T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEPATOPANKREATOBİLİER KANSER CERRAHİSİ SONRASI HASTALARDA ÖZ BAKIM YÖNETİMİ İLE SOSYAL DESTEK İLİŞKİSİNİN BELİRLENMESİ

Buse TÜRKELİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Tuluha AYOĞLU

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı

Haziran, 2022

TEZ KABUL VE ONAYI

Buse TÜRKELİ tarafından, **Dr. Öğr. Üyesi Tuluha AYOĞLU** danışmanlığında hazırlanan **"HEPATOPANKREATOBİLİER KANSER CERRAHİSİ SONRASI HASTALARDA ÖZ BAKIM YÖNETİMİ İLE SOSYAL DESTEK İLİŞKİSİNİN BELİRLENMESİ"** başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından **06/06/2022** tarihinde yapılan sınav sonucunda **oy birliği** ile başarılı bulunarak **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

		İmza	**Sonuç**
DANIŞMAN	Dr. Öğr. Üyesi Tuluha AYOĞLU İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Doç. Dr. Nuray AKYÜZ İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Dr. Öğr. Üyesi Sennur KULA ŞAHİN İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü		☒ Kabul ☐ Ret

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve bilimsel etik kuralları içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını ve her türlü hukuki sorumluluğu aldığımı kabul ederim.

Buse TÜRKELİ

Yaşamımın her döneminde bana inanan, güvenen, her koşulda yanımda olan, sevgi ve desteklerini her zaman hissettiren canım aileme; sevgili annem Müzeyyen TÜRKELİ ve sevgili babam Cihan Emre TÜRKELİ'ye ithaf ediyorum…

BÜTÇE DESTEKLERİ

HEPATOPANKREATOBİLİER KANSER CERRAHİSİ SONRASI HASTALARDA ÖZ BAKIM YÖNETİMİ İLE SOSYAL DESTEK İLİŞKİSİNİN BELİRLENMESİ

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez hazırlık dönemim boyunca bilgi, tecrübe ve deneyimlerini benimle paylaşan ve değerli katkılarıyla bana yol gösteren danışman hocam ***Sayın Dr. Öğr. Üyesi Tuluha AYOĞLU'na,***

Başta Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı ***Sayın Prof. Dr. Ayfer ÖZBAŞ*** olmak üzere tüm öğretim üyesi hocalarıma,

Tez sürecimin en başından en sonuna kadar her zaman beni destekleyerek her konuda bana yardımcı olan, motivasyonumu kaybetmeme izin vermeyen, her birinin kalbimde ayrı yeri olan sevgili ekip arkadaşlarıma; ***Sarıyer Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği hemşirelerine***,

Hayatım boyunca sevgi ve desteklerini benden esirgemeyen, bana mücadele etmeyi ve güçlü olmayı öğreten, karşılaştığım her zorlukta yanımda olan canım aileme; annem ***Müzeyyen TÜRKELİ*** ve babam ***Cihan Emre TÜRKELİ'ye,***

Sadece bu süreçte değil, her zaman ve her koşulda yanımda olan, pes etmeme izin vermeyen, bana bir arkadaştan çok kardeş olan sevgili dostum ***Merve VATAN'a*** ve çocukluğumdan beri beni en iyi anlayan kişi olan, sevgi ve desteğiyle her zaman yanımda olan sevgili kuzenim ***Gözde DEMİRLER'e,***

Sonsuz teşekkür ediyorum…

Haziran 2022 **Buse TÜRKELİ**

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ KABUL VE ONAYI ii
BEYAN iii
BÜTÇE DESTEKLERİ v
TEŞEKKÜR vi
İÇİNDEKİLER vii
ŞEKİL LİSTESİ xi
TABLO LİSTESİ xii
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ xiii
ÖZET xiv
ABSTRACT xvi
1. GİRİŞ 1
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE 5
2.1. KARACİĞER KANSERİ 5
2.1.1. Epidemiyoloji 5
2.1.2. Etiyoloji ve Risk Faktörleri 6
2.2.3. Klinik Belirti ve Bulgular 7
2.1.4. Tarama ve Tanılama Yöntemleri 7
2.1.5. Evreleme 9
2.1.6. Tedavi 9
2.1.7. Hemşirelik Bakımı 11
2.1.7.1. Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı 11
2.1.7.2. Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı 11
2.2. PANKREAS KANSERİ 14
2.2.1. Epidemiyoloji 14
2.2.2. Etiyoloji ve Risk Faktörleri 15
2.2.3. Klinik Belirti ve Bulgular 16

2.2.4. Tarama ve Tanılama Yöntemleri 16
2.2.5. Evreleme 17
2.2.6. Tedavi 18
2.2.7. Hemşirelik Bakımı 19
2.2.7.1. Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı 19
2.2.7.2. Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı 20
2.3. SAFRA KESESİ KANSERİ 21
2.3.1. Epidemiyoloji 21
2.3.2. Etiyoloji ve Risk Faktörleri 22
2.3.3. Klinik Belirti ve Bulgular 23
2.3.4. Tarama ve Tanılama Yöntemleri 23
2.3.5. Evreleme 24
2.3.6. Tedavi 24
2.3.7. Hemşirelik Bakımı 25
2.3.7.1. Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı 25
2.3.7.2. Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı 25
2.4. HEPATOPANKREATOBİLİER KANSER CERRAHİSİNİN PSİKOSOSYAL YÖNÜ 26
2.5. ÖZ BAKIM VE ÖZ BAKIM YÖNETİMİ 27
2.5.1. Öz Bakım Tanımı 27
2.5.2. Öz Bakım Yönetimi 28
2.5.3. Öz Bakım Yönetiminin Sağlanmasında Hemşirenin Rolü 30
2.6. SOSYAL DESTEK 33
2.6.1. Sosyal Destek ve Sosyal Desteğin Önemi 33
2.6.2. Sosyal Destek Türleri 35
2.6.3. Algılanan Sosyal Destek 36
2.6.4. Sosyal Desteğin Sağlanmasında Hemşirenin Rolü 38

3. YÖNTEM 40
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi 40

3.2. AraştırmaSoruları 40
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman 40
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 40
3.5. Araştırmanın değişkenleri 42
3.6. Veri Toplama Araçları 42
3,6,1 Hasta Tanılama Formu 43
3,6,2 Kronik hastalarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği ÖBYÖ ..... 43.
3,6,3 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ÇBASDÖ 44
3,7 Verilerin Toplanması 455
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi 45
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri 46
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları 46

4. BULGULAR 47

4.1. Hepatopankreatobilier Kanser Cerrahisi Geçiren Hastaların Sosyodemografik ve Sağlık/Hastalık Durumuna İlişkin Özelliklerinin Dağılımına Yönelik Bulgular 48

4.2. Hepatopankreatobilier Kanser Cerrahisi Geçiren Hastaların ÖBYÖ Puanları ve Cronbach Alfa Güvenirlik Düzeyine İlişkin Bulgular 51

4.3. Hepatopankreatobilier Kanser Cerrahisi Geçiren Hastaların ÇBASDÖ Puanları ve Cronbach Alfa Güvenirlik Düzeyine İlişkin Bulgular 52

4.4. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre ÖBYÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular 53

4.5. Hastaların Sağlık/Hastalık Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre ÖBYÖ Puan Ortalamalarına Yönelik Bulgular 55

4.6. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular 57

4.7. Hastaların Sağlık/Hastalık Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Puan Ortalamalarına Yönelik Bulgular 60

4.8. ÖBYÖ ile ÇBASDÖ Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular 63

4.9. Çoklu Linear Regresyon Analizi Sonuçlarına Göre Hastaların Öz Bakım Yönetimi ile İlişkili Bağımsız Faktörlere İlişkin Bulgular 63

4.10. Çoklu Linear Regresyon Analizi Sonuçlarına Göre Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi ile İlişkili Bağımsız Faktörlere İlişkin Bulgular 64

5. TARTIŞMA 66

5.1. Hepatopankreatobilier Kanser Cerrahisi Geçiren Hastaların Sosyodemografik ve Sağlık/Hastalık Durumuna İlişkin Özelliklerinin Dağılımına Yönelik Bulguların Tartışılması 68

5.2. Hepatopankreatobilier Kanser Cerrahisi Geçiren Hastaların ÖBYÖ Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması 74

5.3. Hepatopankreatobilier Kanser Cerrahisi Geçiren Hastaların ÇBASDÖ Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması 75

5.4. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre ÖBYÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması 76

5.5. Hastaların Sağlık/Hastalık Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre ÖBYÖ Puan Ortalamalarına Yönelik Bulguların Tartışılması 80

5.6. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması 83

5.7. Hastaların Sağlık/Hastalık Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Puan Ortalamalarına Yönelik Bulguların Tartışılması 88

5.8. ÖBYÖ ile ÇBASDÖ Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması 92

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 94

KAYNAKLAR 99

EKLER 125

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI 135

ETİK KURUL İZİN YAZISI 136

KURUM İZNİ YAZILARI 139

ÖZGEÇMİŞ 140

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 4.2-1: Hepatopankreatobilier Kanser Cerrahisi Geçiren Hastaların ÖBYÖ Puanları ve Cronbach Alfa Güvenirlik Düzeyi……51

Şekil 4.3-1: Hepatopankreatobilier Kanser Cerrahisi Geçiren Hastaların ÇBASDÖ Puanları ve Cronbach Alfa Güvenirlik Düzeyi……53

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 2.1.3-1: Hepatosellüler Karsinomda Görülen Belirti ve Bulgular……7

Tablo 2.1.6-1: Milan Kriterleri……..11

Tablo 4.1-1: Hepatopankreatobilier Kanser Cerrahisi Geçiren Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (N=106) ……48

Tablo 4.1-2: Hastaların Sağlık/Hastalık Durumuna İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (N=106).....49

Tablo 4.2-1: Hepatopankreatobilier Kanser Cerrahisi Geçiren ÖBYÖ Puanları ve Cronbach Alfa Güvenirlik Düzeyi (N=106)……..51

Tablo 4.3-1: Hepatopankreatobilier Kanser Cerrahisi Geçiren Hastaların ÇBASDÖ Puanları ve Cronbach Alfa Güvenirlik Düzeyi (N=106)…….52

Tablo 4.4-1: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre ÖBYÖ Puan Ortalamaları…...53

Tablo 4.5-1: Hastaların Sağlık/Hastalık Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre ÖBYÖ Puan Ortalamaları……..55

Tablo 4.6-1: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Puan Ortalamaları……..58

Tablo 4.7-1: Hastaların Sağlık/Hastalık Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Puan Ortalamaları……..61

Tablo 4.8-1: ÖBYÖ ile ÇBASDÖ Arasındaki İlişki……63

Tablo 4.9-1: Çoklu Linear Regresyon Analizi Sonuçlarına Göre Hastaların Öz Bakım Yönetimi ile İlişkili Bağımsız Faktörler……..64

Tablo 4.10-1: Çoklu Linear Regresyon Analizi Sonuçlarına Göre Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi ile İlişkili Bağımsız Faktörler……..65

SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

Kısaltmalar	Açıklama
HSK	: Hepatosellüler Karsinom
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HBV	: Hepatit B Virüsü
HCV	: Hepatit C Virüsü
Fe	: Demir
AFP	: Alfa-fetoprotein
USG	: Abdominal Ultrasonografi
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
MR	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
BCLC	: Barselona Klinik Karaciğer Kanseri
TAKE	: Transarteriyel Kemoembolizasyon
TARE	: Transarteriyel Radyoembolizasyon
INR	: International Normalized Ratio
ERAS	: Enhanced Recovery After Surgery (Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme)
SVB	: Santral Venöz Basınç
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
EUS	: Endoskopik Ultrasonografi
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
ERCP	: Endoskopik Retrograd Kolanjio-Pankreatografi
AJCC	: American Joint Committee on Cancer (Amerikan Kanser Komitesi)
CEUS	: Kontrastlı Ultrasonografi
PET CT	: Pozitron Emisyon Tomografisi
ÖBYÖ	: Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SDİ	: Sosyodemografik İndeks

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEPATOPANKREATOBİLİER KANSER CERRAHİSİ SONRASI HASTALARDA ÖZ BAKIM YÖNETİMİ İLE SOSYAL DESTEK İLİŞKİSİNİN BELİRLENMESİ

Buse TÜRKELİ

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı

Danışman : Dr. Öğr. Üyesi Tuluha AYOĞLU

Araştırma, hepatopankreatobilier kanser cerrahisi sonrası hastalarda öz bakım yönetimi ile sosyal destek ilişkisinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini, 07.01.2021-28.02.2021 tarihleri arasında, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi genel cerrahi servislerinde yatmakta olan hepatopankreatobilier kanserli hastalar; örneklemini ise evreni bilinmeyen örneklem yöntemine göre %95 güç için 106 kişi olarak belirlenen (α:0.05) evren içinden çalışmaya katılma kriterlerini sağlayan ve gönüllü olan cerrahi girişim geçirmiş hepatopankreatobilier kanserli hastalar oluşturdu. Araştırma öncesinde gerekli etik kurul ve kurum izinleri ile hastalardan çalışmanın amacı hakkında bilgilendirme sonrası yazılı ve sözlü izinleri alındı. Veriler, yüz yüze görüşme yöntemiyle "Hasta Tanılama Formu", "Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği (ÖBYÖ)" ve "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

(ÇBASDÖ)" kullanılarak toplandı. Veriler SPSS sürüm 25 programı ile betimsel, grafiksel ve istatistiksel yöntemler kullanılarak değerlendirildi.

Hastaların ÖBYÖ toplam puanının 130,13±15,88, Öz Koruma alt boyut puanının 77,45±9,59 ve Sosyal Koruma alt boyut puanının 52,68±8,49 olduğu görüldü. Hastaların ÇBASDÖ toplam puanının 62,93±14,06, Aile Desteği alt boyut puanının 23,58±5,10, Arkadaş Desteği alt boyut puanının 19,91±5,33 ve Özel İnsan Desteği alt boyut puanının 19,44±5,75 olduğu belirlendi. ÖBYÖ puan ortalamaları ile yaş, cinsiyet, çocuk sayısı, birlikte yaşadığı kişi/kişiler, stresli kişilik yapısına sahip olduğunu ifade etme ve radyoterapi alma durumları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. ÇBASDÖ puan ortalamaları ile yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, yaşanılan yer, çocuk varlığı, birlikte yaşadığı kişi/kişiler, stresli kişilik yapısına sahip olduğunu ifade etme, tanı sonrası geçen süre, radyoterapi alma ve kemoterapi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi. Yapılan çoklu linear regresyon analizi ile stresli bir kişilik yapısına sahip olduğunu ifade etme durumu (β=0,22; t=2,48; p=<0,001) ve algılanan sosyal destek düzeyinin (β=0,39; t=4,40; p=<0,001) hastaların öz bakım yönetimi düzeyini arttıran bağımsız faktörler olduğu; gelir düzeyi denk ve yüksek olma durumu (β=0,32; t=3,74; p=<0,001), radyoterapi almama durumu (β=0,34; t=4,20; p=<0,001), ilde yaşama durumu (β=0,21; t=2,41; p=0,018) ve stresli bir kişilik yapısına sahip olduğunu ifade etme durumunun (β=0,18; t=2,15; p=0,034) hastaların algılanan sosyal destek düzeyini arttıran bağımsız faktörler olduğu saptandı. Hastaların ÖBYÖ alt boyutları ve toplam puan ortalamaları ile ÇBASDÖ alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki varlığı saptandı.

Araştırma sonucunda; hepatopankreatobilier kanser cerrahisi geçiren hastaların algılanan sosyal destek düzeyi ve öz bakım yönetimi düzeyinin ortalamanın üzerinde iyi olduğu; hastaların algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça öz bakım yönetimi düzeyinin de arttığı belirlendi.

Haziran 2022 , 157 sayfa.

Anahtar kelimeler: hepatopankreatobilier kanserler, cerrahi girişim, öz bakım yönetimi, sosyal destek

ABSTRACT

M.Sc. THESIS

DETERMINATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN SELF-CARE MANAGEMENT AND SOCIAL SUPPORT IN PATIENTS AFTER HEPATOPANCREATOBILIARY CANCER SURGERY

Buse TÜRKELİ

Istanbul University-Cerrahpaşa

Institute of Graduate Studies

Department of Surgical Nursing

Surgical Nursing

Supervisor : Assist. Prof. Dr. Tuluha AYOĞLU

The research was carried out in a descriptive and relationship-seeking way in order to determine the relationship between self-care management and social support in patients after hepatopancreatobiliary cancer surgery. The population of the research consisted T.C. Ministry of Health Health Sciences University Istanbul Şişli Hamidiye Etfal Training and Research Hospital, T.R. Ministry of Health Istanbul Bakirkoy Dr. Sadi Konuk Training and Research Hospital and Başakşehir Çam and Sakura City Hospital hepatopancreatobiliary cancer patients who had undergone surgery and were hospitalized in the general surgery facility between 07.01.2021 and 28.02.2021, The sample consisted of patients with hepatopancreatobiliary cancer who had undergone surgical intervention and volunteered to meet the criteria for participation in the study, which was determined as 106 people (α:0.05) for 95% power according to the sampling method of unknown universe. Before the study, the necessary ethical committee and institutional permissions and written and verbal consents were obtained from the patients after informing them about the purpose of the study. Data were collected by face-to-face interview method using the “Patient Diagnosis Form”, “Self-

Care Management Scale in Chronic Diseases (SCMP-G)" and "Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)". The data were evaluated in terms of evaluation with SPSS version 25 program.

The patient's total SCMP-G score was 130.13±15.88, Self Protection sub-dimension score was 77.45±9.59, and Social Protection sub-dimension score was 52.68±8.49. The patients' MSPSS total score was 62.93±14.06, the Family Support sub-dimension score was 23.58±5.10, the Friend Support sub-dimension score was 19.91±5.33 and the Special Human Support sub-dimension score was 19.44±5,75. It was determined that the difference between the mean scores of SCMP-G and and age, gender, number of children, cohabitants, expressing that they have a stressful personality structure, and receiving radiotherapy was statistically significant. It was determined that there was a statistically significant difference between the MSPSS score averages and age, education status, employment status, income status, place of residence, presence of children, cohabitants, expressing that they have a stressful personality structure, time passed after diagnosis, receiving radiotherapy and chemotherapy. With the multiple linear regression analysis performed, it was determined that the state of expressing that he/she has a stressful personality structure (β=0,22; t=2,48; p=<0,001) and the level of perceived social support (β=0,39; t=4,40; p=<0,001) are independent factors that increase the level of self-care management of the patients; It was determined that the status of being equal and high in income (β=0,32; t=3,74; p=<0,001), not receiving radiotherapy (β=0,34; t=4,20; p=<0,001), living in the province (β=0,21; t=2,41; p=0,018), and expressing that he/she has a stressful personality structure (β=0,18; t=2,15; p=0,034) are independent factors that increase the perceived social support level of the patients. Statistically significant and positive correlation was found between the patients' SCMP-G sub-dimensions and total score averages and MSPSS sub-dimensions and total score averages.

As a result of the research; The perceived social support level and self-care management level of patients who had hepatopancreatobiliary cancer surgery were better than average; It was determined that as the perceived social support level of the patients increased, the level of self-care management also increased.

June 2022, 157 pages.

Keywords: hepatopancreatobiliary cancers, surgical intervention, self-care management, social support

1. GİRİŞ

Kronik hastalıklar, dünyadaki tüm ölümlerin %71'inin nedeni olan ve devamlı tıbbi müdahale gerektirerek bireylerin günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayan hastalıklardır (Valero-Ramon ve ark., 2020; National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2021). Dünyada ve ülkemizde görülen ölümlerin nedenleri arasında ikinci sırada yer alan kanser, en ciddi kronik hastalıklardan biri olarak kabul edilmektedir. Dünya üzerinde yaklaşık her altı ölümden biri kanser kaynaklı iken, ülkemizde her beş ölümden biri kanser nedeniyle gerçekleşmektedir (Türkiye Kanser İstatistikleri, 2017). Hepatopankreatobilier kanserler, son zamanlarda dünyada görülen en ölümcül kanser türlerinden olması nedeniyle başta gelen küresel sağlık sorunlarından biri olmuştur (Karakurt, 2018).

Karaciğer kanserinin en yaygın tipi olan "Hepatosellüler Karsinom" (HSK), dünyada en sık görülen altıncı kanser türü olmakla beraber kansere bağlı ölümlerde dördüncü sırada yer almaktadır (Akinyemiju ve ark., 2017). HSK görülme sıklığı dünya üzerinde erkeklerde kadınlara göre daha yüksektir (Aksoy, 2010; Ünek, 2019; Turan ve ark., 2019). HSK insidansı 40 yaş üstünde belirgin bir şekilde artarak 50-60 yaş aralığında pik yapmaktadır. Tanı koyulan hastaların 5 yıllık genel sağ kalım oranları %15 civarındadır (Ünek, 2019). Karaciğer hücreleri kendini yenileyebilme yeteneğine sahip olduğu için tümörlü dokunun cerrahi olarak çıkarılması optimal tedavi seçeneği olarak görülmektedir. Cerrahi rezeksiyon en iyi tedavi seçeneği olarak kabul edilse de, hastaların çok az bir bölümü (%5-%15) cerrahi tedavi için uygundur (Forner ve ark., 2018; Villanueva, 2019; Anwanwan ve ark., 2020). Genellikle orta ya da şiddetli sirozu olan ve cerrahi rezeksiyon için uygun olmayan erken evre HSK hastalarına ise uygulanabilecek en iyi cerrahi tedavi seçeneği karaciğer transplantasyonudur (Liu ve ark., 2015; Mazzaferro ve ark., 2018). HSK hastalarına genellikle ileri evrelerde tanı koyulması nedeniyle, tedavinin temel taşı olan karaciğer transplantasyonu ve cerrahi rezeksiyon çoğunlukla tam bir çözüm yöntemi değildir (Grandhi ve ark., 2016; Yakupoğlu, 2019).

Pankreas kanseri, dünya genelinde tüm kanser türleri içinde görülen en ölümcül malign neoplazmlardan biridir. Gelişmiş ülkelerde kanser kaynaklı ölümlerin başında gelen nedenlerden biri olmakla beraber, ülkemizde gastrointestinal kanserler ile ilişkili ölümlerde üçüncü sırada yer almaktadır (Gupta ve ark., 2017; Ilic, Ilic, 2017; Çetin, Dede, 2019). Pankreas kanserinin en yaygın şekli olan adenokarsinom, dünyada görülen tüm kanserlerin %3'ünü ve tüm kanser kaynaklı ölümlerin %7'sini oluşturmaktadır (Ilic, Ilic, 2017; King, Nehoray, 2019). Pankreas kanseri, erkeklerde kadınlara göre daha sık görülmekle beraber genellikle ileri yaşlarda ortaya çıkar; ortalama 70 yaş civarında tanı koyulmaktadır. Pankreas kanseri tanısı, erken semptomların olmaması nedeniyle genellikle ileri evrelerdeyken koyulur. Bu nedenle 5 yıllık göreceli sağkalım oranı yaklaşık %9 civarındadır (Lindquist ve ark., 2018; Ansari ve ark., 2019; Li ve ark., 2020). Pankreas kanserinin tek küratif tedavisi tümörlü bölgenin cerrahi olarak çıkarılmasıdır. Ancak pankreas kanseri tanısı genellikle geç evrelerde koyulduğu için, hastaların %20'den daha az bir bölümü küratif rezeksiyona uygunluk gösterir (Rezende ve ark., 2019). Cerrahi tedavi, geçmiş yıllarda oldukça yüksek riskli bir seçenek iken günümüzde zorlu, ancak nispeten güvenli bir girişim olarak uygulanmaktadır. Evre I ve Evre II aşamasında tanı koyulan pankreas kanserli hastalar, cerrahi rezeksiyondan fayda görebilir (Zhu ve ark., 2018).

Safra kesesi kanserleri, diğer kanser türlerine göre nispeten nadir görülmesine rağmen, safra yollarında en sık görülen ve dünya çapında safra yolu kanserlerinin yaklaşık %80-95'lik kısmını oluşturan malignitelerdir. Safra kesesi kanserleri, dünyada gastrointestinal sistem kaynaklı kanserler arasında 6. sırada yer alan ve genellikle 5 yıllık sağkalım oranı %5'in altında olan oldukça ölümcül bir kanser türüdür. Bu kanser türü 2018 yılında kaydedilen verilere göre, dünya çapında tüm kanser türleri içinde 20. sırada görülerek ve kanser kaynaklı ölümlerde 17. sırada yer alarak, yeni kanser vakalarının %1.3'lük bölümünü oluşturmaktadır. Kadınlarda erkeklerden daha sık görülen birkaç kanser türünden biri olan safra kesesi kanserinin genel ortalama sağ kalım oranı 6 ay kadardır. Tanı koyulan kişiler genellikle 65 yaşın üzerinde olup ortalama teşhis yaşı 72 civarındadır (Lucarelli, 2014; Henley ve ark., 2015; Sharma ve ark., 2017; Wernberg, Salazar ve ark., 2019; Schmidt ve ark., 2019; Ramachandran ve ark., 2021). Safra kesesi kanseri için tek iyileştirici tedavi tümörlü bölgenin tam cerrahi rezeksiyonunun yapılmasıdır. Tanı koyulan safra kesesi kanserlerinin yaklaşık yarısı, farklı bir nedenle yapılan kolesistektomi sonrasında rastlantısal olarak teşhis edilmektedir. Tesadüfen tanı koyulan safra kesesi kanseri hastaları, genellikle erken evrededir

ve ameliyat öncesinde tanı koyulan hastalara kıyasla daha iyi bir sağkalım oranına sahiptir (Wernberg, Lucarelli, 2014; Kanthan ve ark., 2015; Tazuma ve ark., 2017).

Hepatopankreatobilier kanser tanısı koyulan hastalar, ameliyat öncesi ve sonrası dönemde alanında uzman olan cerrahlar, anestezistler, psikologlar ve hemşirelerden oluşan multidisipliner bir ekip tarafından dikkatli bir şekilde takip edilmelidir (Liang ve ark., 2018; Zhang ve ark., 2020). Ameliyat öncesi dönemde hastaların fonksiyonel, psikososyal ve bilişsel durum değerlendirmesi yapılarak, hastaya ameliyat öncesi ve sonrası dönem ile ilgili gerekli açıklamalar yapılmalıdır. Yapılan çalışmalarda hemşirelerin hastalara yaptığı eğitimsel ve psikolojik girişimlerin, hastaların yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde etkili olduğu vurgulanmaktadır (Liang ve ark., 2018; Yıldız Fındık, Kızılcık Özkan, 2019; Wang, 2019; Zhang ve ark., 2020).

Öz bakım; bireylerin sağlık ve iyilik halini sürdürebilmesi için yapması gereken aktivitelerin, başkaları tarafından yapılmasını beklemek yerine, sorumluluk üstelenerek kendisinin başlattığı ve yaptığı etkinliklerdir. Öz bakımın temel hedefi, bireyi kendi bakımında aktif sorumlu haline getirmektir (Hançerlioğlu, 2014; Buck ve ark., 2015; İstek, Karakurt, 2018; Kurt, 2020). 1983 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) öz bakımı; "birey, aile ve toplumun sağlığını geliştirme, hastalıkları önleme, sağlığı koruma ve sağlık hizmetleri desteği olsun ya da olmasın, hastalık ve sakatlık ile başa çıkabilme yeteneği" olarak tanımlamıştır (World Health Organization, 2009). Öz bakım yönetimi ise, kronik hastalığı olan bireylerin hastalık semptomlarını değerlendirerek semptomlar kötüleşmeye başladığında önlem almasını sağlayan faaliyetler olarak tanımlanabilir. Etkili öz bakım yönetimi, hastaların başkalarına olan bağımlılık düzeyini azaltarak, bireye kendi sağlığı ve iyilik durumuyla ilgili sorumluluk yükler (Graven, Grant, 2013; Zavertnik, 2014; Aytap, Özer, 2021; Yeşil Bayülgen, Gün, Erdoğan, 2021). Sağlık profesyonelleri arasında birinci basamak ekibin önemli bir parçası olan hemşireler, hastalarla işbirliği yaparak hastaların etkili öz bakım yönetimine sahip olmaları için gerekli bilgi, beceri ve davranış değişikliği oluşturmasını destekler ve kişilerin yaşam kalitesini artırmada etkin rol oynar (Hançerlioğlu, 2014; Sürücü, 2014).

Sosyal destek; bireylerin sürekli ihtiyaç duyduğu şefkat, saygı, sevgi gibi gereksinimlerini karşılayan; bireylere ailesi, çocukları, eşi, arkadaşı ya da profesyonel kişiler tarafından sağlanan sosyal, psikolojik, maddi destek olarak tanımlanabilir. Sosyal destek;

bireylerin problemlerle daha rahat başa çıkabilmesine katkıda bulunur (Arslantaş ve ark., 2010; Ülger ve ark., 2014). Kanser hastalıklarında sosyal destek, psikososyal bakımın ve yaşam kalitesinin önemli bir parçasıdır (Usta, 2012). Algılanan sosyal destek ise, ihtiyaç halinde bireylere destek verebilecek kişilerin ve desteğin varlık durumunun değerlendirilerek, bu desteğin yeterliliğinin ya da kalitesinin bilinmesi anlamına gelmektedir (del-Pino-Casado ve ark., 2018; Kömürcü, 2020; Yıldırım, 2020). Algılanan sosyal destek, bireyin başka kişiler tarafından sevilip sayıldığını bilerek, kişilerarası ilişkilerden doyum alması ve ihtiyaç duyduğunda ona destek verecek kişilerin ve destek kaynaklarının olduğunu bilmesi olarak da tanımlanmaktadır (Oktan, 2005; Ardahan, 2006). Sosyal desteğin kanser hastası bireyler için önemi büyüktür. Algılanan sosyal destek, kansere bağlı stresi azaltarak hastalara iyileştirilmiş yaşam kalitesi şansı sunar ve uzun ömürlülüğe fayda sağlayabilir (Korotkin ve ark., 2019; Poręba-Chabros ve ark., 2020). Sağlık sistemi ile hastalar arasında köprü görevi gören hemşireler, hastaların sosyal destek alabilmesi için gerekli koşulların farkında olarak sosyal desteğin yeterli olup olmadığını anlamalı ve sosyal desteğin yetersiz olduğu durumlarda hasta ve ailesine danışmanlık vermelidir (Usta, 2012).

Bu bilgiler doğrultusunda bu araştırma, hepatopankreatobilier kanser cerrahisi sonrası hastalarda öz bakım yönetimi ile sosyal destek ilişkisinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirildi.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. KARACİĞER KANSERİ

2.1.1. Epidemiyoloji

Karaciğer kanseri, karaciğer dokusundan kaynaklanan en ölümcül kanserlerden biridir, bu nedenle küresel bir sağlık sorunu olarak kabul edilir. En yaygın tipi, "Hepatosellüler Karsinom" (HSK) olarak adlandırılır. HSK, tüm karaciğer kanserlerinin yaklaşık %90'ını oluşturmaktadır (Shibata, Aburatani, 2014; Fang ve ark., 2015). HSK, dünya çapında en yaygın olarak görülen altıncı kanser türüdür ve kansere bağlı ölümlerde dördüncü sırada yer almaktadır (Akinyemiju ve ark., 2017). Dünyada erişkin erkeklerde en sık tanı koyulan beşinci, erişkin kadınlarda ise en sık tanı koyulan dokuzuncu kanser türüdür. Neredeyse tüm topluluklarda HSK görülme sıklığı erkeklerde kadınlardan daha yüksek olup, erkek/kadın oranı 2/1 ve 4/1 arasında değişmektedir. Cinsiyet dağılımındaki bu farklılığın erkeklerin daha fazla hepatit B virüs (HBV) ve hepatit C virüs (HCV) ile enfekte olma eğilimine, çevresel toksinlere maruziyete, androjenlerin destekleyici etkisine ve/veya kadınlarda östrojenlerin koruyucu etkisine bağlı olarak düşünülmektedir (Aksoy, 2010; Turan ve ark., 2019; Ünek, 2019).

HSK insidansı, dünyanın farklı bölgelerine göre değişkenlik göstermektedir. Ayrıca insidansta ırksal ve etnik farklılıklar da söz konusudur. Gelişmiş ülkelerde insidans düşük olmasına karşın, son yıllarda Amerika ve Batı ülkelerinde de kronik hepatit C infeksiyonları, alkol tüketimi, obezite ve metabolik sendrom insidansındaki artışa bağlı olarak oranlarda yükselme olduğu bilinmektedir. HSK, 40 yaş altı bireylerde nadiren ortaya çıkmaktadır. 40 yaş üstünde ise insidansı belirgin bir şekilde artmakta ve 50-60 yaşlarda pik yapmaktadır. Yüksek insidansa sahip bölgelerde, düşük insidansa sahip bölgelere kıyasla normalde görülenden 10-20 yaş kadar daha genç vakalar görülmektedir. Tanı koyulmasının ardından 5 yıllık sağkalım oranları %15 kadardır (Yıldırım, 2014; Avcıkurt, Altun, 2018; Turan ve ark., 2019).

2.1.2. Etiyoloji ve Risk Faktörleri

HSK tanısında başlıca risk faktörü çoğunlukla karaciğer sirozudur. Çoğu durumda, kronik karaciğer hasarı ve sonrasında karaciğer sirozu için risk faktörü olan nedenler HSK için de risk faktörü oluşturmaktadır. Kronik HBV ve HCV infeksiyonları ile kronik alkol tüketimi, sirozun ve HSK gelişiminin başlıca nedenleridir (Yıldırım, 2014). Yalaki ve ark. (2018) tarafından yayınlanan toplam 127 hastanın dahil edildiği araştırmada, tespit edilen HSK vakalarının büyük çoğunluğunun kronik hepatit zemininde geliştiği; en sık nedenin HBV enfeksiyonu, ikinci nedenin ise HCV enfeksiyonu olduğu saptanmıştır. Etiyolojik olarak, ülkemizin de içinde bulunduğu gelişmekte olan ülkelerde sıklıkla viral hepatitler; gelişmiş batı dünyasında ise sıklıkla non-alkolik steatohepatit, HSK gelişimine zemin hazırlamaktadır. HSK gelişiminde daha az kritik olan risk faktörleri ise; erkek cinsiyet, ileri yaş, sigara kullanımı, obezite ve diyabet/insülin direnci, primer hemokromatoz gibi genetik sorunlar, alfa-1 antitripsin eksikliği, aflatoksin maruziyeti, karaciğerde aşırı demir (Fe) birikimi ve ailede var olan HSK öyküsüdür (Obuz, 2015; Bettinger ve ark., 2017).

Tüm HSK hastalarının %50'sinden fazlası HBV ile enfekte olduğundan, HBV dünya çapında HSK'nın birincil nedenidir. HBV ile ilişkili HSK'da hayatta kalma oranları son derece düşüktür, bu da HBV enfeksiyonunu önemli bir halk sağlığı sorunu haline getirmiştir. HBV, sahip olduğu DNA genomu ile yerleştiği konak hücrenin genlerini etkileyerek kanser oluşumuna yol açar. HSK için ikinci ana risk faktörü HCV'dir, dünya çapında HCV ile enfekte olan 170 milyon kişi vardır. HCV'den kaynaklanan HSK vakaları, dünya çapındaki HSK vakalarının %10-20'sini oluşturmaktadır. HCV, konak hücrenin kromozomlarına etki etmeden, kronik inflamasyon ve siroza neden olan RNA genomuna sahiptir (Çevik, 2014).

Uzun süreli ciddi alkol tüketimi (10 yıldan fazla, günde > 60 gr), siroz ve HSK gelişim riskini artırmaktadır. Alkol kullanımı ile HBV ve HCV enfeksiyonları arasında sinerjik bir etki vardır, alkolün doğrudan HSK'ya yol açtığı ile ilgili yeterli çalışma bulunmamaktadır. Aflatoksin, sıklıkla depolanmış mısır, soya fasülyesi ve yer fıstığını kontamine eden bir mikotoksindir. Kronik HBV enfeksiyonu olan kişilerde diyetle aflatoksin maruziyeti, HSK gelişimini arttırmaktadır (Turan, 2019). Obezite, HSK için bağımsız bir risk faktörüdür, hepatositler içinde lipit birikimi yoluyla karaciğer iltihabına yol açarak HSK gelişim riskini arttırır (Sun, Karin, 2012). Sigara ile HSK oluşumu arasındaki bağlantıya dair son kanıtlar sigara içmenin önemli bir ek faktör olduğunu desteklemektedir. Yapılan çalışmalarda, HIV

enfeksiyonunun, kronik viral hepatitli hastalarda HSK riskini artıran, ilave bir kofaktör gibi göründüğü kanıtlanmıştır (European Association For The Study Of The Liver, 2018).

2.1.3. Klinik Belirti ve Bulgular

Hepatosellüler karsinom genellikle erken evrede belirti vermez, asemptomatiktir; ancak ileri evrelerde hastalar tarafından fark edilmektedir. Hastalarda genellikle doğrudan tümöre özgü belirtiler gözlenmez. Hastaneye ilk başvuru, daha çok siroz ya da kronik hepatite bağlı şikayetler nedeniyle olur. Erken dönemde kilo kaybı, iştahsızlık, yorgunluk, laterji gibi belirtiler vardır. Hastalığın ilerlemesi ile birlikte sağ üst kadranda ağrı ve hassasiyet, tümörün boyutunun artması ile sağ üst kadranda palpe edilebilen kitle, şiddetli epigastrik ağrı, asit birikiminden dolayı abdominal distansiyon, kaşeksi, kaşıntı, bulantı, kusma, diyare, intraperitoneal kanama, sarılık, dehidratasyon ve halsizlik gibi sistemik belirtiler görülmektedir **(Tablo 2.1.3-1).** Hastalığın erken evrede tespit edilmesi tedavi şansını arttırarak sağkalım süresini uzatır (Uyanıkoğlu ve ark., 2013; Obuz, 2015; Schub, Holle, 2018).

Tablo 2.1.3-1: Hepatosellüler Karsinomda Görülen Belirti ve Bulgular

Belirtiler	**Sıklık**
Karın Ağrısı	59-95
Kilo Kaybı	34-71
Güçsüzlük	22-53
Karında Şişlik	28-43
Özgül Olmayan Gastrointestinal Belirtiler	25-28
Sarılık	5-28
Bulgular	**Sıklık**
Hepatomegali	54-98
Asit	35-61
Ateş	11-54
Splenomegali	27-42
Sarılık	4-35
Hepatik Üfürüm	6-25

Tablo 2.1.3-1: Hepatosellüler Karsinomda Görülen Belirti ve Bulgular

Kaynak: Ünek, T. (2019). Karaciğerin primer malign tümörleri. İçinde: O. Abbasoğlu (Ed.), *Karaciğer, Safra Yolları ve Pankreas Cerrahisi*. Ankara: Dünya Tıp Kitabevi; 77-112.

2.1.4. Tarama ve Tanılama Yöntemleri

HSK tanısı çoğu zaman, hastalığın tedavi edilemeyecek kadar ilerlemiş olduğu geç bir aşamada koyulur. HSK kontrolünde ve önlenmesinde en büyük zorluk, hastalığın mümkün

olduğu kadar erken tespit edilememesidir. Tanının erken koyulması, hastalığın sonuçlarını iyileştirmek için çok iyi bir fırsat sağlar. Hastalığın erken tespiti için risk gruplarına tarama programları uygulanmalıdır. HSK, bir tarama programı geliştirmek için gereken tüm kriterleri karşılamaktadır:

- Önemli morbidite ve mortaliteye sahip yaygın bir hastalıktır.
- HSK geliştirme riski altındaki popülasyon açıkça tanımlanmıştır.
- Uygulanan tarama testlerinin morbiditesi düşük ve tanısal doğruluğu yüksektir.
- Erken tanı koyulursa etkili tedaviler uygulanabilir (Ayuso ve ark., 2018).

HSK taraması; tümörü erken aşamalarda tespit etmeyi, küratif tedavileri kullanma fırsatını artırmayı ve sağkalımı iyileştirmeyi amaçlar. Tarama için hedef popülasyon, öncelikli olarak siroz hastalarıdır. Bununla birlikte HBV ya da HCV enfeksiyonu olan popülasyonlar, alkole bağlı olmayan yağlı karaciğer hastalığı olan bireyler, ailede karaciğer kanseri geçmişi olanlar, uzun süreli alkol kötüye kullanımı ve uzun süreli aflatoksinle kontamine yiyecek tüketen bireyler tarama için uygundur. 40 yaş üzeri erkek bireyler de HSK açısından yüksek risk altında olarak değerlendirilir (Zhou ve ark., 2018; Villanueva, 2019).

Tarama programlarında kullanılan ana yöntemler karaciğer ultrasonografisi ve serum Alfa-fetoprotein (AFP) seviyesinin tespit edilmesidir. Yüksek riskli popülasyonlar için minimum 6 ayda bir izlem önerilir. Karaciğer ultrasonografisi, kolay uygulanabilir ve düşük maliyetli olması, invaziv girişim gerektirmemesi ve intrahepatik alanı kaplayan lezyonları erken aşamada hassas bir şekilde tespit edebilir olması nedeniyle tarama ve tanı koyulmasında kullanılan başlıca görüntüleme yöntemidir. Serum AFP seviyesinin yüksek olarak saptanması (>400 ng/dl), HSK tanısında, izleminde ve prognozun belirlenmesinde kullanılmaktadır. Fakat HSK tanısı koyulan hastaların tümünde AFP yüksekliği gözlenmez. Yapılan çalışmalarda erken evre HSK tespiti için AFP duyarlılığının düşük olduğu (%60) saptanmıştır. HSK'nın ileri evrelerinde AFP düzeyi, erken evredeki düzeye göre daha yüksek seviyelere ulaşır. Bu nedenle serum AFP seviyesi, erken evreyi tanılama yerine ileri evreyi yansıtan bir klinik profil göstermektedir (Ayuso ve ark., 2018; Zhou ve ark., 2018; Ünek, 2019).

HSK tanısı koyulabilmesi için invaziv/invaziv olmayan uygulamalar ile hastada gözlenen patolojik bulgular temel alınmalıdır. Abdominal ultrasonografi (USG), bilgisayarlı

tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme (MR), renkli doppler USG, anjiyografi ve karaciğer biyopsisi HSK tanısı koymak için kullanılan uygulamalardır (Heimbach, 2018).

2.1.5. Evreleme

HSK'lı hastaların çoğunda kansere eşlik eden bir karaciğer hastalığı olduğundan (siroz gibi), prognostik değerlendirmeleri yapmak zordur. Sağkalım sürecinin öngörülmesi ve uygun tedavi planının seçilebilmesi için karaciğer kanserinin evrelendirilmesi çok önemlidir. Ayrıca evreleme, araştırmacıların bilgi paylaşımında bulunmalarına ve karşılaştırılabilir kriterlerle klinik araştırmalar tasarlamalarına yardımcı olur (European Association For The Study Of The Liver, 2018; Zhou ve ark., 2018; Villanueva, 2019).

HSK'da prognozu belirlemek için çoklu evreleme sistemlerinin geliştirilmesine rağmen [TNM sınıflaması, Okuda, MESIAH, ITA.LI.CA, Barselona Klinik Karaciğer Kanseri (BCLC) gibi] henüz evrensel olarak kabul görmüş bir evreleme sistemi bulunmamaktadır. Sağkalımı doğru tahmin etmek için, evreleme sistemleri sadece tümör yükünü değil, aynı zamanda karaciğer disfonksiyonunun boyutunu ve performans durumunu da ölçebilmelidir. Tüm bu bileşenler, 1999 yılında tanıtılan ve günümüzde en sık kullanılan evreleme sistemi olan BCLC algoritmasında ölçülmüştür. Bu algoritma, HSK'da klinik araştırma tasarımı için kıyaslama ölçütü olarak kabul görmektedir. Bu algoritmada HSK; çok erken dönem (0), erken dönem (A), ara dönem (B), ileri dönem (C) ve terminal dönem (D) olmak üzere 5 evrede değerlendirilir. Ülkemizde HSK evrelemesinde en sık "BCLC" sınıflaması ile "Child-Pugh" skorlaması kullanılmaktadır (Obuz, 2015; Villanueva, 2019; Onan, Pehlivan, 2020).

2.1.6. Tedavi

Günümüzde kullanılan yeni tedavi yöntemlerine rağmen HSK, tam tedavisi sağlanabilen bir hastalık değildir. Yapılan çalışmalarda 5 yıllık genel sağkalım oranının %15 olduğu görülmüştür. Karaciğer kanseri tedavisi, birden çok yöntemin kullanılmasını ve birden çok disiplinin bir arada çalışmasını gerektirir. Bu nedenle HSK yönetimi, multidisipliner bir tanı ve tedavi ekibi ile yapılmalıdır (Zhou ve ark., 2018; Ünek, 2019). HSK hastalarında, uygun tedavi seçeneklerinin belirlenebilmesi için tümör yükü, metastaz varlığı, altta yatan karaciğer fonksiyonları ve hastanın genel durumu gibi faktörler göz önünde bulundurulmalıdır. Bu doğrultuda HSK tedavi seçenekleri; cerrahi tedaviler (karaciğer rezeksiyonu ve karaciğer transplantasyonu), lokal ablatif tedaviler (radyofrekans ablasyon,

mikrodalga ablasyon, perkütan etanol enjeksiyonu, kriyoablasyon, lazer ablasyonu), transarteriyel tedaviler [transarteriyel kemoembolizasyon (TAKE), transarteriyel radyoembolizasyon (TARE)], radyoterapi (eksternal radyoterapi, selektif internal radyoterapi) ve sistemik tedaviler (sorafenib, lenvatinib, regorafenib, immünoterapi) olmak üzere beş gruba ayrılır (Obuz, 2015; Grandhi ve ark., 2016).

Karaciğer, rejenerasyon yeteneğine sahip olduğu için tümörlü dokunun rezeke edilmesi optimal tedavi seçeneği olarak görülmektedir. Cerrahi rezeksiyon optimal tedavi seçeneği olarak kabul edilse de, hastaların yalnızca %5 ila %15'i cerrahi tedavi için uygunluk gösterir. Cerrahi tedavi genellikle erken evre HSK hastaları için uygundur. Sirotik HSK hastalarında tipik olarak karaciğer rejeneratif kapasitesi azaldığı için rezeksiyon önerilmez. HSK'lı hastaların büyük çoğunluğunda altta yatan bir karaciğer hastalığı vardır, bu nedenle cerrahi girişim seçiminde tümörün yeri, boyutu ve karaciğer dokusunun durumu dikkate alınmalıdır. Kriterlere uyan erken evre HSK hastaları için rezeksiyon, düşük postoperatif mortalite (<%3) ile 5 yılda %60'ın üzerinde sağkalım oranına sahiptir. Yapılan çalışmalarda bu hastaların %70 kadarında 5 yıl içinde tümör nüksü görülmüştür. Bu nedenle rezeksiyon sonrası tüm hastalar yakın takip altında olmalıdır (Forner ve ark., 2018; Villanueva, 2019; Anwanwan ve ark., 2020).

