



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

ONKOLOJİ HASTALARININ KONFOR DÜZEYİ

Aysun AKÇAKAYA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doç. Dr. Sevilay HİNTİSTAN

TRABZON-2016

ONAY

Bu tez Yüksek Lisans Tezi Standartlarına Uygun Bulunmuştur.

Doç. Dr. Nesrin NURAL

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı



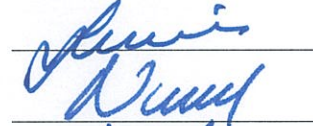
Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Aysun AKÇAKAYA'nın hazırladığı "Onkoloji Hastalarının Konfor Düzeyi" başlıklı tez KTÜ Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca kapsam ve bilimsel kalite yönünden değerlendirilerek Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman Doç. Dr. Sevilay HİNTİSTAN

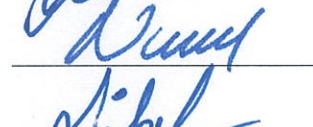


Yüksek Lisans Sınavı Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Sevilay HİNTİSTAN



Doç. Dr. Nesrin NURAL



Doç. Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA



Tarih: 01/06/2016

Bu tez KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun / ... / ... tarih vesayılı kararıyla onaylanmıştır.

.....

Prof. Dr. Ali Osman KILIÇ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kılavuzu standartlarına uygun olarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eseri olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazım aşamalarımda patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

16/05/2016

Aysun AKÇAKAYA

İthaf

Bu yüksek lisans tezimi başta can dostum olmak üzere tüm onkoloji hastalarına ve her zaman yanımda olan sevgili aileme ithaf ediyorum

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim ve tez çalışmamın tüm süreçlerinde bilgisinden ve tecrübesinden yararlandığım, mesleki değerleri ile bana öncülük eden, birlikte çalışmaktan onur duyduğum ve göstermiş olduğu hoşgörü ve sabır nedeni ile danışmanım KTÜ Trabzon Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölüm Başkanı, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Doç. Dr. Sevilay HİNTİSTAN'a,

Emeği ve özverisiyle her zaman yanımda olan KTÜ Trabzon Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Doç. Dr. Nesrin NURAL'a,

Eğitimimde emeği geçen tüm hocalarıma ve bu süreçte yanımda olan çalışma arkadaşlarıma,

Tez çalışmamın istatistiksel değerlendirmesine katkı sağlayan Sayın Doç. Dr. Başaran GENÇDOĞAN'a,

Veri toplama sürecinde benimle işbirliği yaparak desteklerini esirgemeyen KTÜ Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Ünitesi hemşirelerine ve hastalarına,

Gösterdiği sabır ve çabayla bugüne gelmemde en büyük paya sahip olan sevgili babama, karşılıksız sevgi ve emeğin karşılığı olan anneme, varlıkları ile bana güç veren kardeşlerime teşekkürlerimi sunarım.

Arş. Gör. Aysun AKÇAKAYA

İÇİNDEKİLER**Sayfa****KABUL ve ONAY****TEŞEKKÜR****TABLolar DİZİNİ****ix****ŞEKİLLER DİZİNİ****x****KISALTMALAR ve SİMGELER DİZİNİ****xi****1. ÖZET****1****2. SUMMARY****2****3. GİRİŞ ve AMAÇ****3****4. GENEL BİLGİLER****6**

4.1. Kanser Tanımı

6

4.2. Kanser Epidemiyolojisi

6

4.3. Kanser Etiyolojisi

7

4.4. Kanserde Risk Faktörleri

7

4.4.1. Değıştirilebilir Risk Faktörleri

8

4.4.1.1. Davranışsal risk faktörleri

8

4.4.1.2. Çevresel risk faktörleri

8

4.4.2. Değıştirilemez Risk Faktörleri

8

4.4.2.1. Biyolojik risk faktörleri

8

4.4.2.2. Genetik risk faktörleri

9

4.5. Kanser Tanılaması

9

4.6. Kanser Evrelendirmesi

10

4.7. Kanser Tedavi Yöntemleri

10

4.7.1. Radyoterapi

11

4.7.2. Cerrahi Tedavi

11

4.7.3. Biyolojik Tedavi (Biyoterapi)

11

4.7.4. Hormon Tedavisi

11

4.7.5. Kanser Kemoterapisi

12

4.7.5.1. Kanser Kemoterapisinin Amacı

12

4.7.5.2. Kanser Kemoterapisinin Uygulanması

12

4.7.5.3. Kanser Kemoterapisinin Etki Mekanizması

13

4.7.5.4. Kanser Kemoterapisinin Yan Etkileri	14
4.8. Konfor Tanımı	21
4.8.1. Hemşirelik Tarihinde Konfor Kavramı	21
4.9. Konfor Kuramı	23
4.9.1. Kuramın Gelişmesinde Yararlanılan Kuramcılar	24
4.9.2. Konfor Kuramının Kavramları	25
4.9.2.1. Fiziksel Konfor	26
4.9.2.2. Psikospiritüel Konfor	27
4.9.2.3. Çevresel Konfor	27
4.9.2.4. Sosyokültürel Konfor	27
4.10. Onkoloji ve Konfor	28
4.11. Onkoloji Hastalarının Konforu ve Hemşirelik	31
5. GEREÇ ve YÖNTEM	33
5.1. Araştırmanın Tipi	33
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	33
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	33
5.4. Araştırmanın Kabul Ölçüleri	33
5.5. Veri Toplama Araçları	33
5.6. Veri Toplama Yöntemi	35
5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	35
5.8. Araştırmanın Etik Yönü	36
5.9. Verilerin Değerlendirilmesi	36
6. BULGULAR	37
7. TARTIŞMA	57
8. SONUÇ ve ÖNERİLER	71
8.1. Sonuçlar	71
8.2. Öneriler	76
9. KAYNAKLAR	79
10. EKLER	94
10.1. Ek 1 Bilgilendirilmiş Onam Formu	94
10.2. Ek 2 Hasta Bilgi Formu	95
10.3. Ek 3 Genel Konfor Ölçeği (GKÖ)	97

	viii
10.4. Ek 4 Ölçek Kullanım İzni	99
10.5. Ek 5 Kurum İzni	100
11. ETİK KURUL ONAYI	101
12. ÖZGEÇMİŞ	104



TABLOLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa
Tablo 1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri	37
Tablo 2. Hastaların Hastalığa İlişkin Özellikleri	38
Tablo 3. Hastaların Konfor Algılarına İlişkin Özellikleri	39
Tablo 4. Hastaların GKÖ Puan Ortalaması ile GKÖ ve Alt Boyutları Toplam Puan Ortalaması	40
Tablo 5. Genel Konfor Ölçeği'nin Taksonomik Yapısına Göre Hastaların GKÖ Puan Ortalamaları	41
Tablo 6. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre GKÖ Puan Ortalamaları	42
Tablo 7. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre GKÖ Puan Ortalamaları	43
Tablo 8. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre GKÖ Fiziksel Ferahlama, Fiziksel Rahatlama ve Fiziksel Üstünlük Alt Boyutları Puan Ortalamaları	44
Tablo 9. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre GKÖ Psikospiritüel Ferahlama, Psikospiritüel Rahatlama ve Psikospiritüel Üstünlük Alt Boyutları Puan Ortalamaları	47
Tablo 10. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre GKÖ Çevresel Ferahlama, Çevresel Rahatlama ve Çevresel Üstünlük Alt Boyutları Puan Ortalamaları	50
Tablo 11. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre GKÖ Sosyo-Kültürel Ferahlama, Sosyo-Kültürel Rahatlama ve Sosyo-Kültürel Üstünlük Alt Boyutları Puan Ortalamaları	53
Tablo 12. Hastaların Konfor Algılarına İlişkin Özelliklerine Göre GKÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İstatistiksel Analiz Sonuçları	56

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa
Şekil 1. Konfor Kuramının Taksonomik Yapısı	28
Şekil 2. Genel Konfor Ölçeği Taksonomik Yapısına Göre Ölçek Açıklaması	35



KISALTMALAR ve SİMGELER DİZİNİ**Kısaltmalar**

DNA	Deoksiribo Nükleik Asit
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GİS	Gastrointestinal Sistem
GKÖ	Genel Konfor Ölçeği
KTÜ	Karadeniz Teknik Üniversitesi
İL	İnterlökin
INF	İnterferon
RNA	Ribo Nükleik Asit
ROS	Reaktif Oksijen Ürünleri
RTKÖ	Radyoterapi Konfor Ölçeği
TNF	Tümör Nekrozis Faktör
NANDA	Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanısı Birliği

Simgeler

α	Alfa
β	Beta
γ	Gamma

1. ÖZET

Onkoloji Hastalarının Konfor Düzeyi

Araştırma, onkoloji hastalarının konfor düzeyini değerlendirmek amacı ile tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırmanın evrenini Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Ünitesi'nde 3 Ağustos - 3 Kasım 2015 tarihleri arasında kanser kemoterapisi alan hastalar oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise araştırma kabul ölçütlerine uyan 213 hasta oluşturdu. Veriler, "Hasta Bilgi Formu" ve "Genel Konfor Ölçeği" kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde frekans, yüzde, t testi, tek yönlü varyans analizi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis H testi ve Dunnet T3 Post Hoc testi kullanıldı.

Araştırmada, hastaların Genel Konfor Ölçeği toplam puanı 140.63 ± 16.86 ; puan ortalaması ise 2.93 ± 0.35 olarak belirlendi. Hastaların fiziksel boyut puan ortalaması 34.80 ± 5.33 , psikospiritüel boyut puan ortalaması 39.72 ± 5.87 , çevresel boyut puan ortalaması 35.58 ± 6.45 , sosyokültürel boyut puan ortalaması 30.53 ± 3.56 ; ferahlama düzeyi puan ortalaması 47.39 ± 5.92 , rahatlama düzeyi puan ortalaması 49.57 ± 6.85 , üstünlük düzeyi puan ortalaması 43.67 ± 6.28 'dir. Araştırmada, hastaların genel konfor düzeyinin cinsiyet, yaş ve meslekten anlamlı olarak etkilendiği belirlendi ($p < 0.05$). Hastaların Genel Konfor Ölçeği fiziksel üstünlük alt boyut puan ortalaması ile genitoüriner sistem kanserleri arasında; psikospiritüel rahatlama alt boyut puan ortalaması ile kemoterapi kür sayısı arasında anlamlı fark bulundu ($p < 0.05$). Ayrıca, hastaların konforla ilgili "hastalara göre rahata ermenin tanımı" ve "konfor düzeyini artırabilecek durumlar" ile Genel Konfor Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0.05$).

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda, araştırmacı tarafından onkoloji hastalarının konfor düzeyini arttırmaya yönelik önerilerde bulunuldu.

Anahtar Sözcükler: Hemşirelik, Kanser, Kemoterapi, Onkoloji, Rahatlık

2. SUMMARY

The Comfort Level of the Oncology Patients

This study was carried out as descriptive in order to evaluate of the comfort level in oncology patients. The population of this study consisted of patients undergoing chemotherapy in outpatient chemotherapy unit at the Karadeniz Technical University Faculty of Medicine Farabi Hospital between 3 August-3 November 2015. The sample of the study consisted of 213 patients who meets the research acceptance criteria were reached. The data were collected with face to face interviews by using the "Patient Information Form" and "General Comfort Scale." In the evaluation of data were used frequency, percentage, t-test, one-way analysis of variance, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis H test and post hoc Dunnett T3 tests.

In the study, it was determined that the total General Comfort Scale score of patients is 140.63 ± 16.86 ; the average score is 2.93 ± 0.35 . The mean score of physical sub-dimension of patients is 34.80 ± 5.33 ; mean score of psychospiritual sub-dimension is 39.72 ± 5.87 ; mean score of environmental sub-dimension is 35.58 ± 6.45 ; mean score of sociocultural sub-dimension is 30.53 ± 3.56 ; the mean score of relief level of comfort is 47.39 ± 5.92 ; the mean score of the ease level of comfort is 49.57 ± 6.85 ; the mean score of the transcendence level of comfort is 43.67 ± 6.28 . In the study, it was determined that the overall comfort level of the patient was affected by gender, age and profession ($p < 0.05$). It was found a significant difference between mean score of physical transcendence sub-dimension of General Comfort Scale and genito urinary system cancers; between psychospiritual relief subscale sub-dimension and the number of cycles of chemotherapy ($p < 0.05$). In addition to it was determined a significant difference between "definition of comfort regarding to the patients", "conditions of able to increase the comfort level" and mean score of General Comfort Scale ($p < 0.05$).

In accordance with the results obtained from the study, the suggestions were given to improve the comfort level of oncology patients by the researcher.

Key Words: Nursing, Cancer, Chemotherapy, Oncology, Comfort

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Hücrelerin aşırı çoğalması ve programlı hücre ölümünün bozulmasıyla karakterize kronik bir hastalık olan kanser; tanı, tedavi/bakım sürecinde güçlüklerle neden olan, yaşamsal tehdit oluşturan, yaşamın akışını bozan ve bireyi fiziksel, psikolojik, sosyal, çevresel, ailesel ve ekonomik boyutları ile etkileyen kronik stresli bir süreçtir (1-4).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), (2012) dünyada 14 milyon yeni kanser vakası bildirmekte ve kansere bağlı ölümlerin 8.2 milyon olduğunu belirtmektedir. Her yıl dünya çapında meydana gelen ölümlerin %13.0'nın kanserden kaynaklandığı tahmin edilmektedir (5). Türkiye'de 2013 yılı kanser istatistiklerine göre 103 070 erkek ve 71 233 kadın olmak üzere toplam 174 000 kişi yeni kanser tanısı almıştır. Ayrıca, Türkiye'de 2014 yılında gerçekleşen ölümlerin %20.7'si (74 906) kanserden kaynaklanmıştır (6).

Günümüzde görülme sıklığı oldukça artan, gelecekte de artması beklenen kanserin maliyeti de birey ve toplum açısından oldukça yüksektir. Kanserinin neden olduğu küresel ekonomik maliyetin bir trilyon olduğu düşünülmektedir. Türkiye'de ise kansere yılda 3.1 milyar dolar harcanmaktadır. Avrupa ülkelerinin harcamalarıyla kıyaslandığında, Türkiye'nin kanser bütçesi, Avrupa'daki altıncı büyük bütçeye denk gelmektedir (7-9).

Kanser tedavisinin amacı, kanser dokusunun yayılımını önlemek ya da ortadan kaldırmak, hastalığı yavaşlatmak, yaşam süresini ve kalitesini arttırmaktır. Kanser tedavisinde en yaygın kullanılan yöntem kanser kemoterapisidir. Onkoloji hastalarında kanser kemoterapisi ile bireylerin yaşam süresi uzarken, kemoterapötik ajanların yan etkileri nedeni ile tüm sistemlerde istenmeyen semptomlar gelişebilmektedir (4, 10, 11)

Onkoloji hastalarının yaşadığı güçlükler kanserin türüne, evresine, lokalizasyonuna, mevcut semptomlarına göre değişmekte ve bireyin yaşı, sağlık sorunları, aile özellikleri ve baş etme yöntemlerine göre farklılıklar gösterebilmektedir (12). Onkoloji hastaları; bulantı, kusma, ağrı, konstipasyon, diyare, iştahsızlık, dispne, alopesi, yorgunluk, uyku sorunları ve cinsel sorunlar gibi fiziksel sorunlar yaşamakla birlikte (3, 13). belirsizlik, suçluluk, çaresizlik, depresyon, öfke, anksiyete, korku, umutsuzluk, savunmasızlık, terk edilme ve kontrol kaybı gibi psikolojik sorunlar da yaşayabilmektedir (1, 14). Ayrıca, hastalar izolasyon, rol değişiklikleri, işsizlik, ilişkilerde bozulma ve çevreye ilginin azalması gibi sosyal sorunlarla da

karşılaşılabilmektedir (1, 15). kanserle ilgili tutumlar arasında karamsarlık ve çaresizliğin yaygın olduğu, kanserin bir yıkım gibi algılandığı bilinmektedir. Kutlu ve arkadaşları, onkoloji hastalarının %12.7'sinin şiddetli derecede depresyon yaşadığını bildirmişlerdir (16).

Erken tanı, tedavi/bakımdaki gelişmeler, bireylerin kanserle yaşam sürelerini artırmıştır. Bu durum, onkoloji hastalarının uzun yaşamalarının yanında kaliteli ve konforlu (rahat) yaşamaları gerektiği düşüncesini gündeme getirmiştir (2, 15, 17). “Ağrının, sıkıntının, üzüntünün, tedirginliğin olmaması” durumunu tanımlayan “konfor” kavramı, Katharina Kolcaba (1994) tarafından analiz edilmiştir. Katharina Kolcaba, konforu “fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel boyutta insan gereksinimlerinin karşılanmasıyla ortaya çıkan ferahlama, sakin ve huzur içinde olmasıyla ortaya çıkan huzura kavuşma ve sorunların üstesinden gelebilmenin o andaki deneyimi” olarak tanımlamıştır (12, 18, 19). Konfor kavramı aynı zamanda “yaşam kalitesi”, “palyatif bakım”, “destekleyici tedavi” ve “semptom yönetimine” alternatif olarak da kullanılmıştır (20).

Onkoloji hastalarında konforun amacı, hastalık, tedavi ve bakımdan kaynaklanan fiziksel, psikolojik, spiritüel, sosyal, kültürel ve çevresel semptomları mümkün olduğunca erken önlemek ve tedavi etmektir (3, 20). Yoğun bakım ünitesi, onkoloji, dahiliye ve cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin konfor bilgi düzeylerine yönelik Hou ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, onkoloji kliniğinde çalışan hemşirelerin en düşük düzeyde konfor bilgisine sahip oldukları belirlenmiştir (20). Oysaki hemşirelerin onkoloji hastalarının konforunu sağlamada; ağrıyı azaltmak, üzüntüyü gidermek, sosyal etkileşimlerini desteklemek ve mahremiyetini korumak gibi önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır (13, 21). Hopkinson ve arkadaşları, onkoloji hastalarının ve bakım vericilerinin desteklenmesi ile hastaların duygusal durumlarında iyileşme olduğunu saptamışlardır (22). Konfor kuramında iyi bir hemşirelik bakımı; öncelikle bireyin konforunu etkileyen fiziksel, psikolojik ve sosyokültürel faktörleri bireysel olarak belirlemeyi, bireyin konforunu korumayı, geliştirmeyi ve iyileştirmeyi içerir (17, 23). Hou ve arkadaşlarının hastanede yatan hastaların konforu üzerine hemşirelerin bilgi ve tutumlarını inceleyen çalışmasında, hemşirelerin %68.1'inin yeterli konfor bilgisine sahip olduğu belirtilmektedir. Aynı çalışmada, özellikle altı yıl ve üzeri çalışan deneyimli hemşirelerin fizyolojik ve psikolojik konfor bilgisinin daha yüksek olduğu

saptanmıştır (20). Hemşireler, bakımın kalitesini arttırmak amacı ile konforu bilmelerine ve hemşirelik girişimlerini uygulamalarına rağmen daha çok bireyin o anlık iyilik hali ve konforunu bozan durumların çözümüne odaklanmışlardır. Oysa hemşirelerin onkoloji hastalarının bakımında konfor kavramını bir süreç olarak değerlendirmeleri gerekmektedir (12, 18, 19).

Onkoloji hastalarının konfor düzeyinin değerlendirilmesi ile hastaların fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel konforunun yükseltilmesine yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması, uygulanması, hemşirelik bakım kalitesinin iyileştirilmesi ve ölçülebilir hale gelmesine katkı sağlanabilecektir (12, 24). Böylece bireysel bakım verilen onkoloji hastalarının hem memnuniyet düzeyi hem de yaşam kalitesi artacak ve tedavi/bakım sürecine aktif katılımları sağlanacaktır. Ayrıca, dünyada ve ülkemizde onkoloji hastalarının konfor düzeyini değerlendiren bir kaç çalışmaya ulaşılabilmektedir (12, 25). Bu nedenle bu çalışmada onkoloji hastalarının konfor düzeyini değerlendirmek amaçlandı.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Kanser Tanımı

Kanser; sağlıklı hücrelerden yapısal ve fonksiyonel olarak farklılık gösteren malign hücrelerin sürekli, amaçsız, istenmeyen, kontrolsüz büyümesi ve anormal yayılımı ile karakterize kronik bir hastalıktır. İyileşme ve şiddetlenme dönemleri olan, kısa ve uzun süreli uyum güçlükleri yaratan kanser, fizyopatolojik ve organik süreçleri içermekle birlikte bireyi, fiziksel ve psikososyal boyutları ile tehdit eder (4, 26, 27).

4.2. Kanser Epidemiyolojisi

Kanser, Dünyada ve Türkiye’de en çok ölüme neden olan hastalıklar arasında yer almaktadır. Dünya genelinde 2012 yılında kanser ve kansere bağlı gerçekleşen ölümlerin (8.2 milyon) %70.0’ı Afrika, Asya, Orta ve Güney Amerika’da meydana gelmiştir. Bu ölümlerin; 1.59 milyonu akciğer, 745 000’i karaciğer, 723 000’i mide, 694 000’i kolorektal, 521 000’i meme ve 400 000’i özofagus kanserinden kaynaklanmıştır (5).

Dünya’da 2012 yılında yaklaşık 14 milyon insan yeni kanser tanısı almıştır. Aynı yıl içinde dünyada erkekler arasında en yaygın görülen kanser türleri sırasıyla akciğer, prostat, kolorektal, mide ve karaciğer kanseri iken; kadınlarda meme, kolorektal, akciğer, serviks ve mide kanseridir. Tüm dünyada önde gelen morbidite ve mortalite nedenlerinden olan kanserin, önümüzdeki 20 yıl içinde %70.0 oranında artması beklenmektedir (5, 28). Dünyada ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer alan kanserin, 2030 yılına kadar hızla artarak birinci sıraya yerleşeceği öngörülmektedir. Kanser, son yıllarda tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de en önemli toplumsal sağlık problemlerinden biri haline gelmiştir (29). Türkiye’de 2014 yılında gerçekleşen ölümlerin %20.7’si (74 906) kanserden kaynaklanmıştır (30).

Türkiye’de 2013 yılında kanser hızı erkeklerde 267.9/100 000, kadınlarda ise 186.5/100 000’dir. Kadın-erkek ortalama kanser insidansı ise 227.2/100 000’dir. Ayrıca, Türkiye’de 2013 yılı kanser istatistiklerine göre 103 070 erkek ve 71 233 kadın olmak üzere toplam 174 000 kişi yeni kanser tanısı almıştır. Türkiye kanser insidansı, dünya ortalamasının üzerinde seyretmektedir. Ancak Avrupa Birliği ülkeleri ve Amerika gibi gelişmişlik düzeyi yüksek olan ülkelere oranla Türkiye’de kanser hem kadınlarda hem de erkeklerde daha düşük hızda seyretmektedir. Türkiye’de erkeklerde trakea, bronş ve akciğer kanseri (59.3/100 000 kişiye), kadınlarda ise meme kanseri

(45.9/100 000 kişide) en sık görülen kanser türleridir. Türkiye’deki ilk beş kanser türü dünya ve diğer gelişmiş ülkelerdeki veriler ile benzerlikler göstermektedir (31).

4.3. Kanser Etiyolojisi

Kanser etiyolojisi fiziksel, kimyasal ve biyolojik karsinojenler olarak üç başlık altında toplanabilir:

Fiziksel karsinojenler (ultraviyole ışınlar, iyonize radyasyon): Fiziksel karsinojenler, dokularda birikerek doku hasarına neden olmaktadır. İyonlaşabilen elektromanyetik ışınlamalar, hücrenin genetik materyali olan Deoksiribo Nükleik Asit’i (DNA) parçalayabilecek kadar enerji taşımaktadır. Hücre yapısını bozan bu karsinojenler DNA üzerinde fonksiyon bozukluğu yapmakta, kıl diplerine ulaşarak deri kanserine, fazla miktarda alyuvar kaybına neden olarak da hematolojik kanserler başta olmak üzere birçok kanser gelişimine de neden olabilmektedir (5, 32).

Kimyasal karsinojenler (asbest, sigara dumanındaki bileşenler, aflatoksin, arsenik): Çeşitli kimyasal ajanların insanda kanserojen etkiye sahip olduğu kanıtlanmıştır. Asbest, aniline, boya gibi kimyasal/kanserojen maddeler genetik zarardan sorumlu olan reaktif metabolitlerin aktivasyonunu sağlayarak DNA üzerine doğrudan mutajenik etkiye sahiptir. Kimyasal karsinojenler, DNA üzerinde doğrudan bir hasar oluşturduğu için akciğer kanseri başta olmak üzere birçok kanser türünden sorumlu tutulmaktadır (5, 32-34).

Biyolojik karsinojenler (virüs, bakteri, parazitler): Biyolojik karsinojenlerin günümüzde kanserlerin %15-20’sinden sorumlu olduğu düşünülmektedir. “Onkovirüs” adı verilen bu karsinojenler özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde Hepatit B, Hepatit C ve Human Papilloma Virüs gibi bazı mikroorganizmalar ve enfeksiyonların neden olduğu karaciğer kanseri, serviks kanseri gibi kanser türlerinin gelişiminde de önemli risk faktörleridir (5). Mikroorganizmalar ise uzun süreli enflamasyona neden oldukları gibi, hücrelere yerleşerek hücrelerin büyüme kontrolünü doğrudan ele geçirebilir ya da bazı türleri immün sistemi baskılayarak kansere neden olabilmektedir (35).

4.4. Kanser Risk Faktörleri

Günümüzde kanser morbidite ve mortalitesinin artmış olması kanserden primer/sekonder korunmanın önemini oldukça arttırmaktadır. Bireyi kanserin konfor

üzerindeki olumsuz ve uzun süreli etkilerinden korumak için kanseri önlemek ya da ortaya çıkış sürecini yavaşlatmak gerekmektedir. Bu nedenle de değiştirilebilir ve değiştirilemez risk faktörlerini tanımlamak oldukça önemlidir.

4.4.1. Değiştirilebilir Risk Faktörleri

4.4.1.1. Davranışsal Risk Faktörleri

Bu faktörler, sigara/alkol tüketiminin artması, sağlıksız beslenme, hareketsiz/sedanter yaşam tarzı gibi risk faktörleridir. Günümüzde bu risk faktörlerinin kanserle doğrudan ilişkili olduğu kabul edilmektedir (5, 33, 36). Kanser en büyük nedeni olarak bildirilen sigara, kanserden ölümlerin %20.0'ından; akciğer kanserinden ölümlerin ise %70'inden sorumludur (5). Woo ve Kim meta analiz çalışmalarında, sigara tüketiminin akciğer kanseriyle doğrudan ilişkili olduğunu belirterek, diyetle antioksidan madde içeren flavonoid ve türevlerinin alınmasının kanser riskini azalttığını bildirmiştir (34).

4.4.1.2. Çevresel Risk Faktörleri

Hava kirliliği, sigaraya maruz kalma gibi bireylerin ev ya da iş yerindeki çevre koşulları kanser gelişimi için çevresel risk faktörleri arasında yer almaktadır (36). Pasif içicilik, Amerika Birleşik Devletleri Çevre Koruma Ajansı ve Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı tarafından bilinen “insan karsinojeni” olarak kabul edilmiş ve DSÖ tarafından kanser risk faktörleri içinde sınıflandırılmıştır. Ayrıca kozmetik ürünler, temizlik ürünleri, metal ve plastik ürünlerin de kansere neden olabileceği düşünülmektedir (37).

4.4.2. Değiştirilemez Risk Faktörleri

4.4.2.1. Biyolojik Risk Faktörleri

Cinsiyet, yaş, ırk gibi özellikler bazı tür kanserler için risk faktörleridir. Örneğin; kadınlarda meme kanseri görülme sıklığı erkeklere oranla daha yüksektir; Amerikalı siyahi ırkta prostat kanseri daha yüksekken, beyaz ırkta cilt kanseri görülme sıklığı daha fazladır (36). Yaşla ilişkili olarak ise kanserojenlerle uzamış temas, savunma sistemindeki zayıflık sonucu tümör supresyon genlerinin yokluğu gibi birçok farklı nedenin kanser riskini artırdığı bilinmektedir. Yaş ve cinsiyete göre kanser sıklığı

karşılaştırıldığında, 75 yaşındaki bir erkekteki kanser sıklığı 25 yaşındaki erkeğe göre 100 kat, kadında ise 30 kat daha fazladır (2).

4.4.2.2. Genetik Risk Faktörleri

Tüm kanserlerin yaklaşık %5.0-10.0'ında rol oynayan genetik mutasyonların 50'den fazla özel gende meydana gelen mutasyonla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Genetik faktör ilişkili kanserlerin en sık nedeni tümörlerin büyümesini bastıran bir protein üreten Tümör Protein 53 transkripsiyon faktörünün mutasyona uğramasıdır. Ayrıca Breast Cancer 1 ve Breast Cancer 2 genleri kalıtsal meme ve over kanserine neden olurken; Phosphatase and Tensin Homolog genindeki mutasyonlar ise tiroid ve endometrial kanserler başta olmak üzere birçok kanser türünde risk faktörüdür (38).

Davranışsal, biyolojik, çevresel ve genetik risk faktörlerinin yanında; gelişen teknolojiye bağlı olarak beklenen yaşam süresinin uzaması, sedanter ve stresli yaşam, kötü çalışma koşulları, radyasyon/çeşitli kimyasal maddelere maruziyetin artması ve obezite gibi faktörler günümüzde kanser görülme sıklığını arttırmaktadır (5).

4.5. Kanser Tanılaması

Bütün kronik hastalıklarda olduğu gibi bireylerin sağkalımını ve tedavi süresince konforunu artırma açısından onkoloji hastalarında da erken tanı oldukça önemlidir. Tanılama yöntemi ise kanser türüne göre değişkenlik göstermektedir. Bazı kanser türlerine göre tanılama yöntemleri;

- Meme Kanseri Tanılama Yöntemleri: Meme kanserinde özellikle risk altında olan bireylerde klinik meme muayenesi, mamogram, ultrasonografi, manyetik rezonans görüntüleme gibi tanı yöntemleri kullanılmaktadır (2).
- Prostat Kanseri Tanılama Yöntemleri: Prostat kanserinde tanı yöntemleri arasında parmakla rektal muayene, prostat spesifik antijen testi yapılmaktadır.
- Akciğer Kanseri Tanılama Yöntemleri: Özellikle sigara öyküsü olan/iş yerinde solunum yoluyla çeşitli kanserojen maddelere maruz kalan bireylerde göğüs grafisi, balgam sitolojisi, spiral bilgisayarlı tomografi tanı açısından oldukça önemlidir.

- Kolorektal Kanser Tanılama Yöntemleri: Tüm kolorektal kanserlerde gaitada gizli kan testi, sigmoidoskopi, baryum enema, kolonoskopi, parmakla rektal muayene, kolonoskopi, DNA gaita testi tanı için önerilen testlerdendir.
- Uterus Kanseri Tanılama Yöntemleri: Uterus kanseri için tanı koymada Pap Smear, transvajinal ultrasonografi, endometrial örnekleme kullanılmaktadır.
- Mesane Kanseri Tanılama Yöntemleri: Mesane kanseri; tam idrar testi, idrar sitolojisi veya sistoskopi ile tanılabilmektedir.
- Deri Kanseri Tanılama Yöntemleri: Deri kanserinde deri muayenesinden sonra yapılan biyopsi ile tanı konulmaktadır (2, 29).

