T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HORMON TEDAVİSİ KULLANAN PROSTAT KANSERLİ HASTALARIN VE BAKIM VERENLERİNİN DESTEKLEYİCİ BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN TANIMLANMASI

ESRA USLU TANIŞ

ORCİD: 0000-0002-8499-9995

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Onkoloji Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR

HAZİRAN - 2022

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc - 2020970120

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HORMON TEDAVİSİ KULLANAN PROSTAT KANSERLİ HASTALARIN VE BAKIM VERENLERİNİN DESTEKLEYİCİ BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN TANIMLANMASI

ESRA USLU TANIŞ

ORCİD: 0000-0002-8499-9995

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Onkoloji Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Özlem UĞUR

ORCID: 0000-0002-1020-9962

İZMİR

HAZİRAN - 2022

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc - 2020970120

T.C.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

ETİK BEYANI

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına göre hazırlayıp sunduğum ‘’Hormon Tedavisi Kullanan Prostat Kanserli Hastaların Ve Bakım Verenlerinin Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Tanımlanması’’ başlıklı Yüksek Lisans tezim için elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun olarak atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Esra USLU TANIŞ

…/…/2022

TEŞEKKÜR

Lisans eğitimimden beri beni destekleyen, yüksek lisans sürecimde araştırma konumun seçilmesi ve yürütülmesi aşamasında değerli fikirlerini sunan, hayallerimi gerçekleştirmem için bana fırsat tanıyan ve hep inanan, engin tecrübe ve görüşleri ile yolumu aydınlatan, manevi desteği ile her zaman yanımda olan, birlikte çalışmaktan onur duyduğum saygıdeğer hocam Doç. Dr. Özlem UĞUR'a,

Mesleki eğitim sürecimde bana destek olan ve tezimin değerlendirilmesinde değerli görüşlerini sunan kıymetli hocam ve jüri üyem Onkoloji Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Ezgi KARADAĞ'a ve değerli jüri üyem Doç.Dr. Figen Okçin'e,

Lisans eğitimimden beri bana destek veren, mesleki bilgi, kaynak ve deneyimlerini asla esirgemeyen değerli arkadaşım Araş. Gör. Figen SATKAN YANIK'a,

Araştırmama katılmayı kabul eden ve bana değerli zamanlarını veren tüm katılımcılara,

Araştırmama yardımlarından dolayı Dokuz Eylül Üniversitesi Üroloji ve ESWL Ünitesinde çalışan değerli meslektaşlarıma, Onkoloji Servisi ekip arkadaşlarıma,

Yüksek linsans eğitiminde tanışıp, bu süreçte kol kola yürüdüğümüz, birbirimize hep destek olduğumuz güzel dostum Ezgi AYAR'a,

Akademisyenliğin çocukluğumdan beri hayalim olmasını sağlayan, öğrenmeyi bana sevdiren, kendimi geliştirmem ve başarılı bir birey olmamda her türlü katkıyı sağlayan, yaşamdaki zorlukların dahi güzellikler getirebileceğini öğreten, her zaman yanımda olan ve bana inanarak emek veren değerli annem Mukaddes USLU ve babam Ohan USLU'ya,

Sevgisi ve desteğiyle her zaman yanımda olan, zorlandığım tüm süreçleri kolaylaştıran, bana inanan, sabırlı ve içten yardımları için sevgili yol arkadaşım, eşim Hayrettin TANIŞ'a en içten saygı, sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Esra USLU TANIŞ

İÇİNDEKİLER

Sayfa no:

İÇİNDEKİLER I

KISALTMALAR LİSTESİ VI

TABLOLAR LİSTESİ VIII

ŞEKİLLER DİZİNİ X

ÖZET XI

ABSTRACT XII

1.GİRİŞ VE AMAÇ 1

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi 1

1.2. Araştırmanın Amacı 6

1.3. Araştırmanın Hipotezleri 6

2.GENEL BİLGİLER 7

2.1. Prostat Anatomisi 7

2.2. Prostat Fizyolojisi 8

2.3. Prostat Kanseri 9

2.3.1. Prostat Kanserinin Epidemiyolojisi ve İnsidansı 9

2.3.2. Prostat Kanserinin Histolojik Tipleri 10

2.3.3. Risk Faktörleri 11

2.3.4. Prostat Kanseri Belirtileri ve Semptomları 13

2.3.5. Prostat Kanserinde Tanı 14

2.3.6. Evreleme 15

2.3.7. Gleason Skoru 17

2.3.8. Aktif Sürveyans ve Tedavi Yöntemleri 18

- Cerrahi Tedavi 19
- Radyoterapi 19
- Kemoterapi 20
- Hormon Tedavisi 20

- Androjen Seviyesini Azaltan Tedaviler 21
- Anti-Androjen Terapisi 22
2.4.Prostat Kanserinde Hormon Tedavisinin Yan Etkileri 22
2.5. Destekleyici Bakım 23
2.5.1. Prostat Kanserli Hastalarda Destekleyici Bakım Gereksinimleri 24
2.5.2. Bakım Verenlerinin Destekleyici Bakım Gereksinimleri 25
2.6. Prostat Kanserli Hastanın Bakımında Hemşirenin Rolü 27
3. GEREÇ VE YÖNTEM 29
3.1. Araştırmanın Tipi 29
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 29
3.3. Araştırma Evreni ve Örneklemi 30
3.3.1. Örneklem Dahil Edilme Kriterleri 31
3.3.2. Örneklem Dışlama Kriterleri 32
3.4. Çalışma Materyali 32
3.5. Araştırmanın Değişkenleri 32
3.5.1. Bağımsız Değişkenler 32
3.5.2. Bağımlı Değişkenler 32
3.6. Veri Toplama Araçları 32
3.6.1. Hasta Bilgileri Anket Formu 33
3.6.2. Karnofsky Performans Skalası 33
3.6.3. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Türkçe Formu 34
3.6.4. Hasta Bakım Vereni Tanıtıcı Bilgi Formu 34
3.6.5. Kanser Tanısı Konan Hastaların Eşleri Ve Bakım Vericileri İçin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği 35
3.6.6. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenilirlik Analizleri 36
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi 37
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları 38
3.9. Etik Kurul Onayı 38

4. BULGULAR **39**

4.1.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri 39

4.1.2. Hastaların Tanı, Tedavi ve Hastalığa Bağlı Yaşadığı Semptomlara Yönelik Özellikleri 41

4.2. Bakım Veren Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri 44

4.3. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Puan Dağılımları 48

4.4. Hastaların Destekleyici Bakım Gereksinimleri Bulguları 49

4.4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile DeBGÖ-KF 29Tr Sağlık Hizmeti ve Bilgilendirme Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 49

4.4.2. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile DeBGÖ-KF 29Tr Günlük Yaşam Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 53

4.4.3. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile DeBGÖ-KF 29Tr Cinsellik Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 56

4.4.4. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile DeBGÖ-KF 29Tr Psikolojik Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 60

4.4.5. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile DeBGÖ-KF 29Tr Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 64

4.5. Bakım Verenlerin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Bulguları 67

4.5.1. Bakım verenlerin Hasta Bakım Veren Tanıtıcı Bilgi Özellikleri İle Sağlık Bakım Hizmeti İhtiyacı Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 67

4.5.2. Bakım verenlerin Tanıtıcı Bilgi Özellikleri İle Psikolojik ve Duygusal Destek Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 71

4.5.3. Bakım verenlerin Tanıtıcı Bilgi Özellikleri İle İş ve Sosyal İhtiyaçlar Alt Boyutu Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 74

4.5.4. Bakım verenlerin Tanıtıcı Bilgi Özellikleri İle Bilgi İhtiyacı Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 77
4.5.5.Bakım verenlerin Tanıtıcı Bilgi Özellikleri İle Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 80
4.6. Araştırmada Kullanılan Ölçekler ve Alt Boyutlarının Korelasyon Değerleri 84
5.TARTIŞMA 86
5.1. Hasta ve Bakım Veren Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması 86
5.1.1. Hasta ve Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri 86
5.1.2. Hastaların Tanı, Tedavi ve Yaşadığı Semptomlara Yönelik Özelliklerinin Dağılımı 87
5.2. Hastaların Destekleyici Bakım Gereksinimleri Bulgularının Tartışılması 89
5.2.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile DeBGÖ-KF 29Tr Sağlık Hizmeti ve Bilgilendirme Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasının Tartışılması 89
5.2.2. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile DeBGÖ-KF 29Tr Günlük Yaşam Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasının Tartışılması 90
5.2.3. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile DeBGÖ-KF 29Tr Cinsellik Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasının Tartışılması 91
5.2.4. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile DeBGÖ-KF 29Tr Psikolojik Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasının Tartışılması 93
5.3. Bakım Verenlerin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Bulgularının Tartışılması 94
5.3.1. Bakım verenlerin Tanıtıcı Bilgi Özellikleri İle Sağlık Bakım Hizmeti İhtiyacı Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasının Tartışılması 94

5.3.2. Bakım verenlerin Tanıtıcı Bilgi Özellikleri İle Psikolojik ve Duygusal Destek Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasının Tartışılması 96
5.3.3 Bakım verenlerin Tanıtıcı Bilgi Özellikleri İle İş ve Sosyal İhtiyaçlar Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasının Tartışılması 97
5.3.4. Bakım verenlerin Tanıtıcı Bilgi Özellikleri İle Bilgi İhtiyacı Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasının Tartışılması 98
6.SONUÇLAR 99
7.ÖNERİLER 101
8.KAYNAKLAR 103
9.EKLER 114
9.1. Aydınlatılmış Onam Formları 114
9.1.1. Hasta Aydınlatılmış Onam Formu 114
9.1.2. Bakım Veren Aydınlatılmış Onam Formu 115
9.2. Hasta Tanıtım Anketi 116
9.3. Karnofsky Performans Skalası 117
9.4. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu (DeBGÖ-KF^{Tr}) ve Çalışma İzni 118
9.5. Bakım Veren Tanıtıcı Bilgi Formu 120
9.6 Kanser Tanısı Konan Hastaların Eşleri Ve Bakım Vericileri İçin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği ve Çalışma İzni 121
9.7. Kurum İzni 125
9.8. Etik Kurul İzni 128
ÖZGEÇMİŞ 130

KISALTMALAR LİSTESİ

ADT: Androjen Deprivasyon/Baskılama Tedavisi

AR: Androjen Reseptörü

BKİ: Beden Kitle İndeksi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DVT: Derin Ven Trombozu

EBRT: External Beam Radiation Therapy

ERSPC: Avrupa Randomize Prostat Kanseri Tarama Çalışması

ESWL: Şok Dalga Litotripsi

GLOBOCAN: Uluslararası Kanser Ajansı

GnRH: Gonadotropin Salgılatıcı Hormon

HDL: Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein

HDR: High Dose Rate

HPV: Human Papillorna Virüs

IMRT: Yoğunluk Ayarlı Radyoterapi

LDL: Düşük Yoğunluklu Lipoprotein

LDR: Low Dose Rate

LH: Luteinize Edici Hormonun

LHRH: Luteinize Edici Hormon Salgılatıcı Hormon

MASCC: Multinational Association for Supportive Care in Cancer

MI: Miyokard Enfarktüsü

MR: Manyetik Rezonans

NCCN: The National Comprehensive Cancer Network

NHS: İngiltere Ulusal Sağlık Hizmeti

NHS: Nursing & Health Sciences

PLCO: Prostat, Akciğer, Kolorektal ve Yumurtalık Kanser Tarama Çalışması

PRM: Parmakla Rektal Muayene

PSA: Prostat Spesifik Antijen

ROS: Reaktif Oksijen Türleri

TNM: Malign Tümörlerin Sınıflandırması

TRUS: Transrektal Ultrasonografi

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

WHO: World Health Organisation

TABLOLAR LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1: Prostat Kanserinin TNM Evrelemesi.....16
Tablo 2: Risk Grupları.....17
Tablo 3: Araştırma Planı ve Takvimi.....30
Tablo 4: Araştırmada Kullanılan Ölçekler ve Alt Boyutlarına Ait Güvenilirlik Analizleri.....36
Tablo 5: Hastaların Hasta Tanıtım Anketine Verdikleri Cevaplara Göre Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımları.....39
Tablo 6: Hastaların Tanı, Tedavi ve Hastalığa Bağlı Yaşadığı Semptomlara Yönelik Özelliklerin Dağılımı.....42
Tablo 7: Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özellikleri.....44
Tablo 8: Araştırmada Kullanılan Ölçekler ve Alt Boyutları Toplam Puanların Dağılımı.....48
Tablo 9: Hastaların Sağlık Hizmeti ve Bilgilendirme Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....49
Tablo 10: Hastaların Günlük Yaşam Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....53
Tablo 11: Hastaların Cinsellik Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....56
Tablo 12: Hastaların Psikolojik Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....60
Tablo 13: Hastaların Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....64
Tablo 14: Bakım Verenlerin Sağlık Bakım Hizmeti İhtiyacı Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....67
Tablo 15: Bakım Verenlerin Psikolojik ve Duygusal Destek Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....71

Tablo 16: Bakım Verenlerin İş ve Sosyal İhtiyaçlar Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....74
Tablo 17: Bakım Verenlerin Bilgi İhtiyacı Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....77
Tablo 18: Bakım Verenlerin Kanser Tanısı Konan Hastaların Eşleri ve Bakım Vericileri İçin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....80
Tablo 19: Ölçekler ve Alt Boyutlarının Kendi Aralarındaki ve Birbirleri Arasındaki İlişki.....83

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1: Prostatın Anatomik Yapısı.....7
Şekil 2: Gleason Paterni 18

HORMON TEDAVİSİ KULLANAN PROSTAT KANSERLİ HASTALARIN VE BAKIM VERENLERİNİN DESTEKLEYİCİ BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN TANIMLANMASI

Yüksek Lisans Tezi

Esra USLU

T.C. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Onkoloji Hemşireliği Anabilimdalı

ÖZET

Çalışma hormon tedavisi kullanan prostat kanserli hastalar ve bakım verenlerinin destekleyici bakım gereksinimlerinin tanımlanması amacıyla yapılmıştır.

Çalışmaya 12.10.2021-01.02.2022 tarihleri arasında 18 yaş üstü ve Türkçe konuşabilen, hormon tedavisi alan prostat kanserli hastalar ve bakım verenleri olmak üzere 130 kişi ile yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Çalışma için İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır.

Çalışmaya Karnofsky performans skalası değeri %20 ve altı olan hastalar, hastasına dönüşümlü olarak bakım verenler ve hormon tedavisi almamış olan hastalar ve bakım verenleri dahil edilmemiştir. Çalışma verilerin toplanmasında hastalar için; Hasta tanıtıcı özellikler formu, Karnofsky Performans Skalası, Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Türkçe Formu (DeBGÖ-KF 29Tr) Ölçeği, bakım verenler içinse; Bakım Veren Tanıtıcı Bilgi Formu, Kanser Tanısı Konan Hastaların Eşleri Ve Bakım Vericileri İçin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Çalışmada kullanılan ölçeklerin güvenilirliklerinin kontrolü için güvenilirlik analizleri gerçekleştirilmiştir. Elde edilen veriler, IBM SPSS 25 programı ile uygun şekilde istatistiksel yöntemlerle değerlendirilmiştir. Önem düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan 66 hasta ve 64 bakım verene ait veriler incelenmiştir. Hastaların %39,4'ünün inkontinans yaşadığı, %72,7'sinin batında distansiyon varlığı, %65,2'sinin alt ekstremitesinde ödem varlığı ve %33,3'ünün meme dokusunda büyüme yaşadığı saptanmıştır. Hastaların yaşadıkları fiziksel semptom bulguları sebebiyle günlük, psikolojik, cinsel ve sağlık hizmeti düzeyinde destek ihtiyaçlarının olduğu saptanmıştır. Bakım verenlerin ise %57,8'inin sosyal yaşam, %56,3'ünün aile yaşamları, %37,5'inin iş yaşamları ve %76,6'sının kendilerinin olumsuz düzeyde etkilendiği ve destek ihtiyaçları olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak; araştırmamıza katılan hasta ve bakım verenlerinin sağlık hizmeti sağlanması, bilgi ihtiyacı, fiziksel ve psikolojik düzeyde destek ihtiyaçlarının olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Prostat kanseri, hormon tedavisi, ADT, bakım verici, destekleyici bakım gereksinimi

Tezin Sayfa Adedi: 131

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Özlem UĞUR

DESCRIPTION OF THE SUPPORTIVE CARE NEEDS OF PATIENTS WITH PROSTATE CANCER AND CARERS USING HORMONE THERAPY

Master Thesis

Esra USLU

DOKUZ EYLUL UNIVERSITY INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES
Department of Oncology Nursing

ABSTRACT

The aim of this study is to define the supportive care needs of prostate cancer patients and their caregivers using hormone therapy.

Patients that diagnosed with cancer between 12.10.2021 and 01.02.2022, patients over the age of 18 who can speak Turkish, receiving hormone therapy, and their caregivers were included in the study and face-to-face interviews were conducted with 130 patients. Permission for the study was obtained from the Non-Interventional Research Ethics Committee of Izmir Dokuz Eylul University.

Have a Karnofsky performance scale value of 20% and below patients and those who caregivers to their patients on a rotating basis, those who did not receive hormone therapy, and their caregivers were not included in the study. For patients in the collection of study data; Patient descriptive characteristics form, Karnofsky Performance Scale, Supportive Care Needs Scale Short Turkish Form (DeBGÖ-SF 29Tr) scale, for caregivers; The Caregiver Introductory Information Form was evaluated using the Supportive Care Needs Scale for Spouses and Caregivers of Patients Diagnosed with Cancer. Obtained data were used in statistical analysis in IBM SPSS V25 program. Significance level was accepted as $p<0.05$.

Data of 66 patients and 64 caregivers who met the inclusion criteria were analyzed. It was determined that 39.4% of the patients experienced incontinence, 72.7% had abdominal distension, 65.2% had edema in their lower extremities and 33.3% had enlarged breast tissue. It has been determined that the patients have daily, psychological, sexual and health care support needs due to the physical symptom findings they experience. It was determined that 57.8% of the caregivers had a negative impact on their social life, 56.3% on their family life, 37.5% on their work life, and 76.6% on themselves negatively and needed support. As a result; It has been determined that the patients and caregivers participating in our research have health care needs, information needs, physical and psychological support needs.

Keywords: Prostate cancer, hormone therapy, ADT, caregiver, supportive care

Page Number: 131

Advisor: Assoc. Dr Özlem UĞUR

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kanser; somatik hücrelerdeki genetik veya epigenetik değişikliklerden kaynaklanan ve vücudun diğer bölgelerine yayılabilen anormal hücre büyümesine sahip bir hastalıktır(1).

Kanser ülkemizde ve dünya çapında önde gelen bir ölüm nedeni olmakla birlikte; Uluslararası Kanser Ajansının (GLOBOCAN) verilerine göre 2020'de yaklaşık dünya çapında 19,3 milyon yeni kanser vakası görülmüştür ve yaklaşık 10 milyon ölüme neden olmuştur (2, 3). Tüm dünyada kanser tanısı alan birey sayısında ciddi bir artış olduğu görülmektedir; 1970 yılında yaklaşık 3 milyona yakın kişide kanser tanısı mevcutken 2019'da bu sayı dünya genelinde 17 milyona çıkmıştır (4). 2020 yılında yeni kanser tanısı almış vaka sayısı Türkiye'de 233.834 iken dünyada her beş kişiden biri yaşamları boyunca kansere yakalanmaktadır ve sekiz erkekten biri, 11 kadından biri kanser nedeniyle yaşamını kaybetmektedir(3).

Dünyada 2021 yılında her iki cinsiyet içinde en sık karşılaşılan ilk beş sıradaki kanser; meme kanseri, prostat kanseri, akciğer kanseri, kolerektal kanser ve serviks kanseriyken Türkiye'de ise bu sıralama; akciğer kanseri, meme kanseri, kolorektal kanser, prostat kanseri ve tiroid kanseridir(6).

Prostat kanseri dünya çapında yaklaşık 1,4 milyon yeni vaka ve 375.000 ölümle erkeklerde görülen kanser çeşitleri içerisinde yükselen insidansı ve mortalitesiyle bugün akciğer kanseri sonrası en sık görülen ikinci kanser çeşidi olarak karşımıza çıkmaktadır(3). Dünya sağlık örgütü(WHO) verilerinde 2040 yılına kadar 2.293.818 yeni prostat kanseri vakası tahmin edilmektedir(6). Türkiye'de de mevcut kanser istatistik verilerine bakıldığında, 2021 yılında yayınlanan verilerde erkeklerde görülen ilk on kanser arasında; prostat kanseri %35.7 ile ikinci sırada yer almaktadır. Literatürde de görüldüğü gibi prostat kanseri Türkiye'de ve dünyada büyük bir ivmelenme ile artış göstermektedir(5).

Prostat kanseri sebep olduğu semptomlar ile yaşam kalitesini önemli derecede etkileyen; çevresel etmenler, etnik köken, genetik faktörler, aile

öyküsü gibi faktörleri de etyolojisinde bulunduran ve insidansı yaşla birlikte artan bir hastalıktır. 50 yaşın altındaki 350 erkekten birine prostat kanseri tanısı konulmakta ancak 50 ila 59 yaş aralığında insidansının oranı her 52 erkekte bire kadar artmaktadır. 65 yaş üzerindeki erkeklerde ise insidans yaklaşık %60'tır (22). Tanı konulma yaşı 66'dır. Erken evrede asemptomatik ve yavaş seyreden bir hastalıktır (7). Rutin kullanımı tartışılmakla beraber bugün Prostata Spesifik Antijen(PSA) testinin sıklıkla kullanımı, erken evre prostat kanser tanısı konulan erkeklerin oranını önemli ölçüde arttırmıştır (8).

Hastaların en fazla doktora başvuru sebepleri; mesaneyi boşaltırken zorlanma ihtiyacı, hematüri, noktüri, yeni başlayan erektil disfonksiyon, prostat büyümesinin neden olduğu otururken rahatsızlık veya ağrı, alt ekstremitelerde ödemin varlığı, yorgunluk ve açıklanamayan bir kilo kaybı gibi semptomlardır (38). Downing ve ark. (2019) İngiltere'de 35.823 prostat kanseri olan hastalarla gerçekleştirdiği çalışmada; hastaların Evre III-VI hasta grubunda Evre I-II 'ye göre ağrı, anksiyete, üriner inkontinas, seksüel fonksiyonlarda azalma gibi semptomları daha yüksek düzeyde yaşadıkları görülmüştür (11). Colloca ve ark. (2016) çalışmasında hastaların ilerleyen evrelerde emosyonel, sosyal ve hastalığa spesifik semptomlarının giderek kötüleştiği görülmektedir. Prostat kanserinin evresi arttıkça hastaların yaşadıkları üriner disfonksiyon, ağrı gibi fiziksel semptomlarının arttığı ayrıca malnutrisyon gibi komorbiditelerin de eşlik ettiğini görmektedir (30). Bu çalışmalardan da görüleceği üzere tümör evresi ilerledikçe bireyin yaşadığı semptomlar ve güçlükler de artmaktadır. Bu da tümör evresinin ve prostat kanserinde erken tanılamanın önemini vurgulamaktadır.

Günümüzde prostat kanserinin tedavisi için immünoterapi, radyoterapi, cerrahi, kemoterapi ve hormon terapi yöntemleri kullanılmaktadır (10). Sadece hastalığın kendisi değil bu tedavi yöntemlerinin kullanımı da hastaların birçok semptom yaşamasına sebep olmaktadır (12,13). En sık görülen semptomlar arasında idrara çıkma güçlüğü, pollakiüri ve noktüri olup, prostat hipertrofisinden de kaynaklanabilecek erektil disfonksiyon, sık sık idrara çıkma, orgazm veya ağrılı boşalma gibi semptomlar yer almaktadır. Ayrıca metastazlara bağlı ağrı, tedaviye bağlı bulantı-kusma, yorgunluk, fekal inkontinans gibi

semptomlar da tedavi sürecine eşlik eden diğer semptomlardır. Bu nedenlere sosyal izolasyon, distres, anksiyete, depresyon gibi psikososyal semptomlarında eklenmesiyle; hastanın hastalık süresindeki hem fizyolojik hem de psikolojik bakım gereksinimleri giderek artış göstermektedir (14, 16, 17, 39).

Son yıllarda prostat kanserli hastalarda Androjen deprivasyon/baskılama tedavisi (ADT) çok sık kullanılan bir hormon tedavi yöntemi olmasına karşın ülkemizde ADT' nin hastalarda neden olduğu semptomları ve bu semptomların bakım gereksinimleri ile ilişkisini inceleyen çalışma bulunmamaktadır. Paterson ve ark. (2017) İskoçya'da 31 hasta ile yapmış olduğu prostat kanseri lokalize ileri evre olup hormon terapisi alan hastaların karşılanmamış destekleyici bakım gereksinimlerinin tanımlanması amacıyla yapmış olduğu çalışmada hastaların inkontinans, kas-eklem ağrıları gibi fiziksel semptomlara ek olarak partnerler arası iletişimde bozulma, bilgi eksikliği, ölüm korkusu gibi psikososyal sorunlara da yönelik aslında ''bireysel gereksinim düzeyinde'' bakım gereksinimlerinin olduğu saptanmıştır (15). Sundberg ve ark. (2017) İsveç'de 130 prostat kanserli hastada telefon uygulamasının kullanımı ile semptomların erken, gerçek zamanlı değerlendirilmesi ve yönetimine yönelik yaptığı vaka-kontrol çalışmasında hastaların semptomlarının yönetimi konusunda bilgi eksikleri olduğu ayrıca yaşadıkları üriner inkontinans, insomnia, mide bulantısı, konstipasyon, cinsel disfonksiyon gibi sıklıkla yaşadıkları semptomların yönetimi için sağlık çalışanlarından destek istedikleri görülmektedir (23).

Faydacı ve arkadaşlarının (2011) Türkiye'de 42 prostat kanseri hastanın tadavi öncesine göre yaşam kalitelerinde belirgin oranda bir düşüş saptanmıştır. Hastaların tanı ve tedaviden sonraki ilk aylarda yaşadıkları bulantı-kusma, diyare, konstipasyon gibi semptomların; tedavinin ilerleyen dönemlerinde az olmasına karşın düşüş gösterdiği saptanmıştır (24). Tedavi sürecinde hastaların yaşadıkları semptomlara göre gereksinimlerinin tanımlanması ve bu ihtiyaçların giderilmesi, hastaların yaşam kalitelerinin artışına sebep olacağı düşünülmektedir.

Kanserli hastalarda tedavi ve bakım süreci sadece hastalar için değil bakım verenleri için de büyük bir yük oluşturmaktadır (18). Hastaların tanı alması ve tedavi süreciyle beraber yardıma gereksinim duymakta ve bakım

gereksinimleri giderek artış göstermektedir. Wang ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında kanserli hasta bakım verenlerinin; hastalık, tedavi, yan etkiler, bakım hizmetleri, semptom yönetimi, beslenme, ilaç ve hemşirelik yardımları açısından karşılanmamış bilgi gereksinimleri olduğu belirlenmiştir. Ayrıca psikososyal yönden izolasyon, üzüntü ve yalnızlık duyguları, korku ve çaresizlik hissettikleri bildirilmektedir. Tüm bunlara ek olarak kendi günlük aktivitelerinde örneğin; ev temizliği, evcil hayvanlarının gezdirilmesi gibi işlerinde de aksama olduğunu ve destek gerektiren daha birçok spesifik karşılanmamış gereksimimlerinin olduğu tanımlanmıştır (25). Chen ve ark. (2016) Tayvan'da akciğer kanserli hastaların bakım verenleriyle (n=166) yaptıkları çalışmada, bakım verenlerin en önemli gereksinimlerinin bilgi, sağlık hizmeti desteği ve günlük yaşama ilişkin gereksinimler olduğu görülmektedir. Bu çalışmada hastaların anksiyetesi ile genel bakım verme, sağlık profesyonelleri / sağlık hizmeti ihtiyaçları, kişiler arası iletişim ve bakım verenlerinin psikolojik / duygusal gereksinimleri arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur (26).

Gür'ün Türkiye'de (2018) 160 kanserli hasta ve bakım vereni ile bakım yükleri, yaşam kaliteleri ve sebep olan nedenleri incelediği çalışmada bakım verenlerin yaşam kaliteleri ve bakım yükleri arasında paralel bir ilişki olduğu saptanmıştır (21).

Bakım verici rolünü üstlenen kişilerin yaşam aktivitelerinde bozulma, iş kayıpları, sosyal izolasyon, uyku sorunları, yeme-içme düzeninde bozulmalar, iştahsızlık, boşaltım sorunları gibi sorunları mevcut olmakta ve ilerleyen süreçte bunlar bireyde var olan korku, anksiyete gibi psikososyal sorunların da eşlik etmesiyle bireyi depresyona götürmektedir. İleride bakım veren birey hasta konumuna gelebilmektedir (19, 20). Kanserli hastaların yaşadığı sorunları birebir deneyimleyen ve bakım yükünün neden olduğu sorunları yaşayan bakım verenler de tedavi sürecine dahil edilmelidir. Bu nedenle hastalar ve bakım verenlerinin destekleyici bakım gereksinimlerinin birlikte tanımlanması, bu gereksinimlerin karşılanması büyük önem taşımaktadır.

Destekleyici bakım tanımı onkolojide sıklıkla kullanılmaktadır. Multinational Association for Supportive Care in Cancer(MASCC), destekleyici bakımı ''Kanserin yan etkilerinin ve tedavisinin önlenmesi ve yönetimi.'' olarak

tanımlamaktadır (28). Kanserle yaşayan veya kanserden etkilenenlerin teşhis, tedavi sırasında bilgilendirici, psikososyolojik, psikolojik veya fiziksel gereksinimlerini karşılamaları için gerekli hizmetlerin sağlanması, sağlığın geliştirilmesi ve olası sorunların önlenmesi, acılarını hafifletme ve yasla ilgili konuları kapsayan takip aşamalarını içermektedir. İngiltere Ulusal Sağlık Hizmeti(NHS) destekleyici bakımı; kanser bakımı dahilinde destekleyici ve palyatif bakımın daha erken uygulanmasına odaklanan fiziksel ve psikolojik semptomların yönetimi, yan etkilerin kontrol edilmesi, antikanser tedavisi ve tedavi sonrası bakım olarak tanımlamaktadır (27). Monnery ve ark. (2018) yılında yaptığı bir vaka-kontrol çalışmasında İngiltere'de 50 vaka-50 kontrol hastası ile gerçekleştirilen çalışmada destekleyici bakım ve hastaya ait yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit etmiştir. Kontrollerle karşılaştırıldığında, kantitatif sonuçlar uzamış sağkalım ve kemoterapiye bağlı mortalitenin azaldığı belirlenmiştir (29).

Literatürü incelediğimiz zaman prostat kanserli hastaların ve bakım verenlerinin gereksinimlerinin incelendiği çalışma periyotlarının yetersiz olduğu görülmektedir. Oysa ADT tedavisi alan prostat kanserli hastalar tedavi süresince fiziksel ve psikososyal yönden birçok semptom yaşamakta hatta bu semptomlar günlük hayatlarını ciddi derecede etkilemektedir (15). Bu nedenle Türkiye'de ADT tedavisi alan prostat kanserli hastaların yaşadıkları semptomları ve destekleyici bakım gereksinimlerinin tanımlanması büyük önem taşımaktadır. Bakım veren, kanserli hastanın tedavi sürecinde olumsuz etkilenmektedir (20). Yapılan çalışmalar ise genellikle hasta temelli çalışmalar olarak karşımıza çıkmakta fakat bakım veren boyutu ele alınmamakta olup, çalışmamızın amacı literatürdeki bu boşluğu doldurmaktır. Bu bağlamda çalışmamızın amacı hormon tedavisi kullanan prostat kanserli hasta ve bakım verenlerin destekleyici bakıma duyulan gereksinimlerinin tanımlanmasıdır. Çalışmadan elde ettiğimiz sonuçların hormon tedavisi alan prostat kanserli hasta ve bakım verenlerinin gereksinimlerinin fark edilmesi ve uygun girişimlerin düzenlenmesinde destek sağlayacağı öngörülmektedir. Bu bağlamda çalışmamızın amacı; hormon tedavisi kullanan prostat kanserli hastaların ve bakım verenlerinin destekleyici bakım gereksinimlerinin tanımlanmasıdır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma hormon tedavisi kullanan prostat kanserli hastaların ve bakım verenlerin destekleyici bakım gereksinimlerinin tanımlanmasıdır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

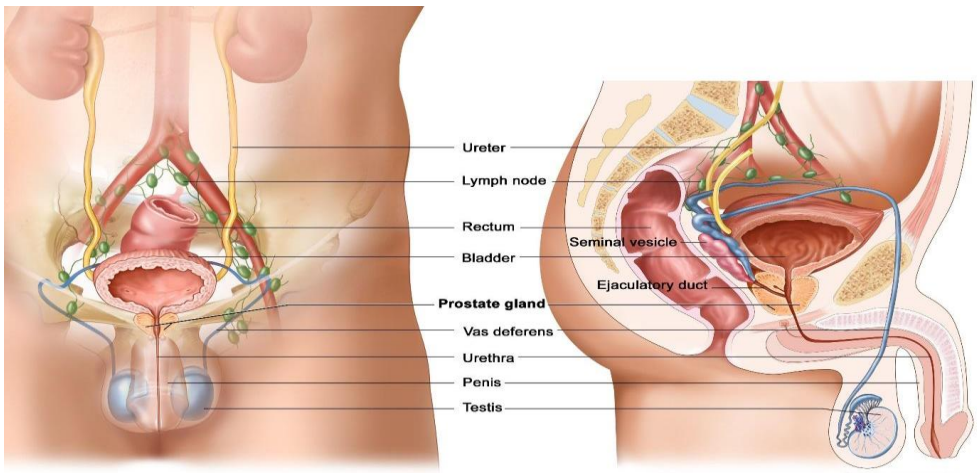
- Prostat kanserli bireylerin destekleyici bakım gereksinimleri nelerdir?
- Prostat kanseri hastalara bakım veren bireylerin destekleyici bakım gereksinimleri nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Prostat Anatomisi

Erkek üreme sistemine ait prostat bezinin yapısı ekzokrin türdedir. Pelvik diyaframın peritoneal boşluğun arasındaki subperitoneal kısıma, simfizis pubis arkası, mesanenin altı ve rektum önüne yerleşmiştir. Konik bir yapıya sahip olup ceviz şekline benzer olarak nitelendirilir. Proksimal üretranın etrafını sarmaktadır ve en büyük erkek üreme sistemi aksesuar bezidir (44).

Prostat, mesane boynunun alt kısmında, dış üretral sfinkterin üstünde bulunur ve levator-ani kası bezin inferolateralinde bulunur. Üçgen ve düz arka kısmı rektum önünde yer alır ve dikey şeklinde medyan oluğu bulunur. Bu rektovezikal fasya ile rektum ayrılır. Rektal muayene sırasında bu kısım hissedilebilir. Seminal veziküllerin, prostat bezin üzerinde ve posterior olan bir yapısı vardır (44).



Şekil 1.Prostat Anatomik Yapısı

Prostatın %70'lik kısmı glandüler doku, %30'luk kısmı ise stromal ya da fibromusküler doku ile oluşmaktadır. Farklı embriyolojik kökende; periferik, transizyonel ve merkezi bölgeler olarak üç ayrı glandüler bölgeden oluşur. Prostatın yaklaşık %70'ini periferik kısım oluşturur. Karsinom, kronik prostatit

ve enflamasyon gibi sebeplerle atrofiye en sık maruz kalan kısımdır. Dijital rektal muayenede elle hissedilen tek bölüm periferik kısımdır. Santral bölge; konik şekilde bir yapıda olup veziküllerle bitişiktir ve bezin yaklaşık %25'ini kaplar. Bu bölgede prostat bezi adenokarsinomlarının yaklaşık %1-5'i oluşur. Bu bölge aynı zamanda, semeni oluşturmaya yardımcı sıvı salınımı yapan kanalları da içermektedir. Transiyonel bölge ise üretranın çevresini sararak bezin %5'ini oluşturmaktadır (46). Benign prostat hiperplazisi bu bölgede meydana gelmektedir ayrıca prostat glandüler kısımın %10'nunu ve adenokarsinomun %20'sini meydana getirir. Non-glandüler yapı da anterior fibromüsküler stroma ve preprostatik sfinkter şeklinde iki kısımı kapsar.

