyun bölgesine radyoterapi alan hasta bakımı. V. Ulusal Radyasyon Onkolojisi Kongresi. Antalya.2002.

51. Özsaran Z, Yalman D, Yıldırım G, Parvızı M, Esassolak M, Haydaroğlu A. Baş boyun kanseri tanısı ile radyoterapi gören olgularda yan etkilerin değerlendirilmesi. Tur Klin Tıp Bilimleri 2003;23:195–199.

52. Serkan K, Sevil B. Lokal ileri evre baş boyun kanser tedavisinde indüksiyon kemoterapisi. Türkiye Klinikleri J Med Onc-special Topics 2010;3(1):32-41.

53. Terrell JE, Fisher SG, Wolf GT. Long-term quality of life after treatment of laryngeal cancer. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1998; 124: 964–971.

54. Larsson M, Hedalin B, Athlin E. A supportive nursing care clinic: Conceptions of patients with head and neck cancer. European Journal of Oncology Nursing. 2007;11:49-59.

55. Dropkin MJ. Body image and quality of life after head and neck cancer surgery. Cancer Pract 1999;7(6): 309–13.

56. Cella DF, Cherin EA. Quality of life during and after cancer treatment. Compr Ther 1988;14:69-75.

57. Aoronson NK. Quality of life: What ıs ıt? How should be measured? Oncology 1988; 2:69- 76.

58. Eski S. Fesçi H, Miyokart enfarktüsü geçiren bireylerin yaşam kalitelerinin belirlenmesi. HEMAR-G Dergisi 2002;4:15–28.

59. Baird S. Hemşireler için kanser el kitabı. Platin N.(çev). 2. Baskı. Ankara. AÇEM ve 4.Akşam Sanat Okulu Matbaası.1998. s.175–85.

60. Akduman D. Larenks kanserinin cerrahi sonuçları evrelendirme preoreop. inop ve pos top karşılaştırması sağ kalım ve tedavi sonrası hayat kalitesinin değiştirilmesi. Uzmanlık Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2007.

61. Akyol AD. Yaşam kalitesinin hemşirelik yönünden önemi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1993;9(3):71–75.

62. Kızılcı S. Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Doktora. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 1997.

63. Bektaş-Aydın H. Kanserli bireylerde fonksiyonel durum değerlendirilmesi. Doktora. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2005.

64. Leidy NK. Functional status and the forward progress of merry-go-rounds: Toward a coherent analytical framework. Nurs Res 1994;43:196–202.

65. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. JAMA 1995;273:59–65.

66. Benar DE, Delbar V, Krulik T. Measuring impact of nursing intervention on cancer patients ability to control symptoms. Cancer Nursing 1998;21(5):320-334.

67. Bektaş-Aydın H. Akdemir N. Kanserli bireylerde fonksiyonel durumun önemi. Atatürk Üniversitesi Dergisi 2009;12(3):54-61.

68. Keith RA. Functional status and health status. Archives of psysical medicine and rehabilitation 1994;75(4):478–83.

69. Leidy NK. Psychometric properties of the functional performance inventory in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Nursing Research 1999;48(1):20–28.

70. Schipper H, Clinch J, McMurray A, et al. Measuring the quality of life of cancer patient, the functional living Index-cancer: Development and validation. J Clin Oncol 1984 2 (5):472–483.

71. Onakoya PA, Onyekwere GN, Adenipekun AO, Aluko A, Ibekwe TS. Quality of life in patients with head and neck cancer Journal Of the National Medical Association 2006; 98(5): 765–770.

72. Yılmaz B. Baş boyun kanser tanısı ile ameliyat olan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası beden imajı ve benlik saygısı. Yüksek Lisans. İstanbul: Marmara Üniversitesi ; 2008.

73. Kömürcü Ş. Baş boyun kanserlerinde beslenme. K.B.B. ve Baş Boyun Dergisi 2004; 12 (2): 101–108.

74. Olsan KD, Creaga T. Pain management in advanced carcinoma of head and neck. Am J Otolaryngology 1991; 12: 154–60.

75. Kömürcü Ş. Baş boyun kanserlerinde ağrı. K.B.B. ve Baş Boyun Dergisi 2004; 12 (2): 109–114.

76. Ünsal Delialioğlu S, Dalyan Aras M. Baş boyun kanserlerinde rehabilitasyon. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2006; 2(10):30–38.

77. Owen C. The pyschosocial Impact of head and neck cancer. Clin. Otolaryngol 2001; 26:351–356.

78. Aras M, Atalay N, Ünsal- Delialioğlu S, Taflan-Selçuk S. Kanser hastalarında rehabilitasyon gereksinimi. Türk Fiz Tıp Rehab Derg 2009; 55:25–9.

79. Rosenthal D.I, Mendoza M, Cleeland C. Identifying head and neck cancer patients at risk for high symptom burden during treatment. Journal of Clinical Oncology 2009;27:15-6.

80. Leeuw JR, Graeff A, Ros WJ. et al. Negative and positive influences of social support on depression in patient head and neck cancer: A prospective study. Psycho-Oncology 2000; 9:20–28.

81. McDonough EM, Body JH, Varvares MA, Maves MD. Relationships between psychological status and compliance in a sample of patients treated for cancer of the head and neck. Head and Neck 1996;18(3):269–76.

82. Eades M, Chasen M, Bhargava R. Rehabilitation: Long-term psysical and functional changes following treatment. Semin Oncol Nurs 2009; 25(3): 222–30.

83. Hammerlied E, Persson LO, Sullivan M, Westin T. Quality of life effects of psyhosocial intervention in patients with head and neck cancer. Otolaryngol Head and Neck Surg 1999; 120(4): 507-516

84. Eylen B. Bilgi verici danışmanlığın kanser hastalarının ailelerinin sosyal destek becerileri üzerine etkisi. Doktora. Ankara: Ankara Üniversitesi; 2001.

