T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KÖK HÜCRE NAKLİ PLANLANAN KANSER HASTALARININ SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİ VE STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI

SÜMEYYE İBRAHİMOĞLU

DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ ARZU ERKOÇ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

İSTANBUL-2022

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ - CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı

Doküman No	İlk Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
414.1.18F	04.03.2020	00	00.00.0000	1 / 1

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tez savunma sınavında başarılı olan Sümeyye İBRAHİMOĞLU "Kök Hücre Nakli Planlanan Kanser Hastalarının Sosyal Destek Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları"adlı tezinde jüri üyelerinin gerekli gördüğü tüm düzeltmeleri 12.01.2022 tarihinde yapmıştır.

TEZ JÜRİSİ

Dr.Öğr.Üyesi Arzu ERKOÇ
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Gülbeyaz CAN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Rukiye PINAR BÖLÜKTAŞ
İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Açıklamalar

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar 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 olmadığı beyan ederim.

Sümeyye İBRAHİMOĞLU

(İmza)

İTHAF

Bu çalışmayı her zaman yanımda olan ve elimi hep tutan başta annem Meryem İbrahimoğlu olmak üzere tüm aileme ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Başta lisansüstü eğitimimde tez yazma sürecinin her aşamasında ilgili olan, zorlandığım anlarda yardım edebilmek için sürekli çaba sarf eden, değerli bilgileriyle bana yön veren kıymetli hocam Dr. Öğr. Üyesi Arzu Erkoç'a, yardımlarıyla bana destek olan nişanlım Mehmet Emin Hanoğlu'na, çalışmama gönüllü olarak katılıp vakit ayıran değerli hastalarıma, ölçek kullanımı için izin veren tüm yazarlara, doğduğum andan beri üzerimde çok emeği olan kıymetli annem Meryem İbrahimoğlu'na ve tüm aileme teşekkürü borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI II
BEYAN III
İTHAF IV
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER VI
TABLOLAR LİSTESİ VIII
ŞEKİLLER LİSTESİ IX
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ X
ÖZET XI
ABSTRACT XII
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. Kök Hücre 4
2.1.1. Hematopoetik Kök Hücreler ve Kaynakları 4
2.1.2. Hematopoetik Kök Hücre Nakli (HKHN) ve Tipleri 7
2.1.2.1. Otolog Hematopoetik Kök Hücre Nakli (OHKHN) 7
2.1.2.2. Allojenik Hematopoetik Kök Hücre Nakli (AHKHN) 8
2.1.2.3. Sinjeneik (İkiz Kardeş) Kök Hücre Nakli (SHKHN) 8
2.1.3. Hematopoetik Kök Hücre Nakli Komplikasyonları 9
2.1.3.1. Pulmoner Komplikasyonlar 9
2.1.3.2. Enfeksiyonlar 10
2.1.3.3. İkincil Kanserler 10
2.1.3.4. Psikolojik Komplikasyonlar 10
2.2. Sosyal Destek 11
2.2.1. Sosyal Destek Bileşenleri 11
2.2.2. Sosyal Desteğin Kaynakları 12
2.2.3. Algılanan Sosyal Destek Kavramı 12
2.2.4. Kanser Hastalarında Sosyal Desteğin Önemi 12
2.3. Stres 13
2.3.1. Stresi Ortaya Çıkaran Faktörler 13
2.3.2. Stresin Etkileri 14

2.3.3. Kanser Hastalarında Stres ve Stresle Başa Çıkma 14
3. GEREÇ VE YÖNTEM 16
3.1. Araştırmanın Türü 16
3.2. Araştırmanın Soruları 16
3.3. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Zaman 16
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 16
3.5. Verilerin Toplanması 17
3.5.1. Veri Toplama Araçları 17
3.5.2. Veri Toplama Formlarının Uygulanması 18
3.5.3. Verilerin Değerlendirilmesi 19
3.6. Araştırmanın Etik Yönü 19
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği 20
4. BULGULAR 21
4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı 21
4.2. Hastaların Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri 22
4.3. Hastaların Stresle Başa Çıkma Tarzları 23
4.4. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişki 24
4.5. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki 26
4.6. Hastaların Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki 28
5. TARTIŞMA 30
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 35
KAYNAKLAR 36
FORMLAR 43
ETİK KURUL KARARI 46
KURUM İZNİ 48
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI 49
ÖZGEÇMİŞ 51

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Stresin Etkilerinin Sınıflandırılması..... 14
Tablo 4-1: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı 22
Tablo 4-2: Hastaların ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı 23
Tablo 4-3: Hastaların SBTÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı 23
Tablo 4-4: ÇBASDÖ ve SBTÖ'nin Normal Dağılım Testi Sonuçları 24
Tablo 4-5: Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişki..... 25
Tablo 4-6: Hastaların Yaşları ile Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişki..26
Tablo 4-7: Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki..... 27
Tablo 4-8: Hastaların Yaşları ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki.....28
Tablo 4-9: ÇBASDÖ ile SBTÖ Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları.....28
Tablo 4-10: ÇBASDÖ ile SBTÖ Arasında Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları 29

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Hematopoetik Kök Hücre Farklılaşma Modeli – Tokdemir (2019) 17

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

HKHN : Hematopoetik Kök Hücre Nakli

OHKHN : Otolog Hematopoetik Kök Hücre Nakli

AHKHN : Allojenik Hematopoetik Kök Hücre Nakli

SHKHN : Sinjeneik (İkiz Kardeş) Hematopoetik Kök Hücre Nakli

HKH : Hematopoetik Kök Hücre

NK : Doğal Öldürücü Hücreler

HLA : İnsan Lökosit Antijeni

GVHD : Greft Versus Host Hastalığı

YDT : Yüksek Doz Tedavi

G-CSF : Granülosit Koloni Stimüle Edici Faktör

BOOP : Bronşiolitis Obliterang Organize Pnömoni

KOP : Kriptojenik Organize Pnömoni

ÇBASDÖ : Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

SBTÖ : Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği

KGY : Kendine Güvenli Yaklaşım

İY : İyimser Yaklaşım

ÇY : Çaresiz Yaklaşım

BEY : Boyun Eğici Yaklaşım

SDAY : Sosyal Destek Arama Yaklaşımı

HYEA : Hastalığın Yaşamı Etkilediği Alan

COVID-19 : Koronavirüs Hastalığı

ÖZET

İbrahimoğlu, S. (2021). Kök Hücre Nakli Planlanan Kanser Hastalarının Sosyal Destek Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Tanımlayıcı-ilişki arayıcı türde olan bu çalışma, HKHN planlanan kanser hastalarının algılanan sosyal destek düzeylerini ve stresle başa çıkma tarzlarını belirlemek ve aralarındaki ilişkiyi saptamak amacıyla gerçekleştirildi. Örneklemi, İstanbul'da bir eğitim ve araştırma hastanesinde hematoloji servisinde yatarak tedavi gören ve kök hücre nakli planlanan en az 64 kanser hastası oluşturdu. Örneklem sayısı uygun örnekleme yöntemi kullanılarak hesaplandı ve çalışma 68 hasta ile tamamlandı. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Verilerin toplanmasında, "Hasta Bilgi Formu", "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" ve "Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği" kullanıldı. Verilerin analizinde Basıklık-Çarpıklık testi, Bağımsız Örneklem t-Testi, Mann Whitney-U testi, Tek Yönlü Varyans Analizi, Kruskal Wallis testi, pearson-spearman korelasyon testi ve basit regresyon analizi testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ alındı. Kök hücre nakli planlanan kanser hastalarının sosyal desteği en fazla özel kişiden algıladıkları ve stresle başa çıkmada olumlu yaklaşımlarının (kendine güvenli, iyimser) yüksek düzeyde, olumsuz yaklaşımlarının (çaresiz, boyun eğici, sosyal destek arama) ise orta düzeyde olduğu bulundu. Aileden algılanan sosyal destek ile iyimser yaklaşım arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki saptandı ($r=0,282$; $p<0,020$). Hastaların yaşları ile stresle başa çıkma tarzlarından sosyal destek arama yaklaşımı arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki saptandı ($r=-0,240$; $p<0,049$). Hastaların hastalık sürecinde iş ve aile yaşamına kıyasla sosyal yaşamlarının daha fazla etkilendiği, çekirdek ailede yaşayanların stresle başa çıkmada olumlu yaklaşımları daha fazla kullandığı tespit edildi ($p<0,05$).

Sonuç olarak hastaların sosyal destek düzeyleri hastalığın sosyal yaşama etkisi gibi değişkenlerden, stresle başa çıkma tarzları ise yaş ve aile tipi değişkeninden etkilenebilmektedir. Hastaların özel kişiden algılanan sosyal destek düzeyleri arttıkça stresle başa çıkma tarzları daha olumlu hal almaktadır. Kök hücre nakli öncesi hastaların ailesiyle birlikte bir bütün olarak değerlendirilmesi ve desteklenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: hasta, hematopoetik kök hücre transplantasyonu, kanser, algılanan sosyal destek, stresle başa çıkma

ABSTRACT

İbrahimoğlu, S. (2021). Social Support Levels and Coping Styles With Stress In Cancer Patients Scheduled For Stem Cell Transplantation. İstanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Department of Internal Medicine Nursing. Master's Thesis. İstanbul.

This descriptive-relationship seeking study was carried out to determine the perceived social support level and coping styles of stress and to determine the relationship between them. The sample consisted of 64 at least cancer patients who were hospitalized in the hematology ward of a training and research hospital in Istanbul and were planned for stem cell transplantation. The sample size was calculated using the appropriate sampling method and the study was completed with 68 patients. Data were collected by face-to-face interview method. "Patient Information Form", "Multidimensional Perceived Social Support Scale" and "Coping with Stress Styles Scale" were used to collect data. In the analysis of the data, Kurtosis-Skewness test, Independent Sample t-Test, Mann Whitney-U test, One-Way Analysis of Variance, Kruskal Wallis test, pearson-spearman correlation test and simple regression analysis test were used. Statistical significance level was taken as $p<0.05$. It was found that cancer patients who were planned for stem cell transplantation perceived social support the most from a special person, and their positive approach (self-confident, optimistic) in coping with stress was at a high level, while their negative approach (desperate, submissive, seeking social support) was at a moderate level. A positive and significant relationship was found between the perceived social support from the family and the optimistic approach ($r=0.282$; $p<0.020$). A significant negative correlation was found between the ages of the patients and their approach to seeking social support, which is one of the ways of coping with stress ($r=-0.240$; $p<0.049$). It was determined that the social lives of the patients were affected more compared to their work and family life during the disease process, and those living in the nuclear family used positive approaches more in coping with stress ($p<0.05$).

As a result, patients' social support levels can be affected by variables such as the effect of the disease on social life, and their coping styles can be affected by age and family type variables. As the perception of social support from the private person increases, the way of coping with stress becomes more positive. It is recommended that patients and their families be evaluated and supported as a whole before stem cell transplantation.

Keywords: patient, hematopoietic stem cell transplantation, cancer, perceived social support, coping with stress

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kök hücre; insan vücudunda doku ve organlara, vücut hücrelerine dönüşebilen, sınırsız sayıda çoğalma ve farklılaşma kapasitesi olan ana hücredir. Hematolojik bozukluklar ve malign hastalıklarının, bazı solid (katı) tümörlerin, genetik problemlerin ve bağışıklık sistemi hastalıklarının sağaltımında Hematopoetik Kök Hücre Nakli (HKHN) tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır (Karacan ve Kapucu 2010). Literatürde başarıyla sonuçlanmış ilk Allojenik Hematopoetik Kök Hücre Nakli (AHKHN) 1968 yılında Gatti ve ark. tarafından, Otolog Hematopoetik Kök Hücre Nakli (OHKHN) ise Appelboum ve ark. tarafından 1978 yılında yapılmıştır. Türkiye'de ise ilk AHKHN 1985 yılında, OHKHN ise 1984 yılında yapılmıştır (Uğur ve ark. 2017). Günümüzde HKHN birçok hastalıkta hayat kurtarıcı önemli bir tedavi şeklidir (Tanyeli ve ark. 2014). Ancak bununla birlikte yan etkileri nedeniyle de yaşamı olumsuz etkileyebilen bir tedavi yöntemidir.

Hastalık belirtileri ve tedavilerin yan etkileri sonucu oluşabilen fiziksel ve psikososyal sorunlar, hastaya süreç boyunca yapılan invaziv ve invaziv olmayan girişimler, kemoterapi\radyoterapi ve enfeksiyonları önlemek için izolasyonda kalma durumu nedeniyle kanser hastalarının yaşam kaliteleri düşebilir ve bu sebepten hasta kaygı ve depresyon yaşayabilir. Hastalığın iyileşmemesi veya nüks durumu, nakile bağlı komplikasyonlar, hastanın yaşamına dair kontrolünün azalması, yaşamını kaybetme korkusu, belirsizlikler, sevdiklerinden ayrı kalma durumu, sosyal izolasyon, cinsel isteksizlikler ve yetersizlikler de kaygı ve depresyona neden olmaktadır (Karacan ve Kapucu 2010).

İnsana fiziksel, psikolojik olarak zarar verme potansiyeli olan faktörler ve bunların insan bedenine yansıyan somut değişiklikleri stres olarak adlandırılır. Stres terimi, bireyin etrafında yaşanan olaylara verdiği tepkisel bir yanıt olarak tanımlanmaktadır (Sürme 2019). Stresli yaşam; bireyin olayların üstesinden gelebilmesi, olaylarla baş edebilmesi ve çevresinden aldığı sosyal destek ile bağlantılıdır. Başa çıkma, bireyin kendisinde stres yaratan durumlara veya faktörlere karşı direnç göstermesi ve dayanabilmesi maksadıyla gösterdiği duygusal, davranışsal ve bilişsel tepkilerin bütünü olarak tanımlanabilir (İsmailoğlu ve Khorshid 2016).

Birey yaşamı boyunca başkalarıyla ilişki kurma, etkileşimde bulunma ve onların desteklerini alma ihtiyacı hisseder. Bireyin strese neden olan faktörler ile kolayca başa çıkabilmesinde ve yaşamının her döneminde karşılaşma potansiyeli olan sorunları çözmesinde bu desteğin varlığı oldukça önemlidir (Aydın ve ark. 2017). Hastalık sahibi bireylerin, hastalığın yarattığı stresle başa çıkabilmelerinde sosyal destek önemli faktörlerden biridir. Sosyal destek stresin oluşmasını önleyebilir; stres durumundaysa bireyin strese yüklediği manayı değiştirebilir, bireyin başa çıkmada problem yaşadığı zamanlarda bireye ve stresle etkin başa çıkmaya yardım edebilir (Ardahan 2006). Strese maruz kalan bireye; ailesi, akrabaları ve yakın arkadaşları gibi sosyal destek kaynaklarının sağladığı sosyal desteğin, hem fiziksel hem de ruhsal sağlık üzerinde etkilerinin olduğu bilinmektedir (Sürme 2019).