Prostat bezinin elyaflı psödokapsülü ve gerçek kapsülü bulunur. Gerçek kapsül; prostat bezini çevreleyen ince bağ doku katmanıdır. Psödokapsül; üç farklı fasya katından oluşur. Bu katmanlar; anterior, lateral ve posterior fasyalardır. Anterio-lateral fasya gerçek bir kapsüle sahiptir. Yan kısmında ise levator fasya ile sınırlanmıştır. Prostatik venöz pleksus ise gerçek bir kapsül ve psödokapsülün arasında yer alır (47).

2.2. Prostat Fizyolojisi

Seminal sıvı hacminin yaklaşık %30'u prostat bezi tarafından sağlanır. Prostatik kapsül, düs kas lifleri açısından zengindir. Prostatın kapsül kısmından içeri giren septumlarla prostatın lobları meydana gelir. Elastik stromal bağ dokuları düz kas lifleri içerir ve glandül etraflarını sararlar. Perifer kısımda kapsülüyle devam eder. Bu kas grupları ejekülasyon esnasında kontraksiyonlar ile prostatın salgısının atılımı gerçekleştirir. Bu kas dokusu sempatik sinirler aracılığıyla kontrol edilir (47).

Prostat salgısı pH'ı 7.5 olarak alkali bir yapıdadır. Prostat sekresyonları; semen sıvının önce pıhtılaştırılıp, sonra pıhtılaşmanın likefaksiyonu sağlar. Ovumun döllenmesi için semenin alkali özelliği önem taşımaktadır. Vajinanın asidik yapısına karşı spermlerin tahrip olmasını önleyerek spermlerin genital yolda canlı kalmasına yardımcı olur. Basit şeker olan glikoz ve fruktoz, çeşitli enzimler ve alkalin kimyasallar bu sıvıya süt görünümü vermektedir. Prostatın

sıvısı içerisinde; su, amilaz enzimi, kolesterol, tampon tuzları, fosfolipidler, PSA, seminal plazma sağlayıcı, kalsiyum sitrat, fosfat iyonları, spermin, spermidin, prostataglandinler, çinko, sitrik asit, plazminojen, immünoglobulin, fosfataz, proteaz ve pıhtılaşma sağlayıcı enzim maddeleri bulunur. Koitusun sonrasında semen kalsiyum iyonları sayesinde pıhtılaşarak, spermlerin hareketini kısıtlayarak kadın üreme sisteminde tutunmasını sağlar. Prostat salgısında bulunan profibrinoliz; ejakülasyondan yaklaşık 15-30 dakika sonra fibrinoliz dönüşümü ve likefaksiyon sağlanması sonucunda spermler hareketlilik kazanır (47).

2.3. Prostat Kanseri

Prostat kanseri; prostata ait hücrelerin kanser etmenlerine maruziyeti sonucunda, anormal genetik yapıda ve kontrolsüz olarak çoğalması ile oluşan kanserleşmiş hücre tanımlanmaktadır.

Kanser, genellikle periferik bazal hücrelerle başlayan normal prostat glandüler hücrelerinde bir mutasyonla başlar. Kanser hücreleri büyür ve çoğalmaya başlar, başlangıçta hemen çevreleyen prostat dokusuna yayılarak bir tümör nodülü oluşturur. Böyle bir tümör prostatın dışında büyüyebilir (ekstrakapsüler yayılma) veya onlarca yıl prostat içinde lokalize kalabilir. Prostat kanseri genellikle kemiklere ve lenf düğümlerine metastaz yapar. Kemiğe metastazların en azından kısmen prostatik venöz pleksusun vertebral venlere boşalmasının bir sonucu olduğu düşünülmektedir (48).

2.3.1. Prostat Kanserinin Epidemiyolojisi ve İnsidansı

Prostat kanseri 2021 yılında dünya çapında yaklaşık 1,4 milyon yeni vaka ve 375.000 ölümle erkeklerde görülen kanser türleri içerisinde yükselen insidansı ve mortalitesiyle bugün akciğer kanseri sonrasında karşılaşılan ikinci kanser çeşitidir (3). Dünya sağlık örgütü(WHO) 2040 yılına gelinceye dek 2.293.818 yeni prostat kanseri vakası tahmin etmektedir (6). Türkiye'de de mevcut kanser istatistik verilerine bakıldığında, 2019 yılı erkeklerde karşılaşılan

ilk sıradaki 10 kanser arasında; %32,9'luk bir değerle prostat kanseri ikinci sırada bulunmaktadır (5).

Dünyada sağlık alandaki teknolojik gelişmelerin, sağlık hizmetlerine erişiminin ve PSA testinin prostat kanseri taraması için kullanımının artışıyla prostat kanser insidansı da artmıştır (7).

Afrikalı-Amerikalı erkekler, beyaz erkeklere kıyasla en yüksek insidans oranlarına ve daha agresif türde prostat kanserine sahiptir. Prostat kanserinin yaş ile birlikte artmaktadır. 50 yaşının altında olan 350 erkekten birine prostat kanseri tanısı konulmakta ancak 50 ila 59 yaş arası insidansı her 52 erkekte bire kadar yükselmektedir. 65 yaş üzerindeki erkeklerde ise insidans yaklaşık %60'tır (22).

2.3.2. Prostat Kanserinin Histolojik Tipleri

Acinar Adenokarsinom: Adenokarsinomlar, prostat kanserlerinin en çok karşılaşılan çeşitidir. Psödohiperplastik, atrofik, müsinöz (kolloid), mikrokistik, taşlı yüzük benzeri, köpüksü, sarkomatoid ve pleomorfik dev hücreli gibi varyantları mevcuttur.

Duktal Adenokarsinomu: Prostat bezi kanallarını hizalayan hücrelerde oluşur. Duktal adenokarsinom, asinar adenokarsinom ile yayılım olarak aynı olmasına rağmen duktal türler akciğere, testise ve penise yayılmaya meyillidir. Duktal adenokarsinomun prognozu asiner karsinoma göre genellikle daha kötüdür.

İntraduktal Prostat Karsinomu: Bazal hücreler korunmuştur ancak malign epitelyal hücreleri ve duktusları dolduran bir proliferasyon şeklidir.

Transitional Hücre/Ürotelyal Kanserleri: Prostata ait geçişli hücre kanseridir ve üretraya yönelim yapan hücrelerde oluşur. Sıklıkla mesanede başlayarak prostata yayılım gösterir. Fakat nadir de olsa prostat ile başlayarak, mesanenin gişi ve yakın dokularına yayılım yapabilir.

Skuamöz Hücrel Kanseri: Prostatı saran düz hücrelerde meydana gelir. Prostatın adenokarsinom türü kanserlerinden daha hızlıca büyüyerek yayılım yaparlar.

Küçük Hücreli Prostat Kanseri: Küçük ve yuvarlak şekildeki hücrelerden meydana gelir. Nöro-endokrin kanserlerinin bir türüdür (49,50).

2.3.3. Risk Faktörleri

Prostat kanserine ait nedenler, diğer yaygınlaşmış kanserlere oranla büyük ölçüde bilinmemektedir ancak; artmış yaş, etnik kökenin çeşidi, çeşitli genetik faktörlerin varlığı ve aile öyküsü gibi etyolojik sebeplere dayandırılmaktadır (51).

Yaş: Artan PSA taraması kullanımı nedeniyle artan sayıda yetişkin erkeğe prostat kanseri teşhisi konmaktadır. Özellikle ailesinde prostat kanseri öyküsü bulunmayan erkeklerin 50 yaşın üzerinde prostat kanseri olma riskinde artış görülmektedir (52).

Etnik Köken: Prostat kanserinin görülme sıklığı; farklı ırk gruplarının arasında değişkenlik göstermektedir. En sık Afrikalı-Amerikalı erkek ırkında görülmektedir(157,6). Siyah ırkta görülme oranı beyaz ırka(93,6) göre daha fazladır (53).

Bu ırklar arasındaki görülme sıklığı farkının sebebi; sosyoekonomik koşullar ve biyolojik faktörlerle ilişkilendirilmektedir. Örnek olarak; Afrikalı Amerikalıların diğerlerine oranla düşük kaliteye sahip bir sağlık hizmeti almalarına bağlı olarak PSA taraması yaptırabilme olasılıklarının daha düşük olduğu düşünülmektedir (54).

Genetik Faktörler ve Aile Öyküsü: Prostat kanseri hastalarının yaklaşık %20'sinin, yalnızca paylaşılan genlerle değil, aynı zamanda benzer çevresel kanserojenlere maruziyet ve yaygın yaşam tarzı alışkanlıkları nedeniyle de gelişebilen bir aile öyküsü oluşumunun olduğu tahmin edilmektedir (52, 53). Özellikle, yüksek penetrasyonlu genetik "risk" alelleri kalıtsal olarak alındığında bu risk birkaç kat artmaktadır.

Antiviral aktiviteyi azaltmada ve apoptotik hücre ölümü düzenlenmesi için önemli rol üstlenen HPC1 geninin prostat kanseri gelişiminde antiviral savunmaların önemini ortaya çıkaran retrovirüsün varlığını göstermiştir (55). Bazı prostat kanseri vakalarında retroviral enfeksiyonların saptanması, kronik

retroviral enfeksiyon ve bunun sonucunda doku iltihabının kanser başlangıcı ile potansiyel bağlantısını da göstermiştir (56).

BRCA1 ve BRCA2 genlerinin mutasyonlarının prostat kanseri riskini arttırdığı görülmüştür ayrıca ailesel prostat kanseri gelişiminde de etkisi olduğu görülmüştür (57).

Diyet: Prostat kanserinde ‘’batılılaşmış diyet’’ kavramının görülme riskini arttırdığı düşünülmektedir. Özellikle kırmızı et tüketimine bağlı hayvansal yağ alımı miktarının prostat kanseri riskini arttırdığı düşünülen birkaç biyolojik mekanizması vardır. Bu mekanizmalar; androjen yoluyla prostat karsinojenezini teşvik etmek, lipid metabolizmasından reaktif oksijen türleri(ROS), lökotrienler, prostaglandin düzeylerinin artması ve son olarak bazal metabolizmayı, insülin büyüme faktörünü ve tümör proliferasyonunu arttırmak (58). Aşırı kalsiyum alımının da prostat kanseri riskini arttırdığı düşünülmektedir. Wilson ve ark. (2015) çalışmasında katılan erkeklerin (47.885) 24 yıllık bir takip sonrası 5.861’ine prostat kanseri tanısı koyulmuştur (59).

Turpgiller veya karnabahar, brokoli, şalgam, brüksel lahanası vb. sebze çeşitlerinin alımıyla prostat kanserinin riskinin azalması için önemli ölçüde katkıya sahip oldukları tespit edilmiştir. Turpgiller, fenietil izotiyosiyanat, sülforafan, fitokimyasallar ve indol-3-karbinolün aracılık ettiği antikanser özelliklere sahiptir (61).

Asya diyetinin büyük bir parçası olan yeşil çay ve soyanın içerisinde bulunan kateşinlerin ve izoflavonların antikanserojen özellikleri bulunmaktadır. Bu özelliklerin karsinogenezinde farklı aşamalarını inhibe ettiği görülmüştür (61,62).

Prostat kanserinin diğer diyet önleyicileri; polifenoller (yeşil çay, yaban mersini, kırmızı şarap, nar), antioksidan likopen (pişmiş veya işlenmiş domates), D vitamini, omega-3 ve yağlı balıklardır (63).

Diğer Etkenler: Prostat kanseri gelişiminde alkol, sigara kullanımının kanser riskini arttırdığı gözlenmektedir (64).

Bakteriyel ve viral ajanlar, Prostat kanser etiyolojisinde rol oynadığı görülmektedir. Örneğin; en sık nedeni enfeksiyon olan kronik inflamasyonun uzun süreli oluşu prostat kanserine neden olabilir. HCP1 ise enfeksiyon

etyolojisinde en sık ilişkilendirilen gendir. Bu gen mutasyonu varlığında viral, bakteriyel, mantar enfeksiyonlarının arttığı ve prostat kanserinin sıklığının da arttığı gözlenmiştir. HPV(Human papillorna Virüs) ve gonore enfeksiyonlarının prostat iltihabı, prostat atrofisi ve prostat kanserine yol açtığı görülmektedir (65). Kadınlarda vajinitin bir nedeni olarak bulunan Trichomonas vaginalis enfeksiyonunun mekanik teması sonucu; anti-apoptotik genlerin ekspresyonunu azaltarak protozoanın epitel hücrelerine yapışmasına neden olarak IL-6 ve monosit kemotaksi proteinlerinin üretimini değiştirdiği ve böylece prostat kanserinin artışıyla ilişkili bulunmuştur (66).

Obezite, özellikle fiziksel hareketsizlikle birlikte azalmış glikoz alımı, insülin direncinin gelişmesine yol açar ve kronik olarak yüksek kan insülin seviyelerine sebep olur. İnsülin büyümeyi ve çoğalmayı destekleyen bir hormon olması nedeniyle prostat kanserinin başlamasını ve/veya ilerlemesini destekleyen risk faktörleridir.

Egzersiz, prostat kanserinin önlenmesinde yönetilmesi en kolay ve değiştirilebilir risk faktörlerinden biridir. Bağışıklık fonksiyonu ve antioksidan yolaklarını uyarır ve insülin, leptin, testosteron, serum IGF-1 seviyelerini düşürerek zararlı reaktif oksijen türlerini azaltarak etki ettiği saptanmıştır (67).

Keogh ve McLeod'un (2012) yapmış olduğu çalışmada egzersiz yapan kişilerin prostat kanseri riski açısından önemli düzeyde daha düşük ölçüde riske sahip olduklarını bulmuşlardır. Aynı zamanda düzenli egzersiz yapan prostat kanseri hastalarının, daha az fiziksel aktivitesi olan yaşıtlarına kıyasla daha düşük PSA seviyeleri gösterdiği tespit edilmiştir. Düzenli fiziksel aktivitenin androjen yoksunluğu tedavisini (ADT) 2 yıl geciktirdiği ve yüksek yaşam kalitesine katkı sağladığı görülmüştür (68).

2.3.4. Prostat Kanseri Belirtileri ve Semptomları

Hastaların sıklıkla doktora gelme nedenleri; mesaneyi boşaltmaya zorlanma ihtiyacı, hematüri, noktüri, yeni başlayan erektil disfonksiyon, prostat büyümesinin neden olduğu otururken rahatsızlık veya ağrı hissi, alt ekstremitelerde ödemin varlığı ve yorgunluk gibi semptomlardır (38).

Downing ve ark. (2019) çalışmasında prostat kanseri tanısı almış hastaların Evre III-VI hasta grubunda Evre I-II ‘ye göre ağrı, anksiyete, üriner inkontinas, seksüel fonksiyonlarda azalma gibi semptomları daha yüksek düzeyde yaşadıkları görülmüştür (11).

Colloca ve ark. (2016) çalışmasında hastaların ilerleyen evrelerde emosyonel, sosyal ve hastalığa spesifik semptomlarının giderek kötüleştiği görülmektedir. Prostat kanserinin evresi arttıkça; hastaların yaşadıkları üriner disfonksiyon, ağrı gibi fiziksel semptomlarının arttığı ve malnutrisyon gibi komorbiditelerin de semptomlara eşlik ettiği görülmektedir (30).

Metastazlara bağlı olarak patolojik kırıklar, iştah kaybı ve eşlik eden kilo kayıpları, nörolojik semtomlar, dermatomyozit, lökositoklastik vaskülit ve granülositoz gibi semptomlar görülmektedir (69).

2.3.5. Prostat Kanserinde Tanı

Prostat kanseri tanılama yöntemleri; Transrektal ultrasonografi (TRUS), parmak ile rektal muayene (PRM), prostat spesifik antijen (PSA) testi ve MRG’dir. Kesin tanı ise biyopsi ile konulmaktadır. PSA testi ve TRUS klavuzluğunda prostat doku biyopsileri uygulanmaktadır ancak PSA test taraması tartışmalıdır. Biyopsi ve daha fazla araştırmayı doğrulamak için en az 2 anormal PSA seviyesi veya dijital rektal muayenede bir nodül varlığının tespiti önerilmektedir (70).

PSA, prostat hücrelerinin ürettiği bir proteindir. Bu enzim seminal sıvının çözünmesine katılarak doğurganlık için önemli rol oynar. PSA en çok seminal sıvı içerisine bulunmaktadır. PSA’nın bir kısmı prostattan kaçarak serum içerisinde görülebilir. PSA seviyelerinin serumda yükselmesi ise prostat kanseri ile ilişkilidir. Yıllık PSA serum seviyelerini karşılaştırır. 0,75 ng/ml'den fazla veya %25'ten fazla yıllık PSA artışı, potansiyel bir prostat kanseri olduğunu gösterir (toplam PSA 4 ila 10 mg/ml). Toplam PSA 2,6 ila 4 ng/ml ise, yıllık 0,35 ng/ml'lik bir artış şüpheli kabul edilir (71). Gleason skoru, prognoz belirleme ve prostat kanseri yönetimi kararları için kullanılan ana parametrelerdir. Avrupa Randomize Prostat Kanseri Tarama Çalışması (ERSPC)

biyopsi önermek için öncelikle 3 mg/ml'lik bir PSA eşik değeri kullanırken ve ABD ‘’Prostat, Akciğer, Kolorektal ve Yumurtalık (PLCO) Kanser Tarama’’ çalışması 4 mg/ml'lik bir eşik değeri kullanmıştır (72, 73).

Amerikan Üroloji Derneği; 40 yaş üzeri bireylerde yıllık rektal muayenenin yapılmasını ve PSA testi uygulamasını önermektedir. Siyah ırka sahip ve ailesinde prostat kanseri olan kişilerde risk daha yüksek olduğu için taramaların daha erken yaşta başlaması önerilmektedir (71). National Comprehensive Cancer Network (NCCN) de tarama testlerinin 40 yaşında başlamasını önermektedir. ‘’PSA değeri 1ng/dL’nin altındaysa 45 yaşında, tekrar 1ng/mL’nin altında devamı durumunda 50 yaşında rektal muayene ve PSA, PSA 1ng/mL’nin üzerinde olması durumunda ise rektal muayene ve PSA ile takibi.’’ olarak önermektedir (74).

2.3.6. Evreleme

Prostat kanserini değerlendirmenin önemli bir kısmı evreyi belirlemektir. Evreleme sisteminin en çok kullanılanı üç aşamalı TNM (tümör/düğüm/metastaz) sınıflandırmasıdır. Bileşenleri, tümörün boyutu ve kapsamı, ilgili lenf düğümlerinin varlığı, PSA seviyesi, Gleason skoru (biyopsi veya cerrahi numuneden) ve metastazların varlığını içerir. Prostat kanseri evrelemesinde temel ayrım kanserin prostatla sınırlı olup olmadığı ve tedavi edilebilirliğidir (75). Tablo 1.’de TNM evrelemesi açıklanmıştır (76).

Tablo 1. Prostat Kanserinin TNM Evrelemesi

TNM Primer Tümör (T)	
Tx	Primer tümör değerlendirilemiyor
T0	Primer tümör varlığına dair bir belirti yok
T1	Tümör klinik olarak saptanamıyor; palpe edilemiyor, görüntülenemiyor
T1a	Tümör rezeke edilen dokunun %5 ve altında insidental olarak mevcut
T1b	Tümör rezeke edilen dokunun >%5'inde insidental olarak mevcut
T1c	Tümör ancak iğne biyopsisi ile belirlenebiliyor
T2	Tümör prostat dışına çıkmamış
T2a	Tümör tek bir lobun yarısında ya da daha azında sınırlı
T2b	Tümör tek bir lobun yarısından daha fazla yer kaplıyor
T2c	Tümör her iki lobu da kaplıyor
T3	Tümör kapsülden prostat dışına çıkıyor
T3a	Kapsül dışına taşma (tek taraflı ya da çift taraflı)
T3b	Tümör seminal vezikül/leri invaze ediyor
T4	Tümör fikse ya da seminal veziküller dışındaki dokuları invaze ediyor (Mesane boynu, eksternaş sfinkter)
Bölgesel Lenf Düğümleri (N)	
Nx	Bölgesel lenf düğümleri değerlendirilemiyor
N0	Bölgesel lenf düğümlerinde metastaz yok
N1	Bölgesel lenf düğümlerinde metastaz var
Uzak Metastaz (M)	
MX	Uzak metastaz değerlendirilemiyor
M0	Uzak metastaz yok
M1	Uzak metastaz var
M1a	Bölgesel olmayan lenf düğüm/lerinde metastaz
M1b	Kemiklerde metastaz var
M1c	Kemik metastazı olsun/ olmasın başka bölge/lerde metastaz var

NCCN 2016 Guideline'ına göre Tablo 2.'de risk grupları açıklanmıştır (76).

Tablo 2. Risk grupları

Düşük Risk	Orta Risk	Yüksek Risk	Çok Yüksek Risk
Klinik T1a-T2a ve Gleason 2-6 ve PSA<10 ng/ml	Klinik T2b-2c ve Gleason 7 veya PSA 10-20 ng/ml	Klinik T3a-T3b veya Gleason 8-10 veya PSA>20 ng/ml	Klinik T3c-T4 veya N(+)

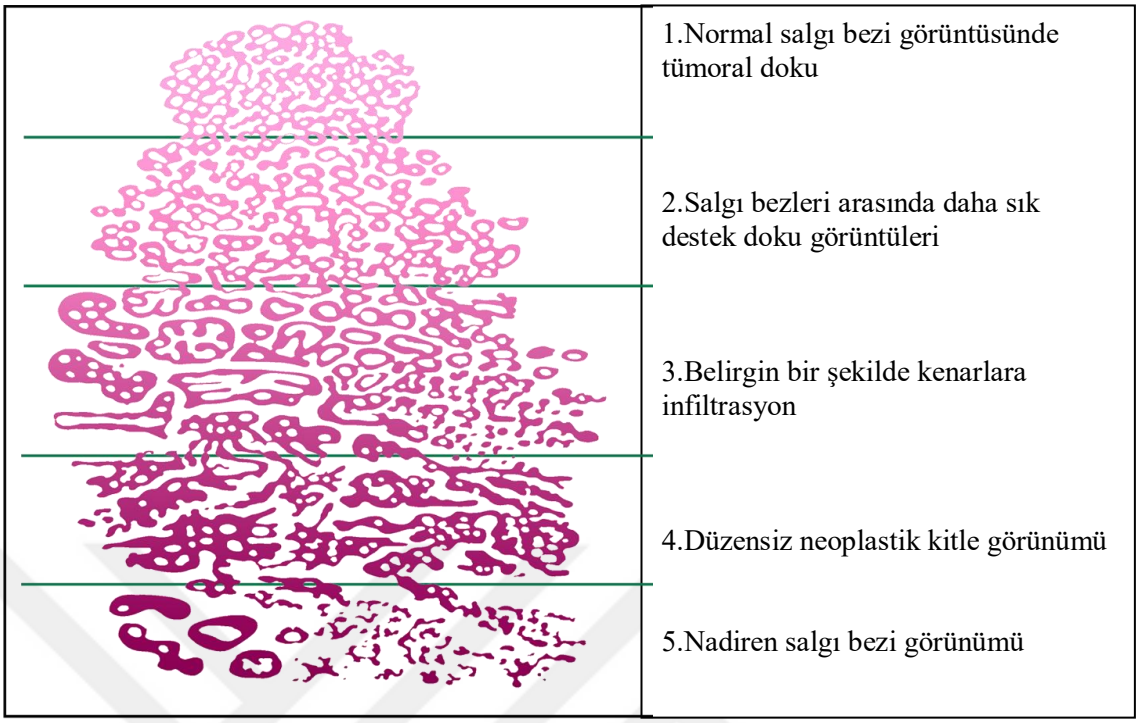
2.3.7. Gleason Skoru

Gleason Skoru; histolojik bir şekilde prostat kanserinin glandüler farklılaşması ve büyüme döngüsünün stroma ile ilişkisini değerlendirmektedir. Bu skorlama yönteminde hastalığın evresi, biokimyasal nüks, metastatik hastalık varlığı ve sağkalım gibi tüm klinik tabloyla ilişkilendirerek incelenmektedir. Gleason derecesi iğne biyopsisi ile saptanır ve hastanın bakım yönetimini planlamak için kullanılır (50).

Birden beşe kadar derecelendirilebilen primer ve sekonder paternler belirlenmektedir (Şekil 2). Tümör tek histolojik paternden oluşuyorsa birincil ve ikincil paterne eşit derece verilmektedir. Gleason skoru ise iki ile 10 arasında değişkenliktedir. En az agresifse iki, en çok agresifse 10 paternini göstermektedir (50).

- Gleason 2 ile 5 arası: İyi diferansiye
- Gleason 6 ile 7 arası: Orta diferansiye
- Gleason 8 ile 10 arası: Kötü diferansiye

Şekil 2'de Gleason paterni açıklanmaktadır (50).



Şekil 2. Gleason Paterni

2.3.8. Aktif Sürveyans ve Tedavi Yöntemleri

Aktif sürveyans(Aktif gözetim) kavramı küratif bir yaklaşım önerilebilecek hastalar için uygun bir tedaviyi temsil eder. Bu tür (çok düşük riskli) prostat kanserli hastalar başlangıçta tedavi edilmezler, ancak takip sırasında progresyon veya ilerleme tehdidi ortaya çıkarsa, iyileştirici bir niyetle takibi ve tedavisi gerçekleştirilir. Bu yöntemde kesin sonuçlara ulaşılabilmesi için takip süresinin uzun olması gerekmektedir. Bu sebeple, 70 yaşın üzerindeki veya yaşama beklentisi 10 yıl ve altı olan hastaların hiç tedaviyi almaması anlamına gelebilse de genç hastalar için, tedavinin yıllarca ertelenmesi anlamına gelebilir.

Bu nedenle uygunluk kriterleri belirlenmiştir. Aktif sürveyans için uygunluk kriterleri; klinik olarak sınırlı prostat kanseri (T1–T2), gleason skoru ≤6,kanserle ilgili üç veya daha az biyopsi, kanserle ilgili her biyopsinin ≤%50'si,PSA <10 ng/ml (77).

Cerrahi Tedavi

Radikal prostatektomi; prostat kanseri lokalize olan hastalar için küratif amaçla uygulanan bir cerrahi tedavidir ve sağkalım yararı sağlamaktadır. Teknolojik gelişmelerle birlikte geleneksel açık retropubik cerrahi yerini büyük oranda laparoskopik ve robotik cerrahi yaklaşımlara bırakmıştır (78).

Radikal prostektomiye kıyasla robotik ve ya laporoskopik cerrahinin etki farkı henüz görülmemiş olsa da uygulanan laporoskopik cerrahi tedavilerin hastalarda üriner ve erektil disfonksiyonlar için postoperatif dönemde iyileşme sırasında avantaj sunabileceği düşünülmektedir (79).

Radyoterapi

Radyoterapi; prostat kanserinde iki farklı şekilde uygulanabilir: Dışarıdan ışınlama yöntemi olan eksternal radyoterapi (EBRT-External Beam Radiation Therapy) veya içerden ışınlama yöntemi olan Brakiterapi (interstisyel radyoterapi).

Eksternal radyoterapi iki yolla uygulanır; Yoğunluk Ayarlı Radyoterapi (IMRT) ve Üç Boyutlu Konformal Radyoterapi (3D-CRT)'dir. Günümüzde en yaygın kullanılan eksternal radyoterapi tekniği yoğunluk ayarlı radyoterapi (IMRT)'dir.

Brakiterapi; tümörün yakınında bulunan doku ya da boşluğa radyoaktif kaynağın yerleşitirilmesidir. High Dose Rate(HDR) ya da Low Dose Rate(LDR) olarak iki şekilde uygulanmaktadır.

Low Dose Rate; genel anestezi ile uygulanmaktadır ve hastanın hastanede yatması gerekmektedir. High Dose Rate ise hastanın hastanede yatması gerekmez ancak doz hızlı verilir ve her kürde büyük dozlar uygulanır (80).

Kemoterapi

Prostat kanseri tedavisinde kemoterapötik ajan olan docetaxelin, 2004 yılında prostat kanserinin metastatik kastrasyona dirençli olan türüne sahip hastalarda genel sağkalım oranını yükselttiğine ilişkin olumlu sonuçları onaylanmıştır. Yapılan klinik çalışmalar, metastatik kastrasyona duyarlı hastalığı olan hastaların ve lokalize yüksek riskli prostat kanseri hastalarının da docetaxel uygulamasından fayda sağladığı görülmektedir (81).

Taksanlar, docetaxel ve cabazitaxel, tubülinleri bağlar ve mikrotübül stabilizasyonunu indükleyerek, çeşitli sinyal yollarının aktivasyonuna, mitotik durmaya, apoptoza, hücre içi trafiğin inhibisyonuna ve AR(androjen reseptörü) sinyalinin inhibisyonuna yol açar. Taksan kaynaklı mikrotübül stabilizasyonunun, mCRPC'deki aktiviteye katkıda bulunabilecek bir özellik olan androjen uyarısına yanıt olarak AR'nin nükleer translokasyonunu önlediği gösterilmiştir (82).

Hormon Tedavisi

Prostat kanseri, bir androjen türü olan testosterona bağımlı olarak büyür. Prostat kanserinde hormon tedavisi; testis androjen sekresyonunu baskılayarak veya anti-androjenlerle androjenlerin dolaşımdaki etkilerini inhibe ederek kanserli hücrelerin büyümesini engeller ve androjen seviyesinin düşürülmesini sağlayarak prostat kanserinin malign neoplazmının aktivitesini azaltmaktadır(83). Ancak hormon tedavisi bazı kanserli hücrelerin mutasyonlara veya epigenetik değişikliklere uğraması ve androjenler olmadan bağımsız olarak büyüyebilen yeni kanserli hücreler haline gelmesine neden olabileceği için sürekli ya da tek başına uygulanmamaktadır (84).

ADT için güncel uygulamadaki klinik protokol mevcuttur. Bir hasta 36 haftadan fazla hormon tedavisi görüyorsa ve 24 ve 32. haftalardaki PSA seviyeleri 4.0 ng/ml'den düşükse hormon tedavisi durdurulur. Daha sonra PSA seviyesi 10 ng/ml'nin üzerine çıktığında hormon tedavisine yeniden başlanır ve protokolün en başına dönülür (85).

Androjen Seviyesini Azaltan Tedaviler

Orişektomi(Cerrahi Kastrasyon) ve Östrojen Tedavisi: ADT'nin ilk uygulamalarıdır. Östrojen terapisi, testis androjen aktivitesinden sorumlu gonadotropinleri inhibe etmek için kullanılır ve androjenik hormonu baskılayarak malign hücrenin büyümesini engeller. Östrojen tedavisi erkeklerde jinekomasti (meme dokusunun büyümesi), cinsel disfonksiyon gibi olumsuz yan etiklere yol açmaktadır. Orişektomi ise birçok erkek için geri dönüşümsüz olması nedeniyle kastrasyonu travmatize edicidir (86).

LHRH agonistleri: Luteinize edici hormon salgılatıcı hormon (LHRH) agonistleri ve gonadotropin salgılatıcı hormonun (GnRH) agonisti olarak bilinirler. Geri dönüşümlü etkilere sahiptir ve birincil basamak tedavi yöntemi olarak prostat kanserli hastalarda tercih edilmektedir.

LHRH agonisti ön hipofizdeki GnRH reseptörlerinin sürekli ve fizyolojik olmayan stimülasyonuna neden olarak luteinize edici hormonun (LH) salınımını tetikler ve bu da testiküler androjen sentezini teşvik eder. Bu etki, androjen salınımında bazen "testosteron parlaması" olarak adlandırılan başlangıçtaki geçici bir artışa, ardından hipofiz LH'sinin tükenmesine, LH biyoaktivitesinin kaybına ve GnRH reseptörünün duyarsızlaşmasına sebep olarak androjen üretiminin üreme yeteneğini tamamen veya geçici olarak sonlandırılması ile kastrasyonun düşmesine neden olur (87).

LHRH antagonistleri: Hipofiz bezindeki LHRH reseptörlerine doğrudan bağlanır ve böylece LH aktivitesini ve testiküler androjen sentezini bloke eder. Prostat kanseri ile ilgili semptomların daha hızlı iyileşmesine izin verebilir, klinik alevlenmeyi önlemek için eşzamanlı antiandrojenlere duyulan ihtiyacı ortadan kaldırabilir (böylece antiandrojenle ilişkili advers olaylardan kaçınılır). Yüksek tümör yükü ve/veya omurilik kompresyonu gibi akut sorunları olan hastalarda GnRH antagonisti kullanımına izin verir (88).

Anti-Androjen Terapisi

Anti-androjenler , androjen reseptörünün ligand bağlayıcı cebine bağlanmak için endojen androjenlerle rekabet eder ve transkripsiyonel aktiviteyi önleyen yapısal değişiklikleri indükler. Nonsteroidal ve Steroidal olarak iki anti-androjen grubu mevcuttur. Bu grupta Nilutamid ve Bikalutamid en sık kullanılan ilaçlardır. Monoterapi olarak verildiğinde bikalutamid, androjen baskılaması için daha iyi tolere edilebilmektedir. Bu yüzden tek başına kullanımından çok, GnRH uygulamasıyla ilişkili alevlenmeyi engellemek için kısa süreli anti-androjenler kullanımı daha yaygındır (89).

2.4. Prostat Kanserinde Hormon Tedavisinin Yan Etkileri

Genellikle tedavinin başlamasından hemen sonra kısa süreli yan etkiler meydana gelir, yorgunluk ve kilo alımının eşlik edebileceği sıcak basması ve vazomotor dengesizlik gibi yan etkiler gözlemlenir (90). Uzun süreli yan etkiler ise; tanı ve tedavinin sonrasında uzun süren izlem sırasında ortaya çıkabilecek yan etkileri içerir. Bu yan etkiler arasında cinsel işlevlerin bozulması, sık idara çıkma, idrar inkontinansı, sıcak basması, osteoporoz ve kemik kırığı, kardiyovasküler hastalık, diyabet ve böbrek hasarı yer aldığı gözlenmektedir (91).

Androjen hormonları da kemik dansitesi ve gücü için önemlidir. ADT ile kemik mineral yoğunluğu kaybına neden olmaktadır (90). Wallender ve ark. (2019) İsviçre'de yapmış olduğu çalışmada 1000 hastada kalça kırığı ve osteoporoz oranları ADT'li hastalarda %32-45 iken, prostat kanseri olan ancak ADT tedavisi almayan hastalarda %16-23 olarak bulunmuştur (92).

ADT'nin, insülin direnci ve artan yağ kütlesi gibi olumsuz etkileri mevcuttur. Azalan insülin duyarlılığı ve kolesterol dahil olmak üzere lipidlerdeki artışlar (LDL ve HDL) ADT tedavisi kullanan hastaların metabolik değişikliklerinin daha fazla olduğu görülebilmektedir. Bu metabolik değişikliklerin diyabet ve kardiyovasküler hastalıkları arttırdığı görülmektedir (90).

Guo ve ark. (2018) çalışmasında herhangi bir ADT formu kullanan prostat kanserli hastalarla, kullanmayanlar karşılaştırıldığında daha yüksek oranlarda kardiyovasküler sistem hastalıkları(emboli,DVT,MI) oluştuğu görülmektedir (93).

LHRH agonistleri ve antagonistleri ile tedavi edilen erkekler, genellikle birkaç ay sonra ereksiyon bozukluğuna yol açabilecek libido azalması yaşarlar. Testosteron seviyesinde olan indirgeme, ilk olarak erektil disfonksiyonu uyandırır. Tedavi sebebiyle azalan testosteron, arteriyel dilatasyona, libido kaybına ve seksüel disfonksiyona n çok yol açan etkendir. Erektil fonksiyon, kısa süreli ADT'nin kesilmesinden sonra düzelebilir (94).