Yerleşim yerine (topografi) göre tanılama yöntemleri dışında; biyopsi veya kan ve idrarda bulunan tümör belirleyicileri de kanserin kesin tanısında kullanılmaktadır (29, 31).

4.6. Kanser Evrelendirmesi

Kanserin evrelenmesi; hastalığın yerleşim yerinin, yayılımının ya da vücutta diğer organların etkilenip etkilenmediğinin tanımlanmasıdır. Kanser tanısı sırasında evresi, bireyin sağ kalımını, uygulanacak tedavisini dolayısıyla bireyin tedavi süresince genel sağlık durumunu ve konforunu belirlemede önemli faktörlerden biridir (2). Kanser evrelendirilmesinde birçok farklı yöntem bulunmakla birlikte genellikle kullanılan yöntem klinik evrelemedir (39). Klinik evreleme;

- Evre 0: Tümörün henüz derine ve çevredeki dokulara yayılım göstermediği evredir.
- Evre 1: Tümör başlangıç dokusunda lokalizedir.
- Evre 2: Sınırlı yayılım görüldüğü evredir.
- Evre 3: Aşırı lokal ve bölgesel yayılımın gerçekleştiği evredir.
- Evre 4: Metastazın yani başka bölgelere yayılımın gerçekleştiği evredir.

4.7. Kanser Tedavi Yöntemleri

Kanserde yaygın olarak kullanılan tedavi yöntemleri kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi tedavidir. Daha az sıklıkla ise biyolojik tedavi, hormon tedavi yöntemleri ve hedefe yönelik tedaviler kullanılır. Bu tedavi yöntemleri tek başına veya eş zamanlı olarak uygulanabilir (40).

4.7.1. Radyoterapi

Tüm onkoloji hastalarının %52.0'ına tedavinin bir aşamasında radyasyon tedavisi uygulanmaktadır. Radyoterapide en sık kullanılan ajan iyonizan radyasyondur ve iyonizan radyasyonun amacı; kanser hücrelerini yok etmek ve tümörün boyutlarını küçültmektir. Aynı zamanda normal dokuların radyasyondan etkilenmesini minimum düzeye taşımak temel amaçlardan biridir. Radyoterapi genellikle eksternal ve internal olarak nadiren de sistemik olarak uygulanabilir. En sık kullanılan radyoterapi yöntemi; malign oluşum bulunan bölgeye radyasyon ışın kaynağının bir makine yardımıyla dışarıdan verildiği “eksternal radyoterapi” yöntemidir. “internal radyoterapi” ise radyoaktif maddenin vücuda belirli bir süre için yerleştirilerek uygulanmasıdır. “Sistemik radyasyon” tedavisinde ise radyoaktif madde hastaya intravenöz ya da oral yolla tablet formülünde verilmektedir (17, 40, 41).

4.7.2. Cerrahi Tedavi

Kanser tedavi yöntemlerinden biri olan cerrahi tedavi, malign dokunun vücuttan çıkarılmasıdır. Cerrahi aynı zamanda tanının doğrulanması (biyopsi), evreleme, yan etki ve ağrının azaltılmasında da kullanılan bir tanı/tedavi yöntemidir. Pek çok kanserde cerrahi tedavi, uygulanan ilk yöntemdir ve bazı kanserlerde cerrahi tedavi iyileşme için yeterli olabilmektedir (2, 10).

4.7.3. Biyolojik Tedavi (Biyoterapi)

Biyoterapi, immün sistemi aktive etmesi nedeni ile aynı zamanda immünoterapi olarak da bilinmektedir. Biyolojik yanıtı etkileme özelliğine sahip biyolojik kaynaklı ajanlar [Tip I interferon (INF) α - β , neupogen, interlökin-11(IL-11)] kullanılarak yapılan bir tedavi şeklidir. Geleneksel olarak biyoterapi, immün sistemin yanıtını düzenlemek için kullanılır (42).

4.7.4. Hormon Tedavisi

Prostat ve meme kanseri gibi bazı kanser türleri vücutta hormon varlığında büyüyüp gelişirler. Hormonal tedavi, vücuttaki hormon miktarını değiştirerek genellikle meme, prostat ve üreme sistemi kanserlerinin tedavisinde kullanılır. Örneğin hormona duyarlı meme kanseri tedavisinde kullanılan Tamoksifen, vücuttaki östrojen miktarını azaltarak etki etmektedir (40).

4.7.5. Kanser Kemoterapisi

Onkoloji hastalarının tedavisinde “antikanser/antineoplastik/kemoterapötik” olarak adlandırılan kimyasal ilaçlar kullanılmaktadır. Kanser kemoterapisi, kanser hücrelerini yok etmek ya da bu hücrelerin büyümesini kontrol altına almak için antikanser ilaçlar kullanılarak yapılan sistemik bir tedavi yöntemidir. Kanser kemoterapisi; onkoloji hastalarının tedavisinde tek başına ya da cerrahi ve radyoterapi ile birlikte uygulanabilir. Kanser kemoterapisinin “palyatif” (kanser hücre kitlesini küçültmeyi amaçlar) “küratif”, (hastalığı tam anlamı ile bitirmeyi amaçlar) ve “adjuvan” (kanser hücresinin cerrahi ve radyoterapi ile birlikte verilerek lokalize edilmesini amaçlar) olmak üzere üç şekli vardır (40, 43).

4.7.5.1. Kanser Kemoterapisinin Amacı

Kanser kemoterapisinin amacı; hastalığın türüne/ yayılımına göre değişmektedir. Ancak genellikle amaç; hastalığı tedavi etmek, kanser hücrelerinin çoğalmasını önleyip, yayılımını yavaşlatarak hastalığı kontrol altına almaktır. Aynı zamanda kanser kemoterapisi cerrahi/radyoterapi öncesi uygulandığında uygulanacak lokal tedavileri kolaylaştırmakta, sonrasında ise hastalık nüksünü azaltmaktadır (11, 40).

4.7.5.2. Kanser Kemoterapisinin Uygulanması

Literatürde kemoterapi ilaçları farklı yollarla uygulanabilir:

Oral Yol: İlaçlar tablet, kapsül veya solüsyon tarzında ağızdan alınabilir.

İntravenöz (IV) Yol: Kemoterapi ilaçlarının en sık uygulandığı yöntemdir. İntravenöz tedavi uygulamalarında port, kateter ve pompa gibi farklı aletler de kullanılabilir.

İntramüsküler (IM) / Subkutan Yol: İlaçlar IM veya subkutan enjeksiyon yolu ile verilebilir. Diğer bir enjeksiyon yöntemi de intralezyonerdir. İlaç, direk tümör dokusu içerisine uygulanır.

Topikal Yol: İlacın direkt dışardan cilt üzerine uygulanmasıdır.

Kanser kemoterapisi; daha az sıklıkla intra-arteriyel, intratekal, intraventiküler, intraperitoneal, intraplevral ve intraveziküler yol kullanılarak da uygulanabilir (40, 44, 45).

4.7.5.3. Kanser Kemoterapisinin Etki Mekanizması

Kanser kemoterapisi, hastaların yaşam süresini artırmakla birlikte daha nitelikli, daha konforlu yaşam gereksinimini de beraberinde getirmektedir (46, 47). Vücudumuzda sağlıklı hücrelerin gelişim ve ölüm süreci bir düzen ve kontrol içindedir. Oysa ki, kanser hücrelerinin büyümesi ve ölümü bu kontrol sürecinden çıkmakta ve bu hücreler kontrolsüz bir şekilde büyüyüp çoğalmaya başlamaktadır (46). Kanser kemoterapisi genellikle nükleotit sentezini inhibe ederek hücre çoğalmasını ve daha çok hızlı proliferasyon olan hücreleri etkilemektedir (48). Bu nedenle kemoterapi sırasında kontrol altına alınmak/yok edilmek istenen kanser hücrelerinin yanı sıra sağlıklı hücreler de bu süreçten olumsuz etkilenmektedir (3, 40, 46). Kanser kemoterapisinde kullanılan kemoterapötik ilaçlara bağlı olarak tedavi/bakım ile ilgili zorluklar ve toksik etkiler de söz konusudur (46). Kanser kemoterapisinde “alkilleyici, antimetabolit, antitümör, topoizomer, mitotik ve diğer ilaçlar” olmak üzere altı grup ilaç kullanılmaktadır (49)

Alkilleyici Ajanlar: Alkilleyici ajanlar, doğrudan hücre çoğalmasını sürdüren DNA hasarı yaparak, hücre döngüsünün bütün fazlarına etki etmektedir. Alkilleyici ajanlardan en sık kullanılanları, Siklofosfamid ve Busulfan’dır (49, 50).

Antimetabolitler: Antimetabolitler, sağlıklı pürin ve pirimidin ile yarışarak S fazında DNA ve Ribo Nükleik Asit (RNA) sentezini inhibe etmektedir. Antimetabolitlerden en sık kullanılanlar; 5-Fluorouracil, Gemcitabin (Gemzar), Xeloda gibi ilaçlardır (49, 50).

Antitümör Antibiyotikler: Antitümör antibiyotikler, kanser hücresinin içindeki iki DNA zinciri arasına yerleşip DNA ve RNA sentezini inhibe ederek büyümesini ve çoğalmasını engelleyen ilaç grubudur. Antitümör antibiyotiklerden yalnızca Bleomicin, S ve G2 fazına spesifik etki ederken, diğerleri herhangi bir faza etki etmektedir. En yaygın kullanılanları; Doxorubicin ve Epirubicin’dır (49, 50).

Topoizomer İnhibitörleri: Topoizomer inhibitörleri, S fazında DNA liflerinin kopyalanabilir olmasına yardımcı olan topoizomeraaz enzimine etki ederek çoğalmasını önler. En sık kullanılan Topoizomerler; İrinotekan, Etoposide ve Topotekan gibi ilaçlardır (49, 50).

Mitotik inhibitörleri: Mitotik inhibitörler, çoğunlukla doğal türetilen bitki alkaloidlerinden elde edilmektedir. Hücre döngüsünün M fazında mitoz bölünmeyi durdurmaktadır. Ancak hücre için gerekli yapımlar proteinlerinden enzimleri tutarak tüm

aşamalarında hücrelerin üremesini engelleyebilmektedir. En yaygın kullanılanlar; Taxel grubu ve Vinca Alkaloidleri'dir (49, 50).

Diğer antikanser ilaçlar: Birçok farklı şekillerde etki gösterebilen ve herhangi bir kategoriye girmeyen ilaç grubudur (49, 50).

4.7.5.4. Kanser Kemoterapisinin Yan Etkileri

Onkoloji hastaları kemoterapi tedavisinden kaynaklanan pek çok yan etki ile karşılaşmakta ve bu yan etkiler hastaların fiziksel ve psikososyal yaşamını olumsuz etkilemektedir (10, 51). Hastaların konforunu ve yaşam kalitesini etkileyen kanser kemoterapisinin yan etkileri aşağıda verilmiştir.

Ağrı: Ağrı, onkoloji hastalarının en sık yaşadığı ve en çok korktuğu semptomudur. Ağrının şiddeti ve süresi kemoterapinin türüne ve hastalık evresine göre değişmektedir. Genellikle tümör dokusunun kemiklere, nöronlara ya da organlara bası yapması sonucu ağrı gelişebileceği gibi kemoterapiye bağlı olarak da gelişebilmektedir. Hastalar, KT sonrası doku hasarına bağlı uyuşma, karıncalanma, yanma, kızarıklık ve tahriş nedeni ile ağrı yaşayabilmektedir (52). Smith ve O'Neil, onkoloji hastalarının en az %75.0'nının tedavi süresince ciddi ağrı deneyimlediklerini bildirmiştir (53). Kanser ağrısı sadece doku hasarının bir göstergesi değil aynı zamanda baş etme yetenekleri, sosyo-ekonomik durum, kültürel geçmiş, psikolojik değişkenler ve entellektüel durumlardan etkilenen karmaşık/kompleks bir kavramdır. Onkoloji hastaları için ağrı; ciddi anlamda ızdırap veren ve hastaların konforunu azaltan çok boyutlu ve karmaşık bir deneyimdir (1, 54). Onkoloji hastalarının hastalık ve tedavi/bakımla ilgili olumlu deneyimleri, özyeterliliği, kendine ve sağlık ekibine olan güveni ağrı yönetimine katkı sağlamaktadır. Ancak, ağrı yönetiminde bariyer oluşturan faktörler arasında ağrıyı inkar ve ilaç yan etkilerine karşı olumsuz beklentiler yer almaktadır (52).

Hematolojik sorunlar:

Anemi ve yorgunluk: Anemi, onkoloji hastalarının tedavi sırası/sonrası en sık karşılaştığı yan etkidir (40). Normal hemoglobin değeri; kadınlar için 12-16g/dl, erkekler için 14-18g/dl olarak tanımlanmasına rağmen hemoglobin değerinin 10g/dl altına düşmesi "hafif" anemi olarak kabul edilmektedir (55). Kanser ve tedavisine bağlı gelişen anemi, immün sistem ile kanser hücreleri arasındaki etkileşim nedeni ile olmaktadır. tümör nekrozis faktörü (TNF), IL-1, INF γ ve gibi bazı sitokin düzeylerinin artması

kemik iliğinde öncü eritroid hücrelerinin farklılaşmasını azaltmakta, normal demir kullanımını etkilemekte ve eritropoetin üretimini azaltarak anemiye tetiklemektedir. Ayrıca, kemoterapötikler, kemik iliğini baskılayarak eritrosit düzeyinde belirgin azalmalara neden olmaktadır (55). Yorgunluk, “her zaman yapılan işlevleri engelleyen kanser veya tedavisi ile ilişkili olan yaygın, sürekli ve subjektif yorgunluk hissi” olarak tanımlanmaktadır. Hasta konforunun bozulmasına ve engellenemeyen tükenme duygusuna yol açan yorgunluk nedenleri arasında anemi, kas zayıflığı, hücre hasarı, artık ürün birikimi, dinlenme ve uyku düzeninin bozulması ve anksiyete gibi faktörler yer almaktadır (55, 56). Seven, onkoloji hastalarının en sık yorgunluk (%87.3) yaşadığını (13), Süren ve arkadaşları ise ileri evre kanser hastalarında en sık görülen semptomun halsizlik/yorgunluk (%98.2) olduğunu belirtmektedirler (57).

Trombositopeni: Kanser kemoterapisi nedeni ile gelişen kemik iliği baskılanması, megakaryosit fonksiyonunu bozarak trombositopeniye neden olmaktadır (40, 58). Trombositopeni; trombosit sayısının $100\ 000\ \text{mm}^3$ - $75\ 000\ \text{mm}^3$ evre I; $75\ 000\ \text{mm}^3$ - $50\ 000\ \text{mm}^3$ evre II; $50\ 000\ \text{mm}^3$ - $25\ 000\ \text{mm}^3$ evre III; $25\ 000\ \text{mm}^3$ evre IV; ölüm evre V olarak sınıflandırılmıştır. Kanser kemoterapisi alan hastalarda gelişen trombositopeni ile kanama bozuklukları ortaya çıkmaktadır. Bu kanama bozuklukları, peteşi ve ekimozdan başlayarak ağır kanamalara kadar giden hatta yaşamı tehdit eden hemorajik kanamalar [subaraknoid kanama, Gastrointestinal Sistem (GİS) kanama] şeklinde de olabilmektedir. Sonuç olarak, trombositopeni hastaların tedavi/bakım sürecini olumsuz etkileyerek günlük aktivitelerini kısıtlamakta, konforlarını ve yaşam kalitelerini azaltmaktadır (40, 51).

Nötropeni: Kemoterapi ilaçlarının kemik iliğini baskılaması nedeni ile savunma hücrelerinde belirgin azalmalar olabilmektedir. Mutlak Nötrofil Sayısı $1\ 500/\text{mm}^3$ 'ün altında olduğunda hafif, 1500 - $1000/\text{mm}^3$ arasında minimal, 1000 - $500/\text{mm}^3$ arasında orta, $<500/\text{mm}^3$ olduğunda ise ciddi nötropeniden söz edilmektedir (40, 55). Nötropenik hastalar, kemoterapi süresince virüs, bakteri, riketsiya, mantar, protozoa ve helmint gibi enfeksiyon etkenlerine karşı savunmasız kalabilmekte ve enfeksiyon geliştirebilmektedir. Sasaki ve arkadaşları, özellikle tüple beslenen onkoloji hastalarında ciddi enfeksiyonların geliştiğini bildirmektedir (59). Onkoloji hastalarının bağışıklık sistemlerinin zayıflamasıyla birlikte vücuda pekçok yoldan enfeksiyon etkeni girebilmekte ve enfeksiyon belirtileri deneyimlenebilmektedir.

Gastrointestinal sorunlar:

Bulantı-kusma: Bulantı ve kusma sıklıkla birlikte görülmesine rağmen birbirinden farklı durumlardır. Bulantı, boğazın arka tarafında ve midede hissedilen rahatsız edici bir duygudur ve kusmayla sonuçlanabilmektedir. Kusma ise mide kaslarının güçlü kasılmasıyla birlikte kimusun ağıza gelmesi durumudur. Bulantı/kusma esnasında baş dönmesi, vücut ısısında artış, çarpıntı gibi semptomlar da görülebilmektedir. Bulantı/kusma sonrasında sıvı elektrolit dengesizlikleri, bilinç bozukluğu, iştah kaybı ve GİS kanamalar gibi komplikasyonlar da gelişebilmektedir (60, 61). Kanser kemoterapisine bağlı gelişen bulantı-kusma genellikle bu ilaçların GİS üzerine olan toksik etkisinden kaynaklanmaktadır (62). Kemoterapötik ilaçların en erken toksisite bulgusu olarak bilinen ve hastaların yaklaşık %70.0-80.0'ında görülebilen bulantı-kusma GİS mukozasında hasara yol açarak enterokromaffin hücrelerden salgılanan serotoninin nervus vagusu uyarması ile başlar. Ayrıca medullanın lateral retikular kısmında bulunan kemoreseptör tetikleyici bölge de kemoterapötik ilaçlara bağlı bulantı-kusmada rol oynamaktadır. Artan toksisiteye bağlı olarak kusma merkezi uyarılır, diyagrafmatik ve abdominal kaslar kasılır, mide basıncı artar, gastroözefagial sfinkter gevşer ve mide içeriği ağızdan çıkar. Bulantı-kusma kanser kemoterapisi alındıktan 3-4 saat içerisinde başlayarak 72 saat sonrasına kadar devam edebilmektedir (62, 63). Kanser kemoterapisine bağlı bulantı kusma başlangıç zamanına göre “Akut Bulantı-Kusma, Gecikmiş Bulantı-Kusma, Beklentsel Bulantı-Kusma” olarak üç şekilde; semptom tedavisi ile ilişkili olarak “Breakthrough kusma ve Refrakter kusma” olarak iki şekilde tanımlanmıştır. Kanser kemoterapisinde en çok bulantı- kusma yapan ilaçlar; Cisplatin, Dacarbazin, Carboplatin, Doxorubicin olarak bilinmektedir. Uzun süreli bulantı kusma; sıvı-elektrolit dengesizliği, yorgunluk, güçsüzlük, kilo kaybı, iştahsızlık gibi birçok semptomu beraberinde getirmektedir. Sommariva ve arkadaşları, kemoterapiye bağlı bulantı-kusmanın onkoloji hastalarının yaşam kalitesi üzerine güçlü olumsuz etkisinin olduğunu belirtmektedir (55, 64).

Tat ve koku alma duyusunda değişiklik: Kanser kemoterapisine bağlı tat ve koku alma duyusundaki değişiklikler; tat ve koku reseptörlerinin geniş bir alana yayılması, birden çok kraniyal sinir ile ilgili olması ve “kemosensör” sistemin çok karmaşık olmasından kaynaklanmaktadır. Onkoloji hastaları tat alma duyusunda ekşi, metalik, acı, tuzlu tat hissi gibi değişimler yaşayabilmektedir. Bu gibi farklı tat alma

değişiklikleri kemoterapi ilaçlarının tat tomurcukları ve tükürük salgısında değişime yol açması ve nörotoksik etkiye bağlı olarak gelişmektedir. Kemoterapiye bağlı tat alma değişikliği genellikle kısa süreli olmakla birlikte tat tomurcuklarının ciddi hasara uğramasıyla birlikte kalıcı olabilmektedir (55, 65). Ayrıca, tat ve koku alma ile ilgili değişiklikler, bulantı-kusma, iştah azalması ve kilo kaybına neden olarak hastaların fiziksel ve emosyonel durumlarını olumsuz etkilemekte ve konfor düzeylerini azaltmaktadır (60). Coa çalışmasında, kemoterapi alan hastaların %18.6'sının ağızda metalik tat hissi yaşadığını, %11.4'ünün yemek, %22.4'ünün ise parfüm gibi kokulara aşırı duyarlılık gösterdiğini belirtmektedir (66).

İştahsızlık/anoreksi: Beden kütle indeksinin alt sınırı 18.5kg/m^2 olmasına rağmen kanser hastalarında 22kg/m^2 'nin altı protein-kalori beslenme bozukluğunun göstergesi olarak kabul edilmektedir. Kanser hastalarında iştahsızlığa neden olan en önemli faktör bulantı-kusmadır. Ayrıca, tümör faktörü olarak salgılanan serotonin, artan IL-1, IL-6, TNF, INF gibi sitokinler ve anksiyete, depresyon gibi durumlar da iştahsızlığı artırabilmekte ve hastaların konfor düzeyini olumsuz etkileyebilmektedir (55). Yapılan bir çalışmada, kanser hastalarının %40.0'ının iştahsızlık yaşadığı belirtilmektedir (66). Onkoloji hastalarının %76.0'ının beslenme ile ilgili yeme problemlerinin ve karşılanmamış bakım gereksinimlerinin olduğunu bildirmiştir (60, 67, 68).

Mukozit: Mukozit, ağızdan anüse kadar normal mukoza dokusunun ülseratif ve enflamatuvar reaksiyonlarla bozulmasıdır. Oral mukozit; mukoza bariyerinde bozulma, epitel hücrelerde zayıflama, eritem, ödem, kanama, sık ülserasyonlar, ses kısıklığı, konuşma güçlüğü, çiğneme ve yutma güçlüğü ile karakterizedir. Hızlı bölünebilme yeteneğine sahip olan mukoza epitel hücreleri kanser kemoterapisinden etkilenen sağlıklı hücrelerdir. Kanser kemoterapisi, oral mukoza hücrelerinin büyüme ve olgunlaşmasını baskılayarak ağız ve boğazdaki primer mukozal bariyeri bozmaktadır (69). Oral mukozayı etkileyen kemoterapötikler, oral mukozada yer alan hücrelerin DNA'sını doğrudan etkileyerek reaktif oksijen ürünlerinin (ROS) salınımının arttırmaktadır. Salınımı artan ROS'lar hücrelerde, dokularda ve kan damarlarında hasara ve yoğun hücre ölümüne neden olarak sekonder hasarı teşvik eden nükleer faktör-kB salınımını da arttırmaktadır. Oral mukozit ağırlı bir komplikasyon olmasının yanında onkoloji hastalarının beslenme şeklini de olumsuz etkilemekte ve tedavi/bakıma uyum sürecini güçleştirmektedir (4, 55, 57).

Diyare-konstipasyon: Kanser kemoterapisi, Gİ mukozada bulunan villus ve mikrovillus gibi hızlı artış gösteren hücreleri etkilemektedir. Diyare/konstipasyon sıklığı, verilen ilaca ve ilacın dozuna göre değişiklik göstermektedir Vinka alkaloidleri daha çok konstipasyona neden olurken, antimetabolitler daha çok diyareye neden olmaktadır. Kanser ve kemoterapi süreci, absorpsiyon ve sekresyon süreci arasındaki dengeyi bozarak diyare/konstipasyona neden olmaktadır. Sonuç olarak diyare/konstipasyon hastaların boşaltım şeklinde, sıvı-elektrolit dengesinde ve beslenme şeklinde değişiklik oluşturmakta ve hasta konforunu olumsuz etkilemektedir (43, 55, 57).

Cilt sorunları:

İnfiltrasyon/Ekstravazasyon: Uygulanan ilacın damar dışına sızması “infiltrasyon”, sızıntı sonucunda uygulama bölgesinde doku zedelenmesi gelişirse “ekstravazasyon” olarak adlandırılmaktadır. Ekstravazasyon hastalarda ağrı, enfeksiyon ve kanamaya neden olabileceği gibi korku, anksiyeteye gibi emosyonel bozukluklara da neden olabilmekte ve tedavi/bakıma uyum sürecini bozmaktadır (45).

Alopesi: Kanser kemoterapisinde saç folikülü anagen fazda duraksamaya bağlı hasara uğrar. Bu durum hücresel bölünme ve protein sentezini baskılar veya tamamen durdurur. Eğer hücresel aktivite tamamen durursa saç erken dönemde telogen (dinlenme) safhaya girer. Saç gövdesinde daralma ve saçlarda zayıflama ortaya çıkar. Bu yapısal anormallikler saçların yıkanması ve fırçalanması gibi normal aktiviteler esnasında saçların kendiliğinden kopmasına neden olur (46) Tedavi aralıklarının açılması veya tedavinin kesilmesiyle kıl folikülü normal aktivitesine kavuşur. Saçın kalıcı olarak haraplanması söz konusu değildir. Alopesi; anksiyete, depresyon, negatif beden imajı, düşük benlik saygısı ve azalmış iyilik hali ile sonuçlanabilmektedir (4, 10, 11, 46, 70).

El-ayak sendromu: El-ayak sendromu ile ilgili kemoterapötiklerin, el ve ayak mikrokapillerinin derinliklerine sızarak ekstravaze olduğu düşünülmektedir. El-ayak sendromu, kemoterapiden 2-12 gün sonra el ve ayaklarda karıncalanma ve his kaybı ile başlamakta, üç-dört gün sonra el içi ve ayak tabanında simetrik ödem ve eritem şeklinde seyretmektedir. Aynı zamanda el-ayak sendromu, hastaların beden algısını bozmakta, konforu, uyumu ve iyileşmeyi olumsuz etkilemektedir (50, 55).

Cilt reaksiyonları: Kanser kemoterapisi melanositlere toksik etki yaparak ciltte, tırnaklarda hatta dişlerde pigmentasyon artışına neden olmakta ve cilt koyulaşmaktadır.

Kanser kemoterapisi immünglobulin E reaksiyonu, lokal eritem, döküntüye ve kaşıntı ile başlayıp, yaşamı tehdit eden sistemik anafilaksilere kadar ilerleyen hipersensitif reaksiyonlara neden olabilmektedir. Bu reaksiyonlar hastaların iyilik halini bozmakta ve konforlarını olumsuz etkilemektedir (4, 55).

Tırnak değişiklikleri: Tırnak değişikliklerinin genellikle taksan bazlı tedavilere ya da epidermal büyüme faktör reseptörü inhibitörlerine bağlı geliştiği bildirilmektedir. Kemoterapötik ajanlara bağlı oluşan değişikliklerin tırnaktaki matriks gelişiminin ve tırnak altı melanin depolarının baskılanması sonucunda oluşabileceği ifade edilmektedir. Hastaların fiziksel olarak yaşadığı bu görünüm değişikliği, anksiyeteyi arttırmakta, fiziksel ve emosyonel iyilik halini olumsuz etkilemektedir (13, 55).

Nörolojik sorunlar (nörotoksisite): Kanser kemoterapisinin santral sinir sistemi, periferik sinir sistemi veya kraniyal sinirlere direkt/ indirekt hasarına bağlı gelişen nörotoksisite kemoterapi dozunun azaltılmasına hatta tedavinin kesilmesine neden olabilmektedir. Nörotoksik sorunlarda kan-beyin bariyeri, miyelin kılıfı gibi vücudun sinir sistemini korumayı hedefleyen mekanizmalar zarar görmektedir. Santral sinir sisteminin zarar görmesine bağlı kas koordinasyonu, vücut postürü, dengede bozukluk olabilmekte ve düşme riski artmaktadır. Periferik sinir sisteminin hasarına bağlı özellikle algı ve duyu bozuklukları görülebilmektedir. Bunun yanında bazı reflekslerde kayıp, simetrik nöropati ya da GİS'e ait bozukluklar gibi birçok semptom da ortaya çıkabilmektedir (55, 71-73).

Kardiyak sorunlar (kardiyak toksisite): Oldukça nadir görülen kardiyak toksisiteye özellikle küratif ve palyatif kanser kemoterapisi neden olmaktadır. Kanser kemoterapisi, kalp kasında; miyofibril kaybı, sarkoplazmik retikulum genişlemesi, sitoplazmik vaküolizasyon (küçük boşlukların oluşması), mitokondrilerde şişme ve lizozom sayısında artma gibi değişikliklere neden olabilmektedir. Kalp kasındaki bu değişiklikler morbidite ve mortaliteyi etkilemektedir (74, 75).

Hepatik sorunlar (hepatotoksisite): Hepatotoksisite, kemoterapötiklerin karaciğerde metabolizasyonu sırasında gelişen direkt toksik etkisi nedeniyle oluşabilmektedir. En hepatotoksik kemoterapi ajanının Plicamicin (Mitramisin) olduğu bildirilmektedir. Plicamicin, güçlü bir RNA sentez inhibitörüdür ve normal karaciğer fonksiyonu için gerekli olan birçok hücre içi enzimi bloke etmektedir (55, 76).

Pulmoner sorunlar (pulmoner toksisite): Pulmoner toksisitenin pulmoner hasara neden olan enflamatuvar reaksiyonlarla, koruyucu detoksifikasyon reaksiyonları arasındaki dengenin bozulması sonucu meydana geldiği kabul edilmektedir. Pulmoner toksisite hafif semptomlardan ciddi solunum yetmezliğine ve ölüme neden olabilmektedir (77)

Üriner sorunlar (nefrotoksisite ve hemorajik sistit): Kemoterapi ilaçlarının böbreklerden elimine olması nedeni ile glomerulden tubuluslara kadar her nefron bölgesi risk altındadır. Kemoterapi ilaçları, glomerüllerde, böbrek arter, ven veya arteriollerinde, nefronun farklı bölgelerinde direkt hücre hasarına yol açabilmektedir. Kemoterapötik ajanların böbrekler üzerinde ürotelyal değişiklik, hemorajik sistit, akut tübüler nekroz, interstisyel nefrit ve papiller nekroz olmak üzere pek çok olumsuz etkileri olabilmektedir. Hemorajik sistit, bazı kemoterapötik ajanların metabolitlerinin/ ürünlerinin neden olduğu akut/kronik irritasyonu sonucunda gelişen mesane mukozasının irritasyonu, inflamasyonu ve ülserasyonu olarak tanımlanmaktadır. Kemoterapötiklerin neden olduğu nefrotoksisite dizüri, pollaküri, suprapubik ağrı ve hematüri gibi semptom ve bulgularla da onkoloji hastalarının konfor düzeylerini ve yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir (55, 78).

Vazomotor sorunlar (sıcak basmaları): Kanseri kemoterapisinin over toksisitesi nedeniyle tıpkı doğal menopoza olduğu gibi overlerde fonksiyon kaybı yaşanmaktadır. Endojen östrojen miktarının azalmasıyla menstrüal siklusa aksama/kesilme ve menopozal semptomlar ortaya çıkabilmektedir (55).