Sosyal destek tedaviden sonraki döneme uyumu kolaylaştırıp iyileşmeye katkı sağlamaktadır. Alınan sosyal destek düzeyinin kanserin olumsuz sonuçları ile negatif yönde ilişkisinin olduğu vurgulanmaktadır (Çalışkan ve ark. 2015). Bireyin sağlık durumunun zamanla bozulması, kaygısının sürekli olması ve bu koşulların giderek artması kanser hastalarını manevi desteğe daha fazla ihtiyaç duyar duruma getirmektedir. Sosyal desteğin kanser hastaları için birçok faydasının olduğu, bireyin aile üyeleri, arkadaşları, akrabaları gibi yakın çevresinden aldığı manevi destek ile kanserin sebep olduğu durumlara karşı fiziksel ve psikolojik olarak uyum sağlama düzeyi arasında pozitif bir bağlantı olduğu birçok çalışmada belirtilmektedir (Dedeli ve ark. 2008; İsmailoğlu ve Khorshid 2016; Sürme 2019).

Sosyal destek, stres durumunda kişinin başa çıkma yollarını etkileyeceğinden, kanser hastası bireyin stresle başa çıkabilmek için gösterdiği davranışlarının ve bireyin sosyal destek algı düzeyinin bilinmesi, tedavi hedeflerini belirlemeye ve iyileşme durumunu takip etmeye katkı sağlayacaktır. (İsmailoğlu ve Khorshid 2016). Meme kanseri olan kadın hastaların eşlerinden aldığı desteğin hastalıkla başa çıkmada, görevleri paylaşmada, oluşan fiziksel ve psikolojik problemleri kolayca atlatmada önemli bir etken olduğu belirlenmiştir (Güner 2008). Sosyal desteği yetersiz olan hastaların sağlık durumlarında psiko-sosyal stresin negatif yönde etkileri olduğu görülmektedir (Dedeli ve ark. 2008).

Kanser, gerek bireyin hayatını sekteye uğratan, gerek tedaviler ve yan etkileri nedeniyle durumu zorlaştıran gerekse mortalite düzeyi yüksek olan bir hastalık

olduğundan hastayı birçok açıdan etkilemektedir. Hastanın yaşamı için bir tehdit olarak görülen kanser bireyde davranışsal, emosyonel ve psikolojik tepkilere neden olur (Bilgin ve Yıldırım 2017). Kanser hastalarında HKHN tedavide önemli bir yer tutmaktadır. HKHN sürecinde hastalar basit düzeyden en yoğun düzeye ulaşabilen stres, kaygı ve depresyon duygusu yaşamakta ve bitkinlik, umutsuzluk, çaresizlik hissedebilmektedir (Karacan ve Kapucu 2010). Bu çalışmada HKHN yapılacak kanser hastalarında sosyal desteğin ve stresle başa çıkma biçimlerinin önemli unsurlar olduğu düşünülerek literatüre katkı sağlayacağı beklenmektedir.

Bu çalışma HKHN planlanan kanser hastalarının algılanan sosyal destek düzeylerini ve stresle başa çıkma tarzlarını belirlemek ve aralarındaki ilişkiyi saptamak amacıyla gerçekleştirildi.

2. GENEL BİLGİLER

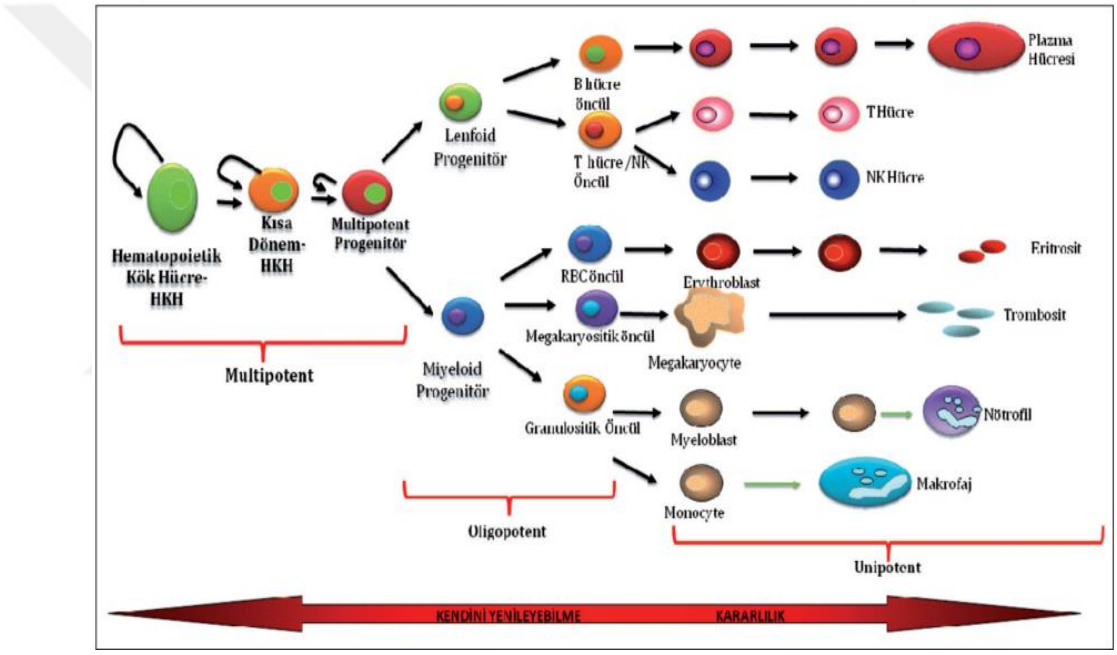
2.1. Kök Hücre

Canlılara ait tüm hücreler kök hücreden köken alır ve kök hücreler diğer hücrelere farklılaşıp kendilerini yenileyebilir ve çoğaltabilir. Kök hücreler değişik yapıdaki hücreleri kapsar. Organizmanın vücudundaki yerleşimlerine göre embriyonik ve erişkin tipte kök hücreler olmak üzere iki temel grupta incelenir. Diğer hücrelere farklılaşabilme ve gelişebilme durumlarına göre ise pluripotent, totipotent, multipotent, unipotent veya oligopotent olarak beş farklı kategoriye ayrılır. Sperm ve yumurtanın birleşimi ile oluşan zigot başka hiçbir hücreye gerek duymadan bütün organizmayı oluşturabilecek genetik yapıya sahip ilk embriyonik hücredir ki buna "totipotent" hücre denir. Bu aşamadan beş-altı gün sonra meydana gelen 64-200 kadar hücre içeren kitleye "blastosist" adı verilir ve sahip olduğu hücrelerin farklılaşma özelliği olsa bile bir organizmayı tek başlarına oluşturamazlar ve pluripotent kök hücreler olarak bilinirler (Ören 2019). Multipotent kök hücreler; embriyonik gelişimin katmanlarından sadece birinde farklılaşabilirler ve diğer katmanlardaki kendini yenileme özelliği olan erişkin hücreleri oluştururlar. Mezenkimal hücreler ve kemik iliğinin hücreleri bu hücrelere örnek olarak verilebilir ve göz, kas, deri, sinir, gibi dokularda bulunur. Bölünme yeteneği ve kendini yenileme özellikleri vardır. Miyeloid hücreleri, eritrositleri, lenfositleri oluşturma potansiyeli olan hematopoetik kök hücreler multipotent kök hücrelere örnektir. İkiden fazla hücreye farklılaşma potansiyeli olan hücreler oligopotent, organizmada tek bir hücre grubuna farklılaşma yeteneği olan hücreler ise unipotent olarak adlandırılır. Kas, epidermis kök hücreleri unipotent hücrelerdir. Miyeloid ve lenfoid hücreler oligopotent hücrelere örnek gösterilebilir (Avcılar ve ark. 2018; Çavuşoğlu ve ark. 2017).

2.1.1. Hematopoetik Kök Hücreler ve Kaynakları

Günümüzde, Hematopoetik Kök Hücrelere (HKH) ait kabul gören ve onları diğer hematopoetik hücrelerden ayıran temel özellikler, kendini yenileyebilme ve sahip oldukları pluripotensidir. HKH, potansiyel olarak birçok hücreye farklılaşabilme kapasitesine sahip multipotent bir hücre iken, her bir dallanma sonrası bu özelliğini yavaşça kaybederek oligopotent ve daha sonra da unipotent halde olgunlaşır. Tam kararlı olmasına karşılık kendini yenileme özelliğini tamamıyla kaybetmiş ve prolifere olma yeteneği sınırlanmış olur. Klasik tanımlamada, uzun süreli HKH'ler 12 haftadan daha uzun süre yenilenebilen hücreler olarak belirtilmiştir (Notta ve ark. 2011 ; Tokdemir

2019). HKH'lerden oluşan progenitör (öncül) ve onlardan çoğalan alt popülasyon hücrelerinin karakterizasyonu halen kullanılan hematopoetik farklılaşma ağaç modeliyle (Şekil 2-1) gösterilmektedir (Tokdemir 2019). HKH'den progenitör hücrelere, progenitör hücrelerden de prekürsör hücrelere (periferik kan hücresinin oluşumundan hemen önceki hücre türü) farklılaşır. Bu hücreler de olgunlaşarak periferik kan (çevre kanı) hücrelerini oluşturur. HKH′ler ise makrofaj, nötrofil, eozinofil, bazofil, trombosit, eritrosit, doğal öldürücü hücreler (NK), B ve T lenfositler gibi farklı olgun hücre tiplerine dönüşebilirler. Hematopoetik organlardan (karaciğer, dalak) elde edilen kök hücreler kemik, kıkırdak, nöral hücreleri, kas, deri, endotel, epitel hücreleri, hepatositler gibi hücreleri oluşturabilirler (Ören 2019).



Şekil 2-1: Hematopoetik Kök Hücre Farklılaşma Modeli – Tokdemir (2019)

Kök hücre, farklı birçok kaynaktan elde edilir. Embriyonik kök hücrelerin tüm hücre ve dokulara farklılaşabilme kapasitesi nedeniyle yetişkin hastalarda oldukça geniş bir kullanım alanı olmasına rağmen embriyonik kök hücrelerin kullanımı dünyada birçok ülkede etik tartışmalar, allojenik kullanımına yönelik problemler ve embriyoya özgü dokulardan oluşabilecek tümör (teratoma) riski sebebiyle kısıtlandırılmıştır. HKHN'nde bu sebepten kemik iliği, periferik kan ve kordon kanından izole edilen kök hücreler kullanılmaktadır (Kuruca ve ark. 2019).

Kemik İliği: Donör, hastanın kendisi veya HLA (İnsan Lökosit Antijeni) uyumlu bir aile üyesi, akraba olmayan eşleşmiş donör olabilir. Kemik iliği hastanın kendisinden alınacaksa nakil gününe kadar dondurulabilir. Otolog olarak yapılmasının avantajı olarak Greft Versus Host Hastalığı (GVHD) gelişme riskinin oldukça düşük olmasıdır. Kemik iliği donörden alınacaksa nakil günü alınarak sonrasında hastaya hemen infüze edilmelidir. Dezavantajı ise, kemik iliği ürünlerinin, nüksetmeye neden olabilecek kanser hücrelerini içerebilmesidir ancak bu yöntem tüm anormal kemik iliği hastalıklarında kullanılamaz (Khaddour ve ark. 2020). Donörden kemik iliğinin alınması, periferik kök hücre toplanmasına göre genel anestezi uygulanması, aspirasyon yapılan bölgede ağrı ve ekimoz oluşması, vericinin kemik iliği toplanma işlemi öncesi, işlem sürecinde hastanın kendisine geri verilmek üzere (toplanabilecek kemik iliği miktarını arttırabilmek amacıyla) bir veya iki ünite otolog kan vermesi nedeni ile daha riskli bir işlem olarak kabul edilir (Soydan 2018).

Periferik Kan: Periferik kan kök hücreleri, tercihen çeşitli hemato-onkolojik hastalıklarda Yüksek Doz Tedavi (YDT) üzerine otolog\allojenik kök hücre transplantasyonunda bir hematopoetik kök hücre kaynağı olarak kullanılır. Hematopoietik kök hücreler periferik kana, Granülosit Koloni Stimüle Edici Faktör (G-CSF) kullanılarak mobilize edilir ve lökoferez ile toplanır (Kriegsmann ve Wuhter 2019). Periferik kan kök hücre naklinde; hastanın bulunduğu merkez ile iletişim kurularak nakil yapılması planlanan günden 4-5 gün önce, donöre kemik iliğinden kan dolaşımına kök hücre mobilizasyonunu sağlayan G-CSF enjeksiyonu uygulanır. Daha sonra kateter yardımıyla kök hücreler toplanır. Toplanan kök hücreler hastanın bulunduğu kuruma gönderilir ve alıcıya infüze edilir (Asgarpour ve ark. 2020). Kemik iliği ile kıyaslandığında başlıca avantajları şunlardır; donör için daha az ağrılı bir işlemdir, ameliyathane ve anestezi gibi kaynaklar daha az kullanılır. Aplastik fazın önemli ölçüde kısalmasının ve dolayısıyla nakil sonrası morbidite ve mortalitenin azalmasıyla nihayetinde hasta güvenliğini artırmıştır (Ho 2019).

Kordon Kanı: Aferez cihazları ile kanın plazması ile eritrositlerinin büyük bir bölümü ayrılır. Dimetil sülfoksit solüsyonu ile işlem yapılır ve -180 °C'den daha düşük ısıya sahip olan ve içinde sıvı azot buharı bulunan ortamda bekletilir. Kordon kanına ihtiyaç halinde bu ürün kullanılmak üzere veya gerekliliği oluşana kadar bu alanda saklama tanklarında bekletilir (Yurdakul ve ark. 2018). Erişkin hastalar için alternatif

verici kaynakları içinde son seçenektir. Kordon kanının dezavantajları toplam çekirdekli hücre ve $CD34^+$ hücre içeriğinin düşük olması nedeni ile %20'lere kadar yükselebilen yeniden yapılanma (engrafman) yetmezliğinin görülmesidir ve aynı vericiye tekrar ulaşılamamasıdır. Bu nedenle kordon kanı ile yapılan nakile bağlı ölüm oranları erişkin hastalarda yüksektir (Soydan 2018). Kordon kanı ve kemik iliğinden kök hücre elde edilmesi ve kullanımının geçmişten günümüze kadar devam eden bazı sorunları mevcuttur. Kordon kanındaki kök hücreler sayısal olarak yetersiz olduğundan nerdeyse sadece çocuklarda kullanılabilmektedir (Okşak ve Kuruca 2021). İlk kordon kanı nakli 1996 yılında uygulanmıştır (Elbe 2017).

2.1.2. Hematopoetik Kök Hücre Nakli (HKHN) ve Tipleri

HKHN lösemi, lenfoma, plazma hücre hastalıkları ve myeloma gibi birçok hastalığa yönelik potansiyel kür etkisi olan bir tedavi şeklidir. İndirgenmiş yoğunlukta hazırlama rejimi kullanılması yaşlı hastalarda da nakilin yapılabilirliğini artırmış, transplantasyon teknolojisindeki gelişmeler, önleyici ve destek tedavideki ilerlemeler, transplantasyonun erken ve geç dönem sonuçlarında olumlu gelişmeleri sağlamıştır. Transplantasyona karar verirken hastanın sağlık durumu, performans durumu, eşlik eden hastalıkları, hastalık risk ve kontrolu (remisyon durumu, tedaviye yanıtı), kök hücre kaynağı seçimi, donör faktörleri dikkate alınmaktadır (Arat ve Özçelik 2018). Toplanan ürünün yeterliliğinin değerlendirilmesinde, $CD34^+$ hücre sayısının yeterli olması oldukça önemlidir. İdeal olarak amaçlanan değer; Otolog kök hücre nakli için $5x10^6$ $CD34^+$ hücre/kg, Allojenik kök hücre nakli için $6x10^6$ hücre/kg dır (Ünal ve Birekul 2019 p:28-38).