Karaciğer transplantasyonu, rezeksiyon için uygun olmayan hastalara uygulanabilecek en iyi seçenektir. Çoğu hastada HSK siroz zemininde gelişir. Karaciğer transplantasyonu, altta yatan sirozu düzeltme ve cerrahi girişim sonrası karaciğer yetmezliği riskini azaltma gibi avantajlara sahiptir. Genellikle orta ya da şiddetli sirozu olan erken evre HSK hastaları için ilk tedavi yöntemi olarak tercih edilmektedir. Karaciğer transplantasyonuna uygun hastalar, nakil sonrası düşük nüks ve yüksek sağkalım oranlarına ulaşabilmek için, ilk olarak Mazzaferro ve ark. (1996) tarafından bulunan "Milan kriterleri" olarak bilinen maddeler doğrultusunda seçilmektedir **(Tablo 2.1.6-1).** Mazzaferro ve ark. (1996), Milan kriterlerini karşılayan ve karaciğer transplantasyonu yapılan HSK hastalarında 4 yıllık genel ve rekürranssız sağkalım oranlarını %85 ve %92 olarak göstermiştir. Transplantasyon sonrasında tümör nüks oranı %15'ten düşüktür. Milan kriterlerini karşılamayan HSK hastalarında transplantasyon, daha kötü sonuçlara neden olabilir (Liu ve ark., 2015; Mazzaferro ve ark., 2018).

Tablo 2.1.6-1: Milan Kriterleri
≤ 5 cm tek soliter kitle
≤ 3 cm en fazla 3 kitle
Makrovasküler invazyon yok

Tablo 2.1.6-1: Milan Kriterleri

Kaynak: Mazzaferro, V., Sposito, C., Zhou, J., Pinna, A. D., De Carlis, L., Fan, J., ... & Cucchetti, A. (2018). Metroticket 2.0 model for analysis of competing risks of death after liver transplantation for hepatocellular carcinoma. *Gastroenterology*, 154(1), 128-139.

Son yıllarda yaygın olarak kullanılan lokal ablasyon tedavisi, cerrahi rezeksiyon ya da transplantasyon için uygun olmayan erken evre HSK hastalarında küratif bir tedavi sağlamaktadır. Lokal ablasyon tedavisi, görüntüleme tekniklerinin rehberliğinde fiziksel ya da kimyasal yöntemler kullanılarak tümör dokularını doğrudan yok etmek için tasarlanmıştır. Bu yöntemle, tümöral dokuya termal, kimyasal ve radyoaktif toksik doz verilerek normal dokularda minimal toksisite sağlanmaktadır. Bu teknikler temel olarak radyofrekans ablasyon, mikrodalga ablasyonu, perkütan etanol enjeksiyonu, kriyoablasyon ve lazer ablasyonunu içerir. HSK tedavisinde kullanılan transarteriyel tedavi yöntemlerinin ise palyatif tedavi yöntemi olduğu gösterilmiştir (Grandhi ve ark., 2016; Zhou ve ark., 2017; Yakupoğlu, 2019).

Karaciğer transplantasyonu ve cerrahi rezeksiyon, HSK için tedavinin temel dayanağı iken, birçok hastaya tanı, cerrahi girişimin yapılamayacağı ileri evrelerde koyulmaktadır. Diğer kanserlerin tam aksine, HSK, sistemik kemoterapiye dirençlidir. Sorafenib tedavisi, 2007 yılından bu yana kullanılan, ileri evre HSK hastalarında sağkalımda fayda sağladığı gösterilen en önemli sistemik tedavi şeklidir (Grandhi ve ark., 2016; Yakupoğlu, 2019).

2.1.7. Hemşirelik Bakımı

2.1.7.1. Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı

HSK ameliyatları; sadece uzman, yetenekli ve tecrübeli cerrahlar tarafından yapılması gereken büyük, ciddi ve çok hassas bir girişimdir. Bununla beraber bu ameliyatlar profesyonel ve alanında uzman hemşireler de gerektirir. Cerrahlar, anestezistler, psikologlar ve hemşirelerden oluşan multidisipliner bir ekip, hastaların mümkün olan en iyi koşullarda ameliyata girmesi için tıbbi ve psikososyal desteğin sağlanmasında hazır olmalıdır (Liang ve ark., 2018; Zhang ve ark., 2020).

Ameliyat öncesi dönemde hastalara fonksiyonel, nutrisyonel, psikososyal ve bilişsel durum değerlendirmesi yapılması, ameliyat öncesi optimum fiziksel koşulların sağlanabilmesi için önemlidir. Karaciğer kanseri olan hastalar, cerrahi girişim öncesi dönemde büyük bir korku ve psikolojik baskı altında olur. Hastanın ameliyata psikolojik olarak hazırlanabilmesi için hastaya, ameliyat öncesi ve sonrası dönem ile ilgili gerekli açıklamalar yapılmalıdır. Yapılan çalışmalarda, hemşirelerin ameliyat öncesi dönemde hastalara yaptıkları eğitimsel ve psikolojik girişimlerin, hastaların ruhsal sıkıntısının azaltılmasında ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde etkinliği vurgulanmaktadır (Wang, 2019; Yıldız Fındık, Kızılcık Özkan, 2019).

Ameliyat öncesi dönemde hastanın klinik öyküsünün detaylı olarak alınması ve değerlendirilmesi önemlidir. Hastanın HSK dışında ek hastalıkları, kullandığı ilaçlar, beslenme durumu, bağırsak boşaltımı ve fiziksel aktivitelerini yerine getirme düzeyi değerlendirilmelidir. Abdominal distansiyon ve karında asit varlığı ile kilo değişimleri sorgulanmalıdır (Sapmaz ve ark., 2013). HSK'ya bağlı olarak hastalarda sarılık, peteşi, kanama gibi sorunlar görülebilir. İnsizyon öncesinde hastaların laboratuvar bulgularına ve özellikle INR (International Normalized Ratio) ve protrombin zamanı gibi kanama değerlerine dikkat edilmelidir. Anemisi, safra yolları obstrüksiyonu ve kötü beslenme kaynaklı koagülasyon bozuklukları olan hastalara ameliyat öncesi dönemde K vitamini enjeksiyonu yapılmalıdır. Ameliyat öncesi dönemde, hastaların kan grubu tayini yapılarak gerek halinde kullanılması için hastalara kan ürünü hazırlığı yapılmalıdır. Tıkanma sarılığı olan hastalara ameliyat öncesi dönemde biliyer drenaj uygulanır, ancak dren varlığı hastalarda enfeksiyona neden olabileceği için dikkatle takip edilmesi gerekir. Alkol bağımlısı hastalara ameliyattan en az 3 ay önce alkolü bırakması gerektiği anlatılır. Karında asit birikimi yara iyileşmesini geciktirebileceği için asit birikimi olan hastalarda tuz kısıtlaması ve diüretik ilaç kullanımı önerilmektedir (Thorat, Lee, 2013; Neil, 2015).

Ameliyat sonrası dönemde hastaların solunum sistemi fonksiyonları bozulabilir, bu nedenle ameliyat öncesinde hastanın solunum durumu değerlendirilerek hastaya derin solunum ve öksürme egzersizleri öğretilmelidir. Ameliyat öncesinde hasta ve ailesi ile etkili bir iletişim kurularak hastanın ve ailenin bakıma katılması sağlanmalıdır (Yıldız Fındık, Kızılcık Özkan, 2019).

2.1.7.2. Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı

Majör karaciğer rezeksiyonu uygulanan hastalarda solunumsal, metabolik, vasküler ve özellikle karaciğer fonksiyon bozuklukları gibi sorunlar gözlenir. Bu nedenle hastalar ameliyat sonrası durum stabilizasyonu sağlanana kadar yoğun bakım şartlarında takip edilmelidir. Hastanın yaşam bulguları, kan şekeri düzeyleri, karaciğer ve böbrek fonksiyonları sürekli takip edilir. Karaciğer rezeksiyonu gibi büyük ameliyatlar sonrasında hızlandırılmış iyileşme protokollerinin (ERAS) uygulanması, vücudun stres tepkisini ve organ işlev bozukluğunu azaltarak tam iyileşme için gereken süreyi kısaltır. Ameliyat sonrası komplikasyonları önlemek ve hastayı mümkün olan en kısa sürede sağlığına kavuşturmak için beceri ve dikkatli izlem gereklidir. Ameliyat sonrası hemşirelik bakımı; tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarından oluşan bütüncül bir süreci içerir (Kapritsou ve ark., 2014; Aksoy, Kanan, 2018).

Ameliyat sonrasında santral venöz basınç (SVB) yüksekliği, kalan karaciğer dokusunda kan birikimine neden olabilir, bu yüzden SVB değeri alt sınırlarda tutulmalıdır. Hastanın saatlik idrar çıkışı ve aldığı çıkardığı izlemi yapılarak sıvı dengesi sağlanmalıdır. Dren takibi yapılmalı ve yaranın durumu izlenerek uygun şekilde bakımı sağlanmalıdır. Ameliyat sonrası karaciğer fonksiyon bozukluğu nedeniyle glikojen sentezinde bozulmalar görülebilir ve bu durum hipoglisemiye yol açar. Hastaların kan glikoz değerleri dikkatle takip edilmelidir. Ameliyat sonrası hipoalbüminemi sıklıkla görülen bir sorundur ve vücutta yaygın ödeme yol açar. Hastaların günlük kilo izlemi ile sodyum ve sıvı kısıtlaması yapılarak ödem giderilebilir (He ve ark., 2015; Tüzün ve ark., 2015).

Ameliyat sonrası dönemde gelişebilecek solunum komplikasyonları önemli bir sorundur. Pnömoni ve pulmoner emboli gibi solunum komplikasyonlarından kaçınmak için hastaya derin solunum ve öksürme egzersizleri yaptırılmalı, hastanın olabildiğince en erken sürede mobilizasyonu sağlanmalıdır. Ameliyat sonrası dönemde hastanın mobilizasyonu büyük önem taşır ve hemşirenin sorumluluğundadır. Hemşireler ayrıca ameliyat sonrası dönemde, anestezi ve ameliyat sürecini takiben en sık görülen yan etkilerden ikisi olan bulantı ve kusmaya odaklanmalıdır. Ameliyat sonrası hastaların ağrı yönetimi, iyileşme süreci için çok önemlidir. Ağrı yönetimindeki son gelişmeler, opioid kullanımının mide bulantısı ve kusmayı arttırdığını, bu nedenle opioid olmayan multimodal analjeziklerin kullanılması gerektiğini göstermektedir. Ameliyat sonrası erken dönemde oral beslenmeye geçilmesi; malnütrisyon riskinin azaltılması ve serum albümin değerinin normale dönmesi için çok

önemlidir. Protein açısından zengin besinler ile beslenmek, ameliyat sonrası karaciğer yenilenmesini hızlandırır (Kapritsou ve ark., 2014; Arslan, Erdem, 2017).

Ameliyat sonrası dönemde hastalarda anksiyete, depresyon, uyku bozuklukları gibi psikolojik sorunlar görülebilir. Hasta psikolojik açıdan değerlendirilerek desteklenmelidir. Hemşirelerin psikolojik desteği, ameliyat sonrası dönemde hastalarda kaygı, sıkıntı, uyku ve yorgunluğun hafifletilmesinin yanı sıra ruhsal iyilik üzerinde de önemli bir etkiye sahiptir. Ameliyat sonrası dönemde holistik ve hümanist düşünceler ışığında yapılan hemşirelik girişimleri; hastaların fiziksel, bilişsel durumunu ve hastalık ciddiyetini kapsamlı şekilde değerlendirerek etkili iyileştirmeyi amaçlayan hedefli, organize ve ayrıntılı hemşirelik protokolleri oluşturmada yardımcı olur. Yapılan çalışmalarda kapsamlı hemşirelik uygulamalarının, hastalarda ameliyat sonrası komplikasyon insidansını önemli ölçüde azalttığı ve hastaların iyileştirilmesinde olumlu bir rol oynadığı ortaya çıkmıştır (Wang ve ark., 2019).

2.2. PANKREAS KANSERİ

2.2.1. Epidemiyoloji

Pankreas kanseri, dünya çapında tüm kanser türleri içinde en ölümcül malign neoplazmlardan biridir. Gelişmiş ülkelerde kanser ölümlerinin önde gelen nedenlerinden biridir. Pankreas kanseri; akciğer, prostat/meme ve kolon kanserinden sonra Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) kanser ölümlerinin dördüncü önde gelen nedenidir. Ülkemizde ise gastrointestinal kanser ile ilişkili ölümlerde mide ve kolon kanserinden sonra üçüncü sırada yer almaktadır (Gupta ve ark., 2017; Ilic, Ilic, 2017; Çetin, Dede, 2019). Pankreas kanseri, tüm kanserlerin %3'ünü ve tüm kanser kaynaklı ölümlerinin %7'sini oluşturmaktadır. Pankreas kanserinin iki ana tipi, adenokarsinom (vakaların yaklaşık %85'ini oluşturur) ve pankreas endokrin tümörleridir (tüm vakaların % 5'inden azını oluşturur). Pankreas adenokarsinomunun 2030 yılına kadar kansere bağlı ölümlerin ikinci önde gelen nedeni olması beklenmektedir (Ilic, Ilic, 2017; King, Nehoray, 2019).

Pankreas kanseri tanısı, erken semptomların ve doğru tanısal belirteçlerin olmaması nedeniyle genellikle ileri bir aşamada koyulur. Vakaların % 9,7'si lokalize olarak, %50'den fazlası ise uzak metastazlar ile belirti gösterir. Pankreas kanseri genellikle ileri yaşlarda ortaya çıkar, ortalama tanı koyulma yaşı 70'tir. Vakaların sadece %2,5 kadarı 45 yaşın altındadır. Pankreas kanseri oranları, son on yılda her yıl ortalama %0,5'lik bir artışla, yavaş yavaş

artmaktadır. Pankreas kanseri erkeklerde kadınlara göre daha yüksek oranda görülmektedir. Son yıllarda, pankreas kanseri ölümleri her iki cinsiyette de artmaktadır. Pankreas kanseri, 5 yıllık göreceli sağkalım oranı yaklaşık %9'dur. Bununla birlikte, metastaz ile tanı koyulan hastalarda 5 yıllık göreceli sağkalım oranı %3 olarak belirtilmektedir (Lindquist ve ark., 2018; Ansari ve ark., 2019; Li ve ark., 2020).

2.2.2. Etiyoloji ve Risk Faktörleri

Pankreas kanseri, etiyolojisinde hem genetik hem de çevresel faktörlerin rol aldığı çok yönlü bir hastalıktır. Pankreas kanseri için bilinen risk faktörleri arasında sigara kullanımı, ileri yaş, erkek cinsiyet, obezite, yüksek beden kitle indeksi (BKİ), diabetes mellitus, alkol kötüye kullanımı, düşük fiziksel aktivite, genetik duyarlılık, ailede kanser öyküsü (özellikle pankreas malignitesi), geçmişte batına radyasyon uygulanması ve kronik pankreatit yer almaktadır (Siri, Salehiniya, 2020).

Sigara kullanımı, pankreas kanseri gelişimine neden olduğu düşünülen çevresel faktörler arasında en güçlüsüdür. Yapılan çalışmalarda sigara kullanımının pankreas kanseri görülme olasılığını iki kat arttırdığı gözlenmiştir. Diyabet ve pankreas kanseri arasındaki bağlantı uzun yıllardır incelenmektedir. Uzun süredir devam eden diabetes mellitus, artan pankreas kanseri ile ilişkiliyken; yeni başlayan diabetes mellitus, özellikle 50 yaşın üzerindeki bireylerde pankreas kanseri varlığının bir belirtisi olabilir. Obezite ve BKİ'de artış ile pankreas kanseri görülme sıklığı doğru orantılı olarak artar. Bir çalışmada pankreas kanseri için en yüksek risk grubunun BKİ>35 olan hastalar olduğu görülmüştür (Balık, Borazan, 2019).

Ailede pankreas kanseri öyküsü olan bireyler yüksek kanser risk grubundadır. Çeşitli germ hattı genetik mutasyonları, pankreas kanseri gelişiminde rol oynar. BRCA2 mutasyonunda pankreas kanseri, meme, yumurtalık, prostat kanseri riski artmaktadır. Kalıtsal pankreatit, Lynch sendromu ve Peutz-Jeghers sendromunun artan pankreas kanseri riski ile ilişkili olduğu görülmüştür. Kronik pankreatit, pankreas kanseri için risk faktörü olduğu gibi, pankreas kanserinin erken belirtisi de olabilir. Kronik pankreatiti olan hastalarda kronik pankreatiti olmayan kişilere kıyasla pankreas kanseri görülme riski 2,71 kat daha fazladır (Olson, Kurtz, 2013; Goral, 2015).

2.2.3. Klinik Belirti ve Bulgular

Pankreas kanserinde klinik bulgular, esas olarak tümörün konumuna, çapına ve tanı sırasındaki evresine bağlıdır. Pankreasın başında lokalize olan pankreas duktal adenokarsinomu (%70-%80), pankreas gövdesinde ya da pankreas kuyruğunda gelişen tümörlere göre (% 20-%30) daha hızlı semptom gösterir. Bununla birlikte, pankreas kanseri olan hastalar genellikle asemptomatiktir. Pankreas kanseri olan hastalarda %70-80 oranında epigastriumda ağrı görülür. Ağrı mide bölgesindedir ve bazen yanlara ya da sırta doğru yayılabilir. Hareketsiz oturmak ya da öne eğilmek ağrıyı hafifletir. Pankreas kanserli vakaların %50'sinden fazlasında diabetes mellitus mevcuttur. Pankreas kanseri hastalarının %80'inden fazlası tanı anında kilo kaybı bildirmiştir ve bu hastaların üçte birinden fazlası ilk vücut ağırlıklarının %10'undan fazlasını kaybetmiştir (Goral, 2015; Neuzillet, 2018).

En sık görülen semptomlar; asteni (%86), kilo kaybı (%85), iştahsızlık (%83), karın ağrısı (%79), koyu renkli idrar (%59), sarılık (%56), bulantı (%51) sırt ağrısı (%49), ishal (%44), kusma (%33) ve tromboflebittir (%3). En sık görülen belirtiler ise; sarılık (%55), hepatosplenomegali (%39), kaşeksi (%13), Courvoisier işareti (%13), epigastrik kitle (%9) ve asittir (%5). Pankreas başındaki kanserlerde safra kanalının tıkanması nedeniyle ilerleyici ve koyu sarılık görülür. Özellikle karın, göbek ve mide çevresinde kalıcı ağrı, hazımsızlık, şişlik, kilo kaybı ve iştahsızlık varlığında hekim, pankreas kanseri olasılığını göz önünde bulundurmalıdır (Goral, 2015; Gupta ve ark., 2017).

2.2.4. Tarama ve Tanılama Yöntemleri

Pankreas kanseri taramasında, kanserin erken dönemde tespit edilebilmesi için hassas ve spesifik belirteçlerin olmaması bir sınırlamadır. Taramanın, düşük pankreas kanseri insidansı ve ucuz, kolay ve doğru bir tarama testinin olmaması nedeniyle genel popülasyonda uygulanması mümkün değildir. Pankreas kanseri taraması, ancak önceden tespit edilen yüksek risk gruplarında gerçekleştirilebilir. Yüksek risk grupları arasında aile öyküsü (pankreas kanseri olan en az 2 tane birinci derece akrabası olan bir ailenin üyeleri) ve Peutz-Jeghers sendromu (yaşam boyu pankreas kanseri riski %36) da dahil olmak üzere kalıtsal pankreas sendromları, ailesel atipik çoklu mol melanom sendromu (yaşam boyu risk %17), kalıtsal pankreatit hastaları (yaşam boyu risk %49), birinci derece pankreas kanseri olan BRCA2 taşıyıcısı ve birinci derece pankreas kanseri olan Lynch sendromu hastaları bulunur. Bu

yüksek risk grupları arasında, yeni başlayan diabetes mellitusu olan hastalar, erken pankreas kanseri için tarama hedefi olabilir (Lin ve ark., 2015; Zhang ve ark., 2018).

Tarama ve tanı koyulmasında radyolojik tetkikler önemli bir yer tutar. En sık kullanılan görüntüleme yöntemleri; endoskopik ultrasonografi (EUS), BT, manyetik rezonans görüntüleme (MRG), endoskopik kolanjiografi, endoskopi, anjiografi ve endoskopik retrograd kolanjio-pankreatografi (ERCP) dir. Yapılan çalışmalar, MRG ve EUS'nin pankreas neoplazilerinin erken teşhisi için BT'den daha iyi olabileceğini ortaya koymuştur. Bu nedenle, ilk taramada BT yerine EUS ya da MRG kullanılması önerilmiştir. Tarama tipik olarak, erken pankreas kanseri başlangıcı olasılığına karşı kalıtsal pankreatitli PRSS1 mutasyon taşıyıcılarında 40 yaşında başlar. Diğer yüksek riskli popülasyonlarda, taramanın hangi yaşta başlaması gerektiği konusunda bir fikir birliği yoktur. Uygun maliyetli ve pratik olması için, kan örneklerinden ölçülebilen biyobelirteçler gibi daha kolay tarama yöntemleri gereklidir. Pankreas kanseri tanısında, kanser antijeni olan CA 19-9 tümör belirteci, kliniklerde tanılama için en sık kullanılan serum belirtecidir. Fakat bu biyobelirtecin, pankreas malignitesi için bir tarama aracı olarak kullanımı, düşük duyarlılık (%80) ve özgüllük (%73) gibi nedenlerle sınırlıdır. Bu nedenle görüntüleme, pankreas kanseri taraması ve erken kanser teşhisi için en umut verici araç olmaya devam etmektedir (Hanada ve ark., 2015; Lindquist ve ark., 2018).

2.2.5. Evreleme

Pankreas kanserinde evreleme; tümör boyutuna, pankreas içindeki lokasyonuna, çevredeki damarların tutulumuna ve metastatik hastalığın varlığına dayanarak yapılır. Evreleme için yaygın olarak kullanılan sistem, American Joint Committee on Cancer (AJCC)'in tümör, lenf nodu ve metastaz varlığının (TNM) baz alındığı sistemdir. T evresi, tümörün boyutuna ve lezyonun komşu damarlarla temas olsun ya da olmasın pankreasın ötesine uzanıp uzanmadığına bağlıdır. Bölgesel lenf düğümü (N) ve uzak metastaz (M) aşamaları, bölgesel lenf düğümlerine ya da diğer uzak bölgelere metastazın yokluğuna veya varlığına dayanır (Tsai ve ark., 2016; Vreeland, Katz, 2018).

2.2.6. Tedavi

Pankreas kanserinin tek küratif tedavisi tümörün cerrahi olarak rezeke edilmesidir. Ancak pankreas kanseri tanısı genellikle geç aşamalarda koyulduğu için, hastaların %20'sinden daha azı küratif rezeksiyon için uygundur. Yapılan araştırmalara göre tanı koyulma sırasında hastaların %50'sinde uzak metastaz, %35'inde ise lokal ilerlemiş hastalık bulunmaktadır. Cerrahi rezeksiyon girişiminin tipi; tümörün yerleşim yerine, büyüklüğüne ve metastaz yapma durumuna göre belirlenir. Pankreas başında lokalize olan tümörlerde pankreatikoduodenektomi (Whipple prosedürü) standart iken, gövde ve kuyruk tümörlerinde genellikle distal pankreatektomi uygulanmaktadır. Pankreatikoduodenektomi sonrası pankreatik fistül oluşumuna bağlı kanama, ameliyat sonrası kalıntı bölgede nüks, periampuller tümörlerde pankreasın sol tarafa doğru gelişmiş olması gibi durumlarda ise total pankreatektomi gereklidir. Cerrahi rezeksiyonun amacı tümör hücreleri içermeyen cerrahi sınır (R0 rezeksiyonu) elde etmektir. Çünkü R0 rezeksiyonu, mikroskobik tümör rezeksiyonu (R1 rezeksiyonu) ile karşılaştırıldığında önemli ölçüde iyileşmiş sağkalım oranına sahiptir (Lin ve ark., 2015; McGuigan ve ark., 2018; Rezende ve ark., 2019).

Pankreatikoduodenektomi ameliyatında, pankreas başı ve boynu, midenin distal kısmı, duadenum, jejenum başlangıcı, koledok kanalı, safra kesesi ve bölgesel lenf nodları çıkarılmaktadır. Distal pankreatektomide pankreasın gövde ve kuyruk kısmı, gerekli durumlarda da dalak ve lenf nodları çıkarılır. Total pankreatektomide ise pankreas, safra kesesi ve ana safra kanalı, midenin bir bölümü, ince bağırsağın bir bölümü, dalak ve komşu lenf nodları çıkarılır. Pankreas kanseri olan hastaların önemli bir kısmı hastaneye sarılık şikayeti ile başvurmaktadır. Bunun ameliyat öncesi ve sonrası dönemde koagülopati ile artmış enfeksiyon ile ilişkili komplikasyonlar açısından etkileri olabilir. Genellikle tıkanma sarılığı olan bu hastalarda rezeksiyon öncesinde safra drenajı yapmak gerekebilir (McGuigan ve ark., 2018; Altun Uğraş, 2019).

Cerrahi yaklaşım, uzun yıllar önce oldukça yüksek riskli bir girişim iken günümüzde zorlu, ancak nispeten güvenli bir tedavi seçeneğine dönüşmüştür. Evre I/ II aşamasındaki pankreas kanseri hastaları cerrahi rezeksiyondan fayda görebilir. Bununla birlikte, ameliyat tek başına yetersizdir. Ameliyat sonrası dönemde birinci yılın sonunda hastaların yaklaşık yarısında, ikinci yılın sonunda ise %80'inde lokal nüks görülür. Bu nedenle rezeksiyon sonrası tümörün evresine bakılmaksızın tüm hastalara, standart tedavi yöntemi olarak adjuvan kemoterapi uygulanmaktadır. Adjuvan kemoterapi uygulaması, ameliyat sonrası ilk 3 ay

içinde başlamalıdır. Günümüzde en sık kullanılan iki kemoterapi protokolü FOLFIRINOX ve gemsitabin+capesitabin kombinasyonlarıdır. Evre III, sınırda rezeke edilebilir kanserli hastalara ise, rezeksiyondan önce neoadjuvan tedavi uygulanmalıdır (Neuzillet ve ark., 2018; Zhu ve ark., 2018; Balık, Borazan, 2019; Strobel ve ark., 2019).

2.2.7. Hemşirelik Bakımı

2.2.7.1. Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı

Pankreas kanseri cerrahisi öncesinde hastaların genel durumlarını ve organ fonksiyonlarını değerlendirmek çok önemlidir. Bunun için hastaların ameliyat öncesi dönemde kapsamlı şekilde anamnezi alınarak fizik muayene ve değerlendirmesi yapılmalıdır. Hastaların hipertansiyon, diyabet, kalp hastalığı gibi kronik hastalıkları ve gastrointestinal kanama ve abdominal cerrahi öyküsü gibi geçmişte yaşadığı önemli sağlık problemleri değerlendirilmelidir. Hastanın genel durumunu değerlendirmek ve ameliyatın güvenliğini sağlamak için kalp, karaciğer ve böbrek fonksiyonlarının değerlendirilmesi, protrombin zamanı, elektrolit seviyeleri, kan gazı analizi, CA 19-9, BT ya da MRI incelemelerine tam olarak odaklanılmalıdır (Mellon ve ark., 2015; Lei ve ark., 2020).

Pankreas kanserli hastaların büyük bir kısmında tümöre bağlı malnütrisyon ve kaşeksi (son 6 ay içinde %10 ve fazlası kilo kaybı olması) görülür ve bu durum cerrahi girişim için önemli bir risk faktörü oluşturur. Cerrahiye aday hastaların beslenmesi, ameliyat sonrası komplikasyon riskini azaltacağından oldukça önemlidir. Bu nedenle hastaların proteinden zengin ve kan şekerini dengeleyen besinler tüketmesi desteklenmelidir. Ameliyat öncesinde önemli kilo kaybı olan hastalar için beslenme (parenteral, enteral ya da oral/ yudumlu beslemeler) planlamasının yapılması önerilmektedir. Besin takviyesinin yanında gerekli durumlarda vitamin takviyesi de yapılabilir. Hastalara günlük kilo takibi yapılmalıdır. Özellikle sarılığı olan hastalarda sıvı kaybı riski çok önemlidir ve dikkatle izlenerek hastaların sıvı alımı desteklenmelidir. Pankreas kanserli hastalarda diyare, bir semptom olarak görülebilir, hastalar diyare gelişimi açısından izlenmelidir. İleri evre pankreas kanseri hastalarında beslenme gereksinimleri enteral beslenme ile karşılanabilir (Weimann ve ark., 2017).

Büyük ameliyatlardan önce sarkopeni ve viseral yağ dokusu kaybından kaçınmak, ameliyat sonrası sonucun iyileşmesine katkıda bulunabilir. Bu nedenle, fiziksel egzersiz, besin takviyeleri ve anksiyeteyi azaltma stratejilerini içeren çok modlu bir ön rehabilitasyon

programı, hastanın vücut kompozisyonunu ve fiziksel performansını optimize edebilir. Bu ön rehabilitasyon programının hasta üzerinde etkili olabilmesi için, ameliyattan en az 3-6 hafta önce başlanması gerekir (Melloul ve ark., 2020).

Sigara ve alkol tüketimi; cerrahi alan enfeksiyonu, pulmoner komplikasyonlar, hastanede kalış süresinin uzaması ve yoğun bakım ünitesinde uzun süreli yatış gibi artmış ameliyat sonrası komplikasyonlar ile ilişkilidir. Bu nedenle sigara ve alkol kullanan hastalarda, ameliyattan 4-8 hafta önce kullanım bırakıldığında ameliyat sonrası dönem komplikasyonlarında %20-30 oranında mutlak bir risk azalması bildirilmiştir. Hastalar ameliyat öncesinde bu konu ile ilgili bilgilendirilmelidir (Melloul ve ark., 2020).

Pankreas kanserli hastalar ve yakınları, operasyon süreci ve ameliyat sonrası iyileşme konusundaki deneyimsizlikleri nedeniyle genellikle stres ve korku yaşama eğilimindedir. Hasta ve aileye ameliyat sonrası iyileşme süreci hakkında bilgi verilmelidir. Böylece hastaların konfor düzeyleri arttırılarak, endişeleri giderilir. Süreç hakkında bilgi sahibi olmak, hastanın tedavilerine ve öz bakımlarına aktif katılımlarında işbirlikçi tutumlarını kolaylaştırır (Reure ve ark., 2016; Lei ve ark., 2020).

2.2.7.2. Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı

Pankreas kanser cerrahisi sonrası hastalara, rutin bakım girişimleri uygulanır. Ameliyat sonrası dönemde karın içine ya da gastrointestinal sistem içine kanama olabileceğinden, yaşam bulgularının normal sınırlarda olmaması kanama belirtisini gösterebilir. Hastanın yaşam bulguları dikkatle izlenerek normalin dışındaki bulgular hekime bildirilmelidir. Hasta abdominal distansiyon, yara yeri ya da drenaj tüplerinden hemorajik sızıntı, melena gibi kanama bulguları yönünden takip edilmelidir (Lermite ve ark., 2013; Aksoy, Kanan, 2018).

Hasta yarı fawler pozisyonunda takip edilmelidir, böylece akciğerlerin genişlemesi kolaylaştırılarak insizyon bölgesine uygulanan basınç azaltılır. Hastaya belirli aralıklarla derin solunum ve öksürme egzersizleri yaptırılmalıdır. Ameliyat sırasında ve sonrasında hastalarda görülen kan kaybı ve buna ek olarak drenaj tüpleri ile oluşan sıvı kayıpları nedeniyle hastaların sıvı elektrolit dengesinde bozulmalar meydana gelebilir. Hastanın drenleri kontrol edilerek bakımı yapılmalı, drenajın rengi ve gelen miktarı takip edilmelidir. Hastalara aldığı çıkardığı izlemi yapılmalı, hastanın kan değerleri takip edilmelidir. Kapsamlı bir cerrahi girişim olan pankreas kanseri ameliyatı sonrasında hastalarda ağrı görülür. Ağrıyı arttıran ve

azaltan faktörler belirlenmeli ve ağrının etki mekanizması tanımlanmalıdır. Analjeziklerin hekim istemine göre uygulanması ile ağrı kontrol altına alınmaya çalışılır (Arslan, Erdem, 2017; Altun Uğraş, 2019).

Ameliyat sonrası fistül oluşumu, görülebilecek en ciddi komplikasyonlardan biridir. Ateş, taşikardi, ağrı ve genel durum bozukluğu fistül varlığına işaret eden belirtilerdendir. Hasta peritonit bulguları yönünden takip edilmeli ve bulgular varlığında hekim bilgilendirilmelidir. Fistül oluşması ameliyat sonrası morbidite, mortalite ve hastanede kalış süresini arttırmaktadır. Ameliyat sonrası görülebilecek bir diğer komplikasyon gecikmiş mide boşalması ve ileustur. Bu hastalarda oral beslenme tolerasyonu azdır, bu nedenle uzun süreli gastrik dekompresyon ve beslenme desteğine ihtiyaç duyulur. Hastaların bağırsak sesleri dinlenerek defekasyon durumu sorgulanmalıdır (Abbasoğlu, 2019; Altun Uğraş, 2019).

Ameliyat sonrası yatak istirahati uzadıkça pulmoner fonksiyonlarda bozukluklar olur ve tromboemboli riski artar. Ameliyat sonrası erken dönemde hastanın mobilize olması desteklenmelidir. Ameliyat sonrası hastalar başlangıçta enteral yolla beslenmelidir. Parenteral beslenme, hasta enteral beslenmeyi tolere edemiyorsa yapılmalıdır. Hastalarda oral beslenmeye en kısa sürede geçilmeli ve yara iyileşmesini hızlandırmak için proteinden zengin diyet ile beslenmesi desteklenmelidir. Pankreas kanser cerrahisi sonrası hastalarda geçici ya da kalıcı hiperglisemi görülebilir. Hastaların kan glikoz düzeyi sık aralıklarla takip edilmeli ve gerekiyorsa insülin uygulaması yapılmalıdır (Kanan, 2018; Arslankılıç ve ark., 2020).

Cerrahi rezeksiyon geçiren pankreas kanserli hastalarda, fizyolojik durumun yanısıra psikolojik durum da önemlidir. Ameliyat sonrası dönemde hastalarda yaygın olarak endişe, anksiyete, depresyon, uykusuzluk gibi semptomlar görülür. Hasta ve ailesi duygusal açıdan desteklenmelidir (Burrell ve ark., 2018).

2.3. SAFRA KESESİ KANSERİ

2.3.1. Epidemiyoloji

Safra yolu kanserleri; intrahepatik safra yolları kanserleri, ekstrahepatik safra yolları kanserleri ve safra kesesi kanserleri olarak üç bölüme ayrılır. Safra kesesi kanseri, nispeten nadir bir hastalık olmasına rağmen, dünya çapında safra yolu kanserlerinin %80-95'ini oluşturan, safra yollarında en sık görülen malignitedir. Bu kanser, tüm gastrointestinal sistem kanserleri arasında 6. sırada yer alır ve genellikle %5'in altında 5 yıllık sağkalım oranıyla oldukça ölümcül bir hastalık olarak kabul edilir. Safra kesesi kanserli hastalar için genel

ortalama sağkalım oranı 6 aydır. Safra kesesi kanseri, batı ülkelerinin çoğunda nadir görülen bir malignitedir. Bu karsinoma gelişmiş ülkelerde nadir görülmekle birlikte, bazı gelişmekte olan ülkelerde daha yaygındır ve tanı koyulan ilk aşamada semptomların görülmemesi ile karakterizedir. Safra kesesi kanseri insidansının epidemiyolojik eğilimleri, coğrafi bölgelere göre önemli ölçüde değişiklik göstermektedir. Mevcut verilere göre safra kesesi kanseri, 2018 yılında dünya genelinde insidans açısından 20. sırada ve ölümlerde 17. sırada yer alarak yeni kanser vakalarının %1,3'ünü ve kansere bağlı ölümlerin %1,7'sini temsil etmiştir. Kadınlarda erkeklerden daha sık görülen birkaç kanserden biridir, erkeklere kıyasla kadınlarda üç ila altı kat daha yüksek insidans gösterir. Ek olarak, safra kesesi kanseri görülme sıklığı yaşla birlikte tutarlı bir şekilde artar. Safra kesesi kanseri tanısı koyulan kişilerin üçte ikisinden fazlası 65 yaşın üzerindedir ve ortalama tanı yaşı 72'dir (Wernberg, Lucarelli, 2014; Henley ve ark., 2015; Sharma ve ark., 2017; Schmidt ve ark., 2019; Ramachandran ve ark., 2021).

2.3.2. Etiyoloji ve Risk Faktörleri

Safra kesesi kanserinin etiyolojisi tam olarak anlaşılamamıştır ancak, kanser gelişimi çeşitli genetik ve çevresel faktörlerle ilişkilendirilmiştir. Safra kesesinin kronik enfeksiyonu, belirli kimyasallara ya da ağır metallere maruziyet, diyet faktörü ve hatta birçok çevresel maruziyetin safra kesesi kanseri oluşumu ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Safra kesesi kanseri için risk faktörleri; hasta demografisi, safra kesesi anomalileri, çevresel maruziyetler ve enfeksiyonlar olmak üzere dört geniş kategoride incelenebilir. Demografik faktörler içinde ileri yaş, kadın cinsiyet, obezite, coğrafya, etnik köken ve genetik yatkınlık yer alır. Safra kesesi kanseri oluşumunda; safra kesesi patolojileri/anomalileri, kolelitiazis, porselen safra kesesi, safra kesesi polipleri, doğuştan safra kistleri ve pankreatikobilier malfonksiyon anomalileri risk faktörleridir. Özellikle safra kesesi taşları olarak da adlandırılan kolelitiazis, safra kesesi kanseri vakalarının %70-90'ında görüldüğünden, safra kesesi kanseri için en güçlü ilişkili risk faktörlerindendir. Kolelitiazisin bireylerin çoğunda safra kesesi kanseri geliştirmediği ve safra taşı vakalarının sadece %0,5 ila %3'ünün safra kesesi kanseriyle sonuçlandığını belirtmek önemlidir. Ağır metallerin, bazı ilaçların, uzun süreli sigara kullanımının ve Salmonella ve Helicobacter enfeksiyonlarının da safra kesesi kanseri için risk faktörü oluşturduğu bilinmektedir. Risk faktörlerinin çoğu iltihaplanma ile ilgilidir; safra kesesi mukozasının kronik enflamasyonu, displaziden karsinomaya ilerlemeyi tetikleyebilir (Kanthan ve ark., 2015; Sharma ve ark., 2017; Schmidt ve ark., 2019; John ve ark., 2020).

2.3.3. Klinik Belirti ve Bulgular

Safra kesesi kanseri, kansere özgü spesifik semptomlardan daha çok, hastalığa özgü olmayan semptomlar gösterir. Hastaların çoğunluğu asemptomatiktir. Semptomatik olanlarda ise diğer bilier sistem hastalıklarına benzer semptomlar görülmesi nedeniyle ayırt edilmesi zordur. Sağ üst kadran ağrısı, sarılık, bulantı, kusma, iştahsızlık ve kilo kaybı hastalığın başlıca semptomlarıdır. Sağ üst kadran ağrısı en sık görülen semptom iken, hastaların çok az bir kısmında (%3-8) ele gelen kitle bulunur. Erken evre safra kesesi kanseri tipik olarak, bir arada bulunan kolelitiazis ya da kolesistitin tanılanması için görüntüleme sırasında ya da cerrahi sırasında tesadüfen tespit edilir. İleri evre hastalarda ise sistemik semptomlar nedeniyle sarılık gelişir (American Cancer Society, 2018; Ramachandran ve ark., 2021).

2.3.4. Tarama ve Tanılama Yöntemleri

Safra kesesi kanseri için riskli grupta yer alan hastalara, hastalığın erken dönemde tanılanması ve önlenmesi için tarama testleri uygulamak faydalıdır. Ancak bilier sistem kanserlerini tespit etmek için etkin bir tarama yöntemi bulunmamaktadır. CEA ve CA 19-9 gibi serum belirteçleri safra kesesi kanserinin erken teşhisi için test edilmiştir. Bazıları şüpheli vakaların teşhisine ve safra kesesi kanserinin prognozuna katkıda bulunsa da, çok düşük özgüllüğe sahip olmaları, erken teşhis için kullanılmalarını engellemektedir (Salazar ve ark., 2019).

Safra kesesi kanserinin semptom ve bulguları belirsiz olduğu için cerrahi girişim öncesinde tanılanması oldukça zordur. Çoğu safra kesesi kanseri, diğer endikasyonlar için yapılan kolesistektomi sırasında ya da sonrasında tesadüfen teşhis edilir. Görüntüleme, safra kesesi kanserinin saptanmasında, evrelendirilmesinde ve tedavisinde kritik bir rol oynar. Safra kesesi kanseri, görüntülemede duvar kalınlaşması, polip ya da kitle lezyonu olarak kendini gösterir. Görüntüleme için; USG, EUS ve kontrastlı ultrasonografi (CEUS), BT taraması, MRG ve pozitron emisyon tomografisi (PET CT) sıklıkla kullanılan yöntemlerdir. USG, safra kesesi kanserinden şüphelenildiğinde en sık kullanılan görüntüleme yöntemidir. İlerlemiş hastalıkta, ultrason ile görüntülemenin duyarlılığı ve özgüllüğü sırasıyla %85 ve %80'dir (Kanthan ve ark., 2015; John ve ark., 2020; Ramachandran ve ark., 2021).

2.3.5. Evreleme

Safra kesesi kanserinin evrelenmesinde, diğer kanserlerin çoğunda olduğu gibi, AJCC tarafından geliştirilen TNM evreleme sistemini kullanır. Burada T, safra kesesi ya da komşu organlardaki tümör büyümesini; N, lenfatik yayılmayı ve M, herhangi bir metastaz kanıtını tanımlar (Wernberg, Lucarelli, 2014).

2.3.6. Tedavi

Safra kesesi kanseri için tek küratif tedavi tam cerrahi tümör rezeksiyonudur. Safra kesesi, portal ven gibi hayati yapılara anatomik olarak komşu olduğundan ve bu malignitenin erken lenfatik metastazlarla hepatik invazyon eğilimi olduğundan, tam bir rezeksiyon sağlamak genellikle zordur. Tümör mukoza ile sınırlıysa hastaların %80'inden fazlası cerrahi olarak tedavi edilebilir. Tümör seroza ve kas tabakasına invaze olmuşsa, %5'inden azı tedavi edilebilir. Karaciğer metastazı, venöz ve lenfatik invazyon ve lenf nodu metastazı varlığında ise genellikle cerrahi tedavi şansı olmaz. Bu hastalarda yaşam kalitesini iyileştirmeye yönelik olarak palyatif rezeksiyonlar yapılabilir ya da kemoterapi ve radyasyon kombinasyonları kullanılabilir (Wernberg, Lucarelli, 2014; Kanthan ve ark., 2015; Qadan, Kingham, 2016; Ebata ve ark., 2017).

Uygun cerrahi girişim yöntemine, TNM evreleme sistemi kullanılarak karar verilir. T1a (tümör invazyonlu lamina propria) tümörleri basit kolesistektomi ile kökten tedavi edilirken; T1b (tümör invazyonlu kas tabakası) tümörleri, safra kesesi yatağı rezeksiyonu ve bölgesel lenfadenektomi ile tedavi edilir. T2 (tümör invazyonlu perimusküler bağ dokusu) ya da daha ileri tümörlerde, R0 rezeksiyonu elde etmek için minimal hepatektomi yapılır. Sarılık varlığında ya da sistik kanalın güdüğünde tümör varsa, safra kanalı rezeksiyonu ve ardından hepatikojejunostomi yapılması gereklidir (Ebata ve ark., 2017).

Tüm safra kesesi kanserlerinin yarısına yakını, farklı bir nedenle yapılan kolesistektomi sonrasında patolojik olarak, rastlantısal şekilde teşhis edilir. Tesadüfen keşfedilen safra kesesi kanseri, genellikle erken evrededir ve bu hastalar, ameliyat öncesinde tanı koyulan hastalara kıyasla daha iyi bir sağkalıma sahiptir. Anamnezde, muayenede ya da görüntülemede maligniteyi düşündüren semptom veya bulgularla başvuran hastalar, genellikle ileri evrelerde tanılanmaktadır. Günümüzde safra kesesi ameliyatlarının büyük bir kısmı (%90 kadarı) laparoskopik olarak yapılmaktadır. Ancak ameliyat öncesinde safra kesesi kanserinden şüpheleniliyorsa laparoskopik kolesistektomi kontrendikedir. Laparoskopik

kolesistektomi sırasında safra kesesi kanserinden şüphelenilirse açık kolesistektomiye geçilmelidir (Wernberg, Lucarelli, 2014; Kanthan ve ark., 2015; Tazuma ve ark., 2017).

2.3.7. Hemşirelik Bakımı

2.3.7.1. Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı

Safra kesesi kanserli hastalarda ameliyat öncesi dönemde verilen hemşirelik bakımı, genel olarak tüm kanser cerrahilerinden önce uygulanan hemşirelik bakım ilkeleri doğrultusunda yapılır. Cerrahi girişim öncesinde hastanın kapsamlı öyküsünün alınması ve detaylı fizik muayenesinin yapılması önemlidir. Hastaya ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası dönem hakkında detaylı bilgi verilerek hastanın anksiyetesi giderilmeye çalışılır. Ameliyat öncesinde hastanın karaciğer fonksiyon testleri ve kanama kontrolünün sağlanabilmesi için protrombin seviyeleri kontrol edilerek, eksiklik durumunda gerekli takviyeler yapılmalıdır. Hastaya derin solunum ve öksürme egzersizleri öğretilerek solunum fonksiyonlarının korunması sağlanır. Ameliyat öncesi dönemde şiddetli bulantı ve kusması olan hastalarda safra kesesi uyarımını azaltmak için nazogastrik sonda uygulaması yapılabilir. Hastanın beslenme bozukluğu varsa ameliyat öncesi dönemde beslenme destek tedavisi ile hastanın beslenme gereksinimleri karşılanmalıdır (Cox-North, 2017).