ADT tedavisi hastalarda sık idrara çıkma, idrar inkontinansını ve idrar yolu enfeksiyonunu arttırabilir. Tedaviyi alan erkeklerin yaklaşık %15'i, ilacı aldıktan sonraki 5 yıl içinde üretral dilatasyon ve/veya transüretral prostat rezeksiyon ihtiyacı oluşabilir (95).

Nguyen ve ark. (2018) geriye dönük yapmış oldukları çalışmada ADT tedavisi alan prostat kanserli erkeklerin diyabet insidansının ADT kullanmayan erkeklere göre %21, kardiovasküler sistem hastalıkları ve MI insidansının %12, osteoporoza bağlı fraktürlerin insidansının %39, cinsel disfonksiyon insidansının ise %58 oranında arttığı görülmektedir (91).

Kinnard ve ark. (2020) çalışmasında, hastaların cinsel yönden danışmanlığa ihtiyaç duydukları saptanmıştır. Cinsel sorunların da yüksek düzeyde sıkıntıya, düşük benlik saygısına, kaygıya, öfkeye, hayal kırıklığına, depresyona ve ikili ilişkilerinde sorunlara neden olduğu saptanmıştır (96).

2.5. Destekleyici Bakım

Destekleyici bakım tanımı onkolojide çok yaygın kullanımı olan bir tanımdır. MASCC destekleyici bakımı; ‘’Kanserin yan etkilerinin ve tedavisinin önlenmesi ve yönetimi.’’ olarak tanımlamaktadır (28). Kanserle yaşayan veya kanserden etkilenenlerin teşhis, tedavi sırasında bilgilendirici, emosyonel, psikososyolojik ve fiziksel gereksinimlerinin karşılanabilmesi için gerekli

hizmetin sağlanması, sağlığın geliştirilebilmesi ve hastalıkların önlenmesi, acılarını hafifletme ve yasla ilgili konuları kapsayan takip aşamalarını içermektedir. İngiltere Ulusal Sağlık Hizmeti(NHS) destekleyici bakımı; Kanser bakımı dahilinde destekleyici ve palyatif bakımın daha erken uygulanmasına odaklanan fiziksel ve psikolojik semptomların yönetimi, yan etkilerin kontrol edilmesi, antikanser tedavisi ve tedavi sonrası bakım olarak tanımlamaktadır (27).

Destekleyici bakım ihtiyaçları, semptomları ve yan etkileri yönetmek, uyum ve başa çıkmayı sağlamak, anlayışı ve bilinçli karar vermeyi optimize etmek ve işlevsellikteki azalmaları en düşük seviyeye indirgemek için hastalık ve tedavi sırasında ortaya çıkan bakım gereksinimleri olarak tanımlanabilir. Bu nedenle, prostat kanserinden etkilenen erkekler için bu tür ihtiyaçların belirlenmesi ve ele alınması, hastanın sıkıntısını önleyebilir, yaşam kalitesini iyileştirebilir ve bakımdan genel memnuniyeti iyileştirebilir. Sağlık hizmeti kullanımını ve maliyetlerini azaltabilir (97).

2.5.1. Prostat Kanserli Hastalarda Destekleyici Bakım Gereksinimleri

Çoğunlukla en sık bildirilen karşılanmayan iki gereksinim olarak sağlık sistemi bilgisi ve kişilerarası ilişkiler/yakınlık ihtiyaçları olduğunu görülmektedir. Hastalar cinsel ihtiyaçlar hakkında iletişim kurmanın zor olduğunu ve genel olarak doktor-hasta iletişiminin tedavi süresince cinsel yaşam üzerindeki etkisi hakkında yetersiz iletişimin olduğu belirtmektedirler. Cinsel sorunlar bireyde yarattığı fiziksel zorluğun yanı sıra kişiler arası iletişimde bozulma, güven sorunları, psikolojik bunalım ve hatta ilerleyen dönemlerde depresyon gibi ciddi sonuçlar doğurabilmektedir (98).

Hastalar fiziksel olarak yorgunluk, fiziksel aktivitede azalma, kas gücü kaybı ve idrar inkontinansı gibi yan etkiler ve semptomlar yaşamakta, bu sorunların ise hastaların sosyal hayatlarına ciddi etkileri olmaktadır. Süreç içerisinde hastalar yaşadıkları semptomlar nedeniyle gelecek planlarını değiştirmek, vazgeçmeyi düşünmekte hatta günlük aktivitelerini yerine getirmede dahi psikolojik olarak isteksizlik yaşamaktadır (99).

Carter ve ark. (2014) hemşire ve doktorlar ile yaptğı çalışmada hastaların; ağrı ve semptom yönetimi, bilgi ihtiyaçları, duygusal ihtiyaçlar ve pratik yardım ihtiyacı duydukları tespit edilmiştir. Hastaların bu semptomlar ile ilgili destek ihtiyacı duymasının nedeninin; bilgi düzey eksikliğinin düşük olmasından kaynaklandığı görülmüştür (145).

Çal ve ark. (2018) prostat kanserli hasta grubunda yaptığı çalışmada hastaların toplam %22.4'ü kendi günlük bakımlarını yapmadığını ve %27,6'sı evde bakıma ihtiyaç duyduğunu tespit etmişlerdir. Evde bakım verecek kimsesi olmayan hastaların evde bakıma ihtiyaç duyma düzeylerininin yüksek olduğunu saptamışlardır. İş ve aile yaşamları ile ilişkileri olumsuz etkilenen hastaların evde bakıma daha yüksek düzeyde ihtiyaç duyduklarını saptamışlardır. Hastalar ne kadar eğitimliyse evde bakıma o kadar az ihtiyaç duydukları görülmekte ve eğitim düzeyinin artışı ile prostat kanserinin tedavi sürecindeki ihtiyaçlarının azaldığı görülmektedir (100). Bu doğrultuda hastaların tedavi süresince bilgi eksiklerini tamamlamak bireysel bakım ihtiyaçlarının giderilmesinde en büyük etkiye sahip olmaktadır.

Feldman-Stewart ve ark. (2018) çalışmasında prostat kanserli hastaların güvenilir bilgiye ulaşmada zorluk çektiği ve bilgi desteğine ihtiyaç duydukları saptanmıştır (143).

Paterson ve ark. (2017) çalışmasında; prostat kanseri olan hastaların fiziksel destek ihtiyaçları yanında eşleriyle olan ilişkilerinde psikolojik destek ihtiyaçlarının olduğu, rol kayıpları ve kendilerine güven eksikliği yaşadıkları saptanmıştır (144).

2.5.2. Bakım Verenlerinin Destekleyici Bakım Gereksinimleri

Kanser hastalarının tanı anından başlayarak belki de tüm tedavi süresince hastanın yanında olan bakım verici birey; hastanın tüm deneyimlerini onunla birlikte yaşamakta ve hastasına destek olduğu bu süreçte kendisi de fiziksel ve psikolojik zorluklarla karşılaşmaktadır. Bakım verici bu süreçte kendi iyilik halini sürdürebilmek için desteğe ihtiyaç duymaktadır (101).

Bakım veren birey, kanserli hastaya günlük yaşam aktiviteleri, tıbbi bakım, sosyal destek ve savunuculuk (sigorta, hastane ayarlamaları vb.) rolleri ile hastaya bakım vermektedir. Hastanın hastalığının ilerlemesi durumunda hastanın yürüme, banyo yapma, tuvaletini yapma ve kendi kendine beslenme konusunda yardıma ihtiyaç duyması gibi nedenlerle, bakım verenin sorumlulukları artmaktadır. Bunun sonucunda bakım veren birey daha fazla zamansal, enerjisel ve duygusal kaynak tüketir. Süreç içerisinde bakım verici için psikolojik yük hastaya göre daha da büyük olabilir (102).

Mollassiotis ve ark. (2022) yapmış olduğu çalışmada bakım yükünün bireyde psikolojik zorluklara yol açıtğı, aile yaşantısında güvensizlik yaşanabileceği, mali sıkıntıların sağlık hizmetine duyulan ihtiyacı arttırabileceği gibi birden fazla destek ihtiyacı için neden oluşturabilecek faktör görmekteyiz. Bakım verenlere psikoeğitim, beceri eğitimi ve terapötik danışmanlık gibi psikolojik destek yöntemlerinin oluşturulmasını önermektedirler (145).

Samuellson ve ark. (2021) yaptığı çalışmasında bakım verenler için geniş kapsamlı bir destek modelinin oluştrulmasının; bakım verenlere sağlanan farklı koşullara göre uyarlanmış ve bireyselleştirilmiş bir desteğin, kanser seyri sırasında detsek ihtiyaçlarınının tanımlanıp karşılanmasını sağlayacağı gösterilmiştir (146).

Bakım verici rolünü üstlenen kişilerin yaşam aktivitelerinde bozulma, iş kayıpları, sosyal izolasyon, uyku sorunları, yeme-içme düzeninde bozulmalar, iştahsızlık, boşaltım sorunları vb. sorunlara maruz kalmakta ve bu sorunlar ilerleyen süreçte bireyde var olan korku, anksiyete gibi psikososyal sorunların da eşlik etmesiyle bireyi depresyona götürmektedir. İleride bakım veren birey hasta konumuna gelebilmektedir (19,20). Bu süreçte bakım veren bireyin bireysel destek ihtiyaçlarının tanımlanması ve karşılanması da bütüncül bakım gereğince en az hastanınki kadar önem arz etmektedir.

2.6. Prostat Kanserli Hastanın Bakımında Hemşirenin Rolü

Onkoloji hemşiresi tanının ilk alındığı andan itibaren hasta ve ailesinin yanında olmaktadır. Hemşire prostat kanseri teşhisi süresince, tedavi öncesinde ve tedavi sonrasındaki periyotlarda buna ek olarak prostat kanserli erkeklerin eşlerinin/ailelerinin ve bakım verenlerinin tüm süreçlerinde aktif olarak bulunmaktadır (103).

Prostat kanserinin farklı tedavileri süresince farklı hemşire rolleri varlığı görülmektedir. NHS(Nursing & Health Sciences) uzun vadeli bakım planında; "Kanser teşhisi konan her kişinin ihtiyaç değerlendirmesi, bakım planı, sağlık ve esenlik bilgileri ve desteğini de kapsamak üzere kişiselleştirilmiş bakıma erişim." hedeflenmektedir. Hastanın tedavi sürecinin şekline göre farklı alanlarda farklı hemşire rolleri ile karşılaşılmaktadır. Bütünsel ihtiyaç değerlendirmesi, hastaların kendileri için önemli olanı bulmalarına ve bireysel ihtiyaçlarını belirlemelerine olanak tanır. Bu şekilde hastanın bütüncül olarak bireysel düzeyde değerlendirilmesi sağlanır (103).

Takip ve izlemde hemşire liderliğindeki herhangi bir takip modelinde, tedavinin ve hastalıkla ilgili etkilerin proaktif olarak tanımlanması ve yönetimi, nüks veya ilerlemenin tanımlanması ve değerlendirilmesi ileriye dönük sevk hizmetlerini sağlar. Cerrahi sürecinde bir üroloji hemşiresi hastanın preoperatif hazırlığını yaparak hastayı cerrahi işleme hazırlarken, postoperatif dönemde vital izleminden idrar, dren takiplerine hastanın bütüncül izlemini yaparken aynı zamanda hastanın normal yaşamına dönmesi için emosyonel yönden destek sağlar. Bu süreçte hastanın bilgi eksiklerini giderir. Kemoterapi alan bir hasta onkoloji hemşiresi tarafından tedavi süreci ve olabilecek komplikasyonlar konusunda hastayı ve yakınlarını bilgilendirir, tedavi süresice hastanın izlem ve takibini yapar. Hastalarda tedavi sonrasında immun direncin düşmesi sebebiyle gelişebilecek komplikasyonların yakından takibini yapar ve istem yapılan ilaçlarla tedavi eder. Bu süreçte hastanın yaşam bulgularından başlayarak beslenmeside dahil olmak üzere fiziksel ihtiyaçlarını tanılar ve gelişebilecek komplikasyonlar açısından hastayı takip eder, bilgi eksikliğini giderir. Radyasyon alan bir hastada radyoterapi hemşiresi işlem öncesi bilgilendirmeden

başlayarak hastanın tedavi süresindeki pozisyonu gibi hazırlıklara destek olur. Tedavi sonrası hastanın yaşam bulgularının izleminden ciltte, ağız içinde oluşabilecek dermal değişiklikleri, hastanın sistemsel olarak yaşayacağı yan etkilerin izlem ve tedavisinde aktif rol oynar (104).

Hemşire birden fazla rol ile; hastanın aldığı farklı tedavilere göre farklı izlem ve takipler ile tanı anından başlayarak hasta ve ailesinin her aşamada yanında olarak fiziksel, duygusal, emosyonel destek sağlar. Ayrıca yan etkilerle başa çıkma, işe dönüş ve sağlıklı yaşam tarzı desteği ile bu süreçte hasta ve ailesine/bakım verenine hastalıkla daha iyi başa çıkmak için tedavinin her aşamasında bilgi alışverişini desteklemeli, ek bakımın esaslarını tanımlamalı ve öz yeterliliğini geliştirmelidir. Hemşire hastanın ihtiyacı doğrultusunda, gerekli eğitimi vermelidir. Bakım veren bireyin de ihtiyaçları resmi ölçütler kullanarak değerlendirilmeli, bakım verme rolleri için eğitilmelidir. Gerekli bireysel değerlendirme sonucunda bütüncül bir bakım uygulamalıdır (103,104).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışma; tanımlayıcı türde ve kesitsel olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Üroloji Polikliniği Taş kırma ünitesi/ ESWL'de yürütülmüştür. Taş kırma ünitesi/ ESWL(Şok dalga litotripsi)'de yüksek frekans içeren ses dalgalarının dış bir kaynaktan gönderilmesi aracılığıyla böbrek taşının daha minik parçalara ayırıp üretradan düşmesini sağlayan ESWL yöntemi uygulanmaktadır. Hastalar üniteye böbrek taşı, mesane, üreterde yer alan taşların kırılması nedenleriyle başvurmaktadırlar. Buna ek olarak prostat kanseri hastaları hormon tedavi ilaçlarını reçetelendirmek için 3-6 ay gibi belirli aralıklarla Üroloji Polikliniğine başvurusu sonrası tedavilerini almak için Taş Kırma Ünitesine yönlendirilmektedirler. Ünitede hormon tedavisi için başvuran hastaların pazartesi günleri ilaç uygulamaları yapılmaktadır. Taş Kırma Ünitesinde 1 hemşire 2 hekim görev almakta ve 8-16 saatleri arasında çalışmaktadırlar.

Tablo 3: Araştırma Planı ve Takvimi

Şubat-Haziran 2021	Literatür taraması
	Konunun belirlenmesi
Haziran - Ağustos 2021	Tez önerisinin sunumu ve kabulü
	Etik kurulun onayı
Temmuz-Ağustos 2021	Kurum izni
Ekim 2021- Şubat 2022	Verilerin toplanması
Mart-Nisan 2022	Verilerin girilmesi ve istatistiksel analiz
Nisan-Mayıs 2022	Tez yazım aşaması
Mayıs 2022	Rapor hazırlama
Haziran 2022	Yüksek lisans tez savunma sınavı

Araştırma planı ve takvimi Tablo 3'te gösterilmiştir. Araştırma Şubat-Haziran 2021'de literatür taraması ile başlamış olup Haziran - Ağustos 2021'de tez önerisi jüriye sunularak kabul edilmiş, ardından etik kurul onayı alınmıştır. Ekim 2021- Şubat 2022'de veriler toplanmıştır ve Mart-Nisan 2022'de veriler istatistik programına girilerek analizleri yapılmıştır. Nisan-Mayıs 2022'de tez yazım süreci başlamış olup rapor hazırlanmıştır. Araştırma Haziran 2022'de tez savunma sınavı ile sonlandırılmıştır.

3.3. Araştırma Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın Evreni

Araştırma evrenini Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Üroloji Polikliniği, Taş Kırma Ünitesine gelen prostat kanser hastaları ve bakım verenleri oluşturmuştur.

Araştırmanın Örneklemi

Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nin Üroloji polikliniği ve Taş Kırma Ünitesine gelen prostat kanserli hasta sayısı yılda

ortalama 200'dür. Örneklemi Temmuz 2021 – Aralık 2021 tarihleri arasında üniteye gelen 66 hasta ve 64 bakım vereni oluşturmuştur.

Örneklem Hesaplanması:

Çalışmaya alınan örneklem sayısı düşünüldüğünde, klinik kontrole gelen tekrarlı hasta sayısının fazlalığı 104 örneklem sayısına ulaşılmasına neden olmuştur. Bu kapsamda Peterson ve ark. (2015) prostat kanseri bulunan hastalarla yaptığı çalışma baz alındığında yaşam kalitesi ön ve son test puanları kullanılarak %80 güç, 0.05 anlamlılık düzeyine göre gerekli olan örneklem sayısı 58 olarak hesaplanmış; %10 kayıp olasılığı düşünülerek de total 64 kişinin örnekleme alınmasına karar verilmiştir. Bu bağlamda 64 prostat kanseri bulunan hasta ve 64 bakım vereni örneklem grubuna alınmıştır. Çalışmada total 130 kişi örneklem sayısını oluşturmuştur (43).

3.3.1. Örneklem Dahil Edilme Kriterleri

Araştırma kapsamına 18 yaşında veya üzerinde olan, Türkçe konuşan, hormon tedavisi alan**,** iyi bir kognitif ve bilişsel fonksiyona sahip, iletişim kurabilen, araştırmacıyla işbirliği yapabilen, araştırmaya katılmak için gönüllü olan, Karnofsky Performans Skalası değeri %20 üzeri olan prostat kanserli hastalar alınmıştır. Literatüre bakıldığında Karnofsky Performans skalası puanının yükselmesiyle yaşam kalitesinin arttığını ve hastaların bakım ihtiyaçlarının azaldığı görülmüştür. Çalışmamızda %20'lik bir skala değerini alt sınır almamızın sebebi hastalarının iyilik hallerindeki düşüşle paralel olarak artan destek ihtiyaçlarının tanımlanmasıdır (157, 158, 159).

Bakım verenlerin dahil edilme kriterleri ise; 18 yaşın üstünde olma, rahat iletişim kurulabilme, hastanın bakımına yardımcı olma, çalışmaya katılmaya istekli olma, hastasıyla aynı evde yaşıyor olma veya bakım sorumluluğunu üstlenmesi seçilme kriterleri arasındadır(15, 21, 36).

3.3.2. Örneklem Dışlama Kriterleri

Hastasının Karnofsky performans skalası değeri %20 ve altı olan hastalar, hastasına dönüşümlü şekilde bakım verenler ve süreç içinde çalışmadan çıkmak isteyen katılımcılar araştırmanın kapsamı dışında bırakılmıştır (38, 40).

3.4. Çalışma Meteryali

Araştırmada anket verileri, araştırma kapsamına alınan kişilerden toplanmıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1. Bağımsız Değişkenler

Prostat kanserli hastaların ve bakım verenlerinin; yaşına, yaşadığı yere, aylık ortalama gelirine, eğitim durumuna, mesleğine, sosyal güvencesine, kronik hastalıklarının varlığına, soy geçmişinde kanser öyküsü olma durumuna, hastalığın klinik evresine ve tedavi yöntemlerine ait değişkenlerdir.

3.5.2. Bağımlı Değişkenler

Hastanın ‘’Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Türkçe Formu (DeBGÖ-KF 29Tr)’’ puan ortalaması, hasta bakım verenin “Kanser Tanısı Konan Hastaların Eşleri Ve Bakım Vericileri İçin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği” puan ortalaması.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma için beş farklı veri toplama aracından yararlanılmıştır. Çalışmada kullanılan; hasta tanıtıcı özellikler formu, Karnofsky Performans Skalası, Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Türkçe Formu (DeBGÖ-KF

29Tr), Bakım Veren Tanıtıcı Bilgi Formu, Kanser Tanısı Konan Hastaların Eşleri Ve Bakım Vericileri İçin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği kullanılmıştır.

3.6.1. Hasta Bilgileri Anket Formu

Literatür incelenerek araştırmacının oluşturduğu bu formda; hastalara ait sosyodemografik verilerine (yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çocuk sahipliği, eğitim seviyesi, çalışma durumu, birlikte yaşadığı kişilerin varlığı, gelir durumu ve bakımından sorumlu olunan kişi) ve tıbbi özelliklerine (tanısı, süresi, hastalığın evresi, metastazın varlığı, uygulanan tedavilerin çeşidi ve başka kronik hastalığı olma), prostat kanserine özgü semptomlara ilişkin 19 soru bulunmaktadır. Bu anket formu literatür taranarak hazırlanmıştır (34, 15).

3.6.2. Karnofsky Performans Skalası

Dr. Joseph H. Burchenal ve Dr. David A Karnofsky tarafından 1949 yılında oluşturulmuştur. Kanser hastalarının genel iyilik hallerinin değerlendirilmesi için onkoloji ve diğer tıp alanlarında kullanılır. Karnofsky performans skalasında 0-100 arası puanlar mevcuttur, 100 puan sağlığının çok iyi olduğunu, 0 puan ise ölümü ifade eder. Normal yakınması yok ve semptom yok ise 100 puan, normal aktivitesini sürdürebilir ve hastalığın birkaç semptomu veya bulgusu mevcutsa 90 puan, yaşadığı zorluklara rağmen normal aktivitesini devam ettirebilir, hastalığın düşük seviyede bulgu ve belirtisi var ise 80 puan, kendine bakabilir ancak normal aktivite ve işini yapamazsa 70 puan, gereksinimlerini karşılayabilir ancak nadir yardım gerekir veya biraz yardıma ihtiyaç duyarsa 60 puan, sıkça yardım ve tıbbi bakım gerekirse 50 puan, özel bakım ve yardım gerekirse 40 puan, hastanede bakım gerektirir düzeyde sakat ama ölüm riski mevcut değil ise 30 puan, çok hasta ve hastanede destek tedavisi gereksinimi varsa 20 puan, ölmek üzere ise 10 ve ölüm durumunda 0 puan şeklinde bir puanlama sistemi vardır(41). Çalışmada hastanın Karnofsky performans skalası araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir.

3.6.3. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Türkçe Formu

Avustralya'da Hall ve arkadaşları tarafından 2002 geliştirilen ölçekte, kanser hastalarının destekleyici ihtiyaçlarının tanımlanması amaçlanmaktadır. Ölçek Cronbach alfa değeri 0.86 ile 0.90 arasındadır(31). Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik güvenirlik çalışmasını ise Özbayır ve ark. tarafından (2017) yapılmıştır ve çalışmadaki Cronbach alfa değerleri 0,83 ile 0,95 arasında bulunmuştur. DBGÖ-KF 29Tr; toplam 29 maddeden oluşur ve dört alt boyutu vardır. Bu alt boyutlar; sağlık hizmeti ve bilgilendirme(12, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28 ve 29), günlük yaşam(1, 2, 3, 4 ve 5), cinsellik(14, 15 ve 27) ve psikolojik(6, 7, 8, 9, 10, 11 ve 13) alt boyutlardır. Ölçekteki her maddede beş farklı cevap seçeneği vardır; benim için uygun değil=1 ve çok fazla ihtiyacım oldu=5 şeklindedir. Ölçekte bir kesim noktası bulunmamaktadır ve alt boyuttların her birinden alınan puan değerinin yüksekliği, puanın alındığı alt boyuttaki destekleyici bakım gereksiniminin yüksekliğini tanımlamaktadır. Ölçek, algılanan karşılanmamış ihtiyaçların varlığı, yokluğu ve sayıları ile ilgili bilgi elde etmek amacıyla da kullanılabilmektedir. Ölçeğin geçerlik indeksi 0,83 olarak bulunmuştur. İç tutarlık analizinde ise ölçeğin ilk yarısı için Cronbach alfa katsayısı 0,87 ve ikinci yarısı için 0,92 olarak bulunmuştur(32).

3.6.4. Hasta Bakım Vereni Tanıtıcı Bilgi Formu

Literatür incelemesi sonucu araştırmacı tarafından hazırlanan formda; bakım verenlerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çocuk sahibi olma durumu, eğitim düzeyi, gelir düzeyi gibi sosyodemografik özellikleri ve hastası ile yakınlık düzeyii, hastasının hastalığı, hastanın hormon tedavisi alıp almadığı gibi hastalıkla ilgili soruları da içeren toplam 16 adet sorudan oluşmaktadır (36, 40).

3.6.5. Kanser Tanısı Konan Hastaların Eşleri Ve Bakım Vericileri İçin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği

Ölçek Girgis ve ark. (2011) tarafından ''Supportive Care Needs Survey-Partners and Caregivers(SCNS-P&C)'' olarak geliştirilmiştir. SCNSP&C 46 maddeli ve çok boyutlu bir ölçme aracıdır(35). Ölçek; kanser tanısı alan bireyin bakım vereninin; eş/partner ya da bakım verenin kanser tanılı bireye, bakım verme sebebiyle son bir ay içerisinde bu konuda yardıma gereksinimi olup olmadığını ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. Özbaş ve arkadaşları tarafından Türkiye'de 2018 yılında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Her bir soru için beş farklı cevap seçeneği vardır ve dört alt boyutu mevcuttur. Değerlendirmede her bir alt boyuttan alınan puanların ortalaması hesaplanarak yapılır ve alınan puanının yüksekliği puanın alındığı alt boyuttaki destekleyici bakım gereksinimlerinin yüksekliğini ifade eder. Ölçek alt boyutları; sağlık bakım hizmetleri ihtiyacı boyutu (7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16 ve 17), psikolojik ve duygusal destek boyutu(31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43 ve 44), iş ve sosyal ihtiyaçlar boyutu(21, 22, 26, 27, 28, 29 ve 30) ve bilgi ihtiyacı boyutu(1, 2, 3, 4, 5, 6 ve 23) şeklindedir. 6, 20, 32, 33, 34 numaralı sorular Türkçe halinde uygun bir faktöre yüklenememiş ancak ölçekten de çıkarılmamıştır. Ölçeğin korelasyon değeri 0.86 olarak bulunmuştur. İlk yarısının(22 madde) Cronbach alfa katsayısı 0.93, ikinci yarısının (22 madde) da Cronbach alfa değeri 0.91 olarak bulunmuştur. Geçerlilik güvenilirlik için yapılan çalışmanın sonucunda; tüm ölçek için Cronbach alfa 0.96 bulunmuştur. Her bir alt boyut içinse; sağlık bakım hizmetleri ihtiyacı alt boyutu için 0.94, psikolojik ve duygusal destek alt boyutu için 0.93, iş ve sosyal ihtiyaçlar alt boyutu için 0.90 ve bilgi ihtiyacı alt boyutu için 0.87 olarak hesaplanmıştır. Sonuçlar doğrultusunda ölçeğin kabul edilebilir bir iç tutarlılığının varlığını ve güvenilir bir ölçek olduğunu göstermektedir (36).

3.6.6. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenilirlik Analizleri

Tablo 4: Araştırmada Kullanılan Ölçekler ve Alt Boyutlarına Ait Güvenilirlik Analizleri

Ölçekler ve Alt Boyutları	Cronbach's Alfa	n
Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği	,700	29
Sağlık Hizmeti ve Bilgilendirme Alt Boyutu	,744	14
Günlük Yaşam Alt Boyutu	,635	5
Cinsellik Alt Boyutu	,716	3
Psikolojik Alt Boyutu	,600	7
Kanser Tanısı Konan Hastaların Eşleri ve Bakım Vericileri İçin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği	,777	38
Sağlık Bakım Hizmeti İhtiyacı Alt Boyutu	,692	10
Psikolojik ve Duygusal Destek Alt Boyutu	,612	14
İş ve Sosyal İhtiyaçlar Alt Boyutu	,616	7
Bilgi İhtiyacı Alt Boyutu	,616	7

***p<0,05**

Ankette bulunan soruların iç tutarlığını ve güvenilirliğini test edebilmek için ölçeklerin güvenilirlik analizleri yapılmıştır(Tablo 4).

Yapılan güvenilirlik analiz sonucunda ölçeklerin alt boyutlarının güvenilirlikleri yeterli düzeyde bulunmuştur.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri Ekim 2021- Şubat 2022 tarihleri arasında, çalışmaya katılan bireylerle yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Araştırmaya katılacak bireylere öncelikle araştırmayla ilgili ayrıntılı bilgilendirmeden sonra Onam Formu (Ek1.1 ve Ek1.2) ile bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Araştırmaya katılmayı onaylayan hastalara Karnofsky Performans Skalası (Ek3) uygulanmıştır. Skala puanı %20 ve altı değerde olan hastalar çalışmadan dışlanmıştır. Hastalara ve bakım verenlere ölçeklerin soruları ve cevapları hakkında bilgi verilip, nasıl cevaplanacağı açıklanmıştır. Hastanın mahremiyetini koruma ve rahat cevap verilmesi amacıyla veri toplama formları uygun ortam sağlanmasından sonra katılımcı tarafından doldurulmuştur. Anketlerin doldurulması yaklaşık 20dk. sürmüştür. İlk bölümde Tanıtıcı bilgiler formunda yer alan (Ek2 ve Ek5) sorular araştırmacı tarafından katılımcıya yöneltilerek kaydedilmiştir. İkinci bölüm Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Türkçe Formu (DeBGÖ-KF 29Tr)(Ek4) hasta tarafından, Kanser Tanısı Konan Hastaların Eşleri Ve Bakım Vericileri İçin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği(Ek6) ise bakım veren tarafından doldurulmuştur. Sorular ile ilgili anlaşılamayan yerleri cevaplamak adına katılımcı formu doldururken çalışmacı anket doldurulma süresi boyunca katılımcının yanında bulunmuştur.

İstatistiksel Analiz

Çalışmada tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum) verilmiştir. Kullanılan ölçek güvenirlik kontrolü için güvenilirlik analizleri gerçekleştirilmiştir. İstatistiksel analizin normallik varsayımı Shapiro Wilk testi ile kontrol edilmiştir. Normal dağılıma sahip olan iki bağımsız grubun ortalamalarının karşılaştırılması için Bağımsız Örneklem T testi kullanılmış, normal dağılım varsayımı sağlanmadığında ise Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Normal dağılıma sahip olan üç ve daha fazla sayıda bağımsız grubun ortalamalarının karşılaştırılması için Anova testi; normal dağılım varsayımı sağlanmadığında ise Kruskal Wallis analizi kullanılmıştır.

Farkı yaratan grup ya da grupların ortaya çıkartılması için Post Hoc Bonferroni testi uygulanmıştır. Normal dağılıma uygun olan sürekli değişkenlerin aralarındaki ilişkinin ölçülmesi için Pearson Ki Kare korelasyonundan yararlanılmıştır. Normal dağılıma uygun olmayan durumlarda ise Spearman korelasyonu uygulanmıştır. Analizler IBM SPSS 25 programı ile gerçekleştirilmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın yapıldığı hastanede hormon tedavisi alan hastaların sayısının az olması ve Covid19 pandemisine bağlı hastaların hastaneye başvurularında düşüş olması araştırmanın sınırlılıklarıdır.

3.9. Etik Kurul Onayı

Araştırma, Mayıs-Temmuz 2021 tarih aralığında literatür taraması ile başlamıştır. Araştırma için Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun onayı alındıktan sonra, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği ve Üroloji Anabilimdalından gerekli yazılı izinler alınmıştır. Çalışma için İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (*Etik Kurul Onay Tarihi: 18.08.2021, Karar No: 2021/23-18, Protokol No: 6571-GOA etik kurul kararı).*

4. BULGULAR

Çalışmamızda bulgular hastaların ve bakım verenlerin destekleyici bakım ihtiyaçları olmak üzere 5'er alt boyutta incelenmiştir.

Hastaların destekleyici bakım ihtiyaçları;

- Hastaların Tanıtıcı Özellikleri
- Sağlık Hizmeti ve Bilgilendirme Alt Boyutu
- Günlük Yaşam Alt Boyutu
- Cinsellik Alt Boyutu
- Psikolojik Alt Boyutu

Bakım veren bireylerin destekleyici bakım ihtiyaçları;

- Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri
- Sağlık Bakım Hizmeti İhtiyacı Alt Boyutu
- Psikolojik ve Duygusal Destek Alt Boyutu
- İş ve Sosyal İhtiyaçlar Alt Boyutu
- Bilgi İhtiyacı Alt Boyutu

4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

4.1.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 5. Hastaların Hasta Tanıtım Anketine Verdikleri Cevaplara Göre Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımları (n=66)

	n	**%**
Yaş		
18-39	6	9,1
40-60	27	40,9
60 ve üstü	33	50,0
Eğitim durumu		
Okuryazar	9	13,6
İlköğretim/ortaöğretim	23	34,8
Lise	20	30,3
Üniversite ve üstü	14	21,2

Tablo 5. Katılımcıların Hasta Tanıtım Anketine Verdikleri Cevaplara Göre Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımları (n=66) (Devam)

Medeni durum		
Evli	24	36,4
Bekar	42	63,6
Çalışma durumu		
Hayır	34	51,5
Evet	32	48,5
Meslek		
Memur	11	16,7
İşçi	6	9,1
Serbest meslek	16	24,2
Çalışmıyor	3	4,5
Emekli	30	45,5
Gelir durumu		
2001-4000 TL arası	31	47,0
4001 TL ve üzeri	35	53,0

Hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo5'de incelenmiştir. Hastaların %9,1'inin 18-39 yaş, %40,9'unun 40-60 yaş ve %50'sinin 60 ve üzeri yaşlarda oldukları saptanmıştır. Kişilerin eğitim durumlarına bakıldığında %13,6'sının okuryazar, %34,8'inin ilköğretim/ortaöğretim, %30,3'ünün lise, %21,2'sinin üniversite üzeri olduğu bulunmuştur. Hastaların %36,4'ünün evli ve %63,6'sının bekâr olduğu saptanmıştır. Hastaların %51,5'inin çalışmazken %48,5'inin çalıştığı belirlenmiş olup meslekleri incelendiğinde %16,7'sinin memur, %9,1'inin işçi, %24,2'sinin serbest meslek, %45,5'inin emekli olduğu ve %4,5'inin çalışmadığı tespit edilmiştir. Kişilerin %47'sinin 2001-4000 TL arası ve %53'ünün 4001 TL ve üzeri gelirleri olduğu belirlenmiştir.