2.1.2.1. Otolog Hematopoetik Kök Hücre Nakli (OHKHN)

OHKHN uygulanacak hasta için ilk basamak olarak kök hücrelerin kemik iliğinden periferik kana mobilizasyonu G-CSF enjeksiyonu ile sağlanır (Koçubaba ve Tekgündüz 2020 p: 224-230). Ardından hastanın kendi iliğinden veya çevre (periferik) kanından yeterli miktarda kök hücre toplanıp aferez işlemine tabi tutulur ve %5-10 dimetil sülfoksit içeren saklama torbalarına alınarak -80º C veya -196º C ortamda (kriyoprezervasyon) hastaya verilmek üzere bekletilir. Hastaya kemoterapi ilaçlarının kullanıldığı YDT verildikten sonra son aşama olarak işlem görmüş kök hücreler hastaya geri infüze edilir (Koçubaba ve Tekgündüz 2020 p: 224-230; Öztürk C ve ark. 2018; Öztürk ES ve Kutlutürkan 2018). Hastadan OHKHN için yeterli sayıda kök hücrenin

toplanabilmesi, işlemler sonrasında hastaya infüze edilen kök hücrelerin engrafmanı için ideal mobilizasyon rejiminin uygulanması büyük önem taşımaktadır (Ünal ve Birekul 2019 p:28-38). İlk periferik OHKHN 1992 yılında uygulanmıştır (Elbe 2017).

2.1.2.2. Allojenik Hematopoetik Kök Hücre Nakli (AHKHN)

AHKHN başta akut lösemiler olmak üzere hematolojik malignitelerde, kemik iliği yetmezlikleri ve hemoglobinopatiler gibi selim hematolojik hastalıklarda ve primer immün yetmezliklerde tedavi olanağı sağlayan tek yöntemdir. Başlangıçta sadece HLA doku tipi tam uyumlu kardeşlerden alınan kök hücreler günümüzde, akraba dışı vericilerden ve son yıllarda giderek artan oranda doku tipi uyumu kısmi olan (haploidentik) vericilerden de alınmaktadır. Kemoterapi ya da radyoterapi ile alıcı myeloid ve immün sistem hücrelerinin ortadan kaldırılması sonrası, vericiden elde edilen kök hücrelerin kemik iliğine yerleşmesi sağlanır. Bu süreç myeloid hücre ve immün sistemin yeniden toparlanmasını kapsar (Yüksel 2018). HLA uyumlu kardeş verici bulunamadığında HLA kısmi uyumlu (≥4\8) akraba verici araştırılır. Potansiyel kısmi HLA uyumlu vericiler; biyolojik anne-baba, biyolojik çocuklar, kardeşlerdir. HLA tam uyumlu vericisi bulunamayan hastalar ve etnik kökenli hastalar için büyük bir şans oluşturmaktadır (Koçubaba ve Tekgündüz 2020 p: 224-230; Seval ve Özcan 2019 p: 94-115). Normal şartlar altında kordon kanı kökenli HKHN dışında AHKHN için donörden toplanan kök hücreler dondurulmadan alıcıya infüze edilir. Bu nedenle AHKHN sürecinde hasta ve donör hazırlığı eş güdümlü olarak yürütülmelidir. Nakil günü hastaya santral venöz katater takılarak YDT ve\veya radyoterapi içeren hazırlama rejimi uygulanır. Kök hücreler +4 ºC'de 48 saat saklanabilirler ancak esas olan kök hücrelerin en kısa sürede hastaya nakledilmesidir (Koçubaba ve Tekgündüz 2020 p: 224-230).

2.1.2.3. Sinjeneik (İkiz Kardeş) Kök Hücre Nakli (SHKHN)

Verici-alıcı doku tipi uyumu kök hücre naklinde anahtar değişkenlerdendir. HLA uyumu olması HKHN'nde olmazsa olmaz koşuldur. Doku tipi tam uygun (genoidentik) kardeş verici AHKHN için en iyi verici olarak kabul edilir. SHKHN malign hastalıklarda GVHD etkisinin düşüklüğü göz önüne alınarak seçilebilir, malignite dışı, özellikle doğumsal hastalıklarda yeri yoktur (Aksoylar ve ark. 2020).

2.1.3. Hematopoetik Kök Hücre Nakli Komplikasyonları

Günümüzde HKHN'nin daha güvenli bir şekilde yapılabiliyor olması, endikasyonlarının genişleyerek daha yaşlı hastaları da kapsamaya başlaması ve kök hücre kaynağı seçeneklerinin artmasıyla allojenik verici bulabilen hasta sayısının artması, HKHN sonrası hayatta kalan oldukça geniş bir hasta kitlesinin ortaya çıkmasını sağlamıştır. Sağ kalan hastalar ise yaşam kalitelerini azaltan, fiziksel sorunları ve mortalite riskini arttıran uzun dönemli (geç) yan etkilerden muzdariptir. Hastaların %79'u ilk 5 yıl içerisinde malign olabilen yan etki yaşarlar ve bunların %26'sında ise geç yan etki görülmektedir (Öztürk ŞM 2018). Komplikasyonlar, uzamış lenfopeni ve nakil hazırlama rejimlerinin neden olduğu sitokin fırtınasının bir sonucu olarak immün sistemin fonksiyonların bozulması sonucu ortaya çıkmaktadır (Uzay ve Kartı 2020). HKHN'nde nadir görülen fakat çoğu zaman mortalite ile sonuçlanabilen bir komplikasyon olan GVHD ile karşılaşılabilmektedir (Okşak ve Kuruca 2021). OHKHN sonrası ilk 3 yılda primer hastalık, enfeksiyonlar ve organ yetmezliği mortalitenin temel sebepleridir. AHKHN sonrası ise mortalite ilk 100 gün ve ilk 100 günden sonraki 3 yıl olmak üzere iki ayrı döneme ayrılır. Her iki dönem için de mortalitenin önde gelen sebepleri OHKHN'deki gibidir ve %9 oranında GVHD nedeniyle de olabilmektedir (Koçubaba ve Tekgündüz 2020 p: 224-230).

2.1.3.1. Pulmoner Komplikasyonlar

HKHN sonrası enfeksiyöz ve non-enfeksiyöz pulmoner komplikasyonlar tüm nakillerin %40-60'ında ortaya çıkmakta, belirgin morbidite ve mortalite ile sonuçlanmaktadır. Enfeksiyonlara bağlı gelişen pulmoner komplikasyonlarda profilaksi ve tedavideki gelişmelerle azalma izlenmesine rağmen, hala önemli morbidite ve mortalite sebebidir. Pulmoner komplikasyonlarının gelişimine; HKHN öncesi mevcut olan akciğer hastalığı, tanı ile transplantasyon arasında geçen sürenin uzaması, ileri yaş ve transplantasyon öncesi hastanın performans durumunun yetersiz olması, malignite varlığı, hazırlık rejimi, GVHD, transplantasyon sonrası metotreksat gibi ilaçların kullanımı gibi faktörler sebep olabilir (Burgazlıoğlu ve Ursavaş 2017). Enfeksiyon dışı geç dönem akciğer komplikasyonları içinde en önemlileri Bronşiolitis Obliterang Organize Pnömoni (BOOP), Kriptojenik Organize Pnömoni (KOP), pulmoner hipertansiyondur. Nakil sonrası 3 ay-2 yıl arasında gelişirler. BOOP, GVHD'nin akciğer

tutulumu olarak ortaya çıkar, ilerleyici ve kötü prognozludur. KOP ise genellikle enfeksiyondan zor ayırt edilir (Tombuloğlu 2019 p:203-208).

2.1.3.2. Enfeksiyonlar

Bakteriyel enfeksiyonlarla nakil sonrasında sıklıkla karşılaşılmaktadır ve antibiyotik tedavisi esastır. Profilaksi amaçlı antiviral, antibakteriyel, antifungal ilaçların, hastanın ateşin eşlik ettiği nötropeniye (febril nötropeni) girdiği dönemde ise geniş spektrumlu antibiyotiklerin kullanımı ile sepsis gibi hayati durumların ve mortalitenin önüne geçilebilir. Nötropeninin uzun sürmesi; gastrointestinal sistem kolonizasyonu, AHKHN komplikasyonları ve mantar enfeksiyonları için risk faktörüdür. Enfeksiyon açısından risk altında olan hastalarda antifungal profilaksi tedavisinin sağ kalım üzerine olumlu etkisi bulunmaktadır. Hastaların enfeksiyonlar için takipleri düzenli olarak yapılmalıdır. Ayrıca influenzaya karşı aşı ile önlem alınmalıdır. Paraziter enfeksiyonlar ise yakın zamanda yurt dışındaki ülkelere seyahat eden hastaları düşündürmelidir (Ayaz ve ark. 2017).

2.1.3.3. İkincil Kanserler

Sekonder kanserler; radyoterapi, immunsupresif tedavinin süresi ve kronik GVHD'ye bağlı gelişebilmektedir. Tanı, hastalık evresi, yaş, hazırlık rejimi, GVHD'yi önlemek için verilen ilaçlar; bunların yanı sıra HLA uyumu klinik sonuçları etkilemektedir. HKHN'de hastanın birinci derece yakını olarak donör olan anne, baba veya kardeşine kıyasla, haploidentik nakilde HLA uyum oranının azalması sebebiyle nakilden sonra komplikasyonlarla daha fazla karşılaşılabilmektedir (Erol ve Bilir 2017).

2.1.3.4. Psikolojik Komplikasyonlar

Kanser kelimesi bile başlı başına kişilerde sıkıntıya yol açmakta ve kansere ilişkin tedavi edilemez gibi düşünceler kişilerin gösterdiği tepkileri değiştirebilmektedir. Kanser ile mücadelede koruyucu sağlık davranışlarının geliştirilmesi ve erken teşhis hayat kurtarıcı bir role sahiptir. Kişilerin koruyucu (olumlu) sağlık davranışlarını geliştirme ve devam ettirmelerini belirleyen etmenler bu noktada önem kazanmaktadır. Kanserin olumsuz psikososyal ve fiziksel etkilerinin yanı sıra kemoterapi\radyoterapi gibi tıbbi tedavi süreçlerinin de ağrı, yorgunluk, halsizlik, bitkinlik gibi olumsuz yan etkileri olmaktadır (Dirik ve Yastıbaş 2018). Hastalarda kanser tanısı, kötü prognozu olan neoplastik olmayan hastalıklardan bile daha yüksek stres oluşturmaktadır. Kanser

tanısının konulması ile ortaya çıkan varoluşsal çatışma ve kanserin hastaların psikolojik, sosyal ve fiziksel işlevleri üzerindeki etkisi, bu hastaları anksiyete ve depresyona yatkın ve savunmasız hale getirebilir ve belirsizliklerin, kaygının devam ettiği, günlük hayatın işleyişinde, kişilerarası ilişkilerde, rollerde, beden imajı ve benlik saygısında değişime neden olan bir süreç olduğundan hastalar stres yaşayabilir. Kanser hastalarının uzun süre yaşadıkları distres (sıkıntı); anksiyete, depresyon veya her ikisine de yol açabilir. Anksiyete ve depresyon daha düşük bir yaşam kalitesine sebep olur ve hastanın hastalığının sonuçlarını tehlikeye atar; kanserde yüksek mortalite oranına neden olur. Sonuç olarak, anksiyete ve depresyon, kanser hastalarında hastanın ruhen acı çekmesi, mortalite ve sağlık harcamaları üzerinde önemli etkileri olan ve en sık görülen ruhsal sorunlardır (Yıldırım 2020 p: 1315-1329; Daştan ve Buzlu 2018).

2.2. Sosyal Destek

Sosyal destek kişinin çevresinde güvenebileceği bireyler yolu ile sosyal kaynaklarından yararlanma derecesidir ve bireyi fiziksel olduğu kadar ruhsal tehlikelere karşı da koruyan bir mekanizmadır. Sosyal destek bireyin sağlıklı olmasını ve sağlığının korunmasını sağlar. Bireye emosyonel, bilişsel ve maddi yardım verilerek gerçekleştirilen kişilerarası ilişkilerin bütünüdür. Birey tarafından algılanan sosyal destek ise kişinin sosyal çevresinden gördüğü desteğin kişiye verdiği manevi doyum olarak değerlendirilmektedir. Sosyal desteğin eksikliği veya yokluğu kişilerin üzerindeki stresi arttırır, birçok olumsuzluğa neden olur. Stresle karşılaşan birey sosyal destek kaynaklarına yönelerek destek arar. (Yiğitbaş ve ark. 2019; Aksoy ve Çevik 2021).

2.2.1. Sosyal Destek Bileşenleri

Sosyal destek; duygusal destek, araçsal destek, bilgi ve güven desteği olmak üzere farklı bileşenlerden oluşmaktadır. Duygusal destek, bireyin stres faktörü ile ruhsal olarak baş edebilmesine ve bu sayede dayanabilme gücünün artmasına katkı sağlar. Bireye sorumlu olduğu günlük işlerinde gereksinim duyduğu fiziksel yardım araçsal destek ile sağlanır. Bilgi ve güven desteği ise benzer durumu yaşayan diğer insanların bu durumla nasıl baş edebildiği, çevrelerinden aldıkları tavsiyelerle hastalık sürecine ait sorunlarını nasıl çözebildiği ve hastalığa dair kontrollü olma düzeyini nasıl artırabildiği konularında yardımcı olur (Aksoy ve Çevik 2021).

2.2.2. Sosyal Desteğin Kaynakları

Sosyal destek bireyin sevildiğini, değerli olduğunu, toplum tarafından kabul gördüğünü hissettirdiği ve bireyi stresin olumsuz getirilerinden koruduğu için şekli ve kaynağı bakımından önemlidir. Kişinin sosyal destek kaynakları arasında aile, akrabalar, arkadaşlar, bağlı olunan grup ve yaşanılan toplum bulunur ve bu kaynaklar sosyal ilişkilerinin kurulmasını, şekillenmesini sağlar. Bireyin bu kaynaklar ile iletişimi ve etkileşimindeki değişiklikler, bireyin kaynaklardan aldığı sosyal destek seviyelerinin farklı olmasına yol açar. Sosyal destek kaynakları güçlü ve sosyal destek düzeyi yüksek olan kişiler daha mutlu ve üretken olurlar (Çetinkaya ve Korkmaz 2019).

2.2.3. Algılanan Sosyal Destek Kavramı

Algılanan sosyal destek, bireylerin birbirleriyle kurdukları sosyal ilişkilerin bireyin kendisi tarafından kaynakların ne derece destek verdiğine dair gözlemini tanımlar. Algılanan sosyal desteğin yüksek olması; kişinin çevresindeki ilişkilerin fazla olmasından daha çok, bu ilişkilerin kaliteli olmasını ve kişinin gereksinim duyduğu anda nitelikli kaynaklara ulaşabilmesini ifade eder. Algılanan sosyal destek; strese neden olan faktörlerin ortadan kalkmasında, bu sayede kişilerin psikolojik durumlarının gelişmesinde etkilidir (Yıldız ve Dirik 2019).