2.3.7.2. Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı

Safra kesesi kanser cerrahisi sonrası kanama, safra kaçağı gibi komplikasyonlar görülebilir. Bu nedenle cerrahi girişim sonrasında hastanın yaşam bulguları yakından takip edilmeli ve hasta kanama bulguları yönünden izlenmelidir. İnsizyon bölgesi kızarıklık, ödem gibi enfeksiyon bulguları yönünden takip edilmeli, safra drenajının miktarı, rengi ve niteliği kayıt edilmelidir. Solunum komplikasyonlarını önlemek amacıyla hastaya derin solunum ve öksürme egzersizleri yaptırılmalı, analjezikler ile ağrı kontrolü sağlanarak hastanın erken dönemde mobilize olması desteklenmelidir. Cerrahi girişim sonrasında oral beslenmesi açılan hastalara safra salgısı azaldığı için yağdan fakir, karbonhidrat ve proteinden zengin bir beslenme programı oluşturularak, hastanın bu programa uyması sağlanmalıdır (Fitzpatrick, 2014; Aksoy, 2018).

2.4. HEPATOPANKREATOBİLİER KANSER CERRAHİSİNİN PSİKOSOSYAL YÖNÜ

Kanser tanısı, hastalarda fizyolojik sorunların yanı sıra psikolojik olarak travmatik bir durum oluşturur. Kanser hastalarında anksiyete, ölüm korkusu, geleceğe dair belirsizlik, cerrahi girişim sonrası hastalığın tekrarlaması ya da başka organlara metastaz yapabileceği düşüncesi gibi çeşitli stres faktörleri görülür. Karşılaşılan bu stres faktörleri vücutta hem fizyolojik, hem de psikolojik düzeyde birçok etki yaratır (Bostancı Daştan, Buzlu, 2014; Kavradım, Özer, 2014).

Hepatopankreatobilier kanserler, teknoloji ile birlikte artan kanser sürveyansındaki ve erken müdahaledeki gelişmelere rağmen, oldukça düşük sağkalım oranlarına sahiptir. Bu nedenle hepatopankreatobilier kanser tanısı koyulan hastalarda önemli derecede baskı ve ölüm korkusu meydana gelir. Hepatopankreatobilier kanserlerin cerrahi tedavisi; hastalarda ameliyat sonrası döneme ilişkin belirsizlik ve endişe duygularına neden olan tedavi yöntemleri arasındadır. Bu nedenle hastalar ameliyat öncesi dönemde fiziksel koşulların yanı sıra psikolojik olarak da dikkatle ele alınarak değerlendirilmeli ve ameliyat sonrası döneme ilişkin bilgilendirilmelidir (Aksoy, 2018; Pericleous, Khan, 2021).

Hepatopankreatobilier kanser cerrahisi sonrası hastalarda depresyon, sıklıkla görülen bir psikiyatrik sorundur. Bu nedenle hastalara profesyonel destek sunulmalı, hastalar umudunu kaybetmemeleri için cesaretlendirilmelidir. Hastalar hazır olduklarında duygularını paylaşabilmeli ve yargılamadan dinlenmelidir. Hastalığın son evresinde ise, yaşam kalitesini iyileştirici destekleyici bakım vermek önemlidir. Bu süreçte hastanın bedeniyle ilgili algısında, yaşam kalitesinde, hayatının işleyişinde, kişisel ve sosyal rollerinde, aile ve çevresiyle olan sosyal ilişkilerinde değişiklikler meydana gelir (Ülger ve ark., 2014; Benson ve ark., 2021).

Hastalığı kabullenme ve psikososyal uyum, yaşam kalitesi ile pozitif yönde ilişkilidir. Psikososyal uyum, sadece hastanın sağ kalımı açısından değil, aynı zamanda, tedavi sonrasında yaşam kalitesinin arttırılması açısından da önemlidir. Bu nedenle hepatopankreatobilier kanser hastaları, yakın çevresi, ailesi ve sağlık profesyonelleri tarafından psikolojik ve sosyal açıdan desteklenmelidir (Ayaz-Alkaya, 2019).

2.5. ÖZ BAKIM VE ÖZ BAKIM YÖNETİMİ

2.5.1. Öz Bakım Tanımı

Öz bakım; yaşamı, sağlığı ve iyilik halini sürdürmek için bireyler tarafından başlatılan, kişinin sağlığını koruması ve hastalıkları önlemesi için sorumluluk üstlenerek bakım aktivitelerine doğrudan katılımları ile gerçekleştirdiği etkinliklerdir. Kişinin sağlığı için yapması gereken aktivitelerin, başkaları tarafından yapılmasını beklemek yerine, kendisinin çaba göstererek yapması olarak da tanımlanabilir. Öz bakımın temel hedefi, bireyi kendi bakımında aktif ve sorumlu haline getirmektir (Hançerlioğlu, 2014; Buck ve ark., 2015; İstek, Karakurt, 2018; Kurt, 2020).

Öz bakım kavramına ilişkin birçok tanım yapılmakla birlikte, günümüzde çoğunlukla Orem'in ilk kez 1959 yılında yayımlanan kuramındaki tanımı kabul görmektedir. Orem'e göre öz bakım; "bireyin sağlığını, yaşamını ve iyilik halini korumak için gerekli aktiviteleri doğru zamanlamayla başlatması ve uygulaması"dır. Orem'e göre bir birey, öz bakım ihtiyaçlarını giderebilmek için yeterli öz bakım gücüne sahip olmalıdır. Yeterli öz bakım gücüne sahip olan birey; öz bakım ihtiyaçlarını kendi kendine karşılayarak, kendi sağlığıyla ilgili sorumlulukları üstelenip başka bireylere bağımlı olmaksızın günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilir. Öz bakım kavramının bir diğer geçerli tanımı, 1983 yılında DSÖ tarafından yapılmıştır. Buna göre öz bakım; birey, aile ve toplumun sağlığını geliştirme, hastalıkları önleme, sağlığı koruma ve sağlık hizmetleri desteği olsun ya da olmasın, hastalık ve sakatlık ile başa çıkabilme yeteneğidir (World Health Organization, 2009; Ahyana ve ark., 2013; Sü, 2015; Karadağlı, Alpar, 2017).

Kronik hastalıklar, fizyolojik olarak geri dönüşümsüz değişikliklere neden olan, uzun süreli bir dönemi kapsayan, tedavi ve bakımda süreklilik isteyen hastalıklardır. Bu nedenle kronik hastalığı olan bireylerin tedavi ve bakımları ile ilgili sorumluluk almaları gerekir. Kronik hastalıkların yönetiminde, bireylerin öz bakım davranışları en önemli unsurlardan birini oluşturmaktadır. Öz bakım davranışları; bireylerde kişisel merak, eğitim ve deneyimlerle öğrenilen davranışlardır (Koşar, Besen, 2015; İstek, Karakurt, 2018).

Öz bakım; günlük aktivitelerde uygulamaya, hastalık durumunda ise tedaviye yönelik bir yaklaşım içerir. Öz bakım;

1. Yaşamsal süreçleri ve normal işlevleri desteklemek,
2. Normal büyüme, gelişme ve olgunlaşma süreçlerinin devamlılığını sağlamak,

3. Hastalık ve sakatlık süreçlerinde bakım, tedavi ve denetimi sağlamak,
4. Yetersizlikten (sakatlık) korunmak ya da yetersizlik durumunda yaşam kalitesini arttırmak amaçlarına hizmet ettiği sürece tedaviye yöneliktir (Epping-Jordan ve ark., 2004).

Orem, kuramında üç tip öz bakım gereksinimi tanımlamaktadır. Bunlar; evrensel öz bakım gereksinimleri, sağlıktan sapmalarda öz bakım gereksinimleri ve gelişimsel öz bakım gereksinimleridir;

- **Evrensel öz bakım gereksinimleri;** bireylerin günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili temel gereksinimleridir. Sağlıklı bir bireyin yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilmesi için gerekli olan sekiz evrensel öz bakım gereksinimi tanımlanmıştır. Bu gereksinimler; hava, su, beslenme, boşaltım, aktivite ve dinlenme, yalnızlık ve toplumsal etkileşim, yaşam ve iyiliğe yönelik tehlikelerden korunma ve normal olma durumudur. Evrensel öz bakım gereksinimleri etkili bir şekilde karşılanırsa bireylerin sağlık ve iyilik durumu desteklenmiş olur (Karadağlı, Alpar, 2017).
- **Sağlıktan sapmalarda öz bakım gereksinimleri;** yalnızca rahatsızlık, sakatlık ya da hastalık olaylarında, bireyin kendi evrensel öz bakım gereksinimlerini karşılayamadığı durumlarda ihtiyaç duyulan öz bakım gereksinimleridir (Epping-Jordan ve ark., 2004).
- **Gelişimsel öz bakım gereksinimleri;** bireylerin yaşamındaki sosyal uyumsuzluk, ebeveyn ya da eş kaybı, toplumsal statü ile ilgili sorunlar, sakatlık, zorlayıcı yaşam koşulları, terminal hastalık ya da ölüm tehdidi altında olma gibi gelişmesini etkileyebilecek durumlar ile başa çıkabilmesi için gereksinim duyulan öz bakım ihtiyaçlarıdır (Epping-Jordan ve ark., 2004).

2.5.2. Öz Bakım Yönetimi

Kronik hastalıklar, uzun yıllar boyunca tedavide süreklilik gerektiren hastalıklardır. Kronik hastalığı olan kişilerin bakımı, ülkeler arasında küçük farklılıklar olmakla birlikte, sağlık hizmetlerinin ekonomik kaynaklarının yaklaşık %70-80'lik bölümünü kapsamaktadır. Bu durum, kronik hastalıklarda öz yönetim kavramının gerekliliğini ortaya koyar. Öz yönetim; kültürel değişim, ekonomik verimlilik ve iyileştirilmiş klinik sonuçların gerekliliği

açısından önemlidir. Kronik hastalıklarda etkili öz yönetim ile mortalite azalır, yaşam kalitesi artar ve sağlık bakımı harcamaları azalır (Koşar, Besen, 2015; Pennini ve ark., 2020).

Öz yönetim; kronik hastalığı olan bireyin aile, toplum ve sağlık uzmanlarıyla birlikte hastalığı ile ilgili semptomlarını, tedavilerini, yaşam tarzı değişikliklerini ve bakımını yönetme yeteneği olarak tanımlanır. Kronik hastalıklarda öz yönetim, hastaların hastalıklarını yönetmek için üstlendikleri bir süreçtir. Kronik hastalık yönetiminde öz bakım esastır ve öz bakımdaki iyileşme, mortalite ve morbiditeyi azaltmaktadır. Öz bakım, kişisel temizlik ve hijyen ihtiyacını karşılamak gibi günlük yaşam aktivitelerini ve bireylerin sağlık profesyonellerinden destek almaksızın edindiği bazı sağlık bakım davranışlarını kapsarken; öz yönetim, kronik hastalığa yönelik sorumluluk alarak hastaların tedavi yönetim süreçlerinde aktif rol almalarını ve gerekli durumlarda sağlık profesyonelleri ile birlikte hareket etmelerini gerektirir (Tung ve ark., 2013; Tobarc, Clark, 2017).

Öz bakım; temel olarak iki alt boyuttan oluşan bir karar verme sürecidir. Bunlar öz bakım sürekliliği ve öz bakım yönetimidir. Öz bakım sürekliliği, hastalar tarafından kronik hastalıkları stabilize etme, semptomları takip etme ve tedaviye uyum davranışlarını içerir. Öz bakım yönetimi ise, kronik hastalığı olan bireylerin semptomları izlemesini ve değerlendirmesini teşvik ederek semptomlar kötüleşmeye başladığında uygun önlemleri almasını sağlayan faaliyetlerdir. Bu durum, hastaya kendi sağlığı ve iyilik durumuyla ilgili sorumluluk yükleyerek başkalarına olan bağımlılık düzeyini azaltır. Kronik hastalıkların görülme oranının her geçen yıl giderek artması, kronik hastalıklarda öz bakım yönetiminin önemini arttırmaktadır. Kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi; tedavinin sürekliliğini sağlama, diyete uyma ve hastalıkla ilgili yaşam aktivitelerini yapabilme gibi süreçleri kapsar (Graven, Grant, 2013; Zavertnik, 2014; Aytap, Özer, 2021; Yeşil Bayülgen, Gün, Erdoğan, 2021).

Öz bakım yönetimi, bireysel bir kavram olarak düşünülmesine rağmen gelişimi birey, aile ve toplum düzeyinde gerçekleşmektedir. Egzersiz, diyet, tütün kullanımı gibi faktörler bireysel düzey; sosyal destek, tedavi uyumunu kolaylaştırma ve semptomatik belirtilerin takibini gerçekleştirme ailesel düzey; çevresel güvenliğin sağlanması ve ulaşılabilir sağlık kaynakları ise toplumsal düzey etkilerine verilebilecek örneklerdir. Bireyin kronik bir hastalıkla baş etmesi ve hastalığa uyumu; geçmiş aile ilişkileri, kendine güveni, toplumsal ilişkileri, bireyselliği, benlik saygısı ve baş etme stratejilerinden etkilenir. Hastaların kişiliği ile hastalığı algılama şekli ve hastalığa verdiği tepki tipi arasında bir ilişki vardır. Bireylerin

hastalığı ve tedaviyi algılama biçimleri, hastalıkla baş etme yöntemlerinde belirleyicidir. Birçok çalışma, hastalık hakkında olumsuz algı geliştiren hastaların öz bakım yönetiminde yetersizlik yaşadıklarını göstermiştir. Bireylerin hastalık algılarını olumlu yönde değiştirebilmek için, başarılı bir öz bakım yönetimi oluşturması gerekir (Riegel ve ark., 2017; Doğan, Tosun, Tek, 2018; Örüm, 2019).

Amerikan Kalp Birliği tarafından 2017 yılında yayınlanan "Kardiyovasküler Hastalıklar ve İnmeden Korunma ve Öz Bakım Yönetimi" adlı rehberde; öz bakım yönetimini etkileyen faktörler sıralanmıştır. Bunlar;

- Etkili bir öz bakım için bilgi, beceri, güven ve motivasyon gereklidir.
- Öz bakımı olumsuz yönde etkileyen bireysel engeller arasında depresyon, zayıf öz yeterlilik, bilişsel engeller ve çoklu hastalık varlığı sayılabilir.
- Sosyal destek eksikliği, öz bakımı olumsuz yönde etkileyen en önemli ailesel faktörlerden biridir.
- Sağlık hizmetlerinin erişiminin yeterli düzeyde olmaması, öz bakımı toplum düzeyinde etkileyen önemli faktörlerdendir (Riegel ve ark., 2017).

2.5.3. Öz Bakım Yönetimin Sağlanmasında Hemşirenin Rolü

Sağlık hizmetlerinin sunumunda geleneksel olarak kullanılan hastane temelli yaklaşımlar, kronik hastalıkları olan hastaların ihtiyaçlarını karşılamaya uygun görünmemektedir. Kronik hastalıkların tedavi ve bakım yöntemi, primer sağlık hizmetleri ve sağlığı korumaya yönelik uygulamaları kapsayarak;

- Hastaların fonksiyonel durumlarının iyileştirilmesi,
- Tedaviye uyum ve bağlılığın sağlanması,
- Yaşam kalitesinin artması için hastaların durumlarını yönetmede öz bakım kaynaklarını geliştirmeyi amaçlar.

Buna göre, öz bakımın uygun şekilde yönetilebilmesi çok önemlidir. Etkili öz bakım yönetimini sağlamak için sağlık profesyonelleri tarafından, hastanın kendi bakımında aktif rol aldığı, çok boyutlu, hasta merkezli ve küresel olarak hastaları güçlendirmeyi amaçlayan bir yaklaşım sergilenmelidir (Davy ve ark., 2015; Aytap, Özer, 2021).

Kronik hastalıklar, yaşam boyu bakım ve takip gerektirmektedir. Bu nedenle bu hastalıkların yönetiminde etkili öz bakım önemli rol oynar. Öz bakım ve öz bakım yönetimi

modelinde üç temel bileşen vardır. Bunlar hasta birey, aile ve sağlık bakım profesyonelleridir. Kronik hastalıkların öz yönetimi, sağlık profesyonelleri ile hastaların kesişme noktasıdır. Hastaları kendi öz bakımında sorumluluk almaya teşvik etmede hasta ile sağlık profesyonelleri arasında kurulan ilişkinin önemi büyüktür. Sağlık bakım profesyonellerinin mesleki sorumluluğu; hasta bireyi iyi bir şekilde tanıyarak, ihtiyaçları olan bakım gereksinimlerini belirlemek, bu gereksinimler için en uygun girişimlere karar vermek, girişimleri uygulamak ve girişimlerin sonuçlarını değerlendirmektir (Jones ve ark., 2017; İstek, Karakurt, 2018).

Kronik hastalıkların yönetilmesi, bilgi ve planlama becerisi gerektiren, uzun zaman alan oldukça zorlu bir süreçtir. Sağlık profesyonelleri arasında birinci basamak ekibin önemli bir parçası olan hemşireler, mesleki liderlik özellikleri ile kronik hastalıkların bakım sürecinde öz bakım yönetimini sağlamak için önemli görevler üstlenir. Hemşireler, sağlık hizmeti sunumunun ön saflarında yer alır ve kronik hastalığı olan bireyler için önemli bir yerdedir. Hemşireler, kronik hastalığı olan bireylerin sağlığına zarar verebilecek geri dönüşü olmayan olası durumları erken belirlemesinde oldukça etkili rol oynar (Wellington Ministry of Health, 2016; Aytap, Özer, 2021).

Hemşirelik süreci, bilimsel problem çözme basamaklarını takip ederek hastalara gereksinimleri doğrultusunda en etkili bakımı sunan bir karar verme sürecidir. Bu nedenle hemşireler, hemşirelik sürecini kullanarak kronik hastalığı olan bireylerin ve ailesinin bakımını planlayabilir. Karar verme, bakım sürecinin her aşamasında olduğundan hemşire; etik karar verme, kritik düşünme ve hastalar ile terapötik iletişim kurma becerisine sahip olmalıdır. Böylelikle hasta ve ailesine profesyonel, bütüncül ve bireyselleştirilmiş bir hemşirelik bakımı sunar. Hemşireler, hastaların etkili öz bakım yönetimine sahip olmaları için gerekli bilgi, beceri ve davranış değişikliği oluşturma sürecinde hastayla işbirliği halinde çalışarak kişilerin yaşam kalitesini arttırmada etkin rol oynamaktadır (Hançerlioğlu, 2014; Sürücü, 2014).

Orem'e göre kronik hastalığı olan bireyler, sağlıkları ile ilgili ihtiyaçlarını yeterli ölçüde karşılayamadığı durumlarda hemşirelerin desteğine ihtiyaç duymaktadır. Hemşirelerin amacı, bireyin bakım gereksinimlerini, birey kendi öz bakım yönetimini gerçekleştirene kadar karşılayarak en kısa sürede bağımsızlığını kazanmasına yardımcı olmaktır. Kronik hastalığı olan bireylerin öz bakım yönetimini geliştirme ve destekleme sürecinde hemşireler, mesleki bilgi, tutum ve öz bakım kavramı algılarını sağlık bakım uygulamalarına dahil ederek etkili

olmaktadır. Hemşirelerin, bireye gerekli destekte bulunabilmeleri için öncelikle bireylerin öz bakım yönetimi düzeyini tespit etmeleri gerekir. Bunun için sosyal, siyasal, ekonomik ve kişisel faktörlerin, bireylerin öz bakımını ne şekilde etkilediği sorgulanmalıdır. Bunu belirlemek için bireylerin kendi sağlığını tanımlaması, mevcut sağlık durumunu algılama biçimi, tedavi ve bakımının kim tarafından nasıl yapıldığını algılaması ve sağlığı geliştirici davranışların yararlarını algılaması gerekmektedir (İstek, Karakurt, 2018; Kaya, 2019).

Hastaların farkındalığını etkinleştirmeyi ve güçlendirmeyi amaçlayan öz bakım yönetimi stratejileri geliştirilirken ve uygulanırken hemşirelerin dikkat etmesi gereken önemli noktalardan biri de bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleridir. Sağlık okuryazarlığı, hastaların karar vermek ve talimatları takip etmek için sağlık hizmeti bilgilerini okuma, anlama ve kullanma yeteneğidir. Sağlık okuryazarlığı kapsamında sunulan bilgi ve hizmetlerin, hastaların kültürel ve algısal çeşitliliği dikkate alınarak mevcut ihtiyaçlarına ve anlayış düzeylerine göre uyarlanması hayati önem taşımaktadır. Bu, hastaların tedavi rejimine uyumunu sağlayarak, hastaları etkili öz bakım yönetimini gerçekleştirmeye teşvik etmek için çok önemlidir (Laybourne ve ark., 2015).

Günümüzde hemşireler, birey ve ailelere gerekli bilgi ve becerileri kazandırarak öz bakım yönetimi süreçlerine yardımcı olmaktadır. Bireyin öz bakım sorumluluğunu üstlenmesi ve sürdürmesi için hemşireler; danışmanlık, eğitici, karar verici, yönetici, araştırıcı ve bakım verici rollerini kullanarak bu süreçte etkin şekilde rol almaktadır. Hemşireler, temel rollerinden biri olan eğitici ve danışmanlık rolleri kapsamında, hastaların tedavi ve bakımları için ihtiyaç duydukları bilgi gereksinimini belirleyerek, gerekli eğitimlerin planlanması ve verilmesinde, hastaların kendi bakım süreçlerine dahil olmasını sağlayarak öz bakımlarının güçlendirilmesinde kilit rol oynamaktadır. Güleser ve ark.'nın 2012 yılında 345 radyoterapi hastası üzerinde yaptıkları bir çalışmada, bu popülasyonun yarısından fazlasının radyoterapi ve yan etkileri hakkında hiçbir bilgi almadığı; tedavi sırasında gelişen yan etkiler nedeniyle sorun yaşayan on hastadan sekizinin ise yan etki görülmesi durumunda yapılabilecekler konusunda önceden bilgilendirilmelerinin, durum yönetimine yardımcı olabileceği görüşünde olduğu bulunmuştur. Bu nedenle hastaların tedavi ve bakım uygulamaları hakkında eğitilerek karar verme sürecine aktif olarak katılımının sağlanması, mesleki etik bir sorumluluk olarak görülmektedir. Hemşireler tarafından kronik hastalığı olan bireylere verilen öz yönetim desteği ile hastaların hastalık hakkındaki bilgi düzeylerinin ve tedaviye uyumlarının

arttırılması, böylece öz bakım yönetimlerinin sağlanması mümkün olabilmektedir (Güleser, Taşçı, Kaplan, 2012; Williams ve ark., 2018; Kurt, 2020).

2.6. SOSYAL DESTEK

2.6.1. Sosyal Destek ve Sosyal Desteğin Önemi

Kanser, fiziksel bir rahatsızlık olmasının yanı sıra, bireylerde bilişsel, psikolojik ve sosyal alanlarda derin etkiler meydana getiren ciddi bir durumdur. Tanı ve tedavi sürecinde; sağlık koşullarının bozulması, hastalıkla ilgili kaygıların gittikçe artması gibi durumlar; hastanın benlik saygısını, yaşam kalitesini, hayatının işleyişini, kişisel ve sosyal rolleri ile aile ve çevresiyle olan ilişkilerini etkilenmekte ve değişiklikler meydana getirebilmektedir. Bu süreç kişinin desteğe duyduğu ihtiyacı da arttırmaktadır (Tuncay, 2010; Çalışkan ve ark., 2015). Kanser hastalıklarında, hızlı ve doğru tanı ile zamanında tedavinin sağlanması hayati önem taşımakla birlikte, psikososyal ihtiyaçlar ve yaşam kalitesi de aynı derecede önemlidir. Sosyal destek, psikososyal bakımın ve yaşam kalitesinin önemli bir parçasıdır (Usta, 2012).

İnsan, sosyal bir varlıktır ve yaşamın her alanında sosyal çevresi ile bir bütün halinde hayatını sürdürmektedir. Sosyal destek, kimi zaman başkalarına sağlanan, kimi zaman da başkalarından yararlanılan bir başa çıkma kaynağıdır. Sosyal destek, anne karnından başlayarak, ölüme kadar olan tüm süreç boyunca yaşam üzerine etki eden bir unsurdur (Çetinkaya, Korkmaz, 2019; Zehir, 2021). Sosyal destek; bireylere duygusal sorunlarıyla baş edebilmesi için ailesi, çocukları, eşi, arkadaşı ve profesyonel bireyler tarafından sağlanan sosyal, psikolojik, maddi destek olarak kabul edilmektedir. Sosyal destek; bireylerin sürekli ihtiyaç duyduğu şefkat, saygı, sevgi gibi gereksinimlerini karşılayarak kişinin problemlerle daha rahat başa çıkabilmesine katkıda bulunur. Kişilerin iyi olma halini devam ettirebilmesi ve çevreye adapte olması için önemli bir ihtiyaçtır (Arslantaş ve ark., 2010; Ülger ve ark., 2014).

Bireylere çevresi tarafından verilen sosyal destek, sağlıklı bireylerin var olan sağlık durumunun korunması ve devamlılığında önemli olurken, hasta bireylerin iyileşme hızını arttırmaktadır. Bu durum sosyal desteğin, tıbbi tedaviye uyumu arttırarak, yaşam süresini uzatmasını sağlar. Sosyal desteğin fiziksel ve ruh sağlığını koruyucu rolü, en önemli ve dikkat çekici boyutlarından biridir (Kömürcü, 2020). Sosyal desteğin önemine dair yapılan çalışmalarda, sosyal desteğin sağlığı koruma fonksiyonelliği ön plana çıkmaktadır. Sosyal destek sistemleri, kişiler arası etkileşimler ile bireylerin çevreye uyum yeteneğini arttırarak

anlık kriz durumlarında ya da uzun vadeli sorunlarda, stresle baş etmede bireye yardımcı olmaktadır (Kömürcü, 2020; Zehir, 2021). Birey stres altındayken aldığı sosyal desteğin az ya da orta düzeyde olması, ciddi ruhsal sorunlar yaşamasına neden olabilir. Bu durum, sosyal desteğin önemini vurgulamaktadır (Bilgin, Yıldırım, 2017).

1998 yılında Pugliesi ve Shook tarafından yapılan; cinsiyet, etnik köken ve sosyal rollerin, sosyal ağların yapısal ve dinamik özelliklerini ne ölçüde etkilediğini inceledikleri çalışmada sosyal destekle ilgili literatür dört başlıkta özetlenmiştir. Bunlar;

- Sosyal desteğin, sağlık ve stres üzerine etkileri vardır.
- Sosyal desteğin en önemli unsurunu psikososyal boyut oluşturur.
- Sosyal destek kaynaklarının temelini kişilerin kurduğu yakın bireysel ilişkiler oluşturur.
- Sosyal destek seviyelerinde, gruplar arası farklılıklar söz konusudur (Pugliesi, Shook, 1998).

Sosyal desteğin sağlık sonuçları üzerindeki etkisini açıklamaya yardımcı olmak için iki baskın teorik model geliştirilmiştir. Bunlar; direkt etki modeli ve tampon etki modelidir (Stevens, Cruwys, Murray, 2020).

- **Direkt (Temel) etki modeli:** Bu modele göre sosyal destek, herhangi bir stres durumu olmaksızın kişinin fiziksel ve ruhsal sağlığını olumlu yönde etkilemektedir. Sosyal desteğin yokluğu ise olumsuzluklara yol açar. Sosyal destek, bireyin temel ve durumlara bağlı olmayan ihtiyaçlarını gidererek, bireyin ruh hali üzerine doğrudan etkide bulunur. İnsanlar arası etkileşimin bir gereği olarak görülen günlük sosyal yaşamın birey üzerindeki etkileri; kasıt olmadan ve plansız gerçekleştirilen sosyal desteğin direkt etkilerini oluşturur. Sosyal desteğin direkt etkisi; aitlik, değer görme gibi temel insani ihtiyaçlarla ilgilidir (Çetinkaya, Korkmaz, 2019; Alyüz, 2020).
- **Tampon etki modeli:** Bu modele göre sosyal destek, bireyin yaşamında stres faktörleri oluştuğu zaman, bu faktörlerin yarattığı olumsuz etkileri azaltarak kişinin mevcut duruma uyum sağlayabilmesini ve bu durumla baş edebilmesini sağlar. Böylece bireylerin ruh sağlığının bozulması önlenir. Bu yaklaşıma göre sosyal destek; sağlık, iş sorunu, kişisel problemler gibi strese neden olacak durumlarda stres kaynakları ile birey arasında tampon görevi görür. Sosyal

desteğin etkisi, yüksek düzeyde stres yaşayan kişilerde, düşük düzeyde stres yaşayan kişilere kıyasla daha kalıcı ve faydalıdır (Ayar, 2018; Çetinkaya, Korkmaz, 2019; Alyüz, 2020).

Sosyal desteğin sağlık üzerine etkileri ile ilgili yapılmış birçok çalışma bulunmaktadır. Pinikahana ve ark.'nın (2002) yaptıkları bir gözlem çalışmasında, yakınlarından sosyal destek alan şizofreni tanısı koyulmuş hastaların tedaviye olan uyumlarının, sosyal destek almayan hastalarınkine göre daha üst düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Krohne ve Slangen'in (2005) 84 hasta üzerinde yaptıkları bir çalışmada, sosyal desteği olan hastalarda sosyal desteği olmayanlara göre ameliyat sırasında daha az miktarda narkoz kullanıldığı, bu hastaların ameliyat kaygılarının düşük ve ameliyat sonrası dönemde hastanede yatış sürelerinin daha kısa olduğu tespit edilmiştir. Çalışkan ve ark. (2015) tarafından yapılan, kanser tanılı 102 hastanın yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirildiği çalışmada, hastaların sosyal destek düzeyi arttıkça genel sağlık durumları, fiziksel, duygusal ve bilişsel fonksiyonlarının da arttığı, buna bağlı olarak yaşam kalitesinin yükseldiği belirtilmektedir. Wondimagegnehu ve ark.'nın (2019) yaptıkları çalışmada, 428 meme kanseri hastasının depresyon düzeyi ile sosyal destek ilişkisi incelenmiş, bunun sonucunda hastalarda görülen depresyon düzeyi arttıkça aile, arkadaşlar ve diğer önemli kişiler tarafından alınan sosyal destek düzeyinin azaldığı görülmüştür.

2.6.2. Sosyal Destek Türleri

Cohen ve Wills (1985), sosyal desteği dört gruba ayırarak incelemiştir. Bunlar; duygusal destek, bilgilendirici destek, yaygın destek ve araçsal (yardımcı) destektir.

- **Duygusal Destek:** Bireyin empatik iletişim, sevgi, şefkat, saygı görme, kabul görme ve bir gruba ait olma gibi temel sosyal ihtiyaçlarını karşılayan destek sistemidir. Literatürde yakın destek, ifade edici destek, değerlilik desteği gibi çeşitli isimlerle de bilinir. Duygusal destek, bireyleri psikolojik yönden destekler ve bireylerin motivasyonunu yükseltir. Birey, çevresindeki kişiler tarafından benimsendiğini, değer verildiğini ve sevildiğini hissettiğinde psikolojik olarak olumlu etkilenir. Böylece bireylerin özgüveni desteklenir ve karşılaştığı sorunları çözmesi kolaylaşır (Cohen, Wills, 1985; Yıldız, 2019; Kömürcü, 2020).

- **Bilgilendirici Destek:** Bireylerin yaşadığı problemleri çözmesine yardımcı olan sosyal destek türüdür. Bireyin kendini tanımasına yol gösteren ve kişilik değerini ortaya koyan geri dönütlerde bulunan destek grubu da bu kategoride yer almaktadır. Bu destek türünde, bireyin karşılaştığı sorunları çözebilmesi için bilgilendirilmesi ve bireye danışmanlık yapılarak gerekli konularda öğüt verilmesi amaçlanır. Birey problemleri çözmede yetersiz kaldığında, bireyin sosyal çevresi, çözüm yolları önererek bireye bilgisel destek sağlayabilir (Cohen, 2004; Ardahan, 2006; Kömürcü, 2020).
- **Yaygın Destek:** Bireylerin boş vakitlerinde yakınlarıyla birlikte aktiviteler yaparak eğlenmesi gibi sosyal etkileşimlerde bulunma durumudur. Birey bu destek türü ile sosyalleşerek bir gruba dahil olur ve böylece karşılaştığı sorunlarla baş etmesi kolaylaşır (Cohen, 2004; Zehir, 2021).
- **Araçsal Destek:** Bireyin yaşamını sürdürebilmesi için ihtiyaç duyduğunda başka bireyler tarafından sağlanan ekonomik desteği ya da maddi yardımı kapsar. Yardımcı destek, maddi destek ve somut destek olarak da adlandırılır. Araçsal destek kişiler ya da kurumlar tarafından karşılanabilmektedir. Bu destek türünde bireylerin problemleri, birey adına doğrudan yakınları tarafından çözülerek birey ve ailesinin gerilim ve stresini azaltır. Hasta birey için bireyin ve ailesinin ihtiyaçlarını karşılamak, bireye iş bulmak ya da ihtiyaç duyduğu parayı vermek, bireyin gerekli yerlere ulaşımını sağlamak gibi davranışlar araçsal destek kapsamındadır (Ardahan, 2006).

2.6.3. Algılanan Sosyal Destek

Algı; bireyin doğup büyüdüğü ortama, yer ve zamana, eğitim düzeyine, içinde bulunduğu psikolojik duruma göre değişiklik gösteren bir olgudur. Bu nedenle bireylerin sosyal destek algısı da içinde bulunduğu duruma göre değişkenlik gösterir. Alınan sosyal destek ile algılanan sosyal destek, birbirinden farklı kavramlardır. Alınan sosyal destek, destek kaynakları tarafından çeşitli araçlarla verilen gerçek destektir. Algılanan sosyal destek ise, ihtiyaç duyulduğunda destek verebilecek kişilerin ve desteğin varlığının değerlendirilmesi, bu desteğin yeterliliğinin ya da kalitesinin bilinmesi anlamına gelir. Algılanan sosyal destek, sağlanan desteğin birey tarafından değerlendirilerek öznel olarak yorumlanmasıdır (del-Pino-Casado ve ark., 2018; Kömürcü, 2020; Yıldırım, 2020).

Sorias, 1989 yılında, algılanan sosyal desteğin genel anlamda bireyin kendine verdiği değer olarak görülebileceğini ifade etmiştir. Algılanan sosyal destek, bireyin başka kişiler tarafından sevildiğini, sayıldığını hissederek kişilerarası ilişkilerden doyum alması, ihtiyacı olduğunda ona destek verecek kişilerin ve destek kaynaklarının olduğunu bilmesi olarak da tanımlanmaktadır (Sorias, 1989; Oktan, 2005; Ardahan, 2006). Sosyal desteğin yeterli düzeyde olmaması, bireylerin psikolojisini olumsuz olarak etkileyebilir. Bireyin kendisinden ya da çevresinden kaynaklı bir takım nedenlerle, sosyal desteğin etkisi azalabilmektedir. Sosyal desteğin etkisinin arttırılabilmesi için bu engellerin saptanması ve düzeltilmesi oldukça önemlidir. Sosyal çevresi tarafından kendisine yardım edileceğini, kişiler arası ilişkilerinin iyi olduğunu, sevilip sayıldığını ve çevresi tarafından değer gördüğünü düşünen bireylerin algıladıkları sosyal destek daha fazladır (Eker, Arkar, 1995; Ertuğrul Kırık, 2020).

Algılanan sosyal desteğin iki önemli bileşeni vardır. Bunlar; bireyin ihtiyacı olduğu zaman yanında olacak kişileri algılaması ve bireyin algılamış olduğu destekten memnun olma derecesidir. Algılanan sosyal destek, bireyin çevresindeki kişilerle, başta güven yoluyla olmak üzere kurmuş olduğu ilişkiyi ve ihtiyacı olduğu zaman bu kişilerden alabileceği desteği bilişsel olarak algılamasıdır. Algılanan sosyal destek, bireyin kişilik özelliklerinden etkilenebildiği gibi aynı zamanda, mizaç ve tutum gibi özelliklerinden de etkilenmektedir (Yıldız, 2019).

Algılanan sosyal destek, bireyin kendine olan kişilik saygısını arttırarak ve hayattan zevk almasını sağlayarak mevcut sağlık durumunun korunmasında önemli bir rol oynar. Algılanan sosyal desteğin kim tarafından ve nereden alındığı, bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığının korunması ve iyileştirilmesi açısından önemlidir. Algılanan sosyal destek, temel olarak üç farklı kaynaktan elde edilir. Bunlar; kişinin en yakınında olan ailesi, arkadaşları ve kişi için değerli olan diğer bireylerdir (Ardahan, 2006). Algılanan sosyal destek; stresin, bireyin sağlığı ya da iyilik durumu üzerindeki olumsuz etkisini azaltır veya ortadan kaldırır. Sosyal destek, kanser hastası bireyler için hayati önem taşımaktadır. Özellikle algılanan sosyal destek, kansere bağlı stresi azaltarak daha fazla refah ve iyileştirilmiş yaşam kalitesi şansı sunar ve uzun ömürlülüğe fayda sağlayabilir (Korotkin ve ark., 2019; Poręba-Chabros ve ark., 2020).

2.6.4. Sosyal Desteğin Sağlanmasında Hemşirenin Rolü

Kanser, genel anlamda bireyin öz yeterlilik düzeyini azaltarak başkalarına bağımlı olma düzeyini arttıran bir hastalıktır. Onkoloji hastaları, hastalığın prognozuna bağlı olarak bağımsızlığını kaybetme korkusu, ölüm korkusu, ayrılık, pişmanlık ve suçluluk duygusu gibi duyguları yoğun bir şekilde yaşayabilmektedir. Kanser hastaları, hastalıkla ilişkili psikolojik zorluklara uyum sağlama konusunda aile, akraba, arkadaş çevresi gibi yakınlarının yanı sıra sağlık profesyonellerinin desteğinden de yararlanır. Sosyal desteğin hem bilgisel hem de duygusal yönleri, kanser hastalığına uyumu arttırma üzerinde olumlu bir etkiye sahiptir (Ardahan, 2006; Usta, 2012). Onkoloji hastalarının aile ve arkadaş çevresinden aldığı destek, psikolojik dayanıklılıkla ilgili yaşam kalitesini arttırırken; sağlık profesyonellerinden aldığı destek hastalığın psikolojik ve fiziksel semptomlarının azalmasında etkilidir (Luszczynska ve ark., 2013).

Kanser hastalığı, psikolojik ve sosyal açıdan birçok soruna yol açar. Bu nedenle onkoloji hastalarının tedavi ve bakım sürecinde tıbbi yaklaşımların yanı sıra destekleyici yaklaşımların da kullanılması gerekmektedir. Onkolojik tedavi sürecinin başlangıcından bitişine kadar olan dönemde hastalara tedavi ve bakımla ilgili gerekli bilgileri vermek, aynı zamanda duygusal ve sosyal destek sağlamak son derece önemlidir. Sosyal destek, kanser hastaları için yaşam kalitesini arttıran ve yaşam süresini uzatabilen bir yaklaşımdır (Ayaz ve ark., 2008). Sosyal desteğin sağlanması için, tüm sağlık profesyonellerine bir takım görevler düşer fakat bu süreçte hemşireler daha ön planda yer almaktadır. Hemşireler, çoğu zaman sağlık sistemi ile hastalar arasında köprü görevi gören sağlık çalışanlarıdır. Hastaların genellikle ihtiyaç duydukları her şey için başvurabilecekleri en yakın sağlık profesyoneli hemşirelerdir. Bu nedenle hemşireler, sosyal destek alabilmek için gerekli koşulların farkında olarak sosyal desteğin yeterli olup olmadığını anlamalı ve sosyal desteğin yetersiz olduğu durumlarda hasta ve ailesine danışmanlık vermelidir (Usta, 2012).

Önemli bir sosyal destek kaynağı olan hemşireler; danışmanlık, eğitimci ve destekleyici rollerini kullanarak hasta bireylere sosyal destek sağlamaktadır. Hastaları aktif olarak dinlemek, hasta ve ailesine gerekli olan bilgileri vererek problem çözmede hasta bireye yardımcı olmak gibi girişimler hemşirenin destekleyici rolü içinde yer almaktadır. Hastalar için, hastalıkları süresince sağlık profesyonelleri tarafından anlaşılmak ve onlara güvenebilmek son derece önemlidir. Destekleyici yaklaşımda amaç; olumsuz duygu ve düşünceleri düzelterek etkili baş etme mekanizmalarını geliştirmek, hasta ve ailesinin hastalık

süreci ile ilgili duygu ve düşüncelerini anlamalarına yardımcı olmak ve karşılıklı bir güven ortamı oluşturmaktır. Hemşireler, hasta ve ailesi arasında açık bir iletişim kurulabilmesi için bir rol modeldir (Ardahan, 2006; Bahar, 2007).

Bireyi her yönü ile ele alarak holistik bakış açısıyla değerlendiren hemşirelerin, ilk olarak hastaların bu zorlu süreç boyunca karşılaştıkları güçlükleri tanımlaması gerekir. Tanımlama işleminden sonra ise bireyin var olan sosyal destek kaynaklarını değerlendirerek bireylere ne tür bir sosyal desteğin verileceğine karar vermeli ve verilen desteğin etkinliğini değerlendirmelidir. Hemşire, hastaların durumunu tanımlarken, hastanın yakın çevresinde bulunan kişileri, bu kişilerle görüşme sıklığını, hastanın bu kişilerden hangi yönlerden destek aldığını en doğru şekilde belirlemeli, hastalara verilen destek çeşitlerinin de bireysel farklılıklar gösterebileceğini bilmeli ve buna yönelik girişimlerde bulunmalıdır. Bu süreçte hemşirelerin en çok dikkat etmesi gereken konu, danışmanlık boyunca sabırlı olarak hastaya güven vermek ve hastaya empati yaparak yaklaşmaktır (Ardahan, 2006; Bener ve ark., 2017; Yıldırım, 2020).

Hemşireler, hastaların hayatını hastalık merkezli yaşamalarını engellemek ve yaşam kalitesini artırmak için öz bakım yeteneğini ve baş etme stratejisini artırarak, ailesinin ve yakın çevresinin hastaya sosyal destek sağlamasına yardımcı olmalıdır. Bunun için öncelikle bireylerin var olan sosyal destek kaynaklarını fark etmesi sağlanır. Ayrıca hemşireler, hasta ve aile arasında sosyal desteğin, duygusal iletişim ve paylaşımların olması için ailelere eğitim vermelidir (Bahar, 2007; Terakye, 2011).

Cerrahi girişim geçirecek olan kanser hastalarının ameliyat öncesi dönemde kavram yanılgılarını gidererek, hastaya süreç ile ilgili bilgi vermek çok önemlidir. Hastaları hastanede kaldığı süre boyunca ve sonrasında neler olabileceği konusunda bilgilendirmek için uygun eğitim planlaması hemşireler tarafından yapılmalı ve gerçekleştirilmelidir. Bu konuda; daha önce benzer süreçlerden geçen diğer hastalar, bir bilgi ve destek kaynağı olabilir. Hemşire, hastanın benzer durumdaki diğer hastalarla bir araya gelebileceği bir ortam sağlayarak hastaların sosyal desteğini arttırabilir ve böylece hastanın tedavi sürecindeki baş etme davranışlarını geliştirmesine yardımcı olabilir (Lien ve ark., 2009). Hemşire, yeterli sosyal destek sağlanmasına rağmen bireyin durumunda bir değişim olmuyorsa sosyal desteğin neden yetersiz kaldığını ve bu yetersizliğin bireye mi yoksa çevreye mi bağlı olduğunu belirleyerek, yetersizliği gidermeye yönelik girişimlerde bulunmalı ve sosyal desteğin etkisini artırmaya çalışmalıdır (Ardahan, 2006).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, hepatopankreatobilier kanser cerrahisi sonrası hastalarda öz bakım yönetimi ile sosyal destek ilişkisinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak planlandı ve gerçekleştirildi.

3.2. Araştırma Soruları

- Hepatopankreatobilier kanser cerrahisi sonrası hastaların öz bakım yönetimi ile algılanan sosyal destek düzeyleri nasıldır?
- Hepatopankreatobilier kanser cerrahisi sonrası hastaların öz bakım yönetimi ile sosyodemografik ve sağlık/hastalık durumuna ilişkin özellikleri arasında fark var mıdır?
- Hepatopankreatobilier kanser cerrahisi sonrası hastaların algılanan sosyal destek düzeyi ile sosyodemografik ve sağlık/hastalık durumuna ilişkin özellikleri arasında fark var mıdır?
- Hepatopankreatobilier kanser cerrahisi sonrası hastalarda öz bakım yönetimi ile algılanan sosyal destek düzeyi arasında bir ilişki var mıdır?

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma, 07.01.2021-28.02.2021 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, T.C. Sağlık Bakanlığı İl Sağlık Müdürlüğü İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi genel cerrahi servislerinde gerçekleştirildi.