4.1.2. Hastaların Tanı, Tedavi ve Hastalığa Bağlı Yaşadığı Semptomlara Yönelik Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 6: Hastaların Tanı, Tedavi ve Hastalığa Bağlı Yaşadığı Semptomlarına Yönelik Özelliklerinin Dağılımı(n=66)

Tıbbi Özellikler	**n**	**%**
Kanser Tanı Süresi		
1-3 yıl	48	72.7
4-6 yıl	16	24,2
7-10 yıl	2	3
Hastanın almış olduğu tedavi		
Cerrahi tedavi	22	33,3
Radyoterapi	13	19,7
Kemoterapi	15	22,7
Hormonterapi	66	100,0
Hormon tedavi kullanım süresi		
6 ay	6	9,1
1 yıl	25	37,9
2 yıl	30	45,5
3-5 yıl	5	7,6
Karnofsky Performans Ölçeği puanı		
50	3	4,5
60	7	10,6
70	14	21,2
80	18	27,3
90	18	27,3
100	6	9,1
İdrar problemlerine bağlı günlük faaliyetlerin etkilenmesi		
Hayır	40	60,6
Evet	26	39,4
İdrar kaçırmadan korunmaya yönelik bilgi yöntemi		
Hayır	46	69,7
Evet	20	30,3

Tablo 6: Hastaların Tanı, Tedavi ve Hastalığa Bağlı Yaşadığı Semptomlarına Yönelik Özelliklerinin Dağılımı(N=66) (Devam)

Evet ise kullanılan yöntem		
Az dışarı çıkmak	7	35,0
Az sıvı alımı	5	25,0
Bez kullanımı	4	20,0
Sık tuvalete gitmek	4	20,0
İdrar kaçırmadan korunmaya yönelik bilgi yöntemi		
Hayır	49	74,2
Evet	17	25,8
Evet ise kullanılan yöntem		
Arkadaş	2	3,0
Doktora danışmak	9	13,6
İnternet	3	4,5
Tanı aldıktan önce veya sonrasında cinsel problem yaşama durumu		
Hayır	26	39,4
Evet	40	60,6
Cinsel konularda yaşanılan problemlere yönelik bilgi		
Hayır	29	43,9
Evet	37	56,1
Gaita inkontinansı yaşama durumu		
Hayır	57	86,4
Evet	9	13,6
Batında distansiyon hissi varlığı		
Hayır	18	27,3
Evet	48	72,7
Meme uçlarında ya da göğüste ağrı ya da büyüme		
Hayır	44	66,7
Evet	22	33,3
Bacak ya da ayak bileklerinde şişme		
Hayır	23	34,8
Evet	43	65,2

Hastaların tıbbi özellikleri Tablo 6'da incelenmiştir. Hastaların kanser tanısı mevcudiyeti sürelerine bakıldığında %27,3'ünün bir, %24,2'sinin iki, %21,2'sinin üç, %13,6'sının dört, %9,1'inin beş, %1,5'inin altı, %1,5'inin yedi ve %1,5'inin on yıl olduğu saptanmıştır. Hastaların daha önceden %33,3'ünün cerrahi tedavi, %19,7'sinin radyoterapi, %22,7'sinin kemoterapi ve hastaların tamamının hormonterapi aldıkları belirlenmiştir. Kişilerin %9,1'inin altı ay, %37,9'unun bir, %45,5'inin iki, %6,1'inin üç ve %1,5'inin beş yıldır hormon tedavisi kullandığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların Karnofsky Performans Ölçeği puanları incelendiğinde %4,5'inin 50, %10,6'sının 60, %21,2'sinin 70, %27,3'ünün 80, %27,3'ünün 90 ve %9,1'inin 100 olduğu görülmüştür.

Hastaların %60,6'sının günlük faaliyetlerini idrar problemi yüzünden sınırlandırmazken %39,4'ünün sınırlandırdığı saptanmıştır. Kişilerin %69,7'sinin idrar kaçırmaya karşı bir korunma yöntemi kullanmazken %30,3'ünün kullandığı ve bu yöntemin %35'inin "Az dışarı çıkmak", %25'inin "Az sıvı alımı", %20'sinin "Bez" ve %20'sinin "Sık tuvalete gitmek" olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %74,2'sinin idrar kaçırmaya karşı kullanılan korunma yöntemleriyle ilgili bilgi ihtiyacı duymazken %25,8'inin ihtiyaç duyduğu ve bu ihtiyacı %3'ünün "Arkadaş", %13,6'sının "Doktora danışmak" ve %4,5'inin "İnternet" ile karşıladıkları tespit edilmiştir. Hastaların %39,4'ünün tanı aldıktan sonra veya önce cinsel açıdan bir problem yaşamazken %60,6'sının problem yaşadığı ve %43,9'unun cinsel konularda yaşadıkları güçlükler konusunda bilgiye/desteğe ihtiyaç duymazken %56,1'inin ihtiyaç duyduğu görülmüştür. Kişilerin %86,4'ünün istemeyerek büyük abdestini kaçırmazken/sızıntı olmazken %13,6'sının kaçırdığı/sızıntı olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %27,3'ünün karnında bir şişkinlik hissi bulunmazken %72,7'sinde bulunduğu, %66,7'sinin meme uçlarında ya da göğsünde ağrı ya da büyüme bulunmazken %33,3'ünde bulunduğu ve %34,8'inin bacaklarında ya da ayak bileklerinde şişme olmazken %65,2'sinde olduğu belirlenmiştir.

4.2. Bakım Veren Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri

Tablo 7. Bakım Verenlerinin Sosyodemografik Özellikleri(N=64)

	N	%
Yaş		
18-39	12	18,8
40-60	29	45,3
60 ve üstü	23	35,9
Cinsiyet		
Kadın	51	79,7
Erkek	13	20,3
Eğitim durumu		
İlköğretim	4	6,3
Ortaöğretim	10	15,6
Lise	23	35,9
Üniversite	26	40,6
Lisansüstü	1	1,6
Medeni durum		
Evli	38	59,4
Bekar	26	40,6
Çocuk durumu		
Hayır	23	35,9
Evet	41	64,1
Çocuk sayısı		
1	13	31,7
2	15	36,6
3	12	29,3
4	1	2,4
Çalışma durumu		
Hayır	22	34,4
Evet	31	48,4
Emekli	11	17,2

Tablo 7. Bakım Verenlerinin Sosyodemografik Özellikleri(N=64) (Devam)

Gelir durumu		
2001-4000 TL arası	33	51,6
4001 TL ve üzeri	31	48,4
Bakım verilen hastanın sosyal güvence durumu		
Var	64	100,0
Yok	0	0
Bakım verilen hasta ile yakınlık derecesi		
Eşim	28	43,8
Babam	17	26,6
Kardeşim	6	9,4
Çocuğum	2	3,1
Diğer	11	17,2
Bakım verilen hastanın tanı zamanı		
1-3 yıl	47	73,5
4-6 yıl	15	23,5
7-10 yıl	2	3,2
Hastaya günlük bakım verme saati		
2-4 saat	23	35,9
5-8 saat	20	34,4
24 saat	27	42,2
Hastaya toplam bakım verme süresi		
3-6 ay	6	9,4
7-10 ay	14	21,9
11-14 ay	14	21,9
15-18 ay	3	4,7
18 ay ve üstü	27	42,2
Ailenizde kanser tanısı alan başka bir birey varlığı		
Evet	26	40,6
Hayır	38	59,4

Tablo 7. Bakım Verenlerinin Sosyodemografik Özellikleri(N=64) (Devam)

Bakımından sorumlu olduğunuz başka birinin varlığı		
Hayır	43	67,2
Evet	20	30,3
Hastaya bakım verme konusunda yardım alma durumu		
Hayır	43	67,2
Evet	21	32,8
Bakım desteği aldığı kişiler		
Hastanın annesi	7	10,6
Bakıcı	2	3,0
Hastanın çocuğundan	7	10,6
Bakım verenin eşinden	2	3,0
Hastanın eşinden	1	1,5
Hastanın ardeşinden	2	3,0
Bakım vermenin birey, iş, aile ve sosyal yaşam üzerindeki etkileri İş		
Etkilenmedi	32	50,0
Olumlu	8	12,5
Olumsuz	24	37,5
Aile		
Etkilenmedi	18	28,1
Olumlu	10	15,6
Olumsuz	36	56,3
Kendi		
Etkilenmedi	6	9,4
Olumlu	9	14,1
Olumsuz	49	76,6
Sosyal yaşam		
Etkilenmedi	27	42,2
Olumsuz	37	57,8

Bakım veren katılımcıların Tanıtıcı Bilgi Formuna verdikleri cevaplara göre dağılımları Tablo7'de sunulmuştur. Katılımcıların %18,8'inin 18-39 yaş, %45,3'ünün 40-60 yaş ve %35,9'unun 60 ve üzeri yaşta olduğu, %79,7'sinin kadın, %20,3'ünün erkek olduğu saptanmıştır. Kişilere ait eğitim seviyeleri değerlendirildiğinde %6,3'ünün ilköğretim, %15,6'sının ortaöğretim, %35,9'unun lise, %40,6'sının üniversite ve %1,6'sının lisansüstü olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %59,4'ünün evli ve %40,6'sının bekâr olduğu ve %35,9'unun çocuğu bulunmazken %64,1'inin çocuk sahibi olduğu ayrıca %31,7'sinin bir, %36,6'sının iki, %29,3'ünün üç ve %2,4'ünün dört çocuğu olduğu tespit edilmiştir. Kişilerin %34,4'ünün çalışmadığı, %48,4'ünün çalıştığı ve %17,2'sinin emekli olduğu bununla birlikte %51,6'sının gelirinin 2001-4000 TL arası iken %48,4'ünün 4001 TL ve üstünde bir gelirlerinin olduğu bulunmuştur.

Kişilerin hastalarının yakınlık derecesine bakıldığında %43,8'inin eşi, %26,6'sının babası, %9,4'ünün kardeşi, %3,1'inin çocuğu ve %17,2'sinin diğer olduğu saptanmıştır. Kişilerin hastalarına günde %10,9'unun iki, %7,8'inin üç, %17,2'sinin dört, %7,8'inin beş, %9,4'ünün altı ve %4,7'sinin sekiz saat bakım verdikleri tespit edilmiştir. Katılımcıların %9,4'ünün 3-6 ay, %21,9'unun 7-10 ay, %21,9'unun 11-14 ay, %4,7'sinin 15-18 ay ve %42,2'sinin 18 ay ve üstü süresince hastalarına bakım verdikleri görülmüştür. Kişilerin %59,4'ünün aile içerisinde kanser olan bir birey bulunmazken %40,6'sının bulunduğu ve %67,2'sinin bakımından sorumlu olduğu başka biri bulunmazken %32,8'inin bulunduğu saptanmıştır. Katılımcıların %67,2'sinin hastaya bakım vermek için diğer kişilerden yardım almazken %32,8'inin aldığı, yardım alınan kişilerin ise %10,6'sının anne, %3'ünün bakıcı, %10,6'sının çocuk, %3'ünün eş, %1,5'inin hastanın eşi ve %3'ünün kardeş olduğu belirlenmiştir.

Kişilerin bakım verme durumunda nasıl etkilendiği incelendiğinde; işleri %50'sinde etkilenmezken %12,5'inin olumlu ve %37,5'inin olumsuz etkilendiği, aileleri %28,1'inde etkilenmezken %15,6'sının olumlu ve %56,3'ünün olumsuz etkilendiği, kendileri %9,4'ünde etkilenmezken %14,1'inin olumlu ve %76,6'sının olumsuz etkilendiği, sosyal yaşamlarında %42,2'sinde etkilenmezken %57,8'inin olumsuz etkilendiği tespit edilmiştir.

4.3. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Puan Dağılımları

Tablo 8. Araştırmada kullanılan Ölçek ve Alt Boyutları Toplam Puanların Dağılımı

Ölçekler ve Alt Boyutları	n	Min.-Max.	Ortalama	Standart Sapma
Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği	66	72+-115	87,7727	9,61376
Sağlık Hizmeti ve Bilgilendirme Alt Boyutu	66	33+-63	44,8485	6,38084
Günlük Yaşam Alt Boyutu	66	7+-24	13,7424	3,57904
Cinsellik Alt Boyutu	66	34+-13	8,6970	2,74546
Psikolojik Alt Boyutu	66	12+-29	20,4848	3,82800
Kanser Tanısı Konan Hastaların Eşleri ve Bakım Vericileri İçin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği	64	90+-142	108,5625	11,91088
Sağlık Bakım Hizmeti İhtiyacı Alt Boyutu	64	19+-42	28,2031	4,52569
Psikolojik ve Duygusal Destek Alt Boyutu	64	28+-59	38,9063	5,84378
İş ve Sosyal İhtiyaçlar Alt Boyutu	64	12+-30	20,2500	3,56793
Bilgi İhtiyacı Alt Boyutu	64	15+-29	21,2031	3,58648

Katılımcıların ölçek ve alt boyutları toplam puanların dağılımları Tablo8'de verilmiştir. Hastaların Destekleyici Bakım Gereksini Ölçeğinden aldığı toplam puan 87,7727 iken bakım verenlerde bu oran 108,5625'dir. Hastalarda Sağlık Hizmeti ve Bilgilendirme Alt Boyutunun toplam puanı 44,8485, Günlük Yaşam Alt Boyutu toplam puanı 13,7424, Cinsellik Alt Boyutu toplam puanı 8,6970, Psikolojik Alt Boyutu toplam puanı 20,4848 bulunmuştur. Bakım verenlerin ise; Sağlık Bakım Hizmeti İhtiyacı Alt Boyutu toplam puanı 28,2031, Psikolojik ve Duygusal Destek Alt Boyutunun toplam puanı 38,9063, İş ve Sosyal İhtiyaçlar Alt Boyutunun toplam puanı 20,2500, Bilgi İhtiyacı Alt Boyutu toplam puanı 21,2031 olarak bulunmuştur.

4.4. Hastaların Destekleyici Bakım Gereksinimleri Bulguları

Hastaların Hasta Tanıtım Anketine ile Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Türkçe (DeBGÖ-KF 29Tr) Formuna verdikleri cevaplara göre destekleyici bakım gereksinimleri bulguları, 4 alt boyutta incelenmiştir.

4.4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile DeBGÖ-KF 29Tr Sağlık Hizmeti ve Bilgilendirme Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 9: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre DeBGÖ-KF 29Tr Sağlık Hizmeti ve Bilgilendirme Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	n	Ortalama	Standart Sapma	Sıra Ortalaması	Test İstatistiği	p
Yaş						
18-39	6	48,5000	8,47939		1,718	,188
40-60	27	45,4815	6,44128			
60 ve üstü	33	43,6667	5,78612			
Eğitim durumu						
Okuryazar	9	39,7778	3,30824		**2,964**	**,039***
İlköğretim/ortaöğretim	23	44,9565	4,80036			
Lise	20	45,1500	7,05822			
Üniversite ve üstü	14	47,5000	7,71362			
Medeni durum						
Evli	24	45,5417	6,00709		,664	,509
Bekar	42	44,4524	6,62295			
Çalışma durumu						
Hayır	34	43,8824	7,20170		-1,274	,207
Evet	32	45,8750	5,29607			
Meslek						
Memur	11	43,1818	5,54650		2,056	,115
İşçi	6	49,0000	8,83176			
Serbest meslek	16	46,8125	5,65943			
Çalışmıyor/emekli	33	43,6970	6,19720			

Tablo 9: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre DeBGÖ-KF 29Tr Sağlık Hizmeti ve Bilgilendirme Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam)

Gelir durumu						
2001-4000 TL arası	31	44,4194	6,89818	32,23	**503,00****	,611
4001 TL ve üzeri	35	45,2286	5,96108	34,63		
Kaç yıldır kanser tanısı mevcut						
1 yıl	18	44,9444	6,48503		,855	,469
2 yıl	16	44,2500	7,50555			
3 yıl	14	47,0714	7,10865			
4 yıl ve üzeri	18	43,5556	4,36863			
Hormon tedavisi kullanım süresi						
½ yıl	6	40,8333	2,13698		1,051	,377
1 yıl	25	45,9600	6,96707			
2 yıl	30	44,7333	6,45907			
3 yıl ve üzeri	5	44,8000	5,49545			
Karnofsky Performans puanı						
50	3	37,6667	3,05505	9,67	**9,305*****	,098
60	7	45,5714	3,59894	37,43		
70	14	46,1429	3,97796	39,57		
80	18	43,3333	7,60805	28,67		
90	18	46,5000	6,54622	38,25		
100	6	44,1667	8,44788	26,92		
Günlük faaliyetlerin idrar problemi sebebiyle sınırlanması						
Hayır	40	45,7000	6,54844	36,14	414,50**	,165
Evet	26	43,5385	6,00154	29,44		
İdrar kaçırmaya karşı bir korunma yöntemi kullanımı						
Hayır	46	45,5870	6,28429	35,86	351,50**	,129
Evet	20	43,1500	6,43408	28,08		

Tablo 9: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre DeBGÖ-KF 29Tr Sağlık Hizmeti ve Bilgilendirme Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam)

İdrar kaçırmaya karşı kullanılan korunma yöntemleriyle ilgili bilgi ihtiyacı varlığı						
Hayır	49	45,4286	6,25500	35,72	**307,50****	,109
Evet	17	43,1765	6,63547	27,09		
Tanı aldıktan sonra veya önce cinsel açıdan bir problem yaşama durumu						
Hayır	26	44,9231	5,28336	35,10	**478,50****	,585
Evet	40	44,8000	7,06817	32,46		
Cinsel konularda yaşadığınız güçlükler konusunda bilgi, destek ihtiyacı varlığı						
Hayır	29	44,4138	5,46755	33,64	**532,50****	,959
Evet	37	45,1892	7,07043	33,39		
Gaita inkontinansı yaşama durumu						
Hayır	57	45,3158	6,52511		1,512	,135
Evet	9	41,8889	4,62181			
Batında şişlik hissi						
Hayır	18	44,3333	5,04101		-,399	,691
Evet	48	45,0417	6,85397			
Meme uçlarında ya da göğüslerinizde ağrı ya da büyüme varlığı						
Hayır	44	43,5455	4,98115	29,78	**320,50****	**,026***
Evet	**22**	**47,4545**	**8,03402**	**40,93**		

Tablo 9: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre DeBGÖ-KF 29Tr Sağlık Hizmeti ve Bilgilendirme Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam)

Bacak ya da ayak bileklerinde ödem					
Hayır	23	42,1739	4,17408	-3,001	**,004***
Evet	43	46,2791	6,91901		

***p<0,05, **Mann Whitney U testi ve ***Kruskal Wallis testi**

Tablo 9'daki puan dağılımları incelendiğinde, eğitim durumları toplam puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir (p<0,05). Bonferroni test sonucuna göre eğitimi üniversite ve üzerinde olan kişiler ile eğitim düzeyi okuryazar olan kişiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır(p=,026). Eğitim durumu üniversite ve üzeri olan kişilerin toplam puan ortalaması eğitim düzeyi okuryazar olan kişilerin toplam puan ortalamasından daha yüksektir.

"Meme uçları ya da göğüslerde ağrı veya büyüme oldu mu?" sorusu için evet cevabını veren kişilerin toplam puan ortalaması, hayır cevabını veren kişilerden yüksek olarak saptanmıştır (p<0,05).

"Bacaklarınızda ya da ayak bileklerinde şişme oldu mu?" sorusuna verilen cevaplara evet cevabını veren kişilerin toplam puan ortalamasının hayır cevabını veren kişilerin toplam puan ortalamasından daha yüksek bulunmuştur. (p<0,05).

4.4.2. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile DeBGÖ-KF 29Tr Günlük Yaşam Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 10: Hastaların Günlük Yaşam Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	n	Ortalama	Standart Sapma	Sıra Ortalaması	Test İstatistiği	p
Yaş						
18-39	6	12,5000	2,81069		2,479	,092
40-60	27	12,8519	2,62684			
60 ve üstü	33	14,6970	4,15696			
Eğitim durumu						
Okuryazar	9	13,7778	2,99073		,009	,999
İlköğretim/ortaöğretim	23	13,8261	3,48571			
Lise	20	13,7000	3,81272			
Üniversite ve üstü	14	13,6429	4,08764			
Medeni durum						
Evli	24	13,0833	2,56933	30,79	439,00**	,383
Bekar	42	14,1190	4,02554	35,05		
Çalışma durumu						
Hayır	34	14,5000	4,18692		1,827	,073
Evet	32	12,9375	2,62663			
Meslek						
Memur	11	13,0000	2,32379		1,241	,302
İşçi	6	12,1667	2,13698			
Serbest meslek	16	13,1875	3,14576			
Çalışmıyor/emekli	33	14,5455	4,18398			
Gelir durumu						
2001-4000 TL arası	31	14,5806	3,72178	38,02	402,50**	,070
4001 TL ve üzeri	35	13,0000	3,32548	29,50		
Kaç yıldır kanser tanısı mevcut						
1 yıl	18	12,5556	2,20220		1,558	,209
2 yıl	16	13,4375	4,03268			
3 yıl	14	13,9286	3,17355			
4 yıl ve üzeri	18	15,0556	4,31785			

Tablo 10: Hastaların Günlük Yaşam Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam)

Hormon tedavisi kullanım süresi						
½ yıl	6	12,5000	2,16795		1,048	,378
1 yıl	25	13,0800	2,62869			
2 yıl	30	14,3000	4,14521			
3 yıl ve üzeri	5	15,2000	5,11859			
Karnofsky Performans puanı						
50	3	19,3333	5,68624	54,17	7,291***	,200
60	7	12,7143	2,62769	28,86		
70	14	13,7143	3,75046	33,32		
80	18	14,4444	3,39935	38,47		
90	18	13,1111	3,28793	30,36		
100	6	12,0000	2,36643	23,50		
Günlük faaliyetlerin idrar problemi sebebiyle sınırlanması						
Hayır	40	13,4000	3,15253	32,05	462,00**	,444
Evet	26	14,2692	4,16228	35,73		
İdrar kaçırmaya karşı bir korunma yöntemi kullanımı						
Hayır	46	13,0652	3,17911		-2,416	,019*
Evet	20	15,3000	4,02754			
İdrar kaçırmaya karşı kullanılan korunma yöntemleriyle ilgili bilgi ihtiyacı varlığı						
Hayır	49	13,3673	3,30211	31,99	342,50**	,275
Evet	17	14,8235	4,20172	37,85		

Tablo 10: Hastaların Günlük Yaşam Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam)

Tanı aldıktan sonra veya önce cinsel açıdan bir problem yaşama durumu						
Hayır	26	14,0769	3,84628	35,06	479,50**	,593
Evet	40	13,5250	3,42680	32,49		
Cinsel konularda yaşadığınız güçlükler konusunda bilgi, destek ihtiyacı varlığı						
Hayır	29	14,2414	3,80465	36,07	462,00**	,333
Evet	37	13,3514	3,39294	31,49		
Gaita inkontinansı yaşama durumu						
Hayır	57	13,2982	3,25667	31,53	144,00**	,034*
Evet	9	16,5556	4,41902	46,00		
Batında şişlik hissi						
Hayır	18	12,7222	3,32204	26,56	307,00**	,070
Evet	48	14,1250	3,62981	36,10		
Meme uçlarında ya da göğüslerinizde ağrı ya da büyüme varlığı						
Hayır	44	13,1364	3,15190	30,74	362,50**	,096
Evet	22	14,9545	4,12284	39,02		
Bacak ya da ayak bileklerinde ödem						
Hayır	23	13,4348	3,40889	31,22	442,00**	,477
Evet	43	13,9070	3,69565	34,72		

***p<0,05, **Mann Whitney U testi ve ***Kruskal Wallis testi**

Hastaların sosyodemografik ve tıbbi özelliklere göre DeBGÖ-KF 29Tr Günlük Yaşam Alt Boyutu puanlarının değerlendirilmesi Tablo 10'da verilmiştir.

"İdrar kaçırma için kullanılan yöntem varlığı" sorusuna verilen cevaplara göre evet cevabını veren kişilerin toplam puan ortalamasının hayır cevabını veren kişilerin günlük yaşam alt boyutu toplam puan ortalamalarından daha yüksek olduğu görülmüştür($p<0,05$). Ancak Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu(Ek2)'de inkontinans ile bağlantılı olan "Günlük faaliyetleriniz idrar probleminiz yüzünden sınırlandı mı?" sorusuna verilen cevaplar göre toplam puan ortalamalarının arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır($p<0,05$).

"Gaita inkontinansı yaşama durumu" sorusuna verilen cevaplara göre evet cevabını veren kişilerin, hayır cevabını veren katılımcılara göre toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir($p<0,05$).

4.4.3. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile DeBGÖ-KF 29Tr Cinsellik Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 11: Hastaların Cinsellik Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	n	Ortalama	Standart Sapma	Sıra Ortalaması	Test İstatistiği	p
Yaş						
18-39	6	8,5000	4,08656		,516	,599
40-60	27	9,1111	2,54699			
60 ve üstü	33	8,3939	2,68024			
Eğitim durumu						
Okuryazar	9	7,6667	1,58114	25,17	2,144***	,543
İlköğretim/ortaöğretim	23	8,8696	2,37992	34,57		
Lise	20	8,7500	3,19333	34,00		
Üniversite ve üstü	14	9,0000	3,28165	36,39		
Medeni durum						
Evli	24	8,5833	2,81172	32,23	473,50**	,681
Bekar	42	8,7619	2,73914	34,23		

Tablo 11: Hastaların Cinsellik Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam)

Çalışma durumu						
Hayır	34	8,6765	2,90997		-,062	,951
Evet	32	8,7188	2,60563			
Meslek						
Memur	11	9,1818	2,71360		,448	,720
İşçi	6	9,0000	3,52136			
Serbest meslek	16	9,0625	2,46221			
Çalışmıyor- emekli	33	8,3030	2,81164			
Gelir durumu						
2001-4000 TL arası	31	8,6774	2,95958	33,05	528,00**	,856
4001 TL ve üzeri	35	8,7143	2,58470	33,90		
Kaç yıldır kanser tanısı mevcut						
1 yıl	18	8,3889	2,54694		1,347	,267
2 yıl	16	9,3750	2,82548			
3 yıl	14	9,4286	2,95386			
4 yıl ve üzeri	18	7,8333	2,61781			
Hormon tedavisi kullanım süresi						
6 ay	6	8,8333	0,75277		,661	,579
1 yıl	25	8,5600	2,84429			
2 yıl	30	9,0333	3,01128			
3 yıl ve üzeri	5	7,2000	1,92354			
Karnofsky Performans Ölçeği puanı						
50	3	4,3333	2,30940	8,17	11,117***	,049*
60	7	8,2857	1,97605	29,79		
70	14	8,2143	2,66541	30,21		
80	18	9,5000	2,57248	38,56		
90	18	9,7222	2,44482	40,03		
100	6	7,0000	2,82843	23,42		

Tablo 11: Hastaların Cinsellik Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam)

Günlük faaliyetlerin idrar problemi sebebiyle sınırlanması						
Hayır	40	8,8750	2,67167		,651	,518
Evet	26	8,4231	2,88684			
İdrar kaçırmaya karşı bir korunma yöntemi kullanımı						
Hayır	46	8,9130	2,58049		,969	,336
Evet	20	8,2000	3,10517			
İdrar kaçırmaya karşı kullanılan korunma yöntemleriyle ilgili bilgi ihtiyacınız varlığı						
Hayır	49	8,7755	2,83038	34,09	387,50**	,667
Evet	17	8,4706	2,55239	31,79		
Tanı aldıktan sonra veya önce cinsel açıdan bir problem yaşama durumu						
Hayır	26	7,7308	2,75038	27,17	355,50**	,029*
Evet	40	9,3250	2,58583	37,61		
Cinsel konularda yaşadığınız güçlükler konusunda bilgi, destek ihtiyacı varlığı						
Hayır	29	7,9655	2,73186	28,81	400,50**	,076
Evet	37	9,2703	2,65255	37,18		
Gaita inkontinansı yaşama durumu						
Hayır	57	8,8772	2,65296	34,50	199,50**	,282
Evet	9	7,5556	3,20590	27,17		
Batında şişlik hissi						
Hayır	18	8,6667	2,40098	32,86	420,50**	,867
Evet	48	8,7083	2,88767	33,74		

Tablo 11: Hastaların Cinsellik Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam)

Meme uçlarında ya da göğüslerinizde ağrı ya da büyüme varlığı						
Hayır	44	8,4091	2,26519	31,16	381,00**	,157
Evet	22	9,2727	3,50757	38,18		
Bacak ya da ayak bileklerinde ödem						
Hayır	23	8,1304	2,41782	29,91	412,00**	,262
Evet	43	9,0000	2,88675	35,42		

***p<0,05, **Mann Whitney U testi ve ***Kruskal Wallis testi**

Hastaların sosyodemografik ve tıbbi özelliklere göre DeBGÖ-KF 29Tr Cinsellik Alt Boyutundan aldıkları almış oldukları puanların ortalamaları arası fark Tablo 11'de verilmiştir.

Karnofsky Performansı ölçeği skoru puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur(p<0,05). Yapılan Bonferroni test sonucunda "50" grubu ile "80" ve "90" grupları arasında ise anlamlı olarak farklılıklar bulunanamamıştır(p=,010 ve p=,007). Buna göre Karnofsky Performansı ölçeği skoru "80" ve "90" olan kişilerin toplam puan ortalamalarının Karnofsky Performansı ölçeği skoru "50" olan kişilerin toplam puan ortalamalarınndan daha yüksek olduğu saptanmıştır.

"Tanı aldıktan sonra veya önce cinsel açıdan bir problem yaşadınız mı?" sorusuna verilen evet cevabını veren kişilerin toplam puan ortalamaları hayır cevabını veren kişilerin toplam puan ortalamasına göre daha bulunmuştur(p<0,05).

4.4.4. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile DeBGÖ-KF 29Tr Psikolojik Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 12. Hastaların Psikolojik Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	n	Ortalama	Standart Sapma	Sıra Ortalaması	Test İstatistiği	p
Yaş						
18-39	6	22,0000	4,97996		,790	,458
40-60	27	20,7407	3,94766			
60 ve üstü	33	20,0000	3,53553			
Eğitim durumu						
Okuryazar	9	18,1111	3,01846		2,631	,058
İlköğretim/ortaöğretim	23	20,8696	4,24590			
Lise	20	19,8500	3,52846			
Üniversite ve üstü	14	22,2857	3,26823			
Medeni durum						
Evli	24	21,1667	3,74940		1,096	,277
Bekar	42	20,0952	3,86232			
Çalışma durumu						
Hayır	34	19,5294	3,98661		-2,147	,036*
Evet	32	21,5000	3,42665			
Meslek						
Memur	11	20,1818	3,42982		2,791	,048*
İşçi	6	23,6667	4,27395			
Serbest meslek	16	21,5625	3,28570			
Çalışmıyor- emekli	33	19,4848	3,82525			
Gelir durumu						
2001-4000 TL arası	31	20,2903	4,14080		-,386	,701
4001 TL ve üzeri	35	20,6571	3,58053			
Kaç yıldır kanser tanısı mevcut						
1 yıl	18	20,7778	4,33258		,956	,419
2 yıl	16	20,3750	3,61248			
3 yıl	14	21,6429	3,75412			
4 yıl ve üzeri	18	19,3889	3,53368			

Tablo 12. Hastaların Psikolojik Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam)

Hormon tedavisi kullanım süresi						
6ay	6	17,3333	4,03320		1,646	,188
1 yıl	25	21,1200	3,95095			
2 yıl	30	20,5333	3,71143			
3 yıl ve üzeri	5	20,8000	2,58844			
Karnofsky Performans Ölçeği puanı						
50	3	17,0000	2,64575	15,67	5,043***	,411
60	7	20,0000	4,50925	30,79		
70	14	20,0714	2,61547	31,14		
80	18	20,0000	3,91077	32,08		
90	18	21,7778	3,65506	39,33		
100	6	21,3333	5,68038	37,83		
Günlük faaliyetlerin idrar problemi sebebiyle sınırlanması						
Hayır	40	20,2500	3,80789		-,615	,541
Evet	26	20,8462	3,90581			
İdrar kaçırmaya karşı bir korunma yöntemi kullanımı						
Hayır	46	20,4130	3,78051		-,229	,819
Evet	20	20,6500	4,02982			
İdrar kaçırmaya karşı kullanılan korunma yöntemleriyle ilgili bilgi ihtiyacınız varlığı						
Hayır	49	20,3061	3,94865		-,641	,524
Evet	17	21,0000	3,51781			
Tanı aldıktan sonra veya önce cinsel açıdan bir problem yaşama durumu						
Hayır	26	19,8077	3,13712		-1,162	,250
Evet	40	20,9250	4,19638			

Tablo 12. Hastaların Psikolojik Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam)

Cinsel konularda yaşadığınız güçlükler konusunda bilgi, destek ihtiyacı varlığı					
Hayır	29	20,0000	3,77964	-,910	,366
Evet	37	20,8649	3,87415		
Gaita inkontinansı yaşama durumu					
Hayır	57	20,5789	3,71747	,500	,619
Evet	9	19,8889	4,67559		
Batında şişlik hissi					
Hayır	18	20,1667	4,36901	-,411	,683
Evet	48	20,6042	3,64802		
Meme uçlarında ya da göğüslerinizde ağrı ya da büyüme varlığı					
Hayır	44	20,5000	3,68845	,045	,964
Evet	22	20,4545	4,18304		
Bacak ya da ayak bileklerinde ödem					
Hayır	23	19,1304	4,08216	-2,161	,034*
Evet	43	21,2093	3,52243		

***p<0,05, **Mann Whitney U testi ve ***Kruskal Wallis testi**

Hastaların sosyodemografik ve tıbbi özelliklere göre DeBGÖ-KF 29Tr Psikolojik Alt Boyutudan almış oldukları toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 12'de verilmiştir.

Analiz sonucunda kişilerin çalışma durumları değerlendirildiğinde çalışan kişilerin toplam puan ortalaması çalışmayan kişilerin puanlarından yüksektir($p<0,05$). Meslek gruplarına bakıldığında ise toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir($p<0,05$). Farkı yaratan grup/grupların belirlenmesi için Bonferroni analizi uygulanmış ancak test farkı ortaya çıkartamamıştır.

“Bacaklarınızda ya da ayak bileklerinde şişme oldu mu?” sorusuna verilen cevaplara bakıldığında evet cevabını veren kişilerin toplam puan ortalaması hayır cevabı verenlere kıyasla daha fazladır($p<0,05$).

4.4.5. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile DeBGÖ-KF 29Tr Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 13: Hastaların Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	n	Ortalama	Standart Sapma	Sıra Ortalaması	Test İstatistiği	p
Yaş						
18-39	6	91,5000	10,96814	41,00	2,090***	,352
40-60	27	88,1852	8,58459	35,59		
60 ve üstü	33	86,7576	10,25923	30,42		
Eğitim durumu						
Okuryazar	9	79,3333	4,60977	14,39	11,711***	,008*
İlköğretim/ortaöğretim	23	88,5217	6,80821	37,50		
Lise	20	87,4500	9,73585	32,78		
Üniversite ve üstü	14	92,4286	12,58029	40,25		
Medeni durum						
Evli	24	88,3750	7,32959	36,38	435,00	,357
Bekar	42	87,4286	10,77292	31,86		
Çalışma durumu						
Hayır	34	86,5882	11,57614	36,38	435,00**	,357
Evet	32	89,0313	6,92580	31,86		
Meslek						
Memur	11	85,5455	6,54773		1,898	,139
İşçi	6	93,8333	10,28429			
Serbest meslek	16	90,6250	8,03223			
Çalışmıyor- emekli	33	86,0303	10,57262			
Gelir durumu						
2001-4000 TL arası	31	87,9677	10,40988	33,56	540,50**	,979
4001 TL ve üzeri	35	87,6000	9,00065	33,44		
Kaç yıldır kanser tanısı mevcut						
1 yıl	18	86,6667	8,69077		1,279	,289
2 yıl	16	87,4375	12,25272			
3 yıl	14	92,0714	10,21661			
4 yıl ve üzeri	18	85,8333	6,70601			

Tablo 13: Hastaların Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam)

Hormon tedavisi kullanım süresi						
6 ay	6	79,5000	2,58844		1,689	,179
1 yıl	25	88,7200	9,50228			
2 yıl	30	88,6000	10,55233			
3 yıl ve üzeri	5	88,0000	5,56776			
Karnofsky Performans Ölçeği puanı						
50	3	78,3333	5,03322	12,50	7,041***	,154
60	7	86,5714	6,02376	33,21		
70	14	88,1429	7,97937	34,89		
80	18	87,2778	9,20234	32,75		
90	18	91,1111	11,45779	40,44		
100	6	84,5000	11,76010	22,50		
Günlük faaliyetlerin idrar problemi sebebiyle sınırlanması						
Hayır	40	88,2250	10,00638	34,35	486,00**	,655
Evet	26	87,0769	9,12545	32,19		
İdrar kaçırmaya karşı bir korunma yöntemi kullanımı						
Hayır	46	87,9783	9,53937	34,08	433,50**	,711
Evet	20	87,3000	10,01630	32,18		
İdrar kaçırmaya karşı kullanılan korunma yöntemleriyle ilgili bilgi ihtiyacınız varlığı						
Hayır	49	87,8776	9,46404	34,13	385,50**	,649
Evet	17	87,4706	10,32665	31,68		
Tanı aldıktan sonra veya önce cinsel açıdan bir problem yaşama durumu						
Hayır	26	86,5385	6,18534	32,67	498,50**	,778
Evet	40	88,5750	11,30665	34,04		

Tablo 13: Hastaların Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam)

Cinsel konularda yaşadığınız güçlükler konusunda bilgi, destek ihtiyacı varlığı						
Hayır	29	86,6207	6,33253	33,07	524,00**	,872
Evet	37	88,6757	11,56636	33,84		
Gaita inkontinansı yaşama durumu						
Hayır	57	88,0702	9,90285	33,65	248,00**	,874
Evet	9	85,8889	7,73700	32,56		
Batında şişlik hissi						
Hayır	18	85,8889	7,42721	31,25	391,50**	,559
Evet	48	88,4792	10,29561	34,34		
Meme uçlarında ya da göğüslerinizde ağrı ya da büyüme varlığı						
Hayır	44	85,5909	6,84825		-2,266	,032*
Evet	22	92,1364	12,65399			
Bacak ya da ayak bileklerinde ödem						
Hayır	23	82,8696	6,16666	23,74	270,00**	,002*
Evet	43	90,3953	10,14453	38,72		

***p<0,05, **Mann Whitney U testi ve ***Kruskal Wallis testi**

Hastaların sosyodemografik ve tıbbi özelliklere göre DeBGÖ-KF 29Tr toplam puanların ortalamaları karşılaştırılması Tablo 13'de verilmiştir.