85. Arslan S, Akın B, Koçoğlu D. Kemoterapi alan hastalarda hastalık ve tedaviye bağlı yaşanan semptomların sosyodemogratik özellikler ve algılanan sosyal destek ilişkisi. Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi 2008; 1:47-56.

86. Tardy C. Social support measurement. American Journal Of Community Psychology 1985; 113 (2): 187–202.

87. Özyurt BE. Kanser hastalarının algıladıkları sosyal destek düzeyine ilişkin betimsel bir çalışma Kriz Dergisi 2008;15(1): 1–15.

88. Ercan M. Hemodiyaliz hastalarının sosyodemografik özellikleri. sosyal destek kaynakları hastalık sürecinin benlik saygısına etkisi. Yüksek Lisans. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2007.

89. Kozaklı H. Üniversite Öğrencilerinde yalnızlık ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkilerin karşılaştırılması. Yüksek lisans. Mersin: Mersin Üniversitesi;2006.

90. Baştürk D. Ortaöğretim kurumlarındaki öğrencilerde algılanan sosyal desteğin akademik başarı üzerine etkisi. Yüksek Lisans. Konya: Selçuk Üniversitesi; 2002.

91. Larsson M, Hedalin B, Athlin E. A supportive nursing care clinic: Conceptions of patients with head and neck cancer. European Journal of Oncology Nursing. 2007;11:49-59.

92. Eylen B. Kanser hastası sosyal destek ölçeğinin geçerlilik. güvenilirlik ve faktör yapısı üzerine bir çalışma. Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2002 ;15(1):109-113.

93. Fusilier R, Ganster C, Mayes TB. Effects of social support, role, stress and locus of control on health. Journal Of Management 1987;13(3): 517–528.

94. Casel J. Contribution of social environment to hot resistance. American Journal Of Epidemiology 1976;104(2) :107–123.

95. Okyayuz Ü. Sağlık psikolojisi. İçinde: Ü.H. Okyayuz. edt. Sağlık psikolojisi.1. baskı Ankara: Türk Psikoloji Derneği Yayınları;1999.

96. Hutchison C. Social support: Factor to consider whon desinging studies that measure social support. J Adv Nurs 1999;29: 1520–6.

97. Berterö CM. Types and sources of social support for people afflicted with cancer. Nursing and Healty Sciences. 2000;2:93–101.

98. Mathıeson CM, Logon-Smıth L, Phillıps J, Macphee M, Atta EL. Caring for head and neck oncology patients. Canadian Family Physician 1996;42:1712-1720.

99. Aras A, Tel H. Kronik obstruktif akciğer hastalığı olan hastalarda algılanan sosyal destek ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. Tür Toraks Dergisi 2008;10:63–8.

100. Dinçbaş FÖ. Radyasyon onkolojisinde görülen psikososyal problemler. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri 2008;62:255–258.

101. Leeuw JR, Graeff A, Ros WJ, Blijham GH, Hordıjk GJ, Wınnubst JA. Prediction of depressive symptomatology after treatment of head and neck

cancer: The influence of pre-treatment psysical and depressive symptoms. coping. and social support. Head Neck 2000; 22(8):799–807.

102. Hutton J.M, Williams M. An investigation of psychological distress in patients who have been treated for head and neck cancer. British Journal Of Oral and Maxillofacial Surgery 2001;89:333–339.

103. Blanchard C, Albrecht T, Ruckduschel J. The crisis of cancer: Psychological impact on family caregivers. Oncology 1997;11:221-228.

104. Dedeli Ö, Fadıloğlu Ç, Uslu R. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. Türk Onkoloji Dergisi 2008;23(3):132–139.

105. Larsson M, Hedelin B, Athlin E. A supportive nursing care clinic: Conceptions of patients with head and neck cancer. European Journal of Oncology Nursing 2007;11: 49–59.

106. Katz MR, Irish JC, Devins GM, Rodin GM. Gullane PJ. Pyschosocial adjustment in head and neck cancer: The Impact of disfigurement, gender and social support. Head Neck 2003; 25(2):103–112.

107. Graeff A, Leeuw JR, Ros WJ, Hordıjk G.J, Blıjham GH, Wınnubst JA. Long-term quality of life of patients with head and neck cancer. Laryngoscope 2000 ;110(1) :98–106.

108. Kafetsios K. Attachment. social support and well-being acros the life-span: independent and combined effect. 11. international conference on personel relationships posters. Halifax. Canada.

109. Allison PJ. Lacker D. Wood DS. et al. Correlates of health related quality of life in upper aerodigestive tract cancer patients. Qual Life Res 1998;7:713–722.

110. Helgson VS, Cohen S. Social support and adjustment to cancer. Reconciling descriptive. correlation and intervention research. Health Psychol 1996; 15:134-40.

111. Güney E, Çağlı S. Yüce İ Yaşlılarda baş boyun kanserleri Kulak Burun Boğaz İhtisas Dergisi 2009;19(4):45–54.

112. Tramp DM, Brouha XD, De Leeuw JR, Hordıjk Gİ, Winnubst JA. Psychological factors and patient delay in patients with head and neck cancer European Journal Of Cancer 2004;40:1509–16.

113. Savcı AB. Kanserli hastalarda yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeyini etkileyen faktörler. Yüksek Lisans. Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 2006.

114. Liu HE. Changes of satisfaction with appearence and working status for head and neck tumour patient. J Clin Nursing 2008; 17(14):30-38.

115. Dansuk R. Ağargün M. Kars B. Ağargün HP. Turan C. Ünal O. Jinekolojik kanserli hastaların psikososyal özelliklerinin değerlendirilmesi**.** Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2002; 12:142–7.

116. Campbell BH, Marbella A, Peter M. Quality of life and recurrence concern in survivors of head and neck cancer. Laryngoscope 2000;115:2183–92.