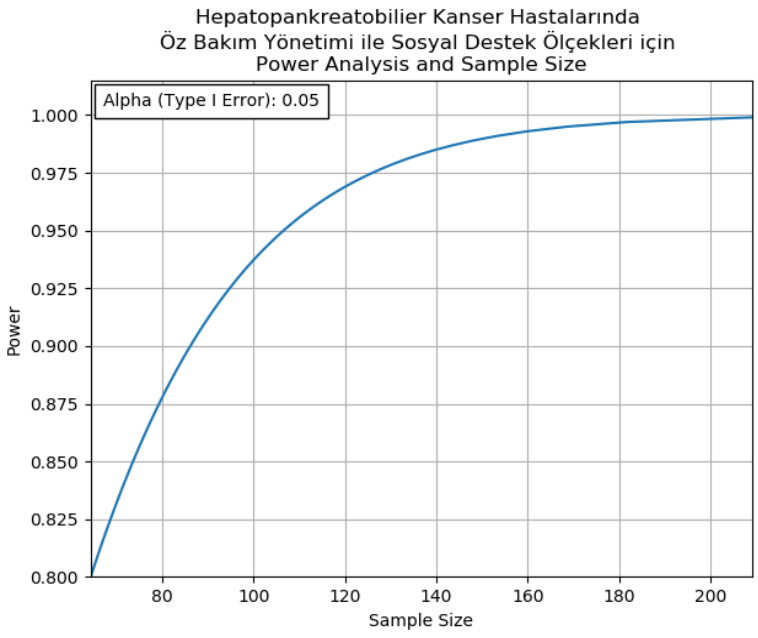
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 07.01.2021-28.02.2021 tarihleri arasında, belirlenen üç kamu hastanesinin genel cerrahi servislerinde yatmakta olan cerrahi girişim geçiren hepatopankreatobilier kanserli hastalar oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise araştırmanın gerçekleştirildiği tarihler arasında evren içinden araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan ve araştırmanın amacı hakkında bilgilendirme **(Ek-1)** sonrası araştırmaya katılmaya gönüllü olan cerrahi girişim geçirmiş hepatopankreatobilier kanserli hastalar oluşturdu.

Bu araştırma, hepatopankreatobilier kanser cerrahisi sonrası hastalarda öz bakım yönetimi ile sosyal destek ilişkisinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak gerçekleştirildi. Bu araştırma kapsamında hastalara 20 sorudan oluşan tanımlayıcı bilgilerin yanı sıra öz-bakım yöntemine ait 35 maddeden oluşan 5'li likert ölçek ve 12 maddeli, 7'li likert Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanıldı. Literatür taraması yapıldığında Hançerlioğlu'nun (2014) 35 maddeden oluşan Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği'ne ait tanımlayıcı istatistikleri 127.87+17.07 olarak hesaplandı. Çakır'ın (2019) 12 maddeli Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'ne ait tanımlayıcı istatistikleri 67.78+24.61 olarak hesaplandı. Bu araştırmada, hepatopankreatobilier kanser cerrahisi sonrası hastalarda öz bakım yönetimi ile sosyal destek ilişkisinin belirlenmesi amacıyla elde edilecek bilgilerin karşılaştırması için yapılan örneklem hesabından evreni bilinmeyen örneklem yöntemine göre %95 güç için örneklem büyüklüğü 106 kişi olarak belirlendi. (α:0.05)

Diğer güç değerleri için örneklem büyüklüğü; (sabit α:0.05)

- %99 güç için örneklem büyüklüğü toplamda 148 kişi
- %95 güç için örneklem büyüklüğü toplamda 106 kişi
- %90 güç için örneklem büyüklüğü toplamda 86 kişi
- %85 güç için örneklem büyüklüğü toplamda 74 kişi
- %80 güç için örneklem büyüklüğü toplamda 65 kişi



Araştırmanın örneklemini, belirlenen üç kamu hastanesinin genel cerrahi servislerinde yatmakta olan cerrahi girişim geçirmiş hepatopankreatobilier kanserli 106 hasta oluşturdu. Bu kapsamda:

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- ✓ Yetişkin yaş grubunda (18 yaş ve üzeri) olma,
- ✓ Araştırmaya katılmaya gönüllü olma,
- ✓ Türkçe iletişim kurulabilme,
- ✓ Hepatopankreatobilier kanser tanısı koyulmuş ve tanısını biliyor olma,
- ✓ Hepatopankreatobilier kanser nedeni ile cerrahi tedavi uygulanmış olmadır.

Araştırmaya dahil edilmeme (dışlanma) kriterleri;

- ✓ Hepatopankreatobilier kanser tanısı koyulduğunu bilmiyor olma,
- ✓ Hepatopankreatobilier kanser tanısı koyulmasına karşın cerrahi tedavi uygulanmayacak olmadır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Cerrahi girişim geçiren hepatopankreatobilier kanserli hastaların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, sağlık güvencesi, yaşanılan yer, çocuk varlığı, çocuk sayısı, birlikte yaşadığı kişi/kişiler) ile sağlık/ hastalık durumuna ilişkin özellikleri (sigara ve alkol kullanma durumu, stresli bir kişilik yapısına sahip olduğunu ifade etme durumu, ailede kanser öyküsü, kronik hastalık varlığı, tıbbi tanısı, tanı sonrası geçen süre, kemoterapi ve radyoterapi alma durumu, daha önce ameliyat geçirme durumu) *araştırmanın bağımsız değişkenlerini*; cerrahi girişim geçiren hepatopankreatobilier kanserli hastaların Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nden alınan puan ortalamaları ise *araştırmanın bağımlı değişkenlerini* oluşturdu.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak literatür doğrultusunda (İncirkuş ve Nahcivan, 2011; Hançerlioğlu, 2014; Çakır, 2019; Doğan, 2019; Kaya, 2019) araştırmacı tarafından oluşturulan "Hasta Tanılama Formu" **(Ek-2)**, hepatopankreatobilier kanserli bireylerin öz bakım yönetimini belirlemek için "Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği

(ÖBYÖ)" **(Ek-3)** ve hastaların sosyal destek düzeylerini belirlemek üzere "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)" **(Ek-4)** kullanıldı.

3.6.1. Hasta Tanılama Formu

Literatür doğrultusunda (İncirkuş ve Nahcivan, 2011; Hançerlioğlu, 2014; Çakır, 2019; Doğan, 2019; Kaya, 2019) geliştirilen "Hasta Tanılama Formu", hastaların sosyo-demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, sağlık güvencesi, yaşanılan yer, çocuk varlığı, çocuk sayısı, birlikte yaşadığı kişi/kişiler) ve sağlık/ hastalık durumuna ilişkin özelliklerini (sigara ve alkol kullanma durumu, stresli bir kişilik yapısına sahip olduğunu ifade etme durumu, ailede kanser öyküsü, kronik hastalık varlığı, tıbbi tanısı, tanı sonrası geçen süre, kemoterapi ve radyoterapi alma durumu, daha önce ameliyat geçirme durumu) belirleyen 20 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği (ÖBYÖ)

2001 yılında Jones tarafından geliştirilen “Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği (ÖBYÖ)”, kronik hastalığı olan bireylerin öz bakım yönetimini değerlendirmek üzere geliştirilen bir yaşam kalitesi anketidir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Hançerlioğlu (2014) tarafından yapılan ölçek, 35 soru maddesi ve iki alt boyuttan oluşmaktadır.

Bunlar Öz Koruma (20 madde) ve Sosyal Koruma (15 madde) boyutlarıdır. Öz Koruma alt boyutunu 2, 6, 8, 11, 15, 18, 19, 20, 22, 23 ve 25-34 maddeleri ve Sosyal Koruma alt boyutunu 1, 3-5, 7, 9, 10, 12-14, 16, 17, 21, 24 ve 35 maddeleri oluşturmaktadır. ÖBYÖ’deki 3., 15., 19. ve 28. sorular olumsuz soru formunda olup değerlendirmede dönüştürme yapılması gerekmektedir. Ölçeğin değerlendirilmesi beşli likert (1=hiç katılmıyorum, 2=katılmıyorum, 3=kararsızım, 4=katılıyorum, 5=kesinlikle katılıyorum) formda geliştirilmiştir. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça öz bakım yönetimi artmaktadır. Ölçek, 15-20 dakika içerisinde bireysel ya da bir grup ortamında uygulanabilmektedir. Ölçeğin genel Cronbach alfa değerleri 0,75, Öz Koruma alt boyutu için 0,78, Sosyal Koruma alt boyutu için 0,78’dir (Hançerlioğlu, 2014).

Bu araştırmada, ölçeğin genel Cronbach alfa değeri 0,882, Öz Koruma alt ölçeği için 0,854, Sosyal Koruma alt ölçeği için 0,793 olarak bulundu.

3.6.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ), Zimet ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği 1995 yılında Eker ve Arkar tarafından yapılmış olup 2001 yılında aynı kişiler tarafından tekrar çalışılarak revize edilmiştir. ÇBASDÖ; üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren 12 sorudan oluşan, kullanımı kolay ve kısa bir ölçektir (Eker ve Arkar, 2001).

Ölçek, her biri dört maddeden oluşan, desteğin kaynağına ilişkin üç alt boyuttan oluşmaktadır. Bunlar;

- **Aile Desteği (3., 4., 8. ve 11. maddeler):** Bu alt boyutta kişilerin aile bireyleri tarafından gördüğü desteği ne düzeyde algıladığı ölçülür.
- **Arkadaş Desteği (6., 7., 9. ve 12. maddeler):** Bu alt boyutta kişilerin arkadaş olarak düşündüğü bireylerden gördüğü desteği ne düzeyde algıladığı ölçülür.
- **Özel İnsan Desteği (1., 2., 5. ve 10. maddeler):** Bu alt boyutta kişilerin özellikle eş, sevgili ya da özel olan birinin verdiği desteği ne düzeyde algıladığı ölçülür (Eker ve Arkar, 2001).

Her madde "Kesinlikle Hayır" ile "Kesinlikle Evet" arasında değişen yedili likert tipi değerlendirme ile derecelendirilmektir. Ölçek "7=Tamamen katılıyorum", "6=Çoğunlukla katılıyorum", "5=Katılıyorum", "4=Kararsızım", "3=Katılmıyorum", "2=Çoğunlukla katılmıyorum" ve "1=Hiç katılmıyorum" şeklinde 1'den 7'ye kadar değişen değerlendirme düzeyine sahiptir. Bu ölçekte her alt boyutun dört maddesinin puanlaması ile alt ölçek puanı elde edilir. Bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile ölçeğin tam puanlaması yapılır. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28'dir. Ölçeğin bütününden elde edilecek en düşük toplam puan 12, en yüksek toplam puan ise 84'tür. Elde edilen puan arttıkça algılanan sosyal desteğin yüksek olduğu anlaşılır. Bu ölçeğin maddeleri içerisinde ters ifade bulunmamaktadır (Eker ve Arkar, 2001).

Eker ve Arkar tarafından yapılan Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında sosyal destek ölçeğinin toplam Cronbach alfa katsayısı 0.89 olarak, alt boyut Cronbach alfa katsayıları ise "Aile Desteği" için 0.85, "Arkadaş Desteği" için 0.88 ve "Özel İnsan Desteği" için 0.92 olarak bulunmuştur (Eker ve Arkar, 2001).

Bu araştırmada ise; “Aile Desteği” alt ölçeğinin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,947, “Arkadaş Desteği” alt ölçeğinin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,905, “Özel İnsan Desteği” alt ölçeğinin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,929, ölçeğin toplam Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,944 olarak bulundu.

3.7. Verilerin Toplanması

Veriler, 07.01.2021-28.02.2021 tarihleri arasında, İstanbul’da kurum izni alınabilen üç kamu hastanesinin genel cerrahi kliniklerinde yatan ve cerrahi girişim geçiren hepatopankreatobilier kanserli hastalardan yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Veri toplama öncesinde araştırmaya dahil olma kriterlerine uyan hepatopankreatobilier kanser cerrahisi geçirmiş hastalara Helsinki Bildirgesi doğrultusunda hazırlanan “Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu **(Ek-1)**” ile araştırmanın amacı, yararı, verilerin toplanma süreci, alınan bütün verilerin saklanacağı, yanıtların gizli kalacağı ve sadece bilimsel amaç için kullanılacağı konusunda bilgi verilerek hastalardan sözlü ve yazılı izinleri alındı. Verilerin toplanması sırasında “Hasta Tanılama Formu”, “Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği” ve “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” birlikte verilerek; ölçeklerin her bir maddesinin karşısında bulunan ifadelerden kendileri için en uygun olanı işaretlemeleri istendi. Veri toplama formlarının eksiksiz doldurmasının araştırma için önemli olduğu vurgulandı. Yapılan görüşmeler hasta odalarında hastanın uygun olduğu bir zaman diliminde yaklaşık 15-20 dakikalık süre içinde gerçekleştirildi.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin, bilgisayar ortamında istatistiksel analizleri yapıldı. Araştırmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) sürüm 25 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) programı kullanıldı. Sürekli her bir değişkenden elde edilen puanların normal dağılıp dağılmadığı betimsel, grafiksel ve istatistiksel yöntemlerle incelendi. İstatistiksel yöntem ile sürekli bir değişkenden elde edilen puanların normalliğini test etmek amacıyla Kolmogorov-Smirnov testinden yararlanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (sayı, yüzde, ortalama, ortanca, standart sapma vb.) yanı sıra gruplar arasındaki farklılığın test edilmesinde Bağımsız Örneklem t Testi ve ANOVA (Varyans) Analizinden yararlanıldı. ANOVA analizi sonucu farkın anlamlı olduğu gruplarda çoklu karşılaştırmalar, Tukey testi ile yapıldı. İki sürekli değişken arasındaki ilişki düzeyine Pearson korelasyon

testi ile bakıldı. Ayrıca bağımlı değişkenler üzerindeki bağımsız faktörlerin etkisinin belirlenmesinde Çoklu Linear Regresyon analizinden yararlanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendi.

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Rektörlüğü Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Başkanlığı'ndan etik kurul izni alındı. Verilerin toplanabilmesi için belirlenen üç kamu hastanesinden gerekli kurum izinleri alındı**.** Araştırmada ölçeklerin kullanılabilmesi için ölçeklerin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan yazarlardan gerekli izinler alındı **(Ek-5 ve Ek-6).** Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara araştırmanın yapılma amacı açıklandıktan sonra beyan ettikleri bilgilerin başkalarıyla paylaşılmayacağı konusunda bilgi verilerek veri toplama işlemi öncesinde sözlü ve yazılı izinleri **(Ek-1)** alındı.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sonuçları, kurum izni alınan üç kamu hastanesinin genel cerrahi servislerinde 07.01.2021- 28.02.2021 tarihleri arasında yatmakta olan cerrahi girişim geçirmiş hepatopankreatobilier kanserli hastalar ile sınırlıdır. Ayrıca veri toplama aracındaki ifadelerin öz bildirime dayalı olması durumu araştırmanın diğer bir sınırlılığını oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

Hepatopankreatobilier kanser cerrahisi sonrası hastalarda öz bakım yönetimi ile sosyal destek ilişkisinin belirlenmesi amacıyla 106 hasta ile yapılan araştırmadan elde edilen bulgular on başlık altında toplandı:

Bölüm I: Hepatopankreatobilier Kanser Cerrahisi Geçiren Hastaların Sosyodemografik ve Sağlık/Hastalık Durumuna İlişkin Özelliklerinin Dağılımına Yönelik Bulgular

Bölüm II: Hepatopankreatobilier Kanser Cerrahisi Geçiren Hastaların ÖBYÖ Puanları ve Cronbach Alfa Güvenirlik Düzeyine İlişkin Bulgular

Bölüm III: Hepatopankreatobilier Kanser Cerrahisi Geçiren Hastaların ÇBASDÖ Puanları ve Cronbach Alfa Güvenirlik Düzeyine İlişkin Bulgular

Bölüm IV: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre ÖBYÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Bölüm V: Hastaların Sağlık/Hastalık Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre ÖBYÖ Puan Ortalamalarına Yönelik Bulgular

Bölüm VI: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Bölüm VII: Hastaların Sağlık/Hastalık Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Puan Ortalamalarına Yönelik Bulgular

Bölüm VIII: ÖBYÖ ile ÇBASDÖ Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Bölüm IX: Çoklu Linear Regresyon Analizi Sonuçlarına Göre Hastaların Öz Bakım Yönetimi ile İlişkili Bağımsız Faktörlere İlişkin Bulgular

Bölüm X: Çoklu Linear Regresyon Analizi Sonuçlarına Göre Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi ile İlişkili Bağımsız Faktörlere İlişkin Bulgular

4.1. Hepatopankreatobilier Kanser Cerrahisi Geçiren Hastaların Sosyodemografik ve Sağlık/Hastalık Durumuna İlişkin Özelliklerinin Dağılımına Yönelik Bulgular

Bu bölümde, araştırmaya katılan hepatopankreatobilier kanser cerrahisi geçirmiş hastaların sosyodemografik **(Tablo 4.1-1)** ve sağlık/hastalık durumuna ilişkin **(Tablo 4.1-2)** özelliklerine yönelik bulguları yer aldı.

Tablo 4.1-1: Hepatopankreatobilier Kanser Cerrahisi Geçiren Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (N=106)

Özellikler	**Kategori**	**n**	**%**	**Ort.±SS**	**Aralık**
Yaş	Genel	106	100,0	57,61±14,49	26-85
Yaş grup	<60	56	52,8		
	≥60	50	47,2		
Cinsiyet	Kadın	49	46,2		
	Erkek	57	53,8		
Medeni durum	Bekar	22	20,8		
	Evli	84	79,2		
Eğitim düzeyi	İlköğretim	61	57,5		
	Lise	19	17,9		
	Üniversite	26	24,5		
Çalışma durumu	Çalışıyor	42	39,6		
	Çalışmıyor	64	60,4		
Gelir durumu	Gelir giderden az	28	26,4		
	Gelir gidere eşit	69	65,1		
	Gelir giderden fazla	9	8,5		
Sağlık Güvencesi	Var	106	100,0		
	Yok	0	0,0		
Yaşanılan yer	Köy	13	12,3		
	İlçe	25	23,6		
	İl	68	64,2		
Çocuk varlığı	Var	98	92,5		
	Yok	8	7,5		

Çocuk sayısı	1	9	9,2		
	2	33	33,7		
	3	30	30,6		
	≥4	26	26,5		
Birlikte yaşadığı kişi/kişiler	Yalnız	12	11,3		
	Eş ile	30	28,3		
	Eş ve çocuklar ile	52	49,1		
	Çocuklar ile	12	11,3		

Ort: Ortalama, **SS:**Standart Sapma

Tablo 4.1-1'de araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamasının 57,61±14,49 (n=106) ve %52,8'inin (n=56) 60 yaş altında olduğu; %53,8'inin (n=57) erkek, %79,2'sinin (n=84) evli, %57,5'inin (n=61) ilköğretim mezunu, %92,5'inin (n=98) çocuk sahibi olduğu ve çocuk sahibi olanların %33,7'sinin (n=33) 2 çocuğu olduğu belirlendi. Hastaların %60,4'ünün (n=64) aktif olarak bir işte çalışmadığı ve %65,1'inin (n=69) gelirinin giderine denk olduğu saptandı. Yaşanılan yere göre hastaların dağılımı incelendiğinde %64,2'sinin (n=68) ilde sürekli ikamet ettiği belirlenirken; %49,1'inin (n=52) eşi ve çocuklarıyla yaşadığı saptandı.

Tablo 4.1-2: Hastaların Sağlık/Hastalık Durumuna İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (N=106)

Özellikler	**Kategori**	**n**	**%**
Sigara kullanımı	Evet	39	36,8
	Hayır	67	63,2
Sigara kullanım miktarı (adet) (n=39)	≤10	20	51,3
	11-30	19	48,7
Alkol kullanımı	Evet	17	16,0
	Hayır	89	84,0
Alkol kullanım miktarı (kadeh) (n=17)	Haftalık 1-5 kadeh	5	29,4
	Aylık 1-5 kadeh	12	70,6

Stresli bir kişilik yapısına sahip olduğunu ifade etme	Evet	74	69,8
	Hayır	32	30,2
Ailede kanser öyküsü varlığı	Evet	73	68,9
	Hayır	33	31,1
Ailede kanser öyküsü yakınlık derecesi (n=73)	1.Dereceden yakın	70	95,9
	2./3. Dereceden yakın	3	4,1
Kanser dışında kronik bir hastalık varlığı	Evet	71	67,0
	Hayır	35	33,0
Kanser tanı tipi	Karaciğer	36	34,0
	Pankreas	44	41,5
	Safra kesesi/safra yolu	26	24,5
Tanı sonrası geçen süre (ay)	0-6 ay	64	60,4
	7-13 ay	24	22,6
	14-20 ay	9	8,5
	≥20 ay	9	8,5
Radyoterapi alma durumu	Evet	15	14,2
	Hayır	91	85,8
Kemoterapi alma durumu	Evet	43	40,6
	Hayır	63	59,4
Daha önce ameliyat deneyimi olma durumu	Evet	71	67,0
	Hayır	35	33,0

Tablo 4.1-2'de hastaların sağlık/hastalık durumuna ilişkin özellikleri incelendiğinde; hastaların %34'ünün (n=36) karaciğer, %41,5'inin (n=44) pankreas, %24,5'inin (n=26) safra kesesi ya da safra yolu bölgesi kaynaklı kanser olduğu ve kanser tanısı sonrası geçen sürenin hastaların %60,4'ünde (n=64) 0-6 ay olduğu saptandı. Hastaların %36,8'inin (n=39) sigara, %16'sının (n=17) alkol kullanımı olduğu; %69,8'inin (n=74) stresli bir kişilik yapısına sahip olduğunu ifade ettiği ve %67'sinin (n=71) kronik bir rahatsızlığı olduğu saptandı. Hastaların %68,9'unun (n=73) ailesinde kanser öyküsü bulunduğu ve ailede kanser öyküsü bulunanların %95,9'unun (n=70) kanser tanısı koyulan bireyle 1. dereceden yakınlığının olduğu belirlendi.

4.2. Hepatopankreatobilier Kanser Cerrahisi Geçiren Hastaların ÖBYÖ Puanları ve Cronbach Alfa Güvenirlik Düzeyine İlişkin Bulgular

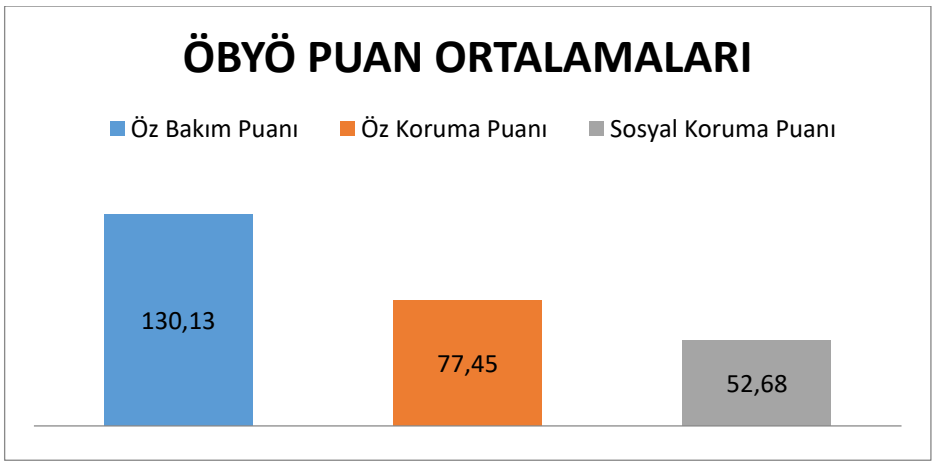
Bu bölümde, hepatopankreatobilier kanser cerrahisi geçiren hastaların ÖBYÖ puanları **(Tablo 4.2-1; Şekil 4.2-1)** ve Cronbach Alfa güvenirlik düzeyine ilişkin bulgulara **(Tablo 4.2-1)** yer verildi.

Tablo 4.2-1: Hepatopankreatobilier Kanser Cerrahisi Geçiren ÖBYÖ Puanları ve Cronbach Alfa Güvenirlik Düzeyi (N=106)

ÖBYÖ	Madde sayısı	Ort.±SS	Ortanca (Min.-Mak.)	Cronbach's Alpha(α)
ÖBYÖ-Öz Koruma	20	77,45±9,59	78,5(43-92)	0,854
ÖBYÖ-Sosyal Koruma	15	52,68±8,49	54(23-70)	0,793
ÖBYÖ-Toplam	35	130,13±15,88	134(70-159)	0,882

Ort: Ortalama, **SS:**Standart Sapma

Tablo 4.2-1'de hastaların ÖBYÖ toplam ile alt boyutlarından aldıkları puanlar ve Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı dağılımları incelendiğinde; ölçek toplam puanının 130,13±15,88, Öz Koruma alt boyut puanının 77,45±9,59 ve Sosyal Koruma alt boyut puanının 52,68±8,49 olduğu belirlendi. ÖBYÖ toplam ve alt boyutları için hesaplanan Cronbach Alfa (α) katsayıları 0,79 ile 0,88 arasında değiştiği ve bu hesaplanan güvenirlik düzeyinin oldukça güvenilir (0.7-0.8) ve üzeri olduğu saptandı.



Şekil 4.2-1: Hepatopankreatobilier Kanser Cerrahisi Geçiren Hastaların ÖBYÖ Puanları ve Cronbach Alfa Güvenirlik Düzeyi (N=106)

4.3. Hepatopankreatobilier Kanser Cerrahisi Geçiren Hastaların ÇBASDÖ Puanları ve Cronbach Alfa Güvenirlik Düzeyine İlişkin Bulgular

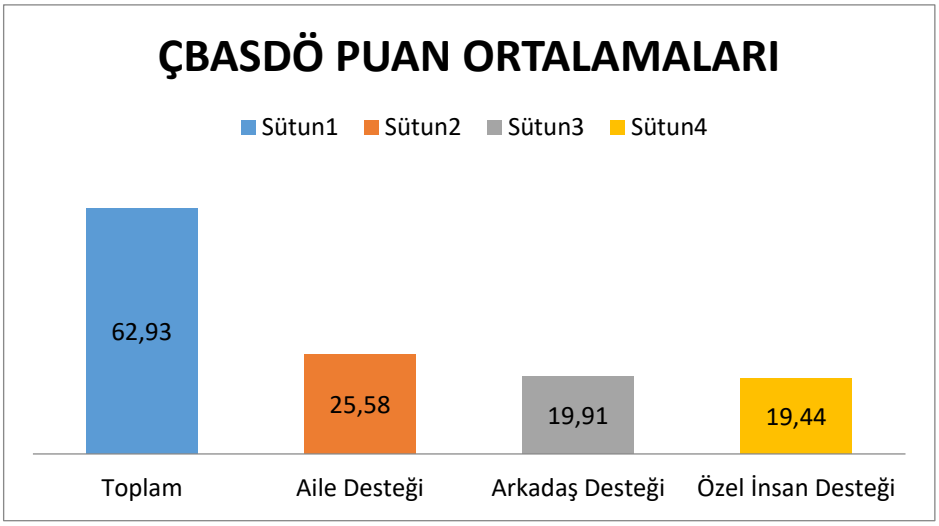
Bu bölümde, hepatopankreatobilier kanser cerrahisi geçiren hastaların ÇBASDÖ'den aldıkları puanlara **(Tablo 4.3-1; Şekil 4.3-1)** ve Cronbach Alfa güvenirlik düzeyine ilişkin bulgulara **(Tablo 4.3-1)** yer verildi.

Tablo 4.3-1: Hepatopankreatobilier Kanser Cerrahisi Geçiren Hastaların ÇBASDÖ Puanları ve Cronbach Alfa Güvenirlik Düzeyi (N=106)

ÇBASDÖ	Madde sayısı	Ort.±SS	Ortanca (Min.-Mak.)	Cronbach's Alpha(α)
ÇBASDÖ-Aile Desteği	4	23,58±5,10	24,5(4-28)	0,947
ÇBASDÖ-Arkadaş Desteği	4	19,91±5,33	21(4-28)	0,905
ÇBASDÖ-Özel İnsan Desteği	4	19,44±5,75	20(4-28)	0,929
ÇBASDÖ-Toplam	12	62,93±14,06	64(17-84)	0,944

Ort: Ortalama, **SS:**Standart Sapma

Tablo 4.3-1'de hastaların ÇBASDÖ toplam ile alt boyutlarından aldıkları puanlar ve Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı dağılımları incelendiğinde; ölçek toplam puanının 62,93±14,06, Aile Desteği alt boyut puanının 23,58±5,10, Arkadaş Desteği alt boyut puanının 19,91±5,33 ve Özel İnsan Desteği alt boyut puanının 19,44±5,75 olduğu belirlendi. ÇBASDÖ toplam ve alt boyutları için hesaplanan Cronbach Alfa (α) katsayıları 0,91 ile 0,95 arasında değiştiği ve bu hesaplanan güvenirlik düzeyinin yüksek derecede güvenilir (0,8-1) olduğu saptandı.



Şekil 4.3-1: Hepatopankreatobilier Kanser Cerrahisi Geçiren Hastaların ÇBASDÖ Puanları ve Cronbach Alfa Güvenirlik Düzeyi (N=106)

4.4. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre ÖBYÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, araştırmaya katılan hepatopankreatobilier kanser cerrahisi geçirmiş hastaların sosyodemografik özelliklerine göre ÖBYÖ'den aldıkları puan ortalamalarına ilişkin bulgulara yer verildi **(Tablo 4.4-1).**

Tablo 4.4-1: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre ÖBYÖ Puan Ortalamaları

			ÖBYÖ		
			Öz Koruma	**Sosyal Koruma**	**Toplam**
Özellikler	**Kategori**	**n**	**Ort.±SS**	**Ort.±SS**	**Ort.±SS**
Yaş	***Anlamlılık(r;p)***	106	***r=-0,346;p=<0,001****	*r=0,000;p=0,996*	***r=-0,209;p=0,032****
Yaş grup	<60 ≥60	56 50	79,61±9,21 75,04±9,52	52,39±7,91 53,00±9,17	132,00±14,89 128,04±16,83
	Anlamlılık(t;p)		***t=2,508;p=0,014****	*t=0,366;p=0,715*	*t=1,286;p=0,201*
Cinsiyet	Kadın Erkek	49 57	79,37±7,81 75,81±10,68	54,53±6,00 51,09±9,93	133,90±10,77 126,89±18,71
	Anlamlılık(t;p)		*t=1,930;p=0,056*	***t=2,193;p=0,031****	***t=2,400;p=0,018****
Medeni durum	Bekar Evli	22 84	74,59±11,03 78,20±9,10	51,77±12,26 52,92±7,27	126,36±20,61 131,12±14,38
	Anlamlılık(t;p)		*t=1,584;p=0,116*	*t=0,419;p=0,679*	*t=1,019;p=0,317*

Eğitim düzeyi	İlköğretim	61	76,21±9,46	53,48±7,87	129,69±15,06
	Lise	19	77,26±8,48	52,00±9,50	129,26±16,20
	Üniversite	26	80,50±10,32	51,31±9,22	131,81±17,94
	Anlamlılık(F;p)		*F=1,855;p=0,162*	*F=0,664;p=0,517*	*F=0,194;p=0,824*
Çalışma durumu	Çalışıyor	42	78,33±9,98	52,19±8,31	130,52±16,67
	Çalışmıyor	64	76,88±9,36	53,00±8,65	129,88±15,47
	Anlamlılık(t;p)		*t=0,764;p=0,446*	*t=0,479;p=0,633*	*t=0,205;p=0,838*
Gelir durumu	Gelir giderden az	*28*	75,57±11,77	53,32±8,43	128,89±18,34
	Gelir gidere eşit	69	77,93±9,02	52,32±8,95	130,25±15,84
	Gelir giderden fazla	9	79,67±5,32	53,44±4,72	133,11±5,06
	Anlamlılık(F;p)		*F=0,861;t=0,426*	*F=0,176;p=0,839*	*F=0,242;p=0,786*
Yaşanılan yer	Köy	13	71,92±10,99	50,54±9,40	122,46±18,80
	İlçe	25	78,16±8,60	54,20±6,49	132,36±12,55
	İl	68	78,25±9,45	52,53±8,95	130,78±16,18
	Anlamlılık(F;p)		*F=2,536;p=0,084*	*F=0,823;t=0,442*	*F=1,849;p=0,163*
Çocuk varlığı	Var	98	77,17±9,74	52,67±8,66	129,85±16,26
	Yok	8	80,88±7,14	52,75±6,39	133,63±10,08
	Anlamlılık(t;p)		*t=1,050;p=0,296*	*t=0,024;p=0,981*	*t=0,645;p=0,520*
Çocuk sayısı	1[1]	9	84,67±3,16	56,44±5,70	141,11±5,18
	2[2]	33	77,85±9,82	52,06±8,42	129,91±16,46
	3[3]	30	76,83±10,52	52,77±10,61	129,60±18,17
	≥4[4]	26	74,12±9,07	52,04±7,30	126,15±15,08
	Anlamlılık(F;p)		***F=2,850;p=0,042****	*F=0,664;p=0,576*	*F=1,944;p=0,128*
	Fark		*f=1>4*	-	-
Birlikte yaşadığı kişi/kişiler	Yalnız[1]	12	71,58±12,77	45,83±12,98	117,42±23,25
	Eş ile[2]	30	78,07±7,66	55,40±5,65	133,47±12,03
	Eş ve çocuklar ile[3]	52	78,65±9,76	52,08±7,28	130,73±15,03
	Çocuklar ile[4]	12	76,58±8,49	55,33±10,43	131,92±15,02
	Anlamlılık(F;p)		*F=1,891;p=0,136*	***F=4,522;p=0,005****	***F=3,282;p=0,024****
	Fark		-	*f=1<2,4*	*f=1<2,4*

:**p<0,05;r*= Pearson Korelasyon Testi; ***t*=**Bağımsız Örneklem t Testi; ***F*=**ANOVA (Varyans) Analizi

Tablo 4.4-1'de hastaların sosyodemografik özelliklerine göre ÖBYÖ ile alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; Öz Koruma alt boyutundan 60 yaş altı hasta grubunun aldığı puan ortalamasının, 79,61±9,21 (n=56); 60 yaş ve üzeri hasta grubunun aldığı puan ortalamasının ise 75,04±9,52 (n=50) ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı **(*t*=2,508;*p*=0,014).** Hastaların yaşı ile Öz Koruma alt boyutu **(*r*=-0,346;*p*=<0,001)** ve ÖBYÖ toplam puanı **(*r*=-0,209; *p*=0,032)** arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki varlığı saptandı. Hastaların yaşları arttıkça öz bakım yönetim düzeylerinin azaldığı bulundu.

Kadın hastaların, Sosyal Koruma alt boyutundan aldığı puan ortalamasının 54,53±6,00 (n=49); erkek hastaların aldığı puan ortalamasının ise 51,09±9,93 (n=57) olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı **(*t*=2,193;*p*=0,031).** Benzer şekilde kadın hastaların, ÖBYÖ toplamından aldığı puan ortalamasının 133,90±10,77 (n=49); erkek hastaların aldığı puan ortalamasının ise 126,89±18,71 (n=57) olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı **(*t*=2,400;*p*=0,018).** Kadınların öz bakım yönetimi düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğu belirlendi **(Tablo 4.4-1).**

Hastaların çocuk sayısına göre Öz Koruma alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık gösterdiği saptandı **(*F*=2,850; *p*=0,042).** Tukey testi ile bu farklılığın tek çocuğu olan hasta grubu (n=9) ile 4 ve üzeri çocuğu olan hasta grubu (n=26) arasında olduğu belirlendi. Tek çocuğu olan hastaların öz korumasının 4 ve üzeri sayıda çocuğu olanlara göre yüksek olduğu bulundu **(Tablo 4.4-1).**

Hastaların birlikte yaşadığı kişi/kişilere göre ÖBYÖ toplam ve Sosyal Koruma alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık gösterdiği saptandı **(*Toplam*→*F*=4,522; *p*=0,005, *Sosyal koruma*→ *F*=3,282; *p*=0,024).** Tukey testi ile bu farklılığın yalnız yaşayan hastalar (n=12) ile eşi ile yaşayan (n=30) ve çocukları ile yaşayan (n=12) hastalar arasında olduğu bulundu. Yalnız yaşayan hastaların eşi ile ve çocukları ile yaşayanlara göre öz bakım yönetimi düzeyinin ve alt boyut olan sosyal koruma düzeyinin daha düşük olduğu belirlendi **(Tablo 4.4-1).**

4.5. Hastaların Sağlık/Hastalık Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre ÖBYÖ Puan Ortalamalarına Yönelik Bulgular

Bu bölümde, araştırmaya katılan hepatopankreatobilier kanser cerrahisi geçirmiş hastaların sağlık/hastalık durumuna ilişkin özelliklerine göre ÖBYÖ'den aldıkları puanlara yer verildi **(Tablo 4.5-1).**

Tablo 4.5-1: Hastaların Sağlık/Hastalık Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre ÖBYÖ Puan Ortalamaları

			ÖBYÖ		
			Öz Koruma	**Sosyal Koruma**	**Toplam**
Özellikler	**Kategori**	**n**	**Ort.±SS**	**Ort.±SS**	**Ort.±SS**
Sigara kullanımı	Evet	39	77,44±10,15	50,79±9,58	128,23±17,70
	Hayır	67	77,46±9,33	53,78±7,65	131,24±14,75
	Anlamlılık(t;p)		*t=0,014;p=0,989*	*t=1,761;p=0,081*	*t=0,940;p=0,349*

Sigara kullanım miktarı (adet) (n=39)	≤10	20	79,00±10,32	50,15±10,83	129,15±19,67
	11-30	19	75,79±9,99	51,47±8,30	127,26±15,84
	Anlamlılık(F;p)		*t=0,987;p=0,330*	*t=0,427;p=0,672*	*t=0,329;p=0,744*
Alkol kullanımı	Evet	17	78,47±8,31	50,82±8,79	129,29±14,63
	Hayır	89	77,26±9,85	53,03±8,43	130,29±16,18
	Anlamlılık(t;p)		*t=0,476;p=0,635*	*t=0,984;p=0,328*	*t=0,236;p=0,814*
Alkol kullanım miktarı (kadeh) (n=17)	Haftalık 1-5 kadeh	5	79,40±6,39	55,60±3,05	135,00±7,58
	Aylık 1-5 kadeh	12	78,08±9,22	48,83±9,71	126,92±16,41
	Anlamlılık(t;p)		*t=0,289;p=0,776*	*t=1,502;p=0,154*	*t=1,041;p=0,314*
Stresli bir kişilik yapısına sahip olduğunu ifade etme	Evet	74	78,89±8,07	54,39±6,15	133,28±11,65
	Hayır	32	74,13±11,91	48,72±11,48	122,84±21,35
	Anlamlılık(t;p)		***t=2,068; p=0,045****	***t=2,637; p=0,012****	***t=2,603; p=0,013****
Ailede kanser öyküsü varlığı	Evet	73	77,41±9,45	52,99±9,03	130,40±16,33
	Hayır	33	77,55±10,05	52,00±7,22	129,55±15,05
	Anlamlılık(t;p)		*t=0,067;p=0,947*	*t=0,552;p=0,582*	*t=0,255;p=0,800*
Kanser dışında kronik bir hastalık varlığı	Evet	71	77,18±10,01	52,66±8,54	129,85±16,45
	Hayır	35	78,00±8,79	52,71±8,50	130,71±14,88
	Anlamlılık(t;p)		*t=0,411;p=0,682*	*t=0,030;p=0,976*	*t=0,264;p=0,792*
Kanser tanı tipi	Karaciğer	36	78,33±8,65	51,64±8,46	129,97±14,66
	Pankreas	44	76,00±10,32	52,00±9,24	128,00±17,88
	Safra kesesi/safra yolu	26	78,69±9,60	55,27±6,80	133,96±13,59
	Anlamlılık(F;p)		*F=0,872;p=0,421*	*F=1,642;p=0,199*	*F=1,158;p=0,318*
Tanı sonrası geçen süre (ay)	0-6 ay	64	78,66±9,63	53,47±6,90	132,13±14,21
	7-13 ay	24	76,63±9,19	52,42±9,61	129,04±16,85
	14-20 ay	9	74,56±12,30	47,67±14,30	122,22±25,69
	≥20 ay	9	74,00±6,76	52,78±8,17	126,78±11,18
	Anlamlılık(F;p)		*F=1,060;p=0,370*	*F=1,248;p=0,296*	*F=1,262;p=0,292*
Radyoterapi alma durumu	Evet	15	73,27±11,84	46,33±12,83	119,60±22,30
	Hayır	91	78,14±9,06	53,73±7,12	131,87±13,97
	Anlamlılık(t;p)		*t=1,845;p=0,068*	***t=2,177; p=0,045****	*t=2,065;p=0,056*
Kemoterapi alma durumu	Evet	43	75,47±9,41	51,19±10,40	126,65±17,91
	Hayır	63	78,81±9,55	53,70±6,79	132,51±13,99
	Anlamlılık(t;p)		*t=1,781;p=0,078*	*t=1,394;p=0,168*	*t=1,887;p=0,062*
Daha önce ameliyat deneyimi olma durumu	Evet	71	77,90±8,89	52,56±8,34	130,46±14,62
	Hayır	35	76,54±10,96	52,91±8,89	129,46±18,37
	Anlamlılık(t;p)		*t=0,684;p=0,495*	*t=0,199;p=0,842*	*t=0,306;p=0,760*

***:**p<0,05; ***t*=**Bağımsız Örneklem t Testi; ***F*=**ANOVA (Varyans) Analizi

Tablo 4.5-1'de hastaların sağlık/hastalık durumuna ilişkin özelliklerine göre ÖBYÖ ile alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; stresli bir kişilik yapısı olduğunu ifade eden hastaların Öz Koruma alt boyutundan aldığı puan ortalamasının

78,89±8,07 (n=74), Sosyal Koruma alt boyutundan aldığı puan ortalamasının 54,39±6,15 (n=74), ÖBYÖ toplam puan ortalamasının 133,28±11,65 (n=74) olduğu; stresli bir kişilik yapısı olmadığını ifade edenlerin ise Öz Koruma alt boyutundan aldığı puan ortalamasının 74,13±11,91 (n=32), Sosyal Koruma alt boyutundan aldığı puan ortalamasının 48,72±11,48 (n=32), ÖBYÖ toplam puan ortalamasının 122,84±21,35 (n=32) olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ***(Öz koruma → t=2,068; p=0,045, Sosyal koruma → t=2,637; p=0,012, Toplam → t=2,603; p=0,013).*** Stresli bir kişilik yapısı olduğunu ifade eden hastaların öz koruma, sosyal koruma ve öz bakım yönetimi düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlendi.

Radyoterapi alan hastaların Sosyal Koruma alt boyutundan aldığı puan ortalamasının 46,33±12,83 (n=15), radyoterapi almayan hastaların puan ortalamasının ise 53,73±7,12 (n=91) olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı **(*t=2,177*; *p*=0,045).** Radyoterapi alan hastaların sosyal korumaya ilişkin öz yönetim düzeyinin daha düşük olduğu belirlendi **(Tablo 4.5-1).**

4.6. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, araştırmaya katılan hepatopankreatobilier kanser cerrahisi geçirmiş hastaların sosyodemografik özelliklerine göre ÇBASDÖ'den aldıkları puan ortalamalarına ilişkin bulgulara yer verildi **(Tablo 4.6-1).**

Tablo 4.6-1: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Puan Ortalamaları

			ÇBASDÖ			
			Aile Desteği	**Arkadaş Desteği**	**Özel İnsan Desteği**	**Toplam**
Özellikler	**Kategori**	**n**	**Ort.±SS**	**Ort.±SS**	**Ort.±SS**	**Ort.±SS**
Yaş	***Anlamlılık(r;p)***	106	***r=-0,250;p=0,010****	***r=-0,335;p=<0,001****	***r=-0,245;p=0,011****	***r=-0,318;p=0,001****
Yaş grup	<60	56	24,84±3,14	21,11±4,58	20,71±5,02	66,66±10,67
	≥60	50	22,18±6,39	18,56±5,81	18,02±6,22	58,76±16,20
	Anlamlılık(t;p)		***t=2,669;p=0,009****	***t=2,518;p=0,013****	***t=2,466;p=0,015****	***t=2,928;p=0,004****
Cinsiyet	Kadın	49	23,76±4,93	20,33±4,70	19,88±5,18	63,96±12,77
	Erkek	57	23,44±5,28	19,54±5,84	19,07±6,22	62,05±15,14
	Anlamlılık(t;p)		*t=0,317;p=0,752*	*t=0,765;p=0,446*	*t=0,729;p=0,468*	*t=0,703;p=0,484*
Medeni durum	Bekar	22	21,23±8,21	17,82±6,80	17,41±6,76	56,45±20,07
	Evli	84	24,20±3,74	20,45±4,77	19,98±5,38	64,63±11,58
	Anlamlılık(t;p)		*t=1,656;p=0,111*	*t=1,710;p=0,099*	*t=1,650;p=0,110*	*t=1,833;p=0,079*
Eğitim düzeyi	İlköğretim[1]	61	22,66±5,83	18,85±5,32	18,79±5,40	60,30±14,36
	Lise[2]	19	24,21±3,77	19,63±5,33	19,84±5,79	63,68±14,08
	Üniversite[3]	26	25,31±3,44	22,58±4,56	20,69±6,48	68,58±11,94
	Anlamlılık(F;p)		*F=2,727;p=0,070*	***F=4,806;p=0,010****	*F=1,058;p=0,351*	***F=3,336;p=0,039****
	Fark		-	*f=1<3*	-	*f=1<3*
Çalışma durumu	Çalışıyor	42	25,24±3,10	22,17±4,54	21,36±5,19	68,76±11,31
	Çalışmıyor	64	22,50±5,84	18,42±5,32	18,19±5,79	59,11±14,45
	Anlamlılık(t;p)		***t=3,139;p=0,002****	***t=3,752;p=<0,001****	***t=2,870;p=0,005****	***t=3,654;p=<0,001****
Gelir durumu	Gelir giderden az[1]	*28*	21,00±6,37	16,54±5,57	16,39±6,18	53,93±15,28
	Gelir gidere eşit [2]	69	24,32±4,40	20,75±4,73	20,13±5,12	65,20±12,22
	Gelir giderden fazla[3]	9	26,00±2,24	23,89±3,82	23,67±5,07	73,56±9,13
	Anlamlılık(F;p)		***F=5,810;p=0,004****	***F=10,630;p=<0,001****	***F=7,740;p=0,001****	***F=10,952;p=<0,001****
	Fark		*f=1<2,3*	*f=1<2,3*	*f=1<2,3*	*f=1<2,3*
Yaşanılan yer	Köy	13	20,69±7,62	16,31±3,75	16,46±4,67	53,46±15,10
	İlçe	25	23,80±5,13	19,56±5,87	17,40±5,54	60,76±13,87
	İl	68	24,06±4,36	20,72±5,14	20,76±5,65	65,54±13,19
	Anlamlılık(F;p)		*F=2,476;p=0,089*	***F=4,029;p=0,021****	***F=5,567;p=0,005****	***F=4,734;p=0,011****
	Fark			*f=3>1*	*f=3>2,1*	*f=3>1*
Çocuk varlığı	Var	98	23,35±5,18	19,52±5,29	19,16±5,69	62,03±14,02
	Yok	8	26,50±2,83	24,63±3,29	22,88±5,74	74,00±9,61
	Anlamlılık(t;p)		*t=1,697;p=0,093*	***t=2,680;p=0,009****	*t=1,773;p=0,079*	***t=2,365;p=0,020****
Çocuk sayısı	1	9	24,44±3,75	21,56±4,45	21,44±4,13	67,44±11,11
	2	33	23,76±3,81	19,91±5,19	20,12±5,53	63,79±12,37
	3	30	23,87±4,74	19,43±5,78	18,20±5,83	61,50±13,92
	≥4	26	21,85±7,18	18,42±5,12	18,27±6,05	58,54±16,57
	Anlamlılık(F;p)		*F=1,034;p=0,381*	*F=0,876;p=0,457*	*F=1,307;p=0,277*	*F=1,179;p=0,322*
Birlikte yaşadığı kişi/kişiler	Yalnız[1]	12	19,33±8,84	16,25±6,78	15,83±7,42	51,42±20,93
	Eş ile[2]	30	23,53±3,95	19,40±5,19	20,10±4,99	63,03±12,14
	Eş ve çocuklar ile[3]	52	24,56±3,63	21,25±4,32	20,00±5,57	65,81±11,06
	Çocuklar ile[4]	12	23,75±6,62	19,00±6,54	19,00±5,86	61,75±17,57
	Anlamlılık(F;p)		***F=3,679;p=0,015****	***F=3,409;p=0,020****	*F=1,944;p=0,127*	***F=3,701;p=0,014****
	Fark		*f=1<3*	*f=1<3*	-	*f=1<3*

***:**p<0,05; ***t*=**Bağımsız Örneklem t Testi; ***F*=**ANOVA (Varyans) Analizi

Tablo 4.6-1'de hastaların sosyodemografik özelliklerine göre ÇBASDÖ ile alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; hastaları yaşı ile Aile Desteği **(*r*=-0,250*; p*=0,010)**, Arkadaş Desteği **(*r*=-0,335 *;p*=<0,001)**, Özel İnsan Desteği **(*r*=-0,245*; p*=0,011)** ve ÇBASDÖ toplam **(*r*=-0,318*; p*=0,001)** puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki varlığı saptandı. Hastaların yaşları arttıkça algılanan sosyal destek düzeylerinin azaldığı belirlendi.