Cinsel sorunlar: Kanseri kemoterapisi her iki cinsiyette over ve testiküler fonksiyonlar üzerine toksik etki yaparak geçici/kalıcı zararlar oluşturabilmektedir (3). Kemoterapi ilaçları hastalarda hormonal dengesizlikler oluşturmakta ve kadınlarda menopozal belirtilerle geçici/kalıcı infertilite, erkeklerde ise ereksiyon kaybı ve uyarılamama sorunlarına neden olabilmektedir (79). Özellikle histerektomi, vulvektomi, total pelvik ekzantrasyonu gibi jinekolojik kanser tedavisi uygulanan kadın hastalar beden imajı kaygıları ile eşlerine hoş görünmeyeceği, çekiciliğinin azalacağı ve cinsel yaşamının bozulacağı gibi olumsuz duyguları daha sık deneyimlemektedir. (80, 81).

Psikososyal sorunlar: Kanseri yaşamı tehdit eden kronik bir hastalık olmasının yanında bireyde ağrı, acı ve ölümü çağrıştırarak belirsizlik, suçluluk, terk edilme, inkar,

panik, kaygı gibi birçok duygusal, ruhsal ve davranışsal tepkilere yol açan önemli bir akut/kronik krizdir (14, 82). Onkoloji hastalarında tanı aşamasından başlayarak tedavi aşamalarının tümünde farklı duygusal/ruhsal/davranışsal tepkiler ortaya çıkabilmektedir. Özellikle hastalığın tanılanması aşamasında, test sonuçlarını beklerken, nüks görülmesi durumunda, yeni bir tedavi öncesinde, kanser kemoterapisine bağlı semptomlar görüldüğünde anksiyete ataklarının sık görüldüğü; bu ataklara depresyonun da eşlik ettiği bildirilmektedir (14, 82, 83). Kanser ve tedavi/bakımın psikososyal etkileri bireylerin konfor düzeylerini olumsuz etkilemektedir.

4.8. Konfor Tanımı

Tam karşılığı rahatlık ve erinç kelimeleriyle ifade edilen konfor kavramı; Türk Dil Kurumu Büyük Türkçe Sözlüğü'ne göre, “üzüntüsü, sıkıntısı, tedirginliği olmama” ve “yorgunluk veya sıkıntı vermeme” durumu olarak tanımlanmaktadır. İngilizce’de “comfort” sözcüğüyle karşılanan bu kavram, yine Oxford İngilizce Sözlüğü’nde “bedensel gereksinimlerin karşılanması”, “sıkıntı ve ağrıdan kurtularak fiziksel ve maddi olarak iyi olma durumu”, “ruhsal sıkıntı ya da ızdıraptan kurtulma”, “teselli etme, yatıştırma”, “güçlendirme, cesaretlendirme ve yardım etme” şeklinde tanımlanmaktadır. Latince’de ise “güçlendirmek” anlamına gelen “confortare” sözcüğü; hayat, umut, kontrol gücü, karar verme ve uzlaşma ifadelerini karşılamaktadır (18, 19, 25, 84).

4.8.1. Hemşirelik Tarihinde Konfor Kavramı

Hemşirelik; bireyin fiziksel, psikososyal ve kültürel yönleri ile ilgilenen bir sağlık bilimi ve sanatıdır. Hemşirelik sanatı; bilimsel ve insani ilkeleri sentez ederek yaratıcı ve estetik bir biçimde insanlara hizmet etmektedir. Hemşirelik hizmeti, hastaların konfor düzeyini arttırmak için yapılan tüm girişimleri ve önlemleri içeren “comfort care” yani “konfor bakımı” kavramını da karşılamaktadır (85-87). Hemşirelik hizmetinin ayrılmaz bir parçası ve temeli niteliğindeki konfor bakımı; terapötik bir hemşirelik uygulamasıdır. Hemşireliğin primer fonksiyonlarından olan konfor bakımı bireysel, bütüncül, yaratıcı ve verimlidir (88-90). Hemşirelik bakımının ölçülebilir hale getirilebilmesi için hemşirelerin hasta konfor düzeyini değerlendirmesi oldukça önemlidir. Hemşirelik girişimlerinin planlanması süresince, hemşirelik girişimleri sırasında/sonrasında bakım verdiği bireylerin konfor düzeyinin değerlendirilmesi gerekmektedir (24, 91, 92).

“Hemşirelikte konfor” kavramı yirminci yüzyılda dört ayrı kategoride ele alınmıştır. Konfor, 1929 yılına kadar hemşireliğin moral boyutu ve merkezi olarak düşünülürken 1930-1959 yılları arasında hemşirelik bakımını başarıya ulaştırmada temel bir strateji konumuna gelmiş, 1960-1989 yılları arasında ise konforun emosyonel boyutu önem kazanmıştır. Son olarak 1990-2006 yılları arasında konfor kavramı kuram haline dönüşmüştür. Aynı dönemde konfor kavramının hemşirelik tanı listesinde “konforda bozulma”; Hemşirelik Girişimlerinin Sınıflaması’nda “konforu geliştirme” olarak yer alması önerilmiştir (25, 89, 93, 94).

Hemşire kuramcılarının ortak görüşü olan “bireylerin gereksinimlerinin üst düzeyde karşılanması” konfor kavramına hizmet etmektedir. Örneğin; Peplau (1952); “beslenme, dinlenme, uykunun yanı sıra kişilerarası terapötik iletişim gereksinimine”, Henderson (1955); “insanın temel gereksinimlerine”, Abdellah (1960); “bireyin ve ailesinin fiziksel, ruhsal, entellektüel ve sosyal gereksinimlerine” önem verirken, Orlando (1962); “hasta yeterliliğinin ve iyilik halinin artırılması ve stresinin azaltılması gereksinimini” vurgulamıştır. Dorothy (1968) “bireyin hastalığa uyumunu sağlama ve uyum süresince mevcut ya da potansiyel stresini azaltmanın”, Rogers (1970) ise “bireyi sağlık davranışlarına teşvik etmenin, hastalıklardan korumanın, hastalık/engel durumunda ise bireyi rehabilite etmenin” üzerinde durmuştur. Orem (1971) hemşirelik hizmetini “birey özbakımını yerine getiremediğinde, biyolojik, psikolojik, gelişimsel ve sosyal gereksinimlerin hemşire tarafından karşılanması”, King (1971) “çevreye olumlu adaptasyon geliştirebilmesi için hastayla kurulması gereken iletişim” olarak tanımlamıştır. Neuman (1972) ve Roy (1979), temel hemşirelik bakımı amacının “stresi azaltmak ve bireyin fizyolojik, psikolojik, sosyolojik bağımlı-bağımsız gereksinimleri” olduğunu belirtmiştir. Watson (1979) ise; bakım kuramında “koruyucu, destekleyici, iyileştirici, mental, fiziksel, sosyo-kültürel ve manevi ortamın sağlanması şeklinde sıralanan yedi iyileştirici faktörün yanında yer alan ve yedisinin birleşiminden oluşan sekizinci iyileştirici faktörün konfor olduğunu” ifade etmiştir (25, 85, 95, 96).

Hemşire kuramcılar, temel insan gereksinimlerinin giderilmesi ve bireyin konfor düzeyinin yükseltilmesini destekleyecek girişimlerin gerekliliğinden söz etmişlerdir. Ancak konfor kavramı literatürde ilk kez Kolcaba tarafından kullanılmış ve kuram olarak ele alınmıştır (24, 25, 97).

Kolcaba, evrensel bir gereksinim olan konforu; “bireyin gereksinimlerine yönelik fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel bütünlük içinde; yardım etme, huzur sağlama ve sorunları çözebilme gücüne ilişkin karmaşık bir yapıya sahip beklenen bir bakım sonucu” olarak tanımlamıştır. Kolcaba bütüncül yaklaşıma göre konfor kavramını; “ferahlama, huzura kavuşma ve sorunların üstesinden gelebilmek için temel insan gereksinimlerini karşılama deneyimi” olarak açıklamaktadır. Geçmişten günümüze hemşirelik bilimi sanatının amacı ve istenen sonucu olan konfor oldukça karmaşık ve bireye özgüdür. Ayrıca hemşirelerin bakım ve yardımı gerçekleştirme amacına; konforu sağlayarak, konforun bozulmasına yönelik önlemleri alarak; bireyi/aileyi/toplumu cesaretlendirerek ve başatma yöntemlerini destekleyerek ulaşabilmektedir (19, 88, 89).

Tarihsel boyutuyla genel olarak hemşirelik tarihine bakıldığında insan, sağlık, çevre, hemşirelik olmak üzere dört temel kavram üzerine odaklanılmıştır. Hemşirelik ilk zamanlarından itibaren insana ve insanın temel gereksinimlerine odaklanmış, bu gereksinimlerin kısmen ya da tamamen karşılanmasıyla bireylerin konforunu sağlamayı hedeflemiştir. Örneğin; Florence Nightingale (1860) insan, çevre ve sağlık ilişkisini kurarak insan sağlığında çevresel konforu sağlamaya ilişkin girişimlerde bulunmuştur. Daha sonrasında gelen Harmer (1926), Goodnow (1935), Faye Abdellah (1960), Orlando (1961), Roy (1981), Watson (1979), Paterson ve Zderad (1988) gibi hemşire kuramcılarının da ortak hemşirelik bakımı/girişimleri/amacının hastanın rahatını sağlamak üzerine kurulmuş olduğu görülmektedir. Fakat tüm hemşire kuramcılarının ortak amacı hasta konforunu/rahatını sağlamak olsa da bu kavramı her biri farklı şekillerde ele almışlardır (19, 24, 25, 85, 95, 96, 98).

Sonuç olarak; konfor, hemşirelikte pozitif, çok boyutlu ve bütüncül olarak ele alınmış ve uygulamaya konulabilir bir kavram olarak tanımlanmıştır (88, 90).

4.9. Konfor Kuramı

Konfor Kuramı, hemşirelik işlevlerinin en temel amaçlarından biri olan “rahatlatma” üzerine temellendirilmiştir. Konfor, bir hemşirelik kuramı olarak ilk kez 1990 yılında Katharina Kolcaba tarafından ortaya atılmış ve kuramsallaştırılmıştır (12, 25, 92, 97). Hemşirelik diplomasını 1965 yılında St. Luke’s Hospital School of Nursing’den alan ve değişik ünitelerde çalışan Katharine Kolcaba, rahatlık kavramı üzerine olan çalışmalarını yaklaşık 15 yıl sürdürmüştür. Bu çalışmalar sonucu orta

düzeyde bir hemşirelik kuramı olarak kabul edilen “Konfor Kuramını (Comfort Theory)” geliştirmiştir. Kolcaba, 1988 yılında konfor kavramını üç düzey ve dört boyuttan oluşan taksonomik bir yapı içinde değerlendirmiştir (19, 24, 25, 97, 98). Bu doğrultuda Konfor Kuramının temel varsayımlarından şu şekilde söz edilmektedir:

- İnsan karmaşık uyaranlara bütüncül tepkiler verir.
- Konfor, hemşirelik disipliniyle yakından ilgili istenen bütüncül bir sonuçtur.
- İnsanlar temel konfor gereksinimlerini karşılamak için ya da bu gereksinimlerin karşılanması için çaba harcarlar.
- Hasta merkezli değer sisteminden temel alan geleneksel bütünlük, kuralcı ve tanımlayıcı bir yapıya sahiptir (24, 88, 97).

Kolcaba konfor üzerine olan kavramsal çalışmalar sonucu oluşturduğu taksonomik yapıyı test etmek üzere, sonuçlarını 1992 yılında yayımladığı, hasta bireyde beklenen konfor sonucunu ölçmek amacı ile 48 maddeden oluşan dörtlü likert tipte Genel Konfor Ölçeği’ni (General Comfort Questionary-GCQ) geliştirme çalışmalarına başlamıştır (18, 89, 98-100).

4.9.1. Kuramın Gelişmesinde Yararlanılan Kuramcılar

Kolcaba’nın Konfor Kuramı’nı geliştirirken konfor kavramını oluşturmada hemşire kuramcılardan özellikle de Orlando, Henderson ve Paterson’dan yararlandığı belirtilmektedir:

Orlando (1961-1990) Etkileşim Kuramı’nda; fiziksel ve psikolojik gereksinimleri olan ve bu gereksinimleri karşılanmadığında stres ve zorlanma yaşayan bireyi “hasta” olarak; bu gereksinimleri belirleyen ve belirlediği gereksinimlere yönelik girişimlerle hastanın stresini gideren kişiyi ise “hemşire” olarak tanımlamaktadır. Kolcaba, Orlando’nun tanımladığı hasta ve hemşire kavramlarına göre; konforun ilk düzeyini, gereksinimleri karşılanan hasta bireyin sıkıntıdan kurtulma (ferahlama) duygusunu yaşayacağını belirtmiştir. Etkili ve terapötik etkileşim ile hasta bireyin sıkıntısını gideren, fiziksel ve mental konforunu değerlendirebilen bireyi ise “hemşire” olarak tekrar tanımlamıştır (25, 86, 87, 93, 101).

Henderson (1978), insan yaşamında homeostazisi sürdürebilmesi için; yeterli solunum, boşaltım, uyku/istirahat, normal vücut sıcaklığını sürdürme, yeterli/dengeli

yeme ve içme, hareket etme/uygun pozisyonu devam ettirme, çevreye uygun giyinme, vücut temizliğini sürdürme/cildin bütünlüğünün korunması gerektiğini ifade etmektedir. Ayrıca bireyin normal gelişimi ve sağlığı için; tehlikelerden uzak durma/kazalardan korunma, diğer bireylerle iletişime girerek duygularını, gereksinimlerini, korkularını/ düşüncelerini ifade etme, inançları doğrultusunda ibadet etme, başarı duygusuna erişme, çeşitli eğlence faaliyetlerine katılma, öğrenme, keşfetme ve merakını tatmin etme gibi 14 temel insan gereksiniminin karşılanmasına yardımcı olunması/ bağımsız olarak karşılanmasının sağlanması gerekmektedir. Kolcaba'ya göre bu 14 temel insan gereksiniminin karşılanması ya da karşılanmasına olanak sağlanmasıyla birlikte hasta bireyin konforu rahatlatma düzeyinde olabilir (94, 95, 101, 102).

Paterson (1976-1988) konfor kavramını; hemşirelik sanatının ve hizmetlerinin temeli olan; büyüme, gelişme, sağlık, özgürlük gibi kavramları destekleyen ve altında barındıran şemsiyeye benzer bir yapı olarak ele almaktadır. Aynı zamanda bir psikiyatri hemşiresi olan Paterson; konforu, hasta bireyin mevcut durumuna ve kapasitesine göre belli zaman ve durumda kendini kontrol etme ve geleceğini planlamada özgür olmasını amaçlayan, fiziksel durumundan çok mental ve psikolojik bir iyilik durumu olarak değerlendirmektedir. Kolcaba, bireylerin sorunların üstesinden gelebileceğine inandığı düzeyin konforun üstünlük düzeyi olduğunu bildirmektedir (24, 25, 91, 95, 97).

4.9.2. Konfor Kuramının Kavramları

Katharine Kolcaba, konfor üzerine yaptığı ve hala sürdürdüğü çalışmalarının ardından 1994 yılında konfor kuramını geliştirmiş ve 2003 yılında “Comfort theory and practice: a vision for holistic care and research” (Konfor kuramı ve uygulaması: bütüncül sağlık bakımı ve araştırması için bir görüş) adlı kitabını yayımlamıştır (18, 86, 88, 92). Kolcaba, konfor ve hasta konforunun sağlanması ile ilgili çalışmaları sonucu Konfor Kuramı'nı üç düzey ve dört boyuttan oluşan taksonomik bir yapı üzerine oturtmuştur. Konfor Kuramının temelindeki bu üç düzey ferahlama (relief), rahatlatma (ease) ve üstünlüktür (transcendence) (19, 24, 88).

Ferahlama (Relief): Konforu bozan durumdan kurtulma hissi: “Bireyin gereksinimlerinin karşılanmaya başlanması ile birlikte sıkıntıdan kurtulma halinin hissettirdiği durum” olarak tanımlanmaktadır. Ferahlama; hemşire kuramcılarının istenen

bakım sonucu ve ortak amacıdır ve hemşire tarafından hasta bireyin gereksinimlerinin karşılanması sonucu deneyimlediği duygulara odaklanmaktadır (25, 86).

Rahatlama (Ease): Konforlu olma durumu: “Sakin, rahat ya da huzur içinde olma durumu” olarak tanımlanan rahatlama, “hasta bireyin sözlü ya da sözsüz olarak memnun olduğunu” ifade etmesidir. Bireyin rahatlama düzeyi; bireysel özelliklerine, fiziksel ve duygusal deneyimlerine, sosyal ve çevresel özelliklerine göre değişkenlik gösterebilmektedir (99, 103).

Üstünlük (Transdence): Kişisel gelişim (Yenilenme hissi): “Bireyin sorunlarının üstesinden gelmesi, mevcut gücünün artırılması durumu” olarak tanımlanmaktadır. Konfora yönelik fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel gereksinimleri tam olarak karşılanan birey, konforun üstünlük düzeyine ulaşabilmektedir (19, 102, 104).

Her üç konfor düzeyi de hasta bireyin konforunu pozitif yönde etkileyen ve hedeflenen hemşirelik hizmetinin sonuçlarına ulaştırabilecek kavramlardır. Konfor Kuramı’nın boyutları ise bireyin konfor gereksinimlerinin ortaya çıktığı ve bütüncül yaklaşımdan kaynaklanan fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel ortamlardır.

4.9.2.1. Fiziksel Konfor

Fiziksel konfor, tüm hemşire kuramcılar tarafından kabul edilen ve üzerinde uzlaşmaya varılan bir bakım alanıdır. Fiziksel konfor alanı bireyin homeostasisin sürdürülmesi ve tüm bedensel algılarının maksimum düzeyde devamlılığının sağlanmasıdır. Bireyin medikal tedavisinin yapılması, bedensel atıkların uzaklaştırılması, gevşeme, dinlenme, eğlenme gibi durumları barındıran relaksasyonun sağlanması, yeterli dengeli beslenmenin ve hemodinamizmin sürdürülmesi fiziksel konfor boyutunun sürdürülmesini amaçlamaktadır. Kısacası bireyin genel fiziksel durumunu etkileyen tüm biyolojik süreçler, fiziksel konfor alanını oluşturmaktadır. Özellikle ağrı, fiziksel konforun azalmasında en büyük etkenlerden biri olarak kabul edilmektedir (52, 53, 105). Uzun süre bireyin ağrısının olmaması ya da mevcut ağrının giderilmesi konfor varlığının kanıtı olarak düşünülmüştür. Ancak bütüncül hemşirelik yaklaşımı üzerine temellenen konfor bakımında bireyi fiziksel olarak etkileyen tüm semptomların fiziksel konforu bozduğu kabul edilmektedir. Bu doğrultuda fiziksel konfor için gerekli fizyolojik göstergeler; sıvı elektrolit dengesi, kan biyokimyasında bozukluk olmaması, yeterli oksijen saturasyonu gibi metabolik reaksiyonları içeren tüm sağlık göstergeleridir. Bu

fizyolojik göstergelerin herhangi birinde var olan normalden sapma konfor düzeyini etkilemektedir. Ayrıca Kolcaba'ya göre fiziksel konfor, bireyin hastalığa karşı yanıtlarından ve uyaranlardan bağımsız olarak hastalığa karşı verdiği tepkilerden de etkilenmektedir (19, 20, 24, 86).

4.9.2.2. Psikospiritüel Konfor

Bireyin yaşamındaki akılsal, ruhsal, duygusal ve manevi alan gibi soyut kavramlardan ve bireyin bu kavramlara yüklediği anlamlardan oluşmaktadır. Bireyin yaşamına anlam veren öğeler, özsaygı, özyeterlilik, öz güven gibi daha çok bireyin kendisiyle ilgili kavramları içermektedir. Ayrıca benlik kavramı, cinsellik ve kendinin farkında olma ile ilgili duygular da bireyin psikospiritüel konfor alanını oluşturmaktadır (24, 80, 82, 94, 97).

4.9.2.3. Çevresel Konfor

Bireyin biyopsikososyal fonksiyonlarını bütünüyle etkileyebilen dış etkenler, durumlar ve bunların üzerindeki etkilerini kapsamaktadır. Ev-iş ortamı, hastane, ya da bakımevi bireyin çevresini oluşturmaktadır. Bireyin içinde bulunduğu alandaki tüm koşullar arasında; aydınlatma, gürültü, ortamın rengi, ortamın kokusu, ortam ısısı, güvenilir çevre, pencereden görülen manzara gibi insanın dış ortamı ile ilgili kavramlar yer almaktadır (19, 20, 88, 93). Bu kavramlar bireyde olumlu ya da olumsuz etkilere neden olabilir ve bireyin çevresel konfor düzeyini etkileyebilir (85, 97).

4.9.2.4. Sosyokültürel Konfor

Bireyin sosyal çevresini oluşturan aile desteği, kişiler arası ilişkiler, eğitim gibi konuları kapsamaktadır. Bireyin, ailenin ya da toplumun gelenekleri/ görenekleri/ alışkanlıklarına duyarlı ve saygılı biçimde hemşirelik bakımı verme sosyokültürel bakımı oluşturan faktörler arasındadır. Bu nedenle öncelikle bakım verilen bireyin bütüncül olarak ele alınması, sosyokültürel değerlerin tanımlanması gerekmektedir. Dini inançlar, finansal destek sistemleri, taburculuk eğitimi ve evde bakımın sağlanması, bilgi ve danışmanlık alma gereksinimi bireyin sosyokültürel konfor alanını oluşturmaktadır (24, 25, 88, 92).

KONFOR	Düzeyleri		
Boyutları	Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük
Fiziksel			
Psikospiritüel			
Sosyokültürel			
Çevresel			

Şekil 1. Konfor Kuramının Taksonomik Yapısı

Konfor kuramının taksonomik yapısı incelendiğinde; her bir bileşenin birbiri ile ilişkili olduğu görülmektedir (Şekil 1). Örneğin; bedensel algılarla ilgili olan fiziksel konfor boyutunda bireyin çeşitli uyaranlara karşı verdiği fiziksel yanıtlara yönelik gereksinimleri karşılandığında, birey bu fiziksel yanıtların verdiği sıkıntıdan kurtulacak, ferahlayacak ve rahatlayacaktır. Ferahlama ve rahatlama sağlayan bireyin psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel boyutu da etkilenecektir. Konforu sağlamak insanın hem fiziksel hem de zihinsel gereksinimlerinin karşılanması gereken oldukça karmaşık bir süreçtir. Bireysel bütüncül konfor kuramının çekirdeğini oluşturmaktadır. Çünkü konfor hemşirelik bakımının hem istenen bir sonucu hem de bir verimlilik göstergesidir (24, 89, 93, 97).

4.10. Onkoloji ve Konfor

Bireyin fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel yönlerini kapsayan konfor bireysel bir kavramdır (86, 106). Konfor, bireyin yaşadığı rahatsızlık duygusundan kurtulmanın verdiği ferahlama, rahatlama, üstünlük hissi ve bu hislerin verdiği gücün deneyimlenmesi olarak tanımlanmaktadır (24, 105). Konforun üç düzeyi olan ferahlama, rahatlama ve üstünlük hissi; hastanın iyileşmesine ve konforuna ayrı katkı sağlamaktadır (19, 87, 97, 106).

Temel ve evrensel bir insanlık deneyimi olan rahatsızlık duygusu, bireyin bütünlüğünün tehdit edilmesi ya da varlığını sürdürme isteğinin tehlikeye girmesi sonucu oluşan bir sıkıntıdır. Onkoloji hastaları rahatsızlık duygusunu en sık deneyimleyen hasta gruplarından biridir (26, 105). Yaşamını ve benliğini tehdit altında hisseden onkoloji hastaları, tanı ve sonrasında uygulanan tedavi/bakım aşamalarında ciddi sağlık sorunları ile karşı karşıya kalmaktadır. Aynı zamanda bu hastaların hastalık

ve tedavi/bakım süreci ile mücadele ederken fiziksel, sosyal ve çevresel yaşam alanları sınırlanmaktadır (13, 26, 105). Onkoloji hastaları tanılama aşamasından tedavi sürecine, tedavi sürecinden taburculuğa kadar fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel birçok semptomu birlikte deneyimlemektedirler (12, 84). Tüm yaşam alanlarında özgürlüğü kısıtlanan onkoloji hastalarında ciddi semptomların birarada görülmesine paralel olarak konfor düzeyleri de olumsuz etkilenmektedir. Özellikle onkoloji hastalarının cerrahi, radyoterapi, kanser kemoterapisi gibi birçok tedaviyi eş zamanlı alması, bu sürecin hem fiziksel hem de psikospiritüel anlamda yoğun bir tehdit olarak algılanmasına neden olmaktadır (26, 105, 107). Kanser ve tedavisinin neden olduğu inkar, yas, şok gibi tepkilerin yanı sıra tedavi/bakım süreci ile başlayan ağrı, halsizlik, bulantı, iştahsızlık gibi fiziksel semptomlar iyi yönetilemediğinde hastaların yaşam kalitesi ve buna bağlı olarak konfor düzeyi azalmaktadır (11, 60, 108). Ortaya çıkan yeni sorunlar da bireyin hastalığını yönetmesi için yeteri kadar ferahlama ve rahatlama hissedememesine ve böylece yorgunluk hissinin armasına yol açmaktadır. Konfor düzeyi azalan onkoloji hastaları konforun sağlanmasında gerekli olan üstünlük (sorunların üstesinden gelebileceğine inanma) hislerini kaybeder ve umutsuzluk, tükenmişlik gibi duyguları daha fazla yaşayarak tedavi/bakım sürecine olan uyumları azalır ve tedavileri aksar (12, 24, 109).

Kanser süreci ve özellikle kanser kemoterapisinin yan etkileri nedeniyle farklı stresörler ile karşı karşıya kalan onkoloji hastaları; bu sancılı süreçte mevcut konfor düzeylerinde azalmaya bağlı ağrı, anoreksiya, kaşeksi, tat değişiklikleri, bulantı, kusma, dehidratasyon, mukozit, alopesi, dispne gibi birçok fiziksel semptomu yoğun bir şekilde deneyimlemektedir (4, 12, 55, 61, 84, 110). Kanser kemoterapisi alan onkoloji hastalarında gelişen bu fiziksel semptomlar, hastaların fiziksel konfor düzeylerini de ciddi oranda azaltabilmektedir. Kütük, çalışmasında kanser kemoterapisi alan onkoloji hastalarının %51.5'inin taburcu edildikten sonra tedavinin yan etkileri nedeniyle hastanede yatmak zorunda kaldıklarını bildirmiştir (43). Yoğun olarak deneyimlenen fiziksel semptomlar nedeni ile sadece fiziksel konfor düzeyinde değil aynı zamanda psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel konfor düzeylerinde de azalma olmaktadır. Yapılan sistematik bir derlemede, onkoloji hastalarının yaşadığı kaşeksinin geri dönüşümsüz psikososyal etkilerinin olabileceği bildirilmiştir (60, 111). Grassi ve arkadaşları, onkoloji hastalarının %54.0'nın bulantı yaşadığını ve bunun sonucunda

kanserle mücadele sürecinde özyönetimle ilişkili sorunlarla karşılaştığını belirtmektedir. Ayrıca, kanser kemoterapisi alan onkoloji hastalarında karşılanmayan fiziksel konfor gereksinimleri ile hastalık sürecini olumsuz yönetme arasında güçlü bir anlamlılığın bulunduğu bildirilmektedir. Fiziksel konforda bozulma sonucunda onkoloji hastalarında görülen sorunlar arasında uyumsuz başa çıkma, umutsuzluk, çaresizlik, duygusal sıkıntı ve düşük yaşam kalitesi yer almaktadır (112). Kanser hastaları, temel gereksinimlerinin giderilememesi, ferahlama hissinin olmaması, rahatsızlık hissetme ve mevcut konforu kaybetme korkusu nedeni ile tehdit, kayıp, belirsizlik, sınırlılık, yoksunluk ve anksiyete gibi duyguları daha sık yaşayabilmektedir (105). Bu nedenle onkoloji hastaları fiziksel semptomların yanı sıra beden imajında bozulma, cinsel fonksiyonlarda değişme, anksiyete, depresyon gibi psikososyal sorunlarla da karşı karşıya kalmaktadır (4, 12, 61, 84, 113, 114). Ayrıca bu hastalarda karşılanmayan konfor gereksinimleri, daha sonraki girişimler için olumsuz beklentiye neden olmakta, özgüveni azaltmakta ve anksiyete düzeylerini daha da arttırmaktadır (108). Hastalarda artan anksiyete düzeyi ile psikospiritüel konfor alanları da azalmaktadır Böylece hastalar hem daha fazla anksiyete yaşamakta hem de daha az konfor düzeyine sahip olabilmektedirler (84).

Onkoloji hastaları tarafından yıkıcı bir hastalık olarak algılanan kanser, hastalarda kolay incinebilirlik, kırılganlık, üzüntü ve korkuya neden olabilmektedir. Krize kadar genişleyebilen bu durum; toplumdan soyutlanma hissi ile birlikte sosyal ve çevresel sorunlara zemin hazırlamaktadır (12, 84, 113, 115). Onkoloji hastalarında; ölüm korkusu, yaşamı tehdit eden belirsizlik duygusu, endişe ve hastane ortamı yaşamı sınırlandırmakta ve konforu olumsuz etkilemektedir (116). Psikospiritüel ve fiziksel konfor alanında bozulma yaşayan hastaların sosyokültürel ve çevresel konfor alanları da bozulmaktadır. Blaney ve arkadaşları, onkoloji hastalarının %73.5'inin yorgunluk yaşadığını ve artan yorgunluk düzeyine paralel olarak sosyal işlevsellik ile ilgili güçlüklerinin olduğunu bildirmektedir. Onkoloji hastaları tarafından oldukça yüksek oranda deneyimlenen yorgunluk, günlük yaşam aktivitelerini güçleştirmekte sosyal ve çevresel konforun azalmasına neden olmaktadır (117). Ayrıca, onkoloji hastalarının yaşadığı fiziksel ve psikososyal zorlanmalar, aile ve iş yaşamındaki rollerin geçici/kalıcı kaybına neden olabilmekte ve hastaların başetme gücünü azaltabilmektedir (118). Onkoloji hastalarının iş yaşamındaki sorumluluklarını mümkün olduğunca

sürdürmelerinin yaşam kalitelerini arttırdığını ve ancak yaşam kalitesi yüksek hastaların iş sorumluluklarına devam edebileceklerini bildirmektedir Ayrıca onkoloji hastalarının sosyokültürel/çevresel konfor düzeyinin artmasında iş doyumunun ve sosyal sorumluluk alma becerisinin sürdürülmesi de önemlidir. Hastaların günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmesi, fiziksel ve psikospiritüel konfor düzeyine göre kanserin seyrine olumlu katkı sağlayabilmektedir (47, 118)

4.11. Onkoloji Hastalarının Konforu ve Hemşirelik

Sürekli ele alınması gereken subjektif, bireysel, belirsiz ve değişken bir kavram olan konfor, önceleri hemşireler tarafından genel olarak ele alınmıştır. Ancak bu durum bireysel olarak ele alınması gereken konforu arttırmak için yapılan hemşirelik girişimlerinin geliştirilmesini ve değerlendirilmesini güçleştirmiştir (12). Oysa konfor; fiziksel uygunluğu, sosyal ve manevi desteği, rahat bir ortamı, benlik saygısı, benlik kavramının yükseltilmesi ve yaşama anlam veren değerleri içermektedir (41).