Katılımcıların eğitim durumları toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir($p<0,05$). Bonferroni testi sonucuna göre eğitim durumu üniversite ve üzerinde olan grup ile eğitim düzeyi okuryazar olan grup karşılaştırılmıştır($p=0,08$). Eğitim durumu üniversite ve üzeri olan kişilerin toplam puan ortalaması eğitim düzeyi okuryazar olan kişilerin toplam puan ortalamasından daha yüksektir.

"Meme uçları ya da göğüslerde ağrı veya büyüme oldu mu?" evet cevabını veren kişilerin toplam puan ortalamasının hayır cevabını veren kişilerin toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur($p<0,05$).

"Bacaklarınızda veya ayak bileklerinde şişme oldu mu?" sorusuna verilen cevaplara göre Evet cevabını veren kişilerin toplam puan ortalamasının hayır cevabını veren kişilerin toplam puan ortalamasının hayır cevabını veren kişilere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur($p<0,05$).

4.5. Bakım Veren Bireylerin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Bulguları

Bakım veren bireylerin Hasta Bakım Veren Tanıtıcı Bilgi Formu ile Kanser Tanısı Konan Hastaların Eşleri Ve Bakım Vericileri İçin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeğine verdikleri cevaplara göre destekleyici bakım gereksinimleri bulguları, 4 alt boyutta incelenmiştir.

4.5.1 Bakım verenlerin Tanıtıcı Bilgi Özellikleri İle Sağlık Bakım Hizmeti İhtiyacı Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 14: Bakım Verenlerin Sağlık Bakım Hizmeti İhtiyacı Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	n	Ortalama	Standart Sapma	Sıra Ortalaması	Test İstatistiği	p
Yaş						
18-39	12	27,5000	5,07221		,306	,738
40-60	29	28,6552	5,17049			
60 ve üstü	23	28,0000	3,34392			
Cinsiyet						
Kadın	51	28,2157	4,44663	32,61	326,00**	,926
Erkek	13	28,1538	5,01408	32,08		

Tablo 14: Bakım Verenlerin Sağlık Bakım Hizmeti İhtiyacı Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam)

Eğitim durumu						
İlköğretim	4	34,7500	7,54431		3,725	,016*
Ortaöğretim	10	26,5000	3,80789			
Lise	23	27,9130	4,08893			
Üniversite ve üzeri	27	28,1111	4,01280			
Medeni durum						
Bekar	26	27,7308	4,43222	31,73	474,00**	,783
Evli	38	28,5263	4,61921	33,03		
Çocuk durumu						
Hayır	23	27,4348	4,46019	29,28	397,50**	,298
Evet	41	28,6341	4,55936	34,30		
Çocuk sayısı						
1	13	28,6154	3,27970	22,04	,272***	,873
2	15	28,4000	4,15417	21,27		
3 ve üzeri	13	28,9231	6,18414	19,65		
Çalışma durumu						
Hayır	22	28,5000	4,16047	34,11	,409***	,815
Evet	31	28,3226	5,17936	32,32		
Emekli	11	27,2727	3,31936	29,77		
Gelir durumu						
2001-4000 TL arası	33	27,2727	4,53647	28,08	365,50**	,048*
4001 TL ve üzeri	**31**	**29,1935**	**4,36974**	**37,21**		
Hasta ile yakınlık derecesi						
Eşim	28	28,1786	3,20940	34,16	10,879***	,012*
Babam	17	27,1176	3,96677	28,21		
Kardeşim	6	24,6667	1,96638	14,50		
Diğer	**13**	**31,3077**	**6,58767**	**42,85**		
Hastanıza tanı yılı						
1 yıl	19	28,6316	5,64910		,091	,965
2 yıl	17	28,1765	3,52199			
3 yıl	11	27,8182	5,19265			
4 yıl ve üzeri	17	28,0000	3,88909			

Tablo 14: Bakım Verenlerin Sağlık Bakım Hizmeti İhtiyacı Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam)

Günlük bakım verme saati						
6 saatin altında	28	27,6786	4,80010		1,211	,305
6 saat ve üzeri	9	30,3333	6,20484			
24 saat	27	28,0370	3,45834			
Toplam bakım verme zamanı						
3-6 ay	6	26,1667	1,32916	24,75	2,286***	,683
7-10 ay	14	28,4286	4,94142	34,21		
11-14 ay	14	27,6429	5,85212	28,82		
15-18 ay	3	28,6667	3,78594	36,67		
18 ay ve üstü	27	28,7778	4,16333	34,78		
Ailede kanser tanısı alan başka bir birey varlığı						
Hayır	38	27,9211	5,33414	29,78	390,50**	,155
Evet	26	28,6154	3,03416	36,48		
Bakımından sorumlu olunan başka biri varlığı						
Hayır	43	28,4651	4,73261	34,13	381,50**	,314
Evet	21	27,6667	4,12715	29,17		
Hastaya bakım verme konusunda diğer kişilerden yardım alma durumu						
Hayır	43	27,9767	4,15468	32,27	441,50**	,886
Evet	21	28,6667	5,28520	32,98		
Bakım vermenin bireye, işine, ailesine ve sosyal yaşam üzerine etkisi						
İş						
Etkilenmedi	32	28,3438	4,37448	34,09	2,774***	,250
Olumlu	8	29,7500	4,43203	39,50		
Olumsuz	24	27,5000	4,79130	28,04		
Aile						
Etkilenmedi	18	26,5000	3,91453	27,31	6,709***	,035*
Olumlu	**10**	**31,4000**	**4,76562**	**45,80**		
Olumsuz	36	28,1667	4,37852	31,40		

Tablo 14: Bakım Verenlerin Sağlık Bakım Hizmeti İhtiyacı Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam)

Kendi						
Etkilenmedi	6	26,0000	5,93296	22,83	4,112***	,128
Olumlu	9	30,0000	3,77492	42,11		
Olumsuz	49	28,1429	4,43001	31,92		
Sosyal yaşam						
Etkilenmedi	27	26,9259	4,03757	26,80	345,50**	,035*
Olumsuz	37	29,1351	4,68545	36,66		

***p<0,05, **Mann Whitney U testi ve ***Kruskal Wallis testi**

Bakım veren kişilerin demografik özelliklerine göre Sağlık Bakım Hizmeti İhtiyacı alt boyutundan aldıkları toplam puanların değerlendirilmesi Tablo 14'de verilmiştir.

Analiz sonucunda kişilerin eğitim durumlara göre toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p<0,05).Bonferroni testi sonucuna göre ilkokul grubu ile ortaokul, lise ve üniversite grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur (p=,011, p=,026 ve p=,030). Eğitim durumu ilkokul olan kişilerin toplam puan ortalamasının eğitim düzeyi ortaokul, lise ve üniversite olan kişilerin sağlık bakım hizmeti gereksinimlerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Kişilerin gelir durumuna bakıldığında "2001-4000 TL arası" cevabını veren kişilerin toplam puan ortalamasının "4001 TL ve üzeri" cevabını veren kişilerin puan ortalamaları daha yüksek olarak tespit edilmiştir(p<0,05).

Hasta ile yakınlık derecesine göre toplam puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir(p<0,05). Bonferroni testi sonucuna göre kardeş grubu ile diğer grup arasında diğer cevabını veren kişilerin toplam puan ortalamasının kardeş cevabını veren kişilerin sağlık bakım hizmeti gereksinimlerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (p=,011).

Bakım vermenin yaşama etkileri sorulduğunda "Aile" seçeneğine verilen cevaplara göre toplam puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak

anlamlı farklılık tespit edilmiştir(p<0,05). Bonferroni testi sonucuna göre etkilenmedi grubu ile olumlu grubu karşılaştırıldığında olumlu cevabını veren kişilerin sağlık bakım hizmeti gereksinimlerinin etkilenmedi cevabını veren kişilere göre daha fazla olduğu bulunmuştur(p=,034).

Bakım vermenin yaşama etkileri sorulduğunda ‘’Sosyal Yaşam” seçeneğine verilen cevaplara göre olumsuz cevabını veren kişilerin sağlık bakım hizmeti gereksinimlerinin etkilenmedi cevabını veren kişilere göre daha fazla olduğu bulunmuştur (p<0,05).

4.5.3. Bakım verenlerin Hasta Bakım Veren Tanıtıcı Bilgi Özellikleri İle Psikolojik ve Duygusal Destek Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 15: Bakım Verenlerin Psikolojik ve Duygusal Destek Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	n	Ortalama	Standart Sapma	Sıra Ortalaması	Test İstatistiği	p
Yaş						
18-39	12	38,4167	4,79504	30,25	,218***	,897
40-60	29	39,0690	6,80300	32,93		
60 ve üstü	23	38,9565	5,21779	33,13		
Cinsiyet						
Kadın	51	39,3333	5,73992	33,92	259,00**	,225
Erkek	13	37,2308	6,17999	26,92		
Eğitim durumu						
İlköğretim	4	38,2500	5,50000	30,38	,364***	,948
Ortaöğretim	10	39,1000	4,58136	34,90		
Lise	23	39,3478	5,95902	33,22		
Üniversite ve üzeri	27	38,5556	6,44702	31,31		
Medeni durum						
Bekar	26	37,2692	4,91982	27,98	376,50**	,107
Evli	38	40,0263	6,21457	35,59		
Çocuk durumu						
Hayır	23	37,7826	4,14462		-1,307	,196
Evet	41	39,5366	6,57304			

Tablo 15: Bakım Verenlerin Psikolojik ve Duygusal Destek Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam)

Çocuk sayısı						
1	13	40,6923	7,64182	22,81	,436***	,804
2	15	39,1333	6,93713	20,20		
3 ve üzeri	13	38,8462	5,22568	20,12		
Çalışma durumu						
Hayır	22	40,4091	5,36886	38,66	3,918***	,141
Evet	31	38,0645	6,61783	28,45		
Emekli	11	38,2727	3,95198	31,59		
Gelir durumu						
2001-4000 TL arası	33	38,8485	5,16673	33,33	484,00**	,711
4001 TL ve üzeri	31	38,9677	6,57512	31,61		
Hasta ile yakınlık derecesi						
Eşim	28	39,5714	5,43261	35,09	1,657***	,647
Babam	17	37,5882	6,96472	28,06		
Kardeşim	6	38,6667	1,86190	35,00		
Diğer	13	39,3077	6,56232	31,58		
Hastanıza tanı yılı						
1 yıl	19	37,5789	5,17811	27,16	3,358***	,340
2 yıl	17	38,1176	5,86177	31,79		
3 yıl	11	40,4545	4,98726	39,41		
4 yıl ve üzeri	17	40,1765	6,94834	34,71		
Günlük bakım verme saati						
6 saatin altında	28	36,7500	3,86461		3,984	,024*
6 saat ve üzeri	9	41,7778	8,82862			
24 saat	27	40,1852	5,80475			
Toplam bakım verme zamanı						
3-6 ay	6	37,0000	2,19089		1,300	,280
7-10 ay	14	38,2143	6,16664			
11-14 ay	14	36,9286	3,87227			
15-18 ay	3	38,6667	8,08290			
18 ay ve üstü	27	40,7407	6,60182			
Ailede kanser tanısı alan başka bir birey varlığı						
Hayır	38	38,4737	5,69844	31,09	440,50**	,463
Evet	26	39,5385	6,10725	34,56		

Tablo 15: Bakım Verenlerin Psikolojik ve Duygusal Destek Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam)

Bakımından sorumlu olunan başka biri varlığı						
Hayır	43	38,9302	5,77925	32,70	443,00**	,903
Evet	21	38,8571	6,11789	32,10		
Hastaya bakım verme konusunda diğer kişilerden yardım alma durumu						
Hayır	43	38,9767	5,06382	33,12	425,00*	,704
Evet	21	38,7619	7,32738	31,24		
Bakım vermenin bireye, işine, ailesine ve sosyal yaşamına etkisi						
İş						
Etkilenmedi	32	39,6250	5,14782	35,78	2,356***	,308
Olumlu	8	37,3750	6,18610	25,81		
Olumsuz	24	38,4583	6,66581	30,35		
Aile						
Etkilenmedi	18	34,9444	2,99946	18,39	14,771***	,001*
Olumlu	10	38,9000	5,02107	35,10		
Olumsuz	**36**	**40,8889**	**6,20496**	**38,83**		
Kendi						
Etkilenmedi	6	37,1667	3,65605	28,08	,671***	,715
Olumlu	9	39,8889	5,46453	36,06		
Olumsuz	49	38,9388	6,15565	32,39		
Sosyal yaşam						
Etkilenmedi	27	37,5185	4,65230	29,57	420,50**	,282
Olumsuz	37	39,9189	6,45230	34,64		

***p<0,05, **Mann Whitney U testi ve ***Kruskal Wallis testi**

Bakım veren kişilerin demografik özelliklerine göre Psikolojik ve Duygusal Destek alt boyutundan aldıkları toplam puanların değerlendirilmesi Tablo 15'de verilmiştir.

Analiz sonucunda "Hastanıza günde kaç saat bakım veriyorsunuz" sorusuna verilen cevaplara göre toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmasına rağmen Bonferroni testinin sonucunda farkı yaratan grup/gruplar ortaya çıkartılamamıştır($p<0,05$).

Bakım vermenin yaşama etkileri sorulduğunda "Aile" seçeneğine verilen cevaplara ile toplam puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir($p<0,05$). Bonferroni testi sonucuna göre olumsuz grubu ile etkilenmedi grubu arasında olumsuz şeklinde cevap veren kişilerin toplam puan ortalaması etkilenmedi cevabını veren kişilere göre daha fazla psikolojik ve duygusal destek gereksinimi daha yüksek bulunmuştur($p=,000$).

4.5.3. Bakım verenlerin Tanıtıcı Bilgi Özellikleri İle İş ve Sosyal İhtiyaçlar Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 16: Bakım Verenlerin İş ve Sosyal İhtiyaçlar Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	n	Ortalama	Standart Sapma	Sıra Ortalaması	Test İstatistiği	p
Yaş						
18-39	12	21,4167	3,80092		1,136	,328
40-60	29	20,3448	4,06444			
60 ve üstü	23	19,5217	2,62626			
Cinsiyet						
Kadın	51	20,1176	3,71293		-,585	,561
Erkek	13	20,7692	3,00427			
Eğitim durumu						
İlköğretim	4	20,2500	7,41058	29,75	6,639***	,084
Ortaöğretim	10	18,0000	2,44949	19,45		
Lise	23	20,9130	2,23430	37,15		
Üniversite ve üzeri	27	20,5185	3,97463	33,78		
Medeni durum						
Bekar	26	20,2308	3,32635		-,035	,972
Evli	38	20,2632	3,76818			
Çocuk durumu						
Hayır	23	20,6087	3,39437		,599	,551
Evet	41	20,0488	3,68749			
Çocuk sayısı						
1	13	20,2308	3,72276		,290	,750
2	15	20,2000	3,07525			
3 ve üzeri	13	19,6923	4,49786			

Tablo 16: Bakım Verenlerin İş ve Sosyal İhtiyaçlar Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam)

Çalışma durumu						
Hayır	22	19,2273	3,30846	27,59	2,367***	,306
Evet	31	20,9677	3,71020	34,90		
Emekli	11	20,2727	3,46672	35,55		
Gelir durumu						
2001-4000 TL arası	33	19,3030	3,34930		-2,261	,027*
4001 TL ve üzeri	31	21,2581	3,56808			
Yakınlık derecesi						
Eşim	28	19,3571	3,16479	28,52	4,652***	,199
Babam	17	20,4118	2,85173	33,59		
Kardeşim	6	22,1667	1,16905	46,17		
Diğer	13	21,0769	5,33013	33,35		
Hastanızın tanı yılı						
1 yıl	19	21,6316	3,46748	39,11	4,117***	,249
2 yıl	17	19,8824	2,91295	31,74		
3 yıl	11	18,5455	3,75136	25,91		
4 yıl ve üzeri	17	20,1765	3,86062	30,15		
Günlük bakım verme saati						
6 saatin altında	28	19,7500	3,23894		2,096	,132
6 saat ve üzeri	9	22,4444	5,05250			
24 saat	27	20,0370	3,18025			
Toplam bakım verme zamanı						
3-6 ay	6	21,0000	4,19524		,503	,734
7-10 ay	14	20,6429	2,27384			
11-14 ay	14	19,0714	4,51432			
15-18 ay	3	20,3333	3,51188			
18 ay ve üstü	27	20,4815	3,56662			
Ailede kanser tanısı alan başka bir birey varlığı						
Hayır	38	19,9211	4,11577		-,968	,337
Evet	26	20,7308	2,56994			
Bakımından sorumlu olunan başka biri varlığı						
Hayır	43	20,5349	3,48704		,913	,365
Evet	21	19,6667	3,74611			

Tablo 16: Bakım Verenlerin İş ve Sosyal İhtiyaçlar Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam)

Hastaya bakım verme konusunda diğer kişilerden yardım alma durumu						
Hayır	43	19,8837	3,64632		-1,179	,243
Evet	21	21,0000	3,36155			
Bakım vermenin bireye, işine, ailesine ve sosyal yaşamına etkisi						
İş						
Etkilenmedi	32	19,1563	3,04916	27,69	4,938***	,085
Olumlu	8	21,1250	4,70372	32,88		
Olumsuz	24	21,4167	3,50052	38,79		
Aile						
Etkilenmedi	18	19,3333	2,54374		1,234	,298
Olumlu	10	21,5000	3,68932			
Olumsuz	36	20,3611	3,92175			
Kendi						
Etkilenmedi	6	21,1667	1,47196		,272	,763
Olumlu	9	19,7778	5,14242			
Olumsuz	49	20,2245	3,45365			
Sosyal yaşam						
Etkilenmedi	27	20,5556	3,90595		,582	,563
Olumsuz	37	20,0270	3,33738			

***p<0,05, **Mann Whitney U testi ve ***Kruskal Wallis testi**

Bakım veren kişilerin demografik özelliklerine göre İş ve Sosyal İhtiyaçlar alt boyutundan almış oldukları puanlar Tablo 16'da değerlendirilmiştir.

Bakım veren kişilerin demografik özelliklerine göre aldıkları toplam puanların ortalamaları arasındaki farkın varlığının hipotezini test etmek için varsayımlar kontrol edilmiştir. Varsayımlar karşılandığında Bağımsız Örneklem T ve Anova testleri; varsayımlar karşılanmadığında ise Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Farklılığı yaratan grup ya da grupların belirlenmesi için Bonferroni testi uygulanmıştır. Analiz sonucunda katılımcıların gelir durumu "4001 TL ve üzeri" olan kişilerin toplam puan ortalamasının gelir durumu "2001-4000 TL arası" olan kişilere göre daha fazla iş ve sosyal ihtiyaç gereksiniminin daha yüksek bulunmuştur($p<0,05$).

4.5.4. Bakım verenlerin Tanıtıcı Bilgi Özellikleri İle Bilgi İhtiyacı Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 17: Bakım Verenlerin Bilgi İhtiyacı Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	n	Ortalama	Standart Sapma	Sıra Ortalaması	Test İstatistiği	p
Yaş						
18-39	12	20,0833	3,44986		2,527	,088
40-60	29	22,2759	3,30472			
60 ve üstü	23	20,4348	3,76378			
Cinsiyet						
Kadın	51	21,0588	3,72243		-,635	,528
Erkek	13	21,7692	3,05924			
Eğitim durumu						
İlköğretim	4	22,7500	6,13052		,519	,671
Ortaöğretim	10	21,1000	3,63471			
Lise	23	20,6087	3,78681			
Üniversite ve üzeri	27	21,5185	3,05552			
Medeni durum						
Bekar	26	20,8462	3,20864		-,656	,514
Evli	38	21,4474	3,84636			
Çocuk durumu						
Hayır	23	20,8261	3,36631		-,627	,533
Evet	41	21,4146	3,72811			
Çocuk sayısı						
1	13	21,8462	2,85325		,316	,731
2	15	20,8000	3,93156			
3 ve üzeri	13	21,6923	4,40425			
Çalışma durumu						
Hayır	22	21,7727	4,10495	35,32	,881***	,644
Evet	31	20,8387	3,22590	30,47		
Emekli	11	21,0909	3,64567	32,59		
Gelir durumu						
2001-4000 TL arası	33	21,1818	3,66959		-,049	,961
4001 TL ve üzeri	31	21,2258	3,55631			

Tablo 17: Bakım Verenlerin Bilgi İhtiyacı Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam)

Yakınlık derecesi						
Eşim	28	21,2143	3,73529		,171	,916
Babam	17	20,8235	3,08697			
Kardeşim	6	21,0000	3,22490			
Diğer	13	21,7692	4,30414			
Hastanıza tanı yılı						
1 yıl	19	21,1579	3,96181		,166	,919
2 yıl	17	20,8235	3,86062			
3 yıl	11	21,8182	3,81623			
4 yıl ve üzeri	17	21,2353	2,92680			
Günlük bakım verme saati						
6 saatin altında	28	20,9286	3,02983		,363	,697
6 saat ve üzeri	9	22,1111	4,45658			
24 saat	27	21,1852	3,89316			
Toplam bakım verme zamanı						
3-6 ay	6	20,6667	4,36654		,726	,578
7-10 ay	14	20,6429	2,46848			
11-14 ay	14	20,5000	4,12777			
15-18 ay	3	23,6667	1,52753			
18 ay ve üstü	27	21,7037	3,78067			
Ailede kanser tanısı alan başka bir birey varlığı						
Hayır	38	21,2895	3,29543		,231	,818
Evet	26	21,0769	4,03904			
Bakımından sorumlu olunan başka biri varlığı						
Hayır	43	21,3953	3,69774	33,30	417,00**	,620
Evet	21	20,8095	3,40028	30,86		
Hastaya bakım verme konusunda diğer kişilerden yardım alma durumu						
Hayır	43	20,8605	3,78331	30,78	377,50**	,288
Evet	21	21,9048	3,11295	36,02		
Bakım vermenin bireye, işine, ailesine ve sosyal yaşamı üzerine etkisi						
İş						
Etkilenmedi	32	21,0938	3,82993		,043	,958
Olumlu	8	21,1250	4,29077			
Olumsuz	24	21,3750	3,13206			

Tablo 17: Bakım Verenlerin Bilgi İhtiyacı Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam)

Aile					
Etkilenmedi	18	18,5000	2,54951	9,131	,000*
Olumlu	10	22,8000	3,01109		
Olumsuz	36	22,1111	3,51143		
Kendi					
Etkilenmedi	6	20,6667	2,50333	,295	,746
Olumlu	9	22,0000	3,64005		
Olumsuz	49	21,1224	3,72286		
Sosyal yaşam					
Etkilenmedi	27	21,0741	3,33888	-,244	,808
Olumsuz	37	21,2973	3,79960		

***p<0,05, **Mann Whitney U testi ve ***Kruskal Wallis testi**

Bakım veren kişilerin demografik özelliklerine göre Bilgi ihtiyacı alt boyutu toplam puanları Tablo 17'de değerlendirilmiştir.

Bakım vermenin yaşama etkileri sorulduğunda "Aile" seçeneğine verilen cevaplara göre toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0,05). Bonferroni testi sonucuna göre etkilenmedi grubu ile olumlu ve olumsuz grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar elde edilmiştir (p=,003 ve p=,001). Olumlu ve olumsuz cevabını veren kişilerin, etkilenmedi cevabını veren kişilere göre daha yüksek düzeyde bilgi gereksinimi olduğu bulunmuştur.

4.5.5. Bakım verenlerin Tanıtıcı Bilgi Özellikleri İle Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 18: Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri İle Kanser Tanısı Konan Hastaların Eşleri ve Bakım Vericileri İçin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	n	Ortalama	Standart Sapma	Sıra Ortalaması	Test İstatistiği	p
Yaş						
18-39	12	107,4167	13,36521	30,46	1,039	,595
40-60	29	110,3448	12,62163	35,10		
60 ve üstü	23	106,9130	10,31730	30,28		
Cinsiyet						
Kadın	51	108,7255	12,07986	32,63	325,00**	,914
Erkek	13	107,9231	11,67234	32,00		
Eğitim durumu						
İlköğretim	4	116,0000	16,26858	42,75	2,186***	,535
Ortaöğretim	10	104,7000	11,13603	26,75		
Lise	23	108,7826	11,48500	32,76		
Üniversite ve üzeri	27	108,7037	12,01542	32,89		
Medeni durum						
Bekar	26	106,0769	10,65429	29,08	405,00**	,223
Evli	38	110,2632	12,55191	34,84		
Çocuk durumu						
Hayır	23	106,6522	10,77290	30,17	418,00**	,454
Evet	41	109,6341	12,50351	33,80		
Çocuk sayısı						
1	13	111,3846	12,44681	23,23	,771***	,680
2	15	108,5333	13,51119	19,27		
3 ve üzeri	13	109,1538	12,17132	20,77		
Çalışma durumu						
Hayır	22	109,9091	11,16077	35,55	,909***	,635
Evet	31	108,1935	13,57306	30,73		
Emekli	11	106,9091	8,49064	31,41		
Gelir durumu						
2001-4000 TL arası	33	106,6061	10,61231	29,86	424,50**	,242
4001 TL ve üzeri	31	110,6452	13,00397	35,31		

Tablo 18: Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri İle Kanser Tanısı Konan Hastaların Eşleri ve Bakım Vericileri İçin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam)

Hasta ile yakınlık derecesi						
Eşim	28	108,3214	10,53760	32,91	1,866***	,601
Babam	17	105,9412	11,17179	28,09		
Kardeşim	6	106,5000	4,27785	32,50		
Diğer	13	113,4615	16,82070	37,38		
Hastanıza tanı yılı						
1 yıl	19	109,0000	12,09224	33,89	,407***	,939
2 yıl	17	107,0000	10,97725	30,24		
3 yıl	11	108,6364	10,61388	33,73		
4 yıl ve üzeri	17	109,5882	14,11585	32,41		
Günlük bakım verme saati						
6 saatin altında	28	105,1071	6,85479		3,612	,033*
6 saat ve üzeri	**9**	**116,6667**	**17,27715**			
24 saat	27	109,4444	12,91193			
Toplam bakım verme zamanı						
3-6 ay	6	104,8333	8,97589	26,83	5,361***	,252
7-10 ay	14	107,9286	11,31686	32,25		
11-14 ay	14	104,1429	11,29232	24,61		
15-18 ay	3	111,3333	8,32666	41,67		
18 ay ve üstü	27	111,7037	13,04081	36,96		
Ailede kanser tanısı alan başka bir birey varlığı						
Hayır	38	107,6053	12,13781	30,92	434,00**	,412
Evet	26	109,9615	11,66355	34,81		
Bakımından sorumlu olunan başka biri varlığı						
Hayır	43	109,3256	12,22550	33,86	393,00**	,403
Evet	21	107,0000	11,36662	29,71		
Hastaya bakım verme konusunda diğer kişilerden yardım alma durumu						
Hayır	43	107,6977	11,44247	31,33	401,00**	,470
Evet	21	110,3333	12,92414	34,90		

Tablo 18: Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri İle Kanser Tanısı Konan Hastaların Eşleri ve Bakım Vericileri İçin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam)

Bakım vermenin bireye, işine, ailesine ve sosyal yaşamına etkisi						
İş						
Etkilenmedi	32	108,2188	10,87386	32,89	,062***	,969
Olumlu	8	109,3750	15,57413	31,06		
Olumsuz	24	108,7500	12,44903	32,46		
Aile						
Etkilenmedi	18	99,2778	5,53922	15,81	21,395***	,000*
Olumlu	**10**	**114,6000**	**8,98394**	**44,80**		
Olumsuz	**36**	**111,5278**	**12,48653**	**37,43**		
Kendi						
Etkilenmedi	6	105,0000	8,67179	30,67	,402***	,818
Olumlu	9	111,6667	14,98332	36,00		
Olumsuz	49	108,4286	11,72782	32,08		
Sosyal yaşam						
Etkilenmedi	27	106,0741	9,71488	29,22	411,00**	,229
Olumsuz	37	110,3784	13,11774	34,89		

***p<0,05, **Mann Whitney U testi ve ***Kruskal Wallis testi**

Bakım veren kişilerin demografik özelliklerine göre toplam puanların ortalamaları arasında fark Tablo 18'de verilmiştir.

Analiz sonucunda "Hastanıza günde kaç saat bakım veriyorsunuz?" sorusunun verilen cevaplara göre toplam puan ortalamaları arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır(p<0,05). Bonferroni testinin sonucuna göre"6 saat ve üzeri" grubunda olan kişilerin toplam puan ortalamalarının "6 saatin altında" grubunda olan kişilerin destekleyici gereksinimleri daha yüksek olarak sanpatnmıştır(p=,032).

Bakım vermenin yaşama etkileri sorulduğunda "Aile" seçeneğine verilen cevaplara göre toplam ortalamaları arasındaki istatistiksel fark(p<0,05) Bonferroni testi ile değerlendirilmiştir. Sonuca göre etkilenmedi grubu ile olumlu ve olumsuz grupları arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir(p=,000 ve p=,000). Olumlu ve olumsuz cevabını veren kişilerin destekleyici gereksinimlerinin etkilenmedi cevabını veren kişilerden daha yüksek olduğu bulunmuştur.

4.6. Araştırmada Kullanılan Ölçekler ve Alt Boyutlarının Korelasyon Değerleri

Tablo 19: Ölçekler ve Alt Boyutlarının Kendi Aralarında ve Birbirleri Arasındaki İlişki

		Günlük Yaşam	Cinsellik	Psikolojik	DeBGÖ	Sağlık Bakım Hizmeti İhtiyacı	Psikolojik ve Duygusal Destek	İş ve Sosyal İhtiyaçlar	Bilgi İhtiyacı	Bakım Veren-DeBGÖ
Sağlık Hizmeti ve Bilgilendirme	Rho	,020**	,105**	,385	,821**	,004**	,119**	,244	,490	,244**
	p	,878	,407	,002*	,000*	,974	,262	,052	,000*	,052
Günlük Yaşam	Rho		,020**	-,137**	,254**	-,082**	,168**	,148**	,069**	,109**
	p		,876	,280	,042*	,521	,186	,244	,586	,391
Cinsellik	Rho			-,042**	,321**	-,178**	,111**	-,027**	,065**	-,002**
	p			,745	,010*	,158	,383	,831	,611	,987
Psikolojik	Rho				,551**	,246**	,128**	-,088	,243	,140**
	p				,000*	,050	,314	,491	,053	,271
DeBGÖ	Rho					-,011**	,177**	,103**	,361**	,226**
	p					,933	,162	,420	,003*	,073
Sağlık Bakım Hizmeti İhtiyacı	Rho						,233**	-,080**	,360**	,607**
	p						,063	,531	,003*	,000*
Psikolojik ve Duygusal Destek	Rho							,020**	,507**	,710**
	p							,875	,000*	,000*
İş ve Sosyal İhtiyaçlar	Rho								,229	,349**
	p								,069	,005*
Bilgi İhtiyacı	Rho									,805**
	p									,000*

***p<0,05 ve **Spearman Korelasyon testi (Rho:Spearman'ın sıralama korelasyon katsayısı)**

Hastalarda ve hasta bakımı yapan kişilerde uygulanan Destekleyici Bakım Gereksinimleri ölçeğinin ve alt boyutlarına ait toplam puanlarının arasındaki ilişkilerin incelenmesi için varsayımlar kontrol edilmiştir ve Pearson Ki Kare ve Spearman korelasyonları kullanılmıştır. Yapılan analiz Tablo 19'da gösterilmektedir. Analiz sonucuna göre Sağlık Hizmeti ve Bilgilendirme alt boyutu ile Kanser Tanısı Konan Hastaların Eşleri ve Bakım Vericileri İçin Destekleyici Bakım Gereksinimleri ölçeği arasında, 821 korelasyon katsayısı ile istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve yüksek düzeyli bir ilişki bulunmuştur. Günlük Yaşam alt boyutu, 254 korelasyon katsayısı ile istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki elde edilmiştir. Cinsellik alt boyutu, 321 korelasyon katsayısı ile istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyli bir ilişki saptanmıştır. Psikolojik alt boyutu, 511 korelasyon katsayısı ile istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyli bir ilişki belirlenmiştir.

Sağlık Hizmeti ve Bilgilendirme alt boyutu ile Bilgi İhtiyacı alt boyutu arasında hesaplanan, 490 korelasyon katsayısı ile istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ve orta düzeyli bir ilişki bulunmuştur. Destekleyici Bakım Gereksinimleri ölçeği ile Bilgi İhtiyacı alt boyutu arasında hesaplanan, 361 korelasyon katsayısı ile istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyli bir ilişki belirlenmiştir.

Sağlık Bakım Hizmeti İhtiyacı alt boyutu ile Bilgi İhtiyacı alt boyutu arasında hesaplanan, 360 korelasyon katsayısı ile istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyli bir ilişki elde edilmiştir. Psikolojik ve Duygusal Destek alt boyutu ile Bilgi İhtiyacı alt boyutu arasında hesaplanan, 507 korelasyon katsayısı ile istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyli bir ilişki belirlenmiştir.

Sağlık Bakım Hizmeti İhtiyacı alt boyutu ile Kanser Tanısı Konan Hastaların Eşleri ve Bakım Vericileri İçin Destekleyici Bakım Gereksinimleri ölçeği arasında hesaplanan, 607 korelasyon katsayısı ile istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü, orta düzeyli bir ilişki bulunmuştur. Psikolojik ve Duygusal Destek alt boyutu, 710 korelasyon katsayısı ile istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyli bir ilişki elde edilmiştir. İş ve Sosyal

İhtiyaçlar alt boyutu, 349 korelasyon katsayısı ile istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyli bir ilişki saptanmıştır. Bilgi İhtiyacı alt boyutu, 805 korelasyon katsayısı ile istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve yüksek düzeyli bir ilişki belirlenmiştir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, prostat kanserli hasta ve bakım verenlerin destekleyici bakım ihtiyaçlarının tespit edilmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışmadan elde edilen bulgular her bir ölçeğin alt boyutları ile ele alınarak hasta ve bakım verenleri için 5'er başlıkta ele alınarak tartışılmıştır.

Hastaların destekleyici bakım ihtiyaçlarının alt boyutları;

- Tanıtıcı Özellikler
- Sağlık Hizmeti ve Bilgilendirme
- Günlük Yaşam
- Cinsellik
- Psikolojik

Bakım veren bireylerin destekleyici bakım ihtiyaçlarının alt boyutları;

- Tanıtıcı Özellikler
- Sağlık Bakım Hizmeti İhtiyacı
- Psikolojik ve Duygusal Destek
- İş ve Sosyal İhtiyaçlar
- Bilgi İhtiyacı

5.1. Hasta ve Bakım Veren Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması

5.1.1. Hasta ve Bakım Verenlerinin Tanıtıcı Özellikleri

Hastaların %50'sinin 60 ve üstü yaş aralıklarında olduğu tespit edilmiştir. 50 yaşın altındaki 350 erkekten birine prostat kanseri tanısı konulmakta ancak 50 ila 59 yaş aralığında insidansının oranı her 52 erkekte bire kadar artmaktadır. 65 yaş üzerindeki erkeklerde ise insidans yaklaşık %60'tır(22). Türkiye'de prostat kanseri 50-69 yaş aralığındaki erkeklerde en sık ikinci kanser türüyken çalışmamızda bu yaş

grubundaki oran %14.1'dir(Tablo5)(5).