Eğitim düzeyine göre hastaların ÇBASDÖ toplam ve Arkadaş Desteği alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık gösterdiği saptandı **(*Toplam→F*=4,806; *p*=0,010, *Arkadaş Desteği→ F*=3,336; *p*=0,039).** Tukey testi ile bu farklılığın ilköğretim mezunları ile üniversite mezunları arasında olduğu saptandı. İlköğretim mezunu hastaların algılanan sosyal destek düzeyinin ve arkadaş desteğinin üniversite mezunu olan hastalara göre düşük olduğu belirlendi **(Tablo 4.6-1).**

Aktif olarak bir işte çalışma durumuna göre hastaların ÇBASDÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık gösterdiği saptandı **[(*Aile Desteği→ t*=3,139; *p*=0,002), (*Arkadaş Desteği→ t*=3,752; *p*=<0,001), (*Özel İnsan Desteği→ t*=2,870*; p*=0,005) ve (*ÇBASDÖ Toplam→ t*=3,654*; p*=<0,001)]**. Aktif olarak bir işte çalışan hastaların çalışmayan hastalara göre algılanan sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu belirlendi **(Tablo 4.6-1).**

Gelir durumuna göre hastaların ÇBASDÖ toplam ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık gösterdiği saptandı ***[(Aile Desteği→ F=5,810;p=0,004), (Arkadaş Desteği→ F=10,630; p=<0,001), (Özel İnsan Desteği→ F=7,740;p=0,001) ve (ÇBASDÖ Toplam→ F=10,952;p=<0,001)].*** Tukey testi ile bu farklılığın bütün gelir düzeyleri arasında olduğu bulundu. Hastaların gelir düzeyi arttıkça algıladıkları sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu belirlendi **(Tablo 4.6-1).**

Hastaların yaşadığı yere göre ÇBASDÖ toplam, Arkadaş ve Özel İnsan Desteği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık gösterdiği saptandı **[(*Arkadaş Desteği→ F*=4,029; *p*=0,021), (*Özel İnsan Desteği→ F*=5,567*; p*=0,005) ve (*ÇBASDÖ Toplam→ F*=4,734*; p*=0,011)].** Tukey testi ile bu farklılığın ÇBASDÖ toplam ve Arkadaş Desteği alt boyutunda; illerde yaşayan hasta grubu ile köylerde yaşayan hasta grubu arasında olduğu; Özel İnsan Desteği alt boyutunda ise illerde yaşayan hasta grubu ile köylerde ve ilçelerde yaşayan hasta grubu arasında olduğu bulundu.

Köyde yaşayan hastaların algılanan sosyal destek düzeyi ve arkadaş desteğinin illerde yaşayan hastalardan; köy ve ilçelerde yaşayan hastaların özel insan desteğinin ise illerde yaşayan hastalardan daha düşük olduğu belirlendi **(Tablo 4.6-1).**

Hastaların çocuk sahibi olma durumuna göre ÇBASDÖ toplam ve Arkadaş Desteği alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık gösterdiği saptandı **[(*Arkadaş Desteği→ t*=2,680*; p*=0,009), ve (*ÇBASDÖ Toplam→ t*=2,365*; p*=0,020)].** Çocuk sahibi olan hastaların çocuk sahibi olmayan hastalara göre algılanan sosyal destek düzeyinin ve arkadaş desteğinin daha düşük olduğu bulundu **(Tablo 4.6-1).**

Hastaların birlikte yaşadığı kişi/kişilere göre ÇBASDÖ toplam, Aile ve Arkadaş Desteği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık gösterdiği saptandı **[(*Aile Desteği→ F*=3,679; *p*=0,015), (*Arkadaş Desteği→ F*=3,409*; p*=0,020) ve (*ÇBASDÖ Toplam→ F*=3,701*; p*=0,014)].** Tukey testi ile bu farklılığın yalnız yaşayan hasta grubu ile eş ve çocukları ile yaşayan hasta grubu arasında olduğu bulundu. Yalnız yaşayan hastaların eş ve çocukları ile yaşayan hastalara göre algılanan sosyal desteğinin, arkadaş desteğinin ve aile desteğinin daha düşük olduğu belirlendi **(Tablo 4.6-1).**

4.7. Hastaların Sağlık/Hastalık Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Puan Ortalamalarına Yönelik Bulgular

Bu bölümde, araştırmaya katılan hepatopankreatobilier kanser cerrahisi geçirmiş hastaların sağlık/hastalık durumuna ilişkin özelliklerine göre ÇBASDÖ'den aldıkları puan ortalamalarına ilişkin bulgulara yer verildi **(Tablo 4.7-1).**

Tablo 4.7-1: Hastaların Sağlık/Hastalık Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Puan Ortalamaları

			ÇBASDÖ			
			Aile Desteği	Arkadaş Desteği	Özel İnsan Desteği	Toplam
Özellikler	**Kategori**	**n**	**Ort.±SS**	**Ort.±SS**	**Ort.±SS**	**Ort.±SS**
Sigara kullanımı	Evet	39	22,38±6,06	19,23±5,58	19,62±5,95	61,23±16,08
	Hayır	67	24,28±4,34	20,30±5,18	19,34±5,67	63,93±12,77
	Anlamlılık(t;p)		*t=1,716;p=0,091*	*t=0,995;p=0,322*	*t=0,234;p=0,816*	*t=0,895;p=0,374*
Sigara kullanım miktarı (adet) (n=39)	≤10	20	22,30±7,24	19,40±5,92	19,80±6,67	61,50±18,06
	11-30	19	22,47±4,72	19,05±5,36	19,42±5,26	60,95±14,20
	Anlamlılık(t;p)		*t=0,088; p=0,930*	*t=0,192; p=0,849*	*t=0,196;p=0,845*	*t=0,106;p=0,916*
Alkol kullanımı	Evet	17	22,06±5,80	19,18±5,50	18,88±6,04	60,12±15,78
	Hayır	89	23,88±4,94	20,04±5,32	19,55±5,72	63,47±13,74
	Anlamlılık(t;p)		*t=1,352; p=0,179*	*t=0,614; p=0,541*	*t=0,437;p=0,663*	*t=0,900;p=0,370*
Alkol kullanım miktarı (kadeh) (n=17)	Haftalık 1-5 kadeh	5	19,60±8,05	18,60±5,94	19,20±6,76	57,40±19,96
	Aylık 1-5 kadeh	12	23,08±4,64	19,42±5,57	18,75±6,03	61,25±14,57
	Anlamlılık(t;p)		*t=1,138;p=0,273*	*t=0,271; p=0,790*	*t=0,136; p=0,894*	*t=0,447; p=0,661*
Stresli bir kişilik yapısına sahip olduğunu ifade etme	Evet	74	24,12±4,89	20,64±5,05	20,18±5,18	64,93±13,38
	Hayır	32	22,34±5,42	18,22±5,65	17,75±6,67	58,31±14,72
	Anlamlılık(t;p)		*t=1,662; p=0,100*	***t=2,181; p=0,031****	*t=1,831; p=0,073*	***t=2,268;p=0,025****
Ailede kanser öyküsü varlığı	Evet	73	23,52±5,51	19,48±5,44	19,21±5,80	62,21±14,68
	Hayır	33	23,73±4,12	20,85±5,03	19,97±5,70	64,55±12,67
	Anlamlılık(t;p)		*t=0,192; p=0,848*	*t=1,227; p=0,222*	*t=0,632; p=0,529*	*t=0,792; p=0,430*
Kanser dışı kronik bir hastalık varlığı	Evet	71	23,31±5,64	19,82±5,32	19,24±5,81	62,37±14,67
	Hayır	35	24,14±3,78	20,09±5,41	19,86±5,68	64,09±12,86
	Anlamlılık(t;p)		*t=0,790; p=0,432*	*t=0,243; p=0,808*	*t=0,518; p=0,605*	*t=0,590; p=0,556*
Kanser tanı tipi	Karaciğer	36	23,00±5,41	20,14±6,11	18,58±6,42	61,72±15,80
	Pankreas	44	22,84±5,35	19,09±4,60	19,84±5,13	61,77±13,53
	Safra kesesi/safra yolu	26	25,65±3,62	20,96±5,30	19,96±5,85	66,58±12,16
	Anlamlılık(F;p)		*F=2,952; p=0,057*	*F=1,060; p=0,350*	*F=0,609;p=0,546*	*F=1,160;p=0,318*
Tanı sonrası geçen süre (ay)	0-6 ay[1]	64	25,16±3,44	21,34±4,57	20,45±5,66	66,95±10,96
	7-13 ay[2]	24	22,50±5,32	18,08±5,64	18,58±5,19	59,17±14,70
	14-20 ay[3]	9	19,00±7,94	17,89±4,94	17,33±5,98	54,22±17,07
	≥20 ay[4]	9	19,89±6,43	16,56±7,00	16,67±6,67	53,11±19,25
	Anlamlılık(F;p)		***F=7,595;p=<0,001****	***F=4,515; p=0,005****	*F=1,995;p=0,119*	***F=5,577;p=0,001****
	Fark		*f=1>3,4*	*f=1>3,4*	-	*f=1>3,4*
Radyoterapi alma durumu	Evet	15	19,00±6,79	17,07±6,81	15,27±6,95	51,33±17,72
	Hayır	91	24,34±4,37	20,37±4,94	20,13±5,26	64,85±12,48
	Anlamlılık(t;p)		***t=2,946; p=0,010****	*t=1,805; p=0,089*	***t=2,590;p=0,019****	***t=2,839;p=0,012****
Kemoterapi alma durumu	Evet	43	21,65±5,67	18,19±5,31	18,00±5,58	57,84±14,83
	Hayır	63	24,90±4,23	21,08±5,06	20,43±5,70	66,41±12,48
	Anlamlılık(t;p)		***t=3,382; p=0,001****	***t=2,835; p=0,006****	***t=2,172;p=0,032****	***t=3,114; p=0,003****
Daha önce ameliyat deneyimi olma durumu	Evet	71	23,20±5,63	19,32±5,47	18,97±5,74	61,49±14,43
	Hayır	35	24,37±3,75	21,09±4,89	20,40±5,74	65,86±13,00
	Anlamlılık(t;p)		*t=1,116; p=0,267*	*t=1,613; p=0,110*	*t=1,205; p=0,231*	*t=1,512; p=0,134*

***:**p<0,05; ***t*=**Bağımsız Örneklem t Testi; ***F*=**ANOVA (Varyans) Analizi

Tablo 4.7-1'de hastaların sağlık/hastalık durumuna ilişkin özelliklerine göre ÇBASDÖ ile alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; hastaların stresli bir kişilik yapısına sahip olduğunu ifade etme durumuna göre ÇBASDÖ toplam ve Arkadaş Desteği alt boyutundan aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık gösterdiği saptandı **[(*Arkadaş Desteği→ t*=2,181*; p*=0,031), ve (*ÇBASDÖ Toplam→ t*=2,268*; p*=0,025)].** Stresli bir kişilik yapısına sahip olduğunu ifade eden hastaların algılanan sosyal destek düzeyinin ve arkadaş desteğinin stresli bir kişilik yapısına sahip olmadığını ifade eden hastalara göre daha yüksek olduğu belirlendi **(Tablo 4.7-1).**

Hastaların tanı sonrası geçen süreye göre ÇBASDÖ toplam, Aile ve Arkadaş Desteği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık gösterdiği saptandı **[(*Aile Desteği→ F*=7,595; *p*=<0,001), (*Arkadaş Desteği→F*=4,515*; p*=0,005) ve (*ÇBASDÖ Toplam→ F*=5,577*; p*=0,001)].** Tukey testi ile bu farklılığın 0-6 ay süre öncesinde tanı koyulan hasta grubu ile 14-20 ay öncesinde ve 20 ay ve üzeri süre öncesinde tanı koyulan hasta grubu arasında olduğu belirlendi. Kanser tanısı 0-6 ay öncesinde koyulan hastaların algılanan sosyal destek düzeyinin, aile desteğinin ve arkadaş desteğinin 14-20 ay öncesinde ve 20 ay ve üzeri süre öncesinde tanı koyulan hastalara göre daha yüksek olduğu bulundu **(Tablo 4.7-1).**

Hastaların radyoterapi alma durumuna göre ÇBASDÖ toplam, Aile ve Özel İnsan Desteği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık gösterdiği belirlendi **[(*Aile Desteği→ t*=2,946*; p*=0,010), (*Özel İnsan Desteği→ t*=2,590*; p*=0,019) ve (*ÇBASDÖ Toplam→ t*=2,839*;p*=0,012)].** Radyoterapi alan hastaların algılanan sosyal destek düzeyinin, aile ve özel insan desteğinin radyoterapi almayanlara göre daha düşük olduğu saptandı **(Tablo 4.7-1).**

Hastaların kemoterapi alma durumuna göre ÇBASDÖ toplam, Aile, Arkadaş ve Özel İnsan Desteği alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık gösterdiği belirlendi **[(*Aile Desteği→ t*=3,382*; p*=0,001), (*Arkadaş Desteği→ t*=2,835*; p*=0,006) (*Özel İnsan Desteği→ t*=2,172*;p*=0,032) ve (*ÇBASDÖ Toplam→ t*=3,114*;p*=0,003)].** Kemoterapi alan hastaların algılanan sosyal destek düzeyinin, aile, arkadaş ve özel insan desteğinin kemoterapi almayanlara göre daha düşük olduğu saptandı **(Tablo 4.7-1).**

4.8. ÖBYÖ ile ÇBASDÖ Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Bu bölümde, hepatopankreatobilier kanser cerrahisi geçiren hastaların ÖBYÖ'den aldıkları puanlar ile ÇBASDÖ'den aldıkları puanlar doğrultusunda iki ölçek arasındaki ilişkiye yönelik bulgulara yer verildi **(Tablo 4.8-1).**

Tablo 4.8-1: ÖBYÖ ile ÇBASDÖ Arasındaki İlişki

	Test	ÖBYÖ-Öz Koruma	ÖBYÖ-Sosyal Koruma	ÖBYÖ-Toplam	ÇBASDÖ-Aile Desteği	ÇBASDÖ-Arkadaş Desteği	ÇBASDÖ-Özel İnsan Desteği
ÖBYÖ-Sosyal Koruma	***r***	0,541					
	p	**<0,001***					
ÖBYÖ-Sosyal Koruma	***r***	0,893	0,861				
	p	**<0,001***	**<0,001***				
ÇBASDÖ-Aile Desteği	***r***	0,316	0,271	0,336			
	p	**0,001***	**0,005***	**<0,001***			
ÇBASDÖ-Arkadaş Desteği	***r***	0,407	0,277	0,394	0,677		
	p	**<0,001***	**0,004***	**<0,001***	**<0,001***		
ÇBASDÖ-Özel İnsan Desteği	***r***	0,336	0,374	0,403	0,521	0,701	
	p	**<0,001***	**<0,001***	**<0,001***	**<0,001***	**<0,001***	
ÇBASDÖ-Toplam	***r***	0,407	0,356	0,436	0,832	0,911	0,863
	p	**<0,001***	**<0,001***	**<0,001***	**<0,001***	**<0,001***	**<0,001***

***:**$p<0,005$;**r**=Pearson Korelasyon Testi

Tablo 4.8-1'de ÖBYÖ ile ÇBASDÖ arasındaki ilişki düzeyi incelendiğinde; ÖBYÖ toplam ve alt boyutları ile ÇBASDÖ toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki varlığı saptandı. Hastaların algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça öz bakım yönetim düzeyinin de arttığı belirlendi.

4.9. Çoklu Linear Regresyon Analizi Sonuçlarına Göre Hastaların Öz Bakım Yönetimi ile İlişkili Bağımsız Faktörlere İlişkin Bulgular

Bu bölümde, çoklu linear regresyon analizi sonuçlarına göre hastaların öz bakım yönetimi ile ilişkili bağımsız faktörlere ilişkin bulgulara yer verildi **(Tablo 4.9-1).**

Tablo 4.9-1: Çoklu Linear Regresyon Analizi Sonuçlarına Göre Hastaların Öz Bakım Yönetimi ile İlişkili Bağımsız Faktörler

	Unstandardized Coefficients		***Standardized Coefficients***			
Faktörler	**B**	**SH.**	***β***	***t***	***p***	***Model-2***
(Sabit)	112,359	8,222	-	15,435	<0,001	R^2***=0,236***
Stresli bir kişilik yapısına sahip olduğunu ifade etme						***F=15,873***
(Hayır=0, Evet=1)	7,538	3,038	0,219	2,481	<0,001*	***p=<0,001***
Algılanan Sosyal Destek Düzeyi	0,438	0,100	0,388	4,399	<0,001*	

***:**p<0.05, Multiple Linear Regression (**Method=Stepwise**), **Bağımlı değişken:** Öz Bakım Yönetimi
SH=Standart hata, **Dışlanan değişkenler:** Yaş, cinsiyet, yaşam şekli, radyoterapi ve kemoterapi durumu

Tablo 4.9-1'de hastaların öz bakım yönetimi ile ilişkili bağımsız faktörleri incelendiğinde; tek değişkenli analizlerde anlamlı bulunan faktörler kullanılarak; hastaların öz bakım yönetim düzeyine etki eden durumları yordamak amacıyla stepwise metoduyla, çok değişkenli linear regresyon analizi yapıldı. Analiz sonucunda anlamlı bir regresyon modeli, *F*=15,873, *p*=<0,001 ve bağımlı değişkendeki varyansın %24'ünün bağımsız değişkenler tarafından açıklandığı bulundu. Buna göre stresli bir kişilik yapısına sahip olduğunu ifade etme durumu **(*β*=0,22; *t*=2,48; *p*=<0,001)** ve algılanan sosyal destek düzeyinin **(*β*=0,39; *t*=4,40; *p*=<0,001)** hastaların öz bakım yönetimi düzeyini arttıran bağımsız faktörler olduğu saptandı.

4.10. Çoklu Linear Regresyon Analizi Sonuçlarına Göre Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi ile İlişkili Bağımsız Faktörlere İlişkin Bulgular

Bu bölümde, çoklu linear regresyon analizi sonuçlarına göre hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ile ilişkili bağımsız faktörlere ilişkin bulgulara yer verildi **(Tablo 4.10-1).**

Tablo 4.10-1: Çoklu Linear Regresyon Analizi Sonuçlarına Göre Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyi ile İlişkili Bağımsız Faktörler

	Unstandardized Coefficients		***Standardized Coefficients***			
Faktörler	**B**	**SH.**	***β***	***t***	***p***	***Model-4***
(Constant)	20,108	8,560		2,349	0,021	R^2***=0,346***
Gelir durumu *(Gelir gideri karşılamıyor=0, Gelir gidere denk=1, Gelir giderden fazla=2)*	8,006	2,142	0,322	3,738	**<0,001***	***F=13,340*** ***p=<0,001***
Radyoterapi *(Aldı=0, Almadı=1)*	13,591	3,240	0,338	4,195	**<0,001***	
Yaşanılan yer *(Köy=0, İlçe=1, İl=2)*	2,926	1,215	0,206	2,409	**0,018***	
Stresli bir kişilik yapısına sahip olduğunu ifade etme *(Hayır=0, Evet=1)*	5,336	2,478	0,175	2,153	**0,034***	

***:**p<0.05, Multiple Linear Regression(**Method=Stepwise**), **Bağımlı değişken:** Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek, **SH=**Standart hata, **Dışlanan değişkenler:** Yaş, cinsiyet, eğitim, çalışma durumu, yaşam şekli, tanı zamanı, kemoterapi durumu, çocuk varlığı

Tablo 4.10-1'de hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyi ile ilişkili bağımsız faktörler incelendiğinde; tek değişkenli analizlerde anlamlı bulunan faktörler kullanılarak; hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyine etki eden durumları yordamak amacıyla stepwise metoduyla, çok değişkenli linear regresyon analizi yapıldı. Analiz sonucunda anlamlı bir regresyon modeli, F=13,340, p=<0,001 ve bağımlı değişkendeki varyansın %35'inin bağımsız değişkenler tarafından açıklandığı bulundu. Buna göre gelir düzeyi denk ve yüksek olma durumu **(*β*=0,32; *t*=3,74; *p*=<0,001)**, radyoterapi almama durumu **(*β*=0,34; *t*=4,20; *p*=<0,001)**, ilde yaşama durumu **(*β*=0,21; *t*=2,41; *p*=0,018)** ve stresli bir kişilik yapısına sahip olduğunu ifade etme durumu **(*β*=0,18; *t*=2,15; *p*=0,034)**, hastaların algılanan sosyal destek düzeyini arttıran bağımsız faktörler olarak belirlendi.

5. TARTIŞMA

Kronik hastalıklar, dünya çapındaki ölümlerin %71'inden sorumlu olan, sürekli tıbbi tedavi ve bakım gerektirerek günlük yaşam aktivitelerini sınırlayan hastalıklardır (Valero-Ramon ve ark., 2020; National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2021). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), kronik hastalıkların görülme oranının dünya genelinde arttığını ve bununla beraber kronik hastalıklara bağlı ölüm oranlarında da artış olduğunu belirtmektedir (World Health Organization, 2021).

Türkiye Kanser İstatistikleri 2017 verilerine göre kanser, ülkemizde ve dünyada ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer alan en ciddi kronik hastalıklardan biridir. Dünyada yaklaşık her 6 ölümden biri, ülkemizde ise her 5 ölümden biri kanser nedeniyle gerçekleşmektedir (Türkiye Kanser İstatistikleri, 2017). En ölümcül kanser türlerinden biri olan hepatopankreatobilier kanserlerin de günümüzde başta gelen küresel sağlık sorunlarından biri olduğu bilinmektedir (Karakurt, 2018).

Öz bakım; bireylerin, sağlığın korunması ve hastalıkların önlemesi için bakım aktivitelerine doğrudan katılarak ve kendi bakımı ile ilgili sorumluluk üstlenerek gerçekleştirdiği etkinlikler olarak tanımlanabilir (Hançerlioğlu, 2014; İstek, Karakurt, 2018). Öz bakım yönetimi ise; kronik hastalığı olan bireylerin hastalık belirtilerini takip ederek, mevcut sağlık durumu kötüleşmeye başladığında bu durumu fark edip gerekli önlemleri almasını sağlayan faaliyetlerdir. Etkili öz bakım yönetimi, bireylerin başkalarına olan bağımlılık düzeyini azaltır. Hepatopankreatobilier kanserler; görülme oranı giderek artan önemli kronik hastalıklardan biri olması nedeniyle, bu hastalarda öz bakım yönetiminin etkili şekilde gerçekleştirilmesi oldukça önemlidir (Graven, Grant, 2013; Zavertnik, 2014; Yeşil Bayülgen, Gün, Erdoğan, 2021; Aytap, Özer, 2021.).

Sosyal destek; problemler ile karşılaşıldığı durumlarda, bireyler tarafından başka kişilere sağlanan ya da bireylerin başka kişilerden yararlanarak ulaştığı en etkili ve önemli başa çıkma kaynaklarından biridir (Çetinkaya, Korkmaz, 2019; Zehir, 2021). Sosyal destek; sağlıklı bireylerin mevcut sağlık durumunun korunması için önemli olmakla beraber, hasta bireylerin hastalığa adaptasyonunu sağlayarak iyileşme hızını arttırmaktadır (Ülger ve ark., 2014). Algılanan sosyal destek ise; bireylerin çevresinde ihtiyaç duyduğu sosyal desteği

verebilecek kişilerin ve desteğin farkında olarak, kendisine sağlanan bu desteğin yeterliliğini bilmesi anlamına gelmektedir (del-Pino-Casado ve ark., 2018, Yıldırım, 2020). Hepatopankreatobilier kanserler; önemli fiziksel etkiler yaratan bir hastalık olmasının yanında; bireylerin bilişsel, psikolojik ve sosyal olarak derinden etkilenmesine neden olan ciddi kanser türlerindendir. Bu nedenle hepatopankreatobilier kanser tanısı koyulan bireylerin, hastalığın getirdiği süreçle etkili şekilde baş edebilmesi için çevresindeki bireylerden aldığı sosyal destek hayati önem taşımaktadır (Tuncay, 2010; Usta, 2012; Çalışkan ve ark., 2015).

Hepatopankreatobilier kanser cerrahisi sonrası hastalarda öz bakım yönetimi ile sosyal destek ilişkisinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte gerçekleştirilen araştırmanın bulguları literatür eşliğinde sekiz bölümde tartışıldı.

Bölüm I: Hepatopankreatobilier Kanser Cerrahisi Geçiren Hastaların Sosyodemografik ve Sağlık/Hastalık Durumuna İlişkin Özelliklerinin Dağılımına Yönelik Bulguların Tartışılması

Bölüm II: Hepatopankreatobilier Kanser Cerrahisi Geçiren Hastaların ÖBYÖ Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bölüm III: Hepatopankreatobilier Kanser Cerrahisi Geçiren Hastaların ÇBASDÖ Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bölüm IV: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre ÖBYÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bölüm V: Hastaların Sağlık/Hastalık Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre ÖBYÖ Puan Ortalamalarına Yönelik Bulguların Tartışılması

Bölüm VI: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bölüm VII: Hastaların Sağlık/Hastalık Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Puan Ortalamalarına Yönelik Bulguların Tartışılması

Bölüm VIII: ÖBYÖ ile ÇBASDÖ Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması

5.1. Hepatopankreatobilier Kanser Cerrahisi Geçiren Hastaların Sosyodemografik ve Sağlık/Hastalık Durumuna İlişkin Özelliklerinin Dağılımına Yönelik Bulguların Tartışılması

Bu bölümde, araştırmaya katılan hepatopankreatobilier kanser cerrahisi geçirmiş hastaların sosyodemografik (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, yaşanılan yer, çocuk varlığı, çocuk sayısı, birlikte yaşadığı kişi/kişiler) ve sağlık/hastalık durumuna ilişkin özellikleri (sigara ve alkol kullanma durumu, stresli kişilik yapısına sahip olduğunu ifade etme durumu, ailede kanser öyküsü, kronik hastalık varlığı, tıbbi tanısı, tanı sonrası geçen süre, kemoterapi ve radyoterapi alma durumu, daha önce ameliyat geçirme durumu) tartışıldı.

Hepatopankreatobilier kanserler, genellikle ileri yaşlarda görülen kanserlerdendir (Lindquist ve ark., 2018; Turan ve ark., 2019; Ramachandran ve ark., 2021). Yang ve ark.'nın (2022), 1990 yılından 2019 yılana kadar 204 ülkede karaciğer kanseri yükünü etiyoloji, cinsiyet, yaş ve sosyodemografik indekse (SDI) göre sınıflandırdığı çalışmada, karaciğer kanserinin nispeten yaşlı gruplarda zirve yaptığı ve karaciğer kanserinin 60 yaşın üzerindeki popülasyonlar arasında giderek arttığı bulunmuştur. Aynı çalışmada karaciğer kanserinin erkeklerde en fazla 65-69 yaş grubunda, kadınlarda ise en fazla 70-74 yaş grubunda görüldüğü belirtilmektedir (Yang ve ark., 2022). Turan ve ark.'nın 2019 yılında yaptıkları çalışmada karaciğer kanseri tanısı koyulan hastaların 58.9±15.3 yaş grubunda olduğu görülmektedir. Benzer şekilde McGuigan ve ark.'nın (2018), pankreas kanserinin epidemiyolojisi, tedavisi ve sonuçlarını derlediği çalışmada, tanı koyulan hastaların %90'ının 55 yaş ve üzerinde olduğu görülmektedir. Mackay ve ark. (2020) tarafından yapılan pankreas kanserli hastalarda yaşam kalitesi ile sağkalım ilişkisinin belirlendiği kohort çalışmasında, hastalara ortalama 66,6 yaşında tanı koyulduğu görülmektedir. Safra kesesi kanseri ile ilgili yapılan çalışmalarda da safra kesesi kanseri tanısı koyulan hastaların üçte ikisinden fazlası 65 yaş üzerinde olduğu ve ortalama teşhis yaşının 72 olduğu görülmektedir (Schmidt, 2019). Bu araştırmada yer alan hepatopankreatobilier kanserli hastaların yaş ortalamaları 57,61±14,49 ve %52,8'i 60 yaş altı, %47,2'si 60 yaş ve üzeri grupta yer almaktadır. Literatürde bulunan çalışmaların bazıları ile benzer, bazıları ile ise farklı olarak yaş ortalamasının yüksek oranda 60 yaş altında olması **(Tablo 4.1-1)**, bu araştırmada önceki çalışmalardan farklı olarak örneklemin hepatopankreatobilier tüm kanser türlerini içeriyor olmasından kaynaklanabilir.

Bu sonuç kanserin giderek daha erken yaşlarda görülmeye başlandığını gösteren bir bulgu olarak da kayda değerdir.

Literatürde, karaciğer ve pankreas kanseri görülme oranı erkek cinsiyette kadın cinsiyete göre daha yüksek iken, safra kesesi kanseri kadın cinsiyette erkeklerden daha sık görülen birkaç kanser türünden biridir (Henley ve ark., 2015; Turan ve ark., 2019). Karaciğer kanserinin erkeklerde görülme oranının kadınlardan fazla olması, erkeklerin daha fazla hepatit B virüs (HBV) ve hepatit C virüs (HCV) ile enfekte olma eğilimine, androjenlerin destekleyici etkisine ve/veya östrojenlerin koruyucu etkisine bağlı olarak düşünülmektedir (Turan ve ark., 2019). Pankreas kanserinin erkeklerde kadınlara göre daha sık görülmesindeki muhtemel farklılık, sigara kullanımının erkek cinsiyette kadınlara göre daha yaygın olmasına bağlanmaktadır (Bosetti ve ark., 2012). Sharma ve ark. (2017) tarafından hazırlanan derlemede, safra kesesi kanserlerinin kadın cinsiyette erkeklere göre fazla olmasının nedeni olarak östrojen hormonunun safra kesesinde kolesterol doygunluğunu arttırarak safra kesesi kanseri patogenezinde rol oynadığı belirtilmiştir. Bu araştırmada hastaların çoğunluğunun erkek cinsiyette olması **(Tablo 4.1-1)**, literatür ve önceki çalışmalarda da belirtildiği üzere, karaciğer ve pankreas kanserlerinin erkek cinsiyette fazla görülmesi ve araştırmaya katılan pankreas ve karaciğer kanserli hastaların, safra kesesi/safra yolu kanserli hastalara oranla daha fazla olması nedeniyle beklenen bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Bu araştırmada hastaların çoğunluğunun evli olduğu, çocuk sahibi olduğu, eşi ve çocuklarıyla beraber yaşadığı belirlendi **(Tablo 4.1-1)**. Bu bulgular literatürde yer alan kanser hastaları ile yapılan diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (Sü, 2015; Ayar, 2018; Çakır, 2019; Baduryeri, 2020; Erarslan, 2021). Bu bulgu, Türk toplumunda aile olma anlayışının kültürel ve geleneksel olarak sürdürüldüğünün ve kanser hastalarında sosyal destek sisteminin önemli bir unsuru olan aileye verilen önemin bir göstergesi olması açısından kayda değerdir.

Bu araştırmada hastaların çoğunluğunun bir işte çalışmadığı ve gelirinin giderine denk olduğu belirlendi **(Tablo 4.1-1)**. Bu bulgular literatürde yer alan kanser hastaları ile yapılan diğer çalışma sonuçları (Sü, 2015; Çidem, 2016; Polat, 2019; Güner, 2020; Baduryeri, 2020) ile benzerlik göstermekte olup hepatopankreatobilier kanserlerin genellikle ileri yaşlarda görülmesi (Lindquist ve ark., 2018; Turan ve ark., 2019; Ramachandran ve ark., 2021) ve hastaların çoğunluğunun emeklilik yaşında olmasıyla açıklanabilir.

Bu araştırmada hastaların çoğunluğunun ilköğretim mezunu olduğu belirlendi **(Tablo 4.1-1)**. Bu sonuç, literatürde bulunan, kanser hastaları ile yapılan diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (Sü, 2015; Düzen, 2016; Arslan, 2016; Ayar, 2018; Çakır, 2019; Erarslan, 2021). Hepatopankreatobilier kanserlerin daha çok ileri yaşlardaki hastalarda görülmesi (Lindquist ve ark., 2018; Turan ve ark., 2019; Ramachandran ve ark., 2021) ve genellikle bu yaş grubunun eğitim durumunun ilköğretim düzeyinde olması nedeniyle, bu sonuç beklenen bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Bu araştırmada hastaların çoğunluğunun illerde sürekli ikamet ettiği belirlendi **(Tablo 4.1-1).** Bu sonuç, literatürdeki kanser hastaları ile yapılan bazı çalışma sonuçlarını destekler niteliktedir (Sü, 2015; Ayar, 2018; Baduryeri, 2020). Bu bulgu araştırmanın yapıldığı ilin büyükşehir olması ve araştırmaya dahil edilen hastanelerin büyük ve kapsamlı hastaneler olması nedeniyle çevre illerden de gelen birçok hasta olması ile açıklanabilir.

Sigara ve alkol kullanımı, birçok kanser tipinde olduğu gibi hepatopankreatobilier kanserler için de bir risk faktörüdür (Obuz, 2015; Bettinger ve ark., 2017; Balık, Borazan, 2019; Schmidt ve ark., 2019; John ve ark., 2020). Avrupa Karaciğer Araştırmaları Derneği'nin 2018 yılında yayınladığı hepatosellüler karsinomun yönetimi kılavuzunda, son yapılan çalışmaların sonuçlarında sigara kullanımının karaciğer kanseri oluşumunda önemli bir ek faktör olduğu belirtilmiştir (European Association For The Study Of The Liver, 2018). Alkol kullanımı ise doğrudan karaciğer kanserine neden olmamakla beraber, karaciğer kanseri oluşumu için önemli risk faktörü olan sirozun oluşumunda etkilidir (Ünek, 2019). Sigara kullanımı, pankreas kanseri gelişimine neden olduğu düşünülen en önemli çevresel faktörlerden biridir (Balık, Borazan, 2019). Iodice ve ark'nın 2008 yılında tütün ve pankreas kanseri ilişkisini belirlemek için yaptıkları, daha önceden yayınlanmış 82 çalışmanın metaanalizinden oluşan çalışmada, sigara kullanımının mevcut durumda pankreas kanseri riskini %74 arttığı ve daha önce sigara içip bırakan bireylerde hiç sigara içmeyenlere göre pankreas kanseri riskinin %20 oranında arttığı görülmüştür. Aşırı alkol tüketimi, pankreas kanserinin bilinen risk faktörlerinden biri olan kronik pankreatitin ana nedeni olduğundan, pankreas kanseri için bir risk faktörüdür (Wang ve ark., 2016). Wang ve ark.'nın 2016 yılında alkol tüketimi ve pankreas kanseri arasındaki ilişkiyi belirlemek için yaptıkları metaanalizde, düşük ve orta düzeyde alkol tüketiminin pankreas kanseri riski ile ilişkili olmadığı, ancak yüksek alkol tüketimi olan bireylerde pankreas kanseri riskinin %15 arttığı görülmüştür. McGee ve ark. tarafından 2019 yılında yapılan safra kesesi ve safra yolu kanserlerinde sigara

içimi ve alkol tüketimi arasındaki ilişkiyi değerlendiren 26 prospektif çalışmanın metaanalizinde, sigara kullanımının safra kesesi kanseri dışında tüm diğer safra yolu kanserlerinin oluşması riskinde artış ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada alkol tüketimi ile safra kesesi kanseri riski arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir (McGee ve ark., 2019). Bu araştırmada hastaların %36,8'inin sigara, %16'sının alkol kullanımı olduğu görüldü **(Tablo 4.1-2).** Bu sonuçlar yukarıda açıklanan literatür bilgileri doğrultusunda sigara ve alkol kullanımının hepatopankreatobilier kanserlerin gelişiminde doğrudan etkili olmayıp dolaylı yönden etkili olması ve diğer faktörlerin varlığı ile de açıklanabilir.

Stres, bireylerin günlük hayattaki işlevlerini ve yaşam kalitesini etkilemenin yanında, kontrol altına alınamadığı durumlarda hayatın tüm yönlerini etkileyebilmektedir. Strese uzun süre maruz kalmak, bireylerde psikolojik ve fiziksel çeşitli sağlık sorunlarının ortaya çıkmasında rol oynamaktadır (Eskin ve ark., 2013). Çevresel faktörler, genetik yapı, sürdürülen yaşam tarzı, sosyoekonomik faktörler gibi birçok etkenin kanser gelişimine zemin hazırladığı bilinmekle beraber stresin de kanser gelişiminde etkili olduğu düşünülmektedir (Sürme, 2019). Stresin, bireylerin davranışlarını (daha fazla alkol-sigara tüketimi, yetersiz fiziksel aktivite, düzensiz beslenme ve obezite, yetersiz uyku ve tedaviye uyum eksikliği vb.) etkileyerek kansere yatkınlığı arttırdığı düşünülmektedir (Sürme, 2019). Bilge ve Çam'ın (2008) kanser hastası kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada hastaların %62'sinin stresi, kanserin en önemli nedeni olarak belirttikleri tespit edilmiştir. Kendilci'nin (2015) kanser hastalarında kişilik özelliklerini incelediği çalışmasında kanser hastalarının %46,4'ünün hastalık öncesinde de kendilerini stresli bireyler olarak tanımladığı belirlenmiştir. Bu araştırmada da hastaların çoğunluğunun stresli bir kişilik yapısına sahip olduğunu ifade ettiği bulgusu **(Tablo 4.1-2)**, önceki çalışma bulgularını ve literatürü destekler niteliktedir.

Diğer birçok kanser türünde olduğu gibi, hepatopankreatobilier kanserlerde de ailede ve özellikle birinci dereceden akrabalarda kanser öyküsü bulunması, kanser oluşumu için risk faktörüdür (Obuz, 2015; Bettinger ve ark., 2017; Sharma ve ark., 2017; Siri, Salehiniya, 2020). Pankreas kanseri tanısı koyulan hastaların yaklaşık %5-10'unda aile öyküsü bulunmaktadır (Olson, Kurtz, 2013). Ailesel risk faktörlerine sahip bireylerde, aile öyküsü olmayanlara göre dokuz kat daha fazla pankreas kanseri gelişme riski vardır (Becker ve ark., 2014). Permuth-Wey ile Egan'ın 2009 yılında aile öyküsünün pankreas kanseri üzerindeki etkisini inceledikleri dokuz çalışmanın metaanalizinden oluşan araştırmada, ailesinde pankreas kanseri öyküsü olan bireylerin yalnızca birinci dereceden akrabalarına pankreas

kanseri teşhisi koyulduğu ve bu bireylerde aile öyküsü bildirilmemiş bireylerle karşılaştırıldığında pankreas kanseri gelişme riskinin %80 oranında arttığı bildirmiştir. Benzer şekilde ailede safra kesesi hastalıkları öyküsü olması, safra kesesi kanseri gelişme riskini arttırmaktadır (Hundal, Shaffer, 2014). Bu araştırmada da literatür ile uyumlu olarak çalışmaya katılan hastaların %68,9'unun ailesinde kanser öyküsü olduğu ve ailede kanser öyküsü olanların %95,9'unun kanser tanısı koyulan bireyle birinci dereceden bir yakınlığının olduğu saptandı **(Tablo 4.1-2).**

Bu araştırmada çalışmaya katılan hastaların çoğunluğunun kanser dışında kronik bir rahatsızlığı olduğu saptandı **(Tablo 4.1-2).** Sunulan araştırma bulgusu, Kavalcı'nın 2021 yılında kolorektal kanserli hastalar üzerinde yaptığı çalışmasındaki kronik hastalık bulunma durumuna benzerlik göstermektedir. Bu bulgu hastaların çoğunun ileri yaşta olması ve ilerleyen yaş ile beraber hastalarda kronik hastalıkların görülme oranının artması ile açıklanabilir (Pekmezci Purut, 2018; Kocatepe, 2019).

Bu araştırmada hastaların %34'üne karaciğer, %41,5'ine pankreas, %24,5'ine safra kesesi ya da safra yolu bölgesi kaynaklı kanser tanısı koyulduğu görüldü **(Tablo 4.1-2).** Karaciğer kanseri, dünya çapında en yaygın gözlenen altıncı kanser türüdür (Akinyemiju ve ark., 2017). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2012 yılı verilerine göre pankreas kanseri kadınlarda 11. sırada, erkeklerde ise 12. sırada yer alan en sık görülen kanser türü olmuştur (WHO World Cancer Report, 2014). Safra kesesi kanseri, tüm gastrointestinal sistem kanserleri arasında 6. sırada yer alır ve genellikle oldukça ölümcül bir hastalık olarak kabul edilir. Safra kesesi kanseri, birçok Batı ülkesinde nadir görülen bir malignitedir (Wernberg, Lucarelli, 2014; Sharma ve ark., 2017). Bu araştırmadan elde edilen sonuç, literatür ile uyumludur.

Hastaların %60,4'üne 0-6 ay önce, %22,6'sına 7-13 ay önce, %8,5'ine 14-20 ay önce ve %8,5'ine 20 ay ve üzeri süre önce tanı koyulduğu belirlendi **(Tablo 4.1-2).** Hepatopankreatobilier kanserlerde cerrahi tedavi optimal tedavi seçeneği olmakla birlikte, hastaların birçoğu cerrahi tedavi için uygunluk göstermez. Erken evrede tespit edilen karaciğer ve pankreas kanserlerinde ilk tercih edilen tedavi yöntemi cerrahi tedavidir ve bu hastalar cerrahi tedaviden fayda görebilir (Zhu ve ark., 2018; Neuzillet ve ark., 2018; Anwanwan ve ark., 2020). Safra kesesi kanserlerinin ise yarısından fazlası farklı nedenlerle yapılan kolesistektomi ameliyatı sonrası tesadüfen tespit edilir ve bu kanserler genellikle erken evrededir (Wernberg, Lucarelli, 2014; Kanthan ve ark., 2015; Tazuma ve ark., 2017).

Hepatopankreatobilier kanserler, tedavi edilmediğinde yaşam süresi kısa olan kötü prognoza sahip kanser türlerindendir. Bu nedenle hepatopankreatobilier kanserlerde tanı koyulduktan sonra cerrahi tedavi için uygun olan hastaların tedavisi gecikmeden en kısa sürede planlanır ve gerçekleştirilir (Wernberg, Lucarelli, 2014; Kanthan ve ark., 2015; Zhou ve ark., 2018; Forner ve ark., 2018; Anwanwan ve ark., 2020). Bu araştırma cerrahi girişim geçiren hepatopankreatobilier kanserli hastaları kapsadığı için, çalışmaya katılan hastaların çoğunluğunun (%60,4'üne) 0-6 ay önce tanılanmış olması beklenen bir sonuçtur.

Bu araştırmada hastaların çoğunun kemoterapi ve radyoterapi tedavisi almadığı saptandı **(Tablo 4.1-2).** Karaciğer kanseri tedavisinde cerrahi rezeksiyon ve karaciğer transplantasyonu, erken evrede tanı koyulan hastalar için tercih edilen ilk seçenek iken; birçok hastaya tanı, cerrahi müdahale yapılamayacak kadar ileri evrelerde koyulmaktadır. Ayrıca karaciğer kanseri, diğer kanser türlerinin aksine sistemik kemoterapiye dirençlidir (Grandhi ve ark., 2016; Yakupoğlu, 2019). Pankreas kanseri tanısı Evre I / II aşamasında koyulduysa, tedavide cerrahi rezeksiyon yararlı olabilir. Bununla birlikte, ameliyat sonrası dönemde genellikle lokal nüks görüldüğü için, ameliyat tek başına yetersizdir. Bu nedenle rezeksiyon sonrası tüm hastalara, standart tedavi yöntemi olarak adjuvan kemoterapi uygulanmaktadır (Zhu ve ark., 2018; Neuzillet ve ark., 2018; Strobel ve ark., 2019). Safra kesesi kanseri, çevre doku ve organlara metastaz yapacak kadar geç tanılanan hastalarda genellikle cerrahi tedavi yerine kemoterapi ve radyoterapi kombinasyonları tercih edilmektedir (Wernberg, Lucarelli, 2014; Qadan, Kingham, 2016). Literatür incelemesinde de görüldüğü üzere, kemoterapi ve radyoterapi tedavisi, hepatopankreatobilier kanser tanısı daha çok ileri evrelerde koyulan hastalar için tercih edilmektedir. Bu araştırmada hastaların çoğunun kemoterapi ve radyoterapi almaması, örnekleme dahil olan hastaların büyük bir bölümüne 0-6 ay önce tanı koyulmuş olması ile açıklanabilir.