2.2.4. Kanser Hastalarında Sosyal Desteğin Önemi

Kanser hastasına sosyal destek sağlayanlar genellikle aile, akraba, arkadaşları gibi yakın çevresi ve doktor, hemşire, sağlık personeli gibi mesleklerden oluşan sağlık ekibidir. Hastanın ailesinden, yakın çevresinden ve sağlık ekibi üyelerinden gördüğü maddi ya da manevi desteğin artması kansere uyum sağlamasını kolaylaştırır ve bu durum sağ kalım oranlarına yansıyabilir. Meme kanseri olan 584 genç kadının 12,5 yıl boyunca takip edilerek sosyal desteğin sağ kalım üzerine etkisinin incelendiği araştırmaya göre (Chou ve ark. 2012) tanı alınmasını takip eden dönemde aile ve arkadaşlarla teması daha yüksek olanların daha düşük mortalite riski ile karşı karşıya olduğu gösterilmiştir. Sosyal desteği düşük olan kişilerin, kan ve idrarında yüksek katekolamin seviyeleri görülmüştür. Bu durum kanser patogenezinde etiyolojik bir faktör olarak tanımlanmıştır (Idahl ve ark. 2018). Amerika'da 2004-2008 yılları arasında kanser tanısı alan bir milyonun üzerinde sayıda hastanın incelendiği epidemiyolojik çalışmada (Aizer ve ark. 2013), bekar hastaların evli hastalara göre metastatik kanser gelişimi, yetersiz tedavi alma ve kanser kaynaklı ölüm açısından daha yüksek risk altında oldukları bulunmuştur. Bu çalışma

kanser tanı, tedavi ve sağ kalımında sosyal desteğin olumlu etkisini ortaya koymaktadır (Aksoy ve Çevik 2021).

2.3. Stres

Stres; bireyin kişisel özellikleri ve emosyonel durumu ile çevresinde tanık olduğu olaylara veya stres oluşturan faktörlere uyum sağlayabilmek amacıyla gösterdiği davranışların bütünü olup, bireye titreme, çarpıntı, terleme, ani hareket etme vs. gibi fiziksel ve davranışsal; korku, telaş, daha kötüyü düşünme vb. gibi psikolojik bulguların somut yansımasıdır. Latince 'Estrictia' fiilinden türetilmiştir ve fiil olarak sıkıştırmak, isim olarak ise zorlanma, baskı, sıkıntı manasına gelmektedir. Strese neden olan faktörler farklılık göstermekle birlikte bireyseldir. Bireyin çevresinde gelişen bir etkene yüklediği anlam ve verdiği tepki, o etkenin bireyde stres yaratıp yaratmadığının veya stresin oluşup oluşmadığının belirleyicisi olur (Özel ve Karabulut 2018; Sürme 2019).

2.3.1. Stresi Ortaya Çıkaran Faktörler

Strese neden olan faktörler; bir olaya yüklenen anlam, bireyin bireysel özellikleri, yaşı, cinsiyeti, kültürel özellikleri, toplumun sosyal ve ekonomik durumu, aile içi ilişkiler, bireyin stresle karşılaştığında kullandığı başa çıkma mekanizmaları ve önceki deneyimleriyle ilişkili olarak farklılaşabilmektedir. Günlük yaşamda sıkça karşılaştığımız stres faktörlerinden; yüksek ışık düzeyi, gürültü, trafik, çevre kirliliği, aşırı sıcak\soğuk hava durumu vs. fiziksel faktörlere; iş hayatı, ev ve iş yerindeki sorumluluklar, okul hayatı, sınavlar, hastalıklar vs. sosyal faktörlere; kişisel ilişkilerde çatışma, telaşlı kişilik yapısı, maddi\manevi kayıplar, hayal kırıklıkları, yalnızlık vs. psikolojik faktörlere örnek olarak verilebilir (Özel ve Karabulut 2018).

Selye'nin yaklaşımı olan "Genel Adaptasyon Sendromu" metoduna göre, stres üç aşamalı bir şekilde ortaya çıkmaktadır:

1. Alarm Dönemi: Birey stresörle karşılaştığında bu dönem başlar. Bireyde fiziksel ve davranışsal etkiler ortaya çıkar.
2. Direnç Dönemi: Stres etkeni uzun süreli var olursa ortaya çıkar. Organizma stres faktörü yokmuş gibi davranır, ancak aslında organizmanın direnci giderek azalmaktadır.
3. Tükenme Dönemi: Birey strese dayanamayarak direncini kaybeder, bu sürecin sonu hastalıkla veya ölümle sonuçlanabilir (Pakyüz ve ark. 2019).

2.3.2. Stresin Etkileri

Bireyin stres durumunda yarattığı tepkiler fiziksel, ruhsal veya biyo-kimyasal (davranışsal) olabilir ya da bu yanıtların birleşimi olarak oluşabilir. Günlük hayatta strese aşırı maruz kalma durumu veya stres etkeninin süreklilik göstermesi hem bireyin bu alanlarda problemler yaşamasına hem de hastalıklarla karşılaşmasına sebep olabilir (Özel ve Karabulut 2018).

Tablo 2-1: Stresin Etkilerinin Sınıflandırılması

Stresin Fiziksel Etkileri	**Stresin Psikolojik Etkileri**	**Stresin Davranışsal Etkileri**	**Kaynak**
Yorgunluk, titreme, çarpıntı, aşırı terleme, hızlı ve yüzeysel soluk alıp verme, kaşıntı, kaslarda gerginlik ve ağrı, hazımsızlık, midede yanma	Sinirli olma, öfke, panik, kaygı, hafızada zayıflık, gerilim, ölüm ve intihar düşünceleri, uyku bozukluğu, depresyon	Ağlama krizi, tartışmaya yatkınlık, aşırı hareketlilik, öfke patlamaları, donukluk, huzursuzluk	Özel ve Karabulut 2018

2.3.3. Kanser Hastalarında Stres ve Stresle Başa Çıkma

Bireyin, stresle etkin başa çıkabilmesi; stres faktörlerini etkin bir şekilde analiz etmesini, stres faktörlerine karşı verdiği yanıtların daha düşük yoğunlukta olmasını ve terapötik sürecin hızlıca ve etkin ilerlemesini sağlar. Başa çıkma, bilinçli ve amaçlı olarak yapılan davranışsal ve bilişsel çabalardır (Pakyüz ve ark. 2019). Genel bir kavram olmakla birlikte doğrudan ve hafifletici eylemler olmak üzere iki farklı grupta değerlendirilmektedir. Doğrudan eylemler ile birey çevresinde gelişen veya gelişme potansiyeli olan özellikle de olumsuz durumları kendisi için olumlu bir sonuç verebilecek şekilde çevirmeye çalışır. Bireyin tehlike ihtimaline karşılık önceden hazırlıklarını yapması, önlemler alması, tehlike durumunda savaş ya da kaç eylemlerinden birini tercih etmesi ve benzeri davranışları bu gruba örnek olarak verilebilir. Hafifletici eylemlerde ise, bireyin gevşeyip rahatlaması hedeflenir. Birey bu hedefler doğrultusunda kendine sakin hissedebileceği alanlar oluşturur ve bu sayede emosyonel olarak irrite eden durumlarda kendini daha iyi hissetmiş olur. İşlevlerini terapötik bir şekilde devam ettirebilir ve daha etkin baş edebilir (Kaba 2019).

Hastalıkla başa çıkma dinamik ve zamanla değişebilen bir süreçtir. Kanser, hastayı ve hastanın yakın çevresini fiziksel ve psikolojik olarak yoran, zor ve sabırlı olmayı gerektiren süreçleri olan bir hastalıktır. Tıp teknolojisindeki gelişmelerle kanserin tanı, tedavi ve sürecinde iyileşmeler olmasına rağmen kanser hala hastalar için iyileşme durumu olmayan, ölümü hatırlatan, ağrı ve acı veren durum olarak görülmektedir. Hastanın kanserle tanıştığı ilk gün, deneyimleyeceği olumsuz durum ve koşulları olan ve bu koşullara dayanıklılık göstermesini gerektiren bir süreç başlamış olur. Kanser kelimesi, tanısının konulması ya da kansere bağlı ikincil hastalıkların (komorbidite) oluşması, kansere bağlı kas ve kemik ağrılarının olması, invaziv\invaziv olmayan girişimler, kemoterapi\radyoterapi gibi tedaviler ile yan etkileri gibi sebeplerle hastaların stres düzeyi yoğunlaşmaktadır. Hastalar tanı ve tedavi sürecinde yaşamlarında meydana gelen değişim ve güçlüklere uyum sağlamak için çabalar. Bu nedenle başa çıkma becerilerinin gelişmesine yönelik yapılan girişimlerle stres faktörlerinin bireydeki etkilerinin azaltılarak bireyin stres yanıtını değiştirmek amaçlanır ve bu girişimlerle birey yeni amaç ve hedefler edinir, beklentileri değişir. Kanserle karşılaşan bireyin başa çıkma becerilerinin saptanmasına ve iyileştirilmesine ihtiyacı olabilir. Bireylere kanser tanısı konulmadan önce ve konulduktan sonra stresle başa çıkma yaklaşımları ve seviyesi belirlenerek psikolojik destek almaları gerekliliği değerlendirmelidir ve gerekli durumda uzman kontrolü için planlama yapılmalıdır. Kanser hastalarının stres seviyeleri en aza indirilmeli ve stres uygun girişimlerle yönetilmelidir. Aksi takdirde stresin süreklilik göstermesi hastalığın prognozunu olumsuz yönde etkileyebilir ve metastaz gelişimine neden olabilir (Özbaş ve Yıldırım 2020 p:1331-1340; Yıldırım 2020 p: 1315-1329; Sürme 2019).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı-ilişki arayıcı tasarım olarak planlandı.

3.2. Araştırmanın Soruları

1. Kök hücre nakli planlanan kanser hastalarının algılanan sosyal destek düzeyleri nasıldır?
2. Kök hücre nakli planlanan kanser hastalarının stresle başa çıkma tarzları nasıldır?
3. Kök hücre nakli planlanan kanser hastalarının sosyo-demografik durumu ile algılanan sosyal destek düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki nasıldır?
4. Kök hücre nakli planlanan kanser hastalarının algılanan sosyal destek düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasında nasıl bir ilişki vardır?

3.3. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Zaman

Araştırma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Ocak 2021 - Mayıs 2021 tarihleri arasında yapıldı.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul il sınırları içerisinde bulunan bir hastanenin hematoloji servisinde yatarak tedavi gören ve HKHN planlanan kanser hastaları oluşturdu. Araştırmanın örneklemini ise kök hücre nakli için hematoloji servisinde tedavi gören ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan hastalar oluşturdu. Örneklem sayısı %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde bir çalışma olması için G*Power Version 3.1 programı kullanılarak ve referans çalışmaya göre (Avcı ve Doğan 2014) etki genişliği değeri 0,845 olarak alınarak en az 64 hasta olarak belirlendi. Araştırmanın örneklem seçme kriterleri amaçlı örnekleme yöntemi ile oluşturuldu.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- 18-65 yaş aralığında olan,
- İletişim problemi olmayan,
- Türkçe konuşup anlayabilen,

- Okur-yazarlığı olan,
- Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden,
- Kemik iliği veya periferik kan kaynaklı kök hücre nakli planlanmış olan kanser hastaları araştırmaya dahil edildi.

Araştırmadan dışlanma kriterleri:

- Kordon kanı kaynaklı kök hücre nakli planlanan kanser hastaları araştırmaya dahil edilmedi.

3.5. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında, "Hasta Bilgi Formu (EK-1)", "Çok Boyutlu Algılanan "Sosyal Destek Ölçeği (EK-2)" ve "Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği" (EK-3) kullanıldı.

3.5.1. Veri Toplama Araçları

Hasta Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak (Aksan ve Gizir 2019; İsmailoğlu ve Khorshid 2016) hazırlanan 11 maddelik Hasta Bilgi Formu, hastanın sosyo-demografik özelliklerini ve tıbbi durumunu sorgulayan sorulardan oluşmaktadır. Formda hastanın sosyo-demografik yapısına ilişkin yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, çocuk varlığı bilgisi, meslek, aile tipini sorgulayan 7 soru; hastanın tıbbi durumuna ilişkin olarak tanı, planlanan nakil tipi, planlanan nakil türü, hastalığın yaşamı etkileyen alanlarını sorgulayan 4 soru bulunmaktadır.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ); Zimet ve arkadaşları tarafından mevcut sosyal destek ölçüm araçlarına katkı sağlamak, sosyal destek düzeyinin subjektif değerlendirmesini yapmak amacıyla 1988'de geliştirilmiştir (Zimet ve ark. 1988). Eker ve ark. tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış ve ölçeğin Cronbach-α katsayısı 0,89 olarak bulunmuştur. Yedili likert tipte olan ölçek toplam 12 madde içermektedir. Ölçeğin yapısı Aileden Algılanan Sosyal Destek (Aile-ASD) boyutu (3., 4., 8. ve 11. maddeler), Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek (Arkadaş-ASD) boyutu (6., 7., 9.ve 12. maddeler) ve Özel İnsandan Algılanan Sosyal Destek (Özel İnsan-ASD) boyutundan (1., 2., 5. ve 10. maddeler) oluşmaktadır. Yanıtlar 1 (kesinlikle hayır) ile 7

(kesinlikle evet) arasında yedili likert tipinde puanlama yapılarak değerlendirilmektedir. Ölçek boyutlarının her biri ölçek maddelerinin puan toplamları ile değerlendirilmektedir. Ölçeğin her bir boyutu için puan toplamı en düşük 4, en yüksek 28; ölçeğin toplam puanı ise en düşük 12, en yüksek 84'tür. Elde edilen puanın yüksekliği algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu gösterir (Eker ve ark. 2001).

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ); Lazarus ve Folkman tarafından bireylerin stres durumunda gösterdikleri başa çıkma davranışlarının belirlenmesi amacıyla 1980 yılında geliştirilmiştir (Lazarus ve Folkman 1980 p:226-258). Ölçeğin 30 maddelik kısaltılmış formunun Türkçe geçerlik ve güvenirliği 1995 yılında Hisli ve Durak tarafından yapılmıştır (Hisli ve Durak 1995). Dörtlü likert tipteki ölçek 30 maddeden oluşmaktadır. Ölçek kendi içinde Kendine Güvenli Yaklaşım (KGY), İyimser Yaklaşım (İY), Çaresiz Yaklaşım (ÇY), Boyun Eğici Yaklaşım (BEY) ve Sosyal Destek Arama Yaklaşımı (SDAY) şeklinde beş boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin toplam puanı hesaplanmamakta, her bir boyuta ait puanlar ayrı ayrı hesaplanmaktadır. KGY boyutu 8., 10., 14., 16., 20., 23. ve 26. maddeden; İY boyutu 2., 4., 6., 12. ve 18. maddeden; ÇY boyutu 3., 7., 11., 19., 22., 25., 27. ve 28. maddeden; BEY boyutu 5., 13., 15., 17., 21. ve 24. maddeden ve SDAY boyutu 1., 9., 29. ve 30. maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin puanlamasında SDAY boyutunda yer alan 1. ve 9. maddeler için puanlama ters olup, %0=3 puan, %30=2 puan, %70=1 puan, %100=0 puan şeklinde, diğer maddeler için ise puanlama %0=0 puan, %30=1 puan, %70=2 puan, %100=3 puan şeklindedir. (Hisli ve Durak 1995; Pakyüz ve ark. 2019).