Çalışmaya katılan hastaların %13.6'sının sadece okuryazar, %34.8'inin ilköğretim mezunu, %30.3'inin lise mezunu, %21,2'sinin üniversite ve üstü olduğu görülmüştür (Tablo5). Türkiye İstatistik Yıllığı (TÜİK) en son yayınlanan 2019 verilerinde, Türkiye'deki eğitim seviyeleri içerisinde en çok ilköğretim mezunlarının olduğunu, sonrasında sırasıyla lisenin, hiç eğitim almamış kişilerin ve yükseköğrenim görmüş kişilerden oluştuğu bilinmektedir(5). Çalışmamıza alınan hasta grubunun eğitim durumlarının Türkiye'deki eğitim durumuyla benzediği görülmüştür. Çalışmaya katılan hastaların %51.5'inin çalışmazken bunların da %45.5'inin emekli olduğu belirlenmiştir (Tablo5). Çalışmaya katılan kişilerin çalışmayan oranının yüksek olması ve bunların da çoğunun emekli kişilerden oluşmasının sebebi prostat kanserinin tespitinin çoğunlukla ileri yaşta tespiti olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan bakım verenlerin %79,7'sinin kadın olduğu görülmektedir. Bakım veren ve hasta arasındaki yakınlığa bakıldığında %43,8'inin eşi olduğu ve %42,2'sinin 18 ay ve üstü süresince hastalarına bakım verdikleri görülmüştür. Katılımcıların %59,4'ünün aile öyküsünde kanser tanısı olmadığı görülmüştür (Tablo7). Çalışmamızın sonuçlarının literatürdeki bakım veren kişilerle yapılan çalışmalarla benzerliği görülmektedir (106, 107, 108).

5.1.2. Hastaların Tanı, Tedavi ve Yasadığı Semptomlara Yönelik Özelliklerinini Dağılımı

Hastaların kanser tanısı mevcudiyeti sürelerine bakıldığında %27,3'ünün bir yıl, %24,2'sinin iki yıl, %21,2'sinin üç yıl ve %27,3'ünün dört ve üzeri yıl önce kanser teşhisini aldıkları görülmüştür. Hastaların daha önceden %33,3'ünün cerrahi tedavi, %19,7'sinin radyoterapi, %22,7'sinin kemoterapi ve tamanının hormonterapi almış olduğu görülmektedir. Çalışmaya dahil edilme kriterimiz hastaların tamamının hormonterapi almış olmasıdır. Ancak hormonterapi dışında hastaların çoğunun cerrahi tedavi aldığını görmekteyiz. Literatüre baktığımızda hastaların kullanmış olduğu tedavi yöntemlerinin çalışmamızda aldığımız sonuçlar ile benzer olduğu görülmektedir (80, 86, 89).

Hastaların %39,4'ünün tanı aldıktan sonra veya önce cinsel açıdan bir problem

yaşamazken %60,6'sının problem yaşadığı saptanmıştır. Çalışmamızda hastaların %56,1'inin cinsel konularda yaşadıkları güçlükler olduğu ve bu konuda bilgilendirme ihtiyaçlarının olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda hastaların hormon tedavisi öncesinde yaşadıkları cinsel problemlerin tespiti için ön test yapılmamıştır. Hormon tedavisi kullanan prostat kanserli hastaların hormon tedaviyi takiben cinsel güçlükler yaşadıkları literatürde görülmektedir (94, 96). Çalışmamızda hastaların hormon tedavisi sonrasındaki cinsellikleri değerlendirilmiştir. Walker ve ark. (2018) çalışmasında hormon tedavisi alan hastaların tedaviyi takiben cinsel işlev ve cinsellik yaşama sıklığında düşüş yaşadıkları görülmektedir. Çalışmamıza dahil edilen hastaların tamanının(N=66) hormon tedavisi kullanıyor olması ve hastaların %60'ının cinsel güçlük yaşaması Barbera ve ark. (2017) çalışmalarıyla benzerlik göstermektedir (109, 110). Bu oran hastaların yaşadıkları cinsel sorunlar ile ilgili destek ihtiyaçlarının varlığını göstermektedir (25, 38, 110, 111, 112). Hastaların yaşadıkları cinsel güçlüklerin tedavi süresince tanımlanamaması da hastaların cinsel güçlükler yaşamasına sebep olabilmektedir. Speer ve ark. (2017) yaptığı çalışmada psikoseksüel destek yönünde üç temel engelin olduğunu belirtmektedir. Hastalar için yeni tanı sürecinde hastalığa ait kaygıların varlığı daha ön planda olabilmektedir. Erkeklerin tedaviye başladıktan ve psikoseksüel konuları klinisyenlerle tartışmaya hazır olduktan sonra konuyu kendileri başlatmadıkça bu tür konuların rutin olarak sağlık çalışanı tarafından tartışılmadığını belirtmektedirler. Sağlık çalışanlarının da psikoseksüel konularda konuşmaktan endişe duydukları ve çekindikleri saptanmıştır. Bu üç zorluk karşısında; kanser deneyiminin neden olduğu biyolojik, psikolojik ve ilişkisel güçlüklerin müdahalelerine cinselliğin klinik iletişime yansıtılması önerilmektedir. Ayrıca sağlık çalışanlarının psikoseksüel konular ve iletişim stratejileri hakkında bir eğitim almasının erkeklerin cinsel yönelimi, ilişki durumu, cinsel motivasyon ve değerlerine bireysel ve uygun tanılama yapmaları önerilmektedir (102).

Papadopoulou ve ark. (2020) çalışmasında hastaların yaşadıkları psikoseksüel güçlükleri çözebilmek için multidisipliner ekip becerisinin arttırılması önerilmektedir. Hastalığın seyri boyunca onkoloji ve üroloji hemşiresinin hasta ve eşini desteklemesi, bütüncül bir destekleyici bakım ihtiyacı tanılaması, psikoseksüel tanılamayı rutin olarak dahil etmesi ve hastanın ihtiyacı doğrultusunda uygun hekim, psikolog gibi

diğer sağlık çalışanlarının da bakıma dahil edilmesi önerilmektedir.

Hastaların %60,6'sının günlük faaliyetlerini üriner inkontinans yüzünden sınırlandırmazken %39,4'ünün sınırlandırdığı saptanmıştır. Kişilerin %69,7'sinin üriner inkontinansa karşı bir korunma yöntemi kullanmazken %30,3'ünün kullandığı ve bu yöntemin %35'inin "Az dışarı çıkmak", %25'inin "Az sıvı alımı", %20'sinin "Bez kullanımı" ve %20'sinin "Sık tuvalete gitmek" olduğu belirlenmiştir (Tablo6). Cozzarini ve ark. (2017) çalışmasında radyoterapi alan prostat kanserli hastaların tedaviyi takiben üriner inkontinans yaşadığı, ayrıca erkek üreme sisteminin cerrahi tedavisini olmuş hastaların da cerrahi sonrasında yüksek düzeyde üriner inkontinans yaşadığı görülmektedir (113). Çalışmamıza dahil edilen hastaların %33,3'ünün cerrahi tedavi, %19,7'sinin radyoterapi tedavisi almış olmasına bağlı olarak üriner inkontinans yaşadıkları düşünülebilmektedir.

5.2. Hastaların Destekleyici Bakım Gereksinimleri Bulgularının Tartışılması

Hastaların Hasta Tanıtım Anketine ile DeBGÖ-KF 29Tr'ye verdikleri cevaplara göre destekleyici bakım gereksinimleri bulguları, 4 alt boyutta incelenerek tartışılmıştır.

5.2.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile DeBGÖ-KF 29Tr Sağlık Hizmeti ve Bilgilendirme Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasının Tartışılması

Üniversite ve üzeri eğitime sahip olan kişilerin toplam puan ortalaması eğitim düzeyi okuryazar kişilerin toplam puan ortalamasına kıyasla daha yüksektir (Tablo9). Literatüre bakıldığında eğitim durumu yüksek bireylerin sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıkları ve bilgilendirme arayışlarının daha yüksek düzeyde olduğu görülmektedir (114, 115, 116). Temiz ve Durna'nın (2019) yapmış olduğu çalışmada, çalışmamız ile sonuçları benzerdir. Eğitim seviyesi daha yüksek olan hastaların; sağlık hizmetine ve bilgilendirmeye gereksinimlerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur(117).

"Meme uçları ya da göğüslerde ağrı veya büyüme oldu mu?" sorusunun cevaplarında toplam puanların ortalamasında anlamlı farklılıklar

saptanmıştır(p<0,05). Evet cevabını veren kişilerin, hayır cevabını veren kişilere göre daha yüksek düzeyde sağlık hizmetine ve bilgilendirmeye gereksinimlerinin olduğu tespit edilmiştir. "Bacaklarda ya da ayak bileklerinde şişme oldu mu?" sorusuna evet cevabını veren kişilerin toplam puan ortalamasının hayır cevabını veren kişilere göre daha fazla destek gereksinimi olduğu saptanmıştır (Tablo9). Steentjes ve ark. (2016) çalışmasında meme dokusunda değişiklik ve diğer fiziksel değişimlerin (sıcak basması, prostat atrofisi gibi) yaşayan hastaların sosyal ve psikolojik düzeyde olumsuz etkilendikleri görülmüş ve hastaların yan etkilere özgü bilgi düzeylerinin arttırılması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır (111). Çalışmamızın literatürdeki bu çalışma ile paralelik gösterdiği görülmektedir.

Bennet ve ark. (2020) yaptığı çalışmada onkoloji/prostat kanseri hemşiresinin; tedavi yan etkilerinin hastaları hangi şekillerde etkileyebileceğini bilmesinin önemi vurgulanmaktadır. Sıcak basması, beden imaj değişiklikleri gibi fiziksel değişimlerin hastanın yaşam kalitesi üzerine etkileri ve hangi yan etkilerin bakım yönetimi öncelikleri olduğunu belirleyerek hasta ile bu sorunları yönetmek için hastanın bakım hedeflerini karşılayan stratejilerin geliştirilmesi ve hastanın desteklemesi önerilmektedir. Örneğin, hastada sıcak basması mevcutsa; hasta için bu durum utanç, uyku kalitesinde bozulma, çaresizlik gibi semptomlara neden olabilir. Hemşire ise bu sorunu ve etkilerini tanıladıktan sonra hastaya uygun; beslenme, egzersiz, kıyafet ve medikal yöntemler hakkında gerekli yönlendirmeleri yapabilir(147).

5.2.2. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ileDeBGÖ-KF 29Tr Günlük Yaşam Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasının Tartışılması

Çalışmamızda "İdrar kaçırma için kullanılan yöntem varlığı" sorusuna evet cevabını veren kişilerin daha yüksek düzeyde günlük yaşam destek gereksinimlerinin olduğu bulunmuştur(p<0,05) (Tablo10). "Gaita inkontinansı yaşama durumu" sorusuna evet cevabını veren kişilerin toplam puan ortalaması, hayır cevabını veren kişilerin toplam puanlarının ortalamasından daha yüksektir(p<0,05) (Tablo10). Çalışmamızda gaita ve idrar inkontinansı yaşayan hastaların günlük yaşam alt boyutu destek ihtiyacının daha yüksek olduğu görülmüştür. Hastaların inkontinans için kullandıkları yöntemlere bakıldığında %35 oranında ''Az dışarı çıkmak'' ve %25

oranında ‘’Az sıvı alımı’’ olduğunu görmekteyiz. Literatürde bulgumunuzu destekler nitelikte çalışmalar bulunmaktadır. Hastaların yaşadıkları inkontinansa bağlı günlük yaşam aktivitelerinin sınırlandığını ve bu durumla mücadele için kullandıkları yöntemlerden daha az dışarı çıkmanın sosyal izolasyona veya az sıvı alımının zaman içerisinde konstipasyon, elektrolit dengesizlikleri gibi ek fiziksel rahatsızlıkların da oluşmasına neden olabilmektedir(118, 119, 120).

Zhang ve ark. (2017) çalışmasında hastaların üriner inkontinans tanılamasının erken yapılması, minör inkontinans varlığı mevcutken uygun davranışsal ve pelvik temelli egzersizlerin hastaya öğretilmesinin inkontinans üzerine olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir(148).

Daugherty ve ark. (2017) çalışmasındaki hastaların yaş, BKİ(beden kitle indeksi), sigara kullanımı gibi faktörlerin sadece cerrahi sonrası inkontinans değil aynı zamanda stres inkontinansına sebep olduğu, radyoterapi sonrası inkontinans, sıkışma inkontinansı gibi birçok farklı etyoloji ile inkontinans yaşadıkları tespit edilmiştir. İnkontinansı tanılamanın etyolojisi de çözümü için önem taşımaktadır ve etyolojiye yönelik olarak sadece hasta deneyimi ile değil literatür doğrultusunda uygun bir tanılama yapılması önerilmektedir(149).

Yang ve ark. (2020) yaptığı çalışmada; radikal prostektomi uygulanan hastalara taburculuk eğitimleri(kegel, mesane egzersizleri), psikolojik danışmanlık ve günlük yaşam bakımını kapsayan rutin bir hemşirelik bakımı ile psikoeğitimin dahil edildiği bir hemşirelik bakımı verilmiş. Psikoeğitimin dahil edildiği grup içerisinde depresyona ve anksiyeteye olumlu etki sağladığı gözlemlenmiştir(150). İnkontinans yalnızca fiziksel değil psikolojik düzeyde de hasta üzerinde etkileri olan bir semptomdur ve bütüncül bir tanılama, uygun müdahale yapılması gerekmektedir.

5.2.3. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile DeBGÖ-KF 29Tr Cinsellik Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasının Tartışılması

Çalışmamızda Karnofsky Performansı ölçeği skoru “80” ve “90” olan kişilerin toplam puan ortalamalarının diğer puanlara oranla, daha yüksek düzeyde cinsellik alt boyutu destek ihtiyacı olduğu görülmüştür(Tablo11). Preyde ve ark. (2020) yaptığı çalışmasında cinsel sağlık ihtiyaçlarının düzeyi ile ilişkili özellikler bakılmıştır. Daha

fazla cinsel sağlık ihtiyacı bildiren hastaların, daha düşük cinsel sağlık ihtiyacı bildiren hastalara göre; idrar fonksiyonu, bağırsak hareketlerinin sıklığı, cinsel fonksiyon kaybı, kaygı, anksiyete ve depresyon için daha çok problem bildirdikleri tespit edilmiştir. Daha fazla cinsel sağlık ihtiyacı bildiren hastaların; daha düşük cinsel sağlık ihtiyaçları bildiren hastalara göre daha az genel sağlık desteği ihtiyacı duygukları tespit edilmiştir(151). Genel iyilik hali yüksek hastaların, genel iyilik hali düşük olan hastalara göre cinsellik hakkında daha fazla destek ihtiyacı duymasının sebebinin diğer fiziksel ve psikolojik semptomları daha az yaşamalarının olabileceği düşünülebilir.

"Tanı aldıktan sonra veya önce cinsel açıdan bir problem yaşadınız mı?" sorusuna evet cevabını veren kişilerin toplam puan ortalaması hayır cevabını veren kişilerin cinsel düzeyde gereksinimlerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir($p<0,05$)(Tablo11). King ve ark. (2015) çalışmasında hastaların cinsel açıdan problem yaşadıklarını ve cinsellik hakkında bilgi ve destek ihtiyacı duyduklarını ancak uygun zamanda veya uygun şekilde sorular soğrulmadığını dile getirmişlerdir (121). Çalışmaya katılan hastaların tanı öncesi veya sonrasında cinsel problem yaşayan hastaların, cinsellik ile ilgili daha fazla destek ihtiyacı olduğu görülmektedir. Güllütürk ve ark. (2018) çalışmasında hemşirelerin %90,1'inin cinsel değerlendirme ile ilgili bir model olmadığını, %56,5'inin ise yaşanılan/yaşanılabilecek problemlere yönelik hiç cinsel değerlendirme yapmadığı görülmektedir(122). Literatüre bakıldığında hastaların kanser tedavisi süresince yaşadıkları cinsel problemlerin temel nedenleri olarak; erektil disfonksiyon, çift arası cinsel uyumsuzluk, evlilik doyumu, eril benlik kaygısı nedenleri ön plana çıkmaktadır. Hastaların bu süreçte psikoseksüel sorunlarına yönelik hemşirelerin bu sorunların nedenlerini tanılaması, soruna yönelik uygun müdehalelerde bulunması önerilmektedir. Bu müdehaleler; fiziksel, medikal ve psikolojik olabildiği gibi eşlerin yakınlaşmasını sağlamak için fiziksel bir birleşmenin ön planda tutulmadığı farklı cinsel doyum yöntemleri de olabilmektedir(152,153). Cinsel problemlerin etyolojisinin hemşire tarafından tanılanması ve danışmanlık sağlanması uygun müdehalenin belirlenmesi için önem taşımaktadır.

5.2.4. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile DeBGÖ-KF 29Tr Psikolojik Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasının Tartışılması

Analiz sonucunda kişilerin çalışma durumlarına çalışan kişilerin toplam puan ortalaması çalışmayan kişilerin psikolojik gereksinimleri daha fazla bulunmuştur($p<0,05$. Katılımcıların meslek gruplarının toplam puan ortalamaları arası istatistiksel farklılığı anlamlı bulunmuştur($p<0,05$). Farkı yaratan grup/grupların tespit edilebilmesi için Bonferroni analizi uygulanmış ancak test farkı ortaya çıkartamamıştır. Çalışmaya katılan, çalışan bireylerin psikolojik olarak destek ihtiyacının çalışmayan bireylere kıyasla daha yüksek olduğunu görmekteyiz(Tablo12). Ettridge ve ark. (2018) yaptığı çalışmaya bakıldığında prostat kanseri tanısının; sosyal çevre tarafından cinsiyetle ilişkili sosyal normlarla, çevrelerindeki bireylerin bakış açılarında damgalanma algıladıkları ve özellikle sağlık, ameliyat/tedavi etkileri ve yan etkiler nedeniyle daha önce olduğu gibi sosyalleşemedikleri görülmüştür. Bunun sonucunda sosyal izolasyona bağlı olarak yalnızlık gibi psikolojik belirtiler yaşadıkları ve günlük işlerinde oluşan aksaklıklar nedeniyle yetersizlik hissi yaşadıkları görülmektedir (123). Çalışmamızda da literatüre benzer bir şekilde; çalışan bireylerin daha yüksek düzeyde psikolojik destek ihtiyacı duymalarının sebebinin çevredeki bireylerden hisettikleri damgalama ve bireysel düzeyde yetersizlik hissi yaşamaları olabileceği düşünülebilir.

"Bacaklarda ya da ayak bileklerinde şişme oldu mu?" sorusuna evet cevabını veren kişilerin psikolojik destek gereksinimi hayır cevabını veren kişilere göre daha yüksek bulunmuştur($p<0,05$)(Tablo12). Prostat kanserinde hormon tedavi yönteminin kullanımına bağlı hastalarda alt ekstremitelerde ödem, açıklanamayan kilo kaybı, meme dokusunda değişim gibi fiziksel değişiklikler görülmektedir(23, 30,38). Gentili ve ark. (2019) çalışmasında hormon tedavisi kullanan hastaların düşük fiziksel yan etkiler sebebiyle; fiziksel öz-yeterlik, fiziksel performans düzeyinde azalma, beden imajında değişime bağlı olarak hastaların psikolojik düzeyde yetersizlik, utanma psikolojik etkiler yaşadıkları görülmüştür(124).

Literatürdeki diğer çalışmalara bakıldığında fiziksel değişimlerin bireyleri psikolojik yönden etkilediği görülmektedir (125, 126, 127). Hastanın yaşadığı fiziksel semptomların hasta üzerindeki etkilerinin hemşire tarafından tanımlanması ve etkilere

yönelik psikolojik düzeyde hastaya uygun müdehalelerin sağlanması önem taşımaktadır.

5.3. Bakım Verenlerin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Bulgularının Tartışılması

Bakım verenlerin Tanıtım Anketine ile Kanser Tanısı Konan Hastaların Eşleri Ve Bakım Vericileri İçin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeğine verdikleri cevaplara göre destekleyici bakım gereksinimleri bulguları, 4 alt boyutta incelenerek tartışılmıştır.

5.3.1. Bakım verenlerin Tanıtıcı Bilgi Özellikleri İle Sağlık Bakım Hizmeti İhtiyacı Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasının Tartışılması

Analiz sonucunda kişilerin eğitim durumlara göre toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir($p<0,05$). Bonferroni testi sonucuna göre ilkokul grubu ile diğer eğitim grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p=,011$, $p=,026$ ve $p=,030$). Eğitim durumu ilkokul olan kişilerin toplam puan ortalamasının diğer eğitim seviyelerine sahip olan kişilere göre daha yüksek düzeyde sağlık hizmeti gereksinimlerinin olduğu bulunmuştur(Tablo14). Çalışmamız sonuçlarına göre hastalarda üniversite ve üzeri eğitim durumu olan kişilerde sağlık bakım hizmet destek ihtiyacı daha yüksek iken bakım verenlerin eğitim durumuna göre sağlık bakım hizmet ihtiyacı alt boyutları değişkenlik göstermektedir (Tablo14). Literatüre bakıldığında Yeşil ve ark. (2016) çalışmasında bakım verme yükü ve eğitim seviyeleri arasında anlamlı bir fark bulunmamasına karşın, Orak ve Sezgin'in (2015) çalışmasında bakım verenin; eğitim seviyesinin bakım yüküne etkisi tespit edilmiştir ve eğitim seviyesi okuma-yazma olan kişilerin bakım yükü puanlarının diğer eğitim düzeylerine oranla daha yüksek olduğu görülmüştür (128,129). Alfano ve ark. (2019) çalışmasında bakım veren bireylerin, eğitim seviyesi düşüklüğü nedeniyle bakım verme yöntemlerine yönelik öğrenme gereksiniminin sağlık hizmeti ihtiyacını artırdığı görülmektedir (130).

Kişilerin gelir durumları değerlendirildiğinde toplam puanlarının sıra

ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır($p<0,05$). "2001-4000 TL arası" cevabını veren kişilerin "4001 TL ve üzeri" cevabını veren kişilere göre daha yüksek düzeyde sağlık hizmeti ihtiyacı duyduğu belirlenmiştir(Tablo14). Türkiye'nin 2021 yılı asgari ücret tutarı 2.825,90 TL'dir (105). Veri toplama formu hazırlanırken 2021 yılı mali verilerine göre hazırlanmıştır. Araştırmamızın sonuçlarına göre bakım veren bireylerin ekonomik düzeyi daha düşük olanlarının sağlık hizmeti destek ihtiyacının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bakım verme; verilen hizmetin yapısı, ortamı, imkanları, ekonomik yönden yaşanılan sıkıntılar ve kısıtlılıkları ile hem bakım veren hem de hasta için yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (132). Bradley'nin (2019) yayınladığı çalışmasında bakım vermenin; bakım veren kişinin istihdam kaybı, gelir kaybı, sağlık sigortası kaybı ve bakım kaynaklarında yetersizlikler gibi ekonomik güçlükler yaşadıkları görülmektedir (133). Bu ekonomik etkilerin sonucu olarak bakım verenin sağlık hizmeti ihtiyacının artışı söz konusu olmaktadır.

Hasta ile yakınlık dereceleri değerlendirildiğinde toplam puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir($p<0,05$). Bu farkı yaratan grup ya da grupların ortaya çıkartılması için Post Hoc Bonferroni testi uygulanmış ve test sonucuna göre kardeş grubu ile diğer grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=,011$). Diğer cevabını veren kişilerin sağlık hizmeti ihtiyacının kardeş cevabını veren kişilere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Zavagli ve ark. (2019) yaptıkları çalışmada ailede bakım veren bireyin iş, sosyal yaşam ve aile yaşantısı gibi faktörlerin olumsuz etkilendiği ve bireysel olarak bakım verenin aynı zamanda bakıma duyduğu desteğin arttığı görülmektedir(134). Çalışmamızda bakım verenin kardeş olduğu durumda sağlık hizmeti destek ihtiyacını diğer gruplara oranla daha yüksek olmasının sebebi bireyin yaşamındaki olumsuz değişimler olabileceği düşünülmektedir.

Bakım vermenin yaşama olan etkileri sorusuna ''Sosyal Yaşam" seçeneği için olumsuz cevabı veren kişilerin sağlık hizmeti gereksiniminin etkilenmedi cevabını veren kişilere oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda bakım veren bireyin sosyal yaşamının olumsuz etkilenen bireylerin sağlık hizmet destek ihtiyacının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Çalışmamızın analizinde sosyal yaşamı etkilenen bakım verenlerin etkilenmeyenlere göre daha fazla sağlık hizmeti desteği ihtiyacı duyması literatür ile benzerlik göstermektedir (136, 137). Molassiotis ve Wang'ın (2022) yapmış olduğu çalışmasında bakım veren bireyin sosyal izolasyon yaşadığı ve bakım yüküne bağlı olarak beceri eğitimi, psikolojik eğitim, töropotik danışmanlık gibi sağlık hizmeti ihtiyacı duyduğu görülmektedir (135). Hemşire bakım veren birey ile yapacağı görüşmelerde bireyin sosyal yaşam ihtiyaçlarını tanımlayarak bireye uygun eğitimleri verebilir, psikososyal desteği sağlayabilir, gerekli ise bir psikolog ile görüşmesini sağlayarak sağlık destek ihtiyacının giderilmesine yardımcı olabilir.

5.3.2. Bakım verenlerin Tanıtıcı Bilgi Özellikleri İle Psikolojik ve Duygusal Destek Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasının Tartışılması

Çalışmamızda analiz sonucunda verilen bakımın saati sorusunun cevapları değerlendirilmiş ve toplam puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır($p<0,05$). Farkı yaratan grup/grupların tespiti için Bonferroni testi uygulanmış ancak test farkı ortaya çıkartamamıştır. Bu durum bakım veren bireylerin eş, kardeş ya da profesyonel bakıcı gibi farklı gruplardan oluşmasından kaynaklanabilir.

Bakım vermenin yaşama olan etkileri sorusuna ''Aile'' seçeneği için verilen cevaplar değerlendirilmiş ve toplam puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur($p<0,05$). Bonferroni testi sonucuna göre olumsuz cevabını veren kişilerin destek ihtiyacı, etkilenmedi cevabını veren kişilere göre daha yüksek bulunmuştur($p=,000$) (Tablo15). Bakım veren bireylerin aile yaşamları olumsuz etkilenenlerinin psikolojik ve duygusal destek ihtiyaçlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatüre bakıldığında bakım verenlerin karşılanmayan aile ve arkadaş desteği ihtiyacı duydukları görülmektedir. Bu durum bakım veren bireyin psikolojik ve duygusal destek ihtiyacını arttırmaktadır (138, 139, 140). Tranberg ve ark. (2021) yaptığı çalışmasında bakım veren bireyin zaman içerisinde hastaya bağlılık, endişe, rol kaybı gibi farklı nedenlerden dolayı çevresinden uzaklaştığı tespit edilmiştir (155). Bakım veren ile görüşülmeli ve gereksinimleri değerlendirilmelidir. Bireyin aile yaşamının olumsuz etkilenme nedenleri saptanarak; akran destek

gruplarına yönlendirmesi, rol kaybının nedenine yönelik uygun girişimlerin planlanması ve gerekli durumlarda psikolojik yönden yönlendirmeler yapılmalıdır (139, 140). Bu doğrultuda çalışmamız literatürü destekler niteliktedir.

5.3.3. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Bilgi Özellikleri İle İş ve Sosyal İhtiyaçlar Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasının Tartışılması

Analiz sonucunda katılımcıların gelir durumları değerlendirildiğinde, gelir durumu "4001 TL ve üzeri" olan kişilerin iş ve sosyal ihityaç gereksinimin gelir durumu "2001-4000 TL arası" olan kişilere kıyasla daha yüksek olduğu gözlenmiştir($p<0,05$)(Tablo16). Bu sonuç bakım verenlerin sağlık hizmeti destek ihtiyacı "2001-4000 TL arası" cevabını veren kişilerin toplam puan ortalamasının "4001 TL ve üzeri" cevabını veren kişilerin puan ortalamalarının daha yüksek bulunmuştur ancak bu iş ve sosyal ihtiyaçlar alt boyutunda farklıdır. Halpern ve ark. (2017) çalışmasında bakım verenlerin yaşamları hakkında konuşacak ve günlük aktivitelere veya hastanın bakımına yardımcı olacak bir yardımcıya sahip olmanın, hasta ile daha iyi bir ilişkinin sağlanabileceğini saptamıştır. Bakım veren bireyin ona destek sunan arkadaşlara veya aileye sahip olmalarının duygusal, psikolojik yükte azalma sağlayacağı tespit edilmiş ve hastayla daha iyi ilişkiler kurdukları görülmüştür. Bu doğrultuda bireyin ekonomik düzeyi ile sosyal ihtiyaçlara destek duyması arasında önemli düzeyde bir ilişki vardır (154).

Hemşire bu süreçte bakım veren birey ile yapacağı görüşmelerde iş ve sosyal ihtiyaçlara yönelik sorunları tanımlamalı; bireyin ihtiyacı doğrultusunda sağlık sistemi içerisindeki finansal desteğe ulaşımını sağlayabilir, bakım verenin işe gidememesi nedeniyle uygun izin için yönlendirme sağlayabilir ve hastaya uygun bakım desteğinin sağlanmasıyla, bireyin sosyal ihtiyaçlarına yönelik girişimde bulunmasına katkı sağlayabilir (155).

5.3.4. Bakım verenlerin Tanıtıcı Bilgi Özellikleri İle Bilgi İhtiyacı Alt Boyutu Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasının Tartışılması

Bakım vermenin yaşama olan etkileri sorusuna ‘’Aile’’ seçeneği için verilen cevaplar cevaplar değerlendirilmiş ve anlamlı farklar tespit edilmiştir($p<0,05$). Bonferroni testi sonucuna göre etkilenmedi grubu ile olumlu ve olumsuz grupları arasında($p=,003$ ve $p=,001$), olumlu ve olumsuz cevabını veren kişilerin bilgi gereksinimlerinin etkilenmedi cevabını veren kişilere göre daha fazla olduğu bulunmuştur(Tablo17). Bakım vermeleri sebebiyle aile yaşantılarında oluşan olumlu ve olumsuz değişikliklere yönelik bilgi destek ihtiyaçlarının arttığı çalışmamız sonucunda görülmektedir. Bakım veren bireyin bakıcı rolüyle ilişkili yük, bakıcıların bakım rollerinde desteklemek için bakım yöntemleri, aile ve sosyal yaşamdaki sorunlar nedeniyle bilgi ihtiyacı duydukları görülmektedir (141, 142).

Literatüre bakıldığında bakım veren bireylerin aile yaşantıları ve bakım yükleri arasındaki ilişkili görülmektedir. Bakım verenler için Aile İhtiyaç Envanteri, İleri Evre Kanser Hastalarının Aile Bakım Verenleri Bakım İhtiyaçları gibi ölçeklerin kullanımı uygun tanılamanın yapılmasını sağlayabilir (138, 139, 140). Chua ve ark. (2020) yaptığı çalışmasında bakım verenlerin en sık tanı, tedavi ve yan etkilerle ilgili bilgi ihtiyacı duygusunu ancak aile ve sosyal yaşantısında yaşadığı sorunların da çözümü hakkında bilgi ihtiyacı duyduğu saptanmıştır. En çok tercih edilen aracın internet olarak tespit edilmesinin nedeninin sağlık sisteminin bakım veren bireye yeterli tanılama ve bilgi desteğini sağlamaması olduğu görülmüştür. İnternet üzerinden bilgiye ulaşmanın olumsuz etkileri de olabileceği için sağlık çalışanlarının bakım veren ile görüşmeleri doğrultusunda uygun bilgi desteği sağlanması önemlidir (156).

6. SONUÇLAR

Çalışma prostat kanserli hastalar ve bakım verenlerinin destekleyici bakım ihtiyaçlarının tanımlanması amacıyla planlanarak ve gerçekleştirilmiştir. Çalışmada saptanan sonuçlar ise hasta ve bakım verenlerine ilişkin sonuçlar olarak iki bölümde ele alınmıştır;

Hastalara ilişkin sonuçlar;

- %50'sinin 60 ve üstü olduğu, %36,4'ünün evli ve %63,6'sının bekâr olduğu, hastaların %51,5'inin çalışmazken %48,5'inin çalıştığı ve %45,5'inin emekli olduğu belirlenmiştir.
- Çalışmadaki hastaların tamamı hormon tedavisi alırken, önceden %33,3'ünün cerrahi tedavi, %19,7'sinin radyoterapi, %22,7'sinin kemoterapi aldığı tespit edilmiştir.
- Hastaların %39,4'ünin üriner inkontinans, %13,6'sının gaita inkontinansı yaşadıkları görülmüştür.
- Hastaların mücadele ettikleri en sık fiziksel güçlük; %72,7'sinin batında şişlik hissi, %33,3'ünün meme dokusunda büyüme, %65,2'sininin alt ekstremite ödemi yaşadığı tespit edilmiştir.

Hastaların destek ihtiyacına ilişkin sonuçlar;

- Hastaların üriner ve gaita inkontinansına ilişkin yaşadıkları problemlerle ilgili günlük yaşantılarında destek ihtiyaçları duyduğu saptanmıştır($p<0,05$).
- Hastaların eğitim düzeyi ve fiziksel düzeyde yaşadıkları güçlükler nedeniyle Sağlık Hizmeti ve Bilgilendirme destek ihtiyacı duyduğu saptanmıştır($p<0,05$).
- Karnofsky performans skalası %80-90 düzeyinde olan hastaların tanı sonrası veya öncesi cinsel düzeyde destek ihtiyacı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).
- Çalışan hastaların ve alt ekstremitede ödemi mevcut olan hastaların psikolojik düzeyde destek ihtiyacı olduğu saptanmıştır($p<0,05$).

Bakım Verenlere ilişkin sonuçlar;

- Bakım verenlerin %79,7'sinin kadın, %45,3'ünün 40-60 yaş ve %35,9'unun 60 ve üzeri yaş aralığında, %59,4'ünün evli ve %40,6'sının bekâr, %64,1'inin ise çocuğu var idi .
- Bakım verenlerin %43,8'inin hastanın eşi olduğu, %4,7'sinin günde sekiz saat ve %42,2'sinin 18 ay ve üstü süresince bakım verdikleri saptanmıştır.
- Bakım verenin %59,4'ünün aile öyküsünde kanser bulunmazken %40,6'sının bulunduğu ve %67,2'sinin bakımından sorumlu olduğu başka biri bulunmazken %32,8'inin bulunduğu saptanmıştır.
- Bakım verenlerin, verdikleri bakımdan %57,8'inin sosyal yaşam, %56,3'ünün aile yaşamları, %37,5'inin iş yaşamları ve %76,6'sının kendilerinin olumsuz düzeyde etkilendiği tespit edilmiştir.

Bakım Verenlerin Destek İhtiyacına İlişkin Sonuçlar;

- Eğitim düzeyleri düşük, "2001-4000 TL arası'' ekonomik düzeye sahip ve kardeşine bakım veren bireylerin Sağlık Bakım Hizmeti destek İhtiyacının yüksek olduğu saptanmıştır($p<0,05$).
- Aile ve sosyal yaşamı olumsuz etkilenen bakım veren bireylerin Sağlık Bakım Hizmeti destek İhtiyacının yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).
- Aile yaşamı olumsuz etkilenen bakım veren bireyin psikolojik destek ihtiyacının yüksek olduğu saptanmıştır($p<0,05$).
- "4001 TL ve üzerinde'' geliri olan bakım verenlerin İş ve Sosyal İhtiyaçlara yönelik destek ihtiyacı daha yüksek bulunmuş ancak bu farkın sağlık hizmeti destek ihtiyacı ile benzer olmadığı tespit edilmiştir($p<0,05$).
- Aile yaşamı etkilenen bakım veren bireylerin bilgi destek ihtiyacının yüksek olduğu tespit edilmiştir($p<0,05$).