Bu araştırmada hastaların çoğunluğunun daha önceden ameliyat deneyimine sahip olduğu saptandı **(Tablo 4.1-2).** Literatürdeki çalışmalara bakıldığında; Çakır'ın (2019) kolorektal kanser tanısı koyulan hastalar ile yaptığı çalışmada hastaların çoğunluğunun daha önceden ameliyat geçirdiği görülmektedir. Güner'in (2020) meme kanseri cerrahisi geçiren hastalar ile yaptığı çalışmada, kadınların %68,8'inin daha önceden ameliyat öyküsü olduğu belirlenmiştir. Bu araştırmanın ve literatürde bulunan önceki çalışmaların sonucunun, örnekleme dahil olan hastaların genellikle ileri yaşta olması ve kanser dışında cerrahi müdahale gerektirebilecek birçok ek hastalıklarının olması ile ilişkili olduğu düşünülebilir.

5.2. Hepatopankreatobilier Kanser Cerrahisi Geçiren Hastaların ÖBYÖ Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Öz bakım yönetimi, kronik hastalığı olan bireylere kendi sağlığı ve iyilik durumuyla ilgili sorumluluk yükleyerek başkalarına olan bağımlılık düzeyini azaltan; hastalık ile ilgili semptomları izlemesini ve değerlendirmesini teşvik ederek, semptomlar kötüleşmeye başladığında uygun önlemleri almasını sağlayan faaliyetlerdir (Graven, Grant, 2013; Zavertnik, 2014; Yeşil Bayülgen, Gün, Erdoğan, 2021).

Bu araştırmada hepatopankreatobilier kanser cerrahisi sonrası hastaların ÖBYÖ'den aldıkları puanlar incelendi. Hastaların ÖBYÖ'den aldıkları toplam puanının 130,13±15,88 olduğu görüldü **(Tablo 4.2-1).** Ölçekten alınabilecek en düşük puanın 35, en yüksek puanın ise 175 olduğu düşünülürse hepatopankreatobilier kanser cerrahisi geçiren hastaların öz bakım yönetiminin ortalamanın üzerinde ve iyi düzeyde olduğu söylenebilir. Konu ile ilgili literatür incelendiğinde; kanser hastalarının öz bakım yönetimi düzeyinin incelendiği yeterli çalışma bulunmadığı görüldü. Hançerlioğlu'nun 2014 yılında kalp yetmezliği olan hastaların öz bakım yönetimini incelediği çalışmasında, hastaların toplam ÖBYÖ puanının 124,00±12,44 olduğu görülmektedir. Doğan, Tosun ve Tek'in (2018) kronik hastalığı olan bireylerde yaptığı çalışmada toplam ÖBYÖ puanı 128,34±12,52; Kaya'nın (2019) kronik hastalığı olan bireylerle yaptığı çalışmada toplam ÖBYÖ puanı 121,72±13,84 olarak bulunmuştur. Candan'ın 2021 yılında kronik hastalığı olan bireylerle yaptığı çalışmada ÖBYÖ toplam puan ortalaması 114,38±19,48, Yiğit'in (2021) KOAH hastalarının öz bakım yönetimini incelediği çalışmada toplam puan ortalaması 116,01 ± 9,52 olarak bulunmuştur. Kurt'un 2020 yılında hipertansiyon tanısı alan hastaların öz bakım yönetimini incelediği çalışmada ÖBYÖ toplam puan ortalamaları müdahale grubunda 152,01±14,94, kontrol grubunda ise 113,92±13,94 olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda hepatopankreatobilier kanser cerrahisi geçiren hastaların toplam ÖBYÖ puan ortalamalarının önceki çalışmalarla kısmen benzer olduğu; sonuç olarak hepatopankreatobilier kanser cerrahisi geçiren hastaların kendi öz bakımlarını gerçekleştirmek için sorumluluk aldığı, kendi bakımlarında aktif olarak yer alıp öz bakımlarına önem verdiği söylenebilir. Kurt'un (2020) çalışmasında bu araştırmadan farklı olarak müdahale grubunda öz bakım yönetiminin daha yüksek olması, kronik hastalığı olan bireylere verilen eğitimin etkinliği ile açıklanabilir.

Bu araştırmada hastaların Öz koruma alt boyut puanının 77,45±9,59 ve Sosyal koruma alt boyut puanının 52,68±8,49 olduğu ve her iki alt boyut için de ortalamanın üzerinde olduğu saptandı **(Tablo 4.2-1)**. Hançerlioğlu'nun (2014) kalp yetmezliği olan hastaların öz bakım yönetimini incelediği çalışmasında, hastaların Öz koruma alt boyutu puanının 75,40±7,28, Sosyal koruma alt boyut puanının 52,46±6,08 olduğu; kronik hastalığı olan bireylerde yapılan başka bir çalışmada Öz koruma puan ortalamasının 77,5±8,01, Sosyal koruma puan ortalamasının 50,84±8,05 olduğu (Doğan, Tosun, Tek, 2018); Kaya'nın (2019) çalışmasında ise Öz koruma alt boyutu puanının 73,33±8,51, Sosyal koruma alt boyut puanının 48,39±7,01 olduğu belirlenmiştir. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde bu araştırma ile benzer olan çalışma bulgularının yanı sıra; farklı olarak öz bakım yönetimi alt boyutlarının daha düşük ya da daha yüksek olduğu çalışmalara da rastlanmaktadır (Kurt, 2020; Candan, 2021; Yiğit, 2021).

5.3. Hepatopankreatobilier Kanser Cerrahisi Geçiren Hastaların ÇBASDÖ Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Algılanan sosyal destek; bireyin başka kişiler tarafından sevildiğini hissederek kişilerarası ilişkilerden doyum alması, ihtiyacı olduğunda ona destek verecek kişilerin ve destek kaynaklarının olduğunu bilmesi olarak tanımlanabilir (Oktan, 2005; Ardahan, 2006). Sosyal destek, kanser hastası olan bireyler için hayati önem taşımaktadır. Özellikle algılanan sosyal destek, kansere bağlı stresi azaltarak hastaların yaşam kalitesi ve yaşam süresinde önemli fayda sağlar (Korotkin ve ark., 2019; Poręba-Chabros ve ark., 2020).

Bu araştırmada hepatopankreatobilier kanser cerrahisi geçiren hastaların ÇBASDÖ'den aldıkları toplam puanının 62,93±14,06 ve ortalamanın üzerinde ve iyi olduğu belirlendi **(Tablo 4.3-1).** Literatürdeki kanser hastaları ile yapılan çalışmalar incelendiğinde ÇBASDÖ'nden alınan puanlar; Bıçak'ın (2016) çalışmasında 55.7±17.2, Ayar'ın (2018) çalışmasında 58,6±7,8, Çakır'ın (2019) çalışmasında 67,78, Gündüz'ün (2019) çalışmasında 67,85±15,84, Erarslan'ın (2021) çalışmasında 60,0±18,6 ve Güldalı Öztürk'ün (2021) çalışmasında 60,72±2,07 olarak belirlenmiş ve bu araştırma sonucu diğer çalışmalara benzer bulunmuştur. ÇBASDÖ'nden alınabilecek en düşük puanın 12, en yüksek puanın 84 olduğu göz önüne alındığında, hepatopankreatobilier kanser cerrahisi geçiren hastaların algıladıkları sosyal desteğin iyi düzeyde olduğu söylenebilir. Bu araştırma ve literatürdeki çalışmaların sonucuna göre kanser hastalarında algılanan sosyal destek düzeyinin ortalamanın üzerinde

bulunmuş olması, Türk toplumunun ve toplumdaki aile yapısının kanser hastası olan bireylere verdiği önem ve desteğin iyi olduğunun göstergesi olarak kayda değerdir.

Bu araştırmada ÇBASDÖ alt boyutları incelendiğinde; hastaların Aile Desteği alt boyutundan ortalama 23,58±5,10 puan, Arkadaş Desteği alt boyutundan 19,91±5,33 puan, Özel İnsan Desteği alt boyutundan ise 19,44±5,75 puan aldığı görüldü **(Tablo 4.3-1).** ÇBASDÖ alt boyutlarından alınabilecek puanların 4 ile 28 arasında değiştiği göz önüne alındığında hepatopankreatobilier kanser cerrahisi geçiren hastaların ailelerinden algıladıkları sosyal destek en yüksek seviyede iken, özel bir insandan algıladıkları sosyal destek en düşük seviyededir. Ayar'ın (2018) onkoloji hastaları ile yaptığı çalışmada aile desteği alt boyutu puan ortalaması 24,4±4,9, özel insan alt boyutu puan ortalaması 16,4±8,4 olarak saptanmıştır. Akciğer kanserli hastalar ile yapılan başka bir çalışmada ise aileden algılanan sosyal destek puanı 24,2±4,7 iken, özel bir kişiden algılanan sosyal destek puanı 17,2±8,9 olarak saptanmıştır (Erarslan, 2021). Ayar'ın (2018), Erarslan'ın (2021) çalışması ve literatürdeki diğer çalışmalar (Ayaz ve ark., 2008; Öztunç ve ark., 2013; Velikova-Tzonkova, 2013; Applebaum ve ark., 2014; Çalışkan ve ark., 2015; Bozdoğan Yeşilot ve ark., 2017; Bener ve ark., 2017; Sürücü ve ark., 2017) incelediğinde, bu araştırma bulgusunda diğer çalışma bulgularına benzer olarak aile desteğinin en yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Sammarco ve Konecny'nin (2010) çalışmasında ise bizim çalışmamızdan farklı şekilde en çok algılanan destek arkadaş desteği olmuştur. Hem bu araştırmada hem de literatürde incelenen diğer çalışmalarda ailelerden algılanan sosyal desteğin en yüksek seviyede olması, kültürümüzde aile bağlarının önemli bir yeri olmasından ve hasta bireylere karşı aile üyelerinden gelen desteğin aile dışı bireylere göre daha fazla olmasından kaynaklanabilir. Sammarco ve Konecny'nin (2010) çalışmasındaki farklı sonucun ise kültürel ve yaşam şeklindeki farklılıklardan kaynaklandığını düşündürmektedir.

5.4. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre ÖBYÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi, kronik hastalığı olan bireylerin hastalığa yönelik semptomları takip ederek, semptomlardaki değişiklikleri değerlendirebilmesini ve gerekli durumlarda gerekli önlemleri alabilmesini sağlayan faaliyetlerdir. Bu durum, hastaya kendi sağlık durumunun izlemi ve iyiliği ile ilgili sorumluluk yükleyerek başkalarına olan bağımlılık düzeyini azaltır. Kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi; tedavinin sürekliliğini sağlama, sağlıklı beslenme düzeni uygulama ve sağlıklı yaşam aktivitelerini yapabilme gibi

süreçleri kapsar. Kronik hastalıkların görülme oranının her geçen yıl giderek artması, kronik hastalıklarda öz bakım yönetimin önemini arttırmaktadır (Graven, Grant, 2013; Zavertnik, 2014; Yeşil Bayülgen, Gün, Erdoğan, 2021; Aytap, Özer, 2021.).

Bu araştırmada hastaların yaşı ile Öz Koruma alt boyutu ***(r=-0,346;p=<0,001)*** ve ÖBYÖ toplam ***(r=-0,209; p=0,032)*** puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu ***(t=2,508;p=0,014)*** ve hastaların yaşları arttıkça öz bakım yönetim düzeylerinin azaldığı saptandı **(Tablo 4.4-1).** Konu ile ilgili literatür incelendiğinde; kanser hastalarının öz bakım yönetimi düzeyinin incelendiği yeterli çalışma bulunmadığı görüldü. Cocchieri ve ark.'nın (2015) İtalya'da kalp yetmezliği hastaları ile yaptığı çalışmada yaş ile öz bakım sürdürme davranışları arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Özdelikara ve ark.'nın (2020) yaptığı çalışmada 60 yaş ve üzeri kronik hastalığı olan grubun öz koruma puanının, 60 yaş altı kronik hastalığı olan gruba göre daha düşük olmasına rağmen, yaşın öz bakım yönetimini gerçekleştirmede etkili olmadığı saptanmıştır. Candan'ın (2021) kronik hastalığı olan bireylerle yaptığı çalışmasında 65 yaş altı bireylerin öz bakım yönetiminin 65 yaş üstü bireylere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Yiğit'in (2021) KOAH hastaları ile yaptığı çalışmada hastaların yaşı arttıkça öz koruma düzeylerinin azaldığı, sosyal koruma düzeyinin ise arttığı görülmüştür. Duruk'un (2021) kalp yetersizliği olan hastalarla yaptığı çalışmada hastaların yaşları arttıkça öz bakım güçlerinde azalma olduğu tespit edilmiştir. Iovino ve ark.'nın (2021) yaptıkları çalışmada yaşın öz bakım yönetiminde etkili olmadığı fakat öz bakımı sürdürmede etkili olduğu görülmüştür. Bu araştırma sonuçları, literatürdeki diğer çalışma sonuçlarına ÖBYÖ toplam puan ortalamalarında benzerlik gösterip, alt boyut puan ortalamalarında kısmen benzerlik göstermektedir. Artan yaş ile beraber meydana gelen fiziksel sınırlılıklar, kronik hastalığın varlığı ile oluşan psikososyal sorunlar, hastaların ilerleyen yaşla beraber bağımlılık düzeylerinin artması gibi nedenlerle öz bakım yönetiminin azaldığı düşünülebilir.

Bu araştırmada Sosyal Koruma alt boyutundan ***(t=2,193;p=0,031)*** ve ÖBYÖ toplamından ***(t=2,400;p=0,018)*** kadınların aldığı puan ortalamasının erkeklerin aldığı puan ortalamasından yüksek olduğu saptandı **(Tablo 4.4-1).** Bu bulgulardan kadınların öz bakım yönetimlerinin erkeklerden daha yüksek olduğu belirlendi. Eraydın ve Sunal'ın (2016) stomalı hastalar ile yaptığı çalışmasında kadın hastaların öz bakım gücünün erkek hastalara göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Doğan ve ark.'ın (2018) kronik hastalığı olan bireyler ile yaptıkları çalışmada kadın hastaların erkek hastalara göre öz bakım

yönetiminin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Tuncay ve Avcı'nın (2020) diyabet hastaları ile yaptıkları çalışmada erkeklerin öz bakım yönetiminin kadınlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Duruk'un (2021) kalp yetersizliği olan hastalarla yaptığı çalışmada kadın hastaların öz bakım gücünün erkek hastalara göre yüksek olduğu görülmüştür. Cinsiyet faktörünün hastaların öz bakımına etkisini değerlendiren önceki çalışmalar incelendiğinde, benzer ve farklı sonuçların olması, bu araştırma ve diğer çalışmalara dahil edilen bireylerin sosyodemografik özelliklerindeki farklılıklardan (eğitim seviyesi, çalışma durumu gibi) kaynaklanıyor olabilir.

Bu araştırmada evli ve bekar bireylerin öz bakım yönetimi arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü **(Tablo 4.4-1).** Konu ile ilgili literatür incelemesinde bu araştırmaya paralel olarak evli ve bekar bireylerin öz bakım yönetimi açısından farklılık olmadığını gösteren çalışma bulgularının (Baduryeri, 2020; Tuncay, Avcı, 2020; Candan, 2021; Şaylan, 2021) yanı sıra evli bireylerin öz bakım yönetiminin bekarlara göre daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalara da (Alemdar, Pakyüz, 2015; Fadıloğlu, Pehlivan, 2015; Çankaya, 2018; Özdelikara ve ark., 2020; Yıldırım, 2021) rastlanmıştır. Bu araştırma ve benzer sonucun olduğu önceki çalışmalarda, medeni durumun öz bakım yönetimi üzerinde belirleyici etkisinin olmadığı, evli bireylerin daha çok eş ve çocuklarından destek alırken, bekar bireylerin aile ve arkadaşlarından destek alıyor olması ve bu doğrultuda her iki grubun da öz bakım yönetiminin destekleniyor olması ile açıklanabilir.

Bu araştırmada ilköğretim, lise ya da üniversite düzeyinde eğitim almış hastaların öz bakım yönetimi puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü **(Tablo 4.4-1).** Öz bakım yönetiminin hastaların eğitim düzeyinden etkilenmediğini gösteren ve bu araştırma sonucuna paralel olan çalışma bulgularından (Wang ve ark., 2012; Çulha, 2014; Işkın, 2021) farklı olarak, eğitim düzeyi ile öz bakım yönetimi arasında pozitif yönlü ilişkinin olduğu çalışmalar da (Chriss ve ark., 2004; Sü, 2015; Coolbrandt ve ark., 2018; Eşlik, Çetinkaya, 2019; Güner, 2020; Yıldırım, 2021; Yiğit, 2021) yer almaktadır. Çalışma sonuçlarındaki bu farklılıklar, araştırmaya dahil edilen örneklem gruplarındaki bireysel farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir.

Bu araştırmada 1 çocuğu olan hastaların Öz Koruma alt boyutundan aldığı puan ortalamasının, 4 ve üzeri çocuğu olan hastalara göre yüksek olduğu görüldü ***(F=2,850; p=0,042)***. Bunun yanı sıra çocuk sayısının Sosyal Koruma alt boyutu ile ÖBYÖ toplam puanları üzerinde etkisi olmadığı belirlendi **(Tablo 4.4-1).** Taş ve Buldukoğlu'nun (2015)

şizofreni hastaları ile yaptığı çalışmada 1 çocuğu olan hastaların 2 ve üzeri çocuğu olan hastalara göre öz bakım gücünün yüksek olduğu saptanmıştır. Bayram'ın (2020) multiple sklerozlu hastalar ile yaptığı çalışmada çocuğu olmayan hastaların öz bakım gücünün çocuğu olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Kronik hastalığı olan bireyler ile yapılan başka bir çalışmada çocuk sayısı 2-3 olan hastaların öz bakım gücünün 4 ve üzeri sayıda çocuğu olan hastalara göre yüksek olduğu belirlenmiştir (Yıldırım, 2021). Önceki çalışma bulguları ile kısmen benzerlik gösteren bu araştırma sonucu, çocuk sayısının artmasıyla birlikte bireylerin sorumluluğunun da artması ve kendi öz bakımına ayıracağı zaman ve enerjiyi bulamaması ile açıklanabilir.

Bu araştırmada yalnız yaşayan hastaların Sosyal Koruma alt boyut puan ortalaması ile ÖBYÖ toplam puan ortalamasının, eşi ile ve çocukları ile yaşayan hastaların Sosyal Koruma alt boyut puan ortalaması ile ÖBYÖ toplam puan ortalamasından düşük olduğu görüldü **(*Toplam*→*F*=4,522; *p*=0,005, *Sosyal koruma*→ *F*=3,282; *p*=0,024) (Tablo 4.4-1).** Uchmanowicz ve ark. (2017) kalp yetmezliği olan yaşlı hastalar ile yaptığı çalışmada yalnız yaşayan hastaların öz bakım gücünün, ailesi ile birlikte yaşayan hastalara göre daha düşük olduğunu bulmuştur. Sü (2015) kemoterapi uygulanan hastalar ile yaptığı çalışmada eşi ile yaşayan hastaların öz bakım gücü puanlarının hem yalnız hem de eşi ve çocukları ile yaşayan hastalara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu araştırma ve benzer çalışma bulgularına göre, yalnız yaşayan bireylerin öz bakım yönetiminin, ailesi ile yaşayanlara göre düşük olması, çevresindekilerden gereksinimi olduğu desteği tam olarak alamamasıyla açıklanabilir.

Bu araştırmada hastaların çalışma durumunun öz bakım yönetimi puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık yaratmadığı görüldü **(Tablo 4.4-1).** Hançerlioğlu'nun (2014) kronik hastalığı olan bireylerle yaptığı çalışmada, bir işte çalışmayan hastaların Sosyal Koruma ve Öz Koruma alt boyutları puan ortalamalarının bir işte çalışan hastalara göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Kemoterapi uygulanan hastalar ile yapılan bir çalışmada, çalışan hastaların öz bakım gücünün çalışmayan hastalara göre yüksek olduğu saptanmıştır (Sü, 2015). Candan'ın (2021) kronik hastalığı olan bireyler ile yaptığı çalışmada, çalışan hastaların Öz Koruma alt boyut puanı çalışmayan hastalara göre yüksek iken, Sosyal Koruma alt boyut puanı daha düşük bulunmuştur. Bu araştırmada ve literatürdeki önceki çalışmalarda çok farklı sonuçların bulunması, çalışma durumunun kronik hastalığı olan bireylerin öz bakım yönetimini etkilemede ayırıcı bir faktör olmadığını, bireysel özelliklere göre farklılık gösterdiğini düşündürmektedir.

Bu araştırmada hastaların yaşadıkları yerin öz bakım yönetimi puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık yaratmadığı görüldü **(Tablo 4.4-1).** Eraydın'ın (2016) stomalı hastalar ile yaptığı çalışmada ve Özdemir Kurt'un (2021) artroskopik cerrahi uygulanan hastalar ile yaptığı çalışmada bu araştırma bulgusuna benzer olarak, hastaların yerleşim yerinin öz bakım gücünü etkilemediği saptanmıştır. Bu araştırmanın sonucundan farklı olarak, Kale'nin (2016) ayaktan kemoterapi alan hastalar ile yaptığı çalışmasında ilde yaşayan hastaların öz bakım gücünün ilçe ve köyde yaşayan hastalara göre daha yüksek olduğu; Ünal'ın (2020) lomber disk cerrahisi geçiren hastalar ile yaptığı çalışmasında, il ve ilçede yaşayan hastaların öz bakım gücünün köy-kasabada yaşayanlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bu araştırmada hastaların gelir durumunun öz bakım yönetimi puan ortalamalarında anlamlı bir fark yaratmadığı görüldü **(Tablo 4.4-1).** Ermiş ve ark. (2018) kronik kalp yetersizliği olan hastalarla yaptığı çalışmasında ve Güneş'in (2022) psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören kadın hastalar ile yaptığı çalışmasında gelir durumunun öz bakım gücünü etkilemediği görülmüştür (Ermiş ve ark., 2018; Güneş, 2022). Bu sonuç, örneklemde daha çok geliri giderine denk olan hastaların bulunması ile açıklanabilir. Bu araştırmanın sonucundan farklı olarak, Kale'nin (2016) ayaktan kemoterapi alan hastalar ile yaptığı çalışmasında hastaların gelir durumu arttıkça öz bakım gücünün arttığı; Hiçerimez'in (2019) kronik kalp yetersizliği olan bireyler ile yaptığı çalışmasında, düşük gelir düzeyine sahip olan hastaların öz bakım davranışlarının orta gelir düzeyine sahip olan hastalara göre yüksek düzeyde olduğu görülmüştür.

5.5. Hastaların Sağlık/Hastalık Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre ÖBYÖ Puan Ortalamalarına Yönelik Bulguların Tartışılması

Bu araştırmada, hastaların sigara ve alkol kullanımının öz bakım yönetimini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilemediği bulundu **(Tablo 4.5-1).** Bu araştırma sonucu, Büyükkaya'nın (2003) karaciğer sirozlu hastalarda sigara kullanımının hastaların öz bakım gücünde, Ermiş ve ark.'nın (2018) kronik kalp yetersizliği olan hastalarda alkol kullanımının öz bakım gücünde, Hiçerimez'in (2019) kronik kalp yetersizliği olan hastalarda sigara kullanımının öz bakım davranışlarında, Baduryeri'nin (2020) kemoterapi alan kanser hastalarında sigara kullanımının öz bakım davranışlarında, Işkın'ın (2021) stomalı hastalarda sigara ve alkol kullanımının öz bakım gücünde ve Özdemir Kurt'un (2021) artroskopik cerrahi uygulanan hastalarda sigara ve alkol kullanımının öz bakım gücünde etkili olmadığını bildiren çalışma sonuçlarını destekler niteliktedir. Bu araştırma ve bu araştırma sonucuna

paralel önceki çalışmaların aksine; Kurbun'un (2017) çalışmasında alkol kullanmayan hastaların öz bakım gücünün kullananlara göre yüksek olduğu; Yiğit'in (2021) çalışmasında sigara içen hastaların Öz korumasının sigara içmeyenlere göre yüksek iken, Sosyal korumasının sigara içmeyenlere göre düşük olduğu ve Duruk'un (2021) çalışmasında sigara ve alkol kullanan hastaların öz bakım gücünün kullanmayanlara göre yüksek olduğu bildirilmektedir. Baduryeri (2020) kemoterapi alan kanser hastalarında yaptığı çalışmada alkol kullanan hastaların öz bakım davranışları ölçeğinin bazı alt boyutlarından daha yüksek puan aldığını; Kaya (2019) dahili polikliniklere başvuran kronik hastalığı olan hastalar ile yaptığı çalışmada sigara kullanmayı bırakan hastaların ÖBYÖ Sosyal Koruma alt boyutu puan ortalamalarının sigara kullanmaya devam eden hastalara göre daha yüksek olduğunu saptamıştır.

Stresli bir yaşam süren bireylerin, kanser gelişiminde yüksek risk grubunda olduğu bildirilmektedir (Bilge ve Çam, 2008; Aydoğan ve ark., 2013; Schoormans ve ark., 2017; Sürme, 2019). Literatürde stresli kişilik yapısı ile öz bakım ilişkisinin incelendiği çalışmalara rastlanmamaktadır. Bu araştırmada, hastaların stresli kişilik yapısına sahip olduğunu ifade etme durumuna göre öz bakım yönetimi ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, kendini stresli bir birey olarak ifade eden hastaların öz bakım yönetiminin stresli olmadığını ifade eden bireylere göre daha yüksek olduğu ***(Öz koruma→ t=2,068; p=0,045, Sosyal koruma→ t=2,637; p=0,012, Toplam→ t=2,603; p=0,013)*** belirlendi **(Tablo 4.5-1).** Ayrıca çok değişkenli linear regresyon analizi sonuçlarına göre stresli bir kişilik yapısına sahip olduğunu ifade etme durumunun ***(β=0,22; t=2,48; p=<0,001)*** hastaların öz bakım düzeyini arttıran bağımsız faktörlerden olduğu saptandı **(Tablo 4.9-1).** Stresin kanser gelişimi için önemli bir risk faktörü olmasının dışında tehdit edici düzeyde olmadığı sürece hastalığın getirdiği sorunlar ile başa çıkabilmede bireyleri güdüleyici ve harekete geçirici rolünün olabileceği ve dolayısı ile bireylerin öz bakımına daha çok önem vermesi ile açıklanabilir.

Literatürde ailesinde hastalık öyküsü bulunan bireylerin hastalıkları ile ilgili daha fazla bilgiye sahip olma isteği, dolayısı ile öz bakım yönetimini sağlamada daha etkili olabileceği bildirilmektedir (Shrivastava ve ark., 2013). Bu araştırmada ailesinde kanser öyküsü olan ve olmayan hastalarda öz bakım yönetimi açısından anlamlı bir farklılık bulunmadı **(Tablo 4.5-1).** Kurt (2020) hipertansiyon hastaları ile yaptığı çalışmasında ailesinde hipertansiyon hastalığı öyküsü bulunan hastaların, Şaylan (2021) ise tip 2 diyabeti olan yaşlı hastalar ile

yaptığı çalışmasında, ailesinde diyabet hastalığı öyküsü olan hastaların öz bakım yönetimi puan ortalamalarının olmayanlara göre daha yüksek olduğunu bulmuştur. Duruk (2021) kalp yetersizliği olan hastalar ile yaptığı çalışmada, ailede kalp hastalığı öyküsü olan hastalar ile olmayan hastaların öz bakım gücü puanlarında anlamlı bir fark saptamıştır. Bu araştırmada, literatür ve önceki çalışma bulgularından farklı olarak, ailede kanser öyküsü varlığının öz bakım yönetimi üzerinde anlamlı bulunmaması, örneklemi oluşturan hastaların diğer çalışmalardaki örneklem gruplarına göre daha az yaşam süresi beklenen hepatopankreatobilier kanser hastalarının olması ile açıklanabilir.

Kemoterapi alan hastalar ile yapılan farklı iki çalışmada, kanser dışında farklı bir kronik hastalık varlığı ile öz bakım gücü puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür (Altıparmak ve ark., 2011; Sü, 2015). Işkın'ın (2021) stomalı hastalar ile yaptığı çalışmada da, kronik hastalık varlığının öz bakım gücüne etkisi olmadığı saptanmıştır. Çankaya (2018) meme koruyucu cerrahi yapılan hastalar ile yaptığı çalışmada, kronik hastalığı olmayan hastaların öz bakım gücünün kronik hastalığı olan hastalara göre daha yüksek olduğunu; Yiğit (2021) ise KOAH hastaları ile yaptığı çalışmada, farklı kronik hastalıkları olan hastaların öz bakım yönetimi düzeyinin kronik hastalığı olmayan bireylere göre daha yüksek olduğunu saptamıştır. Bu araştırmada, kanser dışında ayrıca kronik bir hastalık varlığının, hastaların öz bakım yönetimini etkilemediği sonucuna varılmıştır **(Tablo 4.5-1).** Bu araştırma sonucu, kronik hastalıkları olan hastaların bazılarında, birden fazla hastalık ile baş etme sürecine bağlı olarak öz bakım yönetimi düzeyinin düşük olduğu çalışma bulgusu (Çankaya, 2018) ve ek hastalık varlığının hastaların sağlıklı yaşam davranışlarına daha fazla önem vermesine neden olarak öz bakım yönetiminin yüksek olduğunu düşündüren (Yiğit, 2021) diğer çalışma bulgularından farklıdır. Ancak kemoterapi alan kanser hastaları (Altıparmak ve ark., 2011; Sü, 2015) ve stomalı bireylerle (Işkın, 2021) yapılan çalışmalarla ise benzer olarak bulunmuştur.

Bu araştırmada hastaların kanser tanı tipine ve tanı sonrası geçen süreye göre öz bakım yönetimlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı **(Tablo 4.5-1).** Demirel Yücel (2010) ve Altıparmak ve ark.'nın (2011) akciğer kanserli hastalar ile yaptığı çalışmada, hastaların tanı sonrası geçen süreye göre öz bakım gücü puanlarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Hematolojik malignitesi olan hastalarda yapılan bir çalışmada, hastaların tanılanma sürelerinin öz bakım gücüne etkisi olmadığı (Mehrekula, 2010); başka bir çalışmada ise kemoterapi uygulanan hastaların kanser tanı tipinin öz bakım gücü üzerine

etkisi olmadığı görülmüştür (Sü, 2015). Bu araştırma, literatürde bulunan önceki çalışma bulgularını destekler nitelikte olup, kanser tipleri ve tanı sonrası geçen süre açısından öz bakım yönetiminde farklılık bulunmayışı, örneklemi oluşturan hepatapankreatobilier kanser türlerinin tümünün benzer şekilde geç tanılanan ve kötü prognoza sahip olan kanserler olması ve tanılanma sonrası geçen sürenin kısa olmasıyla açıklanabilir.

Bu araştırmada radyoterapi alan hastaların almayanlara göre ÖBYÖ'nin Sosyal Koruma alt boyutunun düşük olduğu; kemoterapi alma durumuna göre ise hastaların öz bakım yönetiminde farklılık olmadığı saptandı ***(t=2,177; p=0,045)*** **(Tablo 4.5-1).** Radyoterapi tedavisi sonrası hasta bireyin vücudunda bulunan radyasyonun sağlıklı bireylere zarar verebileceği bilgisi ve düşüncesi ile hem hasta bireyin kendini diğer kişilerden izole etmesi, hem de çevresinde bulunan bireylerin hasta birey ile yakın temastan kaçınması nedeniyle hasta bireylerin Sosyal Korumasının düşük olabileceği düşünülmektedir. Örneklemi oluşturan hepatopankreatobilier kanserli hastaların çoğunluğunda tanı sonrası geçen sürenin 0-6 ay olması nedeniyle kemoterapi tedavisinin başında olabileceği düşünüldüğünde öz bakım yönetiminde kemoterapi alan ve almayan hastalar arasında farklılığın olmaması beklenen bir sonuçtur.

Bu araştırmada, daha önce ameliyat deneyimi olan hastalar ile olmayan hastalar arasında öz bakım yönetimi açısından farklılık belirlenmedi **(Tablo 4.5-1).** Kaya'nın (2019) kronik hastalık nedeniyle dahili polikliniklere başvuran hastalar ile yaptığı çalışmasında daha önce ameliyat deneyimi olan hastaların öz bakım yönetiminin ameliyat olmayan hastalara göre yüksek olduğu saptanmıştır. Artroskopik cerrahi uygulanan hastalar ile yapılan bir çalışmada ise daha önce cerrahi girişim geçiren hastalar ile cerrahi girişim deneyimi olmayan hastaların öz bakım gücü puan ortalamaları arasında farklılık olmadığı görülmüştür (Özdemir Kurt, 2021). Özdemir Kurt'un çalışması ile benzer, Kaya'nın çalışması ile farklı bulunan bu araştırma sonucunun, kanser cerrahisinin diğer cerrahi girişimlerden daha zorlu bir süreç olması nedeniyle, önceki ameliyat deneyimlerinin öz bakım yönetiminde etkili olmadığını düşündürmektedir.

5.6. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Sosyal destek; bireylere olumsuz durumlarla başa çıkabilmesi için ailesi, arkadaşları ya da profesyonel kişiler tarafından sağlanan sosyal, psikolojik veya maddi manevi olabilecek

her türlü destek olarak kabul edilmektedir. Sosyal destek, bireylerin fiziksel sağlığını koruyarak stres, depresyon gibi psikososyal sorunların zararlı etkilerini azaltmaya yardımcı olur (Bozdoğan Yeşilot ve ark., 2017). Algılanan sosyal destek ise, bireyin desteğe ihtiyacı olduğunda, destek verebilecek kişilerin ve gerekli desteğin varlığını değerlendirerek, bu desteğin yeterliliğinin ve etkisinin bilinmesi anlamına gelir. Bu durum bireyin başka kişiler tarafından sevilip sayıldığını hissederek karşılıklı ilişkilerden doyum alması, ihtiyaç duyduğunda ona destek verecek kişilerin ve destek kaynaklarının varlığını bilmesi olarak da tanımlanmaktadır (Oktan, 2005; Ardahan, 2006; del-Pino-Casado ve ark., 2018; Yıldırım, 2020). Sosyal destek, kanser hastalarının hastalık süreciyle başa çıkabilmesi için gereken en önemli bileşenlerden biri olup, hastaların yaşam kalitesinin artmasına yardımcı olmaktadır (Eylen, 2002; Dedeli ve ark., 2008).

Bu araştırmada hastaların yaşına göre algılanan sosyal destek düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki varlığı saptandı [***(Aile desteği→ r=-0,250; p=0,010), (Arkadaş desteği→ r=-0,335; p=<0,001), (Özel İnsan desteği→ r=-0,245; p=0,011), (Toplam→ r=-0,318; p=0,001)]*** **(Tablo 4.6-1)**. Hastaların yaşları arttıkça algılanan sosyal destek düzeylerinin azaldığı belirlendi **(Tablo 4.6-1)**. Cicero ve ark. (2009) kanser hastası bireylerle yaptığı çalışmada, artan yaş ile beraber algılanan arkadaş desteğinin azaldığı görülmüştür. Melchiorre ve ark. (2013) yedi tane Avrupa ülkesinde bulunan yaşlı bireyler ile yaptığı çalışmada, 70-74 ya da 80-84 yaş grubundaki bireylerin diğer bireylere göre sosyal destek seviyelerinin düşük olduğunu belirlemiştir. Dai ve ark. (2016) iki farklı eyalette bulunan yaşlı bireyler ile yaptığı çalışmada, yaş ile sosyal destek arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğunu saptamıştır. Beyin tümörü tanısı koyulmuş hastalar ile yapılan bir çalışmada, yaş ile ÇBASDÖ puan ortalamaları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Aksoy, 2018). Calderón ve ark.'nın (2021) kanser hastaları ile yaptığı çalışmasında, 65 yaş ve üstü bireylerin algılanan sosyal destek düzeylerinin diğer bireylere göre daha düşük olduğu bildirilmiştir. Bu araştırma, literatürde bulunan önceki çalışma sonuçlarıyla paralellik gösterip; bu sonuç, hastaların yaş ortalamasının artmasıyla beraber fiziksel, duygusal ve psikolojik kısıtlılıklarının artarak çevresiyle ilişkisinin azalması ve buna bağlı olarak algıladığı sosyal desteğin azalması ile açıklanabilir.

Bu araştırmada erkek hastalar ile kadın hastaların algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı **(Tablo 4.6-1)**. Bu araştırma ile benzer olarak; Arslan'ın (2016) onkoloji kliniklerinde tedavi gören hastalar ile

yaptığı çalışmada, Bozdoğan Yeşilot ve ark.'nın (2017) kolon kanseri olan hastalar ile yaptığı çalışmada ve Gürbüz'ün (2022) multiple skleroz hastaları ile yaptığı çalışmada cinsiyet değişkeni ile algılanan sosyal destek düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Bu araştırmadan farklı olarak erkek ile kadın cinsiyete göre algılanan sosyal destek düzeyinin farklılık gösterdiği çalışmalar da bulunmaktadır (Güneş, Çalışır, 2016; Karaman, Yılmaz Karabulutlu, 2016; Çakır, 2019). Bu araştırma ve önceki çalışma bulgularındaki bu farklılıkların, örneklemi oluşturan hastaların bireysel ve bölgeye göre kültürel farklılıklardan kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

Bu araştırmada hastaların medeni durumuna göre algılanan sosyal destek düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı **(Tablo 4.6-1)**. Gündüz'ün (2019) kanser hastası bireyler ile yaptığı çalışmasında hastaların medeni durumu ile algılanan sosyal destek ölçeği puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ve benzer şekilde literatürde bulunan diğer çalışmalarda da (Bener ve ark., 2017; Sürücü ve ark., 2017; Zehir, 2021; İbrahimoğlu, 2022) medeni durum ile sosyal destek düzeyi arasında ilişki olmadığı bulunmuştur. Bu araştırma bulgusu literatürde bulunan önceki çalışma bulgularını destekler nitelikte olup; evli hastalar ihtiyaç duydukları sosyal desteği daha çok eş ve çocuklarından karşılarken; bekar hastalar ise benzer desteği aile ve arkadaşlarından karşıladığı için bu sonuca ulaşıldığını düşündürmektedir.

Bu araştırmada ilköğretim seviyesinde eğitimi olan hastaların algılanan sosyal destek düzeyi ve arkadaş desteğinin, üniversite seviyesinde eğitimi olan hastalara göre düşük olduğu saptandı ***(Toplam→F=4,806; p=0,010, Arkadaş Desteği→ F=3,336; p=0,039)*** **(Tablo 4.6-1)**. Kanser hastaları ile yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi ile sosyal destek puan ortalamaları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu, eğitim düzeyi arttıkça hastaların sosyal destek düzeyinin de arttığı belirlenmiştir (Çalışkan ve ark., 2015; Düzen, 2016; Bozdoğan Yeşilot ve ark., 2017; Oh ve ark., 2020). Literatürde bulunan önceki çalışma bulguları ile benzerlik gösteren bu araştırma sonucunda; eğitim seviyesi yükseldikçe, bireylerin sosyal destek kaynaklarına ulaşma ve kullanmada daha aktif olabileceği ve buna bağlı olarak sosyal destek düzeyinin yüksek olabileceği ile açıklanabilir.

Bu araştırmada aktif olarak bir işte çalışan hastaların algılanan sosyal destek düzeyinin çalışmayan hastalara göre daha yüksek olduğu saptandı **[(*Aile Desteği→ t*=3,139; *p*=0,002), (*Arkadaş Desteği→ t*=3,752; *p*=<0,001), (*Özel İnsan Desteği→ t*=2,870*; p*=0,005) ve (*ÇBASDÖ Toplam→ t*=3,654*; p*=<0,001)] (Tablo 4.6-1)**. Bu araştırma sonucuna benzer

olarak Çakır'ın (2019) kolorektal kanserli hastalar ile yaptığı çalışmada da çalışan hastaların algılanan sosyal destek düzeyinin çalışmayanlara göre yüksek olduğu bulunmuştur. Onkoloji hastaları ile yapılan diğer çalışmalarda, bu araştırma sonucundan farklı olarak, çalışma durumuna göre algılanan sosyal destek düzeyinde farklılığın olmadığı (Arslan, 2016) ya da çalışmayan hastaların aile desteğinin çalışanlara göre daha fazla olduğu (Gündüz, 2019) belirlenmiştir. Bu ve benzer önceki araştırma bulgularına göre, aktif olarak bir işte çalışan hastaların sosyal yönden daha aktif olması ve sosyokültürel çevresinin daha geniş olması nedeniyle algılanan sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada geliri giderinden az olan hastaların algılanan sosyal destek düzeyinin geliri giderine denk ve geliri giderinden fazla olan hastalara göre daha düşük olduğu saptandı ***[(Aile Desteği→ F=5,810;p=0,004), (Arkadaş Desteği→ F=10,630; p=<0,001), (Özel İnsan Desteği→ F=7,740;p=0,001) ve (ÇBASDÖ Toplam→ F=10,952;p=<0,001)]*** **(Tablo 4.6-1)**. Ayrıca bu araştırmada çok değişkenli linear regresyon analizi sonucuna göre, geliri giderine denk ve geliri giderinden fazla olmanın ***(β=0,32; t=3,74; p=<0,001)*** hastaların algılanan sosyal destek düzeyini arttıran bağımsız faktörlerden olduğu belirlendi **(Tablo 4.10-1).** Gündüz'ün (2019) kanser hastaları ile yaptığı çalışmada gelir düzeyi normal olan hastaların gelir düzeyi düşük olan hastalara göre sosyal destek puan ortalamalarının yüksek olduğu ve kanser hastaları ile yapılan diğer çalışmalarda da (Applebaum ve ark., 2014; Güldalı Öztürk, 2021) hastaların gelir düzeyi arttıkça sosyal desteğin arttığı bulunmuştur. Bu araştırma bulgusu, literatürde bulunan çalışma bulgularıyla uyumlu olup, gelir düzeyinin artması ile beraber artan ekonomik bağımsızlığın sosyal ilişkilerde de olumlu etkisi olduğunu göstermesi açısından kayda değerdir. Ayrıca bu sonuç, gelir düzeyinin artması ile beraber artan ekonomik bağımsızlığın destek kaynaklarına ulaşımı da kolaylaştırabileceğini düşündürmektedir.

Bu araştırmada ilde yaşayan hastaların algılanan sosyal destek düzeyi, arkadaş desteği ve özel insan desteğinin köyde yaşayan hastalara göre yüksek olduğu saptandı ***[(Arkadaş Desteği→ F=4,029; p=0,021), (Özel İnsan Desteği→ F=5,567; p=0,005) ve (ÇBASDÖ Toplam→ F=4,734; p=0,011)]*** **(Tablo 4.6-1)**. Ayrıca bu araştırmada, yapılan çok değişkenli linear regresyon analizi sonucuna göre ilde yaşama durumunun ***(β=0,21; t=2,41; p=0,018)*** hastaların algılanan sosyal destek düzeyini arttıran bağımsız faktörlerden olduğu belirlendi **(Tablo 4.10-1).** Çalışkan ve ark.'nın (2015) kanser hastası bireyler ile yaptığı çalışmada şehirde yaşayan hastaların algılanan sosyal destek düzeyinin köyde yaşayan hastalara göre daha yüksek olduğu; iki farklı eyalette yaşayan yaşlı bireyler ile yapılan bir çalışmada ise

şehirde yaşamak ile algılanan sosyal destek düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Dai ve ark., 2016). Arslan'ın (2017) onkoloji kliniklerinde yatan hastalar ile yaptığı çalışmasında; ilde yaşayan hastaların aile desteğinin ilçede ve köyde yaşayan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu araştırmada, literatürdeki önceki çalışma bulgularına kısmen benzer olarak ilde yaşayan bireylerin algılanan sosyal desteğinin yüksek olması, nüfusun kalabalık olduğu illerde sosyal çevre ve olanaklara ulaşmanın daha kolay olması ile ilişkilendirilebilir.

Bu araştırmada çocuğu olmayan hastaların algılanan sosyal destek düzeyinin ve arkadaş desteğinin çocuğu olan hastalara göre yüksek olduğu; aile desteği ile özel insan desteğinin ise çocuk varlığı ile ilişkili olmadığı saptandı ***[(Arkadaş Desteği→ t=2,680; p=0,009), ve (ÇBASDÖ Toplam→ t=2,365; p=0,020)]*** **(Tablo 4.6-1)**. Ayrıca çocuk sayısına göre hastaların algılanan sosyal destek düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı **(Tablo 4.6-1)**. Bu araştırma bulgusu, Arslan'ın (2016) onkoloji kliniklerinde tedavi gören hastalar ile yaptığı çalışmasında çocuğu olmayan hastaların algılanan sosyal destek düzeyinin çocuğu olan hastalara göre yüksek olduğu sonucunu destekler nitelikteyken, çocuk varlığı ile sosyal destek düzeyi arasında ilişki olmadığını gösteren diğer çalışma bulgusundan (Kaçan Softa ve ark., 2016) farklılık göstermektedir. Arkadaş desteğinin çocuğu olmayan hastalarda çocuğu olan hastalara göre daha yüksek olması bulgusu, çocuğu olmayan hastaların, ihtiyacı olan sosyal desteği daha çok arkadaş çevresinde araması ve arkadaşlarından alması ile açıklanabilir. Ayrıca çocuk sahibi olan bireylerin algılanan sosyal desteğinin çocuk sahibi olmayanlara göre düşük bulunması, çocuğu olan bireylerin ilgisini, sevgisini ve vaktinin çoğunu çocuklarına yöneltmesi ve diğer sosyal çevresine yeterli zaman ayıramaması nedeniyle çevresinden aldığı sosyal destek düzeyinin azalmış olmasıyla ilişkilendirilebilir. Önceki çalışma bulgularına (Arslantaş ve ark., 2010; Düzen, 2016) benzer olarak çocuk sayısı ile sosyal destek düzeyi arasında ilişki olmadığını gösteren bu araştırma sonucu, çocuk dışında diğer aile bireyleri ve sosyal çevreden alınabilecek desteğin varlığı ile ilişkilendirilebilir.