3.5.2. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Hematoloji Kliniği'nde haftada üç gün 08:00 – 16:00 saatleri arasında hastalar ziyaret edilerek araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan hastalar belirlendi. Araştırmacı tarafından her bir hasta ile hasta odasında görüşülerek çalışmanın amacı, gönüllü katılımın esas olduğu ve kişisel bilgilerinin gizli kalacağı hakkında bilgi verildi ve hastadan yazılı onam alındı. Pandemi sürecinde alınan önlemler doğrultusunda yüzyüze görüşme sağlandı ve Hasta Bilgi Formu, ÇBASDÖ ve SBTÖ uygulanarak veriler toplandı. Her bir hasta ile görüşme yaklaşık 25-30 dakika sürdü.

3.5.3. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler bilgisayar ortamında kaydedildi ve SPSS-22 programı kullanılarak istatistiksel analizi yapıldı. Çalışmanın kategorik (sıralanabilen) değişkenleri sayı ve yüzde olarak, numerik değişkenleri ise ortalama ve standart sapma olarak sunuldu. İki grup arasındaki fark analizlerinde normal dağılım gösteren verilerde bağımsız örneklem t testi, normal dağılım göstermeyen verilerde Mann Whitney U testi uygulandı. İkiden fazla gruplar arasındaki fark analizleri için ise normal dağılım gösterenlerde tek yönlü varyans analizi ve post hoc testleri (Tukey ve LSD), normal dağılım göstermeyenlerde Kruskal Wallis testi uygulanarak değerlendirildi. Ölçekler ve boyutları arasındaki ilişkiler korelasyon ve regresyon analizleri aracılığıyla incelendi. İki sayısal değişken arasındaki ilişkinin incelenmesinde normal dağılıma uygunluk gösteren durumlarda pearson korelasyon testinden, normal dağılıma uygunluk göstermeyen durumlarda spearman korelasyon testinden yararlanıldı. Ölçek güvenilirliği için ise Cronbach's alpha katsayısı değerinden yararlanıldı.

Bu çalışmada ÇBASDÖ'nin Cronbach's alpha iç tutarlık katsayısı 0,857; SBTÖ'nin ise 0,810 bulundu. Her iki ölçeğin de güvenilir ölçekler olduğu saptandı.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 21.12.2020 tarihli 2020\25 karar numarası ile etik kurul izni (EK-4) ve ilgili hastanenin eğitim biriminden kurum izni (EK-5) alındı. Katılımcıların bilgilendirilmesi amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'nun görüşme öncesinde hasta tarafından okunması ve imzalanması sağlandı. Araştırmaya katılan hastaların bireysel haklarının korunması için veri toplama öncesi hastalara araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek özerklik ilkesi, bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı söylenerek gizlilik ve gizliliğin korunması etik ilkesi, elde edilen bilgilerin ve cevaplayanın kimliğinin gizli tutulacağı belirtilerek kimliksizlik ve güvenlik etik ilkesine uyulmasına özen gösterildi. Elektronik posta yoluyla yazarlardan ölçeklerin kullanım izni alındı.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Pandemi koşulları nedeniyle hematoloji polikliniğine takip ve tedavi için gelen hasta sayısında azalma olması ve çalışmanın bu zaman diliminde gerçekleşmiş olması araştırmanın sınırlılığıdır.

Araştırma sonuçları çalışmanın yapıldığı hastanede HKHN planlanan yetişkin hastalara genellenebilir.

4. BULGULAR

Araştırmaya 68 hasta katıldı. Bulgular altı ana başlık altında incelendi:

- Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı
- Hastaların algılanan sosyal destek düzeyleri
- Hastaların stresle başa çıkma tarzları
- Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişki
- Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki
- Hastaların algılanan sosyal destek düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki

4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Hastaların yaş ortalaması 45,55 ± 1,40 olup en düşük yaş 19, en yüksek yaş 64 olarak bulundu. %36,8'inin (n=25) kadın, %63,2'sinin (n=43) erkek olduğu saptandı. Hastaların %41,2'sinin (n=28) ilkokul, %42,6'sının (n=29) lise, %16,2'sinin (n=11) üniversite mezunu olduğu ve çoğunluğunun (%76,5) evli olduğu belirlendi. Hastaların %75'inin (n=51) çocuk sahibi olduğu ve %72,1'inin (n=49) çekirdek ailede yaşadığı tespit edildi (Tablo 4-1).

Hastalardan %30,9'unun (n=21) akut miyeloid lösemi, %19,2'sinin (n=13) akut lenfoblastik lösemi %16,2'sinin (n=11) non-hodgkin lenfoma, %4,3'ünün (n=3) hodgkin lenfoma, %16,2'sinin (n=11) multiple myelom, %13,2'sinin (n=9) diğer (myelodisplastik sendrom, nüks durumu, kronik myelofibrosis) hastalıklara sahip olduğu belirlendi. Hastalığın hastalardaki yaşamı etkileyen alanları sorgulandığında %61,8'inin (n=42) hastalık döneminde iş durumunun etkilendiği; %92,6'sının (n=63) aile yaşantısının etkilendiği; %89,7'sinin (n=61) ise sosyal yaşamının etkilendiği saptandı. Hastaların %85,3'ünün (n=58) allojenik nakil planlanan hastalar olduğu; hastaların tümüne planlanan nakil türünün ise periferik kök hücre nakli olduğu tespit edildi (Tablo 4-1).

Tablo 4-1: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Sosyo-Demografik özellikler		**Ort ± SS**	
Yaş		45,55 ± 11,57	
		Sayı (n)	**Yüzde (%)**
Cinsiyet	Kadın	25	36,8
	Erkek	43	63,2
Eğitim Durumu	İlkokul	28	41,2
	Lise	29	42,6
	Üniversite	11	16,2
Medeni Durum	Evli	52	76,5
	Bekar	16	23,5
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Evet	51	75,0
	Hayır	17	25,0
Aile Tipi	Çekirdek Aile	49	72,1
	Geniş Aile	19	27,9
Hastalığın Yaşamı Etkileyen Alanı (İş)	Evet	42	61,8
	Hayır	26	38,2
Hastalığın Yaşamı Etkileyen Alanı (Aile)	Evet	63	92,6
	Hayır	5	7,4
Hastalığın Yaşamı Etkileyen Alanı (Sosyal Yaşam)	Evet	61	89,7
	Hayır	7	10,3
Plananan Nakil Tipi	Otolog Nakil	10	14,7
	Allojenik Nakil	58	85,3

4.2. Hastaların Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri

Hastaların ÇBASDÖ puanı ortalama değeri 62,33±15,40 bulundu. ÇBASDÖ boyutlarının puan ortalamalarının ise Aile-ASD boyutunun 19,27±6,83; Özel İnsan-ASD boyutunun 23,48±4,40 ve Arkadaş-ASD boyutunun 19,57±6,50 olduğu saptandı (Tablo 4-2).

Tablo 4-2: Hastaların ÇBASDÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

ÇBASDÖ ve boyutları	Ort ± SS	ED-EY
ÇBASDÖ	62,33 ± 15,40	15-84
Aile-ASD Boyutu	19,27 ± 6,83	4-28
Özel İnsan-ASD Boyutu	23,48 ± 4,40	6-28
Arkadaş-ASD Boyutu	19,57 ± 6,50	5-28

ED: En düşük, EY: En yüksek, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma

4.3. Hastaların Stresle Başa Çıkma Tarzları

SBTÖ boyutlarının puan ortalamalarının KGY boyutu için 15,72±3,89; İY boyutu için 10,04±3,14; ÇY boyutu için 10,60±4,25; BEY boyutu için 7,82±4,03 ve SDAY boyutu için 7,26±1,76 olarak saptandı (Tablo 4-3).

Tablo 4-3: Hastaların SBTÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

SBTÖ boyutları	Ort ± SS	ED-EY
KGY Boyutu	15,72 ± 3,89	5-21
İY Boyutu	10,04 ± 3,14	1-15
ÇY Boyutu	10,60 ± 4,25	2-22
BEY Boyutu	7,82 ± 4,03	0-18
SDAY Boyutu	7,26 ± 1,76	3-12

ED: En düşük, EY: En yüksek, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma

Çalışmada değişkenler Basıklık (Kurtosis) ve Çarpıklık (Skewness) yönünden değerlendirilerek normal dağılıma uygun olduğu saptandı (Tablo 4-4).

Tablo 4-4: ÇBASDÖ ve SBTÖ'nin Normal Dağılım Testi Sonuçları

ÇBASDÖ ve boyutları	**Basıklık**	**Çarpıklık**
ÇBASDÖ	0,021	-0,584
Aile-ASD Boyutu	-0,802	-0,443
Özel İnsan-ASD Boyutu	0,954	-1,554
Arkadaş-ASD Boyutu	-0,910	-0,461
SBTÖ boyutları		
KGY Boyutu	0,110	-0,671
İY Boyutu	0,069	-0,370
ÇY Boyutu	0,100	0,321
BEY Boyutu	-0,050	0,265
SDAY Boyutu	-0,736	0,216

4.4. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişki

Çalışmaya katılan hastaların sosyo-demografik özelliklerinden hastalığın yaşamı etkileyen alanlarından sosyal yaşam alanı (HYEA-Sosyal Yaşam) ile algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; ÇBASDÖ puanı ile HYEA-Sosyal Yaşam arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Sosyal yaşamlarının etkilendiğini ifade eden hastaların ÇBASDÖ puan ortalamalarının sosyal yaşamlarının etkilenmediğini ifade eden hastaların puan ortalamalarına kıyasla daha yüksek olduğu tespit edildi. Hastaların Aile-ASD boyutu, Özel İnsan-ASD boyutu ve Arkadaş-ASD boyutu puan ortalamalarının HYEA-Sosyal Yaşam alanına göre anlamlı farklılık göstermediği saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4-5).

Tablo 4-5: Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişki

Sosyo-demografik Özellikler	Aile-ASD	Özel İnsan-ASD	Arkadaş-ASD	ÇBASDÖ
Cinsiyet				
Kadın	19,36 ± 7,29	23,92 ± 4,38	19,60 ± 6,57	62,88 ± 15,61
Erkek	19,23 ± 6,64	23,23 ± 4,44	19,55 ± 6,53	62,02 ± 15,46
Test İstatistiği	t=0,074; p=0,942	t=0,618; p=0,539	t=0,025; p=0,980	t=0,220; p=0,827
Eğitim Durumu				
İlkokul	18,67 ± 7,79	24,14 ± 5,10	19,25 ± 7,09	62,07 ± 17,63
Lise	19,96 ± 6,16	23,58 ± 3,67	20,62 ± 5,91	64,17 ± 13,48
Üniversite	19,00 ± 6,32	21,54 ± 4,03	17,63 ± 6,45	58,18 ± 14,58
Test İstatistiği	F=0,258; p=0,774	F=1,404; p=0,253	F=0,897; p=0,413	F=0,603; p=0,550
Medeni Durum				
Evli	19,32 ± 7,15	23,92 ± 4,39	19,86 ± 6,45	63,11 ± 15,80
Bekar	19,12 ± 5,88	22,06 ± 4,25	18,62 ± 6,77	59,81 ± 14,23
Test İstatistiği	t=0,103; p=0,919	t=1,491; p=0,141	t=0,665; p=0,509	t=0,747; p=0,457
Çocuk Sahipliği				
Evet	18,94 ± 7,01	23,72 ± 4,36	19,54 ± 6,40	62,21 ± 15,51
Hayır	20,29 ± 6,37	22,76 ± 4,56	19,64 ± 6,98	62,70 ± 15,54
Test İstatistiği	t=-0,704; p=0,484	t=0,777; p=0,440	t=-0,053; p=0,958	t=-0,113; p=0,911
Aile Tipi				
Çekirdek Aile	20,22 ± 6,23	23,85 ± 3,55	20,32 ± 6,07	64,40 ± 13,29
Geniş Aile	16,84 ± 7,83	22,52 ± 6,09	17,63 ± 7,31	57,00 ± 19,24
Test İstatistiği	t=1,865; p=0,067	t=1,120; p=0,380	t=1,550; p=0,126	t=1,809; p=0,075
HYEA-İş				
Evet	19,02 ± 6,99	23,07 ± 4,39	18,97 ± 6,56	61,07 ± 15,67
Hayır	19,69 ± 6,69	24,15 ± 4,41	20,53 ± 6,40	64,38 ± 15,04
Test İstatistiği	t=-0,389; p=0,698	t=-0,985; p=0,328	t=-0,963; p=0,339	t=-0,860; p=0,393
HYEA-Aile				
Evet	19,14 ± 6,88	23,46 ± 4,47	19,27 ± 6,54	61,87 ± 15,62
Hayır	21,00 ± 6,63	23,80 ± 3,70	23,40 ± 4,87	68,20 ± 12,09
Test İstatistiği	t=-0,582; p=0,563	t=-0,165; p=0,870	t=-1,377; p=0,173	t=-0,882; p=0,381
HYEA-Sosyal Yaşam				
Evet	19,73 ± 6,69	23,96 ± 3,84	20,06 ± 6,30	63,77 ± 14,47
Hayır	15,28 ± 7,27	19,28 ± 6,77	15,28 ± 7,06	49,85 ± 18,77
Test İstatistiği	t=1,653; p=0,103	t=2,797; p=0,119	t=1,877; p=0,065	**t=2,337; p=0,022**
Nakil Tipi				
Otolog Nakil	18,60 ± 5,19	23,70 ± 2,05	18,00 ± 5,65	60,30 ± 11,19
Allojenik Nakil	19,39 ± 7,11	23,44 ± 4,70	19,84 ± 6,64	62,69 ± 16,07
Test İstatistiği	t=-0,338; p=0,736	t=0,166; p=0,869	t=-0,827; p=0,411	t=-0,450; p=0,654

HYEA: Hastalığın Yaşamı Etkileyen Alanı, F: tek yönlü varyans analizi test değeri, t: bağımsız örneklem t-test değeri, p: anlamlılık düzeyi

Çalışmaya katılan hastaların sosyo-demografik özelliklerinden yaşlarıyla algılanan sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 4-6'da gösterildi. Hastaların yaşları ile ÇBASDÖ toplam puanı ve ölçeğin Aile-ASD, Özel İnsan ASD, Arkadaş-ASD boyutlarına ait puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (p>0,05). Hastaların diğer sosyo-demografik özellikleri ile algılanan sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05).

Tablo 4-6: Hastaların Yaşları ile Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişki

		Aile-ASD	Özel İnsan-ASD	Arkadaş-ASD	ÇBASDÖ
Yaş	r	-0,086	0,118	-0,030	-0,017
	p	0,485	0,339	0,807	0,889

r: Korelasyon Katsayısı; p: Anlamlılık Düzeyi

4.5. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki

Hastaların sosyo-demografik özelliklerinden aile tipi ile KGY, İY ve ÇY boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0,05$). Çekirdek ailede yaşayan hastaların KGY ve İY boyut puan ortalamalarının, geniş ailede yaşayan hastalara kıyasla daha yüksek olduğu tespit edildi. Çekirdek ailede yaşayan hastaların ÇY boyutuna ait puan ortalamalarının, geniş ailede yaşayan hastalara kıyasla daha düşük olduğu tespit edildi (Tablo 4-7).