7. ÖNERİLER

Çalışmamız sonucundaki önerilerimiz aşağıda yer almaktadır;

- Hastalığın seyri boyunca onkoloji ve üroloji hemşiresinin hastanın bütüncül olarak destekleyici bakım ihtiyacını tanılamasına ve bu tanılamaya psikoseksüel tanılamayı entegre etmesi
- Hasta ve hemşire/sağlık personeli iletişiminde cinsellik yönünden hastanın yaşayabileceği sorunların tartışılması
- Hemşirelerin prostat kanserli bireye psikoseksüel tanılama yaparken hastaya uygun değerlendirme ölçekleri kullanılması
- Hastanın psikoseksüel tanılamasını yaparken; erektil disfonksiyon, çiftler arası cinsel uyumsuzluk, evlilik doyumu, eril benlik kaygısı gibi nedenler göz önüne alınmalı ve gerekirse görüşmeye eş de dahil edilmeli. Bireyin yaşadığı psikoseksüel sorunun etyolojisine göre uygun olan fiziksel, medikal ve psikolojik destek hasta ve eşine bütüncül olarak sağlanması
- Hastadaki fiziksel semptomlara bağlı beden imaj değişimlerinin hastanın yaşam kalitesi için nasıl etkilerinin olduğu ve hangi yan etkilerin bakım yönetimi öncelikleri olduğunu belirleyerek hasta ile bu sorunları yönetmek için hastanın bakım hedeflerini karşılayan destek stratejilerin geliştirmesi ve hastanın desteklemesi
- Hastaların yaşadığı inkontinansın sadece fiziksel değil psikolojik olarak da etkileri olan bir semptom olması nedeniyle inkontinans tanılaması; hastaya özgü ve literatür doğrultusunda uygun bir tanılama yapılması, tanılama sonucunda hastanın pelvik taban egzersizi, uygun malzeme/medikal yöntem kullanımı eğitimi yanı sıra hastaya inkontinansın psikolojik etkilerine göre de gerekli psikoeğitim de planlanması
- Bakım verenlerin tanı, semptom, yan etki ve bakım konusunda gerekli eğitimleri almalarının sağlık hizmet destek ihtiyacını azaltacağı düşünülmektedir. Tanı anından başlayarak bakım verenin bilgi eksiklikleri tanımlanması ve uygun eğitimlerin planlanması
- Ekonomik güçlükler bakım verenin ve hastanın bakım yükünü arttırmaktadır.

Hemşire bu süreçte bakım veren birey ile yapacağı görüşmelerde iş ve sosyal ihtiyaçlara yönelik sorunları tanımlaması; bireyin ihtiyacı doğrultusunda Sosyal Hizmetler birimine yönledirilmesi

- Bakım vermek, bireyi fiziksel olmanın yanı sıra psikososyal yönden de etkilemektedir. Hemşire bakım veren birey ile yapacağı görüşmelerde bireyin sosyal yaşam ihtiyaçlarını, yaşamının olumsuz etkilenme nedenlerini, yaşadığı rol kaybı, kaygı, endişe gibi psikososyal problemlerin tanımlanması
- Bakım veren birey ile görüşmeler planlanması, uygun değerlendirme ölçekleri ile bireyin değerlendirilmesi
- Hemşire; bakım verenin ihtiyacına göre bireye uygun eğitimleri verilmesi, psikososyal desteğinin sağlaması için uygun danışmanlık verilmesi
- Hemşirelere konu hakkında ilgili hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi önerilerimizdir.

8. KAYNAKLAR

1. Saini A, Kumar M, Bhatt, Saini V, Malik A. Cancer Causes And Treatments. International Journal of Pharmaceutical Sciences and Research. 2020;13(1):3109-3122.
2. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, ve ark. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2020
3. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A. Ve ark. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2021;71(3):209-249.
4. Miller KD, Nogueira L, Mariotto AB, Rowland JH, Yabroff KR, Alfano CM. ve ark. Cancer Treatment And Survivor Ship Statistics. CA Cancer J Clin 2019;69(5):363–85.
5. TÜİK, Türkiye Kanser İstatistikleri 2017 verileri [Internet]. 2021 [Erişim Tarihi: 24/05/2021]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri/yillar/2017-turkiye-kanser-i-statistikleri.html
6. World Health Organization(WHO), International Agency for Reasearch on Cancer [Internet]. 2022 [E.T:24/05/2021] Erişim Adresi: https://gco.iarc.fr/tomorrow/en
7. Rawla P. Epidemiology of Prostate Cancer. World J Oncol. 2019;10(2):63-89.
8. Eastham J. Prostate cancer screening. Investig Clin Urol. 2017;58(4):217-219. .
9. Buyyounouski MK, Choyke PL, McKenney JK, Sartor O, Sandler HM, Amin MB, Kattan MW, Lin DW. Prostate cancer - major changes in the American Joint Committee on Cancer eighth edition cancer staging manual. CA Cancer J Clin. 2017;67(3):245-253.
10. van Dodewaard-de Jong JM, Verheul HMW, Bloemendal HJ, de Klerk JMH, Carducci MA, van den Eertwegh AJM. New Treatment Options for Patients With Metastatic Prostate Cancer: What Is The Optimal Sequence? Clin Genitourin Cancer. 2015;13(4):271-279.
11. Downing A, Wright P, Hounsome L, Selby P, Wilding S, Watson E. ve ark. Quality Of Life İn Men Living With Advanced And Localised Prostate Cancer İn The UK: A Population-Based Study. Lancet Oncol. 2019;20(3):436-447.
12. Gavin AT, Drummond FJ, Donnelly C, O'Leary E, Sharp L, Kinnear HR. Patient-Reported 'Ever Had' And 'Current' Long-Term Physical Symptoms After Prostate Cancer Treatments. BJU Int. 2015;116(3):397-406.
13. Sundberg K, Eklöf AL, Blomberg K, Isaksson AK, Wengström Y. Feasibility Of An İnteractive ICT-Platform For Early Assessment And Management Of Patient-Reported Symptoms During Radiotherapy For Prostate Cancer. Eur J Oncol Nurs. 2015;19(5):523-8.
14. Sharp L, O'Leary E, Kinnear H, Gavin A, Drummond FJ. Cancer-Related Symptoms Predict Psychological Wellbeing Among Prostate Cancer Survivors: Results From The Picture Study. Psychooncology. 2016;25(3):282-91.
15. Paterson C, Kata SG, Nandwani G, Das Chaudhury D, Nabi G. Unmet Supportive Care Needs of Men With Locally Advanced and Metastatic Prostate Cancer on Hormonal Treatment: A Mixed Methods Study. Cancer Nurs. 2017;40(6):497-507.

16. King AJ, Evans M, Moore TH, Paterson C, Sharp D, Persad R. Ve ark. Prostate Cancer And Supportive Care: A Systematic Review And Qualitative Synthesis Of Men's Experiences And Unmet Needs. Eur J Cancer Care (Engl). 2015;24(5):618-34.
17. Nolsøe AB, Jensen CFS, Østergren PB, Fode M. Neglected Side Effects To Curative Prostate Cancer Treatments. Int J Impot Res. 2021;33(4):428-438.
18. LeSeure P, Chongkham-Ang S. The Experience of Caregivers Living with Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Synthesis. J Pers Med. 2015;19-5(4):406-39.
19. Wang T, Molassiotis A, Chung BPM, Zheng SL, Huang HQ, Tan JB. A Qualitative Exploration Of The Unmet İnformation Needs Of Chinese Advanced Cancer Patients And Their İnformal Caregivers. BMC Palliat Care. 2021;20(1):83.
20. Fu F, Zhao H, Tong F, Chi I. A Systematic Review of Psychosocial Interventions to Cancer Caregivers. Front Psychol. 2017;23(8):834.
21. Gür SC. Kanserli Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükü, Yaşam Kalitesi Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. [Yüksek Lisans Tezi]. Şanlıurfa: Harran Üniversitesi; 2018.
22. National Cancer Institue, Bethesda, MD. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2015 [Internet]. 2018. [Erişim Tarihi:24/05/2021]. Erişim Adresi: https://seer.cancer.gov/archive/csr/1975_2015/
23. Sundberg K, Wengström Y., Blomberg K, Hälleberg-Nyman M, Frank C, Langius-Eklöf A. Early Detection And Management Of Symptoms Using An İnteractive Smartphone Application (Interaktor) During Radiotherapy For Prostate Cancer. Supportive Care İn Cancer. 2017;25(7), 2195–2204.
24. Faydacı G, Metin M, Eryıldırım B, ,Tarhan F, Tuncer M, Özgül A. Lokalize ve Metastatik Prostat Kanserli Hastalarda Tedavi Sonrası Yaşam Kalitesi Değişiklikleri. Turkish Journal of Urology. 2011;37(3):184–90.
25. Wang T, Molassiotis A, Chung BPM, Zheng SL, Huang HQ, Tan JB. A Qualitative Exploration Of The Unmet İnformation Needs Of Chinese Advanced Cancer Patients And Their İnformal Caregivers. BMC Palliat Care. 2021;7(1):83.
26. Chen SC, Chiou SC, Yu CJ, Lee YH, Liao WY, Hsieh PY, Jhang SY, Lai YH. The unmet supportive care needs-what advanced lung cancer patients' caregivers need and related factors. Support Care Cancer. 2016;24(7):2999-3009.
27. İngiltere Ulusal Sağlık Servisi. Gelişmiş Destekleyici Bakım. Destekleyici bakımın onkolojiye entegre edilmesi(Aşama1:palyatif amaçlı tedavi) NHSE; Londra: 2016.
28. Multinational Association of Supportive Care (Çok Uluslu Destekleyici Bakım Derneği) [Internet]. 2022 [Erişim Tarihi: 27/05/2021]. Erişim adresi:https://www.mascc.org/
29. Monnery D, Benson S, Griffiths A, Cadwallader C, Hampton-Matthews J, Coackley A. ve ark. Multi-Professional-Delivered Enhanced Supportive Care İmproves Quality Of Life For Patients With İncurable Cancer. Int J Palliat Nurs. 2018;24(10):510-514.
30. Colloca G, Colloca P. The Effects of Social Support on Health-Related Quality of Life of Patients with Metastatic Prostate Cancer. J Cancer Educ. 2016;31(2):244-52.

31. Boyes A, Girgis A, Lecathelinais C. Brief assessment of adult cancer patients' perceived needs: development and validation of the 34-item Supportive Care Needs Survey (SCNS-SF34). J Eval Clin Pract. 2009;15(4):602-6.
32. Ozbayir T, Geckil OS, Aslan A. An Adaptation of the Short-Form Supportive Care Needs Survey Questionnaire (SCNS-SF 34) into Turkish. Eur J Breast Health. 2017;13(4):183-8.
33. Aaronson Nk, Ahmedzaı S, Bergman B, Bullınger M, Cull A, Duez Nj. Ve ark. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A Quality-Of-Life İnstrument For Use İn İnternational Clinical Trials İn Oncology. Journal of the national cancer institute. 1993;85(5): 365-376.
34. Güzelant A, Goksel T, Ozkok S, Tasbakan S, Aysan T, Bottomley A. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: an examination into the cultural validity and reliability of the Turkish version of the EORTC QLQ-C30. European Journal of Cancer Care. 2004;13(2):135-144.
35. Girgis A, Lambert S, Lecathelinais C. The Supportive Care Needs Survey For Partners And Caregivers Of Cancer Survivors: Development And Psychometric Evaluation. Psychooncology. 2011;20:387–93.
36. Özbaş Atli A, Kılıç S, ve Öz F. Validity and Reliability of Turkish Version of the Supportive Care Needs Survey for Partners and Caregivers of Patients Diagnosed with Cancer. Journal of Psychiatric Nursing 2019;10(4):262–69.
37. Prostat Kanseri Semptom ve Belirtileri [Internet]. 2021 [Erişim Tarihi:08/06/2021] Erişim Adresi: https://www.cancer.net/cancer-types/prostate-cancer/symptoms-and-signs
38. Watson E, Shinkins B, Frith E, Neal D, Hamdy F, Walter F. ve ark. Symptoms, Unmet Needs, Psychological Well-Being And Health Status İn Survivors Of Prostate Cancer: İmplications For Redesigning Follow-Up. BJU Int. 2016;117(6B):E10-9.
39. Özcanlı D. Kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal gereksinimlerinin belirlenmesi. [yüksek lisans tezi] Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2005.
40. Uğur Ö. Onkoloji hastalarına bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi. [doktora tezi] İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.
41. Çeltek YN, Okan İ. 2016. "Palyatif Bakımda Hasta Değerlendirmesi ve Skalalar." Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi 8(3):1–10.
42. Bruera E, Hui D. Integrating supportive and palliative care in the trajectory of cancer: establishing goals and models of care. J Clin Oncol 2010;28(25):4013–7.
43. Paterson C, Robertson A, Nabi G. Exploring prostate cancer survivors' self-management behaviours and examining the mechanism effect that links coping and social support to health-related quality of life, anxiety and depression: A prospective longitudinal study. European Journal of Oncology Nursing. 2015;19(2), 120–128.
44. Singh O, Bolla SR. Anatomy, Abdomen and Pelvis, Prostate. StatPearls, NCBI Bookshelf. A service of the National Library of Medicine, National Institutes of Health; 2020.
45. Aaron L, Franco OE, Hayward SW. Review of Prostate Anatomy and Embryology and the Etiology of Benign Prostatic Hyperplasia. Urol Clin North Am. 2016;43(3):279-88.

46. Lee CH, Akin-Olugbade O, Kirschenbaum A. Overview of prostate anatomy, histology, and pathology. Endocrinol Metab Clin North Am. 2011;40(3):565-75, viii-ix.
47. Kasivisvanathan V, Challacombe B. Anatomy, Physiology and Pathology of the Large Prostate. The Big Prostate 2018; 1-10.
48. Lee SH, Shen MM. Cell types of origin for prostate cancer. Curr Opin Cell Biol. 2015; 37 :35-41
49. Humphrey PA. Histopathology of prostate cancer. Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine. 2017; 7(10):1-21.
50. Ertoy Baydar D. Prostat Kanser Patolojisi. Türk Radyoloji Seminerleri. 2017; 5: 370-82
51. Bostwick DG, Burke HB, Djakiew D, Euling S, Ho SM, Landolph J, Morrison H. et al. Human prostate cancer risk factors. Cancer. 2004;101(10):2371–2490.
52. Cancer Stat Facts: Prostate Cancer [Internet]. 2021 [Erişim Tarihi: 08/06/2021]. Erişim adresi: https://seer.cancer.gov/statfacts/html/prost.html
53. Cancer Statistics Review, 2000-2018 [Internet]. 2019 National Cancer Institue, Bethesda, MD [Erişim Tarihi: 08/06/2021]. Erişim Adresi: https://seer.cancer.gov/explorer/application.html
54. Hosain GM, Sanderson M, Du XL, Chan W, Strom SS. Racial/Ethnic Differences İn Predictors Of PSA Screening İn A Tri-Ethnic Population. Cent Eur J Public Health. 2011;19(1):30–34.
55. Malathi K, Dong B, Gale M Jr, Silverman RH. Small Self-RNA Generated By Rnase L Amplifies Antiviral İnnate İmmunity. Nature. 2007;448(7155):816–819.
56. Schlaberg R, Choe DJ, Brown KR, Thaker HM, Singh IR. XMRV İs Present İn Malignant Prostatic Epithelium And İs Associated With Prostate Cancer, Especially High-Grade Tumors. Proc Natl Acad Sci USA. 2009;106(38):16351–16356.
57. Gallagher DJ, Gaudet MM, Pal P, Kirchhoff T, Balistreri L, Vora K. Ve ark. Germline BRCA Mutations Denote A Clinicopathologic Subset Of Prostate Cancer. Clin Cancer Res. 2010;16(7):2115–2121.
58. Venkateswaran V, Klotz LH. Diet And Prostate Cancer: Mechanisms Of Action And İmplications For Chemoprevention. Nat Rev Urol. 2010;7(8):442–453.
59. Wilson KM, Shui IM, Mucci LA, Giovannucci E. Calcium And Phosphorus İntake And Prostate Cancer Risk: A 24-Y Follow-Up Study. Am J Clin Nutr. 2015;101(1):173–183.
60. Singh SV, Srivastava SK, Choi S, Lew KL, Antosiewicz J, Xiao D. Ve ark. Sulforaphane-İnduced Cell Death İn Human Prostate Cancer Cells İs İnitiated By Reactive Oxygen Species. J Biol Chem. 2005;280(20):19911–19924.
61. Beltz LA, Bayer DK, Moss AL, Simet IM. Mechanisms Of Cancer Prevention By Green And Black Tea Polyphenols. Anticancer Agents Med Chem. 2006;6(5):389–406.
62. Handayani R, Rice L, Cui Y, Medrano TA, Samedi VG, Baker HV. Ve ark. Soy İsoflavones Alter Expression Of Genes Associated With Cancer Progression, İncluding İnterleukin-8, İn Androgen-İndependent PC-3 Human Prostate Cancer Cells. J Nutr. 2006;136(1):75–82.
63. Reynard J, Brewster S, Biers S. Oxford Handbook of Urology, Oxford Medical Publıcatıons, Third edition. Oxford University Press, 2013.

64. Li J, Thompson T, Joseph DA, Master VA. Association Between Smoking Status, And Free, Total And Percent Free Prostate Specific Antigen. J Urol. 2013;63(5):800–809
65. Lin Y, Mao Q, Zheng X, Yang K, Chen H, Zhou C, Xie L. Human Papillomavirus 16 Or 18 İnfection And Prostate Cancer Risk: A Meta-Analysis. Ir J Med Sci. 2011;180(2):497–503. 281.
66. Tsang SH, Peisch SF, Rowan B, Markt SC, Gonzalez-Feliciano AG, Sutcliffe S. Ve ark. Association Between Trichomonas Vaginalis And Prostate Cancer Mortality. Int J Cancer. 2019;144(10):2377–2380
67. Schumacher O, Galvão DA, Taaffe DR, Spry N, Joseph D, Tang C. ve ark. Effect of Exercise Adjunct to Radiation and Androgen Deprivation Therapy on Patient-Reported Treatment Toxicity in Men With Prostate Cancer: A Secondary Analysis of 2 Randomized Controlled Trials. Pract Radiat Oncol. 2021;11(3):215-225.
68. Keogh JW, MacLeod RD. Body Composition, Physical Fitness, Functional Performance, Quality Of Life, And Fatigue Benefits Of Exercise For Prostate Cancer Patients: A Systematic Review. J Pain Symptom Manage. 2012;43(1):96–110.
69. Wang HT, Yao YH, Li BG, Tang Y, Chang JW, Zhang J. "Neuroendocrine Prostate Cancer (NEPC) Progressing From Conventional Prostatic Adenocarcinoma: Factors Associated With Time To Development Of NEPC And Survival From NEPC Diagnosis—A Systematic Review And Pooled Analysis", Journal Of Clinical Oncology, 2014;32(30): 3383-3390
70. Leslie SW, Soon-Sutton TL, Sajjad H, ve ark. 2021 Prostate Cancer. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL) [Internet]. 2021 [Erişim Tarihi: 11/01/2021]. Erişim Adresi:https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470550/#_NBK470550_pubdet_
71. Loeb S.2017. Biomarkers for Prostate Biopsy and Risk Stratification of Newly Diagnosed Prostate Cancer Patients. Urol Pract. 2017; 4(4): 315–321.
72. Schroder FH, Hugosson J, Roobol MJ, ve ark. Screening And Prostate Cancer Mortality: Results Of The European Randomised Study Of Screening For Prostate Cancer (ERSPC) At 13 Years Of Follow-Up. Lancet. 2014;384:2027.
73. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL, Buys SS, Chia D, Church TR. ve ark. Prostate Cancer Screening İn The Randomized Prostate, Lung, Colorectal, And Ovarian Cancer Screening Trial: Mortality Results After 13 Years Of Follow-Up. J Natl Cancer Inst. 2012;104(2):125-32.
74. Önem K, Erol B, Akduman B. "PSA-Based Screening in 2012: The Debate Continues (PLCO and the European Mortality Studies, Professional Organizations Recommendation)", Turk Urol Sem. 2012;3:70-4.
75. Herden J, Heidenreich A, Weißbach L. TNM-Classification Of Localized Prostate Cancer : The Clinical T-Category Does Not Correspond To The Required Demands. Urologe A. 2016;55(12):1564-1572.
76. NCCN Guidelines Version 3.2016 [Internet]. 2016 [Erişim Tarihi: 11/11/2021]. Erişim Adresi: https://www2.tri-kobe.org/nccn/guideline/archive/urological2016-2017/english/prostate.pdf
77. Klotz L. Active Surveillance For Prostate Cancer: A Review. Curr Urol Rep. 2010;11(3):165-71.
78. Kim EH, Bullock AD. Surgical Management for Prostate Cancer. Mo Med. 2018;115(2):142-145.

79. Ficarra V, Novara G, Rosen RC, Artibani W, Carroll PR, Costello A. ve ark. Systematic Review And Meta-Analysis Of Studies Reporting Urinary Continence Recovery After Robot-Assisted Radical Prostatectomy. Eur Urol. 2012;62(3):405-17.
80. Heidenreich A, Bastian PJ, Bellmunt J, Bolla M, Joniau S, van der Kwast T. ve ark. European Association Of Urology. EAU Guidelines On Prostate Cancer. Part 1: Screening, Diagnosis, And Local Treatment With Curative İntent-Update. Eur Urol. 2014;65(1):124-37.
81. Tannock IF, de Wit R, Berry WR, Horti J, Pluzanska A, Chi KN. ve ark. Docetaxel Plus Prednisone Or Mitoxantrone Plus Prednisone For Advanced Prostate Cancer. N Engl J Med. 2004;351(15):1502-12.
82. Gan L, Chen S, Wang Y, Watahiki A, Bohrer L, Sun Z. Ve ark. Inhibition Of The Androgen Receptor As A Novel Mechanism Of Taxol Chemotherapy İn Prostate Cancer. Cancer Res. 2009;69(21):8386-94.
83. Nakanishi A.,Hirata Y. Practically Scheduling Hormone Therapy For Prostate Cancer Using A Mathematical Model. Journal of Theoretical Biology.2019;478:48-57
84. B.J. Feldman, D. Feldman The Development Of Androgen-İndependent Prostate Cancer. Nat. Rev. Cancer 2001;34-45
85. Hirata Y, di Bernardo M, Bruchovsky N, Aihara K. Hybrid optimal scheduling for intermittent androgen suppression of prostate cancer. Chaos. 2010 ;20(4):045125.
86. Eisenberger MA, Blumenstein BA, Crawford ED, Miller G, McLeod DG, Loehrer PJ. ve ark. Bilateral orchiectomy with or without flutamide for metastatic prostate cancer. N Engl J Med. 1998;339(15):1036-42.
87. W.P. Harris, E.A. Mostaghel, P.S. Nelson, B. Montgomeryandrogen Deprivation Therapy: Progress İn Understanding Mechanisms Of Resistance And Optimizing Androgen Depletion. Nat Clin Pract Urol. 2009:76-85
88. Boccon-Gibod L, van der Meulen E, Persson BE. An Update On The Use Of Gonadotropin-Releasing Hormone Antagonists İn Prostate Cancer. Ther Adv Urol. 2011;3(3):127-40.
89. Chen Y, Clegg NJ, Scher HI. Anti-Androgens And Androgen-Depleting Therapies İn Prostate Cancer: New Agents For An Established Target. Lancet Oncol. 2009;10(10):981-91.
90. Ulusal Kapsamlı Kanser Ağı Onkolojide Klinik Uygulama Kılavuzları (NCCN Kılavuzları) Prostat Kanseri Versiyon 3. 2016. [Internet]. 2016[Erişim Tarihi: 03/04/2022]. Erişim Adresi: https://www.nccn.org/professionals/physician_g
91. Nguyen C, Lairson DR, Swartz MD, Du XL. Risks of Major Long-term Side Effects Associated with Androgen Deprivation Therapy in Men with Prostate Cancer. Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy. 2018;38(10):999-1099.
92. Wallander M, Axelsson KF, Lundh D, Lorentzon M. Patients With Prostate Cancer And Androgen Deprivation Therapy Have İncreased Risk Of Fractures-A Study From The Fractures And Fall İnjuries İn The Elderly Cohort(FRAILCO). Osteoporos Int. 2019;30(1):115-125.
93. Guo Z, Huang Y, Gong L, Gan S, Chan FL, Gu C. ve ark. Association Of Androgen Deprivation Therapy With Thromboembolic Events İn Patients With Prostate

Cancer: A Systematic Review And Meta-Analysis. Prostate Cancer Prostatic Dis. 2018;21(4):451-460.
94. Schover LR. Sexual Healing İn Patients With Prostate Cancer On Hor-Mone Therapy. Am Soc. Clin. Oncol .Educ. Book. 2015;562-566.
95. Fankhauser CD, Wettstein MS, Reinhardt M, Gessendorfer A, Mostafid H, Hermanns T. Indications and Complications of Androgen Deprivation Therapy. Semin Oncol Nurs. 2020;36(4):151042.
96. Kinnaird W, Kirby MG, Mitra A, Davda R, Jenkins V, Payne H. The Management Of Sexual Dysfunction Resulting From Radiotherapy And Androgen Deprivation Therapy To Treat Prostate Cancer: A Comparison Of Uro-Oncology Practice According To Disease Stage.The International Journal Of Clinical Practice 2020;75(4):1-27
97. lver I, Keefe D, Herrstedt J, Warr D, Roila F, Ripamonti CI. Supportive Care in Cancer-A MASCC Perspective. Support Care Cancer. 2020;28(8):3467-3475.
98. Mazariego CG, Juraskova I, Campbell R, Smith DP. Long-Term Unmet Supportive Care Needs Of Prostate Cancer Survivors: 15-Year Follow-Up From The NSW Prostate Cancer Care And Outcomes Study. Support Care Cancer. 2020;28(11):5511-5520.
99. Drummond FJ, Kinnear H, O'Leary E, Donnelly, Gavin A, Sharp L. Long-Term Health-Related Quality Of Life Of Prostate Cancer Survivors Varies By Primary Treatment. Results From The Picture (Prostate Cancer Treatment, Your Experience) Study. J Cancer Surviv. 2015;9(2):361-72.
100. Cal A, Zengin S, Avci IA. Needs of Patients with Prostate Cancer for Home Care. Asia Pac J Oncol Nurs. 2018;5(4):408-414.
101. Carter N, Bryant-Lukosius D, DiCenso A, Blythe J, Neville AJ. The Supportive Care Needs Of Family Members Of Men With Advanced Prostate Cancer. Can Oncol Nurs J. 2010;20(4):166-76.
102. Speer SA, Tucker SR, McPhillips R, Peters S. The Clinical Communication And İnformation Challenges Associated With The Psychosexual Aspects Of Prostate Cancer Treatment. Soc Sci Med. 2017;185:17-26.
103. Fleure L, Sara S. An Exploration Of The Role Of The Prostate Cancer Specialist Nurse From Two International Perspectives. Semin Oncol Nurs. 2020;36(4):151043.
104. Fleure L, Sara S. An exploration of the Role of the Prostate Cancer Specialist Nurse from Two International Perspectives. Semin Oncol Nurs. 2020;36(4):15-1043.
105. Asgari Ücretin Net Hesabı Ve İşverene Maliyeti, TC Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 2022. Erişim: https://www.csgb.gov.tr/asgari-ucret/asgari-ucret-2022/ ET:04/04/22
106. Li Q, Lin Y, Xu Y, Zhou H. The İmpact Of Depression And Anxiety On Quality Of Life İn Chinese Cancer Patient-Family Caregiver Dyads, A Cross-Sectional Study. Health Qual Life Outcomes. 2018;16(1):230.
107. Karabuğa-Yakar H, Pınar R. Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2013;15(2):1-16.
108. Orak O.S. Caregiver Burden in Family Members of Cancer Patients. Journal of Psychiatric Nursing. 2015;6(1), 33–39.

109. Walker LM, Santos-Iglesias P, Robinson J. Mood, Sexuality, And Relational İntimacy After Starting Androgen Deprivation Therapy: İmplications For Couples. Support Care Cancer 2018;26:(38)35–42.
110. Barbera L, Zwaal C, Elterman D, McPherson K, Wolfman W, Katz A. ve ark. Interventions To Address Sexual Problems İn People With Cancer Guideline Development Group. Interventions To Address Sexual Problems İn People With Cancer. Curr Oncol. 2017;24(3):192-200.
111. Steentjes L, Siesling S, Drummond FJ, van Manen JG, Sharp L, Gavin A. Factors Associated With Current And Severe Physical Sideeffects After Prostate Cancer Treatment: What Men Report. Eur J Cancer Care (Engl) 2018;27:e12589.
112. Gacci M, Baldi E, Tamburrino L, Detti B, Livi L, De Nunzio C. ve ark. Quality Of Life And Sexual Health İn The Aging Of Pca Survivors. Int J Endocrinol 2014;470-592.
113.Cozzarini C, Rancati T, Palorini F, Avuzzi B, Garibaldi E, Balestrini D. ve ark. Patient-Reported Urinary İncontinence After Radiotherapy For Prostate Cancer: Quantifying the dose-effect. Radiother Oncol. 2017;125(1):101-106.
114. Mohamed NE, Pisipati S, Lee CT, Goltz HH, Latini DM, Gilbert FS ve ark. Unmet İnformational And Supportive Care Needs Of Patients Following Cystectomy For Bladder Cancer Based On Age, Sex, And Treatment Choices. Urol Oncol. 2016;34(12):531.7-14.
115. Sungur C, Kar A, Macit M. Evaluation of Healthy Lifestyle Behaviours: A Research on Hospitalized Patients. Balkan Journal of Social Sciences. 2019;8(15):43–52.
116. Chua GP, Tan HK, Gandhi M. What İnformation Do Cancer Patients Want And How Well Are Their Needs Being Met? Ecancermedicalscience. 2018;(12)873.
117.Temiz G, Durna Z. Evaluation of Quality of Life and Health Care Needs in Cancer Patients Receiving Chemotherapy. J Cancer Educ. 2020;35(4):796-807.
118. Appleton L, Wyatt D, Perkins E, Parker C, Crane J, Jones A. ve ark. The İmpact Of Prostate Cancer On Men's Everyday Life. Eur J Cancer Care (Engl). 2015;24(1):71-84.
119. Çömlekçi N, Can, G. Onkoloji Hastalarında Beslenme Sorunlarının Yönetimi ve Hemşirenin Rolü. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021;15(15): 681–691.
120. Bahar A, Ovayolu Ö, Ovayolu N. Onkoloji Hastalarında Sık Karşılaşılan Semptomlar Ve Hemşirelik Yönetimi. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2019; 6(1): 42-58.
121. ing AJ, Evans M, Moore TH, Paterson C, Sharp D, Persad R, Huntley AL. Prostate Cancer And Supportive Care: A Systematic Review And Qualitative Synthesis Of Men's Experiences And Unmet Needs. Eur J Cancer Care. 2015;24(5):618-34.
122. Gültürk E. Sexuality assessment: Nurses' attitudes and beliefs toward sexuality. Istanbul Bilim University Florence Nightingale Journal of Medicine, 2018;4(1): 63–70.
123. Ettridge KA, Bowden JA, Chambers SK, Smith DP, Murphy M, Evans S. ve ark."Prostate cancer is far more hidden…": Perceptions Of Stigma, Social İsolation And Help-Seeking Among Men With Prostate Cancer. European Journal of Cancer Care. 2018; 27(2): 1–12.

124. Gentili C, McClean S, Hackshaw-McGeagh L, Bahl A, Persad R. ve Harcourt D. Body İmage İssues And Attitudes Towards Exercise Amongst Men Undergoing Androgen Deprivation Therapy (ADT) Following Diagnosis Of Prostate Cancer. Psycho-Oncology, 2019;28(8): 1647–1653.
125. Bowie J, Brunckhorst O, Stewart R, Dasgupta P. ve Ahmed K. Body İmage, Self-Esteem, And Sense Of Masculinity İn Patients With Prostate Cancer: A Qualitative Meta-Synthesis. Journal Of Cancer Survivorship. 2022;16(1): 95–110.
126. Saini A, Kumar M, Bhatt S, Saini V, Malik A. Cancer Causes and Treatments. International Journal of Pharmaceutical Sciences and Research. 2020;11(7): 3109.
127.Thomas C, Wootten AC, Robinson P, Law PCF, McKenzie DP. The İmpact Of Sexual Orientation On Body İmage, Self-Esteem, Urinary And Sexual Functions İn The Experience Of Prostate Cancer. Eur J Cancer Care (Engl). 2018;27(2):12827.
128. Yeşil T, Çetinkaya Uslusoy E, Korkmaz M. Kronik Hastalığı Olanlara Bakım Verenlerin Bakım Yükü Ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016; 5(4): 54-66.
129. Orak OS, Sezgin S. Caregiver Burden in Family Members of Cancer Patients. Journal of Psychiatric Nursing, 2015;6(1): 33–39.
130. S.Gül C. Kanserli Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükü, Yaşam Kalitesi Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi.[Yüksek lisans tezi]. Şanlıurfa,Harran Üniversitesi; 2018.
131. Alfano CM, Leach CR, Smith TG, Miller KD, Alcaraz KI, Cannady RS. Ve ark. Equitably İmproving Outcomes For Cancer Survivors And Supporting Caregivers: A Blueprint For Care Delivery, Research, Education, And Policy. CA Cancer J Clin. 2019;69(1):35-49.
132. Özkurt V. Bakım Verenlerin Bakım İhtiyacı Riski: Bakım Alan Kişinin Mıknatıs Etkisi. Senex: Yaşlılık Çalışmaları Dergisi, 2019;(3): 4-18.
133. Bradley CJ. Economic Burden Associated with Cancer Caregiving. Seminars in Oncology Nursing. 2019;35(4):333–336.
134. Zavagli V, Raccichini M, Ercolani G, Franchini L, Varani S, Pannuti R. Care for Carers: an Investigation on Family Caregivers' Needs, Tasks, and Experiences. Translational Medicine 2019;19(9): 54–59.
135. Molassiotis A, Wang M. Understanding and Supporting Informal Cancer Caregivers. Curr Treat Options Oncol. 2022;23(4):494-513.
136. Lambert SD, Girgis A. Unmet Supportive Care Needs Among Informal Caregivers of Patients with Cancer: Opportunities and Challenges in Informing the Development of Interventions. Asia Pac J Oncol Nurs. 2017;4(2):136-139.
137. Kent EE, Rowland JH, Northouse L, Litzelman K, Chou WY, Shelburne N. Ve ark. Caring for caregivers and patients: Research and clinical priorities for informal cancer caregiving. Cancer. 2016 Jul 1;122(13):1987-95.
138. Rachakonda K, George M, Shafiei M, Oldmeadow C. Unmet Supportive Cancer Care Needs: An Exploratory Quantitative Study in Rural Australia. World J Oncol. 2015;6(4):387-393.
139. Gu WJ, Shi YX, Yuan W. ve ark. Health Service Needs Of Terminal İnpatients With Advanced Malignant Tumor İn Community Hospice Care Pilot Settings İn Shanghai. Chinese General Practice 2015;8 (22):2655–2661.