117. Durmaz P, Ünal B. Narlıdere bölgesinde yaşayan yaşlıların sosyal destek düzeylerinin incelenmesi. Uluslar arası Halk Sağlığı Kongresi. İstanbul. 2000.

118. Sertöz ÖÖ, Asçı G, Nogan A, Elbi H, Ok E. Bir grup hemodiyaliz hastasında sosyal etkinliğin depresyon, anksiyete, benlik saygısı ve yaşam kalitesine etkileri. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu. İzmir. 2008.

119. Rapoport Y, Kreitler S, Chaitchik S, Algor R, Weissler K. Pyschosocial problems in head and neck cancer patients and their change with time since diagnosis. Ann Oncol 1993; 4(1): 69–73.

120. Şahin D.(1999) Sosyal destek ve sağlık. İçinde: Okyayuz UH. edt. Sağlık Psikolojisi. 1. Baskı Ankara: Türk Psikolologlar Derneği Yayınları; 1999.s.79-106.

121. Talmi YP, Horowitz Z, Bedrin L, et al. Quality of life of nasopharyngeal carcinoma patients. Cancer 2002; 94: 1012–17.

122. Chaturvedi SK, Shenoy A,Prasad KM, Senthilnatha SM, Premlatha BS. Concerns. coping and quality of life in head and neck cancer patients. Supportive Care İn Cancer 1996 ;4:186–190.

123. Lampıc C, Peterson VM, Larsson G, Sjöden O, Esans L. Anxiety and depression in hospitalized patient with cancer. Aggrement in patient-staffdyads. Cancer Nursing 2003;19:419–27.

124. Gültekin Z, Pınar G, Pınar T, Kızıltan G, Doğan N, Algıer I, Bulut I, Özyılkan Ö. Akciğer kanserli hastaların yaşam kaliteleri ve sağlık bakım hizmet beklentileri. Uluslararası Hemotaloji-Onkoloji Dergisi 2008; 18(2):99–106.

125. Babaoğlu E, Öz F. Terminal dönem kanser hasalarına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki. HEMARGE Dergisi 2003;2:32-36

126. Oflaz F. Onkoloji kliniğinde yatan kanser hastalarının psikiyatrik semptom düzeyleri ve destek gereksinimlerinin saptanması Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi 2002;4 (1):65-72.

127. Cella D, Hahn EA, Dinen K. Meaningful change in cancer specific quality of life score: Differences between improvement and worsening. Qual Life Res 2002;1:207–221.

128. Baile WF, Gilbertini M, Scott L, Endicott J. Depression and tumour stage in cancer of head and neck. Psycho-Oncology 1992;1:15–24.

10.EKLER
10.1. EK-1

ANKET BİLGİLENDİRME FORMU

Araştırmanın Adı: Baş Boyun Kanserli Hastalarda Fonksiyonel Durum ve Sosyal Desteğin Belirlenmesi

Sayın Katılımcı,

Bu araştırmada baş boyun kanserli hastalarda fonksiyonel durum ve sosyal desteğin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Bu çalışma tamamen bilimsel amaçla yapılmaktadır. Araştırma sonucu elde edilen veriler hastaların yaşadıkları ve yaşayabilecekleri sıkıntıların çözümü ve bu dönemde artış gösteren sosyal destek ihtiyaçlarının karşılanması amacıyla sağlık çalışanları ve sağlık kuruluşlarına yol gösterici ve katkı sağlayıcı olacağı düşünülmektedir. Bu amaçlar dışında veriler kesinlikle kullanılmayacak ve gizlilik ilkesine uyularak başkalarına verilmeyecektir.

Elinizdeki sayfalar üç ayrı form ve 82 soru içermektedir ve formu doldurmanız yaklaşık 30 dakika sürecektir. Araştırmaya katılmayı kabul ederseniz anket formunda her ifadeyi okuyarak size uygun olan maddeyi işaretleyiniz.

İşbirliğiniz için teşekkür ederim.

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi
NEŞE UYSAL

10.2. EK–2

FONKSİYONEL DURUM VE SOSYAL DESTEĞİN BELİRLENMESİNE İLİŞKİN TANITICI ÖZELLİKLER ANKET FORMU

A. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1) Cinsiyetiniz:

a)Kadın

b)Erkek

2) Yaşınız:……

3) Medeni durumunuz:

a)Evli

b)Bekar

c)Eşi ölmüş

d)Boşanmış

4) Eğitim durumunuz:

a)Okur-yazar değil

b)Okur-yazar

c)ilkokul

d)Ortaokul

e)Lise

f)Yüksekokul\ fakülte

5) Çalışma Statünüz :

a)İşçi

b)Memur

c)Serbest meslek

d)Ev hanımı

e)Emekli

f)Çalışmıyor

g)Diğer..... (belirtiniz)

6) Yerleşim yeriniz:

a) Ankara il ( ) ilçe ( ) köy\belde ( )

b)Ankara dışı il ( ) ilçe ( ) köy\belde ( )

7) Ailenin gelir gider durumu nasıl?

a)Gelir giderine göre az

b) Gelir giderini dengeler

c) Gelir giderine göre fazla

8)Hastalık süresince ihtiyaç duyduğunuz yardımı ailenizden\ yakın çevrenizden alıyor musunuz?

a)Evet

b)Hayır (cevabınız hayır ise 19.soruya geçiniz)

9) Kimler size yardımcı oluyor?

a)Anne. baba

b)Eş

c)Çocuklar

d)Akraba.arkadaş

e)Diğer…….(belirtiniz)

10)Hastalık ve tedavi sonucu yaşadığınız\ yaşayabileceğiniz sorunların azaltılması/giderilmesi hakkında bilgilendirildiniz mi ?

a)Evet

b)Hayır

11) Tedavi\ hastalık konusunda bu bilgileri kimden aldınız?