Tablo 4-7: Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki

Sosyo-Demografik Özellikler		KGY Ort ± SS	İY Ort ± SS	ÇY Ort ± SS	BEY Ort ± SS	SDAY Ort ± SS
Cinsiyet	Kadın	16,28 ± 4,78	9,84 ± 4,03	10,92 ± 3,78	7,76 ± 4,53	7,80 ± 2,04
	Erkek	15,39 ± 3,28	10,16 ± 2,52	10,41 ± 4,53	7,86 ± 3,76	8,25 ± 2,15
	Test istatistiği	t=0,902; p=0,418	t=-0,406; p=0,720	t=0,466; p=0,643	t=-0,098; p=0,922	t=-0,858; p=0,394
Eğitim Durumu	İlkokul	16,42 ± 3,97	10,00 ± 3,04	11,42 ± 3,44	9,21 ± 3,72	8,35 ± 1,98
	Lise	15,34 ± 3,84	10,27 ± 3,33	10,06 ± 4,66	6,75 ± 4,13	7,93 ± 2,21
	Üniversite	14,90 ± 3,85	9,54 ± 3,07	9,90 ± 4,96	7,09 ± 3,75	7,81 ± 2,22
	Test istatistiği	F=0,833; p=0,439	F=0,215; p=0,807	F=0,901; p=0,411	F=3,036; p=0,055	F=0,392; p=0,677
Medeni Durum	Evli	16,03 ± 4,16	10,32 ± 3,08	11,03 ± 4,07	7,86 ± 4,15	8,28 ± 2,02
	Bekar	14,68 ± 2,67	9,12 ± 3,24	9,18 ± 4,63	7,68 ± 3,71	7,43 ± 2,30
	Test istatistiği	t=1,218; p=0,228	t=1,347; p=0,183	t=1,539; p=0,129	t=0,153; p=0,879	t=1,423; p=0,159
Çocuk Sahipliği	Evet	16,07 ± 4,11	10,29 ± 3,04	10,96 ± 4,13	7,88 ± 4,18	8,23 ± 2,00
	Hayır	14,64 ± 2,99	9,29 ± 3,38	9,52 ± 4,54	7,64 ± 3,63	7,64 ± 2,39
	Test istatistiği	t=1,320; p=0,191	t=1,139; p=0,259	t=1,207; p=0,232	t=0,207; p=0,837	t=0,997; p=0,323
Aile Tipi	Çekirdek Aile	16,75 ± 2,89	10,55 ± 2,81	9,91 ± 4,37	8,08 ± 3,98	8,18 ± 2,18
	Geniş Aile	13,05 ± 4,87	8,73 ± 3,61	12,36 ± 3,40	7,15 ± 4,18	7,84 ± 1,92
	Test istatistiği	**t=3,868; p=0,005**	**t=2,198; p=0,031**	**t=-2,193; p=0,032**	t=0,846; p=0,400	t=0,597; p=0,553
HYEA-İş	Evet	15,66 ± 4,10	10,09 ± 3,01	10,92 ± 4,44	7,66 ± 3,68	8,11 ± 2,21
	Hayır	15,80 ± 3,61	9,96 ± 3,38	10,07 ± 3,94	8,07 ± 4,60	8,03 ± 1,96
	Test istatistiği	t=-0,144; p=0,886	t=0,169; p=0,866	t=0,801; p=0,426	t=-0,405; p=0,686	t=0,152; p=0,880
HYEA-Aile	Evet	15,77 ± 3,97	9,98 ± 3,19	10,50 ± 4,35	7,69 ± 4,07	8,15 ± 2,13
	Hayır	15,00 ± 2,91	10,80 ± 2,58	11,80 ± 2,58	9,40 ± 3,36	7,20 ± 1,64
	Test istatistiği	t=0,427; p=0,671	t=-0,556; p=0,580	t=-0,651; p=0,517	t=-0,908; p=0,367	t=0,979; p=0,331
HYEA-Sosyal Yaşam	Evet	15,62 ± 4,05	10,13 ± 3,11	10,88 ± 4,24	7,83 ± 3,94	8,11 ± 2,13
	Hayır	16,57 ± 1,90	9,28 ± 3,49	8,14 ± 3,67	7,71 ± 5,09	7,85 ± 2,03
	Test istatistiği	t=-0,608; p=0,304	t=0,672; p=0,504	t=1,637; p=0,106	t=0,075; p=0,940	t=0,304; p=0,762
Nakil Tipi	Otolog Nakil	14,60 ± 4,35	8,70 ± 3,43	9,70 ± 2,58	6,70 ± 4,29	7,40 ± 1,89
	Allojenik Nakil	15,91 ± 3,81	10,27 ± 3,06	10,75 ± 4,47	8,01 ± 3,98	8,20 ± 2,13
	Test İstatistiği	t=-0,985; p=0,328	t=-1,478; p=0,144	t=-0,725; p=0,471	t=-0,954; p=0,344	t=-1,121; p=0,267

HYEA: Hastalığın Yaşamı Etkileyen Alanı, F: tek yönlü varyans analizi test değeri, t: bağımsız örneklem t-test değeri, p: anlamlılık düzeyi

Çalışmaya katılan hastaların sosyo-demografik özelliklerinden yaşlarıyla stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki Tablo 4-8'de gösterildi. Hastaların yaşları ile SBTÖ'nin SDAY boyutu (r=-0,240) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptandı (p<0,05). Hastaların diğer sosyo-demografik özellikleri ile SBTÖ'nin boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05).

Tablo 4-8: Hastaların Yaşları ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki

		KGY	İY	ÇY	BEY	SDAY
Yaş	r	0,163	0,060	0,093	0,059	-0,240
	p	0,185	0,624	0,453	0,630	**0,049**

r: Korelasyon Katsayısı; p: Anlamlılık Düzeyi

4.6. Hastaların Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki

Hastaların algılanan sosyal destek düzeylerini ve stresle başa çıkma tarzlarını belirleyen boyutlar arasındaki ilişkiler korelasyon analizi ile incelendi (Tablo 4-7). SBTÖ'nin İY boyutu ile ÇBASDÖ'nin toplam puanı ve Aile-ASD boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü korelasyon ilişkisi tespit edildi (p<0,05). Diğer değişkenler arasındaki korelasyon ilişkilerinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı (p>0,05).

Tablo 4-9: ÇBASDÖ ile SBTÖ Puanları Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları

SBTÖ Boyutları		Aile-ASD	Özel İnsan-ASD	Arkadaş-ASD	ÇBASDÖ
KGY	r	0,125	0,084	0,148	0,142
	p	0,309	0,497	0,229	0,248
İY	r	0,282	0,146	0,228	0,263
	p	**0,020**	0,234	0,062	**0,030**
ÇY	r	0,103	0,194	0,134	0,157
	p	0,405	0,113	0,277	0,200
BEY	r	0,080	0,134	0,081	0,108
	p	0,517	0,274	0,512	0,381
SDAY	r	0,059	0,074	-0,063	0,021
	p	0,630	0,548	0,612	0,864

r: Korelasyon Katsayısı; p: Anlamlılık Düzeyi

ÇBSDÖ ile SBTÖ arasındaki ilişki lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi. Yapılan incelemede değişkenler arasında ilişki bulunmadı (p>0,05) (Tablo 4-8).

Tablo 4-10: ÇBASDÖ ile SBTÖ Arasında Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımlı değişken	Bağımsız değişken	ß	t	P	F	Model (p)	R^2
KGY	Sabit	14,024	5,338	0,000	0,490	0,691	0,023
	Aile-ASD	0,020	0,184	0,854			
	Özel İnsan-ASD	-0,007	-0,054	0,957			
	Arkadaş-ASD	0,076	0,627	0,533			
İY	Sabit	7,398	3,598	0,001	1,857	0,146	0,037
	Aile-ASD	0,116	1,398	0,167			
	Özel İnsan-ASD	0,002	0,023	0,982			
	Arkadaş-ASD	0,018	0,191	0,849			
ÇY	Sabit	6,239	2,193	0,032	0,846	0,474	0,007
	Aile-ASD	-0,005	-0,041	0,968			
	Özel İnsan-ASD	0,171	1,161	0,250			
	Arkadaş-ASD	0,022	0,168	0,867			
BEY	Sabit	4,882	1,792	0,078	0,404	0,751	0,027
	Aile-ASD	0,020	0,181	0,857			
	Özel İnsan-ASD	0,121	0,854	0,396			
	Arkadaş-ASD	-0,014	-0,112	0,912			
SDAY	Sabit	7,016	4,994	0,000	1,023	0,388	0,001
	Aile-ASD	0,070	1,233	0,222			
	Özel İnsan-ASD	0,077	1,052	0,297			
	Arkadaş-ASD	-0,106	-1,628	0,108			

ß: Artış Katsayısı, F: One Way Anova test değeri, t: Bağımsız Örneklem t-test değeri, p: Anlamlılık Düzeyi, Model (p): modelin anlamlılık değeri, R^2: açıklayıcılık gücü (determinasyon katsayısı)

5. TARTIŞMA

HKHN, yaşamı tehdit eden birçok kanser türü ve malign olmayan hastalıklar için potansiyel olarak iyileştirici bir tedavidir (Majhail ve ark. 2015). Altmış yıldan fazla bir süre önce başlayan, başlarda son çare olarak görülen HKHN, artık birçok tedavi protokolüne önemli bir parça olarak entegre edilmiştir. Nakil uygulamalarının değişmesiyle bu alandaki hızlı gelişmeler ile uzun süre hayatta kalanların sayısı artmaktadır (Carreras ve ark. 2019). Son zamanlarda transplantasyon sonrası ölüm oranları azaldıkça transplantasyonun psikososyal zorluklarına ve bu zorluklar arasında anksiyete, stres, depresyon, uyku, yalnızlık duygusu gibi konulara değinilmiştir (Janicsák ve ark. 2021). Nakilden önceki dönemde hastanın kaygı düzeyi; kök hücre kaynağına, YDT'nin neden olduğu belirtilere, tedavi sonrası komplikasyonlara, enfeksiyonu önlemek için alınan tedbirler doğrultusunda sosyal izolasyona, sosyal destek kaynaklarına, nakilden sonraki yaşam kalitesinin düzeyine göre farklılık göstermektedir (Karacan, 2011). Literatürde kanser hastalarının sosyal destek düzeyi - stresle başa çıkma tarzları ilişkisine dair çalışmalar mevcuttur (Özdemir ve Arslan 2018; Poreba ve ark. 2020; Yılmaz ve ark. 2015). Ancak HKHN planlanan veya yapılan erişkin hastalarda sosyal destek düzeyi ve stresle başa çıkma tarzlarını ayrı ayrı inceleyen az sayıda çalışmaya ulaşılmıştır (Margolis ve ark. 2019; Liang ve ark. 2019a; Amonoo ve ark. 2021).

Liang ve ark. (2020b)'nın çalışmasında HKHN öncesi ve sonrası sosyal destek düzeyinde önemli değişikliklerin olduğu, hastaların HKHN öncesi sosyal destek algıları yüksek düzeyde olsa da nakil sonrası sürekli bir düşüş gösterdiği belirlenmiştir. Çidem ve Ersin (2019)'in meme kanseri 316 kadın hasta ile yaptıkları çalışmada hastaların algıladıkları sosyal desteğin orta düzeyde olduğu, aileye ait sosyal destek algılarının yüksek, özel insan ve arkadaşa ait sosyal destek algılarının orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Düzen ve Göktaş (2021)'ın akciğer kanseri olan hastalarla gerçekleştirdikleri çalışmada hastaların sosyal destek algılarının orta düzeyde, aileye ait sosyal destek algılarının yüksek düzeyde, özel insan ve arkadaşa ait sosyal destek algılarının düşük düzeyde olduğu bulunmuştur. Meme kanseri olan 428 kadın hasta ile yapılan bir çalışmada, hastaların sosyal destek algılarının yüksek düzeyde olduğu, sosyal desteğin bileşenlerinden aile ve özel insana ait sosyal destek algısının yüksek düzeyde olduğu, arkadaşa ait sosyal destek algısının orta düzeyde olduğu saptanmıştır (Wondimagegnehu

ve ark. 2019). Çalışma sonuçlarımız literatürle paralellik göstermektedir. Bu çalışmada HKHN planlanan kanser hastalarının sosyal destek algılarının yüksek düzeyde olduğu gösterilmiştir. Sosyal desteğin bileşenlerinden özel insan desteğinin aile ve arkadaş desteğinden daha yüksek düzeyde olduğu dikkat çekmektedir. Bu durumun sebebi olarak özel kişinin bireye daha yakın olması ve toplumumuzdaki aile tipinin giderek çekirdek aile yapısına dönüşmesiyle en yakın destekçinin bireyin eşi olması söylenebilir. Hastaların çoğunun evli olması eşlerinden sağladıkları sosyal destek düzeyinin yüksek olmasını desteklemektedir. Çalışmada aileden algılanan sosyal desteğin literatürden farklı düzeyde olması bu çalışmaya katılan hastaların çekirdek aile tipi oranının diğer çalışmalara göre daha az oranda olmasından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca verilerin toplandığı zaman aralığında COVID-19 pandemisi devam ettiğinden insanlar dönem dönem ve uzun süreli sokağa çıkma yasakları nedeniyle evlerinde kalmışlardır. Bu durumun aile bireylerinin uzun süre bir arada kalmaları ile ilişkili olarak hastalara önemli bir destek kaynağı oluşturduğu düşünülmektedir.

Pakyüz, Çaydam ve Şahin (2019)'nin çalışmasında kemoterapi alan kanserli hastaların KGY'ı yüksek; İY ve SDAY'ları orta; ÇY ve BEY'ları ise düşük olduğu gösterilmiştir. Avcı ve Doğan (2014)'ın kanser hastaları ile yaptığı çalışmada hastaların stresle başa çıkma tarzlarından KGY'ın yüksek; İY, BEY ve SDAY'larının orta; ÇY'ın ise düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Bu çalışmada HKHN planlanan kanser hastalarının stresle başa çıkma tarzlarından KGY, BEY ve SDAY'ları sergileme durumları literatürle paralel düzeyde; İY ve ÇY'ları sergileme durumları literatürden daha yüksek düzeydedir. Dolayısıyla bu çalışma ile kanser hastalarının stresle başa çıkma durumlarının literatürle kısmen uyumlu olduğu söylenebilir. Ancak hastaların hem İY hem de ÇY'larını literatüre göre daha fazla yansıttıkları dikkat çekmektedir. Bu durumun sebebinin hastalık sürecinde yaşanan zorlanmalara bağlı olduğu düşünülmektedir. Tıp bilimindeki gelişmelerle hastaların bir yandan yaşam beklentisi artarken bir yandan da hastalık, yoğun tedaviler ve nakil nedeniyle yaşam kalitelerinde azalma olmakta ve hastalar kaygı, korku, umutsuzluk duygularını yaşayabilmektedir (Madani ve ark. 2018). Bu durumda hastaların stresle başa çıkma hem olumlu hem de olumsuz yaklaşımları sergileyebilecekleri söylenebilir.