Her birey için fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel konfor alanı bütüncül olsa da; konfor, bireysel algılamalara bağlı olarak değişebilir ve bu nedenle bireye özgü olarak değerlendirilir (109). Kanser tanısı ile yaşamak zorunda olan hastalarda konfor; bireysel deneyimlerden, aile ve yaşam öyküsünden bağımsız olarak değerlendirilemez. Konfor düzeyi bireysel algılar/inançlar/değerler, hasta ya da hasta bakımını üstlenen bireylerin deneyimlerine göre değişebilir. Bu nedenle onkoloji hastalarının kendine özgü kültürel/manevi/dini değerleri ile hasta olma sürecini algılamasına yönelik değerleri bir bütün olarak ele alınır (24, 90, 109).

Hastalar ve aileleri tarafından istenen konfor, hemşirelik bakımının önemli bir hedefi olmakla birlikte beklenen bakımın da bir sonucudur. Bu nedenle hastanın mevcut konforunu değerlendirmek hemşirelik uygulamalarının temelinde yer almalıdır. Hemşireler, konforu arttırmak için ağrıyı azaltmak/gidermek, sıvı elektrolit dengesinin devamlılığını sağlamak, yaşam bulgularının normal sınırlarda sürdürülmesini sağlamak, akut/kronik semptomları önlemek/gidermek gibi bireyin fiziksel konfor düzeyine yönelik hemşirelik girişimlerine yer vermelidir (12, 20). Ayrıca onkoloji hastalarında semptom yönetimi, yeterli konfor düzeyini sürdürmek için temel bir insan gereksinimi olarak ele alınmalıdır (41, 108). Fiziksel semptomların tanınması, değerlendirilmesinin yanı sıra hemşireler hastanın tedavisi ve bakımı süresince, bireyi

tüm boyutlarıyla ele almalıdır. Bireyin psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel özelliklerini göz önünde bulundurarak bütüncül ve bireysel bir bakım sunmalıdır. Hastalarla sürekli iletişim halinde olan hemşireler, onkoloji hastalarının sadece fiziksel semptomlarına değil; hastalık süresince deneyimlediği, hissettiği bütün duygulara yönelik girişimler uygulamalıdır. Kansere mücadele eden hastaların ağrısının ya da bulantısının tedavi edilmesi kadar, güçsüzlük, umutsuzluk, yorgunluk gibi duygularının da ele alınması gerekmektedir. Ayrıca kanser tedavisi süresince ekonomik ya da rol kayıpları yaşayan onkoloji hastalarının desteklenmesi de bireyin konfor düzeyinin yükselmesi açısından oldukça önemli hemşirelik girişimlerindendir (11, 12, 61, 84).

Kolcaba tarafından geliştirilen konfor ölçeği ile yapılan bütüncül konfor değerlendirmesi; hemşirelerin hastaya bireysel, hedefe yönelik ve ölçülebilir bir yolla doğrudan bakım vermelerine yardımcı olmaktadır (12, 19, 24, 97, 98). Bu doğrultuda geçmişten günümüze sanatsal ve soyut bir kavram olan hemşirelik bakımı somut hale gelmektedir. Ancak yapılan literatür taramasında doğrudan onkoloji hastalarının konfor düzeyini belirlemek ya da hemşirelik girişimleri ile konforu arttırmak amacıyla sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır (12, 26, 84, 90, 105). Bireyin fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel konfor düzeyi ile yaşam kalitesi birbiri ile ilişkilidir. Onkoloji hastalarının konforunu arttırmak için yapılan tüm hemşirelik girişimleri hastaların yaşam kalitesini de doğrudan etkileyebilmektedir (12, 20).

Sonuç olarak; kanser ve tedavi/bakımına bağlı gelişen sorunlar hastaların konfor düzeylerini azaltmaktadır. Onkoloji hastalarında azalan konfor düzeyi tedaviye uyumu güçleştirmekte ve buna bağlı hemşirelerin bakım sürecinde iş yükünü artırmakta ve bakım maliyetini de yükseltmektedir. Bu nedenle onkoloji hastalarının konfor düzeyinin değerlendirilmesi; belirlenen konfor düzeyine yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanmasında; onkoloji hastalarının sağlığının korunması, geliştirilmesi, hemşirelerin iş doyumunun arttırılması ve maliyetin azaltılması açısından oldukça önemlidir.

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, onkoloji hastalarının konfor düzeyini belirlemek amacı ile zaman kesiti kullanılarak tanımlayıcı olarak yapıldı.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Trabzon ili Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Farabi Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Ünitesi'nde 3 Ağustos - 3 Kasım 2015 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Ayaktan Kemoterapi Ünitesi altı yatak, 12 koltuk olmak üzere 17 hasta kapasiteli bir ünedir ve bu üniteye dört hemşire, bir doktor, iki sekreter ve bir personel çalışmaktadır.

5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini KTÜ Farabi Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Ünitesi'nde 3 Ağustos - 3 Kasım 2015 tarihleri arasında kanser kemoterapisi alan tüm hastalar, örneklemi ise araştırma kabul ölçütlerine uyan 213 hasta oluşturdu.

5.4. Araştırmanın Kabul Ölçütleri

Araştırma kapsamına alınan hastalar aşağıda belirtilen kabul ölçütlerine göre belirlendi.

1. 18 yaş ve üzeri olan,
2. Kanser tanısını bilen,
3. Kanser kemoterapisi alan
4. Tedavi gerektiren psikiyatrik bir rahatsızlığı olmayan,
5. Sürekli tedavi gerektiren başka bir kronik hastalığı olmayan,
6. Kişi, yer ve zaman oryantasyonu olan,
7. Sözel iletişim kurulabilen,
8. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar.

5.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri “Hasta Bilgi Formu” ve “Genel Konfor Ölçeği (GKÖ)” kullanılarak toplandı (Ek 2, Ek 3).

Hasta Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından oluşturulan Hasta Bilgi Formu üç bölümden oluştu. Birinci bölümde hastaların sosyodemografik özelliklerini (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, aylık gelir düzeyi, sosyal güvence, ikamet edilen yer, evde birlikte yaşadığı kişiler) belirlemeye yönelik 9 soru; ikinci bölümde hastaların hastalık ile ilgili özelliklerini (kanser türü, kanser süresi, kanser evresi, kemoterapi kür sayısı) belirlemeye yönelik 4 soru; üçüncü bölümde hastaların konfor algılarına ilişkin özelliklerini (konfor kavramının ne ifade ettiği, rahata ermenin tanımı, konforu sağlamaya yönelik yapılan uygulamalar, konfor bozulduğunda yapılan uygulamalar, konfor düzeyini arttırabilecek durumlar, en konforlu hissedilen yer ve kişiler) belirlemeye yönelik 7 soru olmak üzere toplam 20 soru yer aldı. Hasta Bilgi Formu'nun işlevselliğini saptamak amacıyla çalışmanın ön uygulaması örneklem ölçütlerine uyan 10 hasta ile gerçekleştirildi. Ön uygulama sonrası Hasta Bilgi Formu'nda gerekli düzenlemeler yapıldı. Ön uygulamada alınan hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

Genel Konfor Ölçeği (GKÖ): GKÖ, Kolcaba tarafından 1992 yılında geliştirilmiştir (100). Genel Konfor Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması Kuğuoğlu ve Karabacak tarafından yapılmış ve GKÖ'nün Cronbach alfa değeri 0.85 olarak bulunmuştur (98). GKÖ, konforun kuramsal bileşenlerini oluşturan üç düzey ve dört boyutun yer aldığı taksonomik yapı rehber alınarak oluşturulmuştur. Genel Konfor Ölçeği, konfor gereksinimlerinin belirlenmesi, konfor sağlayan hemşirelik girişimleri ile beklenen konforda artma sonucuna ulaşma durumunu değerlendirmek için kullanılmaktadır. Ölçek, dörtlü likert tipte olup toplam 48 madde içermektedir. Ölçek; fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel alt boyutlardan oluşmakta; ferahlama (16 madde), rahatlama (17 madde) ve üstünlük (15 madde) düzeylerini içermektedir. Bu çalışmada GKÖ'nün Cronbach alfa değeri 0.87 olarak bulunmuştur.

Pozitif maddelerden (1, 2, 3, 4, 7, 9, 10, 11, 15, 16, 17, 23, 27, 29, 30, 31, 33, 36, 37, 38, 43, 44, 46, 47) ve negatif maddelerden (5, 6, 8, 12, 13, 14, 18, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 28, 32, 34, 35, 39, 40, 41, 42, 45, 48) oluşan ölçeğin yanıt düzenleri karışık olarak verilmiştir ve ölçekte 24 pozitif madde, 24 negatif madde eşit olarak yer almaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek toplam puan 192, en düşük toplam puan ise 48'dir. Buna göre pozitif ifadelerde yüksek puan (4) yüksek konfora, düşük puan (1) düşük konfora, negatif maddelerde ise düşük puan (1) yüksek konfora, yüksek puan (4)

düşük konfora işaret etmektedir. Kolcaba, konfor ile ilgili çalışmalarında elde ettiği sonuçlar doğrultusunda; konforun süreklilik özelliğinden çok durumluluk özelliği gösterdiğini, konforun bütüncül yapısı nedeni ile ölçeğin kuramda açıklanan üç düzey ve dört boyutu içeren alt bölümler şeklinde değil bir bütün olarak değerlendirilmesinin daha doğru sonuçlar verdiğini saptamıştır.

Konfor	Düzeyleri		
Boyutları	Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük
Fiziksel	14- 19- 48- 25-	1+ 36+ 20- 28-	15+ 29+ 5- 6-
Psikospritiyel	44+ 46+ 22- 40-	2+ 7+ 31+ 38+ 24-	9+ 17+ 41- 45-
Çevresel	3+ 27+ 12- 34-	11+ 47+ 32- 42-	30+ 33+ 18- 21- 35-
Sosyokültürel	37+ 8- 13- 26-	4+ 23+ 43+ 39-	10+ 16+

Şekil 2. GKÖ Taksonomik Yapısına Göre Ölçek Açıklaması

5.6. Veri Toplama Yöntemi

Verilerin toplanmasında kullanılan Hasta Bilgi Formu ve GKÖ araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak hastalara uygulandı. Hastalarla yüz yüze görüşme, her bir hasta ile hastanın uygun olduğu bir zaman dilimi içerisinde KTÜ Farabi Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Ünitesi'nde yapıldı. Hasta Bilgi Formu ve GKÖ'deki sorular hastalara araştırmacı tarafından soruldu ve verilen yanıtlar ilgili formlara kaydedildi. Hasta Bilgi Formu ve GKÖ'nün doldurulması yaklaşık 40 dakika sürdü.

5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın sadece KTÜ Farabi Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Ünitesi'nde kanser kemoterapisi alan hastalarla yapılması araştırmanın sınırlılığdır. Bu nedenle bu araştırmanın sonuçları KTÜ Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Ünitesi'nde kanser kemoterapisi alan hastalara yöneliktir. Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar tüm onkoloji hastalarına genellenemez.

5.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya alınacak bireylere araştırmaya katılma ya da katılmama konusunda özgür oldukları hakkında bilgi verilip, gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul edenler araştırma kapsamına alındı. Araştırmalarda insan olgusunun kullanımı, bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden “bilgilendirilmiş onam” koşulu etik ilke olarak yerine getirildi (Ek 1). Ayrıca araştırmada “insan onuruna saygı” ilkesi de gözönünde bulunduruldu. Araştırmaya katılacak bireylere kendileri ile ilgili bilgilerin başkalarına açıklanmayacağı konusunda açıklama yapıldı ve “gizlilik ilkesine” bağlı kalındı. Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli etik kurul izni KTÜ Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan alındı (Sayı: 24237859-388) (EK 6). Ayrıca araştırmanın yapıldığı kurumdan da araştırmanın amaç ve kapsamını içeren bilgi formu sunularak gerekli izin alındı (Ek 5).

Genel Konfor Ölçeği’nin araştırmamızda kullanımı için gerekli izin ölçeğin Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Prof. Dr. Sema Kuğuoğlu ve Doç. Dr. Ükke Karabacak’tan alındı (Ek 6).

5.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen bulgular değerlendirilirken, verilerin kodlanması ve istatistiksel analizler için lisanslı SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.00 programı kullanıldı. Örneklemin normal dağılım gösterip göstermediğinin belirlenmesi için Skewness, Kurtosis, Kolmogorov-Smirnow ve Shapiro-Wilk değerleri hesaplandı. Verilerin değerlendirilmesinde frekans, yüzde, t testi, tek yönlü varyans analizi, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis H testi, Dunnet T3 Post Hoc testi kullanıldı. Sonuçlar %95.0 güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

6. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma kapsamına alınan 213 hastaya ait sosyodemografik, kanser ve konfora ilişkin özellikler ile GKÖ'ye ilişkin özellikler yer almaktadır.

Tablo 1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri (n=213)

Sosyodemografik Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	126	59.2
Erkek	87	40.8
Yaş		
Yaş Ortalaması 53.18±11.32		
35 Yaş ve Altı	14	6.6
36-49 Yaş	70	32.8
50-64 Yaş	93	43.7
65 Yaş ve Üzeri	36	16.9
Medeni Durum		
Evli	183	85.9
Bekar	30	14.1
Eğitim Düzeyi		
Okuryazar Değil	17	8.0
Okuryazar/İlköğretim	119	55.8
Lise	43	20.2
Üniversite	34	16.0
Meslek		
Ev Hanımı	99	46.5
Emekli	61	28.6
Serbest Meslek	33	15.5
Memur	20	9.4
Gelir Düzeyi		
Gelir Giderden Az	96	45.1
Gelir Gidere Eşit/Fazla	117	54.9
Sosyal Güvence		
Var	208	97.7
Yok	5	2.3
İkamet Edilen Yer		
İl	95	44.6
İlçe	80	37.6
Köy	38	17.8
Evde Birlikte Yaşanılan Kişiler		
Eş	54	25.3
Eş ve Çocuklar	106	49.8
Diğer Aile Üyeleri	46	21.6
Yalnız	7	3.3

Tablo 1’de hastaların sosyodemografik özellikleri yer almaktadır. Hastaların %59.2’sinin kadın; %43.7’sinin 50-64 yaşında (yaş ortalaması 53.18±11.32); %85.9’unun evli, %55.8’inin okuryazar/ilköğretim mezunu, %46.5’inin ev hanımı, %54.9’unun gelirinin giderine eşit/fazla, %97.7’sinin sosyal güvencesinin olduğu, %44.6’sının ilde ikamet ettiği ve %49.8’inin eş ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı saptandı.

Tablo 2. Hastaların Hastalığa İlişkin Özellikleri (n=213)

Hastalığa İlişkin Özellikler	n	%
Kanser Türü		
Meme Kanseri	78	36.6
Gastrointestinal Sistem Kanseri	67	31.5
Genitoüriner Sistem Kanseri	42	19.7
Akciğer Kanseri	17	8.0
Primeri Bilinmeyen	9	4.2
Gastrointestinal Sistem Kanseri (n=67)		
Kolorektal Kanseri	35	16.4
Mide Kanseri	21	9.9
Karaciğer/Pankreas Kanseri	11	5.2
Genitoüriner Sistem Kanseri (n=42)		
Over/Endometrium Kanseri	24	11.3
Testis/ Prostat Kanseri	11	5.2
Mesane Kanseri	7	3.2
Kanser Süresi		
1 Yıldan Az	111	52.1
1-5 Yıl	74	34.7
6-10 Yıl	20	9.4
11 Yıl ve Üzeri	8	3.8
Kanser Evresi		
Evre II	34	16.0
Evre III	78	36.6
Evre IV	101	47.4
Kemoterapi Kür Sayısı		
1. Kür	51	23.9
2. Kür	38	17.8
3. Kür	44	20.7
4. Kür	29	13.6
5. Kür	14	6.6
6. Kür	37	17.4

Tablo 2’de hastaların hastalığa ilişkin özellikleri incelendiğinde; hastaların %36.6’sının meme kanseri, %31.5’inin GİS kanseri olduğu ve GİS kanseri olan hastaların %16.4’ünün kolorektal kanser olduğu belirlendi. Hastaların %19.7’sinin genitoüriner sistem kanseri olduğu ve genitoüriner sistem kanseri olan hastaların %11.3’ünün over/endometriyum kanseri olduğu saptandı. Hastaların %52.1’inin kanser süresinin bir yıldan az olduğu, %47.4’ünün kanser evresinin evre IV olduğu ve %23.9’unun 1. kür kemoterapi aldığı belirlendi.

Tablo 3. Hastaların Konfor Algılarına İlişkin Özellikleri (n=213)

Konfor Algılarına İlişkin Özellikler	n	%
Konfor Kavramının Ne İfade Ettiği		
Huzur-Mutluluk	70	32.9
Sağlık	62	29.1
Ağrının Olmaması	51	23.9
Güvenle Yaşamak	16	7.5
Para	14	6.6
Rahata Ermenin Tanımı		
İyileşme	100	47.0
Hastaneye Gelmemek/Özgür Olma	59	27.7
Hastalığın Yayılmaması	28	13.1
Ölme	26	12.2
Konforu Sağlamaya Yönelik Yapılan Uygulamalar		
Hiçbir Şey Yapmama	68	31.9
Doğada Gezme	56	26.3
Stresten Uzak Durma	39	18.3
Çalışma	27	12.7
Namaz Kılma	23	10.8
Konfor Bozulduğunda Yapılan Uygulamalar		
Dua Etme	88	41.3
Yalnız Kalma	56	26.3
Uyuma	46	21.6
Arkadaşlarıyla Sosyal Aktivitelere Katılma	23	10.8
Konfor Düzeyini Arttırabilecek Durumlar		
Kemoterapi Almama/İyileşme	107	50.2
Maddi Durumun Daha İyi Olması	56	26.3
Çocukların Yaşamlarını Kazanması	31	14.6
Sosyal Destek Olması	19	8.9
En Konforlu Hissedilen Yer		
Ev	191	89.7
Diğer (İş Yeri, Cami, Köy)	22	10.3
Yanında En Konforlu Hissedilen Kişi		
Eş	120	56.3
Aile	75	35.2
Anne	11	5.2
Yalnız	7	3.3

Tablo 3’te hastaların konfor algılarına ilişkin özellikleri görülmektedir. Hastaların %32.9’u konfor kavramının kendilerine “huzur-mutluluk” ifade ettiğini, %47.0’ı rahata ermenin “iyileşme” olduğunu, %31.9’u konforu sağlamaya yönelik “hiçbir şey” yapmadığını, %41.3’ü konforu bozulduğunda “dua ettiğini”, %50.2’si konfor düzeyini arttırabilecek durumun “kemoterapi almama/iyileşme” olduğunu, %89.7’si en konforlu hissettiği yerin “evi” olduğunu ve %56.3’ü “eşinin” yanında en konforlu hissettiğini ifade etti.

Tablo 4. Hastaların GKÖ Puan Ortalaması ile GKÖ ve Alt Boyutları Toplam Puan Ortalaması (n=213)

	X±SS	Min-Max
GKÖ* Puan Ortalaması	2.93±0.35	2.29-3.42
Fiziksel Boyut	34.80±5.33	21-44
Psikospiritüel Boyut	39.72±5.87	23-52
Çevresel Boyut	35.58±6.45	21-49
Sosyokültürel Boyut	30.53±3.56	18-39
Ferahlama Düzeyi	47.39±5.92	30-60
Rahatlama Düzeyi	49.57±6.85	27-65
Üstünlük Düzeyi	43.67±6.28	28-59
GKÖ* Toplam Puan Ortalaması	140.63±16.86	92-177
* Genel Konfor Ölçeği		

Tablo 4’te hastaların GKÖ Puan Ortalaması ile GKÖ ve Alt Boyutları Toplam Puanı yer almaktadır. Hastaların GKÖ puan ortalaması 2.93±0.35, fiziksel boyut puan ortalaması 34.80±5.33, psikospiritüel boyut puan ortalaması 39.72±5.87, çevresel boyut puan ortalaması 35.58±6.45, sosyokültürel boyut puan ortalaması 30.53±3.56; ferahlama düzeyi puan ortalaması 47.39±5.92, rahatlama düzeyi puan ortalaması 49.57±6.85 ve üstünlük düzeyi puan ortalaması 43.67±6.28 olarak belirlendi. GKÖ toplam puanı ise 140.63±16.86 olarak bulundu.

Tablo 5. Taksonomik Yapıya Göre Hastaların GKÖ Puan Ortalamaları (n=213)

Konfor Düzeyleri			
Konfor Boyutları	Ferahlama X±SS	Rahatlama X±SS	Üstünlük X±SS
Fiziksel	10.73±1.94 (5-14)	11.47±2.52 (4-16)	12.61±2.19 (7-16)
Psikospiritüel	12.46±2.51 (6-16)	14.37±2.35 (7-20)	12.90±2.07 (8-16)
Çevresel	12.23±1.97 (7-16)	11.65±2.29 (5-16)	11.70±3.78 (5-20)
Sosyokültürel	11.97±2.24 (4-16)	12.08±1.97 (7-16)	6.47±1.34 (2-8)

Tablo 5’te taksonomik yapıya göre hastaların GKÖ puan ortalamaları incelendiğinde; hastaların fiziksel ferahlama puan ortalaması 10.73±1.94, fiziksel rahatlama puan ortalaması 11.47±2.52, fiziksel üstünlük puan ortalaması 12.61±2.19 olarak belirlendi. Hastaların psikospiritüel ferahlama puan ortalaması 12.46±2.51, psikospiritüel rahatlama puan ortalaması 14.37±2.35 ve psikospiritüel üstünlük puan ortalaması 12.90±2.07 olarak bulundu. Hastaların çevresel ferahlama puan ortalaması 12.23±1.97, çevresel rahatlama puan ortalaması 11.65±2.29 ve çevresel üstünlük puan ortalaması 11.70±3.78 olarak saptandı. Hastaların sosyokültürel ferahlama puan ortalaması 11.97±2.24, sosyokültürel rahatlama puan ortalaması 12.08±1.97 ve sosyokültürel üstünlük puan ortalaması 6.47±1.34 olarak belirlendi.

Tablo 6. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre GKÖ Puan Ortalamaları (n=213)

Sosyodemografik Özellikler		Genel Konfor Ölçeği		
		n	X±SS	p
Cinsiyet	Kadın	126	2.89±0.36	t=2.116
	Erkek	87	2.99±0.31	p=0.036
Yaş	35 Yaş ve Altı	14	2.84±0.40	KW=9.092 p=0.028
	36-49 Yaş	70	2.88±0.37	
	50-64 Yaş	93	2.92±0.32	
	65 Yaş ve Üzeri	36	3.08±0.31	
Medeni Durum	Evli	183	2.93±0.35	t=0.268
	Bekar	30	2.91±0.30	p=0.789
Eğitim Düzeyi	Okuryazar Değil	17	2.79±0.28	KW=4.795 p=0.187
	Okuryazar/İlköğretim	119	2.93±0.34	
	Lise	43	2.91±0.37	
	Üniversite	34	3.01±0.35	
Meslek	Ev Hanımı	99	2.84±0.37	KW=12.962 p=0.002
	Emekli	61	3.05±0.33	
	Serbest Meslek	33	2.91±0.29	
	Memur	20	3.02±0.24	
Gelir Düzeyi	Gelir Giderden Az	96	2.90±0.35	t=1.209
	Gelir Gidere Eşit/Fazla	117	2.96±0.35	p=0.228
Sosyal Güvence	Var	208	2.93±0.35	U=345.000
	Yok	5	3.10±0.21	p=0.199
İkamet Edinilen Yer	İl	95	2.96±0.34	F=0.582 p=0.559
	İlçe	80	2.92±0.35	
	Köy	38	2.89±0.34	
Evde Yaşanan Kişiler	Eş	54	3.01±0.30	KW=4.233 p=0.237
	Eş ve Çocuklar	106	2.91±0.36	
	Diğer Aile Üyeleri	46	2.88±0.34	
	Yalnız	7	2.84±0.43	

Tablo 6’da hastaların sosyodemografik özelliklerine göre GKÖ puan ortalamaları yer almaktadır. Hastaların GKÖ puan ortalamaları; erkeklerde 2.99±0.31, 65 yaş ve üzerinde 3.08±0.31, evlilerde 2.93±0.35, üniversite mezunlarında 3.01±0.35, emeklilerde 3.05±0.33, gelir gidere eşit/fazla olanlarda 2.96±0.35, sosyal güvencesi

olmayanlarda 3.10 ± 0.21 , ilde yaşayanlarda 2.96 ± 0.34 ve eşi ile birlikte yaşayanlarda 3.01 ± 0.30 olarak belirlendi. Hastaların genel konfor düzeyi ile cinsiyet ($p=0.036$), yaş ($p=0.028$) ve meslek ($p=0.002$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunurken; GKÖ puan ortalamaları ile medeni durum ($p=0.789$), eğitim düzeyi ($p=0.187$), gelir düzeyi ($p=0.228$), sosyal güvence ($p=0.199$), ikamet edilen yer ($p=0.559$) ve evde birlikte yaşanan kişiler ($p=0.237$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı.

Tablo 7. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre GKÖ Puan Ortalamaları (n=213)

Hastalık Özellikleri		Genel Konfor Ölçeği		
		n	X $\pm$ SS	p
Kanser Türü	Meme Kanseri	78	2.90 $\pm$ 0.37	KW=2.962 p=0.564
	Gastrointestinal Sistem Kanseri	67	2.99 $\pm$ 0.29	
	Genitoüriner Sistem kanseri	42	2.90 $\pm$ 0.36	
	Akciğer Kanseri	17	2.96 $\pm$ 0.38	
	Primeri Bilinmeyen	9	2.86 $\pm$ 0.44	
Kanser Süresi	1 Yıldan Az	111	2.92 $\pm$ 0.33	KW=3.965 p=0.265
	1-5 Yıl	74	2.93 $\pm$ 0.36	
	6-10 Yıl	20	2.87 $\pm$ 0.39	
	11 Yıl ve Üzeri	8	3.15 $\pm$ 0.31	
Kanser Evresi	Evre II	34	2.88 $\pm$ 0.33	F=0.602 p=0.548
	Evre III	78	2.92 $\pm$ 0.32	
	Evre IV	101	2.96 $\pm$ 0.37	
Kemoterapi Kür Sayısı	1. Kür	51	3.00 $\pm$ 0.32	KW=9.504 P=0.091
	2. Kür	38	3.01 $\pm$ 0.31	
	3. Kür	44	2.84 $\pm$ 0.37	
	4. Kür	29	2.85 $\pm$ 0.35	
	5. Kür	14	2.96 $\pm$ 0.25	
	6. Kür	37	2.91 $\pm$ 0.39	

Tablo 7’de hastaların hastalık özelliklerine göre GKÖ puan ortalamaları incelendiğinde; hastaların GKÖ puan ortalamaları; GİS kanser olanlarda 2.99 ± 0.29 , kanser süresi 11 yıl ve üzeri olanlarda 3.15 ± 0.31 , kanser evresi evre III olanlarda 2.92 ± 0.32 ve 2. kür kemoterapi alanlarda 3.01 ± 0.31 olarak saptandı. Hastaların genel konfor düzeyi ile kanser türü ($p=0.564$), kanser süresi ($p=0.265$), kanser evresi ($p=0.548$) ve kemoterapi kür sayısı ($p=0.091$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı.

Tablo 8. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre GKÖ Fiziksel Ferahlama, Fiziksel Rahatlama ve Fiziksel Üstünlük Alt Boyutları Puan Ortalamaları (n=213)

		n	Fiziksel Ferahlama X±SS	Fiziksel Rahatlama X±SS	Fiziksel Üstünlük X±SS
Kanser Türü	Meme Kanseri	78	10.58±1.85	11.58±2.37	12.68±2.32
	Gastrointestinal Sistem Kanseri	67	11.06±1.85	11.43±2.68	12.79±2.01
	Genitoüriner Sistem Kanseri	42	10.33±2.27	11.38±2.51	12.21±2.37
	Akciğer Kanseri	17	10.94±1.71	11.53±2.69	12.47±2.00
	Primeri Bilinmeyen	9	11.00±2.06	11.11±2.89	12.67±2.12
			KW=4.224 p=0.377	KW=0.226 p=0.994	KW=1.540 p=0.819
Gastrointestinal Sistem Kanserleri (n=67)	Kolorektal Kanseri	35	11.06±1.47	11.66±2.36	13.00±2.08
	Mide Kanseri	21	11.33±1.90	11.71±2.43	12.90±1.94
	Karaciğer-Pankreas Kanseri	11	10.55±2.77	10.18±3.81	11.91±1.81
			KW=1.356 p=0.508	KW=1.887 p=0.389	KW=3.312 p=0.389
Genitoüriner Sistem Kanserleri (n=42)	Mesane Kanseri	24	10.43±2.44	12.57±2.14	13.71±2.05
	Over-Endometrium Kanseri	11	9.96±2.23	10.88±2.92	11.29±2.38
	Testis-Prostat Kanseri	7	11.09±2.25	11.73±1.34	13.27±1.61
			KW=1.998 p=0.368	KW=2.494 p=0.287	KW=8.342 p=0.015
Kanser Süresi	1 Yıldan Az	111	10.63±1.89	11.54±2.41	12.70±2.25
	1-5 Yıl	74	10.97±2.06	11.41±2.63	12.64±1.88
	6-10 Yıl	20	10.45±1.79	11.10±3.00	11.55±2.92
	11 Yıl ve Üzeri	8	10.50±1.92	12.00±2.07	13.63±1.40
			KW=3.546 p=0.315	KW=0.529 p=0.913	KW=4.649 p=0.199

Tablo 8'in Devamı

Kanser Evresi	Evre II	34	10.88±1.77	11.82±2.20	12.47±2.06
	Evre III	78	10.46±2.04	11.33±2.58	12.77±2.26
	Evre IV	101	10.88±1.91	11.46±2.59	12.52±2.20
			F=1.154 p=0.317	F=0.446 p=0.641	F=346 p=0.708
Kemoterapi Kür Sayısı	1. Kür	51	10.78±2.18	11.96±2.60	13.08±2.01
	2. Kür	38	10.53±1.73	11.58±2.10	13.05±2.24
	3. Kür	44	10.59±1.83	11.32±2.13	12.07±2.32
	4. Kür	29	11.03±1.52	10.97±3.12	12.52±2.11
	5. Kür	14	10.71±2.05	11.86±2.14	12.43±1.95
	6. Kür	37	10.78±2.25	11.11±2.87	12.27±2.30
			KW=2.192 p=0.822	KW=4.415 p=0.491	KW=7.303 p=0.199

Tablo 8’de hastaların hastalık özelliklerine göre GKÖ fiziksel ferahlama, fiziksel rahatlama ve fiziksel üstünlük alt boyutları puan ortalamaları görülmektedir. Hastaların fiziksel ferahlama puan ortalamaları incelendiğinde; GİS kanseri olanlarda 11.06 ± 1.85 , GİS kanserlerden kolorektal kanser olanlarda 11.06 ± 1.47 , genitoüriner sistem kanserlerinden testis-prostat kanseri olanlarda 11.09 ± 2.25 , kanser süresi 1-5 yıl olanlarda 10.97 ± 2.06 , kanser evresi evre IV olanlarda 10.88 ± 1.91 ve 4. kür kemoterapi alanlarda 11.03 ± 1.52 olarak belirlendi. Hastaların fiziksel rahatlama puan ortalamalarına bakıldığında; meme kanseri olanlarda 11.58 ± 2.37 , GİS kanserlerden mide kanseri olanlarda 11.71 ± 2.43 , genitoüriner sistem kanserlerinden mesane kanseri olanlarda 12.57 ± 2.14 , kanser süresi 11 yıl ve üzeri olanlarda 12.00 ± 2.07 , kanser evresi evre II olanlarda 11.82 ± 2.20 ve 1. kür kemoterapi alanlarda 11.96 ± 2.60 olarak belirlendi. Hastaların fiziksel üstünlük puan ortalamaları ise GİS kanseri olanlarda 12.79 ± 2.01 , GİS kanserlerden kolorektal kanser olanlarda 13.00 ± 2.08 , genitoüriner sistem kanserlerinden mesane kanseri olanlarda 13.71 ± 2.05 , kanser süresi 11 yıl ve üzeri olanlarda 13.63 ± 1.40 , kanser evresi evre III olanlarda 12.77 ± 2.26 ve 1. kür kemoterapi alanlarda 13.08 ± 2.01 olarak belirlendi.