140. Miu J, Cao WQ, Wang XY. ve ark. Investigation On Community Care Needs Of Patients With Cancer And Their Family Members İn A Community İn Shanghai. Chin Nurs Res. 2016;30(7A):2386–90.
141. Kusi G, Boamah Mensah AB, Boamah Mensah K, Dzomeku VM, Apiribu F, Duodu PA. ve ark. The Experiences Of Family Caregivers Living With Breast Cancer Patients İn Low-And Middle-İncome Countries: A Systematic Review. 2020;23;9(1):165.
142. Chua GP, Ng QS, Tan HK, Ong WS. Caregivers Of Cancer Patients: What Are Their İnformation-Seeking Behaviours And Resource Preferences? Ecancermedicalscience. 2020;10(14):1068.
143. Paterson C, Kata SG, Nandwani G, Das Chaudhury D, Nabi G. Unmet Supportive Care Needs of Men With Locally Advanced and Metastatic Prostate Cancer on Hormonal Treatment: A Mixed Methods Study. Cancer Nurs. 2017;40(6):497-507.
144. Carter N, Miller PA, Murphy BR, Payne VJ, Bryant-Lukosius D. Healthcare Providers' Perspectives Of The Supportive Care Needs Of Men With Advanced Prostate Cancer. Oncol Nurs Forum. 2014;1;41(4):421-30.
145. Samuelsson M, Wennick A, Jakobsson J, Bengtsson M. Models Of Support To Family Members During The Trajectory Of Cancer: A Scoping Review. J Clin Nurs. 2021;30(21-22):3072-3098. .
146. Papadopoulou C, Schubach K. Promoting Sexual Well-being for Men and Their Partners Affected by Prostate Cancer. Semin Oncol Nurs. 2020;36(4):151053.
147. Bennett C, Davis ID, Hamid AA. Nursing Implications of Recent Changes in Management Practices for Metastatic Prostate Cancer. Semin Oncol Nurs. 2020;36(4):151047.
148. Zhang AY, Fu AZ, Moore S, Zhu H, Strauss G, Kresevic D. Ve ark. Is a Behavioral Treatment For Urinary İncontinence Beneficial To Prostate Cancer Survivors as a Follow-Up Care? J Cancer Surviv. 2017;11(1):24-31.
149. Daugherty M, Chelluri R, Bratslavsky G, Byler T. Are We Underestimating The Rates Of İncontinence After Prostate Cancer Treatment? Results From NHANES. Int Urol Nephrol. 2017;49(10):1715-1721.
150. ang L, Ling D, Ye L, Zeng M. Psychological Nursing İntervention On Anxiety And Depression İn Patients With Urinary İncontinence After Radical Prostatectomy: A randomized controlled study protocol. Medicine (Baltimore). 2020; 25;99(48):e23127.
151. Preyde M, Kukkonen T, Cunningham C. Sexual Health Needs And Psychosocial Well-Being Of Patients With Prostate Cancer İn A Regional Cancer Center. Soc Work Health Care. 2020;59(8):557-574.
152. Chambers SK, Occhipinti S, Schover L, Nielsen L, Zajdlewicz L, Clutton S. Ve ark. A Randomised Controlled Trial Of A Couples-Based Sexuality İntervention For Men With Localised Prostate Cancer And Their Female Partners. Psychooncology. 2015 Jul;24(7):748-56.
153. Lyons KS, Winters-Stone KM, Bennett JA, Beer TM. The Effects Of Partnered Exercise On Physical İntimacy İn Couples Coping With Prostate Cancer. Health Psychol. 2016;35(5):509-13.
154. Halpern MT, Fiero MH, Bell ML. Impact Of Caregiver Activities And Social Supports On Multidimensional Caregiver Burden: Analyses From Nationally-

Representative Surveys Of Cancer Patients And Their Caregivers. Qual Life Res. 2017;26(6):1587-1595.
155. Tranberg M, Andersson M, Nilbert M, Rasmussen BH. Co-Afflicted But İnvisible: A Qualitative Study Of Perceptions Among İnformal Caregivers İn Cancer Care. J Health Psychol. 2021;26(11):1850-1859.
156. Chua GP, Ng QS, Tan HK, Ong WS. Caregivers Of Cancer Patients: What Are Their İnformation-Seeking Behaviours And Resource Preferences? Ecancermedicalscience. 2020;10(14):1068.
157. Özkan M. ve Akın S. Evaluation of The Effect of Fatigue on Functional Quality of Life in Cancer Patients . Florence Nightingale Journal of Nursing 2017;25 (3) , 177-192 .
158. Bandieri E, Banchelli F, Artioli F. ve ark. Early versus delayed palliative/supportive care in advanced cancer: an observational studyBMJ Supportive & Palliative Care 2020;10:e32.
159. Chow, R., Bruera, E., Temel, J.S. et al. Inter-rater reliability in performance status assessment among healthcare professionals: an updated systematic review and meta-analysis. Support Care Cancer 28, 2071–2078 (2020).

9. EKLER

9.1 Aydınlatılmış Onam Formları

9.1.1. Hasta Aydınlatılmış Onam Formu

Sayın gönüllü;

Bu çalışma, prostat kanseri ile ilgili yaşadığınız sorunlara yönelik destekleyici bakım ihtiyaçlarınızı tanımlamak amacıyla yapılacaktır.Akademik amaçlı bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden istenilen bütün sorulara doğru ve eksiksiz cevap vermenizdir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacak ve güvenli bir şekilde saklanacaktır. İlginizden ve desteğinizden dolayı teşekkür ederiz. Çalışmadan ayrılmak istemeniz durumunda tedavi ve bakım sürecinizi etkilenmeyecektir. Bu bağlamda çalışmaya katılmak isteme durumu tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Elde edilen veriler Prostat Kanseri nedeniyle tedavi alan kanser hastalarının ve yakınlarının gereksinimlerinin belirlenmesi adına önemlidir.

Yukarıda, araştırma ile ilgili metni okudum. Araştırmaya katılmama hakkı ya da araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğumu biliyorum.

Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Araştırmaya Katılacak Bireyin;
Adı - Soyadı: .....
Tarih: ...../...../.....
İmza.....
Açıklamaları yapan araştırmacının;
Adı- soyadı: Esra USLU
İmzası:.....
Tarih: ...../..../2021

9.1.2. Bakım Veren Aydınlatılmış Onam Formu

Sayın gönüllü;

Bu çalışma, hastanın bakım verici rolünü üstelenirken yaşadığınız sorunlara yönelik, ihtiyaç duyduğunuz destekleyici bakım ihtiyaçlarınızın tanımlanması amacıyla yapılmaktadır. Akademik amaçlı bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden istenilen bütün sorulara doğru ve eksiksiz cevap vermenizdir. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacak ve güvenli bir şekilde saklanacaktır. İlginizden ve desteğinizden dolayı teşekkür ederiz. Çalışmadan ayrılmak isteminiz durumunda tedavi ve bakım sürecinizi etkilenmeyecektir. Bu bağlamda çalışmaya katılmak isteme durumu tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Elde edilen veriler Prostat Kanseri nedeniyle tedavi alan kanser hastalarının ve yakınlarının gereksinimlerinin belirlenmesi adına önemlidir.

Yukarıda, araştırma ile ilgili metni okudum. Araştırmaya katılmama hakkı ya da araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğumu biliyorum.

Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Araştırmaya Katılacak Bireyin;
Adı - Soyadı: .....
Tarih: ...../...../.....
İmza.....
Açıklamaları yapan araştırmacının;
Adı- soyadı: Esra USLU
İmzası:.....
Tarih: ...../..../2021

9.2. Hasta Tanıtım Anketi

Hastanın Adı ve Soyadı:…….

Tlf:……...

1.Yaşınız……,
18-39( ) 40-60( ) 60 ve üstü( )

2. Eğitim durumu: ( ) Okuryazar değil ( ) Okuryazar ( ) İlköğretim-Ortaöğretim ( ) Lise

( ) Üniversite ve Üstü

3. Medeni Durum: ( ) Evli ( ) Bekar

4. Çalışma durumu: ( ) Evet ( ) Hayır

5. Mesleği:……..

6. Gelir durumu: ( ) 2000 TL altı ( ) 2001-4000 TL arası ( ) 4001 TL ve üzeri

7. Kaç yıldır kanser tanısı mevcut: ……..

8. Daha önceden aşağıdaki tedavilerden hangisi ya da hangileri aldı ve ne kadar süre önce aldı? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

( ) Cerrahi tedavi ( ) Radyoterapi (ışın tedavisi); süre …….. ( ) Kemoterapi ( ) hormonterapi

; süre……

9. Ne zamandır hormon tedavisi kullanıyorsunuz?süre……

10. Karnofsky Performans Ölçeği puanı(EK-2) ……

11. Günlük faaliyetleriniz idrar sorununuz sebebiyle sınırlandı mı? Evet ( ) Hayır ( )

12. İdrar kaçırmaya karşı bir korunma yöntemi kullandınız mı ? Evet ( ) Hayır ( )

Cevap " Evet" ise yöntem adı: ……..

13. İdrar kaçırmaya karşı kullanılan korunma yötemleriyle ilgili bilgi ihtiyacınız oldu mu ?

Evet ( ) Hayır ( )

Cevap " Evet" ise yaşadığınız bilgi açığını çözmek için bir girişiminiz oldu mu?.....

14. Tanı aldıktan sonra veya önce cinsel açıdan bir problem yaşadınız mı ? Evet ( ) Hayır ( )

15. Cinsel konularda yaşadığınız güçlükler konusunda bilgi, destek ihtiyacınız oldu mu ?

Evet ( ) Hayır ( )

Cevap " Evet" ise yaşadığınız sorunu çözmek için bir girişiminiz oldu mu?.....

16. İstemeyerek hiç büyük apdestinizi kaçırdığınız (sızıntı) oldu mu? Evet ( ) Hayır ( )

17.Karnınızda bir şişkinlik hissi oldu mu? Evet ( ) Hayır ( )

18. Meme uçları ya da göğüslerde ağrı yada büyüme oldu mu? Evet ( ) Hayır ( )

19. Bacaklarınızda ya da ayak bileklerinizde şişme oldu mu? Evet ( ) Hayır ( )

9.3. Karnofsky Performans Skalası

% 100 Normal,yakınması yok,semptom yok

%90 Normal aktivitesini sürdürebilir, hastalığın birkaç semptomu veya bulgusu olabilir.

%80 Bazı zorluklarla beraber normal aktivesini sürdürür, hastalığın minör bulgu ve belirtisi vardır.

70% Kendine bakabilir, normal aktivite ve işini yapamaz.

60% Gereksinimlerini karşılayabilir, nadir yardım gerekir biraz yardıma ihtiyaç duyar.

50% Sıkça yardım ve tıbbi bakım gerekir.

40% Özel bakım ve yardım gerekir.

30% Hastane bakımı gerektirecek derecede sakat fakat ölüm riski yoktur.

20% Çok hasta, hastanede aktif destek tedavisi gereksinimi vardır.

10% Ölmek üzere

0% Ölüm

9.4. Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Türkçe Formu (DeBGÖ-KF$_{Tr}$) ve Çalışma İzni

Geçen ay içerisinde, aşağıda yer alan seçeneklere ilişkin hangi desteğe ne düzeyde ihtiyacınız oldu?	İhtiyacım olmadı		İhtiyacım oldu		
	Benim için uygun değil	Benim için yeterli	Biraz ihtiyacım oldu	Oldukça ihtiyacım oldu	Çok fazla ihtiyacım oldu
Ağrı	1	2	3	4	5
Güçsüzlük/ yorgunluk	1	2	3	4	5
Çoğu zaman iyi hissetmeme	1	2	3	4	5
Ev işi yapma	1	2	3	4	5
Önceden yapabildiğiniz işleri yapamama	1	2	3	4	5
Kaygı/Endişe	1	2	3	4	5
Morali bozuk ya da depresif hissetme	1	2	3	4	5
Üzgün hissetme	1	2	3	4	5
Kanserin yayılacağı korkusu	1	2	3	4	5
Tedavi sonuçlarının kontrolünüzün dışında olacağı endişesi	1	2	3	4	5
Gelecek hakkında belirsizlik	1	2	3	4	5
Durumunuzu kontrol altına almayı öğrenme	1	2	3	4	5
Ölüm ve ölüme ilişkin hisler	1	2	3	4	5
Cinsel duygularda değişme	1	2	3	4	5
Cinsel ilişkide değişme	1	2	3	4	5
Sağlık personelinin hissettiğiniz duyguların normal olduğunu onaylaması	1	2	3	4	5
Hastane çalışanlarının fiziksel ihtiyaçlarınıza hemen cevap vermesi	1	2	3	4	5
Hastane çalışanlarının hislerinize ve duygusal ihtiyaçlarınıza duyarlılık göstermesi ve bunları kabul etmesi	1	2	3	4	5
Bakımınızla ilgili önemli konular hakkında yazılı bilgi verilmesi	1	2	3	4	5
Evinizde hastalığınız ve yan etkileri ile baş edebilmeniz için size bilgi verilmesi (yazılı, şema, çizimler)	1	2	3	4	5
Bilgi verilmesini beklediğiniz testler hakkında size açıklama yapılması	1	2	3	4	5
Tedavinizi seçmeden önce yararları ve yan etkileri hakkında yeterince bilgilendirilme	1	2	3	4	5
Test sonuçlarınız hakkında en kısa sürede bilgilendirme	1	2	3	4	5
Kontrol altına alınmış veya iyileşmekte olan hastalık hakkında bilgilendirilme	1	2	3	4	5
İyileşmek için kendi kendinize yapabileceğiniz şeyler hakkında bilgilendirilme	1	2	3	4	5
Siz, aileniz ve arkadaşlarınızın ihtiyaç duyduğunda profesyonel danışmanlık alabilmesi (ör. psikolog, sosyal hizmet uzmanı, danışman, uzman hemşire)	1	2	3	4	5
Cinsel ilişki hakkında bilgilendirilme	1	2	3	4	5
Mümkün olduğu kadar fiziksel açıdan güzel bir hastane veya klinikte tedavi görme	1	2	3	4	5
Durumunuz, tedaviniz ve takibiniz hakkındaki tüm konuları konuşabileceğiniz bir sağlık çalışanın olması	1	2	3	4	5

Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Türkçe Formu (DeBGÖ-KF^{TR}) Çalışma İzni

Sayın; Esra USLU

Türkçe'ye uyarladığımız "**Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu**"nu çalışmanızda kullanma isteğiniz bizi çok memnun etti, öncelikle teşekkür eder çalışmanızda başarılar dileriz.

"**Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Kısa Formu**"nun Türkiye'de geçerlik ve güvenirlik çalışması bir üniversite hastanesi meme polikliniğine başvuran, meme kanseri tanısı almış hastalarda akademik bir çalışma olarak yapılmıştır. Ölçeğin ülkemizde meme kanseri tanısı almış hasta gruplarında, daha geniş popülasyonda tekrar test edilmesi amacıyla bir veri havuzu oluşturmak; geçerlik ve güvenirliğini yeniden test etmek için çalışma verilerinizi göndermek koşuluyla ölçeği kullanabilirsiniz. Aynı zamanda ölçeğin performansını ve yaygın etkisini değerlendirmek için çalışma sonuçlarınızı yayınladığınız makalenin bir örneğini göndermeniz, gelecek iyileştirmeleri yapabilmemiz için önemlidir.

Çalışma verilerinizi göndermenizde; yasal ve etik açıdan sizin yayın hakkınızın güvence altında olduğunu, buna paralel olarak ölçeği kullanma izni veren tarafın haklarının saklı kaldığını kabul ve beyan ederiz **2.07.2021.**

Araştırmacıların güncel adresleri aşağıda sunulmuştur.

Doç. Dr. Türkan ÖZBAYIR
Ege Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD/İzmir

Dr. Öğrt. Üyesi Özlem SOYER ER
Afyon Kocatepe Üniversitesi
Afyon Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü/Afyon

Dr.Araş. Gör. Arzu ASLAN BAŞLI
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü/Manisa

9.5. Bakım Veren Tanıtıcı Bilgi Formu

1.Yaş …….

18-39( ) 40-60( ) 60 ve üstü( )

2. Cinsiyetiniz: ( )Kadın ( )Erkek

3. Eğitim Durumunuz ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite ( ) Lisansüstü

4. Medeni Durumunuz ( ) Bekar ( ) Evli

5. Çocuğunuz var mı? ( ) Evet Sayısı:……. ( ) Hayır:

6. Çalışıyor musunuz? ( ) Evet (ne iş yaptığınızı belirtiniz)…… ( ) Hayır ( ) Emekli

7. Aylık gelir durumunuz nasıldır?

Gelir durumu: ( ) 2000 TL altı ( ) 2001-4000 TL arası ( ) 4001 TL ve üzeri

8. Hastanızın sosyal güvencesi var mı? ( )Var ( ) Yok

9. Hastanızla yakınlık dereceniz nedir? ( ) Eşim ( ) Annem ( ) Babam ( ) Kardeşim ( ) Çocuğum ( ) Diğer(Belirtiniz)……..

10. Hastanıza tanısı ne zaman konuldu?.....

11. Hastanıza günde kaç saat bakım veriyorsunuz?...

12. Ne kadar süredir hastanıza bakım veriyorsunuz?

3-6 ay ( )
7-10ay ( )
11-14 ay ( )
15-18ay ( )
18 ay ve üstü ( )

13. Ailenizde kanser tanısı alan başka bir birey var mı? ( ) Evet ( ) Hayır

14. Bakımından sorumlu olduğunuz başka biri var mı ? ( ) Evet ( ) Hayır

15. Hastaya bakım verme konusunda diğer kişilerden yardım alıyor musunuz? ( ) Evet (kimden ve nasıl destek alıyorsunuz belirtiniz)…… ( ) Hayır

16. Bakım vermek sizi, işinizi, ailenizi ve sosyal yaşamınızı nasıl etkiledi?

İşim:……
……
Ailem:……
……
Kendim:……
……

Sosyal
yaşamım:……

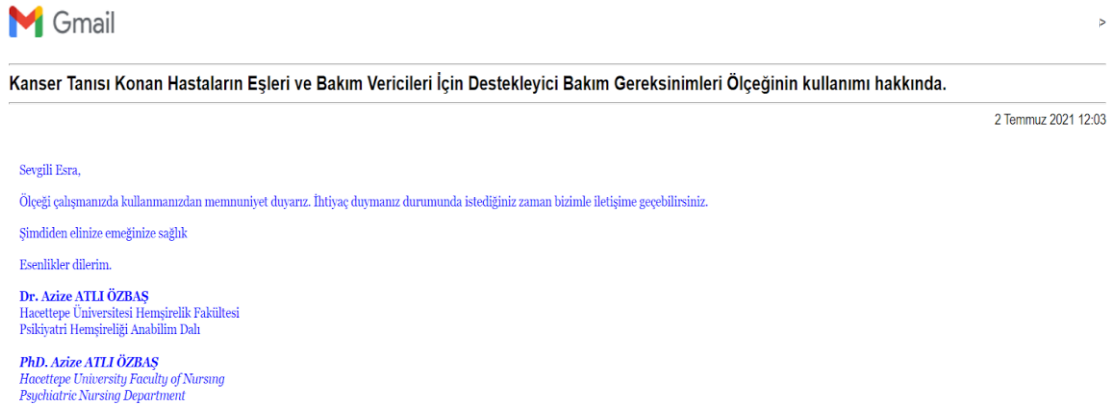
9.6. Kanser Tanısı Konan Hastaların Eşleri Ve Bakım Vericileri İçin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği ve Çalışma İzni

Geçen ay içinde, yardıma olan gereksiniminizin düzeyi ne idi:	Gereksinim yok		Biraz gereksinim		
	Uygun değil	Memnun	Düşük gereksinim	Orta gereksinim	Yüksek gereksinim
1. Bakım veren/partner olarak gereksinimlerinize uygun bilgiye ulaşma	1	2	3	4	5
2. Kanser tanısı alan bireyin hastalığının gidişatı ya da olası sonuçları hakkında bilgiye ulaşma					
3. Kanser tanısı alan insanların bakım vericileri/partnerleri için destek hizmetleri hakkında bilgiye ulaşma					
4. Alternatif terapiler hakkında bilgiye ulaşma					
5. Kanser tanısı alan bireyin olası fiziksel gereksinimleri ne olabilir hakkında bilgiye ulaşma					
6. Tedavilerin yan etkileri ve faydaları hakkında bilgiye ulaşma					
7. Kanser tanısı alan bireye en iyi tıbbi bakımı sağlama					
8. Gereksinimi olduğunda yerel sağlık hizmetlerine ulaşma					
9. Tıbbi ekiple birlikte kanserli bireyin bakımına dahil olma					
10. Endişelerinizi doktorlar ile tartışmak için fırsatlara sahip olma					
11. Kanser tanısı alan bireyin bakımını koordine etmek için bütün doktorların birbirleri ile konuştuğuna dair güvende hissetme					
12. Kanser tanısı alan bireyin hizmetlerini koordine etmek için sürekli bir vaka yöneticisinin varlığının sağlanması					
13. Kanser tanısı alan bireyin bakımına ilişkin yapılan şikayetlerin doğru adreslere gittiğinden emin olma					
14. Kanser tanısı alan bireyin yaşamındaki stresi azaltma					
15. Düzenli yeme ve uykuyu içeren, kendi sağlığı ile ilgilenme					
16. Kanser tanısı alan birey için yeterli düzeyde ağrı kontrolü sağlama					
17. Kanser tanısı alan bireyin bedensel					

ve zihinsel olarak kötüye gitmesi hakkında korkulara yönelme					
18. Kanser tanısı alan bireydeki olası üreme problemlerine ilişkin bilgiye ulaşma					
19. Banyo, elbiselerinin değişimi ya da ilaçlarının verilmesi gibi kanser tanısı alan bireyin pratik düzeyde bakımı					
20. Engelliler için ayrılmış daha fazla hastanede park yeri bulma					
21. Kanser tanısı alan bireyin çalışma yaşantısındaki ya da gündelik yaşamındaki değişimlere uyum sağlama					
22. Kanser tanısı alan bireye bakım vermenin kendi çalışma yaşamınız ya da gündelik yaşamınıza olan etkisi					
23. Kanser tanısı alan birey ve kendiniz için devlet desteği ve finansal destek hakkında bilgi edinme					
24. Kanser tanısı alan birey için yaşam ve/veya seyahat sigortası edinebilme durumu					
25. Yasal hizmetlere erişim					
26. Bakım verdiğiniz kişi ile iletişim					
27. Aile ile iletişim					
28. Aileden daha fazla destek alma					
29. Kanser tanısı alan bir bireye bakım veren diğer insanlarla konuşma					
30. İşte ya da sosyal ortamlarda kanser konusunun üstesinden gelme					
31. Kanserin nüks etmesi endişesini yönetme					
32. Kanserin kanseri olan birey ile ilişkinize etkisi					
33. Kanser tanısı alan bireyin deneyimini anlama					
34. Kanser tanısı alan bireyin gereksinimleri ile kendi gereksinimlerinizi dengeleme					
35. Bireyin kanserin vücudundaki değişimlere adapte olması					
36. Cinsel yaşamınızdaki problemlere çözüm üretme					
37. Kendiniz için duygusal destek alma					
38. Sevdikleriniz için duygusal destek alma					
39. Ölmek ve ölüyor olmakla ilgili kendi duygularınızla hesaplaşma					
40. Kanser tanısı alan bireye bakım					

vermenin sizin yaşamınıza olan etkisini anlamayan kişilerle ilişkiye devam etme					
41. Kanser tanısı alan bireyin iyileşme süreci beklediğiniz şekilde olmadığında bununla baş etme					
42. Belirsizlik bağlamında, kendi yaşamınızla ilgili kararlar verme					
43. Manevi inançlarınızı keşfetme					
44. Bireyin kanser hastalığında anlam bulma					
45. Kanser tanısı alan bireyin tedavisi hakkında kararlara katılmak için fırsatlara sahip olma					

Kanser Tanısı Konan Hastaların Eşleri Ve Bakım Vericileri İçin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği Çalışma İzni



Gmail

Kanser Tanısı Konan Hastaların Eşleri ve Bakım Vericileri İçin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeğinin kullanımı hakkında.

2 Temmuz 2021 12:03

Sevgili Esra,

Ölçeği çalışmanızda kullanmanızdan memnuniyet duyarız. İhtiyaç duymanız durumunda istediğiniz zaman bizimle iletişime geçebilirsiniz.

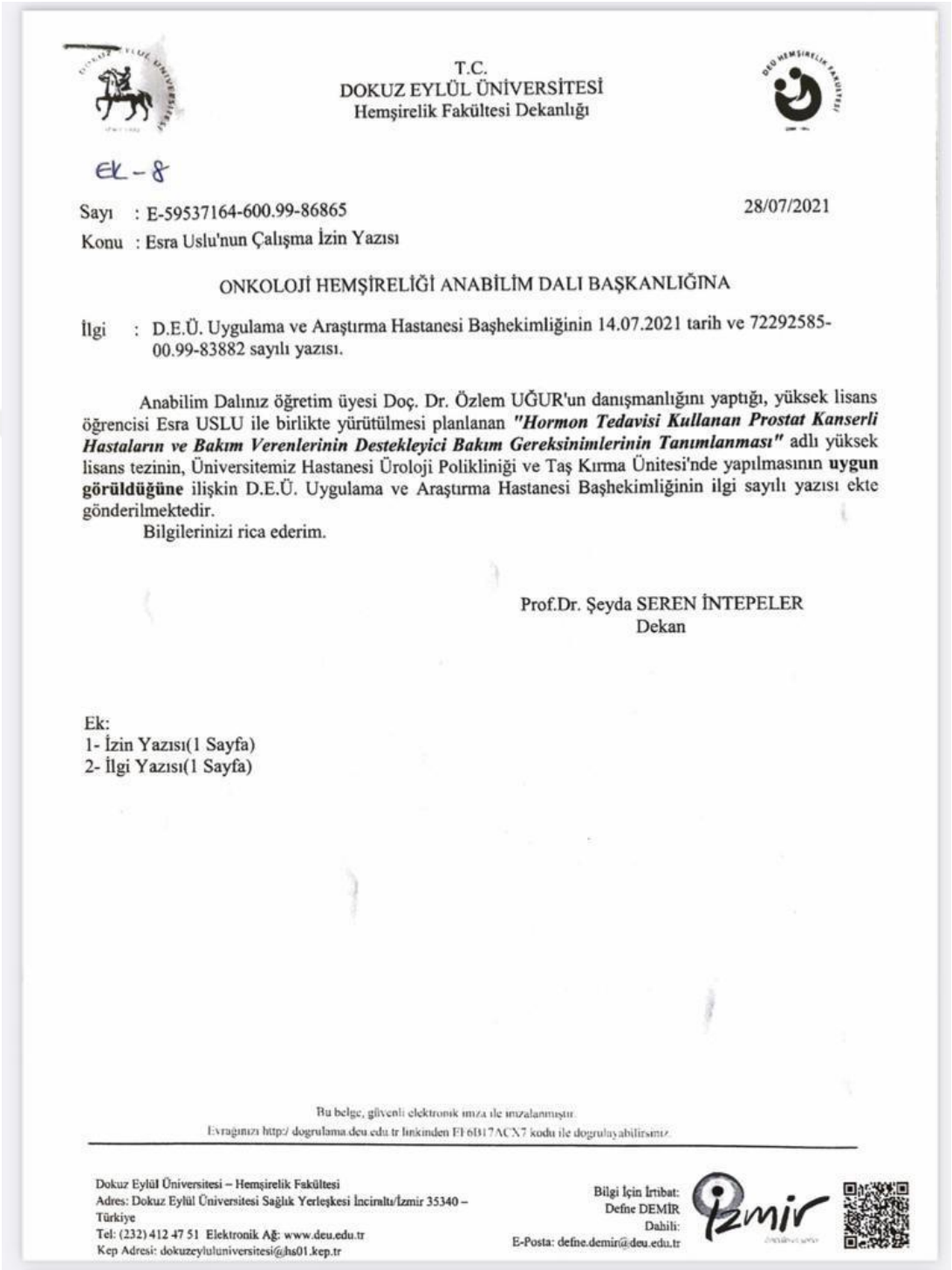
Şimdiden elinize emeğinize sağlık

Esenlikler dilerim.

Dr. Azize ATLI ÖZBAŞ
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

PhD. Azize ATLI ÖZBAŞ
Hacettepe University Faculty of Nursing
Psychiatric Nursing Department

9.7. Kurum İzni



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı

Ek-8

Sayı : E-59537164-600.99-86865 28/07/2021
Konu : Esra Uslu'nun Çalışma İzin Yazısı

ONKOLOJİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : D.E.Ü. Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinin 14.07.2021 tarih ve 72292585-00.99-83882 sayılı yazısı.

Anabilim Dalınız öğretim üyesi Doç. Dr. Özlem UĞUR'un danışmanlığını yaptığı, yüksek lisans öğrencisi Esra USLU ile birlikte yürütülmesi planlanan ***"Hormon Tedavisi Kullanan Prostat Kanserli Hastaların ve Bakım Verenlerinin Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Tanımlanması"*** adlı yüksek lisans tezinin, Üniversitemiz Hastanesi Üroloji Polikliniği ve Taş Kırma Ünitesi'nde yapılmasının **uygun görüldüğüne** ilişkin D.E.Ü. Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinin ilgi sayılı yazısı ekte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER
Dekan

Ek:
1- İzin Yazısı(1 Sayfa)
2- İlgi Yazısı(1 Sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrağınızı http:/ dogrulama.deu.edu.tr linkinden FF6B17ACX7 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

Dokuz Eylül Üniversitesi – Hemşirelik Fakültesi
Adres: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İncirlıltı/İzmir 35340 – Türkiye
Tel: (232) 412 47 51 Elektronik Ağ: www.deu.edu.tr
Kep Adresi: dokuzeylluniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi İçin İrtibat:
Defne DEMİR
Dahili:
E-Posta: defne.demir@deu.edu.tr

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ

DOKUZEYLÜL HASTANESİ

Sayı : E-72292585-00.99-83882
Konu : Esra Uslu'nun Çalışma İzni

14/07/2021

HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Fakülteniz Onkoloji Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Özlem UĞUR'un danışmanlığını yaptığı, yüksek lisans öğrencisi Esra USLU ile birlikte yürütülmesi planlanan "Hormon Tedavisi Kullanan Prostat Kanserli Hastaların ve Bakım Verenlerinin Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Tanımlanması" adlı yüksek lisans tezinin, Üniversitemiz Hastanesi Üroloji Polikliniği ve Taş Kırma Ünitesi'nde yapılabilmesi Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Prof.Dr. Semih KÜÇÜKGÜÇLÜ
Başhekim V.

Ek:
1- 07.07.2021 tarih ve 59537164-600.99-80052 sayılı yazınız.
2- 12.07.2021 tarih ve 34222785-600.99-82454 sayılı yazı.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrağınızı http://dogrulama.deu.edu.tr linkinden 582C5555XF kodu ile doğrulayabilirsiniz.

Adres: İnciraltı mahallesi Mithatpaşa Cad. No:1606 Balçova/İZMİR
Tel: 0(232) 412 1212
Elektronik Ağ: http://www.hastane.deu.edu.tr/
Kep Adresi: dokuzyluluniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi İçin İrtibat:
Miray ÇÖLDÜR
Dahili:
E-Posta:
miray.coldur@deu.edu.tr

İzmir

T.C.
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Üroloji Anabilim Dalı

12/07/2021

Sayı : E-34222785-600.99-82454
Konu : Esra Uslu'nun Yüksek Lisans Tez Çalışma İzni

UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 07.07.2021 tarih ve 72292585-600.99-80372 sayılı yazınız.

Onkoloji Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Özlem UĞUR'un danışmanlığını yaptığı, yüksek lisans öğrencisi Esra USLU ile birlikte yürütülmesi planlanan "Hormon Tedavisi Kullanan Prostat Kanserli Hastaların ve Bakım Verenlerinin Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Tanımlanması" adlı yüksek lisans tezinin, Taş Kırma Ünitesi'nde yapılması Anabilim Dalımızca uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. İlhan ÇELEBİ
Üroloji Anabilim Dalı Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrağınızı http://dogrulama.deu.edu.tr linkinden [illegible] doğrulayabilirsiniz.

Dokuz Eylül Üniversitesi
Adres: Mithatpaşa Cd. İnciraltı yerleşkesi No:1606, 35340 Balçova/İzmir
Tel: 0(232) 412 26 36 Elektronik Ağ: www.deu.edu.tr
Kep Adresi: dokuzeyluluniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi İçin İrtibat:
Neriman VATANSEVER
Dahili:
E-Posta:

9.8. Etik Kurul İzni

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Doç.Dr. Özlem Uğur

Araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**
AÇIK ADRES	**Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR**
TELEFON	**0 232 412 22 54-0 232 412 22 58**
FAKS	**0 232 412 22 43**
E-POSTA	**goaek@deu.edu.tr**

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	6571-GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☒ DOKTORA ☐	
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	**Hormon Tedavisi Kullanan Prostat Kanserli Hastaların ve Bakım Verenlerinin Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Tanımlanması**	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr. Özlem Uğur Hemşirelik Fakültesi	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ☒

	Belge Adı	**Tarihi**	**Versiyon Numarası**	**Dili**
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2021/23-18	Tarih:18.08.2021
	Doç.Dr. Özlem Uğur'un sorumlusu olduğu **"Hormon Tedavisi Kullanan Prostat Kanserli Hastaların ve Bakım Verenlerinin Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Tanımlanması"** isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmanın mevcut haliyle etik yönden uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Mehmet Birhan Yılmaz (Başkan)	Kardiyoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Emel Çalıkoğlu (Başkan Yardımcısı)	Prevantif Onkoloji	Onkoloji Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Ahmet Okay Çağlayan	Moleküler Tıp	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Suna Asilsoy	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi	DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoğlu Aksay	Tıbbi Farmakoloji	DEÜ Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Meryem Öztürk Haney	Halk Sağlığı Hemşireliği	Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEÜ Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Aliye Akcalı	Periodontoloji	Diş Hekimliği Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr. Şule Özbilgin	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	DEÜ Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü	Kadın	E ☐	H ☒	
Dr.Öğr.Üyesi Özlenen Şimşek Papur	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Kadın	E ☐	H ☒	
Dr.Öğr.Üyesi Tolga Şahin	Spor Yönetim Bilimleri	Necat Hepkon Spor Bilimleri Fakültesi	Erkek	E ☐	H ☒	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç Yüksel	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒	

ÖZGEÇMİŞ

ESRA USLU TANIŞ

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

İletişim Adresi

Telefon

E-posta

İnternet Sayfası

Öğrenim Bilgileri

02 Ekim 2020 - Şu Anda (1 yıl 8 ay)
Yüksek Lisans, Tezli Program, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, ONKOLOJİ HEMŞİRELİĞİ (YL) (TEZLİ)
Diploma Numarası: -
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.5 / 4.0

04 Eylül 2014 - 11 Haziran 2019 (4 yıl 10 ay)
Lisans, Anadal/Normal Öğretim, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, HEMŞİRELİK PR.
Diploma Numarası: 201902868
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 80.38 / 100.0

Deneyim / İşyeri Bilgileri

01 Ekim 2020 - Şu Anda (1 yıl 8 ay) (Tam Zamanlı)
HEMŞİRE, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

Yabancı Dil Bilgileri

İNGİLİZCE (Okuma: Orta, Yazma: Orta, Konuşma: Başlangıç)

Ar-Ge Yetkinlik

Bildiriler

E. USLU, E. AYAR, B. AKBABA, Ö. UĞUR & E. KARADAĞ, Akciğer Kanserinde Böbrek Metastazı:Olgu Sunumu, Poster Sunumu, 1. Uluslararası 2. Ulusal Onkoloji Hemşireliği Kongresi, 04 Aralık 2019, 06 Aralık 2019.

E. USLU, Ö. UĞUR & E. KARADAĞ, Distres 6.yaşam bulgusu olabilir mi?, Poster Sunumu, 1. Uluslararası 2. Ulusal Onkoloji Hemşireliği Kongresi, 04 Aralık 2019, 06 Aralık 2019.

Ödüller	Diğer, Uluslararası, Poster Bildiri Birinciliği, Akciğer Kanserinde Böbrek Metastazı: Olgu Sunumu, Ödül Alınan Kurum: 1.Uluslararası 2. Ulusal Onkoloji Hemşireliği Kongresi (Sistemde kayıtlı olmayan kuruluş) (Sistemde kayıtlı olmayan kuruluş), TÜRKİYE, 05 Aralık 2019.

TÜBİTAK Burs ve Destekleri

Panelistlik/İzleyicilik/Raportörlük Sayısı

Hakemlik/Panelistlik/Dış Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
İzleyicilik/Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
Raportörlük Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0