Calderón ve ark. (2021)'nın yaptıkları çalışmada, kadınların arkadaşlarından gördüğü sosyal desteğin erkeklere oranla daha fazla olduğu ve kadınların erkeklerden

daha çok duygusal desteğe ihtiyaçlarının olduğu; yaş arttıkça algılanan sosyal desteğin azaldığı, 65 yaşın üzerindeki kişilerin algılanan sosyal destek düzeylerinin daha düşük olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada cinsiyet ile algılanan sosyal destek arasında bir ilişkinin bulunmaması; kadınların daha fazla duygusal desteğe ihtiyaçları olmasına karşılık kadın hasta sayısının erkek hasta sayısına kıyasla daha az olması sebebiyle açıklanabilir. Rutkowski ve ark. (2018)'nın yaptığı çalışmaya göre, 50 yaş altı bireylerin sadece sağlık profesyonellerinden değil, aile ve özel insandan da sosyal destek almaya ve sosyal desteğe daha fazla ihtiyaçları olduğu belirtilmiştir. Baş-boyun kanseri olan 400 hastanın sosyal destek düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzlarının incelendiği bir çalışmada, evli olanların bekarlara göre ailelerinden, eşi ve çocuğu ile yaşayanların yalnız yaşayanlara göre özel kişiden aldıkları sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (İsmailoğlu ve Khorshid 2016). Yılmaz ve ark. (2015)'nın 221 jinekolojik kanserli kadın hastalarla yaptığı çalışmaya göre; çalışan, gelir durumu dengeli olan ve eğitim düzeyi yüksek olanların sosyal destek algısı ve olumlu stresle başa çıkma yaklaşımlarının düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada hastaların yaş, medeni durum ve eğitim durumları ile algılanan sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışmaya katılan hasta sayısının az olması sebebiyle çalışma sonuçları etkilenmiş olabilir. Başka bir araştırmada kanser hastalarının daha çok hekimler, aile ve arkadaşlardan sosyal destek almayı tercih ettikleri; psikologlar, sosyal hizmet uzmanları ve din adamları gibi diğer sosyal destek kaynaklarını daha az tercih ettikleri belirlenmiştir (Finck ve ark. 2018). Bu çalışmada algılanan sosyal destek düzeyi yüksek olan hastaların hastalık nedeni ile sosyal yaşamlarının iş ve aile yaşamlarına kıyasla daha fazla etkilendiği görülmüştür. Sosyal açıdan aktif olan ve yeterli desteği gören hastaların hastalık sürecinde sosyal yaşamlarının daha çok sekteye uğradığı söylenebilir. Hastalar tarafından algılanan sosyal desteğin planlanan nakil tipi ile ilişkili olmadığı dikkat çekmektedir. Bu durum her iki nakil sürecinin benzer aşamalardan geçmesi sebebi ile hasta birey açısından bir fark olmamasından kaynaklanmış olabilir.

Taş ve arkadaşlarının 768 hasta ile gerçekleştirdiği, stresin sosyo-demografik özelliklerle ilişkisinin incelendiği bir çalışmada kadınların stres düzeyinin daha fazla, evlilerin daha az olduğu bulunmuştur. İsmailoğlu ve Khorshid (2016)'in çalışmasında erkeklerin stresle başa çıkmada olumlu yaklaşımları (KGY, İY) kadınlara göre daha fazla kullandıkları tespit edilmiş ve bu durum kadınların anksiyete düzeyinin daha yüksek

olması ile ilişkilendirilmiştir. Bu çalışmada hastaların cinsiyet ve medeni durumları ile SBTÖ'nin boyutları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı, ancak sadece aile tipi ile ilişkili olabileceği görülmüştür. Çekirdek ailede yaşayan hastaların stresle daha etkin başa çıkabildiği ve stresle karşılaştıklarında kendilerini daha az çaresiz ve umutsuz hissettikleri düşünülmektedir. Bu durum çekirdek ailede aile üyelerinin hastalık durumunda birbirlerine gösterdikleri ilgi ve desteğin geniş ailedeki gibi ailenin yaşça büyük bireylerine dağılmaması ile açıklanabilir. HKHN öncesi depresyonun nakil sonrası sağ kalım ile ilişkisinin araştırıldığı 7170 hastanın katıldığı bir çalışmada; genç yaşta olma ve kansere bağlı stresin, anksiyete semptomlarını öngördüğü saptanmıştır. (Wang ve ark. 2020). Meme kanseri olan 100 kadın hasta ile yapılan bir çalışmada yaş arttıkça kadınların stresle başa çıkmada güçlük çektiği belirtilmiştir (Özdemir ve Arslan 2018). Bu çalışmada hastaların yaşları arttıkça stresle başa çıkma tarzlarından olan sosyal destek arama yaklaşımını yansıtma durumlarının azaldığının görülmesi yaş arttıkça bireyin içsel dünyasına çekilerek kendini çevresinden soyutlaması, aile üyelerinden gördüğü ilgi ve desteğin azalabilmesi, yaşlılık döneminde kendi kendine yetebilme isteğinin olması nedeniyle açıklanabilir.

Jinekolojik kanserli kadınların algılanan sosyal destek düzeyi ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada; hastaların Aile-ASD, Arkadaş-ASD ve Özel İnsan-ASD düzeylerinin yükselmesi ile stresle başa çıkmada olumlu davranışları geliştirebildikleri bildirilmektedir (Yılmaz ve ark. 2015). Nöroendokrin tümör tanılı 196 hasta ile yapılan bir çalışmada; fiziksel ve mental yaşam kalitesinin kansere bağlı stresle ilişkisi saptanmamış, daha yüksek sosyal desteğin daha az stresle ilişkisi tespit edilmiştir (Haugland ve ark. 2016). İsmailoğlu ve Khorshid (2016)'in çalışmasında baş-boyun kanseri olan hastalar, hastalığın en fazla iletişim problemlerini getirdiğini, fiziksel ve sosyal aktiviteleri etkilediğini ve sosyal desteğin bu zorluklarla başa çıkmada kolaylık sağladığını belirtmiştir. Bu çalışmada stresle başa çıkma yaklaşımlarından İY ile Aile-ASD arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmüştür. Aileden görülen manevi destek düzeyinin fazla olmasının bireyin stres yaratan durumlarla etkin başa çıkabilmesinde ve stresle karşılaştığında daha iyimser tutum sergilemesinde önemli olduğu söylenebilir. HKHN öncesi hastaların sosyal destek düzeyleri ile stresle başa çıkma yaklaşımlarının belirlenmesi, hemşirelerin hastalara stresle başa çıkmalarında destek olmalarına, HKHN süreci hakkında hasta ve ailesini

bilgilendirip onları bu sürece psikolojik olarak hazırlamalarına ve hastaların profesyonel destek için bir uzmana (psikiyatrist, psikolog, manevi destek uzmanı vs.) yönlendirilmelerine yardımcı olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kök hücre nakli planlanan kanser hastaları sosyal desteği en fazla özel kişiden algılamaktadır. Stresle başa çıkmada olumlu yaklaşımları daha fazla kullandıkları; ancak olumsuz yaklaşımları da literatüre kıyasla daha yüksek düzeyde yansıttıkları görülmüştür. Hastaların aile ve özel kişiden algılanan sosyal destek düzeyleri arttıkça stresle başa çıkma tarzları daha olumlu hal almaktadır. Kök hücre nakli öncesi hastaların ailesiyle birlikte bir bütün olarak değerlendirilmesi ve desteklenmesi önerilmektedir. Çalışmanın daha geniş örneklem grubunda yapılmasına ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Aizer, A.A., Chen, M.H., McCarthy, E.P., Mendu, M., Koo, S., Wilhite, T.J., (2013). Marital Status and Survival in Patients with Cancer, *J Clin Oncol*., 1;31(31), 3869-3876.
2. Aksan, A., Gizir, C., (2019). Meme Kanseri Tanısı Almış Kadınların Hastalık Temsilleri ve Başa Çıkma Tarzları ile Kaygı ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi, *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 9(54), 623-658.
3. Aksoy, H., Çevik, H.E., (2021). Kanser Hastasının Sosyal Yönden Değerlendirilmesi ve Sosyal Desteğin Tedavi Başarısına Katkısı, *Türkiye Klinikleri*; p.22-25.
4. Aksoylar, S., Özek, G., Akcan, M., (2020). Verici Kaynakları, Seçimi ve Güvenliği, *Türkiye Klinikleri*, p.18-25.
5. Amonoo, H.L., Johnson, P.C., Dhawale, T.M., Traeger, L., Rice, J., Lavoie, M.W., Ufere, N.N., Longley, R.M., Harnedy, L.E., Clay, M.A., Topping, C.E.W., DeFilipp, Z., Chen, Y.A., El-Jawahri, A., (2021). Sharing And Caring: The Impact of Social Support on Quality of Life and Health Outcomes in Hematopoietic Stem Cell Transplantation. *Cancer*, 127(8),1260-1265.
6. Arat, M., Özçelik, T., (2018). Allojenik Hematopoetik Kök Hücre Transplantasyonu Endikasyonları, *Türkiye Klinikleri J Hematol-Special Topics*, 11(1), 1-7.
7. Ardahan, M., (2006). Sosyal Destek ve Hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(2), 68-75.
8. Asgarpour, H., Acar, D., Balkaya, F., (2020). Üniversite Öğrencilerinin Kök Hücre Bağışına İlişkin Farkındalığı, *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 11(3), 290-297.
9. Avcı, D., Doğan, S., (2014). Kanser Hastalarında Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Sosyal Destek ve Stresle Başa Çıkma Arasındaki İlişki, *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi,* 3(1), p.16-21.
10. Avcılar, H., Saraymen, B., Özturan, O.Ö., Köker, M.Y., (2018). Embriyonik Kök Hücreler ve İndüklenmiş Pluripotent Kök Hücreler, *Asthma Allergy Immunology*, 16,1-10.

11. Ayaz, Ç.M., Altunay, H., Akova, M., (2017). Hematopoetik Kök Hücre Nakli Sonrası Görülen Enfeksiyöz Komplikasyonlar, *Türkiye Clinics Journal Hematol-Special Topics*, 10(4), 297-305.
12. Aydın, A., Kahraman, N., Hiçdurmaz, D., (2017). Hemşirelik Öğrencilerinin Algılanan Sosyal Destek ve Psikolojik İyi Olma Düzeylerinin Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 8(1), 40–47.
13. Bilgin, N., Yıldırım, E., (2017). Kanser Hastası Yakınlarının Algıladığı Sosyal Destek ile Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, *Aydın Sağlık Dergisi*, 3(2), 33-49.
14. Burgazlıoğlu, B., Ursavaş, A., (2017). Kemik İliği Transplantasyonuna Bağlı Gelişen Pulmoner Komplikasyonlar, *Turkiye Klinikleri J Hematol-Special Topics*, 10(4), 283-91.
15. Calderón, C., Ferrando, P.J., Seva, U., Sánchez, D., Montes, A., Lois, M., Basa, M., Rogado, J., Fernández, A., Ferreira, E., Martínez, E., Fonseca, P., (2021). Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) in Cancer Patients: Psychometric Properties and Measurement Invariance, *Psicothema*, 33(1), 131-138.
16. Carreras, E., Dufour, C., Mothy, M., Kröger, N., (2019). Hematopoietic Stem Cell Transplantation and Cellular Therapies The EBMT Handbook, https://doi.org/10.1007/978-3-030-02278-5_30
17. Chou, A.F, Stewart, S., Wild, R.C, Bloom, J.R., (2012). Social Support And Survival In Young Women With Breast Carcinoma. *Psychooncology*, 21(2), 125-33.
18. Çalışkan, T., Duran, S., Karadaş, A., Ergün, S., Tekir, Ö., (2015). Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *KÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 17(1), 27-36.
19. Çavuşoğlu, T., Yılmaz, Ö., Uyanıkgil, Y., Ateş, U., Aktaş, E.Ö., Baka, M., (2017). Türkiye'de Kök Hücre Çalışmaları; Etik ve Hukuki Açıdan Güncel Durum, *Türkiye Klinikleri Dergisi,* 3(2), 95-102.
20. Çetinkaya, F.F., Korkmaz, F., (2019). Algılanan Sosyal Destek ile Stres Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Üniversite Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma, *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 20(1), 91-103.

21. Çidem, F., Ersin, F., (2019). Kadınların Sosyal Destek ve Öz Etkililik Algılarının Meme Kanseri Erken Tanı Davranışlarına Etkisi, *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 16 (3), 183-190.
22. Daştan, N., Buzlu, S., (2018). Kanser Hastalarında Anksiyete ve Depresyon Yönetimi, *Türkiye Klinikleri,* p.21-8.
23. Dedeli, Ö., Fadıloğlu, Ç., Uslu, R., (2008). Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumları ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 23, 132-139.
24. Dirik, G., Yastıbaş, C., (2018). Kanser Tanısı Alan Hastalarda Psikososyal Süreçler, *Türkiye Klinikleri*, p.22-31.
25. Düzen, Ö., Göktaş, S., (2021). Akciğer Kanser Cerrahisi Geçiren ve Adjuvan Kemoterapi Alan Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi, *Sağlık ve Toplum*, 31(3), 153-162.
26. Elbe, H., (2017). Kök Hücre Uygulamalarının Tarihsel Süreci, *Türkiye Klinikleri J Med Ethics Law Hist-Special Topics*, 3(2), 53-60.
27. Eker, D., Arkar, H., Yaldız, H., (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 17-25.
28. Erol, A., Bilir, A., (2017). Hematopoetik Kök Hücre Nakillerinde HLA Doku Tiplemesinin Önemi, *Aydın Sağlık Dergisi*, 3(1), 1-8.
29. Finck, C., Barradas, S., Zenger, M., Hinz, A., (2018). Quality of Life in Breast Cancer Patients: Relationships with Optimism and Social Support. *International Journal of Health and Psychology*, 18(1), 27-34.
30. Güner, İ.C., (2008). Meme Kanseri ve Eşlerin Desteği. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 14, 46-49.
31. Haugland, T., Wahl, A.K., Hofoss, D., Devon, H.A., (2016). Association Between General Self-Efficacy, Social Support, Cancer-Related Stress and Physical Health-Related Quality of Life: A Path Model Study in Patients with Neuroendocrine Tumors, *Health and Quality of Life Outcomes*, 14, 11.
32. Hisli, N., Durak, A., (1995). Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite Öğrencileri İçin Uyarlanması, *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34), 56-73.
33. Ho, D.A., (2019). Evolution of Peripheral Blood Stem Cell Transplantation, *Methods Mol Biol*, 1-10.

34. Idahl, A., Hermansson, A., Lalos, A., (2018). Social Support and Ovarian Cancer Incidence – A Swedish Prospective Population-Based Study. *Gynecologic Oncology*. 149(2), 324-8.
35. İsmailoğlu, E., Khorshid, L., (2016). Baş-Boyun Kanserli Hastaların Stresle Baş Etme Tarzları ve Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi, *Turkiye Klinikleri Journal Nursing Science*, 8(4).
36. Janicsák, H., Ungvari, G.S., Gazdag, G., (2021). Psychosocial Aspects of Hematopoietic Stem Cell Transplantation, *World J Transplant*, 11(7), 263-276.
37. Kaba, İ., (2019). Stres, Ruh Sağlığı ve Stres Yönetimi: Güncel Bir Gözden Geçirme, *Akademik Bakış Dergisi*, p.74-92.
38. Karacan, Y., (2011). Kök Hücre Nakli Sürecinde Yaşanan Psikososyal Sorunlar, *Turkiye Klinikleri J Hem Onc-Special Topics*, 4(2).
39. Karacan, Y., Kapucu, S.S., (2010). Periferik Kök Hücre Naklinde Hastalarda Görülen Anksiyete ve Depresyon. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(1), 77-82.
40. Khaddour, K., Hana, C.K., Mewawalla, P., (2020). Hematopoietic Stem Cell Transplantation, *StatPearls Publishing LLC*, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books.
41. Kriegsmann, K., Wuchter, P., (2019). Mobilization and Collection of Peripheral Blood Stem Cells in Adults: Focus on Timing and Benchmarking, *Methods Mol Biol*., 41-58.
42. Koçubaba, Ş., Tekgündüz, E., (2020). İçinde Can G. (Ed.), Hematopoetik kök Hücre Nakli, *Onkoloji Hemşireliği*, p:224-230.
43. Kuruca, S., Çelik, D.D., Demirel, G., Özerkan, D., (2019). İnsan Periferik Kanından Çok Küçük Embriyonik (VSEL) Kök Hücrelerin Elde Edilmesi ve Tanımlanması, *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi.*
44. Lazarus, R.S., Folkman, S., (1984). İçinde *Stress, Appraisal and Coping*, New York Springer, pp.226-258.
45. Liang, Y., Wang H., Niu M., Zhu X., Cai J., Wang X., (2019a). Longitudinal Analysis of the Relationships Between Social Support and Health-Related Quality of Life in Hematopoietic Stem Cell Transplant Recipients. *Cancer Nurs*, 42(3), 251-257.