Hastaların GKÖ alt boyutlarından fiziksel ferahlama, fiziksel rahatlama ve fiziksel üstünlük puan ortalamaları ile kanser türü ($p=0.377$, $p=0.994$, $p=0.819$), GİS kanser türü ($p=0.508$, $p=0.389$, $p=0.389$), kanser süresi ($p=0.315$, $p=0.913$, $p=0.199$), kanser evresi ($p=0.317$, $p=0.641$, $p=0.708$) ve kemoterapi kür sayısı ($p=0.822$, $p=0.491$, $p=0.199$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı. Hastaların GKÖ alt boyutlarından fiziksel ferahlama ($p=0.368$) ve fiziksel rahatlama ($p=0.287$) puan ortalamaları ile genito üriner sistem kanserleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken, GKÖ alt boyutlarından fiziksel üstünlük ($p=0.015$) puan ortalamaları ile genito üriner sistem kanserleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu.

Tablo 9. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre GKÖ Psikospiritüel Ferahlama, Psikospiritüel Rahatlama ve Psikospiritüel Üstünlük Alt Boyutları Puan Ortalamaları (n=213)

		n	Psikospiritüel Ferahlama X±SS	Psikospiritüel Rahatlama X±SS	Psikospiritüel Üstünlük X±SS
Kanser Türü	Meme Kanseri	78	12.01±2.71	14.41±2.40	12.68±2.18
	Gastrointestinal Sistem Kanseri	67	12.84±2.26	14.28±2.06	13.36±1.77
	Genitoüriner Sistem Kanseri	42	12.74±2.34	14.40±2.57	12.43±2.19
	Akciğer Kanseri	17	12.65±2.78	14.59±2.29	13.29±2.25
	Primeri Bilinmeyen	9	11.78±2.68	14.11±3.33	12.78±1.92
			KW=4.682 p=0.321	KW=0.348 p=0.987	KW=6.505 p=0.164
Gastrointestinal Sistem Kanseri (n=67)	Kolorektal Kanseri	35	13.11±2.06	14.37±1.97	13.46±2.00
	Mide Kanseri	21	12.76±2.42	14.29±2.41	13.14±1.55
	Karaciğer-Pankreas Kanseri	11	12.09±2.54	14.00±1.78	13.45±1.44
			KW=1.328 p=0.515	KW=0.630 p=0.730	KW=1.123 p=0.570
Genitoüriner Sistem Kanseri (n=42)	Mesane Kanseri	24	13.86±1.86	14.71±2.56	13.14±1.86
	Over-Endometrium Kanseri	11	12.38±2.56	14.38±2.96	12.00±2.30
	Testis-Prostat Kanseri	7	12.82±2.04	14.27±1.73	12.91±2.11
			KW=1.777 p=0.411	KW=0.346 p=0.841	KW=1.674 p=0.433
Kanser Süresi	1 Yıldan Az	111	12.23±2.41	14.41±2.24	12.99±2.00
	1-5 Yıl	74	12.82±2.51	14.22±2.43	12.82±2.11
	6-10 Yıl	20	11.75±2.86	14.05±2.50	12.30±2.53
	11 Yıl ve Üzeri	8	14.00±2.39	16.00±2.50	13.75±1.28
			KW=7.628 p=0.054	KW=5.069 p=0.167	KW=2.651 p=0.449

Tablo 9'un Devamı

Kanser Evresi	Evre II	34	12.32±2.27	14.03±2.31	12.47±1.71
	Evre III	78	12.28±2.29	14.45±2.26	13.08±1.97
	Evre IV	101	12.63±2.75	14.43±2.44	12.90±2.25
			F=0.482 p=0.618	F=0.426 p=0.654	F=1.008 p=0.367
Kemoterapi Kür Sayısı	1. Kür	51	12.69±2.56	14.59±1.95	12.94±2.03
	2. Kür	38	13.18±1.92	14.82±2.21	13.16±1.74
	3. Kür	44	11.70±2.58	13.64±2.51	12.75±2.26
	4. Kür	29	11.83±2.39	14.17±2.60	12.76±2.26
	5. Kür	14	13.50±2.31	15.36±2.27	13.29±1.32
	6. Kür	37	12.38±2.82	14.27±2.49	12.70±2.36
			KW=11.278 p=0.046	KW=7.302 p=0.199	KW=1.156 p=0.949

Tablo 9’da hastaların hastalık özelliklerine göre GKÖ psikospiritüel ferahlama, psikospiritüel rahatlama ve psikospiritüel üstünlük alt boyutları puan ortalamaları yer almaktadır. Hastaların psikospiritüel ferahlama puan ortalamaları GİS kanseri olanlarda 12.84 ± 2.26 , GİS kanserlerinden kolorektal kanser olanlarda 13.11 ± 2.06 , genitoüriner sistem kanserlerinden mesane kanseri olanlarda 13.86 ± 1.86 , kanser süresi 11 yıl ve üzeri olanlarda 14.00 ± 2.39 , kanser evresi evre 4 olanlarda 12.63 ± 2.75 ve 5. kür kemoterapi alanlarda 13.50 ± 2.31 olarak bulundu. Hastaların psikospiritüel rahatlama puan ortalamaları akciğer kanseri olanlarda 14.59 ± 2.29 , GİS kanserlerinden kolorektal kanseri olanlarda 14.37 ± 1.97 , genitoüriner sistem kanserlerinden mesane kanseri olanlarda 14.71 ± 2.56 , kanser süresi 11 yıl ve üzeri olanlarda 16.00 ± 2.50 , kanser evresi evre III olanlarda 14.45 ± 2.26 ve 2. kür kemoterapi alanlarda 14.82 ± 2.21 olarak belirlendi. Hastaların psikospiritüel üstünlük puan ortalamaları GİS kanseri olanlarda 13.36 ± 1.77 , GİS kanserlerinden karaciğer-pankreas kanseri olanlarda 13.45 ± 1.44 , genitoüriner sistem kanserlerinden mesane kanseri olanlarda 13.14 ± 1.86 , kanser süresi 1 yıldan az olanlarda 12.99 ± 2.00 , kanser evresi evre III olanlarda 13.08 ± 1.97 ve 2. kür kemoterapi alanlarda 13.16 ± 1.74 olarak belirlendi.

Hastaların GKÖ alt boyutlarından psikospiritüel ferahlama, psikospiritüel rahatlama ve psikospiritüel üstünlük puan ortalamaları ile kanser türü ($p=0.321$, $p=0.987$, $p=0.164$), GİS kanser türleri ($p=0.515$, $p=0.730$, $p=0.570$), genitoüriner sistem kanser türleri ($p=0.411$, $p=0.841$, $p=0.433$), kanser süresi ($p=0.054$, $p=0.167$, $p=0.449$) ve kanser evresi ($p=0.618$, $p=0.654$, $p=0.367$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı. Hastaların kemoterapi kür sayısı ile GKÖ psikospiritüel rahatlama ($p=0.199$) ve psikospiritüel üstünlük ($p=0.949$) ve alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken, GKÖ psikospiritüel ferahlama ($p=0.046$) alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu.

Tablo 10. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre GKÖ Çevresel Ferahlama, Çevresel Rahatlama ve Çevresel Üstünlük Alt Boyutları Puan Ortalamaları (n=213)

		n	Çevresel Ferahlama X±SS	Çevresel Rahatlama X±SS	Çevresel Üstünlük X±SS
Kanser Türü	Meme Kanseri	78	12.04±1.86	11.53±2.51	11.29±3.72
	Gastrointestinal Sistem Kanseri	67	12.36±2.12	12.04±1.98	12.34±3.73
	Genitoüriner Sistem Kanseri	42	12.45±2.08	11.43±2.22	11.48±3.80
	Akciğer Kanseri	17	12.29±1.79	11.53±2.18	11.88±4.28
	Primeri Bilinmeyen	9	11.89±1.90	11.00±3.08	11.11±3.91
			KW=2.150 p=0.708	KW=2.913 p=0.572	KW=3.247 p=0.517
Gastrointestinal Sistem Kanseri(n=67)	Kolorektal Kanser	35	12.51±2.00	12.26±2.03	12.63±3.63
	Mide Kanseri	21	12.19±2.33	11.71±1.79	11.48±3.93
	Karaciğer-Pankreas Kanseri	11	12.18±2.22	12.00±2.23	13.09±3.70
			KW=0.750 p=0.687	KW=1.421 p=0.491	KW=1.560 p=0.458
Genitoüriner Sistem Kanseri(n=42)	Mesane Kanseri	24	13.14±1.67	12.57±2.50	12.71±4.88
	Over-Endometrium Kanseri	11	12.17±2.35	11.33±1.85	11.50±3.64
	Testis-Prostat Kanseri	7	12.64±1.69	10.91±2.70	10.64±5.29
			KW=1.302 p=0.522	KW=2.624 p=0.269	KW=1.576 p=0.455

Tablo 10'un Devamı

Kanser Süresi	1 Yıldan Az	111	12.21±2.04	11.68±2.46	11.78±3.68
	1-5 Yıl	74	12.20±1.92	11.65±1.89	11.41±3.58
	6-10 Yıl	20	11.95±1.82	11.10±2.71	11.85±4.74
	11 Yıl ve Üzeri	8	13.63±1.76	12.63±2.13	12.88±4.85
			KW=4.239 p=0.237	KW=2.382 p=0.497	KW=1.135 p=0.769
Kanser Evresi	Evre II	34	12.06±2.30	11.03±2.61	11.53±3.52
	Evre III	78	12.06±1.97	11.83±2.35	11.49±3.50
	Evre IV	101	13.63±1.76	11.71±2.11	11.92±4.09
			F=0.894 p=0.411	F=1.538 p=0.217	F=0.327 p=0.721
Kemoterapi Kür Sayısı	1. Kür	51	12.43±1.79	12.14±1.97	12.27±3.79
	2. Kür	38	12.53±1.81	12.29±2.24	12.79±3.38
	3. Kür	44	12.02±2.07	11.05±2.58	10.55±3.83
	4. Kür	29	11.97±2.07	11.07±2.61	11.28±4.22
	5. Kür	14	12.21±1.76	11.93±1.77	11.07±3.56
	6. Kür	37	12.14±2.31	11.38±2.10	11.73±3.60
			KW=1.527 p=0.910	KW=10.521 p=0.062	KW=9.800 p=0.081

Tablo 10’da hastaların hastalık özelliklerine göre GKÖ çevresel ferahlama, çevresel rahatlama ve çevresel üstünlük alt boyutları puan ortalamaları yer almaktadır. Hastaların çevresel ferahlama puan ortalamaları; genitoüriner kanser olanlarda 12.45 ± 2.08 , GİS kanserlerinden kolorektal kanser olanlarda 12.51 ± 2.00 , genitoüriner sistem kanserlerinden mesane kanseri olanlarda 13.14 ± 1.67 , kanser süresi 11 yıl ve üzeri olanlarda 13.63 ± 1.76 , kanser evresi evre IV olanlarda 13.63 ± 1.76 ve 2. kür kemoterapi alanlarda 12.53 ± 1.81 olarak belirlendi. Hastaların çevresel rahatlama puan ortalamaları GİS kanseri olanlarda 12.04 ± 1.98 , GİS kanserlerinden karaciğer-pankreas kanseri olanlarda 12.00 ± 2.23 , genitoüriner sistem kanserlerinden mesane kanseri olanlarda 12.57 ± 2.50 , kanser süresi 11 yıl ve üzeri olanlarda 12.63 ± 2.13 , kanser evresi evre III olanlarda 11.83 ± 2.35 ve 2. kür kemoterapi alanlarda 12.29 ± 2.24 olarak saptandı. Hastaların çevresel üstünlük puan ortalamaları ise akciğer kanseri olanlarda 11.88 ± 4.28 , GİS kanserlerinden karaciğer-pankreas kanseri olanlarda 13.09 ± 3.70 , genitoüriner sistem kanserlerinden over-endometrium kanseri olanlarda 11.50 ± 3.64 , kanser süresi 11 yıl ve üzeri olanlarda 12.88 ± 4.85 , kanser evresi evre IV olanlarda 11.92 ± 4.09 ve 1. kür kemoterapi alanlarda 12.27 ± 3.79 olarak belirlendi. .

Hastaların GKÖ alt boyutlarından çevresel ferahlama, çevresel rahatlama ve çevresel üstünlük puan ortalamaları ile kanser türü ($p=0.237$, $p=0.497$, $p=0.769$), GİS kanserleri ($p=0.687$, $p=0.491$, $p=0.458$), genitoüriner sistem kanserleri ($p=0.522$, $p=0.269$, $p=0.455$), kanser süresi ($p=0.237$, $p=0.497$, $p=0.769$), kanser evresi ($p=0.411$, $p=0.217$, $p=0.721$) ve kemoterapi kür sayısı ($p=0.910$, $p=0.062$, $p=0.081$) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı.

Tablo 11. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre GKÖ Sosyo-Kültürel Ferahlama, Sosyo-Kültürel Rahatlama ve Sosyo-Kültürel Üstünlük Alt Boyutları Puan Ortalamaları (n=213)

		n	Sosyo-Kültürel Ferahlama X±SS	Sosyo-Kültürel Rahatlama X±SS	Sosyo-Kültürel Üstünlük X±SS
Kanser Türü	Meme Kanseri	78	11.79±2.42	12.24±2.12	6.28±1.43
	Gastrointestinal Sistem Kanseri	67	12.45±1.90	11.91±1.63	6.55±1.27
	Genitoüriner Sistem Kanseri	42	11.64±2.17	12.12±2.32	6.55±1.27
	Akciğer Kanseri	17	12.29±2.28	12.12±1.79	6.53±1.41
	Primeri Bilinmeyen	9	10.89±2.75	11.78±1.85	7.00±1.41
			KW=5.333 p=0.255	KW=2.905 p=0.574	KW=3.105 p=0.540
Gastrointestinal Sistem Kanseri (n=67)	Kolorektal Kanser	35	12.80±1.87	12.23±1.64	6.37±1.35
	Mide Kanseri	21	12.00±1.73	11.24±1.41	6.76±1.09
	Karaciğer-Pankreas Kanseri	11	12.18±2.27	12.18±1.72	6.73±1.34
Genitoüriner Sistem Kanseri (n=42)			KW=2.110 p=0.348	KW=4.703 p=0.095	KW=1.343 p=0.511
	Mesane Kanseri	24	11.29±2.28	12.57±2.99	6.43±1.51
	Over-Endometrium Kanseri	11	11.75±2.15	11.63±2.24	6.46±1.28
	Testis-Prostat Kanseri	7	11.64±2.33	12.91±1.97	6.82±1.16
			KW=0.292 p=0.864	KW=3.299 p=0.192	KW=0.631 p=0.729
Kanser Süresi	1 yıldan az	111	11.86±2.15	11.91±1.95	6.41±1.37
	1-5yıl	74	11.91±2.28	12.05±1.99	6.65±1.25
	6-10yıl	20	12.60±2.60	12.65±2.05	6.30±1.34
	11yıl ve üzeri	8	12.63±2.20	13.38±1.59	6.00±1.77
			KW=2.039 p=0.564	KW=5.801 p=0.122	KW=2.285 p=0.515

Tablo 11'in Devamı

Kanser Evresi	Evre II	34	11.56±1.92	11.94±2.04	6.35±1.22
	Evre III	78	12.01±2.27	11.85±1.99	6.37±1.40
	Evre IV	101	12.08±2.32	12.32±1.93	6.58±1.34
			F=0.704 p=0.496	F=1.355 p=0.260	F=0.696 p=0.500
Kemoterapi Kür Sayısı	1. Kür	51	12.33±2.34	12.53±1.39	6.20±1.24
	2. Kür	38	12.16±2.33	12.08±2.36	6.32±1.57
	3. Kür	44	11.55±2.04	12.43±1.86	6.77±1.42
	4. Kür	29	11.45±2.08	11.10±2.11	6.52±1.21
	5. Kür	14	12.14±1.83	11.43±2.02	6.29±1.26
	6. Kür	37	12.14±2.47	12.08±2.04	6.68±1.22
			KW=6.732 p=0.241	KW=10.830 p=0.055	KW=6.527 p=0.258

Tablo 11’de hastaların hastalık özelliklerine göre GKÖ sosyokültürel ferahlama, sosyokültürel rahatlama ve sosyokültürel üstünlük alt boyutları puan ortalamaları görülmektedir. Hastaların sosyokültürel ferahlama puan ortalamaları; GİS kanser olanlarda 12.45 ± 1.90 , GİS kanserlerinden kolorektal kanser olanlarda 12.80 ± 1.87 , genitoüriner sistem kanserlerinden over-endometrium kanseri olanlarda 11.75 ± 2.15 , kanser süresi 6-10 yıl olanlarda 12.60 ± 2.60 , kanser evresi evre IV olanlarda 12.08 ± 2.32 ve 1. kür kemoterapi alanlarda 12.33 ± 2.34 olarak saptandı. Hastaların sosyokültürel rahatlama puan ortalamaları; meme kanseri olanlarda 12.24 ± 2.12 , GİS kanserlerinden kolorektal kanseri olanlarda 12.23 ± 1.64 , genitoüriner sistem kanserlerinden testis-prostat kanseri olanlarda 12.91 ± 1.97 , kanser süresi 11 yıl ve üzeri olanlarda 13.38 ± 1.59 , kanser evresi evre IV olanlarda 12.32 ± 1.93 ve 1. kür kemoterapi alanlarda 12.53 ± 1.39 olarak belirlendi. Hastaların sosyokültürel üstünlük puan ortalamaları ise primeri bilinmeyen kanseri olanlarda 7.00 ± 1.41 , GİS kanserlerinden mide kanseri olanlarda 6.76 ± 1.09 , genitoüriner sistem kanserlerinden testis-prostat kanseri olanlarda 6.82 ± 1.16 , kanser süresi 1-5 yıl olanlarda 6.65 ± 1.25 , kanser evresi evre III olanlarda 6.37 ± 1.40 ve 3. kür kemoterapi alanlarda 6.77 ± 1.42 olarak belirlendi.

Hastaların GKÖ sosyokültürel ferahlama, sosyokültürel rahatlama ve sosyokültürel üstünlük alt boyutları puan ortalamaları ile kanser türü ($p=0.255$, $p=0.574$, $p=0.540$), GİS kanserleri ($p=0.348$, $p=0.095$, $p=0.511$), genitoüriner sistem kanserleri ($p=0.864$, $p=0.192$, $p=0.729$), kanser süresi ($p=0.564$, $p=0.122$, $p=0.515$), kanser evresi ($p=0.496$, $p=0.260$, $p=0.500$) ve kemoterapi kür sayısı ($p=0.241$, $p=0.055$, $p=0.258$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı.

Tablo 12. Hastaların Konfor Algılarına İlişkin Özelliklerine Göre GKÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İstatistiksel Analiz Sonuçları (n=213)

Konfor Algılarına İlişkin Özellikler	p
Konforun Kavramının Ne İfade Ettiği	KW=5.720 p=0.221
Rahata Ermenin Tanımı	KW=7.984 p=0.046
Konforu Sağlamaya Yönelik Yapılan Uygulamalar	KW=2.843 p=0.584
Konfor Bozulduğunda Yapılan Uygulamalar	KW=2.511 p=0.473
Konfor Düzeyini Arttırabilecek Durumlar	KW=8.005 p=0.046
En Konforlu Hissedilen Yer	KW=2.120 p=0.145
Yanında En Konforlu Hissedilen Kişi	KW=0.987 p=0.804

Tablo 12’de hastaların konfor algılarına ilişkin özelliklerine göre GKÖ puan ortalamaları arasındaki istatistiksel analiz sonuçları yer almaktadır. Hastaların konfor algıları ile ilgili “rahata ermenin tanımı” (p=0.046) ve “konfor düzeyini arttırabilecek durumlar” (p=0.046) ile GKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Ancak, “konfor kavramının ne ifade ettiği” (p=0.221), “konfor sağlamaya yönelik yapılan uygulamalar” (p=0.584), “konfor bozulduğunda yapılan uygulamalar” (p=0.473), “en konforlu hissedilen yer” (p=0.145) ve “yanında en konforlu hissedilen kişi” (p=0.804) ile GKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı.

7. TARTIŞMA

Onkoloji hastalarının konfor düzeyini belirlemek amacı ile yapılan bu çalışmanın bulguları ilgili literatür ile tartışılmıştır.

Çalışmamızda, onkoloji hastalarının yarısından fazlasını (%59.2) kadın hastalar oluşturdu. Bu durumun, çalışma kapsamındaki hastaların %36.6'sının meme kanseri olan kadın hastalarla ilişkili olduğu düşünülmüştür. Çalışma bulgumuza benzer şekilde Kim ve Kwon çalışmasında, onkoloji hastalarının %56.1'ini (12); Olt ve arkadaşları %54.3'ünü kadın hastaların oluşturduğunu belirtmiştir (119). Traeger ve arkadaşları ise çalışmasında, onkoloji hastalarının %73.3'ünün kadın olduğunu bildirmiştir ve bu oran çalışma bulgumuzdan daha yüksektir (107). Türkiye'de 2013 yılında kanser hızı erkeklerde 267 9 / 100 000, kadınlarda ise 186 5 / 100 000 olarak bildirilmiştir. Ayrıca, Türkiye'de 2013 yılı kanser istatistiklerine göre 103 070 erkek ve 71 233 kadın yeni kanser tanısı almıştır (31). Araştırma kapsamındaki kadın hastaların genel konfor düzeyi (2.89 ± 0.36) erkek hastalara (2.99 ± 0.31) göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Bu durumun Türkiye'de geleneksel aile yapısı, aile içinde kadınlara düşen rol ve sorumlulukların fazla olması, evde bakım rolünün kadınlar tarafından üstlenilmesi ve hasta olsalar bile ev ve çocukları ile ilgili beklenen rol ve sorumluluklarında değişme olmaması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Onkoloji hastaları dışında kronik hastalığa sahip bireylerde “Erken Postoperatif Konfor Ölçeği” kullanılarak yapılan farklı çalışmalarda, erkek hastaların konfor düzeyi kadın hastalardan daha yüksek bulunmuştur (120, 121). Ancak Üstündağ bypass olan hastalarla Kim ve Kwon ise kemoterapi alan kanser hastaları ile yaptığı çalışmasında, cinsiyetle konfor düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulmamıştır (12, 120). Sönmez ise koroner arter bypass greft ameliyatı uygulanan hastaların konfor ve kaygı deneyimlerini incelediği çalışmasında cinsiyetle konfor düzeyi arasında çalışmamıza paralel olarak anlamlı bir farklılık bulmuştur (121).

Çalışmamızda onkoloji hastalarının %43.7'si 50-64 yaş arasındadır ve yaş ortalaması 53.18 ± 11.32 'dir. Benzer şekilde onkoloji hastalarının konforunu belirlemeye yönelik yapılan bir çalışmada, hastaların yaş ortalaması 53.36 ± 14.45 (12) olarak bulunmuştur. Kanser hastalarında konfor düzeyini araştıran farklı çalışmalarda, Karabacak hastaların yaş ortalamasını 46.14 ± 7.70 (25); Apostolo 51.94 ± 12.41 (105);

Yılmaz ise 49.06 ± 7.96 (84) olarak bulmuştur. Çalışmamızda 65 yaş ve üzeri olan hastaların genel konfor düzeyi (3.08 ± 0.318), diğer yaş grubundaki hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun artan yaşla birlikte hastalığa ve tedavi/bakımına uyumun artması, emekli olan bireylerin düzenli gelire sahip olmaları ya da yaşlı bireylerin konfor beklentilerinin azalmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Yaşın ilerlemesiyle birlikte kanser görülme sıklığı artmaktadır (29). Kanser olgularının yarısı 65 yaş üzerinde görülmekte ve 65 yaş üzeri ölüm nedenleri arasında kanser, kardiyak nedenlerden sonra ikinci sırada yer almaktadır (54). Özellikle meme, serviks, kolorektal, cilt kanserleri yaşla birlikte artış göstermektedir (29). Kocaşlı, 50 yaş ve üzeri kanser hastalarının radyoterapinin ilk haftası konfor düzeyini daha yüksek bulmasına rağmen yaşa göre konfor düzeyinde anlamlı bir farklılık saptamamıştır (122). Yine Yılmaz'ın, meme kanseri olan hastalarla; Apóstolo'nun, genel onkoloji hastaları ile yaptıkları çalışmada, konfor düzeyi ile yaş arasında çalışmamızın aksine anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (84, 105).

Onkoloji hastaları ile ilgili yapılan farklı çalışmalarda, hastaların büyük çoğunluğunun evli olduğu ve bu oranın %71.0 ile %91.5 arasında değiştiği belirtilmektedir (17, 123-125). Bu çalışmalarla da uyumlu olarak çalışmamızdaki hastaların %85.9'u evlidir. Özellikle sosyokültürel yapısı itibarıyla evlenme hızının yüksek olduğu, geleneksel aile yapısının ön planda olduğu Türkiye verileri ile (2014 yılında 599 704) çalışma verilerimizin uyumlu olduğu görülmektedir (126). Çalışmamızda evli hastaların GKÖ puan ortalamaları bekar hastalara göre daha yüksek bulunmakla birlikte hastaların medeni durumlarının konfor düzeylerini anlamlı olarak etkilemediği saptanmıştır. Evli hastaların GKÖ puan ortalamalarının daha yüksek olmasının nedeni olarak, evli olanların sosyal destek sistemlerinin daha fazla olması ve hastaların büyük çoğunluğunun (%56.3) en rahat ettikleri kişilerin eşleri olduğunu ifade etmeleri düşünülmüştür.

Türkiye İstatistik Kurumu 2014 yılı verilerine göre okuma-yazma bilmeyen kişi sayısı 2.66 milyondur (127). Çalışmamızda, onkoloji hastalarının %55.8'inin okuryazar/ilköğretim mezunu olduğu saptandı. Kocaşlı çalışmasında, onkoloji hastalarının %59.5'inin (122); Gül ve ark. çalışmasında %62.7'sinin ilkokul mezunu (123); Tosun ve arkadaşlarının çalışmasında ise %41.7'sinin okuryazar/ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır (17). Çalışmamızda, üniversite mezunu hastaların konfor düzeyi

daha yüksek (3.01 ± 0.35) bulunmakla birlikte onkoloji hastalarının konfor düzeyi ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Üniversite mezunu olan hastaların konfor düzeyinin daha yüksek bulunması, bu hastaların özyönetim, özdenetim, kanser ve tedavi/bakım sürecinde farkındalık düzeylerinin ve bilgiye ulaşma, ulaşılan bilgiyi anlama/yorumlama/kullanma yeteneklerinin daha iyi olması ile ilişkili olabileceğini düşündürmüştür. Çalışmamızı destekler nitelikte kronik hastalarla yapılan bir çalışmada, öğrenim düzeyi yüksek olan hastaların konfor düzeyi yüksek bulunmuş (120), ancak onkoloji hastaları ile yapılan bir çalışmada, çalışmamıza paralel olarak eğitim düzeyleri ile konfor düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (122).

Çalışmaya katılan onkoloji hastalarının %46.5'ini ev hanımları oluşturmaktadır. Bu durum, çalışma grubumuzun yarıdan fazlasının (%59.2) kadın olması ile ilişkilendirilmiştir. Kocaşlı da çalışmasında, onkoloji hastalarının %81.0'inin ev hanımı olduğunu saptamıştır (122). Kim ve Kwon, onkoloji hastalarında herhangi bir meslekte çalışmama oranını %74.5 olarak saptarken (12), Gül ve arkadaşları %83.3 (123) olarak saptamıştır. Çalışmamızda aktif olarak çalışmayan emekli hasta oranı %28.6'dır. Rao ve arkadaşları, onkoloji hastalarının %63.0 - %77.0'ının herhangi bir sakatlık nedeniyle işine ara verdiğini ya da emekli olduğunu saptamıştır (128). Çalışmamızda memur (3.02 ± 0.24) ve emekli (3.05 ± 0.33) hastaların genel konfor düzeyi; ev hanımı (2.84 ± 0.37) olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Bu durum, memurların; düzenli gelire sahip olma, iş yaşamının getirdiği sosyal sorumluluk ve doyum alma ile hastalıkla daha etkin baş edebildiklerini ve böylece konforlarını artırabileceklerini düşündürmüştür. Kronik hastalığa sahip bireylerle yapılan bir çalışmada, memur olan hastaların diğer gruplara göre anlamlı olarak daha yüksek konfor düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (121). Yapılan farklı çalışmalarda, onkoloji hastalarında iş yaşamının ve sosyal sorumluluklarının sürdürülmesi ile konfor düzeylerinin artırılacağı bildirilmektedir (118).

Hastaların ekonomik durumlarının kötü olması hastalıkla baş etmelerini ve konforlarını olumsuz etkilemektedir (129). Çalışmamızda, hastaların %54.9'unun gelir düzeyi giderine eşit/fazladır ve hastaların tamamına yakınının (%97.7) sosyal güvencesi vardır. Yapılan bir çalışmada, onkoloji hastalarının sosyal güvence oranı çalışma bulgumuza yakın olarak %89.9 olarak bulunmuştur (122). Türkiye İstatistik Kurumu

2014 verilerine göre, yoksulluk sınırının altında yaşayan aile oranı %22.4'tür (126). Gül ve arkadaşları, onkoloji hastalarının %18.0'nın (123); Wang ise çalışma bulgumuza benzer olarak %56.9'unun orta gelir düzeyine sahip olduğunu saptamıştır (124). Çalışmamızda, geliri giderine eşit/fazla olan hastalar ile sosyal güvencesi olmayan hastaların genel konfor düzeyi daha yüksek bulunurken; gelir düzeyi ile sosyal güvenceye sahip olma hastaların konfor düzeyini anlamlı olarak etkilememiştir. Bunun nedeni olarak memur ve emekli hastaların düzenli gelirlerinin olması ve sosyal güvencesi olmayan hastaların da hastanede kemoterapi ilaçlarına, tedavi/bakıma ulaşabilir olmaları nedeni ile konfor beklentilerinin karşılandığı düşünülmüştür. Çalışmamızla uyumlu olarak Üstündağ, kronik hastalığa sahip hastalarda gelir durumu yüksek olanların konfor düzeylerini de yüksek bulmuştur (120). Ayrıca, gelir düzeyi düşük olan hastaların anksiyetelerinin daha yüksek, konfor düzeylerinin daha düşük olduğu bildirilmektedir (47, 120, 129). Kocaşlı, radyoterapinin ilk haftasında onkoloji hastalarının konfor düzeyini sosyal güvencesi olanlarda anlamlı olarak yüksek bulurken; radyoterapinin son haftasında, konfor puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptamamıştır (122).