a)Hemşire

b)Hekim

c)Hekim ve hemşire

d)Aile

e)Diğer ……..(belirtiniz)

B. HASTALIKLA İLGİLİ ÖZELLİKLER

1)Tanınız:

***2)*Hastalığın tanısı ne zaman kondu?**

3)Hastalığınızın evresi:

4) Şu anda hastanede bulunma sebebiniz nedir?

a)Kemoterapi

b)Radyoterapi (ışın tedavisi)

c)Kemoterapi ve ışın tedavisi

d)Kontrol (cevabınız d ise 15. soruya geçiniz)

5) Toplam kür\gün sayısı:

a)Kemoterapi 1 kür( ) 2 kür( ) 3 kür( ) diğer ( )

b)Radyoterapi 2-10gün( ) 11–20 gün ( ) 21 gün ve üzeri( )

6)En son uygulanan tedavi zamanı:

a)Kemoterapi …….

b)Radyoterapi …….

c)Cerrahi ……

7)Hastalığınız nedeniyle ameliyat oldunuz mu?

a)Evet

(cevabınız evet ise yapılan ameliyat nedir?……)

b)Hayır

8) Kanser dışında başka bir hastalığınız var mı?(varsa lütfen belirtiniz)

a)Hastalık yok

b)Hipertansiyon

c)Koroner arter hastalığı

d)Diyabet

e)Solunum sistemi hastalıkları

f)Nörolojik problemler

g) Diğer ……..(belirtiniz)

9) Hastalık tanısı aldıktan sonra yaşadığınız sorunlar nelerdir?

Fiziksel sorunlar :

a)Soluk alıp vermekte zorluk

b)Yutma, çiğneme, yeme gibi fonksiyonların kaybı

c)Enerji\canlılıkta azalma

d)Konuşma, ses değişimi

e)Ağrı

f)Yorgunluk, halsizlik

g)Kilo kaybı

h)Diğer……..(belirtiniz)

ı)Fiziksel sorun yaşamadım

Sosyal sorunlar :

a)Sosyal aktivitelerden uzaklaşma

b)Çalışma statüsünde değişme

c)Ekonomik sorunlar (gelir durumunda azalma)

d)Sosyal çevreniz ile görüşme sıklığınızda azalma

e)Aile ve\veya toplum içinde rol kaybı

f)Diğer…….(belirtiniz)

g)Sosyal sorun yaşamadım

Psikolojik sorunlar:

a) Görünümünüzdeki değişikliğe uyum sağlamada güçlük

b)Kendine güven düzeyinde azalma

c)Gelecek hakkında korku, endişe

d)Sorunlarla baş etmede yetersizlik

e)Yarar sağlayamama, faydasızlık hissi

f)Diğer…….(belirtiniz)

g)Psikolojik sorun yaşamadım

10) Hastalığınız ve \veya tedavi nedeniyle oluşan sorunlarla ne düzede baş ediyorsunuz ?

a)Çok iyi baş ediyorum

b)İyi baş ediyorum

c)Orta düzeyde baş ediyorum

d)Hiç baş edemiyorum

11) Yaşadığınız sorunlar ile baş etmek için neler yapıyorsunuz ?

12) Hastalık ve tedavi ile yaşadığınız sorunlar için profesyonel destek\danışmalık aldınız mı ?

a)Evet

(yararı oldu mu? a)evet b)hayır)

b)Hayır

13)Destek ve danışmanlıktan beklentileriniz nelerdir ?

14)Yaşadığınız\yaşayabileceğiniz sorunlarla baş etmede sağlık personelinden beklentileriniz:

a)Doktor:……..

b)Hemşire:……

c)Diyetisyen:…….

d)Psikolog:……

e)Diğer sağlık personeli:……

10.3. EK-3

Fonksiyonel Yaşam Ölçeği -Kanser

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

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

1	2	3	4	5	6	7
Hiçbir zaman						Sürekli

2. Günlük yaşamınızdaki sorunlarınızı kolay çözebiliyor musunuz?

1	2	3	4	5	6	7
İyi değil						Çok iyi

3. Hastalığınız ne kadar sık aklınıza geliyor?

1	2	3	4	5	6	7
Devamlı						Hiçbir zaman

4. Dinlenmeye fırsat bulabiliyor musunuz?

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

5. Bulantı günlük işlerinizi etkiliyor mu?

1	2	3	4	5	6	7
Hiç etkilemiyor						Çok etkiliyor

6. Bugün kendinizi ne kadar iyi hissediyorsunuz?

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

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

1 2 3 4 5 6 7
Çok yeterli Çok yetersiz

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

8. Son iki haftada hastalığınız yakınlarınıza zorluk yaşattı mı?

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

9. Yaşama isteğinizin azaldığını ne sıklıkla hissediyorsunuz?

1 2 3 4 5 6 7
Daima Hiçbir zaman

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

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

11. Bugün kendinizi ne kadar huzursuz hissediyorsunuz?

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

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

1	2	3	4	5	6	7
Tamamen bozdu						Hiç bozmadı

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

1	2	3	4	5	6	7
Hiç etkilemiyor						Çok etkiliyor

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

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

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

15. Ev ile ilgili günlük sorumluluklarınızın ne kadarını tamamlayabiliyorsunuz?

1	2	3	4	5	6	7
Hepsini						Hiçbirini

16. Son iki haftada en yakınlarınızı görmeye / onlarla birlikte zaman geçirmeye ne kadar istekliydiniz?

1	2	3	4	5	6	7
Çok istekliydim						İsteksizdim

17. Son iki haftada kaç kez bulantınız oldu?

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

18. Gelecekten ne kadar korkuyorsunuz?

1	2	3	4	5	6	7
Devamlı korkuyorum						Hiç korkmuyorum

19. Son iki haftada arkadaşlarınızı görmeye /onlarla birlikte zaman geçirmeye ne kadar istekliydiniz?

1	2	3	4	5	6	7
İsteksizdim						Çok istekliydim

20. Sizce son iki haftada yaşadığınız ağrı ya da rahatsızlıkların ne kadarı hastalığınızla ilgiliydi?

1	2	3	4	5	6	7
Hiçbiri						Hepsi

21. Size uygulanan tıbbi tedaviye ne kadar güveniyorsunuz?

1	2	3	4	5	6	7
Hiç güvenmiyorum						Çok güveniyorum

22. Sizce bugün ne kadar iyi görünüyorsunuz?

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

10.4. EK-4

KANSER HASTASI SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

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

Yardımlarınız için teşekkür eder, sağlıklı günler dilerim.