46. Liang, Y., Zhou, M., Yu, W., Wang, H., (2020b). Changes in Social Support Among Patients with Hematological Malignancy Undergoing Hematopoietic Stem Cell Transplantation in Souzhou, China. *Indian J Cancer*, 57(3), 253-261.

47. Madani, H., Pourmemari, M., Moghimi, M., Rashvand, F., (2018). Hopelessness, Perceived Social Support and Their Relationship in Iranian Patients with Cancer. *Asia Pac J Oncol Nurs.,* 5(3), 314-319.

48. Majhail, N.S., Farnia, S.H., Carpenter, P.A., Champlin, R.E., Crawford, S., Marks, D.I., et al. (2015). Indications for Autologous and Allogeneic Hematopoietic Cell Transplantation: Guidelines from the American Society of Blood and Marrow Transplantation, 21, s. 1863 – 1869.

49. Margolis, M., Austin, J., Wu, L., Valdimarsdottir, H., Stanton, A.L., Rowley, S.D., Munshi, P.M., Rini, C., (2019). Effects of Social Support Source and Effectiveness on Stress Buffering After Stem Cell Transplant. *Int J Behav Med*, 26(4), 391-400.

50. Notta, F., Doulatov, S., Laurenti, E., Poeppl, A., Jurisica, I., Dick, J.E., (2011). Isolation of Single Human Hematopoietic Stem Cells Capable of Long Term Multilineage Engraftment, *Science* 333, 218-21.

51. Okşak, N., Kuruca, D.S., (2021). Hematopoetik Kök Hücre İzolasyonunda Güncel Yöntemler, *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 84(3), 415-24.

52. Ören, H., (2019). Kök Hücreler, *DEU Tıp Dergisi*, 33(3), 271-280.

53. Özbaş Atlı, A., Yıldırım, N., (2020). İçinde Can G. (Ed.), Onkolojide Tükenmişlik ve Baş Etme, *Onkoloji Hemşireliği*, p:1331-1340.

54. Özdemir, D., Arslan, F., (2018). An Investigation of the Relationship Between Social Support and Coping with Stress in Women With Breast Cancer, *Psycho-Onchology*, 27:9, 2214-2219.

55. Özel, Y., Karabulut, A., (2018). Günlük Yaşam ve Stres Yönetimi, *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 48-56.

56. Öztürk, C., Topçuoğlu, P., Dalva, K., İlhan, O., Özcan, M., (2018). Otolog Kök Hücre Mobilizasyonu Esnasında Febril Atağın Kök Hücre Mobilizasyon ve Hasatı Üzerine Etkisi, *Lösemi-Lenfoma-Myelom Dergisi*, 2(3), 71-76.

57. Öztürk, E.S., Kutlutürkan, S., (2018). Otolog Kök Hücre İnfüzyonu Sırasında Yaşanan Bulantı Kusmanın Yönetiminde Farmakolojik Olmayan Uygulamalar, *Çukurova Medikal Journal Dergisi*, 43(4), 1068-1070.
58. Öztürk, Ş.M., (2018). Allojenik Kök Hücre Transplantasyonunun Uzun Dönemli Etkileri, *Turkiye Klinikleri J Hematol-Special Topics*, 11(1), 102-12.
59. Pakyüz, S., Çaydam, Ö., Şahin, C., (2019). Sitotoksik Kemoterapi Alan Hastalarda Stres Belirtileri ve Düzeyi ile Baş Etme Yöntemleri Arasında İlişki Var mıdır? *Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi (JAREN),* 5(1), 1-9.
60. Poreba, A., Mamcarz, P., Jurek, K., (2020). Social Support as a Moderator Between The Perception of the Disease and Stress Level in Lung Cancer Patients. *Ann Agric Environ Med.,* 27(4), 630-635.
61. Rutkowski, N.A., Lebel, S., Richardson, K., Mutsaers, B., Chasen, M., Feldstain, A., (2018). A Little Help from My Friends: Social Support in Palliative Rehabilitation. *Current Oncology*, 25(6), 358-365.
62. Seval, G., Özcan, M., (2019). İçinde Özsan G.H. (Ed.) Haploidentik Kök Hücre Nakli, *Hematopoetik Kök Hücre Nakli,* Türk Hematoloji Derneği, sy:94-115.
63. Soydan, E., (2018), Verici Seçimi ve Verici Güvenliği, *Türkiye Klinikleri Dergisi, Hematoloji-Special Topics,* 11(1), 120-3.
64. Sürme, Y., (2019). Stres, Stresle İlişkili Hastalıklar ve Stres Yönetimi. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi,* 12(64), 525-529.
65. Tanyeli, A., Aykut, G., Demirel, A., Akçaoğlu, T., (2014). Hematopoetik Kök Hücre Nakli ve Tarihçesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi,* 23(1), 1-7.
66. Taş, F., Karalar, U., Aliustaoğlu, M., Keskin, S., Can, G., Çınar, F.E., (2012). The Major Stressful Life Events and Cancer: Stress History and Cancer, *Medical Oncology*, no.2, pp.1371-1377.
67. Tokdemir, S.S., (2019). Hematopoietik Kök Hücre: Dünü, Bugünü ve Yarını, *Türkiye Klinikleri Dergisi,* p.69- 78.
68. Tombuloğlu, M., (2019). İçinde Özsan G.H. (Ed.) Hematopoetik Kök Hücre Nakli Sonrası Geç Yan Etkiler, *Hematopoetik Kök Hücre Nakli Kitabı*, sy: 203-210.
69. Uğur, M.C., Taşkıran, E., Akar, H., (2017). Benign Hematolojik Hastalıklarda Hematopoetik Kök Hücre Nakli, *FNG & Bilim Tıp Transplantasyon Dergisi,* 2(1), 14-20.

70. Uzay, A., Kartı, S.S., (2020). Allojenik Kemik İliği Transplantasyonunda Post-Transplant Dönemleri, İmmün Rekonstrüksiyon ve Enfeksiyon Riskleri,*Türkiye Klinikleri*, p.1-12.
71. Ünal, A., Birekul, A., (2019). İçinde Özsan G.H. (Ed.) Kök Hücre Toplanması ve Saklanması, *Hematopoetik Kök Hücre Nakli Kitabı*, sy:28-38.
72. Wang, S.M., Park, S.S., Park, S.H., Kim, N.Y., Kang, D.W., Na, H.R., Lee, J.W., Han, S., Lim, H.K., (2020). Pre-Transplant Depression Decreased Overall Survival of Patients Receiving Allogeneic Hematopoietic Stem Cell Transplantation: A Nationwide Cohort Study, Scientific Reports Volume 10, Article Number: 15265.
73. Wondimagegnehu, A., Abebe, W., Abraha, A., Teferra, S., (2019). Depression and Social Support Among Breast Cancer Patients in Addis Ababa, Ethiopia, *BMC Cancer*, 19, 839.
74. Yıldırım, N., (2020). İçinde Can G. (Ed.), Psikososyal Bakım, *Onkoloji Hemşireliği*, p:1315-1329.
75. Yıldız, K., Dirik, D., (2019). Algılanan Sosyal Destek ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişkide Algılanan Öz Yeterliliğin Rolü, *Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi,* 17(2), 132-144.
76. Yılmaz, S., Bal, M., Beji, N., Arvas, M., (2015). Jinekolojik Kanser Hastalarında Stresle Başa Çıkma Yolları ve Algılanan Sosyal Destek, *Kanser Hemşireliği*, 38(2), 57-62.
77. Yiğitbaş, Ç., Bulut, A., Günseli, S., (2019). Algılanan Sosyal Destek ile Empatik Eğilim ve Empatik Beceri Arasındaki İlişki, *Euras J Fam Med*, 8(4), 155-64.
78. Yurdakul P., Karadağ F., Beksaç M., (2018). Kordon Kanı Bankacılığı ve Kordon Kanı Nakilleri, *Türkiye Klinikleri Dergisi,* 11(1), 60-7.
79. Yüksel, M., (2018). Allojenik Hematopoetik Kök Hücre Nakli Sonrası İmmün Sistemin Yeniden Yapılanması, *Türkiye Klinikleri J Hematol-Special Topics,* 11(1), 30-5.
80. Zimet, G.D., Dahlem, W.N., Zimet, F.G., Farley, G.K., (1988). The Multidimentional Scale of Perceived Social Support, *Journal of Personality Assesment,* 52(1), 30-41.

FORMLAR

EK-1. Hasta Bilgi Formu

Bu araştırma, hematopoetik kök hücre nakli planlanan kanser hastalarının algılanan sosyal destek düzeylerini belirlemek, stresle başa çıkma tarzlarını saptamak ve hastaların algıladıkları sosyal desteğin stresle başa çıkma tarzlarına etkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı-ilişki arayıcı tasarım olarak planlanmıştır. Bu doğrultuda size yönlendireceğimiz bazı sorular olacaktır. Soruları içtenlikle cevaplayacağınıza inanıyoruz. Teşekkür ederiz.

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Arzu ERKOÇ

Yüksek Lisans Öğrencisi: Sümeyye İBRAHİMOĞLU

Anket No: Tarih:

1.Yaşınız ……

2.Cinsiyetiniz

a) Kadın b) Erkek

3. Öğrenim Durumunuz

a) İlkokul b) Lise c) Üniversite d) Yüksek lisans e) Doktora

4. Medeni Durum

a) Evli b) Bekar

5. Çocuğunuz var mı?

a) Evet b) Hayır

6. Mesleğiniz: …….

7. Aile Tipiniz nedir?

a) Çekirdek Aile b) Geniş Aile c) Yalnız Yaşıyorum

8. Tanı: ……

9. Hastalığın Yaşamınızı Etkilediği Alanlar Nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

☐İş ☐Aile ☐Sosyal Yaşam ☐Diğer ……

10. Planlanan Nakil Tipi?

a) Otolog Nakil b) Allojenik Nakil c) Sinjeneik (İkiz Kardeş) Nakil

11. Planlanan Nakil Türü?

a) Kemik İliği Nakli

b) Periferik Kök Hücre Nakli

EK-2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

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

1. **Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya çalışır.**

   Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

2. **İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım.**

   Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

3. **Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.**

   Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

4. **İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.**

   Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

5. **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

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

   Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

7. **Sorunlarımı ailemle (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim.**

   Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

8. **Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.**

   Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

9. **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

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

    Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

11. **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

12. **Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.**

    Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

EK-3. Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği

Bu ölçek kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarımızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size uygun değilse %0'ın altına, çok uygun ise %100'ün altına işaret koyun.

Bir sıkıntım olduğunda...	*%0*	*%30*	*%70*	*%100*
1- Kimsenin bilmesini istemem	( )	( )	( )	( )
2- İyimser olmaya çalışırım	( )	( )	( )	( )
3- Bir mucize olmasını beklerim	( )	( )	( )	( )
4- Olayları büyütmeyip üzerinde durmaya çalışırım	( )	( )	( )	( )
5- Başa gelen çekilir diye düşünürüm	( )	( )	( )	( )
6- Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım	( )	( )	( )	( )
7- Kendimi kapana sıkışmış gibi hissediyorum	( )	( )	( )	( )
8- Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım	( )	( )	( )	( )
9- İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem	( )	( )	( )	( )
10- Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendime bulurum	( )	( )	( )	( )
11- Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam	( )	( )	( )	( )
12- Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım	( )	( )	( )	( )
13- İş olacağına varır diye düşünüyorum	( )	( )	( )	( )
14- Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunu için uğraşırım	( )	( )	( )	( )
15- Problemin çözümü için adak adarım	( )	( )	( )	( )
16- Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum	( )	( )	( )	( )
17- Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım	( )	( )	( )	( )
18- Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım	( )	( )	( )	( )
19- Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım	( )	( )	( )	( )
20- Problemi/Problemleri adım adım çözmeye çalışırım	( )	( )	( )	( )
21- Mücadeleden vazgeçerim	( )	( )	( )	( )
22- Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm	( )	( )	( )	( )
23- Hakkımı savunabileceğime inanırım	( )	( )	( )	( )
24- Olanlar karşısında "kaderim buymuş" derim	( )	( )	( )	( )
25- "Keşke daha güçlü olsaydım" diye düşünürüm	( )	( )	( )	( )
26- Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissederim	( )	( )	( )	( )
27- "Benim suçum ne" diye düşünürüm	( )	( )	( )	( )
28- "Hep benim yüzümden oldu" diye düşünürüm	( )	( )	( )	( )
29- Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım	( )	( )	( )	( )
30- Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır	( )	( )	( )	( )

ETİK KURUL KARARI

KURUM İZNİ

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Sümeyye	**Soyadı**	İBRAHİMOĞLU
Doğ.Yeri		**Doğ.Tar.**	
Uyruğu		**TC Kim No**	
Email		**Tel**	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mez. Yılı**
Doktora		
Yüksek Lisans	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa – Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı	2018 – 2022
Lisans	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi	2014 – 2018
Lise	Kağıthane Anadolu Lisesi	2010 – 2014

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1.	Hemşire	Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH – Hematoloji – Romatoloji Servisi	Şubat 2020 – devam ediyor
2.	Hemşire	Amerikan Hastanesi Onkoloji-Hematoloji Servisi	Temmuz 2018 – Ocak 2020
3.			-

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**KPDS/ÜDS Puanı**	**(YÖKDİL) Puanı**
İngilizce	İyi	Orta	İyi	-	68

***Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
ALES Puanı (2020)	86,21	85,24	83,33
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
Microsoft Office Programları	ORTA
IBM SPSS Statistics 22	ORTA

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri

Yayınlar\Çalışmalar

Çam F., İbrahimoğlu S., Sağlık Çalışanlarında Koronavirüs-19 Fobisinin İncelenmesi, 5. Uluslararası COVID-19 Çalışmaları Kongresi, Sözel Bildiri, Ankara 2021.

İncekar M., Yurddaş B., Gökkaya E., İbrahimoğlu S., Yıldız S., (2020). Pediatri Hemşirelerinin Duygusal Zeka Düzeyleri ile Mizah Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi (JAREN), 6(1): 21-29.

İncekar M., Yurddaş B., Gökkaya E., İbrahimoğlu S., Yıldız S., (2018). Pediatri Hemşirelerinin Duygusal Zeka Düzeyleri ile Mizah Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, 17. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Konresi, Çanakkale 18 Mart Üniversitesi, Poster Bildiri, Çanakkale.

Kurslar

SPSS Analizi Eğitimi, UltraAkademi, Kasım 2021

İyi Klinik Uygulamalar (Good Clinical Practises), NOVARTİS, Ekim 2021

İlk Yardımcı Belgesi, KIZILAY, 2020.