Çalışmamızda hastaların yarıya yakını (%44.6) il merkezinde, %37.6'sı ilçede olmak üzere toplam %82.2'si kentsel alanda yaşamaktadır. Benzer şekilde onkoloji hastaları ile yapılan çalışmalarda kentsel alanda yaşayan onkoloji hasta oranı %83.3 (122) ve %77.3 olarak belirlenmiştir (123). İlde yaşayan hastaların konfor düzeyi ilçe ve köyde yaşayanlara göre daha yüksek olmasına rağmen ikamet edilen yer hastaların konfor düzeyini anlamlı olarak etkilememiştir. Çalışmamızda ilde yaşayan hastaların konfor düzeyinin daha yüksek olmasının nedeni olarak, çalışmanın yürütüldüğü hastanenin il merkezinde yer alması ve sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşılabilir olması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Onkoloji hastalarının konfor düzeyini değerlendiren bir çalışmada, çalışmamızla uyumlu olacak şekilde ikamet edilen bölge ile konfor düzeyi arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (122).

Türkiye'nin geleneksel aile yapısı günümüzde değişen yaşam koşulları nedeni ile değişmeye ve çekirdek aile yapısına dönüşmeye başlamıştır. Türkiye İstatistik Kurumu 2013 yılı verilerine göre, yalnız yaşayan birey oranı %8.9, çekirdek aile oranı ise %53.6 olarak bildirilmiştir (126). Literatürdeki bu bilgilere paralel olarak çalışmamızda hastaların %49.8'i eş ve çocuklarıyla birlikte çekirdek aile olarak yaşamaktadır. Benzer

şekilde Kocaeli da onkoloji hastalarının %69.3'ünün eş ve çocuklarıyla birlikte yaşadığını belirlemiştir (122). Çalışmamızda eşyle birlikte yaşayan hastaların konfor düzeyi daha yüksek bulunmakla birlikte evde yaşanan kişiler hastaların konfor düzeyini anlamlı olarak etkilememiştir. Ancak Dasgupta ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, onkoloji hastalarının %68.0'inin eşe sahip olduğu ve eş olmayan erkek ve kadın hastaların mortalitesinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (130). Borstelmann ve arkadaşlarının çalışmasında ise eş desteğinin stres yönetiminde, anksiyeteyi azaltmada ve hasta konforunu arttırmada katkı sağlayabileceği belirtilmiştir (131). Literatürle uyumlu olarak çalışmamızda, hastaların yarısından fazlası (%56.3) yanında en konforlu hissettikleri kişinin “eşleri” olduğunu belirtmesi bu durumu destekler niteliktedir.

Türkiye’de en sık görülen ilk beş kanser türü dünya verileriyle paralel seyrederken erkeklerde bronş ve akciğer kanseri (59.3 / 100 000 kişide), kadınlarda ise meme kanseri (45.9 / 100 000 kişide) en sık görülen kanser türüdür (31). Türkiye’de 2009-2013 yılları arasında yayımlanmış olan onkoloji hemşireliği alanında yapılmış araştırmaları inceleyen sistematik derlemede; meme kanseri, jinekolojik kanserler, kolorektal kanserler ve hematolojik kanser türlerinin en sık görülen kanserler olduğu saptanmıştır (132). Çalışma kapsamındaki hastaların kanser türleri incelendiğinde; öncelikle hastaların meme kanseri (%36.6), GİS kanseri (%31.5) ve genitoüriner sistem kanseri (%19.7) olduğu görülmektedir. Onkoloji hastaları ile yapılan farklı çalışmalarda kanser türleri incelendiğinde; meme kanseri (%58.6) (133) GİS kanseri (%39.8) (12) ve akciğer kanserinin (%22.6) ilk sıralarda yer aldığı belirlenmiştir (67). Çalışmamızda GİS kanseri olan hastaların genel konfor düzeyi diğer kanser türlerine sahip hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni olarak GİS kanserlerini oluşturan mide, kolon, karaciğer kanserlerinin cerrahi operasyonla tedavi edilebilir olması ile hastaların yaşam umudunu artırabileceği düşünülmüştür. Ancak, hastaların kanser türleri ile genel konfor düzeyi arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Yapılan bir çalışmada, ileri evre mide kanserinde bile ortalama sağ kalım süresinin 26.10 ay olduğu saptanmıştır (134). Kore’de yapılan bir çalışma sonucu yaşlı gastrointestinal hastaların fiziksel sağlık durumları puanı düşük olsa da küratif cerrahi sonrası diğer fonksiyonel alanlarının iyi olduğu saptanmıştır (135).

Dünya genelinde 2012 yılında 14 milyon insan yeni kanser tanısı almıştır ve önümüzdeki 20 yıl içinde bu oranın %70.0 oranında artması beklenmektedir (5).

Günümüzde hızla gelişen teknoloji nedeniyle yaşam süresinin uzaması; değişen yaşam koşulları nedeniyle sedanter ve stresli yaşam tarzının artışı; radyasyon/çeşitli kimyasal maddelere maruziyetin artması gibi faktörler kanser görülme sıklığını arttırmaktadır (5). Çalışma kapsamına alınan onkoloji hastalarının yarısı (%52.1) bir yıldan az süredir kanser tanısına sahiptir. Benzer şekilde Coa ve arkadaşlarının çalışmasında, onkoloji hastalarının %52.5'inin tanı süresi bir yıldan az bulunmuştur (66). Onkoloji hastalarında konfor düzeyini değerlendiren başka bir çalışmada da, bir yıl ve daha az süredir kanser tanısıyla yaşamını sürdüren hasta oranı %64.3 olarak bulunmuştur (12). Onkoloji hastalarında depresyon, anksiyete gibi olumsuz durumların yanında hastalık sürecinde artan işlevsellik düzeyiyle paralel olarak daha iyi olmayı tanımlayan olumlu bazı yaşantıların da (%60-90) olabildiği bildirilmektedir. Genç yaş, gelir düzeyinin yüksek olması, olumlu aktif baş etme yöntemleri, yakın desteğinin iyi olması, yaşam kalitesi ve yaşam süresi kanser sürecinin olumlu yaşantıları ile ilişkili etmenlerdir (136). Çalışmamızda kanser süresi 11 yıl ve üzeri olan hastaların genel konfor düzeyinin diğer hastalara göre daha yüksek bulunması; hastaların hastalık sürecini kısmen kabullenmiş, uyum sağlamış, hastalıkla baş etme mekanizmaları geliştirmiş olmaları ile ilişkili olabileceğini düşündürmüştür. Ancak kanser süresi hastaların konfor düzeyini anlamlı olarak etkilememiştir.

Çalışmamızda hastaların %52.1'i bir yıldan az bir süredir kanser tanısı almış olmasına rağmen, %47.4'ü evre IV, %36.6'sı evre III'te tanılanmıştır. Özmen, meme kanseri hastalarının %44.0'ının evre II'de (137); Küçüköner kolorektal kanser hastalarının %34.2'sinin evre III'te tanıldığını belirtmiştir (138). Bu durum, hastaların kanserin erken belirti ve bulgularla birlikte kanser tanı yöntemleri hakkında yeterince farkındalıklarının oluşmamış olabileceğini düşündürmüştür. Literatürde bireylerin kanserden korunma ve erken tanı hakkında bilinçlendirilmesi ve farkındalık oluşturulmasının erken evrelerde tanılanmaya katkı sağlayacağı belirtilmektedir (2, 39). Çalışmamızda evre IV'te olan hastaların genel konfor düzeyi (2.96 ± 0.37) diğer evrelere göre daha yüksek bulunmakla birlikte kanser evresi hastaların genel konfor düzeyini anlamlı olarak etkilememiştir. İleri evre kanser hastalarının konfor düzeyinin daha yüksek olması beklenen sonuç olmasa da özellikle evre IV kanserde kabullenme, teslim olma, huzurlu ölüm, rahat ölüm gibi duyguların ön plana çıkmış olabileceğini düşündürmüştür.

Çalışmamızda hastaların %23.9'u 1. kür, %17.8'i 2. kür, %20.7'si 3. kür kanser kemoterapisi almaktadır. Apostolo'nun çalışmasında, onkoloji hastalarının %64.0'ı beş ya da daha az kür kemoterapisi almaktadır (105). Çalışmamızda 2. kür kemoterapi alan hastaların genel konfor düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni olarak, ilk kür kemoterapiden sonra hastalar tarafından deneyimlenen kemoterapi semptomlarına uyum sağlamanın ve bu semptomlarla baş etmenin konfor düzeyini artırmış olabileceği düşünülmüştür. Ancak kemoterapi kür sayısı hastaların genel konfor düzeyini anlamlı olarak etkilememiştir.

Çalışmamızda, onkoloji hastaları konfor kavramının kendilerine ilk önce “huzur-mutluluk (%32.9)”, “sağlık (%29.1)” ve “ağrının olmamasını (%23.9)” ifade ettiğini belirtmiştir. Konforun kelime anlamı “üzüntü, sıkıntının olmaması, sıkıntı ve ağrıdan kurtularak fiziksel ve maddi olarak iyi olma durumu, ruhsal sıkıntı ya da ızdıraptan kurtulma, bedensel gereksinimlerinin karşılanması” şeklindedir. Çalışmamızda, konfor kavramının hastalara ifade ettiği anlamlarla literatürdeki konfor kavramının birbiri ile uyumlu olduğu görülmektedir (19, 24, 98). “Erken Postoperatif Konfor Ölçeği” ile koroner arter bypass greft ameliyatı uygulanan hastaların konfor düzeyini değerlendiren bir çalışmada, hastaların %31.4'ü “ameliyat sonrası konfor nedir” sorusuna çalışmamıza paralel “ağrının olmaması” olarak yanıt vermiştir (121). Son yıllarda yaşam bulgusu olarak tanımlanan ağrı, Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanısı Birliği (NANDA) hemşirelik tanıları arasında konforda/rahatla değişim tanısının bir alt hemşirelik tanısı olarak ele alınmaktadır (102). Ancak hastaların konfor kavramı ile ilgili ifade ettiği tanımlarla, konfor düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı.

Çalışmamızda hastalar “rahata erme” kavramının “iyileşme (%47.0)”, “hastaneye gelmeme/özgür olma (%27.7)”, “hastalığın yayılmaması (%13.1)” ve “ölmek (%12.2)” olduğunu ifade etmiştir. Yapılan istatistiksel analizde “hastaneye gelmeme/özgür olma” ve “hastalığın yayılmaması” yanıtlarını veren hastaların “iyileşme” yanıtını veren hastalara göre genel konfor düzeyi anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun, iyileşmek isteyen kanser hastalarının henüz hastalıkla baş edememesi, bir an önce bu durumdan kurtulmak istemesinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür. “hastaneye gelmeme/özgür olmayı” rahata ermek olarak tanımlayan hastalar, haftanın belirli günlerinde/saatlerinde kemoterapi ünitesine gelmenin konfor düzeyini azalttığını düşünebilir. Diğer taraftan da “hastalığın yayılmamasını” rahata ermek olarak

tanımlayan hastaların hastalıkları yayılmadığında konfor düzeylerinin iyi olduğunu düşündükleri söylenebilir.

Kanserde önleme, erken tanı, tedavi, mücadele ve yaşam sonu bakım olmak üzere önemi gittikçe artan önemli faktörler tanımlanmıştır. Kanser tedavisi süresince ortaya çıkan fiziksel ve psikospritu el semptomların  y netimine odaklanan bakım programları mücadele aşamasında hastaların öz  y netimine katkı sağlayabilmektedir. Hastaların semptom  y netimine aktif olarak katılmaması kanserle mücadele sürecini olumsuz etkileyebilmektedir (108). Çalışmamızda, hastalar konforlarını sağlamaya yönelik öncelikle “hiçbir şey yapmadıklarını (%31.9) ve “doğada yürüyüş yaptıklarını (%26.3)” ifade etmişlerdir. Ayrıca, hastalar konforları bozulduğunda öncelikle “dua ettiklerini (%41.3)”, “yalnız kaldıklarını (%26.3)” ve “uyuduklarını (%21.6) belirtmişlerdir. Çiftçi’nin Serebrovasküler olay geçiren hastalarla yaptığı çalışmasında, konfor sağlamaya yönelik hastaların %58.3’ünün gevşeme tekniği olarak hiçbir şey yapmadığı saptanmıştır. Aynı çalışmada gevşeme tekniği olarak hastaların %4.2’si doğada yürüyüş yapmayı, %2.8’i yalnız kalarak rahatlamayı, %1.4’  ise uyumayı tercih etmiştir (139). Ancak,  alı mamızda hastaların konforlarını sağlamaya ve konforları bozulduğunda yaptıkları uygulamalar ile genel konfor düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Kanser kemoterapisi bireyin yaşamını ve konforunu fiziksel (ağrı, bulantı, alopesi, diyare), psikospritu el (anksiyete, güçsüzlük, depresyon), çevresel (uzun süreli hastane ortamında bulunma) ve sosyokültürel (i  kaybı, sosyal izolasyon) olarak bütün boyutları ile olumsuz etkilemektedir (11, 13, 70, 82, 140). Çalışmamızda, hastaların konfor düzeylerini artıracak durumlara verdikleri yanıtlara bakıldığında; hastalar konfor düzeylerinin öncelikle “kemoterapi almamak (%50.2)”, “maddi durumunun daha iyi olması (%26.3)” ve “ ocuklarının yaşamlarını kazanması (%14.6)” ile artacağını belirtmiştir. G r ld   gibi hastaların yarısı kemoterapi almanın konforlarını bozduğunu düşünmektedir. Yapılan istatistiksel analizde, “kemoterapi almamak” yanıtlarını veren hastaların genel konfor düzeyi “maddi durumunun daha iyi olması” ve “ ocuklarının yaşamlarını kazanması” yanıtını veren hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Hastaların yaşamı ve konforu kanser tedavisinde kullanılan kemoterapötiklerin türüne ve yan etkilerine göre farklı boyutlarda etkilenebilmektedir (11, 13, 55). Kanser hastaları bir süre sonra kanserle yaşamaktan çok kemoterapinin yan

etkileri ile mücadele etmektedir. Bu nedenle hastalar kemoterapi almamanın konfor düzeylerini artırabileceğini düşünmektedir.

Sosyal destek, onkoloji hastalarının genel iyilik hali için bakım kadar yararlı bir kavramdır (15, 47, 82). Çalışmamızda, hastalar kendilerini en konforlu hissettikleri yerin “evleri (%89.7)”; yanında en konforlu hissettikleri kişilerin “eşleri (%56.3)” ve “aileleri (%35.2)” olduğunu belirtmişlerdir. Hastalık ve tedavi/bakım sürecinde hastaların evinde olmasının, ailesi tarafından sevilmesinin, dinlenmesinin, önemsenmesinin, onlarla duygusal paylaşım içinde olmasının ve aidiyet hissetmesinin konfor düzeyini arttırabileceği düşünülmüştür. Dedeli ve ark., onkoloji hastalarının fonksiyonel durumları bozulsan bile sosyal desteklerinin oldukça fazla olduğunu belirlemişlerdir (15). Ancak hastaların en konforlu hissettikleri yer ve yanında en konforlu hissettikleri kişiler ile genel konfor düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Çalışmaya katılan hastaların GKÖ toplam puanı 140.63 ± 16.86 ve GKÖ puan ortalaması 2.93 ± 0.35 olarak bulunmuştur. Bu puan aralığı, hastalarımızın konfor düzeyinin ortanın üzerinde olduğunu göstermektedir. Yılmaz, kemoterapi alan meme kanserli hastalarla yaptığı çalışmasında, GKÖ toplam puanı deney grubu hastalarında 140.46 ± 13.10 olarak belirlemiştir (84). Kocaşlı, GKÖ’den geliştirilen “Radyoterapi Konfor Ölçeği’ni (RTKÖ)” kullanarak erken evre meme kanseri olan ve radyoterapi alan hastaların konfor puan ortalamasını radyoterapinin ilk haftasında 4.57 ± 0.72 (potansiyel puan dağılımı 1-6), son haftasında 4.44 ± 0.75 olarak ortanın üzerinde bulmuştur (122). Yine Karabacak da, radyoterapi alan meme kanseri hastalarında RTKÖ’yü kullanarak yaptığı çalışmasında; hastaların konfor düzeyini ortanın üzerinde bulmuştur (25). Çalışma verilerimiz, Yılmaz, Kocaşlı ve Karabacak’ın konfor düzeyine ilişkin bulgularının ortanın üzerinde olması ile paralellik göstermektedir. Ayrıca, çalışma kapsamındaki hastaların konfor düzeyinin ortanın üzerinde olmasının hastaların 1. kür (%23.9) kanser kemoterapisi almaları nedeniyle kemoterapi semptomlarını aktif deneyimlememesi ve tanı süresinin bir yıldan az olması (%52.1) ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Aynı zamanda hastaların yarıdan fazlasının gelirlerinin giderlerine eşit/fazla olması (%54.9), tamamına yakınının (%97.7) sosyal güvencesinin olması ve yalnız yaşamaması (%96.7) konfor düzeylerinin beklendiğinden yüksek olmasına katkı sağlamış olabilir.

Onkoloji hastalarının ağrı, bulantı, kusma, mukozit ve diyare gibi fiziksel semptomlarının giderilmesi ile fiziksel konfor düzeyinin arttırılabileceği belirtilmektedir (55, 61, 69, 108). Çalışmamızda, hastaların fiziksel konfor boyutu toplam puanı, ortalamanın üzerinde 34.80 ± 5.33 (potansiyel puan dağılımı 12-48) olarak bulunmuştur. Terzi'nin yoğun bakım hastalarının konfor düzeyini belirlemeye yönelik yaptığı çalışmada, GKÖ fiziksel alt boyutu puan ortalaması çalışmamıza benzer şekilde 34.46 ± 4.58 olarak bulunmuştur. Üstündağ'ın koroner arter bypass greft ameliyatı olan hastaların konfor ve kaygı deneyimlerini değerlendiren çalışmasında, hastaların hemotokrit ve hemoglobin değerleri ile genel konfor düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu; hastaların göğüs ağrılarının geçmesi, solunumlarının rahatlaması gibi fiziksel semptomlarının giderilmesi ile fiziksel kapasitelerinin arttığı ve konfor düzeylerinin yükseldiği belirtilmektedir (120). Ayrıca, Chen ve Cheng'in hepatoselüler karsinoma olan hastalarla yaptığı çalışmada da, hastaların en sık deneyimlediği semptomlardan biri olan abdominal distansiyonun fiziksel konfor boyutunda azalmaya neden olduğu saptanmıştır (116). Kim ise onkoloji hastaları ile yaptığı çalışmasında, hastaların fiziksel konfor boyutunu, psikospiritüel ve çevresel konfor boyutuna göre daha yüksek bulmuştur (12).

Ölüm/yok olma korkusu, kaygı, belirsizlik, acı duyma korkusu, yas süreci, suçluluk duygusu gibi tepkiler hastanın fiziksel otonomisini, dengesini, duygu durumunu, zihinsel işlevlerini, beden algısını değiştirerek karmakarışık duygular yaşamasına, problem çözme becerilerinin etkisizleşmesine ve çıkmazların üstesinden gelebilme gücünün kaybedilmesine neden olarak onkoloji hastalarının psikospiritüel konforunu olumsuz etkileyebilmektedir (141). Ancak, çalışmamızda, konfor boyutları arasında en yüksek düzeyde psikospiritüel konfor boyutu (39.72 ± 5.87) (potansiyel dağılım 13-52) bulunmuştur. Bunun nedeni olarak, hastaların konforları bozulduğunda öncelikle dua ettikleri (%41.3) ve bu yöntemle belirsizlikler, anksiyete ve korku gibi semptomları ile daha iyi başa çıkabildikleri düşünülmüştür. Ayrıca onkoloji hastaları ile yapılan farklı çalışmalarda, kanser hastalarının dua etme gibi baş etme yöntemlerini daha sıklıkla kullandıkları belirtilmektedir (142, 143). Üstündağ ve Sönmez'in çalışmasında, psikospiritüel boyutun kavramlarından biri olan anksiyete ile konfor düzeyi arasında negatif yönde bir ilişki saptanmış ve konfor düzeyi yüksek olan hastaların anksiyetelerinin de düşük olduğu belirlenmiştir (120, 121). Yine Kutlu'nun

çalışmasında, depresyonu olmayan hastaların fiziksel sağlık, sosyal ilişkiler, psikolojik sağlık ve çevre alanı depresyonu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (16).

Çalışmamızda, hastaların çevresel konfor boyutu ortanın üzerinde ancak konfor boyutları arasında en düşük düzeyde (35.58 ± 6.45) (potansiyel dağılım 13-52) saptanmıştır. Chen ve Cheng de onkoloji hastaları ile yaptığı çalışmada, hastane şartlarının ev ortamına benzememesi nedeni ile hastaların çevresel konfor boyutunda azalma olduğunu saptamıştır (116). Araştırma kapsamındaki hastaların çoğunluğu (%89.7) en konforlu hissettikleri yerin “evleri” olduğunu ifade etmişlerdir. Son dönemlerini evlerinde geçiren kanser hastalarının, evlerinde kendilerini güvende hissettikleri, fiziksel ve duygusal rahatlık yaşadıkları belirtilmektedirler (144). Çalışma grubumuzdaki hastaların çevresel konfor boyutunun ortanın üzerinde bulunması, hastaların ayaktan kemoterapi alıp evlerine dönebiliyor olmasının konfor düzeylerini arttıran bir faktör olabileceğini düşündürmüştür. Ancak çalışmamızda, hastaların çevresel konfor boyutunun diğer konfor boyutlarından daha düşük olması, ünite de kemoterapi alan hastaların ortak tuvalet kullanmaları ve enfeksiyon açısından tedirgin olmaları ile ilişkili olabilir. Sönmez de çalışmasında, hasta odaları, tuvalet ve banyoların yeterli düzeyde temiz tutulması ve denetlenmesi için gerekli fiziksel iyileştirmelerin yapılmasının hastaların konfor düzeyi üzerinde olumlu etkisi olacağını bildirmektedir (121).

Çalışmamızda, hastaların sosyokültürel konfor boyutu konfor boyutları arasında (30.53 ± 3.56) (potansiyel dağılım 10-40) yüksek düzeyde bulunmuştur. Bu durumun, hastaların tamamına yakınının (%96.7) en az bir kişi (eş, çocuk, anne, kardeş) ile birlikte yaşamasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Apostolo, aile üyelerinin onkoloji hastalarının konfor düzeyini yükseltebildiğini ve hastalara sevilmiş hissettirdiğini belirlemiş, özellikle hastalıkla baş etmede, kayıp ve tehdit duygusunun yaşandığı zor zamanlarda ailenin hastalara destek, cesaret ve rahatlatma sağladığını belirtmiştir. Aynı çalışmada hastaların, tedavi/bakım sürecinde ailelerinin ya da arkadaşlarının desteğini hissetmelerinin kendilerine güç verdiğini, hastalıkla yüzleşmelerine yardımcı olduğunu ve konforlarını arttırdığını ifade etmiştir (105). Westby ve arkadaşları ise konfora yakın bir kavram olan yaşam kalitesi ile sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki saptamıştır (23). Onkoloji hastalarının konfor düzeyini

belirlemeye yönelik yapılan bir çalışmada, hastaların sosyokültürel konfor boyutu çalışmamıza paralel olarak çevresel konfor boyutundan daha yüksek saptanmıştır (12). Bütüncül bir kavram olan konforun tüm boyutları birbiri ile ilişkilidir. Bu nedenle hastaların sosyokültürel konfor boyutlarının yükselmesi fiziksel rahatlamalarıyla da yakından ilişkili olmakla birlikte diğer konfor boyutlarında da iyileşme sağlayabilmektedir (105).

Ferahlama; “bireyin konforunu bozan, sıkıntı veren durumdan kurtulma hissi”; rahatlama, “sakin, rahat ya da huzur içinde olma durumu” ve üstünlük “sorunların üstesinden gelme, mevcut gücün artması sonucu yenilenme hissi” olarak tanımlanmaktadır (18, 19, 24). Çalışmamızda hastaların ferahlama düzeyi puan ortalaması 47.39 ± 5.92 (potansiyel dağılım 16-64), rahatlama düzeyi puan ortalaması 49.57 ± 6.85 (potansiyel dağılım 17-68) ve üstünlük düzeyi puan ortalaması 43.67 ± 6.28 (potansiyel dağılım 15-60) olarak ortanın biraz üzerinde belirlendi. Terzi’nin yoğun bakım hastaları ile yaptığı konfor çalışmasında, çalışmamıza paralel hastaların konfor düzeyi puan ortalamasının (ferahlama (47.60 ± 5.03), rahatlama (53.88 ± 4.41), üstünlük (48.26 ± 4.49) ortanın biraz üzerinde olduğu belirlenmiştir (102).

Genel Konfor Ölçeği taksonomik yapısına göre çalışmamızda hastaların fiziksel ferahlama puan ortalaması 10.73 ± 1.94 (potansiyel dağılım 4-16), fiziksel rahatlama puan ortalaması 11.47 ± 2.52 (potansiyel dağılım 4-16), fiziksel üstünlük puan ortalaması 12.61 ± 2.19 (potansiyel dağılım 4-16) olarak belirlendi. Çalışmamızda, hastaların genitoüriner sistem kanserleri ile GKÖ fiziksel üstünlük alt boyutu puan ortalaması arasında anlamlı fark bulundu. Mesane (13.71 ± 2.05) ve testis-prostat kanseri (13.27 ± 1.61) olan hastaların over-endometrium kanseri (11.29 ± 2.38) olan hastalara göre GKÖ fiziksel üstünlük alt boyutu puan ortalaması daha yüksek saptanmıştır. Bu durumun mesane-testis-prostat kanseri olan hastaların öz yönetim, öz beceri yeteneklerini geliştirmiş; sorunların üstesinden kendilerinin gelebileceğine inanmış, güçlenmiş hissetmeleri ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Yapılan bir çalışmada, prognozu iyi olan testis kanseri hastalarında fiziksel semptomların kontrol edilmesi ve gereksinimlerinin karşılanması ile anksiyete ve depresyon sıklığının azaltıldığı ve hastalıkla baş etmede öz yönetim becerilerinin artırıldığı belirtilmektedir (140). Ayrıca, over kanseri olan kadınların; tedavi sekelleri, cinsel problemler, nüks etme korkusu gibi

birçok ısrarlı fiziksel ve psikolojik semptomlar deneyimlediği ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği bildirilmektedir (81).

Hastaların psikospiritüel ferahlama puan ortalaması 12.46 ± 2.51 (potansiyel dağılım 4-16), psikospiritüel rahatlama puan ortalaması 14.37 ± 2.35 (potansiyel dağılım 5-20), psikospiritüel üstünlük puan ortalaması 12.90 ± 2.07 (potansiyel dağılım 4-16) olarak bulundu. Onkoloji hastalarının karşılanmayan konfor gereksinimlerinin, daha sonraki girişimler için olumsuz beklentiye neden olduğu, özgüveni azalttığı ve anksiyeteyi arttırdığı bildirilmektedir (108). Artan anksiyete ise hastalarda ferahlama hissinin oluşmasına engel olmakta ve psikospiritüel konfor düzeyini azaltmaktadır (4, 61, 113). İkinci ve 5. kür kemoterapi alan hastaların psikospiritüel ferahlama alt boyutu puan ortalamaları 3. ve 4. kür kemoterapi alan hastalara göre daha yüksek saptanmıştır. Bunun nedeni olarak, 2. kür kemoterapi alan hastalarda bulantı, kusma, alopesi gibi semptomların yeni başlaması; 5. kürde ise şiddetlenen semptomlarla birlikte hastanın yeni baş etme becerileri geliştirmesi ve hasta yakınlarının artan semptomlarla birlikte bu süreçte hastaya daha fazla destek olmaları ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Çalışmamızda, kemoterapi kür sayısının hastaların psikospiritüel ferahlama alt boyutunu anlamlı olarak etkilediği bulunmuştur. Çalışmamızın aksine kemoterapi alan onkoloji hastalarında yapılan bir çalışmada, kemoterapi kürü ile konfor düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (105).

Hastaların çevresel ferahlama puan ortalaması 12.23 ± 1.97 (potansiyel dağılım 4-16), çevresel rahatlama puan ortalaması 11.65 ± 2.29 (potansiyel dağılım 4-16), çevresel üstünlük puan ortalaması 11.70 ± 3.78 (potansiyel dağılım 5-20) olarak saptandı. Kanser türü, kanser süresi, kanser evresi, kemoterapi kür sayısı ile hastaların GKÖ çevresel ferahlama, çevresel rahatlama ve çevresel üstünlük alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bunun nedeni olarak, çevresel konfor boyutunun aydınlatma, gürültü, ortamın rengi, kokusu, ısısı gibi faktörlerin iyileştirilmesi ile ilgili alan olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Hastaların sosyokültürel ferahlama puan ortalaması 11.97 ± 2.24 (potansiyel dağılım 4-16), sosyokültürel rahatlama puan ortalaması 12.08 ± 1.97 (potansiyel dağılım 4-16), sosyokültürel üstünlük puan ortalaması 6.47 ± 1.34 (potansiyel dağılım 2-8) olarak belirlendi. Hastaların GKÖ sosyokültürel ferahlama, sosyokültürel rahatlama ve

sosyokültürel üstünlük alt boyutlarını; kanser türü, kanser süresi, kanser evresi, kemoterapi kür sayısı etkilememiştir. Bununla ilgili olarak, kansere ilişkin özelliklerle ilgili hastaların kendi benliklerine yönelmiş olabilecekleri düşünülmüştür.