1.Kendimi kötü hissettiğimde ailem beni teselli eder. ( )

2.Aileme kızgınlık, üzüntü, gibi duygularımı ifade edebilirim. ( )

3.Ailem aldığım kararları destekler. ( )

4.Ailemle hastalığım hakkında rahatça konuşabiliyorum. ( )

5.Sohbetlerde konu benim hastalığıma geldiğinde ailem konuyu hemen değiştirmeye çalışır. ( )

6.Ailemden ilgi ve yakınlık görüyorum. ( )

7.Bir sorunla karşılaştığımda ailem bu sorunu çözebilmem için önerilerde bulunur. ( )

8.Ailem bir sorunu çözmek için giriştiğim çabaları destekler. ( )

9.Bazen ailemin neler yaşadığımı anlamadığını hissediyorum. ( )

10.Ailem uzun süren ve yıpratıcı olan tedavilerim sırasında ( )
acılarımı paylaştı.

11.Ailem ilaçlarımı zamanında almam ve tedavilerime aksatmadan ( )
devam etmem konusunda bana yardımcı oldu.

12. Ailem uzun süren ve yıpratıcı olan tedaviler sırasında işimi ( )
kolaylaştıracak önlemleri aldı.

13.Ailem hastalandığımdan beri benden uzak durmaya çalışıyor. ( )

14.Gelecekle ilgili endişelerimi ailemle paylaşamıyorum. ( )

15.Ailem birine ihtiyaç duyduğumda daima yanımdadır. ( )
16.Ailem beni dinlemek için daima zaman ayırır. ( )

17.Ailem benim neler hissettiğimi anlamaya çalışır. ( )

18.Ailem hastalığımla ilgili ya da hastalığımın yarattığı sorunlara ( )
daima uygun çözüm yolları bulur.
19.Ailem ihtiyaç duyduğumda bana yeni seçenekler sunar, sorunumu ( )
nasıl çözebileceğimi gösterir.

20.Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir. ( )

21.Ailemle hastalığım konusunda daha açık ve özgürce konuşabilmeyi ( )
isterdim.

22.Bazen aile üyelerinin bana neler olduğunu gerçekten anlamadıklarını ( )
düşünüyorum.

23.Ailemle aramızda kendimi duygusal açıdan güvenli ve iyi ( )
hissetmemi sağlayan yakın ilişkilerim var.

24.Ailem bana maddi yönden destek olmaya çalışır. ( )

25.Ailemle sevinç ve kederlerimi paylaşıyorum. ( )

26.Hastalandığımdan bu yana ailemle olan sosyal ilişkilerim azaldı. ( )

27.Ailemle ilişkilerim bana hastalandığımdan önce olduğundan ( )
daha az doyum sağlıyor.

28.Kaygılarımı ve korkularımı ailemden birisiyle rahatça paylaşabilirim ( )

29.Ailem hastalığımla ilgili bilgileri benden saklıyor. ( )

30.Hastalığıma ilişkin bilgileri ailemden tam ve doğru olarak ( )
alamıyorum.

31.Ailem hastalığım ile ilgili konuşmamamın daha iyi olduğunu ( )
hissetmeme neden oluyor.

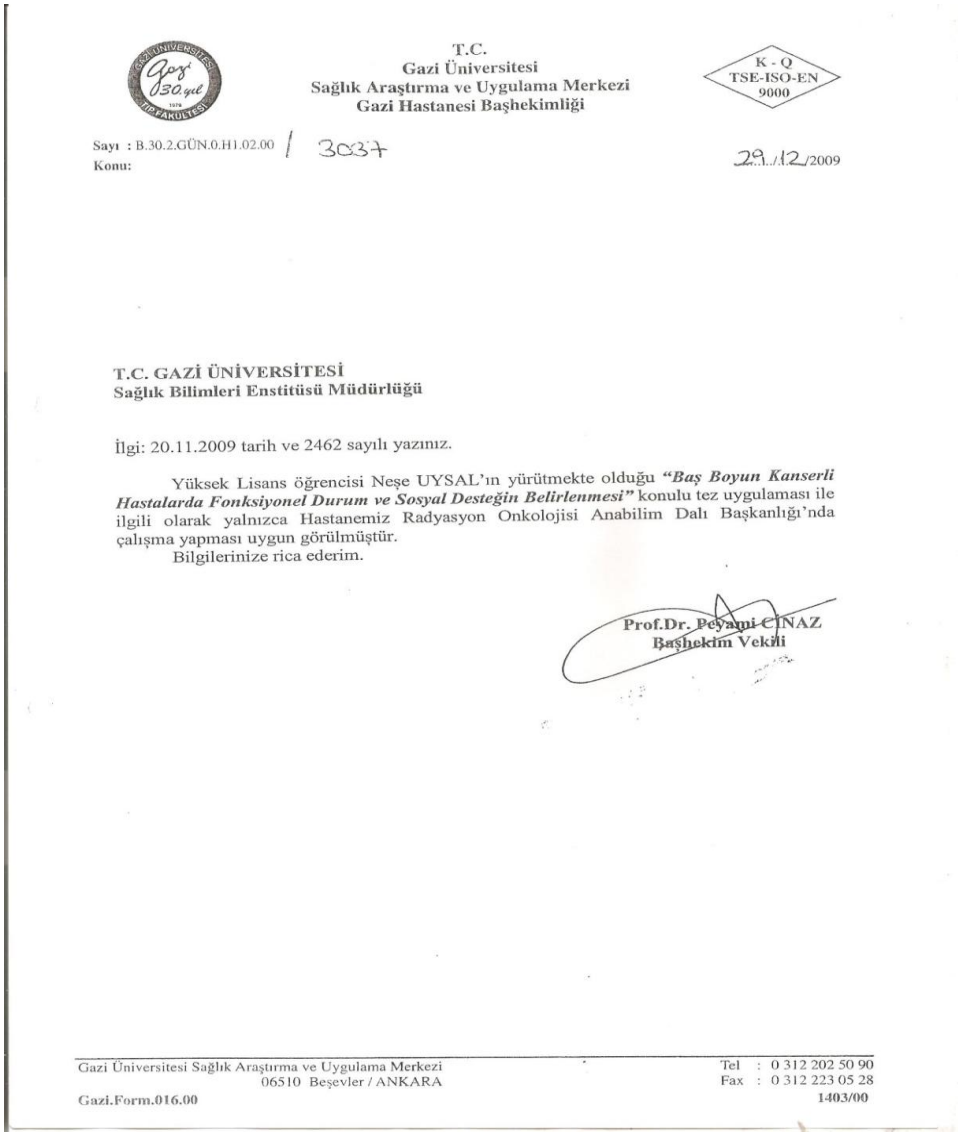
32.Hastalığımla ilgili bir konuşma başladığında ailem konuyu ( )
mümkün olduğunca çabuk değiştirir.