Bu araştırmada yalnız yaşayan hastaların algılanan sosyal destek düzeyi, aile desteği ve arkadaş desteğinin eş ve çocukları ile yaşayan hastalara göre düşük olduğu saptandı ***[(Aile Desteği→ F=3,679; p=0,015), (Arkadaş Desteği→ F=3,409; p=0,020) ve (ÇBASDÖ Toplam→ F=3,701; p=0,014)]*** **(Tablo 4.6-1)**. Kolorektal kanser hastaları (Çakır, 2019) ve baş-boyun kanseri olan hastalarda (İsmailoğlu ve Khorshid, 2016) yapılan çalışmalarda eşi ve

çocukları ile yaşayan hastaların algılanan sosyal destek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Benzer şekilde Boylu ve Günay (2018) ile Ünsar ve ark.'nın (2016) yaşlı bireyler ile yaptığı çalışmalarda birlikte yaşanılan kişi ile sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Önceki çalışma bulguları ile paralel olan bu araştırma bulgusu; eşi ve çocukları ile yaşayan hastaların yalnız yaşayan hastalara göre daha yoğun bir ilgi, destek ve bakıma sahip olduğunu ve bu nedenle algılanan sosyal destek puanlarının da daha yüksek olduğunu düşündürmektedir.

5.7. Hastaların Sağlık/Hastalık Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre ÇBASDÖ Puan Ortalamalarına Yönelik Bulguların Tartışılması

Bu araştırmada hastaların sigara kullanma durumları ile algılanan sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı **(Tablo 4.7-1).** Düzen'in (2016) akciğer kanseri olan hastalar ile yaptığı çalışmada sigara kullanımı ile sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Polat'ın (2019) meme kanseri cerrahisi geçiren kadınlar ile yaptığı çalışmada, sigara kullanan kadınlar ile sigara kullanmayan kadınların algılanan sosyal destek puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Bu araştırma bulgusu, önceki çalışma bulguları ile paralellik göstermektedir. Bu araştırmada örneklemi oluşturan hepatopankreatobilier kanserli bireylerin göz ardı edilemeyecek oranda (%36,8) sigara kullandığı belirlendi **(Tablo 4.1-2).** Bu sonuçlar, Türk toplumunda sigara kullanımının günümüzde hala yüksek düzeyde olduğunu göstermekle birlikte; sigara kullanımının bireylerin çevresi ile iletişimini bozacak ve sosyal desteğini azaltacak düzeyde bir etkisinin olmadığını düşündürmektedir.

Bu araştırmada hastaların alkol kullanma durumları ile algılanan sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı **(Tablo 4.7-1).** Düzen'in (2016) çalışmasında alkol kullanan hastaların aile desteği alt boyutu puan ortalamasının alkol kullanmayan hastalara göre düşük olduğu görülmüştür. Polat'ın (2019) çalışmasında alkol kullanımı ile algılanan sosyal destek düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. Bu araştırma bulgusu, Düzen'in çalışma sonucundan farklı iken, Polat'ın çalışma sonucu ile benzerlik göstermektedir. Bu sonuç, çalışmaya katılan hastaların büyük çoğunluğunun alkol kullanmaması ve kullanan hastaların da sosyal içici olarak az miktarda tüketmesi ile ilişkilendirilebilir.

Sosyal destek, günlük hayatın getirdiği stres durumları ile başa çıkabilmek için gereken en önemli unsurlardan biridir (Avcı, Doğan, 2014). Bireylerin ihtiyacı olan düzeyde sosyal desteğin, stresin var olduğu durumlarda stresli olayların algılanış şeklini değiştirerek bireylere zorluklarla baş etme konusunda yardımcı olduğu bilinmektedir (Ardahan, 2006). Sosyal desteğin stresi tamponlama etkisinin, bireyleri stresin zararlı etkilerinden koruyarak stresli durumlar karşısında verilebilecek duygusal, psikolojik ve olumsuz tepkileri azalttığı belirtilmektedir (Cohen, 2004). Yılmaz ve ark.'nın (2015) jinekolojik kanserli kadınlar ile yaptığı çalışmada, hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyinin yüksek olduğu durumlarda stresle başa çıkmada olumlu davranışlar geliştirdiği görülmüştür. İbrahimoğlu'nun (2022) kök hücre nakli planlanan kanser hastaları ile yaptığı çalışmasında algılanan sosyal destek ile stresle başa çıkma yaklaşımları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu araştırmada stresli kişilik yapısına sahip olduğunu ifade eden hastaların, stresli kişilik yapısına sahip olmadığını ifade eden hastalara göre algılanan sosyal destek düzeyinin ve arkadaş desteğinin yüksek olduğu saptandı ***[(Arkadaş Desteği→ t=2,181; p=0,031), ve (ÇBASDÖ Toplam→ t=2,268; p=0,025)]*** **(Tablo 4.7-1).** Ayrıca yapılan çok değişkenli linear regresyon analizi sonucuna bakıldığında stresli bir kişilik yapısına sahip olduğunu ifade etme durumunun ***(β=0,18; t=2,15; p=0,034)*** hastaların algılanan sosyal destek düzeyini arttıran bağımsız faktörlerden olduğu belirlendi **(Tablo 4.10-1).** Bu araştırmada kendini stresli bir kişi olarak ifade eden hastaların algılanan sosyal destek düzeyinin stresli olmadığını ifade eden hastalara göre yüksek olması, stresli bireylerin zor durumlar karşısında öncelikli baş etme stratejisi olarak çevresindeki bireylerden yardım isteme yoluna başvurması ile açıklanabilir. Bu araştırma sonucu, literatür ve önceki çalışma sonuçlarını destekler niteliktedir.

Bu araştırmada ailesinde kanser öyküsü olan hastalar ile ailesinde kanser öyküsü olmayan hastaların algılanan sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı **(Tablo 4.7-1).** Kanser hastaları ile yapılan farklı iki çalışmada ailesinde kanser öyküsü olan hastalar ile olmayan hastaların algılanan sosyal destek düzeyi arasında farklılık olmadığı görülmüştür (Arslan, 2016; Özdemir, 2017). Bu araştırma sonucu, literatürdeki çalışma bulgularını destekler nitelikte olup, kanser hastalığı sosyal destek gerektiren zorlu bir süreç olduğu için geçmiş aile öyküsü bulunmasa bile bireyleri sosyal destek arayışına yönelttiği ve dolayısıyla aile öyküsünün bu durumu etkilemediğini düşündürmektedir.

Bu araştırmada kanser dışında kronik bir hastalığı olan hastalar ile olmayan hastaların algılanan sosyal destek düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmedi **(Tablo 4.7-1).** Cerrahi girişim geçiren hastalar ile yapılan bir çalışmada, kronik hastalığı olan hastalar ile olmayan hastaların sosyal destek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür (Yıldız, 2019). Kaykunoğlu'nun (2019) ayaktan kemoterapi gören hastalar ile yaptığı çalışmasında, kronik hastalığa sahip olma durumu ile sosyal destek arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Güner'in (2020) açık kalp ameliyatı olan hastalar ile yaptığı çalışmasında kronik hastalık varlığının algılanan sosyal destek puanı üzerine etkisi olmadığı saptanmıştır. Onkoloji hastaları ile yapılan bir çalışmada ise bu araştırma ve diğer çalışma bulgularından farklı olarak, kronik bir hastalığı olmayan hastaların algılanan sosyal destek düzeyinin kronik hastalığı olan bireylere göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Ayar, 2018). Bu araştırma sonucunun önceki çalışma bulgularının çoğunluğu ile benzer olması; kanser hastalığının, tanı ve tedavi sürecinin tümünde başlı başına zorlu ve destek gerektiren bir süreç olduğunu, kanser hastası bireylerin kronik hastalık varlığı ya da yokluğu durumunda algılanan sosyal destek seviyesinin değişmediğini düşündürmektedir.

Bu araştırmada kanser hastaları ile yapılan farklı çalışmalara (Yıldırım, Kocabıyık, 2010; Arslan, 2016; Bıçak, 2016) benzer olarak, kanser tanı tipine göre hastaların algılanan sosyal destek düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı **(Tablo 4.7-1).** Kanser tanı tipleri açısından algılanan sosyal destek düzeyinde farklılık bulunmayışı, örneklemi oluşturan hepatapankreatobilier kanser türlerinin tümünün benzer şekilde kötü prognoza sahip olan kanserler olması nedeniyle sosyal destek gereksinimlerinin de benzer olması ile ilişkilendirilebilir.

Bu araştırmada tanı sonrası geçen süre 0-6 ay olan hastaların algılanan sosyal destek düzeyi ile aile desteği ve arkadaş desteğinin, tanı sonrası geçen süre 14-20 ay ve 20 aydan uzun olan hastalara göre yüksek olduğu saptandı ***[(Aile Desteği→ F=7,595; p=<0,001), (Arkadaş Desteği→F=4,515; p=0,005) ve (ÇBASDÖ Toplam→ F=5,577; p=0,001)]*** **(Tablo 4.7-1).** Kanser hastaları ile yapılan farklı çalışmalarda, kanser tanısı koyulmasının ardından geçen süre ile hastaların sosyal destek ihtiyacı arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Costa-Requena ve ark., 2015; Bıçak, 2016; Thompson ve ark., 2017). Bu araştırma sonucu, literatürde bulunan önceki çalışma sonuçları ile paralellik göstermekte olup; kanser tanısı koyulan hastaların, tanı koyulan ilk aylarda hastalığı kabullenme süreçleri

oldukça zor olduğundan sosyal desteğe, özellikle de aile ve arkadaş desteğine daha çok ihtiyaç duyduklarını düşündürmektedir.

Bu araştırmada radyoterapi ve kemoterapi almayan hastaların algılanan sosyal destek düzeyinin alan hastalara göre yüksek olduğu belirlendi **[*Radyoterapi için* (*Aile Desteği→ t*=2,946*; p*=0,010), (*Özel İnsan Desteği→ t*=2,590*; p*=0,019) ve (*ÇBASDÖ Toplam→ t*=2,839*;p*=0,012)] *[Kemoterapi için* (*Aile Desteği→ t*=3,382*; p*=0,001), (*Arkadaş Desteği→ t*=2,835*; p*=0,006) (*Özel İnsan Desteği→ t*=2,172*;p*=0,032) ve (*ÇBASDÖ Toplam→ t*=3,114*;p*=0,003)] **(Tablo 4.7-1).** Bununla beraber yapılan çok değişkenli linear regresyon analizi sonuçları incelendiğinde radyoterapi almama durumunun ***(β=0,34; t=4,20; p=<0,001)*** hastaların algılanan sosyal destek düzeyini arttıran bağımsız faktörlerden olduğu saptandı **(Tablo 4.10-1).** Kolorektal kanser tanılı hastalar ile yapılan bir çalışmada, kemoterapi ve radyoterapi alma durumunun algılanan sosyal destek düzeyi üzerine etkili olmadığı bulunmuştur (Çakır, 2019). Düzen'in (2016) akciğer kanserli hastalar ile yaptığı çalışmasında, kemoterapi kür sayısı ile ÇBASDÖ aile desteği alt boyutu ve arkadaş desteği alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Bu araştırma bulgusu, literatürdeki çalışma bulgularından farklılık göstermekle beraber literatürde radyoterapi ve kemoterapi alma durumu ile sosyal destek ilişkisini inceleyen yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır. Bilindiği üzere kanserin tedavisinde önemli yeri olan kemoterapi ve radyoterapinin yararının yanında birçok yan etkilerinin olması; kanserin hasta üzerindeki etkilerine ek olarak bu yan etkilerin getirdiği sorunlar, kanser hastalarının bu süreçte sosyal ilişkilerini dolayısı ile alacağı sosyal desteği de sınırlandırabilmektedir. Literatüre paralel olarak bu araştırmada örneklemi oluşturan hepatopankreatobilier kanserli hastaların çoğunluğunun yeni tanılanmış (0-6 ay önce) olması, büyük çoğunluğunun kemoterapi ve radyoterapi almayan ve bu tedavilerin yarattığı yan etkileri deneyimlememiş hastalardan oluşması algılanan sosyal destek düzeyinin bu grupta daha yüksek çıkmasını açıklayıcı bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Bu araştırmada daha önceden ameliyat deneyimi olan hastalar ile olmayan hastaların algılanan sosyal destek düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı **(Tablo 4.7-1).** Özdemir'in (2017) meme kanseri hastaları ile yaptığı çalışmasında hastaların ameliyat geçmişi olmasının algılanan sosyal destek düzeyi üzerine etkisi olmadığı saptanmıştır. Çakır'ın (2019) kolorektal kanser tanısı koyulan hastalar ile yaptığı çalışmasında, daha önce ameliyat olmuş olan hastaların algıladığı sosyal destek düzeyi ile

ameliyat olmamış hastaların algıladığı sosyal destek düzeyi arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Cerrahi girişim geçiren hastalar ile yapılan başka bir çalışmada, daha önce ameliyat olma durumu ile sosyal destek düzeyi arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir (Yıldız, 2019). Bu araştırma bulgusu literatürdeki önceki çalışma bulgularını destekler niteliktedir. Bu sonuç, önceki ameliyat deneyimlerinin, hastaların algılanan sosyal destek düzeyinde bir etkisi olmadığını ve her cerrahi girişimin hasta bireyler için destek gerektiren yeni bir süreç olduğunu düşündürmektedir.

5.8. ÖBYÖ ile ÇBASDÖ Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması

Bu araştırmada ÖBYÖ toplam ve alt boyutları ile ÇBASDÖ toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki varlığı saptandı **(Tablo 4.8-1).** Ayrıca bu araştırmada yapılan çok değişkenli linear regresyon analizi sonuçlarına göre algılanan sosyal destek düzeyinin ***(β=0,39; t=4,40; p=<0,001)*** hastaların öz bakım düzeyini arttıran bağımsız faktörlerden olduğu belirlendi **(Tablo 4.9-1).** Bu sonuçlar ile hastaların algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça öz bakım yönetim düzeyinin de arttığı görüldü.

Literatür incelendiğinde, kronik hastalığı olan bireylerin öz bakım yönetimi ile yaşam kalitesi ve algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalara rastlanmaktadır. Bennet ve ark.'nın (2001) kronik kalp yetmezliği hastaları üzerinde yapmış olduğu çalışma sonucunda, algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Akciğer kanserli hastalar ile yapılan farklı çalışmalarda algılanan sosyal destek düzeyi ile yaşam kalitesinin doğru orantılı olarak arttığı belirlenmiştir (Cheng ve ark., 2013; Düzen, 2016; Erarslan, 2021). Tilburgs ve ark.'nın (2015) yaptıkları çalışmada sosyal desteğin yaşam kalitesini arttırdığı bulunmuştur. Benzer şekilde literatürde kronik hastalığı olan bireylerin öz bakım yönetimi ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde, öz bakımlarını etkili bir şekilde yöneten hastaların yaşam kalitesinin arttığı, hastaneye yatışların ve morbidite ile mortalitenin azaldığı bildirilmektedir (Gohar ve ark., 2008; Sadeghi ve ark., 2013; Lee, Park, 2017).

Literatürde hastaların öz bakımı ile algılanan sosyal destek düzeyi arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmalar da bulunmaktadır. Sayers ve ark.'nın (2008) kalp yetmezliği hastalığı olan bireyler ile yaptığı çalışmada, yüksek sosyal destek ile bireylerin öz bakım davranışları arasında olumlu bir ilişki bulunduğu görülmüştür. Sezgin'in (2015) kalp yetersizliği olan hastalar ile yaptığı çalışmasında aile üyelerinden ya da sosyal çevresinde bulunan bireylerden

yeterli destek gören hastaların öz bakımlarının olumlu yönde etkilendiği bulunmuştur. Bu sonuçlardan yola çıkarak, bu araştırma bulgusu literatürde yer alan önceki çalışma bulgularını desteklemektedir ve bireylerin öz bakım yönetimi ile algılanan sosyal destek düzeyi arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki olduğunu göstermesi açısından değerlidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hepatopankreatobilier kanser cerrahisi sonrası hastalarda öz bakım yönetimi ile sosyal destek ilişkisinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak gerçekleştirilen bu araştırmanın sonucuna göre;

- Hastaların yaş ortalamasının 57,61±14,49 olup %52,8'inin 60 yaş altında olduğu; %53,8'inin erkek, %79,2'sinin evli, %57,5'inin ilköğretim mezunu, %92,5'inin çocuk sahibi olduğu ve çocuk sahibi olanların %33,7'sinin 2 çocuğu olduğu belirlendi **(Tablo 4.1-1).**
- Hastaların %60,4'ünün aktif olarak bir işte çalışmadığı ve %65,1'inin gelirinin giderlerine denk olduğu saptandı. Yaşanılan yere göre hastaların dağılımı incelendiğinde %64,2'sinin ilde sürekli ikamet ettiği belirlenirken; hastaların %49,1'inin eşi ve çocuklarıyla yaşadığı bulundu **(Tablo 4.1-1).**
- Hastaların %34'ünün karaciğer, %41,5'inin pankreas, %24,5'inin safra kesesi/safra yolu kanseri olduğu ve kanser tanısının hastaların %60,4'üne 0-6 ay önce koyulduğu saptandı. Hastaların %36,8'inin sigara, %16'sının alkol kullanımı olduğu; %69,8'inin stresli bir kişilik yapısına sahip olduğunu ifade ettiği ve %67'sinin kronik bir rahatsızlığı olduğu saptandı. Hastaların %68,9'unun ailesinde kanser öyküsü olduğu ve ailede kanser öyküsü olanların %95,9'unun kanser tanısı koyulan bireyle 1. dereceden yakınlığının olduğu belirlendi **(Tablo 4.1-2).**
- Hastaların %85,8'inin radyoterapi almadığı, %59,4'ünün kemoterapi almadığı ve %67'sinin daha önceden ameliyat deneyimi olduğu saptandı **(Tablo 4.1-2).**
- Hastaların ÖBYÖ toplam puanının 130,13±15,88, Öz Koruma alt boyut puanının 77,45±9,59 ve Sosyal Koruma alt boyut puanının 52,68±8,49 olduğu; araştırma kapsamına alınan hastaların öz bakım yönetiminin ortalamanın üzerinde ve iyi düzeyde olduğu saptandı **(Tablo 4.2-1).**
- Hastaların ÇBASDÖ toplam puanının 62,93±14,06, Aile Desteği alt boyut puanının 23,58±5,10, Arkadaş Desteği alt boyut puanının 19,91±5,33 ve Özel İnsan Desteği alt boyut puanının 19,44±5,75 olduğu; araştırma kapsamına alınan hastaların algıladıkları sosyal destek seviyesinin iyi düzeyde olduğu belirlendi **(Tablo 4.3-1).**

- 60 yaş altı hasta grubunun ÖBYÖ Öz Koruma alt boyutu **(*r*=-0,346;*p*=<0,001)** ve toplam puan ortalamalarının **(*r*=-0,209; *p*=0,032)** 60 yaş üstü hasta grubundan yüksek olduğu görüldü; hastaların yaşları arttıkça öz bakım yönetim düzeylerinin azaldığı bulundu **(Tablo 4.4-1).**
- Kadın hastaların ÖBYÖ Sosyal Koruma alt boyutu **(*t*=2,193;*p*=0,031)** ve toplam puan ortalamalarının **(*t*=2,400;*p*=0,018)** erkek hastalara göre yüksek olduğu saptandı; kadın hastaların öz bakım yönetimi düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğu belirlendi **(Tablo 4.4-1).**
- Bir çocuğu olan hastaların ÖBYÖ Öz Koruma alt boyutu puan ortalamasının dört ve üzeri çocuğu olan hastalara göre yüksek olduğu bulundu **(*F*=2,850; *p*=0,042)**; tek çocuğu olan hastaların öz korumasının 4 ve üzeri sayıda çocuğu olanlara göre yüksek olduğu belirlendi **(Tablo 4.4-1).**
- Eşi ile yaşayan ve çocukları ile yaşayan hastaların ÖBYÖ Sosyal Koruma alt boyutu ve toplam puan ortalamalarının yalnız yaşayan hastalara göre yüksek olduğu saptandı **(*Toplam→F*=4,522; *p*=0,005, *Sosyal koruma→ F*=3,282; *p*=0,024);** yalnız yaşayan hastaların eşi ile ve çocukları ile yaşayanlara göre öz bakım yönetimi düzeyinin ve alt boyut olan sosyal koruma düzeyinin daha düşük olduğu belirlendi **(Tablo 4.4-1).**
- Stresli bir kişilik yapısına sahip olduğunu ifade eden hastaların ÖBYÖ alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının stresli olmadığını ifade eden hastalara göre yüksek olduğu saptandı ***(Öz koruma→ t=2,068; p=0,045, Sosyal koruma→ t=2,637; p=0,012, Toplam→ t=2,603; p=0,013);*** stresli bir kişilik yapısı olduğunu ifade eden hastaların öz koruma, sosyal koruma ve öz bakım yönetimi düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlendi **(Tablo 4.5-1).**
- Radyoterapi almayan hastaların Sosyal Koruma alt boyutu puan ortalamalarının radyoterapi alan hastalara göre yüksek olduğu bulundu **(*t=2,177*; *p*=0,045);** radyoterapi alan hastaların sosyal korumaya ilişkin öz yönetim düzeyinin daha düşük olduğu saptandı **(Tablo 4.5-1).**
- 60 yaş altı hasta grubunun ÇBASDÖ alt boyutları ***(Aile desteği → r=-0,250; p=0,010, Arkadaş desteği→ r=-0,335;p=<0,001, Özel İnsan desteği → r=-0,245; p=0,011)*** ve toplam puan ortalamalarının ***(r=-0,318; p=0,001)*** 60 yaş üstü hasta grubuna göre yüksek olduğu belirlendi; hastaların yaşları arttıkça algılanan sosyal destek düzeylerinin azaldığı saptandı **(Tablo 4.6-1).**

- Üniversite mezunu hastaların ÇBASDÖ Arkadaş Desteği alt boyutu ve toplam puan ortalamalarının ilköğretim mezunu olan hastalara göre yüksek olduğu saptandı **(*Toplam→F*=4,806; *p*=0,010, *Arkadaş Desteği→ F*=3,336; *p*=0,039);** ilköğretim mezunu hastaların algılanan sosyal destek düzeyinin ve arkadaş desteğinin üniversite mezunu olan hastalara göre düşük olduğu belirlendi **(Tablo 4.6-1).**
- Aktif olarak bir işte çalışan hastaların ÇBASDÖ alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının herhangi bir işte çalışmayan hastalara göre yüksek olduğu saptandı **[(*Aile Desteği→ t*=3,139; *p*=0,002), (*Arkadaş Desteği→ t*=3,752; *p*=<0,001), (*Özel İnsan Desteği→ t*=2,870*; p*=0,005) ve (*ÇBASDÖ Toplam→ t*=3,654*; p*=<0,001)]**; aktif olarak bir işte çalışan hastaların çalışmayan hastalara göre algılanan sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu bulundu **(Tablo 4.6-1).**
- Geliri giderinden yüksek olan ve geliri giderine eşit olan hastaların ÇBASDÖ alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının geliri giderinden düşük olan hastalara göre yüksek olduğu belirlendi ***[(Aile Desteği→ F=5,810;p=0,004), (Arkadaş Desteği→ F=10,630; p=<0,001), (Özel İnsan Desteği→ F=7,740;p=0,001) ve (ÇBASDÖ Toplam→ F=10,952;p=<0,001)];*** hastaların gelir düzeyi arttıkça algılanan sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu saptandı **(Tablo 4.6-1).**
- İlde yaşayan hastaların ÇBASDÖ Arkadaş Desteği alt boyutu, Özel İnsan Desteği alt boyutu ve toplam puan ortalamalarının köyde yaşayan hastalara göre yüksek olduğu bulundu **[(*Arkadaş Desteği→ F*=4,029; *p*=0,021), (*Özel İnsan Desteği→ F*=5,567*; p*=0,005) ve (*ÇBASDÖ Toplam→ F*=4,734*; p*=0,011)];** köyde yaşayan hastaların algılanan sosyal destek düzeyi ve arkadaş desteğinin illerde yaşayan hastalardan; köy ve ilçelerde yaşayan hastaların özel insan desteğinin ise illerde yaşayan hastalardan daha düşük olduğu belirlendi **(Tablo 4.6-1).**
- Çocuk sahibi olmayan hastaların ÇBASDÖ Arkadaş Desteği alt boyutu ve toplam puan ortalamalarının çocuk sahibi olan hastalara göre yüksek olduğu saptandı **[(*Arkadaş Desteği→ t*=2,680*; p*=0,009), ve (*ÇBASDÖ Toplam→ t*=2,365*; p*=0,020)];** çocuk sahibi olan hastaların çocuk sahibi olmayan hastalara göre algılanan sosyal destek düzeyinin ve arkadaş desteğinin daha düşük olduğu bulundu **(Tablo 4.6-1).**
- Eş ve çocukları ile yaşayan hastaların ÇBASDÖ Aile Desteği alt boyutu, Arkadaş Desteği alt boyutu ve toplam puan ortalamalarının yalnız yaşayan hastalara göre yüksek olduğu görüldü **[(*Aile Desteği→ F*=3,679; *p*=0,015), (*Arkadaş Desteği→ F*=3,409*; p*=0,020) ve (*ÇBASDÖ Toplam→ F*=3,701*; p*=0,014)];** yalnız yaşayan

hastaların eş ve çocukları ile yaşayan hastalara göre algılanan sosyal desteğinin, arkadaş desteğinin ve aile desteğinin daha düşük olduğu belirlendi **(Tablo 4.6-1).**

- Stresli bir kişilik yapısına sahip olduğunu ifade eden hastaların ÇBASDÖ Arkadaş Desteği alt boyutu ve toplam puan ortalamalarının stresli olmadığını ifade eden hastalara göre yüksek olduğu saptandı **[(*Arkadaş Desteği→ t*=2,181*; p*=0,031), ve (*ÇBASDÖ Toplam→ t*=2,268*; p*=0,025)];** stresli bir kişilik yapısına sahip olduğunu ifade eden hastaların algılanan sosyal destek düzeyinin ve arkadaş desteğinin stresli bir kişilik yapısı olmadığını ifade eden hastalara göre daha yüksek olduğu bulundu **(Tablo 4.7-1).**
- 0-6 ay önce tanı koyulan hastaların ÇBASDÖ Aile Desteği alt boyutu, Arkadaş Desteği alt boyutu ve toplam puan ortalamalarının 14-20 ay ve 20 ay ve üzeri süre önce tanı koyulan hastalara göre yüksek olduğu belirlendi **[(*Aile Desteği→ F*=7,595; *p*=<0,001), (*Arkadaş Desteği→F*=4,515*; p*=0,005) ve (*ÇBASDÖ Toplam→ F*=5,577*; p*=0,001)];** kanser tanısı 0-6 ay önce koyulan hastaların algılanan sosyal destek düzeyinin, aile desteğinin ve arkadaş desteğinin 14-20 ay ve 20 ay ve üzeri süre önce tanı koyulan hastalara göre daha yüksek olduğu bulundu **(Tablo 4.7-1).**
- Radyoterapi almayan hastaların ÇBASDÖ Aile Desteği alt boyutu, Özel İnsan Desteği alt boyutu ve toplam puan ortalamalarının radyoterapi alan hastalara göre yüksek olduğu saptandı **[(*Aile Desteği→ t*=2,946*; p*=0,010), (*Özel İnsan Desteği→ t*=2,590*; p*=0,019) ve (*ÇBASDÖ Toplam→ t*=2,839*;p*=0,012)];** radyoterapi alan hastaların algılanan sosyal destek düzeyinin, aile ve özel insan desteğinin radyoterapi almayanlara göre daha düşük olduğu bulundu **(Tablo 4.7-1).**
- Kemoterapi almayan hastaların ÇBASDÖ alt boyutları ve toplam puan ortalamalarının kemoterapi alan hastalara göre yüksek olduğu bulundu **[(*Aile Desteği→ t*=3,382*; p*=0,001), (*Arkadaş Desteği→ t*=2,835*; p*=0,006) (*Özel İnsan Desteği→ t*=2,172*;p*=0,032) ve (*ÇBASDÖ Toplam→ t*=3,114*;p*=0,003)];** kemoterapi alan hastaların algılanan sosyal destek düzeyinin, aile, arkadaş ve özel insan desteğinin kemoterapi almayanlara göre daha düşük olduğu saptandı **(Tablo 4.7-1).**
- Hastaların ÖBYÖ alt boyutları ve toplam puan ortalamaları ile ÇBASDÖ alt boyutları ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki varlığı saptandı; hastaların algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça öz bakım yönetim düzeyinin de arttığı belirlendi **(Tablo 4.8-1).**

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hepatopankreatobilier kanser cerrahisi geçiren hastaların kendi öz bakımlarını sağlaması için cesaretlendirecek girişimlerde bulunulması,
- Hepatopankreatobilier kanser cerrahisi geçiren hastaların sosyal destek düzeyinin değerlendirilmesi ve sosyal destek olanaklarının araştırılarak hasta ve ailesinin bu konuda farkındalığının arttırılması,
- Hepatopankreatobilier kanser cerrahisi geçiren hastaların hem ailesi, hem yakın çevresi, hem de sağlık profesyonelleri tarafından etkili ve yeterli düzeyde destekleyecek girişimlerin arttırılması,
- Hepatopankreatobilier kanser cerrahisi sonrası taburculuk sürecinde hasta ve ailesine evde bakım hizmetleri ve alabilecekleri destekler konusunda bilgi verilmesi,
- Hepatopankreatobilier kanser cerrahisine ilişkin hemşirelik alanında yapılan az sayıda çalışma olması nedeniyle bu konudaki hemşirelik araştırmalarının yapılması için bu alanda çalışan hemşirelerin teşvik edilmesi **önerilmektedir**.

KAYNAKLAR

Abbasoğlu, O. (2019). Pankreas cerrahisi sonrası komplikasyonlar. İçinde: O. Abbasoğlu (Ed.), *Karaciğer, Safra Yolları ve Pankreas Cerrahisi*. Ankara: Dünya Tıp Kitabevi; 403-412.

Ahyana, A., Kritpracha, C., Thaniwattananon, P. (2013). Cardiac rehabilitation enhancing programs in patients with myocardial infarction: A literature review. *Nurse Media Journal of Nursing*, *3(1),* 541-556.

Akinyemiju, T., Abera, S., Ahmed, M., Alam, N., Alemayohu, M. A., Allen, C., ... & Global Burden of Disease Liver Cancer Collaboration. (2017). The burden of primary liver cancer and underlying etiologies from 1990 to 2015 at the global, regional, and national level: Results from the global burden of disease study 2015. *JAMA Oncology*, *3(12),* 1683-1691.

Aksoy, E. (2018). *Beyin tümörü tanısı konmuş bireylerin fonksiyonel değerlendirilmesi ve algıladıkları sosyal destek sistemlerinin yaşam kalitesi üzerine etkileri*. (Yüksek lisans tezi). Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tekirdağ.

Aksoy, G. (2018). Karaciğerin cerrahi hastalıkları ve bakımı. İçinde: N. Akyolcu, N. Kanan, G. Aksoy (Eds.), *Cerrahi Hemşireliği 2*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 253-280.

Aksoy, G. (2018). Safra kesesi ve safra yollarının cerrahi hastalıkları ve bakımı. İçinde: N. Akyolcu, N. Kanan, G. Aksoy (Eds.), *Cerrahi Hemşireliği 2*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 280-294.

Aksoy, G., Kanan, N. (2018). Metabolik ve endokrin sistemin cerrahi hastalıkları ve bakımı. İçinde: N. Akyolcu, N. Kanan, G. Aksoy (Eds.), *Cerrahi Hemşireliği 2*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 245-279.

Aksoy, S. Ö. (2010). *Hepatosellüler kanserde karaciğer nakli ve karaciğer rezeksiyon tedavilerinin karşılaştırılması*. (Doktora tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir.

Alemdar, H., Pakyüz, S. Ç. (2015). Hemodiyaliz hastalarında öz bakım gücünün yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, *10(2),* 19-30.

Altıparmak, S., Fadıloğlu, Ç., Gürsoy, Ş. T., Altıparmak, O. (2011). Kemoterapi tedavisi alan akciğer kanserli hastalarda öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi. *Ege Tıp Dergisi*, *50(2),* 95-102.

Altun Uğraş, G. (2019). Pankreas tümörleri ve hemşirelik bakımı. İçinde: Ü. Yıldız Fındık, S. Ünver, S. Eyi (Eds.), *Gastrointestinal Sistemin Cerrahi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 215-225.

Alyüz, S. B. A. (2020). Sosyal desteğin birey yaşamında önemi ve sosyal hizmet. *Talim*, *4(1),* 115-134.

American Cancer Society (ACS). (2018). Signs and symptoms of gallbladder cancer. *Atlanta: American Cancer Society.* https://www.cancer.org/cancer/gallbladder-cancer/detection-diagnosis-staging/signs-and-symptoms.html#written_by (Erişim tarihi: 28.05.2021).

Ansari, D., Ohlsson, H., Althini, C., Bauden, M., Zhou, Q., Hu, D., & Andersson, R. (2019). The Hippo signaling pathway in pancreatic cancer. *Anticancer Research*, *39(7),* 3317-3321.

Anwanwan, D., Singh, S. K., Singh, S., Saikam, V., Singh, R. (2020). Challenges in liver cancer and possible treatment approaches. *Biochimica et Biophysica Acta (BBA)-Reviews on Cancer, 1873(1),* 188314.

Applebaum, A. J., Stein, E. M., Lord-Bessen, J., Pessin, H., Rosenfeld, B., Breitbart, W. (2014). Optimism, social support, and mental health outcomes in patients with advanced cancer. *Psycho-oncology*, *23(3),* 299-306.

Ardahan, M. (2006). Sosyal destek ve hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, *9(2)*, 68-75.

Arslan, A. (2016). *Onkoloji kliniklerinde tedavi gören hastalarda yalnızlık ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişki*. (Yüksek lisans tezi). Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Arslan, S., Erdem, S. (2017). Hepatopankreatobiliyer sistem cerrahisinde bakım. İçinde: F. Eti Arslan (Ed.), *Cerrahi Bakım: Vaka Analizleri ile Birlikte*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 513-530.

Arslankılıç, Ç., Göl, E., Çınaroğlu, N. S. (2020). Cerrahide hızlandırılmış iyileşme protokolü: Sistematik derleme. *Cerrahi Ameliyathane Sterilizasyon Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği Dergisi*, *1(3),* 15-34.

Arslantaş, H., Adana, F., Kaya, F., Turan, D. (2010). Yatan hastalarda umutsuzluk ve sosyal destek düzeyi ve bunları etkileyen faktörler. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, *18(2),* 87-97.

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

Avcıkurt, A. S., Altun, E. (2018). Oral antidiyabetik metforminin hepatosellüler kanser hücreleri üzerine etkisi. *Cukurova Medical Journal*, *43(3),* 557-561.

Ayar, T. (2018). *Onkoloji hastalarının algıladıkları yalnızlık ve sosyal destek düzeyinin yaşam kalitesi ve semptom kontrolü üzerine etkisi*. (Yüksek lisans tezi). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun.

Ayaz, S., Efe, Ş., Korukluoğlu, S. (2008). Jinekolojik kanserli hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, *28(6),* 880-885.

Ayaz-Alkaya, S. (2019). Overview of psychosocial problems in individuals with stoma: A review of literature. *International Wound Journal*, *16(1),* 243-249.

Aydoğan, T., Cakcak, E., Şimşek, O., Erginöz, E., Aydoğan, F., Hatipoğlu, S., Kapan, S. (2013). Güncel çevresel risk faktörlerinin meme kanserine etkisi. *Bakırköy Tıp Dergisi, 9(4),* 176-182.

Aytap, F., Özer, Z. (2021). Kronik hastalığı olan bireylerde depresyon riski ile hastalık öz yönetimi arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 15(2),* 212-222.

Ayuso, C., Rimola, J., Vilana, R., Burrel, M., Darnell, A., García-Criado, Á., ... & Brú, C. (2018). Diagnosis and staging of hepatocellular carcinoma (HCC): Current guidelines. *European Journal of Radiology, 101*, 72-81.

Baduryeri, G. (2020). *Kemoterapi alan kanser hastalarının öz bakım davranışları ve etkileyen faktörler*. (Yüksek lisans tezi). Ufuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Bahar, A. (2007). Kanser hastalarına psikososyal yaklaşım. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, *10(1),* 105-111.

Balık, A., Borazan, E. (2019). Pankreas ve periampuller bölge ekzokrin tümörleri. İçinde: O. Abbasoğlu (Ed.), *Karaciğer, Safra Yolları ve Pankreas Cerrahisi*. Ankara: Dünya Tıp Kitabevi; 289-300.

Bayram, A. (2020). *Multiple sklerozlu hastalarda hastalığa uyum ve öz bakım gücü arasındaki ilişki*. (Yüksek lisans tezi). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Becker, A. E., Hernandez, Y. G., Frucht, H., Lucas, A. L. (2014). Pancreatic ductal adenocarcinoma: Risk factors, screening, and early detection. *World Journal of Gastroenterology: WJG*, *20(32),* 11182.

Bener, A., Alsulaiman, R., Doodson, L., Agathangelou, T. (2017). Depression, hopelessness and social support among breast cancer patients: In highly endogamous population. *Asian Pac J Cancer Prev*, *18(7),* 1889-1896.

Bennett, S. J., Perkins, S. M., Lane, K. A., Deer, M., Brater, D. C., Murray, M. D. (2001). Social support and health-related quality of life in chronic heart failure patients. *Quality of Life Research*, *10(8),* 671-682.

Benson, A. B., D'Angelica, M. I., Abbott, D. E., Anaya, D. A., Anders, R., Are, C., ... & Darlow, S. D. (2021). Hepatobiliary cancers, version 2.2021, NCCN clinical practice guidelines in oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network, 19(5),* 541-565.

Bettinger, D., Spode, R., Glaser, N., Buettner, N., Boettler, T., Neumann-Haefelin, C., ... & Schultheiss, M. (2017). Survival benefit of transarterial chemoembolization in patients

with metastatic hepatocellular carcinoma: A single center experience. *BMC Gastroenterology, 17(1),* 1-10.

Bıçak, D. (2016). *Kanserli hasta ve bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi.* (Yüksek lisans tezi). İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.

Bilge, A., Çam, M. O. (2008). Kanseri önlemede bir faktör olarak kadınların stres ile başa çıkma tarzları ve sağlık inanışlarının incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *9(1),* 16-21.

Bilgin, N., Yıldırım, E. (2017). Kanser hastası yakınlarının algıladığı sosyal destek ile umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Aydın Sağlık Dergisi*, *3(2),* 33-49.

Bosetti, C., Lucenteforte, E., Silverman, D. T., Petersen, G., Bracci, P. M., Ji, B. T., ... & La Vecchia, C. (2012). Cigarette smoking and pancreatic cancer: An analysis from the International Pancreatic Cancer Case-Control Consortium (Panc4). *Annals of Oncology*, *23(7),* 1880-1888.

Bostancı Daştan N., Buzlu, S. (2014). Psikososyal distres. İçinde: Can, G. (Ed.), *Onkoloji Hemşireliği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 551-565.

Boylu, A. A., Günay, G. (2018). Yaşlı bireylerde algılanan sosyal desteğin yaşam doyumu üzerine etkisi. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, *7(2),* 1351-1363.

Bozdoğan Yeşilot, S., Öztunç, G., Yeşil Demirci, P., İnel Manav, A., Paydas, S. (2017). The evaluation of hopelessness and perceived social support level in patients with lung cancer. *Int J Health Life Sci*, *3(2),* 88-105.

Buck, H. G., Dickson, V. V., Fida, R., Riegel, B., D'Agostino, F., Alvaro, R., Vellone, E. (2015). Predictors of hospitalization and quality of life in heart failure: A model of comorbidity, self-efficacy and self-care. *International Journal of Nursing Studies, 52(11),* 1714-1722.

Burrell, S. A., Yeo, T. P., Smeltzer, S. C., Leiby, B. E., Lavu, H., Kennedy, E. P., & Yeo, C. J. (2018). Symptom clusters in patients with pancreatic cancer undergoing surgical resection: Part I. *Oncology Nursing From*, *45(4),* 37-52.

Büyükkaya, D. (2003). *Karaciğer sirozu olan hastaların öz bakım güçlerinin belirlenmesi*. (Yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Calderón Garrido, C., Ferrando Piera, P. J., Lorenzo Seva, U., Gómez Sánchez, D., Fernández Montes, A., Palacín Lois, M., Jiménez Fonseca, P. (2021). Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) in cancer patients: Psychometric properties and measurement invariance. *Psicothema*, *33(1),* 131-138.

Candan, Ç. (2021). *Kronik hastalığı olan bireylerin öz bakım yönetimi ile bakım veren aile üyelerinin bakım yükü arasındaki ilişki.* (Yüksek lisans tezi). Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.

Cheng, H., Sit, J. W., Chan, C. W., So, W. K., Choi, K. C., Cheng, K. K. (2013). Social support and quality of life among Chinese breast cancer survivors: Findings from a mixed methods study. *European Journal of Oncology Nursing*, *17(6),* 788-796.

Chriss, P. M., Sheposh, J., Carlson, B., Riegel, B. (2004). Predictors of successful heart failure self-care maintenance in the first three months after hospitalization. *Heart & Lung*, *33(6),* 345-353.

Cicero, V., Lo Coco, G., Gullo, S., Lo Verso, G. (2009). The role of attachment dimensions and perceived social support in predicting adjustment to cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, *18(10),* 1045-1052.

Cocchieri, A., Riegel, B., D'Agostino, F., Rocco, G., Fida, R., Alvaro, R., Vellone, E. (2015). Describing self-care in Italian adults with heart failure and identifying determinants of poor self-care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *14(2),* 126-136.

Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American psychologist*, *59(8),* 676.

Cohen, S., Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, *98(2),* 310.

Coolbrandt, A., Wildiers, H., Laenen, A., Aertgeerts, B., de Casterlé, B. D., van Achterberg, T., Milisen, K. (2018). A nursing intervention for reducing symptom burden during chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, *45,*1.

Costa-Requena, G., Ballester Arnal, R., Gil, F. (2015). The influence of demographic and clinical variables on perceived social support in cancer patients. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*, *20(1),* 25-32.

Cox-North, P. (2017). Assessment of gastrointestinal system. In: Lewis, S.L., Bucher, L., Heitkemper, M.M., Harding, M.M. (Ed.), *Medical Surgical Nursing: Assesment and Management of Clinical Problems (10th ed).* St. Louis: Mosby, Elsevier. 833-1010.

Çakır, H. (2019). *Cerrahi tedavi uygulanan kolorektal kanserli hastaların sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi.* (Yüksek lisans tezi). Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Nevşehir.

Çalışkan, T., Duran, S., Karadaş, A., Ergün, S., Tekir, Ö. (2015). Kanser hastalarının yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, *17(1),* 27-36.

Çankaya, G. (2018). *Meme koruyucu cerrahi yapılan kadınların evde yaşadıkları semptomlar ve öz bakım gücü.* (Yüksek lisans tezi). Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Çetin, Ş., Dede, İ. (2019). Pankreas kanserinde progrostik faktörler. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, *26(1),* 30-34.

Çetinkaya, F. F., Korkmaz, F. (2019). Algılanan sosyal destek ile stres düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi: Üniversite öğrencileri üzerine bir araştırma. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, *20(1),* 91-103.

Çevik, D. (2014). Reactivation of telomerase reverse transcriptase gene in liver cancer. (Doctoral dissertation). Bilkent University, İstanbul.

Çidem, F. (2016). *Kadınların sosyal destek ve öz etkililik algılarının meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi.* (Yüksek lisans tezi). Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Şanlıurfa.

Çulha, İ. (2014). *Hemşirelik eğitiminin kolostomi ve ileostomi açılan hastalarda öz-bakım gücüne olan etkisinin değerlendirilmesi*. (Yüksek lisans tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.

Dai, Y., Zhang, C. Y., Zhang, B. Q., Li, Z., Jiang, C., Huang, H. L. (2016). Social support and the self-rated health of older people: A comparative study in Tainan Taiwan and Fuzhou Fujian province. *Medicine*, *95(24),* 1-14.

Davy, C., Bleasel, J., Liu, H., Tchan, M., Ponniah, S., Brown, A. (2015). Effectiveness of chronic care models: Opportunities for improving healthcare practice and health outcomes: A systematic review. *BMC health services research*, *15(1),* 1-11.

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

del-Pino-Casado, R., Frías-Osuna, A., Palomino-Moral, P. A., Ruzafa-Martínez, M., Ramos-Morcillo, A. J. (2018). Social support and subjective burden in caregivers of adults and older adults: A meta-analysis. *PloS one*, *13(1),* e0189874.

Demirel Yücel, S. (2010). *Akciğer kanserli hastalarda öz-bakım gücü ve benlik saygısı ile aralarındaki ilişkinin belirlenmesi*. (Yüksek lisans tezi). Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.

Doğan, M. D., Tosun, E., Tek, A. D. (2018). Kronik hastalıklarda hastalık algısı, yaşam kalitesi, öz-bakım yönetimi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *7(3),* 33-40.

Duruk, H. (2021). *Kalp yetersizliği hastalarında öz-bakım gücü ile yaşam kalitesinin incelenmesi.* (Yüksek lisans tezi). İstanbul Okan Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

Düzen, Ö. (2016). *Küçük hücreli dışı akciğer kanseri nedeniyle ameliyat olan ve adjuvan kemoterapi alan hastaların yaşam kaliteleri ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi.* (Yüksek lisans tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Ebata, T., Ercolani, G., Alvaro, D., Ribero, D., Di Tommaso, L., & Valle, J. W. (2017). Current status on cholangiocarcinoma and gallbladder cancer. *Liver cancer*, *6(1),* 59-65.

Eker, D., Arkar, H. (1995). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, *10(34),* 45-55.

Epping-Jordan, J. E., Pruitt, S. D., Bengoa, R., Wagner, E. H. (2004). Improving the quality of health care for chronic conditions. *BMJ Quality & Safety*, *13(4),* 299-305.

Erarslan, R. (2021). *Akciğer kanserli hastaların destekleyici bakım gereksinimleri ile algıladıkları sosyal destek düzeyi arasındaki ilişki*. (Yüksek lisans tezi). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Samsun.

Eraydın, C. (2016). *Stomalı hastalarda öz bakım gücünün belirlenmesi*. (Yüksek lisans tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Eraydın, C., Sunal, N. (2021). Stomalı hastalarda özbakım gücü ve etkileyen faktörler. *Akdeniz Tıp Dergisi*, *7(1),* 57-64.