8. SONUÇ ve ÖNERİLER

8.1. Sonuçlar

Onkoloji hastalarının konfor düzeyini değerlendirmek amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

1. Hastaların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; hastaların %59.2'sinin kadın; %43.7'sinin 50-64 yaşında (yaş ortalaması 53.18 ± 11.32); %85.9'unun evli, %55.8'inin okuryazar/ilköğretim mezunu, %46.5'inin ev hanımı, %54.9'unun gelirinin giderine eşit/fazla olduğu, %97.7'sinin sosyal güvencesinin olduğu, %44.6'sının ilde ikamet ettiği, %49.8'inin eş ve çocuklarıyla birlikte yaşadığı belirlendi (Tablo 1).
2. Hastaların hastalığa ilişkin özellikleri incelendiğinde; hastaların %36.6'sının meme kanseri olduğu, %31.5'inin GİS kanseri olduğu ve GİS kanseri olan hastaların %16.4'ünün kolorektal kanseri olduğu belirlendi. Hastaların %19.7'sinin genitoüriner sistem kanseri olduğu ve genitoüriner sistem kanseri olan hastaların %11.3'ünün over/endometriyum kanseri olduğu saptandı. Hastaların %52.1'inin kanser süresinin bir yıldan az olduğu, %47.4'ünün kanser evresinin evre IV olduğu, %23.9'unun 1. kür kemoterapi aldığı bulundu (Tablo 2).
3. Hastaların konfora ilişkin algıları incelendiğinde; hastaların %32.9'unun konfor kavramının kendilerine “huzur-mutluluk” ifade ettiğini, %47.0'ının rahata ermenin “iyileşme” olduğunu, %31.9'unun konforu sağlamaya yönelik “hiçbir şey” yapmadığını, %41.3'ünün konforu bozulduğunda “dua ettiğini”, %50.2'sinin konfor düzeyini arttırabilecek durumun “kemoterapi almama/iyileşme” olduğunu, %89.7'sinin en konforlu hissettiği yerin “evi” olduğunu ve %56.3'ünün “eşinin” yanında en konforlu hissettiğini ifade ettiği saptandı (Tablo 3).
4. Hastaların GKÖ puan ortalaması ile GKÖ ve alt boyutları toplam puanı incelendiğinde; hastaların GKÖ puan ortalaması 2.93 ± 0.35 , fiziksel boyut puan ortalaması 34.80 ± 5.33 , psikospiritüel boyut puan ortalaması 39.72 ± 5.87 , çevresel boyut puan ortalaması 35.58 ± 6.45 , sosyokültürel boyut puan ortalaması 30.53 ± 3.56 ; ferahlama düzeyi puan ortalaması 47.39 ± 5.92 , rahatlama düzeyi puan ortalaması 49.57 ± 6.85 ve üstünlük düzeyi puan

ortalaması 43.67 ± 6.28 olarak belirlendi. GKÖ toplam puanı ise 140.63 ± 16.86 olarak belirlendi (Tablo 4).

5. Genel Konfor Ölçeği taksonomik yapıya göre hastaların GKÖ puan ortalamaları incelendiğinde; hastaların fiziksel ferahlama puan ortalaması 10.73 ± 1.94 , fiziksel rahatlama puan ortalaması 11.47 ± 2.52 , fiziksel üstünlük puan ortalaması 12.61 ± 2.19 olarak belirlendi. Hastaların psikospiritüel ferahlama puan ortalaması 12.46 ± 2.51 , psikospiritüel rahatlama puan ortalaması 14.37 ± 2.35 ve psikospiritüel üstünlük puan ortalaması 12.90 ± 2.07 olarak bulundu. Hastaların çevresel ferahlama puan ortalaması 12.23 ± 1.97 , çevresel rahatlama puan ortalaması 11.65 ± 2.29 ve çevresel üstünlük puan ortalaması 11.70 ± 3.78 olarak saptandı. Hastaların sosyokültürel ferahlama puan ortalaması 11.97 ± 2.24 , sosyokültürel rahatlama puan ortalaması 12.08 ± 1.97 ve sosyokültürel üstünlük puan ortalaması 6.47 ± 1.34 olarak belirlendi (Tablo 5).
6. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre GKÖ puan ortalamaları incelendiğinde; hastaların GKÖ puan ortalamaları; erkeklerde 2.99 ± 0.31 , 65 yaş ve üzerinde 3.08 ± 0.31 , evlilerde 2.93 ± 0.35 , üniversite mezunlarında 3.01 ± 0.35 , emeklilerde 3.05 ± 0.33 , gelir gidere eşit/fazla olanlarda 2.96 ± 0.35 , sosyal güvencesi olmayanlarda 3.10 ± 0.21 , ilde yaşayanlarda 2.96 ± 0.34 ve eşi ile birlikte yaşayanlarda 3.01 ± 0.30 olarak belirlendi. Hastaların genel konfor düzeyi ile cinsiyet ($p=0.036$), yaş ($p=0.028$) ve meslek ($p=0.002$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunurken; GKÖ puan ortalamaları ile medeni durum ($p=0.789$), eğitim düzeyi ($p=0.187$), gelir düzeyi ($p=0.228$), sosyal güvence ($p=0.199$), ikamet edilen yer ($p=0.559$) ve evde birlikte yaşanan kişiler ($p=0.237$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (Tablo 6).
7. Hastaların hastalık özelliklerine göre GKÖ puan ortalamaları incelendiğinde; hastaların GKÖ puan ortalamaları; GİS kanser olanlarda 2.99 ± 0.29 , kanser süresi 11 yıl ve üzeri olanlarda 3.15 ± 0.31 , kanser evresi evre III olanlarda 2.92 ± 0.32 ve 2. kür kemoterapi alanlarda 3.01 ± 0.31 olarak saptandı. Hastaların genel konfor düzeyi ile kanser türü ($p=0.564$), kanser süresi

($p=0.265$), kanser evresi ($p=0.548$) ve kemoterapi kür sayısı ($p=0.091$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (Tablo 7).

8. Hastaların hastalık özelliklerine göre GKÖ fiziksel ferahlama, fiziksel rahatlama ve fiziksel üstünlük alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde; hastaların fiziksel ferahlama puan ortalamaları GİS kanseri olanlarda 11.06 ± 1.85 , GİS kanserlerden kolorektal kanser olanlarda 11.06 ± 1.47 , genitoüriner sistem kanserlerinden testis-prostat kanseri olanlarda 11.09 ± 2.25 , kanser süresi 1-5 yıl olanlarda 10.97 ± 2.06 , kanser evresi evre IV olanlarda 10.88 ± 1.91 ve 4. kür kemoterapi alanlarda 11.03 ± 1.52 olarak belirlendi. Hastaların fiziksel rahatlama puan ortalamalarına bakıldığında; meme kanseri olanlarda 11.58 ± 2.37 , GİS kanserlerden mide kanseri olanlarda 11.71 ± 2.43 , genitoüriner sistem kanserlerinden mesane kanseri olanlarda 12.57 ± 2.14 , kanser süresi 11 yıl ve üzeri olanlarda 12.00 ± 2.07 , kanser evresi evre II olanlarda 11.82 ± 2.20 ve 1. kür kemoterapi alanlarda 11.96 ± 2.60 olarak belirlendi. Hastaların fiziksel üstünlük puan ortalamaları ise GİS kanseri olanlarda 12.79 ± 2.01 , GİS kanserlerden kolorektal kanser olanlarda 13.00 ± 2.08 , genitoüriner sistem kanserlerinden mesane kanseri olanlarda 13.71 ± 2.05 , kanser süresi 11 yıl ve üzeri olanlarda 13.63 ± 1.40 , kanser evresi evre III olanlarda 12.77 ± 2.26 ve 1. kür kemoterapi alanlarda 13.08 ± 2.01 olarak belirlendi. Hastaların GKÖ alt boyutlarından fiziksel ferahlama, fiziksel rahatlama ve fiziksel üstünlük puan ortalamaları ile kanser türü ($p=0.377$, $p=0.994$, $p=0.819$), GİS kanser türü ($p=0.508$, $p=0.389$, $p=0.389$), kanser süresi ($p=0.315$, $p=0.913$, $p=0.199$), kanser evresi ($p=0.317$, $p=0.641$, $p=0.708$) ve kemoterapi kür sayısı ($p=0.822$, $p=0.491$, $p=0.199$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı. Hastaların GKÖ alt boyutlarından fiziksel ferahlama ($p=0.368$) ve fiziksel rahatlama ($p=0.287$) puan ortalamaları ile genitoüriner sistem kanserleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken, GKÖ alt boyutlarından fiziksel üstünlük ($p=0.015$) puan ortalamaları ile genitoüriner sistem kanserleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu (Tablo 8).
9. Hastaların hastalık özelliklerine göre GKÖ psikospiritüel ferahlama, psikospiritüel rahatlama ve psikospiritüel üstünlük alt boyutları puan

ortalamları incelendiğinde; hastaların psikospiritüel ferahlama puan ortalamaları GİS kanseri olanlarda 12.84 ± 2.26 , GİS kanserlerinden kolorektal kanser olanlarda 13.11 ± 2.06 , genitoüriner sistem kanserlerinden mesane kanseri olanlarda 13.86 ± 1.86 , kanser süresi 11 yıl ve üzeri olanlarda 14.00 ± 2.39 , kanser evresi evre 4 olanlarda 12.63 ± 2.75 ve 5. kür kemoterapi alanlarda 13.50 ± 2.31 olarak bulundu. Hastaların psikospiritüel rahatlama puan ortalamaları akciğer kanseri olanlarda 14.59 ± 2.29 , GİS kanserlerinden kolorektal kanseri olanlarda 14.37 ± 1.97 , genitoüriner sistem kanserlerinden mesane kanseri olanlarda 14.71 ± 2.56 , kanser süresi 11 yıl ve üzeri olanlarda 16.00 ± 2.50 , kanser evresi evre III olanlarda 14.45 ± 2.26 ve 2. kür kemoterapi alanlarda 14.82 ± 2.21 olarak belirlendi. Hastaların psikospiritüel üstünlük puan ortalamaları GİS kanseri olanlarda 13.36 ± 1.77 , GİS kanserlerinden karaciğer-pankreas kanseri olanlarda 13.45 ± 1.44 , genitoüriner sistem kanserlerinden mesane kanseri olanlarda 13.14 ± 1.86 , kanser süresi bir yıldan az olanlarda 12.99 ± 2.00 , kanser evresi evre III olanlarda 13.08 ± 1.97 ve 2. kür kemoterapi alanlarda 13.16 ± 1.74 olarak belirlendi. Hastaların GKÖ alt boyutlarından psikospiritüel ferahlama, psikospiritüel rahatlama ve psikospiritüel üstünlük puan ortalamaları ile kanser türü ($p=0.321$, $p=0.987$, $p=0.164$), GİS kanser türleri ($p=0.515$, $p=0.730$, $p=0.570$), genitoüriner sistem kanser türleri ($p=0.411$, $p=0.841$, $p=0.433$), kanser süresi ($p=0.054$, $p=0.167$, $p=0.449$) ve kanser evresi ($p=0.618$, $p=0.654$, $p=0.367$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı. Hastaların kemoterapi kür sayısı ile GKÖ psikospiritüel rahatlama ($p=0.199$) ve psikospiritüel üstünlük ($p=0.949$) ve alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken, GKÖ psikospiritüel ferahlama ($p=0.046$) alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu (Tablo 9).

10. Hastaların hastalık özelliklerine göre GKÖ çevresel ferahlama, çevresel rahatlama ve çevresel üstünlük alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde; hastaların çevresel ferahlama puan ortalamaları; genitoüriner kanser olanlarda 12.45 ± 2.08 , GİS kanserlerinden kolorektal kanser olanlarda 12.51 ± 2.00 , genitoüriner sistem kanserlerinden mesane kanseri olanlarda 13.14 ± 1.67 , kanser süresi 11 yıl ve üzeri olanlarda 13.63 ± 1.76 , kanser evresi evre IV

olanlarda 13.63 ± 1.76 ve 2. kür kemoterapi alanlarda 12.53 ± 1.81 olarak belirlendi. Hastaların çevresel rahatlama puan ortalamaları GİS kanseri olanlarda 12.04 ± 1.98 , GİS kanserlerinden karaciğer-pankreas kanseri olanlarda 12.00 ± 2.23 , genitoüriner sistem kanserlerinden mesane kanseri olanlarda 12.57 ± 2.50 , kanser süresi 11 yıl ve üzeri olanlarda 12.63 ± 2.13 , kanser evresi evre III olanlarda 11.83 ± 2.35 ve 2. kür kemoterapi alanlarda 12.29 ± 2.24 olarak saptandı. Hastaların çevresel üstünlük puan ortalamaları ise akciğer kanseri olanlarda 11.88 ± 4.28 , GİS kanserlerinden karaciğer-pankreas kanseri olanlarda 13.09 ± 3.70 , genitoüriner sistem kanserlerinden over-endometrium kanseri olanlarda 11.50 ± 3.64 , kanser süresi 11 yıl ve üzeri olanlarda 12.88 ± 4.85 , kanser evresi evre IV olanlarda 11.92 ± 4.09 ve 1. kür kemoterapi alanlarda 12.27 ± 3.79 olarak belirlendi. Hastaların GKÖ alt boyutlarından çevresel ferahlama, çevresel rahatlama ve çevresel üstünlük puan ortalamaları ile kanser türü ($p=0.237$, $p=0.497$, $p=0.769$), GİS kanserleri ($p=0.687$, $p=0.491$, $p=0.458$), genitoüriner sistem kanserleri ($p=0.522$, $p=0.269$, $p=0.455$), kanser süresi ($p=0.237$, $p=0.497$, $p=0.769$), kanser evresi ($p=0.411$, $p=0.217$, $p=0.721$) ve kemoterapi kür sayısı ($p=0.910$, $p=0.062$, $p=0.081$) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (Tablo 10).

11. Hastaların hastalık özelliklerine göre GKÖ sosyokültürel ferahlama, sosyokültürel rahatlama ve sosyokültürel üstünlük alt boyutları puan ortalamaları incelendiğinde; hastaların sosyokültürel ferahlama puan ortalamaları; GİS kanser olanlarda 12.45 ± 1.90 , GİS kanserlerinden kolorektal kanser olanlarda 12.80 ± 1.87 , genitoüriner sistem kanserlerinden over-endometrium kanseri olanlarda 11.75 ± 2.15 , kanser süresi 6-10 yıl olanlarda 12.60 ± 2.60 , kanser evresi evre IV olanlarda 12.08 ± 2.32 ve 1. kür kemoterapi alanlarda 12.33 ± 2.34 olarak saptandı. Hastaların sosyokültürel rahatlama puan ortalamaları; meme kanseri olanlarda 12.24 ± 2.12 , GİS kanserlerinden kolorektal kanseri olanlarda 12.23 ± 1.64 , genitoüriner sistem kanserlerinden testis-prostat kanseri olanlarda 12.91 ± 1.97 , kanser süresi 11 yıl ve üzeri olanlarda 13.38 ± 1.59 , kanser evresi evre IV olanlarda 12.32 ± 1.93 ve 1. kür kemoterapi alanlarda 12.53 ± 1.39 olarak belirlendi. Hastaların sosyokültürel üstünlük puan ortalamaları ise primeri bilinmeyen kanseri olanlarda

7.00±1.41, GİS kanserlerinden mide kanseri olanlarda 6.76±1.09, genitoüriner sistem kanserlerinden testis-prostat kanseri olanlarda 6.82±1.16, kanser süresi 1-5 yıl olanlarda 6.65±1.25, kanser evresi evre III olanlarda 6.37±1.40 ve 3. kür kemoterapi alanlarda 6.77±1.42 olarak belirlendi. Hastaların GKÖ sosyokültürel ferahlama, sosyokültürel rahatlama ve sosyokültürel üstünlük alt boyutları puan ortalamaları ile kanser türü (p=0.255, p=0.574, p=0.540), GİS kanserleri (p=0.348, p=0.095, p=0.511), genitoüriner sistem kanserleri (p=0.864, p=0.192, p=0.729), kanser süresi (p=0.564, p=0.122, p=0.515), kanser evresi (p=0.496, p=0.260, p=0.500) ve kemoterapi kür sayısı (p=0.241, p=0.055, p=0.258) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (Tablo 11).

12. Hastaların konfor algılarına ilişkin özelliklerine göre GKÖ puan ortalamaları arasındaki istatistiksel analiz sonuçları incelendiğinde; hastaların konfor algıları ile ilgili “rahata ermenin tanımı” (p=0.046) ve “konfor düzeyini arttırabilecek durumlar” (p=0.046) ile GKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanırken; “konfor kavramının ne ifade ettiği” (p=0.221), “konfor sağlamaya yönelik yapılan uygulamalar” (p=0.584), “konfor bozulduğunda yapılan uygulamalar” (p=0.473), “en konforlu hissedilen yer” (p=0.145) ve “yanında en konforlu hissedilen kişi” (p=0.804) ile GKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (Tablo 12).

8.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre şu önerilerde bulunabiliriz;

1. Kadın hastaların konfor düzeyinin erkek hastaların konfor düzeyinden daha düşük olması nedeni ile kadın hastaların hastalık sürecinde sosyal ve bireysel sorumluluklarının azaltılması ya da kadın hastaların sosyal destek sistemlerinin arttırılması ya da güçlendirilmesi,
2. Yaş gruplarına göre konforu etkileyen faktörlerin tanımlanması ve konfor beklentilerinin karşılanması,
3. Sağlık profesyonellerinin özellikle hemşirelerin hasta bakımını sağlamada bireysel ve bütüncül konfor bakımı sunması,

4. Onkoloji hastalarının deneyimlediği kemoterapi semptomlarının hastanın fiziksel konforunu olumsuz etkilemesi nedeniyle, her hastada ortaya çıkan semptomların ayrı ayrı tanımlanması ve giderilmesine yönelik girişimlerin planlanması,
5. Onkoloji hastalarının fiziksel konfor boyutunu olumsuz etkileyen semptomların hastanın psikospiritüel konfor boyutunu da olumsuz etkilemesi nedeniyle hastaların semptomlar hakkında bilgilendirilmesi,
6. Kanser tanısı ve tedavisi nedeniyle hastaların sosyokültürel konfor boyutunun olumsuz etkilenmesi nedeniyle hastaların iş yaşamının desteklenmesi,
7. Hemşirelik bakım planlarında konfor ile ilgili hemşirelik tanılarına ve girişimlerine yer verilmesi; hasta bakım planları hazırlama süresince bireyin konforunun değerlendirilmesi ve GKÖ'nün kullanımının yaygın hale getirilmesi,
8. Hemşirelerin hastaya bireysel ve hedefe yönelik bakım vermelerini sağlamak ve bakımı somut hale getirmek için, hastanın konfor düzeyini ölçülebilir hale getirilmesinin yanında hastaların rutin konfor değerlendirmesinin yapılması,
9. Hastaların ev ortamında daha konforlu hissetmeleri nedeniyle, hastane şartlarında mümkün olabilecek en uygun düzenlemelerle ev ortamı havası oluşturulması ya da tedavinin evde bakımla devam etmesi,
10. Hastaların büyük çoğunluğunun yanında en konforlu hissettikleri kişinin eşleri olması nedeniyle, evli hastalarda uygun eğitimlerle eş desteğinin artırılması,
11. Emekli ve memur hastaların konfor düzeyi daha yüksek olması nedeniyle, işi ve düzenli geliri olmayan hastalara istihdam sağlanması; ev hanımı olan hastaların ise sosyal faaliyetlere yönlendirilmesi,
12. Onkoloji hastalarının psikososyal yönden desteklenmesi,
13. Kanser tanısı ve tedavisine bağlı hastaların çevresel konfor boyutunun olumsuz etkilenmesi nedeniyle hastane ortamının ısı, ışık, gürültü, hijyen, manzara yönünden düzenlenmesi,
14. Kanser tedavi/bakım süresince hastaların konfor düzeyinin yükseltilmesi için eğitim ve rehabilitasyon programlarının yaygınlaştırılması,

15. Hastaların psikospiritüel ferahlama boyutunu kemoterapi kür sayısının etkilemesi nedeniyle, alınan kemoterapi ilacının türüne ve kürüne göre hastaların deneyimlediği fiziksel semtomların yanı sıra psikospiritüel konfor gereksinimlerinin karşılanması,
16. Onkoloji hastalarının konfor düzeyinin iyileştirilmesinde bireysel ve kültürel özelliklerine yönelik hemşirelik bakımının sunulması.



9. KAYNAKLAR

1. Dedeli Ö, Karadeniz G (2009). Kanser ağrısının kontrolü ile psikososyal-spiritüel modelin birleştirilmesi. *Ağrı Dergisi* 21(2): 45-53.
2. Şahin S (2015). Kanserde erken tanı ve tarama programları. *Ege Tıp Dergisi* 54(10):41-45.
3. Uğur Ö (2014). Kanser hastasının semptom yönetimi. *Turkish Journal of Oncology/Türk Onkoloji Dergisi* 29(3): 125-135.
4. Düzen KÖ (2015). Kanser hastalarında semptom kontrolü ve tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 8(2): 67-76.
5. WHO (2015). Cancer. Erişim Adresi: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>. [Erişim Tarihi 18 Mart 2016].
6. TÜİK (2014). İstatistiklerle Türkiye 2013. [Online]. Erişim Adresi: <http://www.tuik.gov.tr>. [Erişim tarihi: 18. 02. 2015].
7. Luengo-Fernandez R, Leal J, Gray A, Sullivan R (2013). Economic burden of cancer across the European Union: a population-based cost analysis. *The Lancet Oncology* 14(12): 1165-1174.
8. Kantarjian H, Rajkumar SV (2015). Why are cancer drugs so expensive in the United States, and what are the solutions?. In *Mayo Clinic Proceedings* 90(4): 500-504.
9. Gıda Hareketi (2016). [Online]. Erişim Adresi: <http://www.gidahareketi.org/NewsPrint.aspx?Id=1231&ModuleName=haberleri>. [Erişim Tarihi: 18 Mart 2016].
10. Gurung S, Pandey RA (2016). Perception of side effects of chemotherapy among cancer patients in BP Koirala Memorial Cancer Hospital Bharatpur, Nepal. *Journal of College of Medical Sciences-Nepal* 11(4): 14-19.
11. Hintistan S, Pekmezci H, Nural N, Güner SG (2015). Kemoterapi alan hastalarda psikolojik semptomlar. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 4(1): 1-9.
12. Kim KS, Kwon SH (2007). Comfort and quality of life of cancer patients. *Asian Nursing Research* 1(2): 125-135.

13. Seven M, Akyüz A, Sever N, Dinçer Ş (2013). Kanseri tanısı alan hastaların yaşadığı fiziksel ve psikolojik semptomların belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 12(3): 219-224.
14. Bahar A (2007). Kanseri hastalarına psikososyal yaklaşım. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences* 10(1): 105-111.
15. Dedeli Ö, Fadiloğlu Ç, Uslu R (2008). Kanseri bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi* 23(3): 132-139.
16. Kutlu R, Çivi S, Börüban ME, Demir A (2011). Kanseri hastalarda depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi* 27(3): 149-53.
17. Tosun AS, Doğan S, Kartın PT, Zincir H (2015). Radyoterapi uygulanan kanseri hastalarının bakım vericilerinin bakım verme yükü ve yaşam kalitesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences* 18(1): 9-16.
18. Karabacak Ü, Acaroğlu R (2011). Konfor kuramı. *Maltepe Üniversitesi Bilim ve Sanat Dergisi* 4(1): 197-202.
19. Erdemir F, Çırlak A (2013). Rahatlık kavramı ve hemşirelikte kullanımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 6(4): 224-230.
20. Hou YF, Zhao AP, Feng YX, Cui XN, Wang LL, Wang LX (2014). Nurses' knowledge and attitudes on comfort nursing care for hospitalized patients. *International Journal of Nursing Practice* 20(6): 573-578.
21. Serçekuş P, Türkçü SG (2015). Jinekolojik kanseri hastalarda cinsellik. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 8(1): 36-38.
22. Hopkinson JB, Brown JC, Okamoto I, Addington-Hall JM (2012). The effectiveness of patient-family carer (couple) intervention for the management of symptoms and other health-related problems in people affected by cancer: A systematic literature search and narrative review. *Journal of Pain and Symptom Management* 43(1): 111-142.

23. Westby RP, Berg CJ, Leach C (2016). Gender, race, BMI, and social support in relation to the health-related quality of life of cancer survivors: a report from the American Cancer Society's Study of Cancer Survivors II (SCS-II). *Quality of Life Research* 25(2): 409-421.
24. Kolcaba K (2015). Katharine Kolcaba's Comfort Theory. *Nursing theories and nursing practice*, FA Davis Company, PA19103, Philadelphia; 381.
25. Karabacak Ü (2004). Meme Kanserli Hastalarda Konforu Destekleyici Hemşirelik Bakımının ve Eğitimin Radyoterapi Uygulaması ile Etkileşimi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
26. Tuncer G, Yucel SC (2013). Comfort and anxiety levels of women with early stage breast cancer who receive radiotherapy. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP* 15(5): 2109-2114.
27. Karadağ E, Uğur Ö (2015). Kanserli hastalarda çok konuşulmayan bir uygulama: Sanat terapisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 8(2): 142- 144.
28. International Agency for Research on Cancer (2012). All Cancers (excluding non-melanoma skin cancer) Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012 [Online]. Available from: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx. [Accessed 10 April 2016].
29. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2013). Ulusal Kanser Kontrol Planı 2013-2018 [Online]. Erişim Adresi: http://www.iccp-portal.org/sites/default/files/plans/Ulusal_Kanser_Kontrol_Plani_2013_2018.pdf. [Erişim Tarihi: 10 Mart 2016].
30. Türkiye İstatistik Kurumu (2014). Ölüm Nedeni İstatistikleri [Online]. Erişim Adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18855>. [Erişim Tarihi: 18 Mart 2016].
31. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kanser Dairesi Başkanlığı (2016). 2013 Yılı Türkiye Kanseri İstatistikleri [Online]. Erişim Adresi: http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/ANA_rapor_2013v01_2.pdf. [Erişim Tarihi 18 Mart 2016].

32. Hill BT (2014). Etiology of cancer. In clinical ophthalmic oncology (Ed: Singh AD, Damato B). New York; 13-18.
33. Masaoka H, Matsuo K, Ito H, Wakai K, Nagata C, Nakayama T, Mizoue T (2016). Cigarette smoking and bladder cancer risk: an evaluation based on a systematic review of epidemiologic evidence in the Japanese population. Japanese Journal of Clinical Oncology; hyv188. doi: 10.1093/jjco/hyv188.
34. Woo HD, Kim J (2013). Dietary flavonoid intake and smoking-related cancer risk: a meta-analysis. PLoS One 8(9): e75604.
35. American Cancer Society (2014). Can Infections Cause Cancer? [Online]. Erişim Adresi: <http://www.cancer.org/cancer/cancercauses/othercarcinogens/infectiousagents/infectiousagentsandcancer/infectious-agents-and-cancer-intro>. [Erişim Tarihi 22 şubat 2016].
36. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kanser Dairesi Başkanlığı (2012). Risk Faktörleri [Online]. Erişim Adresi: <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-nedir/15-risk-faktorleri.html>. [Erişim Tarihi 18 Mart 2016].
37. American Cancer Society (2016). Cancer Causes [Online]. Erişim Adresi: <http://www.cancer.org/cancer/cancercauses/othercarcinogens/athome/index>. [Erişim Tarihi 18 Mart 2016].
38. National Cancer Institute (2013). Genetics Syndromes [Online]. Available from: <http://www.cancer.gov/aboutcancer/causesprevention/genetics#syndromes>. [Accessed 23 February 2016].
39. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kanser Dairesi Başkanlığı (2013). Evreleme [Online]. Erişim Adresi: <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-tedavisi/33-evreleme.html>. [Erişim Tarihi: 12.05.2016].
40. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kanser Dairesi Başkanlığı (2016). Kanser Tedavisi [Online]. Erişim Adresi: <http://kanser.gov.tr/kanser/kanser-tedavisi/38-kanser-tedavisi.html>. [Erişim Tarihi 18 Mart 2016].
41. Cheng F, Wang W (2014). Factors influencing comfort level in head and neck neoplasm patients receiving radiotherapy. International Journal of Nursing Sciences 1(4): 394-399.

42. Fadıloğlu Ç, Tokem Y, Özçelik H (2008). Biyolojik ajanların kullanımında hemşirenin sorumlulukları. Türk Onkoloji Dergisi 23(1): 45-53.
43. Kütük B (2016). Kemoterapi Uygulanan Kanserli Hastalarda Özbakımın Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
44. Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (2012). Kemoterapi Ajanlarını Güvenli Uygulama [Online]. Erişim Adresi: <http://hastane.beun.edu.tr/v.2/wp-content/uploads/2012/10/Kemoterapi-Ajanlar%C4%B1n%C4%B1-G%C3%BCvenli-Uygulama.pdf>. [Erişim Tarihi 14 Mayıs 2016].
45. Özkaraman A, Yeşilbakan OU (2015). Periferik intravenöz kemoterapi uygulamasına yönelik hemşirelik yönetimi. Osmangazi Journal of Medicine 36(1): 27-34.
46. Ateş S, Olgun N (2014). Kemoterapiye bağlı alopesi ve yaşam kalitesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 1(1): 67-80.
47. Çalışkan T, Duran S, Karadaş A, Tekir Ö (2015). Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 17(1): 27-36.
48. Süzer Ö (2010). Antineoplastikler [Online]. Erişim Adresi: http://www.onersuzer.net/eski/pdf/tr/25_Antineoplastikler.pdf. [Erişim Tarihi: 18 Mart 2016].
49. American Cancer Society (2016). Types of Chemotherapy Drugs [Online]. Erişim Adresi: <http://www.cancer.org/treatment/treatmentsandsideeffects/treatmenttypes/chemotherapy/chemotherapyprinciplesanin-depthdiscussionofthetechniquesanditsroleintreatment/chemotherapy-principles-types-of-chemo-drugs> [Erişim Tarihi: 18 Mart 2016].
50. Türk Tıbbi Onkoloji Derneği (2016). Kemoterapi İlaçları Yan Etkileri [Online]. Erişim Adresi: http://www.kanser.org/toplum/?action=kemoterapi&kat_id=2. [Erişim Tarihi: 18 Mart 2016].
51. Tamamyan G, Danelyan S, Lambert MP (2016). Chemotherapy induced thrombocytopenia in pediatric oncology. Critical Reviews in Oncology/Hematology 99(2016): 299-307.

52. Torresan MM, Garrino L, Borraccino A, Macchi G, De Luca A, Dimonte V (2015). Adherence to treatment in patient with severe cancer pain: A qualitative enquiry through illness narratives. *European Journal of Oncology Nursing* 19(4): 397-404.
53. Smith TJ, O'Neil J (2016). *Fundamentals of cancer pain management. In supportive cancer care.* Springer International Publishing; doi: 10.1007/978-3-319-24814-1_7.
54. Mutluay E (2015). Yaşlı kanser hastalarında ağrı. *Turkish Journal of Oncology/Türk Onkoloji Dergisi* 30(2): 90-95.
55. Can G (2007). *Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Semptom Yönetimi.* Birinci Baskı. 3P-Pharma Publication Planning, No.14, İstanbul; 13-219.
56. Bag B (2012a). Kanser hastalarında yorgunluğa bağlı psikososyal sorunlar ve çözüm önerileri. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 21(4): 253-273.
57. Süren M, Doğru S, Önder Y, Çeltekin N, Okan İ, Çıtıl R, Karaman S, Başol N (2015). Son dönem kanser hastalarında semptom kümelerinin incelenmesi. *Ağrı* 27(1): 12-17.
58. Kuter DJ (2015). Managing thrombocytopenia associated with cancer chemotherapy. *Oncology (Williston Park, NY)* 29(4): 282-294.
59. Sasaki T, Takenaka Y, Hayashi T, Yamamoto M, Cho H, Fukusumi T, Takemoto N, Hanamoto A, Yasui T, Nakahara S, Yamamoto Y, Mitani K, Inohara H (2015). Factors predicting severe infections during chemotherapy in head and neck cancer patients. *Acta oto-laryngologica* 135(10): 1086-1091.
60. Hopkinson JB (2016). Food connections: A qualitative exploratory study of weight-and eating-related distress in families affected by advanced cancer. *European Journal of Oncology Nursing* 20: 87-96.
61. Arslan M, Özdemir L (2015). Kemoterapiye bağlı gelişen bulantı-kusmanın yönetiminde kullanılan tamamlayıcı tedavi yöntemleri. *Turkish Journal of Oncology/Türk Onkoloji Dergisi* 30(2): 82-89.

62. Özdelikara A, Tan M (2014). Meme Kanseri Hastalarında Refleksolojinin Kemoterapiye Bağlı Bulantı, Kusma ve Yorgunluk Üzerine Etkisi. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
63. Topcuoğlu P (2007). Gastrointestinal Sistem Toksikitesi. Hematolojide Destek Tedavileri ve Enfeksiyonlar Kursu 16-18 [Online]. http://www.thd.org.tr/thdData/userfiles/file/HEM_DES_2007_10.pdf. [Erişim Tarihi 30 Nisan 2016].
64. Sommariva S, Pongiglione B, Tarricone R (2015). Impact of chemotherapy-induced nausea and vomiting on health-related quality of life and resource utilization: A systematic review. *Critical reviews in oncology/hematology* 99 (2016): 13-36.
65. Sözeri E, Kutlutürkan S (2015). Kemoterapiye bağlı tat alma değişikliği ve hemşirelik bakımı. *Çağdaş Tıp Dergisi* 5(Ek): 99-103.
66. Coa KI, Epstein JB, Ettinger D, Jatoi A, McManus K, Platek ME, Price W, Stewart M, Teknos TN, Moskowitz B. (2015). The impact of cancer treatment on the diets and food preferences of patients receiving outpatient treatment. *Nutrition and Cancer* 67(2): 339-353.
67. Amano K, Maeda I, Morita T, Tatara R, Katayama H, Uno T, Takagi I (2015). Need for nutritional support, eating-related distress and experience of terminally ill patients with cancer: a survey in an inpatient hospice. *BMJ Supportive & Palliative care*; 000783. doi: 10.1136/bmjspcare-2014-000783.
68. Fearon K, Strasser F, Anker SD, Bosaeus I, Bruera E, Fainsinger RL, Jatoi A, Loprinzi C, MacDonald N, Mantovani G, Davis M, Muscaritoli M, Ottery F, Radbruch L, Ravasco P, Walsh D, Wilcock A, Kaasa S, Baracos VE (2011). Definition and classification of cancer cachexia: an international consensus. *The Lancet Oncology* 12(5): 489-495.
69. Çıtlak K, Kapucu S. (2015). Kemoterapi alan hastalarda görülen oral mukozitin önlenmesi ve tedavisinde güncel yaklaşımlar: Kanıta Dayalı Uygulamalar. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2(1): 70-77.

70. Dua P, Heiland MF, Kracen AC, Deshields TL (2015). Cancer-related hair loss: a selective review of the alopecia research literature. *Psycho-Oncology*; doi: 10.1002/pon.4039.
71. Magge RS, DeAngelis LM (2015). The double-edged sword: neurotoxicity of chemotherapy. *Blood Reviews* 29(2): 93-100.
72. Park SB, Goldstein D, Krishnan AV, Lin CS, Friedlander ML, Cassidy J, Koltzenburg M, Kiernan MC (2013). Chemotherapy-induced peripheral neurotoxicity: A critical analysis. *CA: A Cancer Journal for Clinicians* 63(6): 419-437.
73. Ward PR, Wong MD, Moore R, Naeim A (2014). Fall-related injuries in elderly cancer patients treated with neurotoxic chemotherapy: a retrospective cohort study. *Journal of Geriatric Oncology* 5(1): 57-64.
74. Abdel-Qadir H, Amir E, Thavendiranathan P (2016). Prevention, detection and, management of chemotherapy related cardiac dysfunction. *Canadian Journal of Cardiology*; doi:10.1016/j.cjca.2016.01.028.
75. Hamo CE, Bloom MW, Cardinale D, Ky B, Nohria A, Baer L, Skopicki H, Lenihan DJ, Gheorghiade M, Lyon AR, Butler J (2016). Cancer therapy-related cardiac dysfunction and heart failure part 2: prevention, treatment, guidelines, and future directions. *Circulation: Heart Failure* 9(2): e002843.
76. King PD, Perry MC (2001). Hepatotoxicity of chemotherapy. *The Oncologist* 6(2): 162-176.
77. Ulubaş B (2013). Kemoterapi ilaçlarının akciğer toksisitesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Pulmonary Medicine Special Topics* 6(2): 20-31.
78. Jia JB, Lall C, Tirkes T, Gulati R, Lamba R, Goodwin SC (2015). Chemotherapy-related complications in the kidneys and collecting system: an imaging perspective. *Insights into Imaging* 6(4): 479-487.
79. Pınar G (2010). Kanser tedavisi alan hastalarda cinsel disfonksiyon ve danışmanlığa ilişkin hemşirelik yaklaşımları. *Gülhane Tıp Dergisi* 52: 241-247.

80. Terzioğlu F, Alan H (2015). Jinekolojik kanser tedavisi sırasında yaşanan psikolojik sorunların kadının cinsel yaşamına etkisi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences* 18(2): 140-147.
81. Ahmed-Lecheheb D, Joly F (2016). Ovarian cancer survivors' quality of life: a systematic review. *Journal of Cancer Survivorshi*; doi: 10.1007/s11764-016-0525-8.
82. Bag B (2012). Psiko-Onkoloji, psikososyal sorunlar ve ölçüm yöntemleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 4(4): 449-464.
83. Weis J (2015). Psychosocial care for cancer patients. *Breast Care* 10(2): 84-86.
84. Yilmaz SG, Arslan S (2015). Effects of progressive relaxation exercises on anxiety and comfort of Turkish breast cancer patients receiving chemotherapy. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP* 16(1): 217.
85. Pektekin Ç (2013). Hemşirelik felsefesi. Kuramlar-bakım modelleri ve politik yaklaşımlar. Birinci Baskı. İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık, No.4 İstanbul, 33-46.
86. Kolcaba K (2003). Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research. 1th ed. Springer Publishing Company, New York; 15-201.
87. Kolcaba KY (1995). The art of comfort care. *Image: the Journal of Nursing Scholarship* 27(4): 287-289.
88. Kolcaba KY (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing* 19(6): 1178-1184.
89. Goodwin M, Steiner SH (2007). A Novel Theory for nursing education holistic comfort. *Journal of Holistic Nursing* 25(4): 278-285.
90. Paiva BSR, de Carvalho AL, Kolcaba K, Paiva CE (2015). Validation of the Holistic Comfort Questionnaire-caregiver in Portuguese-Brazil in a cohort of informal caregivers of palliative care cancer patients. *Supportive Care in Cancer* 23(2): 343-351.
91. Malinowski A, Stamler LL (2002). Comfort: exploration of the concept in nursing. *Journal of advanced nursing* 39(6): 599-606.

92. Kolcaba KY, Kolcaba RJ (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing* 16(11): 1301-1310.
93. Kolcaba K, Tilton C, Drouin C (2006). Comfort theory: A unifying framework to enhance the practice environment. *Journal of Nursing Administration* 36(11): 538-544.
94. Siefert ML (2002). Concept analysis of comfort. In *Nursing Forum* 37(4):16-23.
95. Masters K (2014). *Nursing theories: a framework for professional practice*. Jones & Bartlett Publishers; 329-338.
96. Arora S (2015). Integration of Nursing Theories in Practice. *International Journal of Nursing Science Practice and Research* 1(1): 8-12.
97. Kolcaba KY (1991). A taxonomic structure for the concept comfort. *Image: The Journal of Nursing Scholarship* 23(4): 237-240.
98. Kuğuoğlu S, Karabacak Ü (2008). Genel Konfor Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 16(61): 16-23.
99. Kolcaba K (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook* 49(2): 86-92.
100. Kolcaba K (1992). Holistic comfort: Operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. *Advances in Nursing-Science* 15(1): 1-10.
101. Tutton E, Seers K (2003). An exploration of the concept of comfort. *Journal of Clinical Nursing* 12(5): 689-696.
102. Terzi B (2014) Yoğun Bakım Ünitesinde Planlı Kabul Protokolü Uygulamasının Hastanın Konfor Düzeyi ve Fizyolojik Parametrelerine Etkisi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
103. Kolcaba K, Schirm V, Steiner R (2006). Effects of hand massage on comfort of nursing home residents. *Geriatric Nursing* 27(2): 85-91.
104. Kolcaba K, Dowd T, Steiner R, Mitzel A (2004). Efficacy of hand massage for enhancing the comfort of hospice patients. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 6(2): 91-102.

105. Apóstolo JLA (2010). Suffering and comfort in patients undergoing chemotherapy. Second World Congress on Cancer, Shenzhen, China, 18-21 August 2010.
106. Tosun B, Aslan Ö, Tunay S, Akyüz A, Özkan H, Bek D, Açiksöz S (2015). Turkish version of Kolcaba's Immobilization Comfort Questionnaire: A validity and reliability study. *Asian Nursing Research* 9(4): 278-284.
107. Traeger L, McDonnell TM, McCarty CE, Greer JA, El-Jawahri A, Temel JS (2015). Nursing intervention to enhance outpatient chemotherapy symptom management: Patient-reported outcomes of a randomized controlled trial. *Cancer* 121(21): 3905-3913.
108. McCarthy M, Glick R, Green J, Plummer K, Peters K, Johnsey L, DeLuca C. (2013). Comfort First: an evaluation of a procedural pain management programme for children with cancer. *Psycho-Oncology* 22(4): 775-782.
109. Lamino DDA, Turrini RNT, Kolcaba K (2014). Cancer patients caregivers comfort. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 48(2): 278-284.
110. Cheng KK, Lee DT (2011). Effects of pain, fatigue, insomnia, and mood disturbance on functional status and quality of life of elderly patients with cancer. *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 78(2): 127-137.
111. Oberholzer R, Hopkinson JB, Baumann K, Omlin A, Kaasa S, Fearon KC, Strasser F (2013). Psychosocial effects of cancer cachexia: a systematic literature search and qualitative analysis. *Journal of Pain and Symptom Management* 46(1): 77-95.
112. Grassi L, Berardi MA, Ruffilli F, Meggiolaro E, Andritsch E, Sirgo A, Caruso R, Juan Linares E, Bellé M, Massarenti S, Nanni MG (2015). Role of psychosocial variables on chemotherapy-induced nausea and vomiting and health-related quality of life among cancer patients: A European study. *Psychotherapy and Psychosomatics* 84(6): 339-347.
113. Bondarenko IM, Phokhach AV (2016). The characteristics of side effects of different modes of chemotherapy for breast cancer. *Medical Perspectives* 21(1): 23-26.

114. Brandão T, Tavares R, Schulz MS, Matos PM (2016). Measuring emotion regulation and emotional expression in breast cancer patients: A systematic review. *Clinical psychology review* 43: 114-127.
115. Hopko DR, Clark CG, Cannity K, Bell JL (2016). Pretreatment depression severity in breast cancer patients and its relation to treatment response to behavior therapy. *Health Psychology* 35(1): 10.
116. Chen Y, Cheng SF (2013). Comfort care for a hepatocellular carcinoma patient in hospice ward. *BMJ Supportive & Palliative Care* 3(2): 278-278.
117. Blaney JM, Lowe-Strong A, Rankin-Watt J, Campbell A, Gracey JH (2013). Cancer survivors' exercise barriers, facilitators and preferences in the context of fatigue, quality of life and physical activity participation: a questionnaire-survey. *Psycho-Oncology* 22(1): 186-194.
118. Keim-Malpass J, Levine B, Danhauer SC, Avis NE (2015). Work-related perceptions and quality of life among breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*; doi: 10.1002/pon.3951.
119. Olt S, Ergenç H, Baykara M, Arpacı E, Yaylacı S, Demirci H, Tamer A (2015). Onkoloji kliniğinde takip ettiğimiz hastaların geriye dönük incelenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi* 5(2): 77-81.
120. Üstündağ H (2009). Koroner Arter Bypass Graft Cerrahisi Uygulanan Hastaların Konfor Düzeyi. Doktora tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. .
121. Sönmez A (2013). Koroner Arter Bypass Graft Ameliyatı Uygulanan Hastaların Konfor ve Kaygı Deneyimlerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
122. Kocaşlı S (2006). Cerrahi Girişim Sonrası Radyoterapi Alan Erken Evre Meme Kanseri Kadınlarında Konfor Düzeyi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
123. Gül A, Üstündağ H, Andsoy II, Kalkanlı S (2014). Anxiety and pain in surgically treated breast cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP* 16(10): 4261-4264.

124. Wang JW., Gong XH, Ding N, Chen XF, Sun L, Tang Z, Yu JM (2015). The influence of comorbid chronic diseases and physical activity on quality of life in lung cancer survivors. *Supportive Care in Cancer* 23(5): 1383-1389.
125. Kuijpers W, Groen WG, Loos R, Oldenburg HS, Wouters, MW, Aaronson NK, van Harten WH (2015). An interactive portal to empower cancer survivors: a qualitative study on user expectations. *Supportive Care in Cancer* 23(9): 2535-2542.
126. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2015). İstatistiklerle Aile, 2014 [Online]. Erişim Adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18624>. [Erişim Tarihi 26 nisan 2016].
127. TÜİK (2014). Eğitim İstatistikleri [Online]. Erişim Adresi: <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>. [Erişim Tarihi 13 Mayıs 2016].
128. Rao SM, Fahey KF, Miaskowski C (2012, January). A randomized, clinical trial of education or motivational-interviewing-based coaching compared to usual care to improve cancer pain management. In *Oncology Nursing Forum* 39(1): 39.
129. Karabuğa H (2009). Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
130. Dasgupta P, Turrell G, Aitken JF, Baade PD (2016). Partner status and survival after cancer: A competing risks analysis. *Cancer epidemiology* 41(2016): 16-23.
131. Borstelmann NA, Rosenberg SM, Ruddy KJ, Tamimi RM, Gelber S, Schapira L, Partridge AH (2015). Partner support and anxiety in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology* 24(12): 1679-1685.
132. Bağcıvan G, Uysal N, Karaaslan A, Kapucu S, Talas MS, Terakye G (2015). Türkiye’de 2009-2013 yılları arasında yayınlanmış olan onkoloji hemşireliği alanında yapılmış araştırmaların incelenmesi: Sistematik derleme. *Turkish Journal of Oncology/Türk Onkoloji Dergisi* 30(1): 5-15.

133. Fernandez S, Franklin J, Amlani N, DeMilleVille C, Lawson D, Smith J (2015). Physical activity and cancer: A cross-sectional study on the barriers and facilitators to exercise during cancer treatment. *Canadian Oncology Nursing Journal/Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie* 25(1): 37-42.
134. Soyaltın UE, Bilir C, Bakkaltemi Y, Başarır İ, Üstündağ Y, Aydemir S, Engin H (2015). Erken ve ileri evre mide kanserli hastaların klinikopatolojik ve demografik özelliklerinin karşılaştırılması. *FNG & Bilim Tıp Dergisi* 1(2):71-76.
135. Zang DY, Jung H, Han B, Kim JH, Choi DR, Kim HS, Jung JY (2016). Longitudinal follow-up of quality of life in gastrointestinal cancer patients after curative surgery in South Korea. In *ASCO Annual Meeting Proceedings* 34(4): 697.
136. Karşlıoğlu EH, Özer İ (2014). Kanserle yaşamının hayata olumlu bir katkısı var mı?. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry Special Topics* 7(4): 64-70.
137. Özmen V (2013). Türkiye'de Meme Kanseri. *Türkiye Klinikleri Journal of General Surgery Special Topics* 6(2): 1-6.
138. Küçüköner M, Kaplan MA, İnal A, Urakcı Z, Nas N, Isıkdoğan A (2013). Kolorektal kanserler: Tek merkez 12 yıllık sonuçları. *Journal of Clinical and Experimental Investigations* 4(2).
139. Çiftçi H (2011). Müziğin Yoğun Bakım Ünitesinde Serebro Vasküler Olay Tanısıyla Yatan Hastalarda Konfor, Anksiyete ve Ağrıya Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.
140. Vehling S, Mehnert A, Hartmann M, Oing C, Bokemeyer C, Oechsle K (2016). Anxiety and depression in long-term testicular germ cell tumor survivors. *General Hospital Psychiatry* 38: 21-25.
141. Karakuş G, Öztürk Z, Tamam L (2012). Ölüm ve ölüm kaygısı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 21(1): 42-79.
142. Ülger E, Alacacioğlu A, Gülseren AŞ, Zencir G, Demir L, Tarhan MO (2014). Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 28(2): 85-92.

143. Kavradım ST, Özer ZC (2014). Kanser tanısı alan hastalarda umut. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 6(2): 154-164.
144. Işıkhān V (2008). Terminal dönemdeki kanser hastalarının ölüm yeri tercihleri. Türk Onkoloji Dergisi 23(1): 34-44.



10. EKLER

10.1. Ek 1 Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bu araştırma, “onkoloji hastalarının konfor düzeyini değerlendirmek” amacı ile Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Aysun AKÇAKAYA’nın Bilim Uzmanlığı Tezi olarak planlandı.

Onkoloji alanında yapılmış çalışmalar, hastaların konfor düzeyinin hastalık ve tedavi/bakım sürecinden olumsuz etkilendiğini göstermektedir. Onkoloji hastalarının hastalık ve tedavi/bakım süresince fiziksel, psikolojik, sosyokültürel ve çevresel konforunun sağlanması yaşam kalitelerinin artırılması açısından oldukça önemlidir. Onkoloji hastalarının konfor düzeyinin değerlendirilmesi ile hastaların konfor düzeylerinin artırılmasına ilişkin sağlık bakım hizmetleri daha akılcı ve etkin şekilde planlanabilmektedir. Bu nedenle size konfor düzeyinizi belirlemeye yönelik hazırlanmış anket formları uygulanacaktır.

Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır. Araştırmaya katılıp katılmamada tümüyle özgürsünüz. Katılmama yönündeki kararınız burada size verilen hizmeti hiçbir şekilde olumsuz etkilemeyecektir. Bu araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilecek bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır.

Ben yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Sorularıma kanımca yeterli yanıtlar aldım. Bana verilen hizmeti etkilemeksizin ve araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımdan elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Hasta Adı Soyadı:

İmza

Araştırmacı Adı-Soyadı:

İmza

10.2. Ek 2 Hasta Bilgi Formu

Değerli Katılımcı,

Bu çalışmanın amacı, onkoloji hastalarının konfor düzeyini değerlendirmektir. Aşağıdaki sorulara vereceğiniz yanıtlarla, onkoloji hastalarının konfor düzeyinin değerlendirilmesine, hastaların konforuna uygun hemşirelik bakımlarının planlanmasına ve hastaların konfor düzeyleri ile ilgili sorunlarının çözümüne katkı vermiş olacaksınız.

Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederim.

I. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Cinsiyet: () Kadın () Erkek

2. Yaş:

3. Medeni Durum: () Evli () Bekar

4. Eğitim Düzeyi: () Okuryazar değil () Okuryazar () İlköğretim
() Lise () Üniversite

5. Meslek: () Ev Hanımı () Memur () Serbest meslek () Emekli

6. Gelir Düzeyi: () Gelir giderden az () Gelir gidere eşit/fazla

7. Sosyal Güvence: () Var () Yok

8. İkamet Edilen Yer: () İl () İlçe () Köy

9. Evde Birlikte Yaşanılan Kişiler: () Eş ile () Eş ve çocuklar

() Diğer aile bireyleri () Yalnız

II. HASTALIK İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

10. Kanseri Türü:

() Gastrointestinal Sistem Kanseri (Kolonorektal, pankreas, mide, karaciğer)

() Genitoüriner Sistem Kanseri (Over, testis, mesane, prostat)

() Meme Kanseri

() Akciğer Kanseri

() Primeri bilinmeyen

11. Kanseri Süresi: () 1 yıldan az () 1-5 yıl () 6-10 yıl () 11 yıl ve üzeri

12. Kanseri Evresi: () Evre I () Evre II () Evre III () Evre IV

13. Kemoterapi Kür Sayısı: () 1. Kür () 2. Kür () 3. Kür () 4. Kür

() 5. Kür () 6. Kür

10.2. Ek 2 Hasta Bilgi Formu (Devam)

III. KONFOR ALGILARINA İLİŞKİN ÖZELLİKLER

14. Konfor Kavramının Ne İfade Ettiği

.....

15. Rahata Ermenin Tanımı

.....

16. Konforu Sağlamaya Yönelik Yapılan Uygulamalar

.....

17. Konfor Bozulduğunda Yapılan Uygulamalar

.....

18. Konfor Düzeyini Arttırabilecek Durumlar

.....

19. En Konforlu Hissedilen Yer

.....

20. Yanında En Konforlu Hissedilen Kişi

.....

10.3. Ek 3 Genel Konfor Ölçeği (GKÖ)

Aşağıda şu andaki rahatlık durumunuzu tanımlayan bazı ifadeler yer almaktadır. Her bir ifade için “**kesinlikle katılıyorumdan**” “**kesinlikle katılmıyorum**” kadar giden dört seçenek vardır. Lütfen **şu andaki** rahatlık durumunuzu en iyi ifade eden numarayı daire içine alarak belirtiniz.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

	KESİNLİKLE KATILIYORUM		KESİNLİKLE KATILMIYORUM	
1.Şu anda vücudumu gevşemiş hissediyorum	4	3	2	1
2.Çok sıkı çalıştığım için kendimi yararlı hissediyorum	4	3	2	1
3.Mahremiyetimi yeterince sürdürebiliyorum	4	3	2	1
4.Yardıma gereksinim duyduğumda güvenebileceğim kişiler var	4	3	2	1
5.Egzersiz yapmak istemiyorum	4	3	2	1
6.Durumum beni bunaltıyor	4	3	2	1
7.Kendimi güvende hissediyorum	4	3	2	1
8.Başkalarına bağımlı olduğumu hissediyorum	4	3	2	1
9.Şu anda hayatımın değerli olduğunu hissediyorum	4	3	2	1
10.Sevildiğimi bilmek beni mutlu ediyor	4	3	2	1
11.Bulunduğum ortamdan memnunum	4	3	2	1
12.Gürültü dinlenmemi engelliyor	4	3	2	1
13.Kimse beni anlamıyor	4	3	2	1
14.Ağrıma katlanmakta güçlük çekiyorum	4	3	2	1
15.Elimden gelenin en iyisini yapmak isterim	4	3	2	1
16.Yalnız kaldığımda mutsuz oluyorum	4	3	2	1
17.İnancım korkusuz olmama yardım ediyor	4	3	2	1
18.Burada olmaktan hoşlanmıyorum	4	3	2	1
19.Şu anda kabızım	4	3	2	1
20.Şu anda kendimi sağlıklı hissetmiyorum	4	3	2	1
21.Bu oda beni ürkütüyor	4	3	2	1

10.3. Ek 3 Genel Konfor Ölçeği (GKÖ) (Devam)

	KESİNLİKLE KATILIYORUM		KESİNLİKLE KATILMIYORUM	
22.Bundan sonra olacıklardan korkuyorum	4	3	2	1
23.Önemli olduğumu bana hissettiren kişi(ler) var	4	3	2	1
24.Yaşadığım değişikliklerin beni zorladığını hissediyorum	4	3	2	1
25.Açım	4	3	2	1
26.Doktorumu daha sık görmek istiyorum	4	3	2	1
27.Bu odanın ısısı iyi	4	3	2	1
28.Çok yorgunum	4	3	2	1
29.Ağrıyla başa çıkabiliyorum	4	3	2	1
30.Bulunduğum ortam beni rahatlatıyor	4	3	2	1
31.Memnunum	4	3	2	1
32.Bu sandalye/yatak rahatsız	4	3	2	1
33.Bu manzara bende iyi duygular uyandırıyor	4	3	2	1
34.Özel eşyalarım burada değil	4	3	2	1
35.Kendimi buraya ait hissetmiyorum	4	3	2	1
36.Kendimi yürüyecek kadar iyi hissediyorum	4	3	2	1
37.Arkadaşlarım telefon ederek ya da elektronik posta/kart atarak beni hatırlıyor	4	3	2	1
38.İnançlarım bana huzur veriyor	4	3	2	1
39.Sağlığım hakkında daha fazla bilgilendirilmek istiyorum	4	3	2	1
40.Kendimi kontrol edemiyorum	4	3	2	1
41.Çıplak olduğum için kendimi garip hissediyorum	4	3	2	1
42.Bu oda berbat kokuyor	4	3	2	1
43.Tek başıyım ama yalnızlık hissetmiyorum	4	3	2	1
44.Kendimi huzurlu hissediyorum	4	3	2	1
45.Kederliyim	4	3	2	1
46.Hayatımın anlamlı olduğunu fark ettim	4	3	2	1
47.Burada yaşamak kolay	4	3	2	1
48.Kendimi yeniden iyi hissetmek istiyorum	4	3	2	1

10.4. Ek 4 Ölçek Kullanım İzni

10 Subat, 2015

Sayın
Ars,Gor. Aysun Akçakaya
Doç.Dr.Sevilay Hintistan

Oncelikle hemşirelik bakımimizin ozu olan konfor konusuna ve olcegine ilginizden dolayi tesekkur ediyorum. Genel Konfor Olcegini yuksek lisans tez calismanizda kullanmanizda tarafimca herhangi bir sakınca yoktur.
Basarilar diliyorum.
Sevgilerimle.

Prof.Dr.Sema Kuguoglu
Pediatric Nurse
450 95th Street C-11
Brooklyn, NY
11209
cell Phone: 1 646 696 9640
skuguoglu@gmail.com

10.5. Ek 5 Kurum İzni



T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
FARABİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ

Karadeniz Teknik Üniversitesi
Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi
Başhekimliği - Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi (Farabi
Hastanesi) Yazı İşleri Birimi
27/04/2015 11:01 - 48814514-200-E.2767
00494664

Sayı : 48814514-200-
Konu: Araş. Gör. Aysun AKÇAKAYA'nın
Araştırma İzni Hk.

24/04/2015

KTÜ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Hemşirelik Bölüm Başkanlığına
(İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı)

İlgi : 13.04.2015 tarihli ve 25868653/200/E.172 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda ismi geçen Araş. Gör. Aysun AKÇAKAYA'nın "Onkoloji Hastalarının Konfor (Rahatlık) Düzeyinin Değerlendirmesi" başlıklı tez çalışması kapsamındaki anketi hastanemiz Kemoterapi ünitesinde ayaktan tedavi alan hastalara uygulaması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Halil KAVGACI
Başhekim

61080 – Trabzon / TÜRKİYE

Tel: +90 (462) 377 54 51

Faks: +90(462) 325 05 18

www.ktu.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi İçin İrtibat
Uzm. Fahrettin MERAL

Sayfa
1 / 1

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrak teyidinde <http://e-belge.ktu.edu.tr> adresinden Belge Num.:48814514-200-E.2767 ve Barkod Num.:494664 bilgileriyle erişebilirsiniz.

11. ETİK KURUL ONAYI (Ek 6)

T.C. KARADENİZ
TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ BİLİMSSEL
ARAŞTIRMALAR
ETİK KURUL BAŞKANLIĞI



KARADENİZ
TECHNICAL UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE
ETHIC COUNCIL

Sayı: 24237859- 388
Konu: Onay Belgesi

Tarih: 18/06/2015

Sayın; Doç.Dr.Sevilay HİNTİSTAN
İç Hastalıkları Hemşireliği ABD.

“Onkoloji Hastalarının Konfor Düzeyi” başlıklı etik kurul 2015/82 no.lu tez çalışması raportör ve etik kurul görüşleri doğrultusunda; tıbbi etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Faruk AYDIN
Etik Kurul Başkanı

Eki : 1 onay belgesi

11. ETİK KURUL ONAYI (Devam)

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

BASVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	“Onkoloji Hastalarının Konfor Düzeyi”		
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2015/82		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr.Sevilay HİNTİSTAN		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	İç Hastalıkları Hemşireliği		
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRICILAR, UNVANI/ADI/SOYADI	Yük.Lis.Öğr.Aysun AKÇAKAYA		
	DESTEKLEYİCİ			
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	UZMANLIK TEZİ ☒ AKADEMİK AMAÇLI ☐		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	☐		
	SİGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
DİĞER:	☐			

11. ETİK KURUL ONAYI (Devam)

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 15	Tarih: 08/06/2015
	Doç.Dr.Sevilay HINTISTAN'ın sorumluluğunda yürütülen Yük.Lis.Öğr.Aysun AKÇAKAYA'ya ait "Onkoloji Hastalarının Konfor Düzeyi" başlıklı 2015/82 no.lu ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma/tez başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına; toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Faruk AYDIN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *	Katılım **	İmza
Prof.Dr.Faruk AYDIN Başkan:	Tıbbi Mikrobiyoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Gamze ÇAN Başkan Yrd.	Halk Sağlığı	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.S.Caner KARAHAN Üye:	Tıbbi Biyokimya	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.S. Murat KESİM Raportör:	Farmakoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	İZİMLİ
Prof.Dr.Yılmaz BÜLBÜL Üye:	Göğüs Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr. Murat LİVAOĞLU Üye:	Plastik, Rekons. ve Estetik Cer	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr.Safak ERSÖZ Üye:	Patoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr. Evrim ÖZKORUMAK Üye:	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	İZİMLİ
Doç.Dr.Murat ÇAKIR Üye:	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

* :Araştırma ile İlişki

** :Toplantıda Bulunma

12. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

T.C. Kimlik/Pasaport No :
Soyadı, Adı : AKÇAKAYA, Aysun
Uyruğu : T.C.
Doğum Tarihi ve Yeri : 28.08.1989, ADIYAMAN
Medeni Hali : Bekar
Telefon : 0462 377 88 89
E-Posta : aysunakcakaya@ktu.edu.tr
Yazışma Adresi : KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Üniversite Mah.
Farabi Cad. No:8861080-TRABZON

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2013
Lise	Adıyaman Gölbaşı Anadolu Lisesi	2007

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİMİ

Görev	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
1. Öğretim Elemanı	KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi	2013-

YABANCI DİL

İngilizce

UZMANLIK ALANI

İç Hastalıkları Hemşireliği

YAYINLAR/BİLDİRİLER

1. Akçakaya A, Hintistan S (2014). Yoğun Bakım Hastalarında Konfor. Sözel Sunum. Karadeniz Yoğun Bakım Hemşireliği Sempozyumu, 22-24 Ekim 2014, Trabzon.
2. Nural N, Akçakaya A (2015). Diyabette Rehabilitasyon, Diyabet Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu 7: 15-24.
3. Akçakaya A, Hintistan S (2015). Hemodiyaliz Hastalarında Bakım Yüğü. Poster Sunum. Hemşirelikte Aile Temelli Yaklaşım Sempozyumu 1, 11-14 Mayıs 2015, Trabzon.
4. Akçakaya A, Hintistan S (2015). Onkoloji Hastalarında Konfor. Poster Sunum. 17. İç Hastalıkları Kongresi, 15-18 Ekim 2015, Antalya.
5. Akçakaya A, Topçuoğlu B (2016). Yoğun Bakımda Kritik Hastalık ve Yaşlılık. Poster Sunum. 7. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi, 24-27 Mart 2016, Magosa, KKTC.
6. Akçakaya A, Hintistan S (2016). Yoğun Bakım Hastalarında Terapötik Dokunmanın Konfor Düzeyine Etkisi. Poster Sunum. 7. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi, 24-27 Mart 2016, Magosa, KKTC.