33.Ailem hastalığımla ilgili şeyleri sonuna kadar dinlemeye asla ( )
sabır göstermez.

34.Ailem bana hastalığım konusunda yol gösterir ve yararlı öğütler verir. ( )

35.Ailem hastalığımın yarattığı sorunların üstesinden gelebileceğim ( )
konusunda daima beni destekleyecek sözler söyler

10.5. EK-5 ARAŞTIRMANIN ÖN UYGULAMA İZİN YAZISI



T.C.
Gazi Üniversitesi
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
Gazi Hastanesi Başhekimliği

K - Q
TSE-ISO-EN
9000

Sayı : B.30.2.GÜN.0.H1.02.00 / 3037
Konu:

29./12./2009

T.C. GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

İlgi: 20.11.2009 tarih ve 2462 sayılı yazınız.

Yüksek Lisans öğrencisi Neşe UYSAL'ın yürütmekte olduğu ***"Baş Boyun Kanserli Hastalarda Fonksiyonel Durum ve Sosyal Desteğin Belirlenmesi"*** konulu tez uygulaması ile ilgili olarak yalnızca Hastanemiz Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı Başkanlığı'nda çalışma yapması uygun görülmüştür.

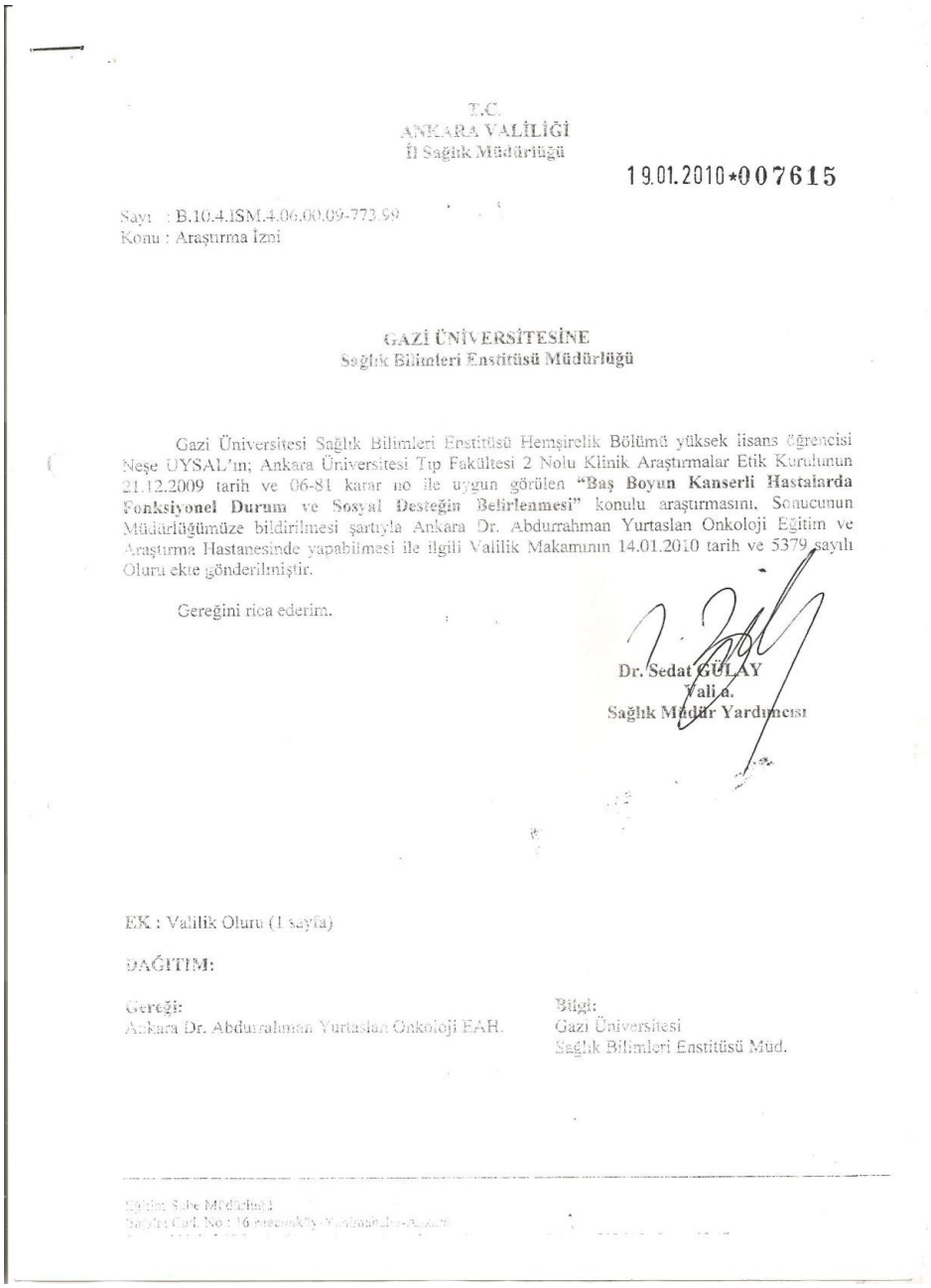
Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr. Peyami CİNAZ
Başhekim Vekili

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
06510 Beşevler / ANKARA
Gazi.Form.016.00

Tel : 0 312 202 50 90
Fax : 0 312 223 05 28
1403/00

10.6. EK-6 ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI HASTANEDEN ALINAN İZİN YAZISI



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

19.01.2010*007615

Sayı : B.10.4.ISM.4.06.00.09-773.99
Konu : Araştırma İzni

GAZİ ÜNİVERSİTESİNE
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü yüksek lisans öğrencisi Neşe UYSAL'ın; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi 2 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 21.12.2009 tarih ve 06-81 karar no ile uygun görülen **"Baş Boyun Kanserli Hastalarda Fonksiyonel Durum ve Sosyal Desteğin Belirlenmesi"** konulu araştırmasını, Sonucunun Müdürlüğümüze bildirilmesi şartıyla Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapabilmesi ile ilgili Valilik Makamının 14.01.2010 tarih ve 5379 sayılı Oluru ekte gönderilmiştir.

Gereğini rica ederim.

Dr. Sedat GÜLAY
Vali a.
Sağlık Müdür Yardımcısı

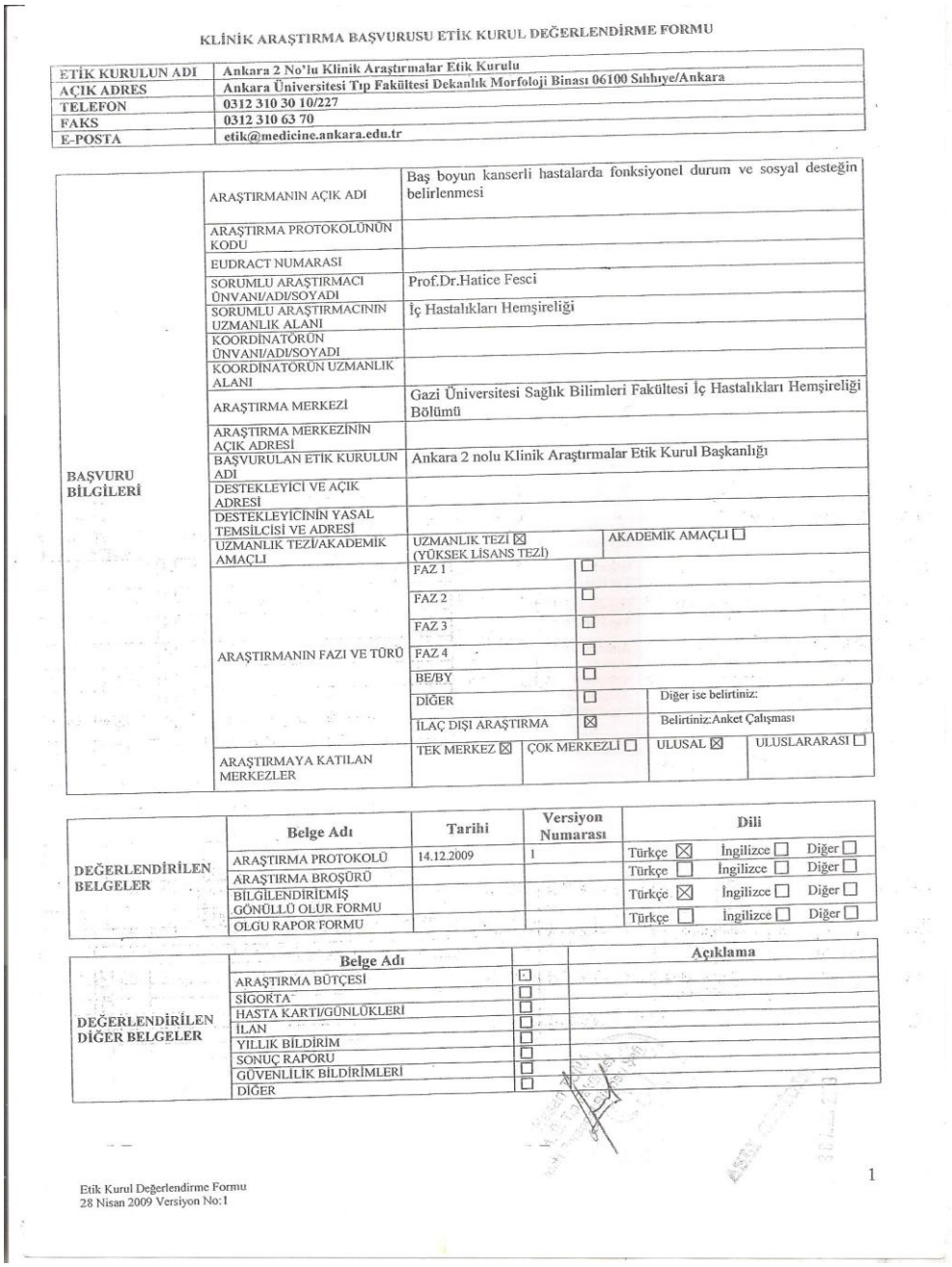
EK : Valilik Oluru (1 sayfa)

DAĞITIM:

Gereği:
Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji EAH.

Bilgi:
Gazi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müd.

10.7. EK-7 ARAŞTIRMANIN ETİK KURUL İZİN YAZISI



KLİNİK ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

ETİK KURULUN ADI	Ankara 2 No'lu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
AÇIK ADRES	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Morfoloji Binası 06100 Sıhhıye/Ankara
TELEFON	0312 310 30 10/227
FAKS	0312 310 63 70
E-POSTA	etik@medicine.ankara.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Baş boyun kanserli hastalarda fonksiyonel durum ve sosyal desteğin belirlenmesi			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU				
	EUDRACT NUMARASI				
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Hatice Fesci			
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İç Hastalıkları Hemşireliği			
	KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI				
	KOORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI				
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Bölümü			
	ARAŞTIRMA MERKEZİNİN AÇIK ADRESİ				
	BAŞVURULAN ETİK KURULUN ADI	Ankara 2 nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı			
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ				
	UZMANLIK TEZİ/AKADEMİK AMAÇLI	UZMANLIK TEZİ ☒ (YÜKSEK LİSANS TEZİ)	AKADEMİK AMAÇLI ☐		
	ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		BE/BY	☐		
		DİĞER	☐	Diğer ise belirtiniz:	
		İLAÇ DIŞI ARAŞTIRMA	☒	Belirtiniz:Anket Çalışması	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	14.12.2009	1	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐

	Belge Adı		Açıklama
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐	
	SİGORTA	☐	
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	☐	
	İLAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
	DİĞER	☐	

Etik Kurul Değerlendirme Formu
28 Nisan 2009 Versiyon No:1

1

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:06-81	Tarih: 21 Aralık 2009
	Prof.Dr.Hatice Fesci'nin sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler; araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri ve Anket Bilgilendirme Metni dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oybirliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik , İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, ve Etik Kurul SOP
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: Prof.Dr.İsmail Hakkı Ayhan	
ETİK KURUL ÜYELERİ	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		İlişki *		Katılım **		İmza
Prof.Dr.İsmail Hakkı Ayhan	Tıbbi Farmakoloji	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	E☒	K☐	E☐	H☒	E☒	H☐	
Prof.Dr.Ahmet Demirkazık	Tıbbi Onkoloji	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	E☒	K☐	E☐	H☒	E☒	H☐	
Prof.Dr.Ajlan Tükün	Tıbbi Genetik	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	E☐	K☒	E☐	H☒	E☒	H☐	
Prof.Dr.Nuhan Puralı	Biyofizik	Hacettepe Üni. Tıp Fakültesi	E☒	K☐	E☐	H☒	E☒	H☐	
Prof.Dr.H.Serdar Öztürk	Tıbbi Biyokimya	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	E☒	K☐	E☐	H☒	E☒	H☐	
Prof.Dr.Bülent Gümüşel	Eczacı-Öğr.Üyesi	Hacettepe Üni. Tıp Fakültesi	E☒	K☐	E☐	H☒	E☒	H☐	
Doç.Dr.H.Serap Sivri	Çocuk Sağlığı	Hacettepe Üni. Tıp Fakültesi	E☐	K☒	E☐	H☒	E☒	H☐	
Doç.Dr.Banu Çakır	Halk Sağlığı	Hacettepe Üni. Tıp Fakültesi	E☐	K☒	E☐	H☒	E☐	H☒	Sınavda
Doç.Dr.Muharrem Özen	Avukat-Öğr.Üyesi	Ankara Üniv. Hukuk Fakültesi	E☒	K☐	E☐	H☒	E☒	H☐	
Öğr.Gör.Dr.Volkan Kavas	Deontoloji	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	E☒	K☐	E☐	H☒	E☒	H☐	
Gülsüm Aslan	Sağlık Mes. Dışı- Emekli	----------	E☐	K☒	E☐	H☒	E☒	H☐	

* :Araştırma ile İlişki
** :Toplantıda Bulunma

Hasan TUNA
A.Ü. Tıp Fakültesi
İdari Personel

11.TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleşmesinde katkılarından dolayı,

Çalışmanın planlanması, yürütülmesinde yönlendiren ve her aşamasında destek veren hocam Sayın Prof. Dr. Hatice Bostanoğlu'na,

Araştırmadan elde edilen bulguların istatistiksel değerlendirmesindeki katkılarından dolayı araştırma görevlisi Sevilay Karahan'a

Doktor Abdurrahman Yurtarslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi çalışanlarına, Gazi Üniversitesi Radyasyon Onkoloji bölümü çalışanlarına,

Araştırma süresince maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen anneme ve babama teşekkür ederim.

12. ÖZGEÇMİŞ

Adı: Neşe

Soyadı: Uysal

Doğum yeri ve tarihi: Ankara 20.07.1984

Eğitimi:

2007- Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
2001- Halide Edip Lisesi
1995- Aselsan İlköğretim Okulu

İş Deneyimi

2007-2009 Hacettepe Üniversitesi Hastanesi Kulak Burun Boğaz Servisi
2010- Dr Abdurrahman Yurtarslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ağrı Palyatif Bakım Servisi

Yabancı Dil: İngilizce

Üye Olunan Bilimsel Kuruluşlar:
Türk Hemşirerler Derneği
Onkoloji Hemşireler Derneği

E - Posta Adresi: uysaln2007@hotmail.com