Ermiş, N., Kasar Sayın, K., Karaman, E., Yıldırım, Y. (2018). Kronik kalp yetersizliği olan hastalarda öz bakım gücü ve yorgunluk. *Turk J Cardiovasc Nurs*, *9(20),* 105-112.

Ertuğrul Kırık, E. (2020). *Onkoloji servisinde yatan hastaların psikososyal gereksinimlerini belirleme*. (Yüksek lisans tezi). Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak.

Eskin, M., Harlak, H., Demirkıran, F. ve Dereboy, Ç. (2013). Algılanan stres ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması: Güvenirlik ve geçerlik analizi. *New Symposium Journal*, *51(3),* 132-140.

Eşlik, M., Çetinkaya, A. (2019). Self-efficacy perceptions in coping of the patients' post-coronary artery bypass graft surgery. *Turk J Cardiovasc Nurs*, *10(22),* 41-49.

European Association For The Study of The Liver. (2018). EASL clinical practice guidelines: Management of hepatocellular carcinoma. *Journal of Hepatology*, *69(1),* 182-236.

Eylen, B. (2002). " Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği" nin geçerlik, güvenirlik ve faktör yapısı üzerine bir çalışma. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, *15(1),* 109-117.

Fadıloğlu, Ç., Pehlivan, S. (2015). Romatoid artritli hastalarda özbakım gücü ve etkileyen faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *31(1),* 27-38.

Fitzpatrick, E. (2014). Assessment and management of patients with biliary disorders. In: Hinkle, J.I., Cheever, K.H. (Eds.), *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1389-1415.

Forner, A., Reig, M., Bruix, J. (2018). Hepatocellular carcinoma. *Lancet*, *391(10127),* 1301-1314.

Gohar, F., Greenfield, S. M., Beevers, D. G., Lip, G. Y., Jolly, K. (2008). Self-care and adherence to medication: A survey in the hypertension outpatient clinic. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, *8(1),* 1-9.

Goral, V. (2015). Pancreatic cancer: Pathogenesis and diagnosis. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, *16(14),* 5619-5624.

Grandhi, M. S., Kim, A. K., Ronnekleiv-Kelly, S. M., Kamel, I. R., Ghasebeh, M. A., Pawlik, T. M. (2016). Hepatocellular carcinoma: from diagnosis to treatment. *Surgical Oncology*, *25(2),* 74-85.

Graven, L. J., Grant, J. S. (2013). Coping and health-related quality of life in individuals with heart failure: An integrative review. *Heart & Lung*, *42(3),* 183-194.

Gupta, R., Amanam, I., Chung, V. (2017). Current and future therapies for advanced pancreatic cancer. *Journal of Surgical Oncology*, *116(1),* 25-34.

Güldalı Öztürk, A. (2021). *Yatarak tedavi gören kanser hastalarında umutsuzluk ve sosyal destek düzeyinin belirlenmesi.* (Yüksek lisans tezi). Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.

Güleser, G. N., Taşcı, S., Kaplan, B. (2012). The experience of symptoms and information needs of cancer patients undergoing radiotherapy. *Journal of cancer education*, 27(1), 46-53.

Gündüz, F. (2019). *Kanserli hasta ve bakım verenlerinin algıladıkları sosyal destek ile umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi.* (Yüksek lisans tezi). Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.

Güner, E. (2020). *Açık kalp ameliyatı olan hastaların öz etkililik ve sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi*. (Yüksek lisans tezi). Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Trabzon.

Güneş, E. (2022). *Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören kadın hastaların öz bakım gücü ve ilişkili faktörler.* (Yüksek lisans tezi). İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

Güneş, Z. Ç. H., Çalışır, H. (2016). Quality of life and social support in cancer patients undergoing outpatient chemotherapy in Turkey. *Ann Nurs Pract*, *3(7),* 1070.

Gürbüz, İ. Z. (2022). *Multiple skleroz hastalarında yaşam kalitesi ile öz-yeterlilik algısı ve sosyal destek düzeyi arasındaki ilişki*. (Yüksek lisans tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Hanada, K., Okazaki, A., Hirano, N., Izumi, Y., Teraoka, Y., Ikemoto, J., ... & Yonehara, S. (2015). Diagnostic strategies for early pancreatic cancer. *Journal of Gastroenterology*, *50(2),* 147-154.

Hançerlioğlu, S. (2014). *Kronik hastalıklarda öz-bakım yönetimi ölçeği ve uyum soru formu'nun Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenirliği.* (Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir, Türkiye.

He, F., Lin, X., Xie, F., Huang, Y., Yuan, R. (2015). The effect of enhanced recovery program for patients undergoing partial laparoscopic hepatectomy of liver cancer. *Clinical and Translational Oncology*, *17(9),* 694-701.

Heimbach, J. K., Kulik, L. M., Finn, R. S., Sirlin, C. B., Abecassis, M. M., Roberts, L. R., ... & Marrero, J. A. (2018). AASLD guidelines for the treatment of hepatocellular carcinoma. *Hepatology*, *67(1),* 358-380.

Henley, S. J., Weir, H. K., Jim, M. A., Watson, M., Richardson, L. C. (2015). Gallbladder cancer incidence and mortality, United States 1999-2011. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, *24(9),* 1319-1326.

Hiçerimez, A. (2019). *Kronik kalp yetersizliği hastalarının hastalık yönetimine ilişkin inanç ve uyumları ile öz bakım davranışları arasındaki ilişki*. (Yüksek lisans tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Hundal, R., Shaffer, E. A. (2014). Gallbladder cancer: Epidemiology and outcome. *Clinical Epidemiology*, *6,* 99.

Hurban, Hr. (2014). Pancreatic cancer. *WHO World Cancer Report 2014*, 413-421.

Ilic, M., Ilic, I. (2016). Epidemiology of pancreatic cancer. *World Journal of Gastroenterology, 22(44),* 9694.

Iodice, S., Gandini, S., Maisonneuve, P., & Lowenfels, A. B. (2008). Tobacco and the risk of pancreatic cancer: A review and meta-analysis. *Langenbeck's Archives of Surgery*, *393(4),* 535-545.

Iovino, P., Lyons, K. S., De Maria, M., Vellone, E., Ausili, D., Lee, C. S., ... & Matarese, M. (2021). Patient and caregiver contributions to self-care in multiple chronic conditions: A multilevel modelling analysis. *International Journal of Nursing Studies*, *116*, 103574.

İbrahimoğlu, S. (2022). *Kök hücre nakli planlanan kanser hastalarının sosyal destek düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları*. (Yüksek lisans tezi). İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

İstek, N., Karakurt, P. (2018). Global bir sağlık sorunu: Tip 2 diyabet ve öz-bakım yönetimi. *JAREN*, *4(3),* 179-182.

John, S., Moyana, T., Shabana, W., Walsh, C., McInnes, M. D. (2020). Gallbladder cancer: İmaging appearance and pitfalls in diagnosis. *Canadian Association of Radiologists Journal*, *71(4),* 448-458.

Jones, L. M., Rosemberg, M. A. S., Wright, K. D. (2017). Opportunities for the advanced practice nurse to enhance hypertension knowledge and self-management among African American women. *Clinical Nurse Specialist CNS*, *31(6),* 311.

Kaçan Softa, H., Bayraktar, T., Uğuz, C. (2016). Yaşlı bireylerin algılanan sosyal destek sistemleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, *9,* 1-12.

Kale, C. (2016). *Ayaktan kemoterapi alan hastaların yaşadıkları semptomlar ile öz bakım güçleri arasındaki ilişki*. (Yüksek lisans tezi). Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin.

Kanan, N. (2018). Pankreasın cerrahi hastalıkları ve bakımı. İçinde: N. Akyolcu, N. Kanan, G. Aksoy (Eds.), *Cerrahi Hemşireliği*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 294-305.

Kanthan, R., Senger, J. L., Ahmed, S., Kanthan, S. C. (2015). Gallbladder cancer in the 21st century. *Journal of Oncology*, 1-26.

Kaplan, E. (2020). *Fibromiyaljili bireylerde ağrı, umutsuzluk ve sosyal destek düzeylerinin incelenmesi*. (Yüksek lisans tezi). Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.

Kapritsou, M., Korkolis, D. P., Giannakopoulou, M., Kaklamanos, I., Elefsiniotis, I. S., Mariolis-Sapsakos, T., ... & Konstantinou, E. A. (2014). Fast-track recovery after major liver and pancreatic resection from the nursing point of view. *Gastroenterology Nursing*, *37(3),* 228-233.

Karadağlı, F., Alpar, Ş. E. (2017). Bir ölçek geliştirme çalışması: Kemoterapi uygulanan hastalarda özbakım yetersizliği kuramına göre özbakım davranışları ölçeği. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 10(3),* 168-181.

Karakurt, E. (2018). *Ratlarda deneysel karaciğer kanser modelinde silymarin'in koruyucu etkisinin histopatolojik ve biyokimyasal yöntemlerle araştırılması*. (Doktora tezi). Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kars.

Karaman, S., Yılmaz Karabulutlu, E. (2016). The relationship between functional living status and perceived social support in patients with cancer. *Nursing Practice Today*, *3(4),* 171-178.

Kavalcı, G. (2021). *Kolorektal cerrahi hastalarına uygulanan hızlandırılmış iyileşme protokolünün konfor düzeyine etkisi.* (Yüksek lisans tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Kavradım, S. T., Özer, Z. C. (2014). Kanser tanısı alan hastalarda umut. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *6(2),* 154-164.

Kaya, N. (2019). *Dahili polikliniklere başvuran kronik hastalığı olan hastalarda öz bakım yönetimi ve ilaç uyumu*. (Yüksek lisans tezi). Yozgat Bozok Üniversitesi- Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yozgat.

Kaykunoğlu, M. (2019). *Ayaktan kemoterapi alan hastalarda sosyal destek ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi.* (Yüksek lisans tezi). Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hatay.

Kendilci, K. (2015). *Turgut Özal Tıp Merkezi Onkoloji Servisine başvuran kanser olgularında kişilik özelliklerinin incelenmesi.* (Yüksek lisans tezi). İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.

King, E., Nehoray, B. M. (2019). Hereditary pancreatic cancer syndromes: Providing care to at-risk families. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, *23(6),* 579-582.

Kocatepe, V. (2019). *Akciğer kanseri ile ilişkili dispnenin yönetiminde yüze fan uygulamasının etkisi*. (Doktora tezi). İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

Korotkin, B. D., Hoerger, M., Voorhees, S., Allen, C. O., Robinson, W. R., Duberstein, P. R. (2019). Social support in cancer: How do patients want us to help? *Journal of Psychosocial Oncology*, *37(6),* 699-712.

Koşar, C., Besen, D. B. (2015). Kronik hastalıklarda hasta aktifliği: Kavram analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, *8(1),* 45-51.

Kömürcü, C. (2020). *Diyaliz hastaları ve bakım verenlerinde stresle baş etme stratejileri, sosyal destek ve maneviyat algısının travma sonrası büyümeye etkisinin belirlenmesi*. (Yüksek lisans tezi). Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak.

Krohne, H. W., Slangen, K. E. (2005). Influence of social support on adaptation to surgery. *Health Psychology*, *24(1),* 101.

Kurbun, H. (2017). *Hemodiyaliz hastalarında öz-bakım gücü ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi*. (Yüksek lisans tezi). Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kırklareli.

Kurt, D. (2020). *Hipertansiyon tanısı alan hastalara verilen öz yönetim desteğinin bilgi düzeyi, tedaviye uyum ve öz bakım yönetimine etkisi*. (Doktora tezi). Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Edirne.

Laybourne, A. H., Morgan, M., Watkins, S. H., Lawton, R., Ridsdale, L., Goldstein, L. H. (2015). Self-management for people with poorly controlled epilepsy: Participants' views of the UK Self-Management in epILEpsy (SMILE) program. *Epilepsy & Behavior*, *52,* 159-164.

Lee, E., Park, E. (2017). Self-care behavior and related factors in older patients with uncontrolled hypertension. *Contemporary Nurse*, *53(6),* 607-621.

Lei, Y., Liu, B., Su, L., Xie, X., Kuang, M., Chen, M., ... & Lin, M. (2020). Perioperative nursing of patients with pancreatic cancer treated with a nanoknife. *Journal of Nanoscience and Nanotechnology*, *20(10),* 6584-6590.

Lermite, E., Sommacale, D., Piardi, T., Arnaud, J. P., Sauvanet, A., Dejong, C. H., Pessaux, P. (2013). Complications after pancreatic resection: Diagnosis, prevention and management. *Clinics and Research in Hepatology and Gastroenterology*, *37(3),* 230-239.

Li, P., Shu, Y., Gu, Y. (2020). The potential role of bacteria in pancreatic cancer: A systematic review. *Carcinogenesis*, *41(4),* 397-404.

Liang, X., Ying, H., Wang, H., Xu, H., Liu, M., Zhou, H., ... & Cai, X. (2018). Enhanced recovery care versus traditional care after laparoscopic liver resections: A randomized controlled trial. *Surgical Endoscopy*, *32(6),* 2746-2757.

Lien, C. Y., Lin, H. R., Kuo, I. T., Chen, M. L. (2009). Perceived uncertainty, social support and psychological adjustment in older patients with cancer being treated with surgery. *Journal of Clinical Nursing*, *18(16),* 2311-2319.

Lin, Q. J., Yang, F., Jin, C., Fu, D. L. (2015). Current status and progress of pancreatic cancer in China. *World Journal of Gastroenterology: WJG*, *21(26),* 7988.

Lindquist, C. M., Miller, F. H., Hammond, N. A., Nikolaidis, P. (2018). Pancreatic cancer screening. *Abdominal Radiology*, *43(2),* 264-272.

Liu, C. Y., Chen, K. F., Chen, P. J. (2015). Treatment of liver cancer. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, *5(9),* 1-16.

Luszczynska, A., Pawlowska, I., Cieslak, R., Knoll, N., Scholz, U. (2013). Social support and quality of life among lung cancer patients: A systematic review. *Psycho-Oncology*, *22(10),* 2160-2168.

Mackay, T. M., Latenstein, A. E., Sprangers, M. A., Van Der Geest, L. G., Creemers, G. J., Van Dieren, S., ... & Van Laarhoven, H. W. (2020). Relationship between quality of life and survival in patients with pancreatic and periampullary cancer: A multicenter

cohort analysis. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, *18(10),* 1354-1363.

Mazzaferro, V., Sposito, C., Zhou, J., Pinna, A. D., De Carlis, L., Fan, J., ... & Cucchetti, A. (2018). Metroticket 2.0 model for analysis of competing risks of death after liver transplantation for hepatocellular carcinoma. *Gastroenterology*, *154(1),* 128-139.

McGee, E. E., Jackson, S. S., Petrick, J. L., Van Dyke, A. L., Adami, H. O., Albanes, D., ... & Koshiol, J. (2019). Smoking, alcohol, and biliary tract cancer risk: A pooling project of 26 prospective studies. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, *111(12),* 1263-1278.

McGuigan, A., Kelly, P., Turkington, R. C., Jones, C., Coleman, H. G., McCain, R. S. (2018). Pancreatic cancer: A review of clinical diagnosis, epidemiology, treatment and outcomes. *World Journal of Gastroenterology*, *24(43),* 4846.

Mehrekula, Z. (2010). *Hematolojik malignitelerde semptom kontrolü*. (Yüksek lisans tezi). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Melchiorre, M. G., Chiatti, C., Lamura, G., Torres-Gonzales, F., Stankunas, M., Lindert, J., ... & Soares, J. F. (2013). Social support, socio-economic status, health and abuse among older people in seven European countries. *PloS one*, *8(1),* e54856.

Mellon, E. A., Strom, T., Hoffe, S. E., Frakes, J. M., Springett, G. M., Hodul, P. J., ... & Shridhar, R. (2015). Favorable perioperative and survival outcomes after resection of borderline resectable pancreatic cancer treated with neoadjuvant stereotactic radiation and chemotherapy compared with upfront pancreatectomy for resectable cancer. *International Journal of Radiation Oncology• Biology• Physics*, *93(3),* 154.

Melloul, E., Lassen, K., Roulin, D., Grass, F., Perinel, J., Adham, M., ... & Demartines, N. (2020). Guidelines for perioperative care for pancreatoduodenectomy: Enhanced recovery after surgery (ERAS) recommendations 2019. *World Journal of Surgery*, *44(7),* 2056-2084.

National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2021). About chronic diseases. Erişim: *https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.*htm Erişim tarihi: 08.03.2022.

Neil, J. (2015). Surgery of the liver, biliary tract, pancreas, and spleen. In: J. Rothrock (Ed.), *Alexander's Care of the Patient in Surgery* (15th ed). China: Mosby Elsevier; 356-392.

Neuzillet, C., Gaujoux, S., Williet, N., Bachet, J. B., Bauguion, L., Durand, L. C., ... & Association Française de Chirurgie. (2018). Pancreatic cancer: French clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up (SNFGE, FFCD, GERCOR, UNICANCER, SFCD, SFED, SFRO, ACHBT, AFC). *Digestive and Liver Disease*, *50(12),* 1257-1271.

Obuz, F. (2015). Hepatosellüler karsinomda radyolojik tanı ve evreleme. *Türk Radyoloji Seminerleri, 3,* 437-360.

Oh, G. H., Yeom, C. W., Shim, E. J., Jung, D., Lee, K. M., Son, K. L., ... & Hahm, B. J. (2020). The effect of perceived social support on chemotherapy-related symptoms in patients with breast cancer: A prospective observational study. *Journal of Psychosomatic Research*, *130,* 109911.

Oktan, V. (2005). Yalnızlık ve algılanan sosyal destek düzeyinin ergenlerdeki öfkenin gelişimine etkisi. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, *21(21),* 183-192.

Olson, S. H., Kurtz, R. C. (2013). Epidemiology of pancreatic cancer and the role of family history. *Journal of Surgical Oncology*, *107(1),* 1-7.

Onan, H. B., Pehlivan, U. A. (2020). Metastatik hepatosellüler karsinom tedavisinde transarteryel kemoembolizasyon (TAKE). İçinde: A. M. Sedef, B. Akkuş Yıldırım, A. Kötek Sedef (Eds.), *Onkolojide Görüntüleme ve Nükleer Tıp Temelli Tedaviler.* Ankara: Akademisyen Kitabevi; 103-112.

Örüm, M. H. (2019). Özbakım ve önemi. İçinde: Akpınar, E. (Ed.), *Aile Hekimliğinde Güncel Yaklaşımlar*. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 997-1000.

Özdelikara, A., Taştan, A., Atasayar, B. Ş. (2020). Kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi ve uyumun değerlendirilmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, *5(1),* 42-49.

Özdemir Kurt, A. (2021). *Artroskopik cerrahi uygulanan hastalarda öğrenim gereksinimleri ve öz bakım gücü.* (Yüksek lisans tezi). İstanbul Okan Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

Özdemir, A., Kavak, F., Gültekin, A. (2019). Tip II diyabet hastalarında algılanan sosyal destek ile öz etkililik durumunun belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri*, *11(3),* 305-312.

Özdemir, D. (2017). *Onkoloji eğitim hemşireliği biriminde eğitim alan meme kanseri hastalarında stresle başa çıkma yolları ve algılanan sosyal destek düzeyleri.* (Yüksek lisans tezi). Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.

Öztunç, G., Yesil, P., Paydas, S., Erdogan, S. (2013). Social support and hopelessness in patients with breast cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, *14(1),* 571-578.

Pekmezci Purut, H. (2018). *Kemoterapi alan akciğer kanseri hastalarında ayak refleksolojisi uygulamasının bulantı kusma ve uyku kalitesine etkisi*. (Doktora tezi). Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Trabzon.

Pennini, A., Magon, A., Colangelo, A., Ferraro, B., Caruso, R. (2020). Enhancing self-resources in patients with chronic diseases: Development and initial validation of the Disease and Care Management Score. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, *91(1),* 85.

Pericleous, M., Khan, S. A. (2021). Epidemiology of HPB malignancy in the elderly. *European Journal of Surgical Oncology*, *47(3),* 503-513.

Permuth-Wey, J., Egan, K. M. (2009). Family history is a significant risk factor for pancreatic cancer: Results from a systematic review and meta-analysis. *Familial Cancer*, *8(2),* 109-117.

Pinikahana, J., Happell, B., Taylor, M., Keks, N. A. (2002). Exploring the complexity of compliance in schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, *23(5),* 513-528.

Polat, D. (2019). *Meme kanseri cerrahisi geçiren kadınlarda sosyal destek, yalnızlık ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi.* (Yüksek lisans tezi). İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Poręba-Chabros, A., Mamcarz, P., Jurek, K. (2020). Social support as a moderator between the perception of the disease and stress level in lung cancer patients. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, *27(4),* 630.

Pugliesi, K., Shook, S. L. (1998). Gender, ethnicity, and network characteristics: Variation in social support resources. *Sex Roles*, *38(3),* 215-238.

Qadan, M., Kingham, T. P. (2016). Technical aspects of gallbladder cancer surgery. *Surgical Clinics*, *96(2),* 229-245.

Ramachandran, A., Srivastava, D. N., Madhusudhan, K. S. (2021). Gallbladder cancer revisited: The evolving role of a radiologist. *The British Journal of Radiology*, *94(1117),* 20200726.

Reure, J., Follana, P., Gal, J., Evesque, L., Cavaglione, G., Saint, A., François, E. (2016). Effectiveness and tolerability of maintenance capecitabine administrated to patients with metastatic pancreatic cancer treated with first-line FOLFIRINOX. *Oncology*, *90(5),* 261-266.

Rezende, A. Q. D. M., Dutra, J. P. S., Gestic, M. A., Utrini, M. P., Callejas-Neto, F., Chaim, E. A., Cazzo, E. (2019). Pancreaticoduodenectomy: Impact of the technique on operative outcomes and surgical mortality. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, *32(1),* 1412.

Riegel, B., Moser, D. K., Buck, H. G., Dickson, V. V., Dunbar, S. B., Lee, C. S., ... & American Heart Association Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Peripheral Vascular Disease; and Council on Quality of Care and Outcomes Research. (2017). Self-care for the prevention and management of cardiovascular disease and stroke: A scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Journal of the American Heart Association*, *6(9),* e006997.

Sadeghi, M., Shiri, M., Roohafza, H., Rakhshani, F., Sepanlou, S., Sarrafzadegan, N. (2013). Developing an appropriate model for self-care of hypertensive patients: First experience from EMRO. *ARYA Atherosclerosis*, *9(4),* 232.

Salazar, M., Ituarte, C., Abriata, M. G., Santoro, F., Arroyo, G. (2019). Gallbladder cancer in South America: Epidemiology and prevention. *Chinese Clinical Oncology*, *8(4),* 32-32.

Sammarco, A., Konecny, L. M. (2010). Quality of life, social support, and uncertainty among Latina and Caucasian breast cancer survivors: A comparative study. *Oncology Nursing Forum*, *37(1),* 93-99.

Sapmaz, F., Kalkan, İ.H., Güliter, S. (2013). Karaciğer hastalıklarında preoperatif değerlendirme. *Güncel Gastroenteroloji*, *17(3),* 239-246.

Sayers, S. L., Riegel, B., Pawlowski, S., Coyne, J. C., Samaha, F. F. (2008). Social support and self-care of patients with heart failure. *Annals of Behavioral Medicine*, *35(1),* 70-79.

Schmidt, M. A., Marcano-Bonilla, L., Roberts, L. R. (2019). Gallbladder cancer: Epidemiology and genetic risk associations. *Chinese Clinical Oncology*, *8(4),* 31-31.

Schoormans, D., Husson, O., Denollet, J., Mols, F. (2017). Is Type D personality a risk factor for all-cause mortality? A prospective population-based study among 2625 colorectal cancer survivors from the PROFILES registry. *Journal of Psychosomatic Research*, *96,* 76-83.

Schub, T., Holle, M. N. (2018). Liver Cancer. *CINAHL Hemşirelik Rehberi.*

Sezgin, D. (2015). *Kalp yetersizliği olan bireylerde öz bakım yönetiminin incelenmesi ve hemşirelik bakım ve izlem programının hasta sonuçlarına etkisi*. (Doktora tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Sharma, A., Sharma, K. L., Gupta, A., Yadav, A., Kumar, A. (2017). Gallbladder cancer epidemiology, pathogenesis and molecular genetics: Recent update. *World Journal of Gastroenterology*, *23(22),* 3978-3998.

Shibata, T., Aburatani, H. (2014). Exploration of liver cancer genomes. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, *11(6),* 340.

Shrivastava, S. R., Shrivastava, P. S., Ramasamy, J. (2013). Role of self-care in management of diabetes mellitus. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, *12(1),* 1-5.

Siri, F. H., Salehiniya, H. (2020). Pancreatic cancer in Iran: An epidemiological review. *Journal of Gastrointestinal Cancer*, *51(2),* 418-424.

Sorias, O. (1989). Sosyal desteğin değerlendirilmesi II: Toplumdan seçilmiş bir örneklemde, sosyal ağın yapısal özellikleri ile algılanan destek. *Seminer Psikoloji*, *6(7),* 27-40.

Stevens, M., Cruwys, T., Murray, K. (2020). Social support facilitates physical activity by reducing pain. *British Journal of Health Psychology*, *25(3),* 576-595.

Strobel, O., Neoptolemos, J., Jäger, D., Büchler, M. W. (2019). Optimizing the outcomes of pancreatic cancer surgery. *Nature Reviews Clinical Oncology*, *16(1),* 11-26.

Sun, B., Karin, M. (2012). Obesity, inflammation, and liver cancer. *Journal of Hepatology*, *56(3),* 704-713.

Sü, S. (2015). *Kemoterapi uygulanan hastalarda bilgi düzeyi ile öz bakım yönetimi ilişkisi.* (Doktora tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Sürme, Y. (2019). Stres, stresle ilişkili hastalıklar ve stres yönetimi. *Journal of International Social Research*, *12(64),* 525-529

Sürücü, H. A. (2014). Diyabet özyönetim eğitimi, grup temelli eğitim ve bireysel eğitim. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, *7(1),* 46-51.

Sürücü, S. G., Öztürk, M., Alan, S., Usluoğlu, F., Akbaş, M., Vurgeç, B. A. (2017). Identification of the level of perceived social support and hope of cancer patients and their families. *World Cancer Research Journal*, *4(2),* 1-11.

Şaylan, K. (2021). *Tip 2 diyabetli yaşlıların hastalığa ilişkin sağlık inançları ile öz bakım yönetimi arasındaki ilişki*. (Yüksek lisans tezi). Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.

Taş, S., Buldukoğlu, K. (2015). Şizofreni hastalarının taburculuk sonrası erken dönemde öz-bakım gücü ve bakım gereksinimleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, *9(1),* 11-22.

Tazuma, S., Unno, M., Igarashi, Y., Inui, K., Uchiyama, K., Kai, M., ... & Shimosegawa, T. (2017). Evidence-based clinical practice guidelines for cholelithiasis 2016. *Journal of Gastroenterology*, *52(3),* 276-300.

Terakye, G. (2011). Kanserli hasta yakınlarıyla etkileşim. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi*, *4(2),* 78-82.

Thompson, T., Pérez, M., Kreuter, M., Margenthaler, J., Colditz, G., Jeffe, D. B. (2017). Perceived social support in African American breast cancer patients: Predictors and effects. *Social Science & Medicine*, *192,* 134-142.

Thorat, A., Lee, W. C. (2013). Critical care issues after major hepatic surgery. *Hepatic Surgery. InTech Open*, 83-103.

Tilburgs, B., Nijkamp, M. D., Bakker, E. C., van der Hoeven, H. (2015). The influence of social support on patients' quality of life after an intensive care unit discharge: A cross-sectional survey. *Intensive and Critical Care Nursing*, *31(6),* 336-342.

Tsai, S., Christians, K. K., Ritch, P. S., George, B., Khan, A. H., Erickson, B., Evans, D. B. (2016). Multimodality therapy in patients with borderline resectable or locally advanced pancreatic cancer: Importance of locoregional therapies for a systemic disease. *Journal of Oncology Practice*, *12(10),* 915-923.

Tuncay, F. Ö., Avcı, D. (2020). Association between self-care management and life satisfaction in patients with diabetes mellitus. *European Journal of Integrative Medicine*, *35,* 101099.

Tuncay, T. (2010). Kanserle başetmede destek grupları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, *21(1),* 59-71.

Tung, H. H., Lin, C. Y., Chen, K. Y., Chang, C. J., Lin, Y. P., Chou, C. H. (2013). Self-management intervention to improve self-care and quality of life in heart failure patients. *Congestive Heart Failure*, *19(4),* 1-8.

Turan, İ., Özütemiz, A. Ö., Ersöz, G., Karasu, Z., Günşar, F., Tekin, F., ... & Göker, E. (2019). Karaciğer, safra kesesi ve safra yolu kanserlerinde epidemiyoloji ve sağ kalım özellikleri. *Ege Tıp Dergisi*, *58,* 78-87.

Türkiye Kanser İstatistikleri (2017). *TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.* Erişim: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-istatistikleri/yillar/2017-turkiye-kanser-i-statistikleri.html Erişim tarihi: 08.04.2022.

Tüzün, S., Çakır, M., Savaş, O. A., Tatar, C. (2015). Hepatoselüler karsinom-karaciğer rezeksiyonları. *Medical Bulletin of Haseki/Haseki Tip Bulteni*, *53,* 1-9.

Uchmanowicz, I., Jankowska-Polańska, B., Mazur, G., Froelicher, E. S. (2017). Cognitive deficits and self-care behaviors in elderly adults with heart failure. *Clinical Interventions in Aging*, *12,* 1565.

Usta, Y. Y. (2012). Importance of social support in cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Preventio*n, *13(8),* 3569-3572.

Uyanıkoğlu, A., Coşkun, M., Albayrak, F., Öztürk, Y., Tay, A., Kibar, Y. İ. (2013). Genç yaşta hepatoselüler karsinoma ile prezente olan, hepatit B\'ye bağlı iki karaciğer sirozu vakası. *Dicle Tıp Dergisi*, *40(1),* 131-133.

Ülger, E., Alacacıoğlu, A., Gülseren, A. Ş., Zencir, G., Demir, L., Tarhan, M. O. (2014). Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, *28(2),* 85-92.

Ünal, H. (2020). *Lomber disk cerrahisi sonrası hastaların konfor düzeyi ve öz bakım gücünün incelenmesi.* (Yüksek lisans tezi). İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Ünek, T. (2019). Karaciğerin primer malign tümörleri. İçinde: O. Abbasoğlu (Ed.), *Karaciğer, Safra Yolları ve Pankreas Cerrahisi*. Ankara: Dünya Tıp Kitabevi; 77-112.

Ünsar, S., Erol, O., Sut, N. (2016). Social support and qualıty of life among older adults. *International Journal of Caring Sciences*, *9(1),* 249-257.

Valero-Ramon, Z., Fernandez-Llatas, C., Valdivieso, B., Traver, V. (2020). Dynamic models supporting personalised chronic disease management through healthcare sensors with interactive process mining. *Sensors*, *20(18),* 5330.

Velikova-Tzonkova, B. (2013). Perceived social support in cancer survivors: Some preliminary results. *Psychological Thought*, 6(1), 90-96.

Villanueva, A. (2019). Hepatocellular carcinoma. *The New England Journal of Medicine, 380(15),*1450-1462.

Vreeland, T. J., Katz, M. H. (2018). Timing of pancreatic resection and patient outcomes: Is there a difference? *Surgical Clinics*, *98(1),* 57-71.

Wang, J., Yan, C., Fu, A. (2019). A randomized clinical trial of comprehensive education and care program compared to basic care for reducing anxiety and depression and

improving quality of life and survival in patients with hepatocellular carcinoma who underwent surgery. *Medicine*, *98(44),* 1-9.

Wang, K. Y., Sung, P. Y., Yang, S. T., Chiang, C. H., Perng, W. C. (2012). Influence of family caregiver caring behavior on COPD patients' self-care behavior in Taiwan. *Respiratory Care, 57(2),* 263-272.

Wang, Y. T., Gou, Y. W., Jin, W. W., Xiao, M., Fang, H. Y. (2016). Association between alcohol intake and the risk of pancreatic cancer: A dose–response meta-analysis of cohort studies. *BMC Cancer*, *16(1),* 1-11.

Weimann A, Braga M, Carli F, Higashiguchi, T., Hübner, M., Klek, S., ... & Singer, P. (2017). ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery. *Clinical nutrition*, *36(3),* 623-650.

Wellington: Ministry of Health. Self-management Support for People with Long-term 2016. Erişim: *https://www.health.govt.nz/publication/self-management-support-people-longterm-conditions* Erişim Tarihi: 18 Eylül 2021.

Wernberg, J. A., Lucarelli, D. D. (2014). Gallbladder cancer. *Surgical Clinics*, *94(2),* 343-360.

Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Rosei, E. A., Azizi, M. (2019). ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension [2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension]. *Kardiol Pol*, *77(2),* 71-159.

Wondimagegnehu, A., Abebe, W., Abraha, A., Teferra, S. (2019). Depression and social support among breast cancer patients in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Cancer*, *19(836),* 1-8.

World Health Organization. (2009). *Self-care in the context of primary health care*. Report of the Regional Consultation, 7-9 Jan 2009, Bangkok, Thailand, (pp. 17).

World Health Organization (2021). Noncommunicable diseases. Erişim: *https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases* Erişim tarihi: 08.03.2022.

Yakupoğlu, A. (2019). Radyoembolizasyon Tedavisinde yanıt değerlendirme: Tuzaklar ve standardizasyon. *Nuclear Medicine Seminars, 5,* 131-138.

Yalaki, S., Yalçın, M. S., Zerman, A. (2018). Malign karaciğer kitleleri, 127 olgunun retrospektif değerlendirilmesi. *Van Tıp Dergisi*, *(25)1,* 17-21.

Yang, J., Pan, G., Guan, L., Liu, Z., Wu, Y., Liu, Z., ... & Ouyang, G. (2022). The burden of primary liver cancer caused by specific etiologies from 1990 to 2019 at the global, regional, and national levels. *Cancer Medicine*, *11*, 1357-1370.

Yeşil Bayülgen, M., Gün, M., Erdoğan, S. (2021). Kronik obsrüktif akciğer hastalığı olan hastaların öz bakım yönetimleri ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, *4(2),* 106-112.

Yeşilbalkan, Ö., Karadakovan, A., Ünal, B. (2005). Periton diyalizi hastalarının genel öz yeterlilikleri. *Nefroloji Hemşireliği*, *14(2),* 39-44.

Yıldırım, A. (2021). *Kronik hastalığı olan bireylerde kaderciliğin öz bakım gücü ve sağlık algısına etkisi*. (Yüksek lisans tezi). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Yıldırım, F. (2014). *Bölgemizdeki hepatosellüler kanserli vakaların retrospektif olarak incelenmesi*. (Uzmanlık tezi). Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Erzurum.

Yıldırım, T. (2020). *Depresyon hastalarında hemşirelik tanısı olarak sosyal izolasyon, sosyal destek düzeyi ve ilişkili özelliklerin incelenmesi*. (Yüksek lisans tezi). Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Yıldız Fındık, Ü., Kızılcık Özkan, Z. (2019). Karaciğer tümörleri ve hemşirelik bakımı. İçinde: Ü. Yıldız Fındık, S. Ünver, S. Eyi (Eds.), *Gastrointestinal Sistemin Cerrahi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 163-171.

Yıldız, O. F. (2019). *Ameliyat sonrası dönemdeki hastaların algıladıkları sosyal destek, ağrı ve kaygı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. (Yüksek lisans tezi). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Yılmaz, S. D., Bal, M. D., Beji, N. K., Arvas, M. (2015). Ways of coping with stress and perceived social support in gynecologic cancer patients. *Cancer Nursing*, *38(2),* E57-E62.

Yiğit, E. (2021). *Covid-19 pandemi sürecinde KOAH hastalarının öz bakım yönetimi ve ilişkili faktörler.* (Yüksek lisans tezi). Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Yildirim, Y., Kocabiyik, S. (2010). The relationship between social support and loneliness in Turkish patients with cancer. *Journal of Clinical Nursing*, *19(5-6),* 832-839.

Zavertnik, J. E. (2014). Self-care in older adults with heart failure: An integrative review. *Clinical Nurse Specialist*, *28(1),* 19-32.

Zehir, M. (2021). *Depresyon tanılı hastalarda ruminatif düşünme ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki*. (Yüksek lisans tezi). Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.

Zhang, L., Sanagapalli, S., Stoita, A. (2018). Challenges in diagnosis of pancreatic cancer. *World Journal of Gastroenterology*, *24(19),* 2047.

Zhang, Q., Wan, R., Liu, C. (2020). The impact of intense nursing care in improving anxiety, depression, and quality of life in patients with liver cancer: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*, *99(34),* 1-7.

Zhou, J., Sun, H. C., Wang, Z., Cong, W. M., Wang, J. H., Zeng, M. S., ... & Fan, J. (2018). Guidelines for diagnosis and treatment of primary liver cancer in China (2017 Edition). *Liver Cancer*, *7(3),* 235-260.

Zhu, H., Li, T., Du, Y., Li, M. (2018). Pancreatic cancer: Challenges and opportunities. *BMC Medicine,* 16, 214.

EKLER

EK-1

T.C. İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa

Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Buse Türkeli tarafından yürütülen "Hepatopankreatobilier Kanser Cerrahisi Sonrası Hastalarda Öz Bakım Yönetimi ile Sosyal Destek İlişkisinin Belirlenmesi" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı cerrahi girişim uygulanan hepatopankreatobilier kanserli hastaların öz bakım yönetimi ile sosyal destekleri arasındaki ilişkinin belirlenmesidir. Araştırmada sizden tahminen 15-20 dakika ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 105 kişi katılacaktır. Araştırmanın amacı size açıklandıktan sonra katılım için izniniz alınacak ve araştırmacı tarafından hazırlanan "Hasta Tanılama Formu" ile kullanılması için gerekli izinlerin alındığı "Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği" ve "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği"ni doldurmanız istenecektir. Anket formlarını uygun olduğunuz bir zamanda doldurmanız için size fırsat verilecektir. Anket formları araştırmacı tarafından uygun olduğunuz bir zamanda sizden geri alınacaktır. Bu anket formları araştırma sonuna kadar araştırmacı tarafından saklanacak ve araştırma sonunda kağıt kesme makinesi ile imha edilecektir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için "ortak katılımcı havuzuna" aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya buseeturkeli@gmail.com e-posta adresi ve 05545129522 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının :

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

İletişim Bilgileri: e-posta: Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için "ortak araştırma havuzuna" aktarılmasını; ☐ kabul ediyorum ☐ kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;

Veli veya Vasisinin Adı-Soyadı:..... İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Buse Türkeli

İmzası:

Şahidin:

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

EK-2

HASTA TANILAMA FORMU

Anket No:

Sayın Katılımcı,

Dolduracağınız anket; karaciğer, pankreas ve safra kesesi/safra yolu kanseri cerrahisi sonrası hastalarda öz bakım yönetimi ile sosyal destek ilişkisinin incelenmesi amacıyla hazırlanmıştır. Sorulara içtenlikle yanıt vermeniz ve gönüllü katılımınız çalışmanın sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Hemşire Buse Türkeli

BÖLÜM I. HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

1. Yaşınız: .....

2. Cinsiyetiniz:

a) Kadın b) Erkek

3. Medeni Durumunuz:

a) Bekar b) Evli

4. Eğitim Durumunuz:

a) Okur-yazar değil b) Okur-yazar c) İlkokul mezunu d) Lise mezunu

e) Üniversite/ Lisansüstü eğitim

5. Çalışma Durumunuz:

a) Çalışıyor b) Çalışmıyor

6. Gelir Durumunuz:

a) Gelir giderden az b) Gelir gidere eşit c) Gelir giderden fazla

7. Sağlık Güvenceniz:

a) Var b) Yok

8. Yaşadığınız Yer:

a) Köy b) Kasaba c) İlçe d) İl

9. Çocuğunuz Var Mı ?

a) Var (kaç tane .....) b) Yok

10. Kiminle Yaşıyorsunuz ?

a) Yalnız b) Anne/baba c) Eşimle d) Eşim ve çocuklarımla e) Çocuklarımla
f) Diğer .....

EK-2

BÖLÜM II. HASTALARIN SAĞLIK/ HASTALIK DURUMUNA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ

11. Sigara Kullanıyor Musunuz ?

a) Evet (..... günde ..... tane kullanıyorum) b) Hayır

12. Alkol Kullanıyor Musunuz ?

a) Evet (..... günde/haftada/ayda ..... kadeh kullanırım) b) Hayır

13. Stresli Bir Yapınız Var Mıdır ?

a) Evet b) Hayır

14. Ailenizde (Birinci Ve İkinci Derece Akrabalarda) Kanser Hastalığı Olan Birisi Var Mı ?

a) Evet (yakınlık dereceniz .....) b) Hayır

15. Kanser Haricinde Herhangi Bir Kronik Hastalığınız Var Mı ?

a) Evet (belirtiniz .....) b) Hayır

16. Tıbbi Tanınız Nedir ?

a) Karaciğer kanseri b) Pankreas kanseri c) Safra kesesi/safra yolu kanseri

17. Hastalık Tanısı Ne Kadar Önce Koyuldu ?

a) 0-6 ay b) 7-13 ay c) 14-20 ay d) 21 ay ve üzeri

18. Hastalığınız Süresince Radyoterapi Aldınız Mı ?

a) Evet (kaç seans? .....) b) Hayır

19. Hastalığınız Süresince Kemoterapi Aldınız Mı ?

a) Evet (kaç kür? .....) b) Hayır

20. Daha Önce Başka Bir Ameliyat Geçirdiniz Mi ?

a) Evet (belirtiniz.....) b) Hayır

EK-3

Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi

SCMP-G ANKETİ

Yönergeler: Bir hastalık hayatınızda birçok değişiklikler yapılmasını gerektirebilir. Bu soruların amacı,farklı insanların hastalıkları ile nasıl başa çıktıklarını öğrenmektir. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Her cümle için, düşüncelerinizi en iyi tanımlayan cevabı yuvarlak içine alınız. Lütfen tüm sorulara cevap veriniz.

		HİÇ KATILMIYORUM			KESİNLİKLE KATILIYORUM	
1	Hastalığım nedeniyle çevremdeki kişilere rahatsızlık vermekten endişeleniyorum	1	2	3	4	5
2	Hastalığımı kontrol edebilirim	1	2	3	4	5
3	Hastalığım ailem ve arkadaşlarımı etkilemiyor	1	2	3	4	5
4	Başkalarını memnun etmek sağlığımdan daha önemlidir	1	2	3	4	5
5	Başka kişilere yük olduğumu düşünüyorum	1	2	3	4	5
6	Hastalığımı kontrol etmek için elimden geleni yapmalıyım	1	2	3	4	5
7	Hastalığımdan dolayı çevremdeki kişilerin endişelenmemesinden ben sorumluyum	1	2	3	4	5
8	Yaşam tarzım konusunda dikkatli olmak zorundayım	1	2	3	4	5
9	Hastalığım arkadaşlarımla ilişkilerimi etkiledi	1	2	3	4	5
10	Bazı şeyleri yapmıyorum, çünkü çevremdeki kişiler sağlığım konusunda endişeleniyor	1	2	3	4	5
11	Tedavi planına uymazsam hastalığımın kötüleşeceğinden endişeleniyorum	1	2	3	4	5
12	Çevremdeki kişilerin hastalığım yüzünden bana farklı davranmalarından rahatsız oluyorum	1	2	3	4	5
13	Hastalığımı çok fazla düşünsem de, bu konuda konuşmamaya çalışıyorum	1	2	3	4	5
14	Çevremdeki kişilerin benim yaşadığım sağlık problemlerini yaşamamaları için yaşam tarzlarını değiştirmeleri konusunda onları ikna etmeye çalışırım	1	2	3	4	5

EK-3

15	Aktivitelerimi planlamakta zorlanıyorum çünkü hastalığımın buna engel olup olmayacağını hiç bilemiyorum	1	2	3	4	5
16	Başkalarının iyiliği için hastalığım hakkında olumlu bir tutum sergilemeliyim	1	2	3	4	5
17	Hastalığım diğer kişileri rahatsız ediyor	1	2	3	4	5
18	Sadece problem yaşadığımda hastalığım aklıma geliyor	1	2	3	4	5
19	Günlük aktivitelerimi yaparken hastalığımı düşünmüyorum	1	2	3	4	5
20	Sağlığımın düzelmesi için yaşam tarzımda değişiklikler yaptım	1	2	3	4	5
21	Çevremdeki kişilere hastalığımı anlatıyorum ki keyifsiz olduğumda hiç kimse bunu üzerine alınmasın	1	2	3	4	5
22	Tedavi planımı takip edersem hastalığımı kontrol edebilirim	1	2	3	4	5
23	Kendime bakarsam, hastalığımla ilgili daha fazla sorun çıkmasını önleyebilirim	1	2	3	4	5
24	Çevremdeki kişilere hastalığımın ne kadarını anlatacağıma dikkat ediyorum, çünkü insanları üzmek istemiyorum	1	2	3	4	5
25	Hastalığımdaki değişimleri gösteren belirtileri tespit etmek için kendimi kontrol ederim	1	2	3	4	5
26	Günlük planlarımı yaparken, hastalığımı düşünüyorum	1	2	3	4	5
27	Hastalığımın kötüleştiğini gösteren işaretleri takip ederim	1	2	3	4	5
28	Hastalığımı kontrol edebilmek için yapabileceğim çok az şey var	1	2	3	4	5
29	Sağlığım hakkında çok fazla düşünüyorum	1	2	3	4	5
30	Normal bir yaşam sürebilmem için bir rutini takip etmek çok önemlidir	1	2	3	4	5
31	Hastalığım hakkında her şeyi öğrenerek hastalığımı kontrol altında tutuyorum	1	2	3	4	5
32	Hastalığımı kontrol altında tutabilmek için yaşam tarzımı değiştirdim	1	2	3	4	5

EK-3

33	Yaşamım tedavi planım etrafında şekilleniyor	1	2	3	4	5
34	Sağlığıma dikkat etmek zorundayım yoksa durumum kötüleşir	1	2	3	4	5
35	Çevremdeki kişileri hastalığım konusunda rahatsız etmemek için düzenimi değiştiriyorum	1	2	3	4	5

EK-4

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenen sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

3.Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

EK-4

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet