

**T.C.  
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ  
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**CERRAHİ TEDAVİ UYGULANAN KOLOREKTAL  
KANSERLİ HASTALARIN SOSYAL DESTEK ve  
PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK DÜZEYLERİ  
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

**Tezi Hazırlayan  
Hatice ÇAKIR**

**Tez Danışmanı  
Dr. Öğr. Üyesi Gülden KÜÇÜKAKÇA ÇELİK**

**Hemşirelik Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Tezi**

**Ağustos 2019  
NEVŞEHİR**



**T.C.  
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ  
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**CERRAHİ TEDAVİ UYGULANAN KOLOREKTAL  
KANSERLİ HASTALARIN SOSYAL DESTEK ve  
PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK DÜZEYLERİ  
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

**Tezi Hazırlayan  
Hatice ÇAKIR**

**Tez Danışmanı  
Dr. Öğr. Üyesi Gülden KÜÇÜKAKÇA ÇELİK  
Dr. Öğr. Üyesi Rabiye ÇIRPAN**

**Hemşirelik Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Tezi**

**Ağustos 2019  
NEVŞEHİR**

## KABUL ve ONAY SAYFASI

Dr. Öğr. Üyesi Gülden Küçükakça Çelik (1. Danışman) ve Dr. Öğr. Üyesi Rabiye Çırpan (2. Danışman) danışmanlığında **Hatice Çakır** tarafından hazırlanan "Cerrahi Tedavi Uygulanan Kolorektal Kanserli Hastaların Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

08.08.2019

### JÜRİ

Başkan : Dr. Öğr. Üyesi Seçil Taylan



İmza

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Gülden Küçükakça Çelik



İmza

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Kezban Koraş Sözen



İmza

### ONAY

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun 20.08.2019...tarih ve 50-488.. sayılı kararı ile onaylanmıştır.

20.08.2019  
Prof. Dr. Şahin ÖZTÜRK  
Enstitü Müdürü



## TEZ BİLDİRİM SAYFASI

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada yer alan bütün bilgilerin bilimsel ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu ve bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.

Hatice ÇAKIR



## TEŞEKKÜR

Çalıőmamın planlanması, uygulanması ve nihai olarak gerçekleştirilmesinde, değerli bilgilerini benimle paylaőan, danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Gülden KÜÇÜKAKÇA ÇELİK'e, ilgisi ve eğitimi me kattığı engin bilgilerden dolayı őükranlarımı sunarım. Tez danıőmanım olduğu için kendimi őanslı hissediyorum.

Tezi yürütürken beni motive eden ve cesaretlendiren Kayseri şehir Hastanesi Genel Cerrahi Yoğun Bakım'daki çalışma arkadaşlarıma, veri toplama aşamasında desteklerini esirgemeyen cerrahinin değerli asistanlarına ve uzmanlarına teşekkür ederim.

Eğitimim boyunca beni destekleyen, her anıma tanıklık eden, sevgili aileme bana sabır gösterdikleri için sonsuz teşekkür ederim.

Hemşire Hatice ÇAKIR

**CERRAHİ TEDAVİ UYGULANAN KOLOREKTAL KANSERLİ  
HASTALARIN SOSYAL DESTEK ve PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK  
DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

**(Yüksek Lisans Tezi)**

**Hatice ÇAKIR**

**NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ  
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**Ağustos 2019**

**ÖZET**

Cerrahi tedavi uygulanan kolorektal kanserli hastaların sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırma, tanımlayıcı-kesitsel ve ilişki arayıcı niteliktedir. Araştırmanın evrenini Ekim 2018-Haziran 2019 tarihleri arasında bir devlet hastanesinin Genel Cerrahi, Gastro Cerrahi ve Onkolojik Cerrahi Kliniklerinde yatan, kolorektal kanser nedeniyle ameliyat olan 115 hasta oluşturdu ve belirtilen tarihlerde araştırma kriterlerine uyan 103 hasta, çalışmanın örneklemini oluşturdu. Veri toplama aracı olarak; Tanıtıcı Özellikler Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Connor-Davidson Psikolojik Sağlık Ölçeği kullanıldı ve hasta taburcu olmadan hemen önce uygulandı. Çalışmada elde edilen veriler; IBM SPSS Statistics 22 programında analiz edildi. Veriler; ortalama, standart sapma, frekans, Mann Whitney U, Kruskal Wallis, Shapiro-Wilk, post-hoc Games Howell, Pearson Korelasyon Analizi ve Doğrusal Regresyon Analizi ile değerlendirildi. Araştırma bulgularında; hastaların, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam ve aile, arkadaş, özel insan alt grup puanlarının sırasıyla;  $67.78 \pm 24.61$ ,  $25.29 \pm 6.82$ ,  $21.33 \pm 10.22$ ,  $21.15 \pm 10.23$  olarak belirlendi. Connor-Davidson Psikolojik Sağlık Ölçek toplam puanları iyi düzeyde ve  $78.68 \pm 20.35$  olarak saptandı. Erkeklerin ve evli olanların aileden, arkadaştan ve özel insandan algıladıkları sosyal destek düzeylerinin ve psikolojik dayanıklılıklarının daha yüksek, okuryazar olmayanların ise daha düşük olduğu belirlendi ( $p < 0.05$ ). Geliri giderinden fazla olan ve çalışan, evde eşi ve çocukları ile yaşayan hastaların tüm boyutlarda sosyal destek düzeyinin yüksek olduğu saptandı. 30-49 yaş aralığında olan hastaların ise algılanan özel insan desteği puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p < 0.05$ ).

Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ile aile desteği ve özel insan desteği arasında çok güçlü bir ilişki olduğu saptandı ( $p<0.01$ ). Özel insan desteğinden meydana gelen bir birimlik artışın psikolojik dayanıklılıkta, yaklaşık 1 puanlık artışa neden olduğu belirlendi ( $p:0.014$ ;  $p<0.05$ ). Çalışma sonuçları doğrultusunda; kolorektal kanser nedeni ile cerrahi uygulanan hastalara sunulacak sosyal desteğin, psikolojik dayanıklılığı artırmada önemli rol oynayabileceği söylenebilir.

**Anahtar kelimeler** : *Kolorektal Kanser, Cerrahi Tedavi, Sosyal Destek, Psikolojik Dayanıklılık, Hemşirelik*

**Tez Danışmanı** : **Dr. Öğr. Üyesi Gülden Küçükakça Çelik**

**Sayfa Adedi** : **96 sayfa**



**IDENTIFYING THE RELATION BETWEEN SOCIAL SUPPORT AND THE  
PSYCHOLOGICAL RESILIENCE LEVELS OF THE PATIENTS HAVING  
HAD A SURGICAL OPERATION FOR COLORECTAL CANCER**

**(M. Sc. Thesis)**

**Hatice ÇAKIR**

**NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ UNIVERSITY  
GRADUATE SCHOOL OF APPLIED SCIENCES**

**August, 2019**

**ABSTRACT**

With the aim of identifying the relationship between social support and the psychological resilience levels of the patients who have had a surgical operation for colorectal cancer, the present study is of a descriptive nature and in pursuit of establishing correlation. The participants of the study consisted of 115 patients, but 103 of them proved to be the right samples for the study, who received surgical operations for colorectal cancer and were in-patients in general surgery clinic, gastro-surgery clinic, and oncological surgery clinic in a public hospital from October 2018 to June 2019. The Data, Self-description Form, and Multi-Dimensional Perceived Social Support Scale were gathered before the patients were discharged from the hospital. The data were analyzed with the help of IBM SPSS Statistic 22 to conduct Mann Whitney U, Kruskal Wallis, Shapiro-Wilk, post-hoc Games Howell, and Pearson Correlation Analysis. Multidimensional Perceived Social Support Scale overall score, family score, friends score, and special person sub-group score were  $67.78 \pm 24.61$ ,  $25.29 \pm 6.82$ ,  $21.33 \pm 10.22$ ,  $21.15 \pm 10.23$ , respectively. Their score of Connor- Davidson Psychological Resilience Scale ( $78.68 \pm 20.35$ ) was at a considerable level. The patients who were men and married showed a higher level of psychological resilience and perceived social support from family, friends and special person than illiterate people ( $p < 0.05$ ). The patients with a job whose income is higher than their expenses and those who live with their spouses and children proved to have a higher level of social support in all dimensions. The average difference in the score of perceived special person support for those aged between 30-49 was statistically significant ( $p < 0.05$ ). We found a strong relationship between of Connor- Davidson Psychological Resilience Scale, family support and special person support ( $p < 0.01$ ). An increase of 1 unit in special

person support triggered an increase of 1 unit in psychological resilience ( $p:0.014$ ;  $p<0.05$ ). In line with the results of the study, social support provided to patients who have had colorectal cancer surgery can play a significant role in building up psychological resilience.

**Key Words** : *Colorectal Cancer, Surgery Treatment, Social Support, Psychological Resilience, Nursing*

**Thesis Supervisor** : **Dr. Gülden KÜÇÜKAKÇA ÇELİK**

**The number of Pages** : **96 pages**



## İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI .....	i
TEZ BİLDİRİM SAYFASI .....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER .....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	xi
KISALTMALAR .....	xii
1. BÖLÜM	
GİRİŞ .....	1
2. BÖLÜM	
GENEL BİLGİLER .....	5
2.1. Kolorektal Kanserler .....	5
2.1.1. Epidemiyolojisi .....	5
2.1.2. Etiyolojisi ve Risk Faktörleri .....	6
2.1.3. Klinik Belirti ve Bulguları .....	8
2.1.4. Tarama ve Tanılama Yöntemleri .....	8
2.1.5. Tümörün Evrenmesi.....	9
2.2. Kolorektal Kanserlerde Tedavi Yöntemleri.....	11
2.2.1. Radyoterapi .....	11
2.2.2. Kemoterapi.....	11
2.2.3. Cerrahi Tedavi .....	12
2.3. Kolorektal Kanser Cerrahisinin Psikososyal Yönü.....	14
2.3.1. Psikolojik Dayanıklılık ve Önemi.....	15
2.3.2. Sosyal Destek Düzeyi ve Önemi.....	16
2.3.3. Algılanan Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılığı Sağlamada Hemşirenin Rolü.....	17

3. BÖLÜM	
MATERYAL VE METOD .....	20
3.1. Araştırmanın Tipi.....	20
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri .....	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme .....	20
3.5. Verilerin Toplanması .....	21
3.5.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması.....	21
3.5.1.1. Tanıtıcı Özellikler Formu .....	21
3.5.1.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ).....	22
3.5.1.3. Connor-Davidson Psikolojik Sağlık Ölçeği (CDPSÖ) .....	22
3.5.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	22
3.5.2.1. Ön uygulama.....	23
3.6. Araştırmanın Değişkenleri .....	23
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi .....	24
3.8. Araştırmanın Etik ilkeleri .....	24
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	24
4. BÖLÜM	
BULGULAR .....	25
5. BÖLÜM	
TARTIŞMA .....	39
6. BÖLÜM	
SONUÇ VE ÖNERİLER .....	47
6.1. Sonuç.....	47
6.2. Öneriler .....	48
KAYNAKLAR .....	50
EKLER.....	66
ÖZGEÇMİŞ .....	80

## TABLULAR LİSTESİ

Tablo 2.1. AJCC KRK Evreleme Sistemi .....	10
Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı .....	25
Tablo 4.3. Hastaların ÇBASDÖ ve CDPSÖ Toplam- Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı .....	28
Tablo 4.4. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine göre ÇBASDÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	29
Tablo 4.5. Hastaların Hastalık ve Cerrahi İşlem Özelliklerine göre ÇBASDÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması [N=103] .....	32
Tablo 4.6. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine göre CDPSÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması [n=103] .....	34
Tablo 4.7. Hastaların Hastalık ve Cerrahi İşlem Özelliklerine göre CDPSÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması [N=103] .....	35
Tablo 4.8. CDPSÖ ile ÇBASDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki [N=103] .....	36
Tablo 4.9. Tanıtıcı Özelliklerin ve ÇBASDÖ Toplam ve Alt Boyutu Puanlarının CDPSÖ Puanı Üzerine Olan Etkisinin Doğrusal Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi [N=103] .....	37
Tablo 4.10. ÇBASDÖ Toplam ve Alt Boyutu Puan Ortalamalarının CDPSÖ Puanı Üzerine Olan Etkisinin Doğrusal Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi [N=103] .....	37

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Çalışmanın kuramsal yapısı ve değişkenler .....23



## KISALTMALAR

<b>AJCC</b>	: (The American Joint Committee On Cancer) Kanser Ortak Komitesi
<b>BT</b>	: Bilgisayarlı Tomografi
<b>CDPDSÖ</b>	: Connor-Davidson Psikolojik Sağlık Ölçeği
<b>Cox-2</b>	: Siklooksijenaz
<b>ÇBASDÖ</b>	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
<b>FAP</b>	: (Familial Adenomatöz Polipozis) Ailesel Adenomatöz Polipozis
<b>GA</b>	: Güven Aralığı
<b>GGKT</b>	: Gaytada Gizli Kan Testi
<b>GLOBOCAN</b>	: Global Cancer Incidence, Mortality and Prevalence (Küresel Kanser İnsidansı, Mortalite ve Prevalans)
<b>İBH</b>	: İnflamatuar Bağırsak Hastalığı
<b>İGE</b>	: İnsani Gelişme Endeksi
<b>KRK</b>	: Kolorektal Kanser
<b>MRI</b>	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
<b>NANDA</b>	: North American Nursing Diagnosis Association (Kuzey Amerika Hemşirelik Tanı Derneği)
<b>NSAID</b>	: Nonsteroid Anti-Enflamatuar ilaçlar
<b>Ort</b>	: Ortalama
<b>P</b>	: Anlamlılık düzeyi
<b>PET</b>	: Pozitron- Emisyon Tomografisi
<b>SH</b>	: Standart Hata
<b>SS</b>	: Standart Sapma
<b>TNM</b>	: Tümör- Nod- Metastaz
<b>UICC</b>	: International Association of Cancer (Ulusal Kanser Birliği)

# 1. BÖLÜM

## GİRİŞ

Kanser, dünya çapında giderek artan bir halk sağlığı sorunu olup, ölümlerin önde gelen nedenleri arasında yer almaktadır [1]. 2015 yılında 8.7 milyondan fazla insan kanser nedeni ile yaşamını yitirmiş ve kanser kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci önemli ölüm sebebi olmuştur [2]. Kanser 2030 yılına kadar ise görülme oranının 26.4 milyona ulaşarak, ilk ve en önemli ölüm nedeni olacağı tahmin edilmektedir [1,3,4].

Dünyada kanserden ölüm oranlarına baktığımızda tüm kanserlerin %22.7'sini oluşturan sindirim sistemi kanserleri yer almaktadır ve bunların çoğunluğunu kolorektal kanserler oluşturmaktadır. Kolorektal kanserler, kadınlarda meme kanserinden; erkeklerde akciğer ve prostat kanserinden sonra en sık görülen kanser türlerindedir [5]. Kolorektal kanser, en yaygın kanser ölümlerinin üçüncü nedeni olarak kabul edilmektedir [5-9]. Son 30 yıla bakıldığında, iki kattan daha fazla kolorektal kanser vakası rapor edildiği görülmektedir. Buna paralel olarak da kolorektal kanser kaynaklı ölüm oranının artmaya devam edeceği öngörülmektedir [9].

Kolorektal kanserler özellikle gelişmiş ülkelerde her yıl 550000'den fazla ölüme sebep olan önemli bir sağlık sorunu olarak görülmektedir [10]. Ancak son yıllarda hastaların demografik özellikleri önemli ölçüde değişim göstermiştir [9]. Dolayısıyla bir zamanlar gelişmiş ülkelerin bir hastalığı olarak bilinen kolorektal kanserlerin, günümüzde gelişmekte olan ülkelerde de önemli bir etkiye sahip olduğu görülmektedir [4,5,11,12].

Gelişmekte olan ülkeler arasında yer alan Türkiye'de de kolorektal kanserler en sık görülen kanser türleri arasında yer almaktadır. Kadınlarda görülme sıklığı 100 bin de 10.2 ile 5. sırada, erkeklerde 100 bin de 21 ile 4. sırada yer almaktadır [5]. Bu veriler, teknolojik gelişmelerin paralelinde farklı tedavi seçenekleri olmasına rağmen, kolorektal kanserlerin en önemli sağlık sorunu olarak önemini koruduğunu göstermektedir.

Kolorektal kanserlerin tedavi seçenekleri cerrahi, radyoterapi ve kemoterapiyi içerir. Cerrahi tedavi, bu kanser türü için halen tedavi edici olma özelliğini korumaktadır [6]. Cerrahi tedavi; geçici ya da kalıcı nitelikte açılan stoma cerrahisini veya anastomoz (kolonun rektumun yeniden bağlanması) cerrahisini içermektedir. [7,13].



Kolorektal cerrahi yöntemleri, tedavi edici özelliğinin yanı sıra, bireyin boşaltım gibi önemli bir vücut fonksiyonunu değiştirme [14] ve beden imajını etkileme gibi olumsuz sonuçlara da yol açabilen işlemlerdir [7]. Özellikle cerrahi tedavi sonrası, kolorektal kanser hastaları arasında; düşük benlik saygısı, sosyal izolasyon, depresyon ve hatta intihar eğilimleri gibi bir çok psikososyal sorunlarında görülebileceği belirtilmektedir [15]. Dolayısıyla, hem kanser hem de cerrahi tedavi gibi travmatik durumların sonucu olarak gelişen psikososyal sorunlar, kişinin istenmeyen olaylarla başa çıkma düzeyini olumsuz etkileyecektir [7,16]. Kanserli hastalar ile yapılan çalışmalar, hastaların yaşam kalitesini azaltan ve tedaviye uyumunu önemli ölçüde engelleyen duygusal stres (çoğunlukla anksiyete ve depresyon) yaşadıklarını doğrulamıştır [17-20].

Duygusal stres, hemşirelik bakımında son derece önemli bir kavramdır. Kuzey Amerika Hemşirelik Tanı Derneği (NANDA- North American Nursing Diagnosis Association) tarafından “kişinin tüm varlığına yayılan ve onun biyolojik ve psikolojik doğasını bütünleştiren yaşam prensibinde kesinti” olarak tanımlanır [21]. Duygusal stres insan yaşamını etkileyen önemli bir kavram olmasına rağmen hem hekimler hem de hemşireler psikolojik komorbiditeye dikkat etmeden sadece kanser tedavisine odaklanmaktadır [19]. Oysaki yapılan çalışmalar, tedavi sürecinde kanser hastalarını psikolojik dayanıklılık yönünden değerlendirmenin, yaşam kalitesini ve sağ kalım oranını artırdığını belirtmektedir [1,7,9,22-24].

Psikolojik dayanıklılık, bireyin bir felaket ya da baskıdan hızla kurtulmasına yardımcı olan bir dizi yetenek ve özellik olarak tanımlanır [19]. Diğer bir tanımla, kişinin aşırı stres yaratan bir durumu izleyen süreçte fiziksel ve psikolojik iyi oluş halini sürdürmesidir [12]. Araştırmalar, psikolojik olarak dayanıklı kişilerin travma ya da strese maruz kaldıklarında iyimser, umutlu, neşeli gibi ortak kişilik özelliklerine sahip olduklarını göstermektedir [21,25]. Solona ve arkadaşlarının KRK’li 44 hasta ile yapmış oldukları bir çalışmada; hastalardan 20’sinin depresif belirtiler gösterdiğini, bu belirtileri gösteren hastaların da daha düşük psikolojik dayanıklılık ve umut düzeyine sahip oldukları ve daha yüksek düzeyde acı çektikleri belirlenmiştir [21]. Kanser tedavisinden sonra yapılan çalışmalar, psikolojik dayanıklılığın yaşam kalitesi üzerindeki önemini vurgulamaktadır.[26-28]. Bu bağlamda, psikolojik dayanıklılık özellikle kanser türleri arasında sık görülen ve bireyler üzerinde ciddi fiziksel ve psikososyal etkilere sahip oldukları bilinen kolorektal kanserli hastalarda umut verici olarak görülmektedir. Bu nedenle, duygusal stresin üstesinden gelebilmek için psikososyal müdahaleler yapılması gerektiği belirtilmektedir [1].

Duygusal stres ile baş edebilmede psikolojik dayanıklılık, umut gibi içsel faktörlerin yanı sıra sosyal destek gibi dış faktörlere de gereksinim duyulmaktadır. Sosyal destek kavramı ise genel olarak algılanan rahatlık, bakım, yardım ve bireyin diğerlerinden aldığı saygınlık olarak tanımlanmaktadır [23]. Sosyal yönden destekleyici kişilerarası ilişkilerin varlığı da, kanserli hastalarda iyilik hali ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkileme potansiyeline sahiptir [1,9]. Costa ve arkadaşları kolorektal kanserli hastalarla yapmış oldukları çalışmada, psikolojik dayanıklılığın ve sosyal desteğin, yaşam kalitesi üzerinde olumlu yönde etkisi olduğunu belirlemişlerdir [9]. Ristevska-Dimitrovska ve ark.218 meme kanseri hastasıyla yaptıkları çalışmada psikolojik dayanıklılığı yüksek olan hastaların hemen hemen tüm yönleriyle yaşam kalitelerinin daha iyi olduğunu belirlemişlerdir [22]. Nitekim literatürde sosyal desteğin, psikolojik dayanıklılık ile yakından ilişkili olduğu ve psikolojik strese karşı koruyucu bir rol oynadığı belirtilmektedir [19,24].

Cerrahi uygulanan kolorektal kanserli hastaların iyileşme ve bakım süreçlerinde yanında olan cerrahi hemşirelerinin, temel görevlerinden biri hastayı holistik bir bakış açısıyla değerlendirmek ve bu süreçte hastalarda görülebilecek anksiyete, depresyon, umutsuzluk gibi psikolojik stresten korumaktır. Böylece, hastaların psikolojik dayanıklılıklarını etkileyen risk faktörleri karşısında olumsuz etkilenmesinin önüne geçilebilir [6]. Ayrıca ailesel ve çevresel sosyal destek ile stresin azaltılması hedeflenerek, hastaların psikolojik dayanıklılıklarını artırmak için stratejiler geliştirmek, hemşireler tarafından önem verilmesi gereken bir konudur [9].

Bu doğrultuda çalışma, cerrahi tedavi uygulanan kolorektal kanserli hastalarda sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapıldı.

## **Araştırma Soruları**

1. Cerrahi tedavi uygulanan kolorektal kanserli hastaların sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık düzeyi nedir?
2. Cerrahi tedavi uygulanan kolorektal kanserli hastaların sosyal destek düzeyi ile demografik özellikleri arasında fark var mıdır?
3. Cerrahi tedavi uygulanan kolorektal kanserli hastaların psikolojik dayanıklılık düzeyi ile demografik özellikleri arasında fark var mıdır?
4. Cerrahi tedavi uygulanan kolorektal kanserli hastalarda sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
5. Cerrahi tedavi uygulanan kolorektal kanserli hastaların sosyo-demografik özellikleri, algılanan sosyal destek düzeyleri ve psikolojik dayanıklılıkları arasında ki ilişkinin gücü nedir?

## 2. BÖLÜM

### GENEL BİLGİLER

#### 2.1. Kolorektal Kanserler

Kolorektal kanser (KRK), kolon ve rektumda bulunan normal yapıdaki epitel hücrelerin düzensiz bir şekilde değiştiği ve kontrolsüzce büyüdüğü bir hastalıktır. Genetik analiz sonuçları, bu lokasyondaki tümörlerin genetik olarak aynı onkolojik patolojiye sahip olduğunu göstermektedir [29,30]. “Klasik kolorektal kanser oluşumu modeli”nde, kanserlerin büyük çoğunluğu, bir adenoma ve sonrasında adenokarsinoma evrimleşen bir polipten kaynaklanmaktadır. Bu poliplerin değişime uğraması ile oluşan bazı adenomların, kansere neden olmadığı, %10'luk oranda ise bu adenomların KRK'e doğru ilerleyip mortaliteye neden olduğu bildirilmektedir [31].

KRK küresel anlamda, mortalite ve morbiditenin önde gelen nedenlerinden biridir [32]. Dünyada her yıl bir milyondan fazla yeni KRK vakası tespit edilmekte olup [33], tüm malign tümörlerin % 13'ünü temsil etmektedir [34]. 1950'de oldukça nadir görülen KRK, günümüzde yaygın bir kanser haline geldi ve kansere bağlı ölümlerin yaklaşık % 9.2'sini oluşturmaktadır [5].

Koruyucu önlemlere aşinalık, tedavi ve tanı prosedürlerinde (polipektomi gibi) gelişmeler, bakım kalitesinde teknolojik ilerlemeler ve tedaviler (radyoterapi ve kemoterapi gibi); KRK görülme oranı üzerinde önemli rol oynamaktadır [35]. Cinsiyete ilişkin olarak, her iki cinsiyette de KRK'nın görülmesine rağmen erkeklerde, kadınlardan daha yüksek oranda görülmektedir [5]. Ayrıca, kolorektal kansere yakalanma riski, yaşla birlikte artmaktadır [36]. KRK vaka oranında görülen coğrafi dağılımdaki önemli farklılıklar, kanser gelişimini etkileyen birçok faktörün olduğunu göstermektedir [37].

#### 2.1.1. Epidemiyolojisi

KRK insidansı ve mortalite oranları tüm dünyada belirgin şekilde değişmektedir. Dünya Sağlık Örgütü GLOBOCAN veritabanına göre, KRK erkeklerde üçüncü, kadınlarda ise ikinci en sık görülen kanser türüdür. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri 2017 yılına göre Türkiye'de 18.1 milyon yeni vakanın belirlendiği ve bu vakalarında 9,6 milyonunun ölümlerle sonuçlandığı bildirilmektedir. 2040 yılında ise 29.5 milyon kanser görüleceği tahmin edilmektedir. [38].

KRK insidans oranlarına bakıldığında; en yüksek insidans oranları Avustralya, Yeni Zelanda, Avrupa, Kuzey Amerika'da olup, en düşük oranlar Afrika ve Güney-Orta Asya ülkelerinde görülmektedir [2]. Son yıllarda artış insidansı gösteren diğer ülkeler ise; Doğu Avrupa, Latin Amerika ve Asya'dır. Batı Afrika'da KRK oranı erkeklerde yüz binde 4.5, kadınlarda ise yüz binde 3.8 ile düşük insidans göstermektedir [37].

Dünyanın yedi kıtasında bulunan ülkelerde, KRK'in yaşa bağlı insidans oranlarına bakıldığında; sırasıyla yüz binde Afrika'da 6.3, Asya'da 13.7, Latin Amerika ve Karayip'lerde 14.0, Mikronezya / Polinezya'da 15.0, Kuzey Amerika'da 26.1, Avrupa'da 29.5 ve Okyanusya'da ise 34.8 olarak bölgelerin her birinde, görülme oranları değişim göstermektedir [31].

Ülkelerde KRK ivme oranlarının da, nüfuslar arasında farklılık gösterdiği bildirilmektedir. Bu kanser türü, orta ve yüksek İnsani Gelişme Endeksi (İGE) olan bazı sanayileşmiş ülkelerde artmaktadır [39]. Ayrıca geliştirmekte olan ülkelerde de bu ivmenin artarak devam ettiği görülmektedir. Geliştirmekte olan ülkeler arasında yer alan Türkiye'de ise 2018 yılı kanser verileri; KRK'nın en çok görülen kanser türleri arasında olduğunu % 9.4 ile üçüncü sırada yer aldığını göstermektedir [5]. Bununla birlikte, bazı Batı Avrupa ülkeleri ve Amerika Birleşik Devletleri gibi gelişmiş ülkelerde KRK'in görülme sıklığı ve ölüm oranlarında, giderek bir azalma eğilimi olduğu görülmektedir [40]. Literatürde; bu coğrafi bölgelerdeki farklılıkların, sosyoekonomik faktörlerle ilişkili olduğu belirtilmektedir [31]. Ayrıca; KRK'da prognoz ve sağ kalım, doğrudan tümör lokalizasyonu, acil durumdaki operasyon olasılığı, komorbidite varlığı, beslenme durumu gibi diğer etiyolojik ve risk faktörleriyle doğrudan ilişkili olabilmektedir [41].

### **2.1.2. Etiyolojisi ve Risk Faktörleri**

KRK etiyojisinde çevresel ve genetik faktörlerin olduğu ve bu faktörlerin KRK gelişme riskini arttırdığı bilinmektedir. Kalıtsal duyarlılık riskte en çarpıcı artışlara neden olarak görülse de, farklı risk faktörlerinin de olabileceği bildirilmektedir [39].

KRK'nın yaşla birlikte mortalite ve morbidite oranlarının arttığı bilinen bir gerçektir. KRK vakaları genç yaşlarda da görülme oranı artmakla birlikte, 50 yaşını geçmiş bireylerde bu oran %90'ı bulmaktadır [42]. 50 yaşın altında tanı alan bireylerde ise ailesel KRK öyküsü ile birlikte kalıtsal mutasyonlar ve çevresel nedenler gibi risk faktörlerinin de eşlik ettiği belirtilmektedir [43]. Ailesel Adenomatöz Polipozis (FAP) ve Lynch sendromu (polipozis olmayan kolorektal kanser), KRK etiyojisinde en sık

görülen kalıtsal mutasyonlardır. Bu iki kalıtsal mutasyon, KRK vakalarının yaklaşık % 5'ini oluşturmaktadır [38].

KRK'da riski artıran faktörler arasında uzun süreli İnflamatuvar Barsak Hastalığı (İBH) bulunmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada, Ülseratif kolit tanısı olan bireylerde KRK standartlaştırılmış insidans oranı 2,4 ile en yüksek risk faktörü olarak belirlenmiştir [44]. Başka bir çalışmanın bulguları ise Ülseratif Kolit tanısı konulduktan 8-10 yıl sonra KRK riskinin arttığını doğrulamıştır [45]. Sadece bağırsak hastalıkları değil, gastrointestinal sisteme yönelik yapılan cerrahi müdahalelerde risk faktörleri arasında olup; kolesistektomi ile KRK gelişme riski arasında anlamlı ilişki olduğu belirtilmektedir [37].

KRK gelişiminde diyabet ve kalp hastalıkları gibi kronik hastalıkların ve obezitenin de görüldüğü, özellikle Diyabet hastalarında artmış hemoglobin A1c düzeyinin, KRK hastalarında agresif klinik seyir izlediği kanıtlanmıştır [46]. KRK tanısı konulan 123 hasta ile yapılan bir çalışmada ise; tüm olguların %63.4'ü obez ve fazla kilolu bulunmuştur [47]. Obez bireylerde görülen hareketsiz yaşam tarzı da KRK için bir diğer önemli risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır [43].

Kronik hastalıklara bağlı olarak veya olmadan kullanılan ilaçlar risk üzerinde etkili olabilmektedir. Adenomatöz polipleri ve kolorektal kanserleri önlediği tespit edilen ilaçlar arasında, Aspirin, Nonsteroid Anti-Enflamatuvar İlaçlar (NSAID'ler) ve Siklooksijenaz 2 (Cox-2) inhibitörleri gibi potansiyel kemoprotektif ajanlar bulunmaktadır. Bu ajanları uygulamada amaç, kanser oluşumuna ve proliferasyona katılan inflamatuvar mediyatör olan prostoglandinlerin üretimini inhibe etmektir. Bununla birlikte; Cox-2 ve prostaglandin gibi ilaçlar apoptozise direnç göstermekte, tümör anjiyogenezini uyarmakta ve bağırsakta metastatik potansiyeli arttırmaktadır [46].

KRK patogenezinde rolü doğrulanmış etiyolojik faktörlerden biri de diyetdir [37]. Sağlıksız beslenme alışkanlıkları ile KRK gelişme riski arasında güçlü bir ilişki bulunduğu ve bu riski % 70 oranında artırabildiği belirtilmektedir. Bu beslenme alışkanlıkları arasında olan, yüksek miktarda kırmızı et veya yağ alımı, alkol ve sigara tüketimi gibi birçok risk faktörüne maruz kalmanın KRK riskini artırdığı tahmin edilmektedir [43].

### **2.1.3. Klinik Belirti ve Bulguları**

KRK'in belirti ve bulguları; tümörün büyük ölçüde bulunduğu yere ve metastaz yapma yeteneğine bağlı olarak değişebilmektedir [30]. KRK'de en sık bildirilen belirti ve bulgular; kanama, bağırsak alışkanlığındaki değişiklik, kabızlık, ishal, karın ağrısı ve kilo kaybıdır [48]. Elli yaşından sonra ise kişilerde yaygın görülen belirti ve bulgular arasında; bulantı, kusma, anemi ve rektal kanama gelmektedir [49]. Rektal kanama sıklıkla hastanın hekime başvurmasını sağlayan ilk bulgudur. Kilo kaybı ve rektal kanama KRK için ayırt edici semptomlar arasında yer almaktadır [50]. Bu semptomlar olmadan diğer belirtilen semptomlar, birçok farklı gastrointestinal hastalığın da göstergesi olabilir [30,48]. Kolorektal kanser yavaş ilerleme göstermekle birlikte, ileri evre oluncaya kadar belirti vermemektedir. Bu nedenle belirti ve bulgular ortaya çıktıktan sonra tanılama yöntemleri ile tanı konulabilmektedir [48].

### **2.1.4. Tarama ve Tanılama Yöntemleri**

KRK tarama yöntemleri; kolorektal polipleri veya erken evre kanserleri belirleyebilmek, semptomlar ortaya çıkmadan önce hastalığın büyüme veya yayılma olasılığını azaltmak ve etkin tedavi yönetimini sağlamak amacıyla uygulanmaktadır. Tarama yöntemlerinde kullanılan testlerin, başarı oranının yüksek olduğu bildirilmektedir. [51]. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention); yüksek hassasiyetli Gaytada Gizli Kan Testi (GGKT), sigmoidoskopi veya kolonoskopi ile 50-75 yaş kadın ve erkeklerin KRK açısından taranmasını önermektedir. [52]. Türkiye'de tarama standartları diğer ülkelerle benzerlik göstermekte olup, Sağlık Bakanlığı 2015 "KRK Tarama Standartları" doğrultusunda; ortalama risk grubunda bulunan asemptomatik bireylerde 50-70 yaş arası iki yılda bir GGKT, 10 yılda birde kolonoskopi önerilmektedir. İnflamatuvar bağırsak hastalığı ve polip varlığı gibi yüksek risk grubunda bulunan bireylerde ise tarama sıklığı, ailesel risk faktörleri dikkate alınarak, olguyu takip eden kliniklerce belirlenmesi gerektiği bildirilmektedir [53].

KRK tanılmasında ilk adım, kolonoskopi veya sigmoidoskopi sırasında biyopsi yapılmasıdır. Kanser varlığını onayladıktan sonra, hastalığın derecesini ve metastaz varlığını belirleyebilmek için hastanın göğüs, abdomen ve pelvisine yönelik görüntüleme testleri yapılmaktadır. Bu testler Bilgisayarlı Tomografi (BT), Pozitron-Emisyon Tomografisi (PET) ve Manyetik Rezonans Görüntülemeyi (MRI) içermektedir. Bu test sonuçlarına dayanarak, hekim tarafından Tümör- Nod- Metastaz

(TNM) sınıflandırma sistemine göre kanserin evresi hakkında net bir bilgiye ulaşmak amaçlanmaktadır [30,33].

### **2.1.5. Tümörün Evrelenmesi**

Kolorektal kanser tedavisini yönlendiren en önemli faktör hastalığın evresidir. Tümörün evresi ve derecesi tanılama yöntemleri ile belirlendikten sonra, hedefe yönelik tedavi yaklaşımları planlanmaktadır [54]. Evreleme amacıyla birçok sınıflama yapılmış ve günümüzde Amerikan Kanser Ortak Komitesi (The American Joint Committee On Cancer -AJCC) ve Ulusal Kanser Birliği (International Association of Cancer -UICC) tarafından oluşturulan TNM sistemi yaygın olarak kullanılmaktadır. Kullanılan diğer sınıflandırma sistemleri arasında; Dukes sınıflandırma sistemi ve Astle-Coller sınıflandırma sistemi de bulunmakta olup, günümüzde, tedavi kararları hala TNM sınıflandırmasına göre alınmaktadır [55,56]. Sınıflandırmada; yaşam süresi ile ilgili iki önemli faktör öne çıkmaktadır. Bunlar, tümörün barsak duvarındaki penetrasyon derinliği ve lenf nodu tutulum sayısıdır [57].



Tablo 2.1. AJCC KRK Evreleme Sistemi

<b>T Primer Tümör</b>	
Tx	Yayılım derinliğinin belirlenemediği tümör
T0	Klinik olarak tümör yok
Tis	Karsinoma insitu ve intramukozal (lamina propria içinde)
T1	Tümör submukozaya invaze
T2	Muskularis propria tutulumu
T3	Seroza ve adventisya tutulumu
T4	Periton boşluğu ve komşu organlara invazyon varlığı.
<b>N Bölgesel Lenf Bezi Tutulumu</b>	
Nx	Lenf bezi tutulumu değerlendirilmemiş
N0	Lenf bezi tutulumu yok.
N1	Perikolik veya perirektal lenf bezlerinde 4'ün altında tutulum varlığı.
N2	Perikolik veya perirektal lenf bezlerinde 4 ve üzerinde tutulum varlığı.
<b>M: Uzak Metastaz</b>	
Mx	: Değerlendirilmemiş
M0	: Bilinen uzak metastaz yok
M1	: Uzak metastaz var
<b>Evrelendirme;</b>	
Evre 0	: Tis N0 M0
Evre I	: T1-2 N0 M0
Evre IIA	: T3 N0 M0
Evre IIB	: T4 N0 M0
Evre IIIA	: T1-2 N1 M0
Evre IIIB	: T3-4 N1 M0
Evre IIIC	: Herhangi T N2 M0
Evre IV	: Herhangi T Herhangi N,M1

TNM sınıflandırma sistemi; cerrahi rezeksiyon ile alınan ve incelenen numune ile belirlenen patolojik evreleme bilgileri, hastalığın boyutu ile ilgili en doğru şekilde evreleme olarak kabul edilmektedir. Ayrıca evreleme sistemi adjuvan tedavinin ameliyat sonrası doğru bir şekilde uygulanabilmesi konusunda da yol gösterici olmaktadır. Sınıflandırma sistemi ile belirlenen patolojik bilgiler ve tanıyıcı özellikler, tümörleri farklı risk kategorilerine ayırmada yardımcı olabilmektedir.

KRK'da doğru evreleme; hastalığın belirtisi, tedavi yöntemleri ve klinik uygulamaların çıktılarının anlaşılmasında temel oluşturmaktadır [58].

## **2.2. Kolorektal Kanselerde Tedavi Yöntemleri**

### **2.2.1. Radyoterapi**

Radyoterapi KRK'de küratif veya palyatif amaçlı olarak orta riskli, lokal ileri ve inoperabl rektal kanserler arasında yaygın olarak kullanılmaktadır [59].Tümörün tamamen alınmadığı durumlarda, lokal nüksü azaltmak için operasyondan sonra radyoterapi düşünülebilmektedir [60].Özellikle rektal tümörlerde uygulanan radyasyon tedavisi, kolon tümörlerine kıyasla daha tedavi edici olabilmektedir. Ameliyat öncesi uygulanan yüksek dozda radyoterapi, sfinkter fonksiyonun korunup, primer tümörün rezeksiyonuna izin verebilmektedir [61]. Kolon kanseri için, tümörün tamamen cerrahi rezeksiyonundan önce veya sonra radyoterapi yapılmasına gerek duyulmamaktadır [59].Kolon kanseri için kabul edilmiş bir neoadjuvan tedavi olmamakla birlikte, orta ve ileri evre rektal kanser için, neoadjuvan radyoterapi veya radyoterapi ile kemoterapinin kombine uygulanması, önerilmektedir [31]

### **2.2.2. Kemoterapi**

Kolorektal kanserlerde kemoterapi tedavisi; neoadjuvan, adjuvan kemoterapi ile ileri evrede ki kanserlerde yapılan kemoterapi olmak üzere üç şekilde uygulanabilmektedir [62].

Neoadjuvan kemoterapi; genellikle rektal bölgede bulunan tümörü küçültmek ve tümör çıkartılabilmesini kolaylaştırmak amacıyla ameliyat öncesi dönemde, bazı durumlarda da radyoterapiyle birlikte uygulanabilmektedir. Adjuvan kemoterapi; ameliyat sonrası nüks gelişimini önlemek amacıyla verilen bir diğer yöntemdir [62,63] ve ameliyatta geride kalmış, görülemeyecek kadar küçük tümör hücrelerini yok etmek amacıyla uygulanmaktadır. Böylece, kanserin nüks etme olasılığını azaltmaya yardımcı olunmaktadır [62]. Karaciğer gibi diğer organlara nüks etmiş ileri evre kanserler için ise kemoterapi uygulaması, tümörleri küçültmek ve neden oldukları olumsuz durumları hafifletmek amacıyla uygulanabilmektedir. Bu amaçlar için kullanılan kemoterapik ajanlar: 5-Fluorourasil (5-FU), Kapesitabin (Xeloda), İrinotekan (Camptosar), Oksaliptatin (Eloxatin), Trifluridin ve Tipiracil (Lonsurf) gibi ilaçlardır ve çoğu durumda, bu ilaçlardan 2 veya daha fazlası birlikte hastalara verilebilmektedir [62,63].

### **2.2.3. Cerrahi Tedavi**

KRK için cerrahi primer tedavi yöntemidir. Erken evrede tanı konulan hastaların, cerrahi tedavisi sonrası prognozun iyi olduğu belirtilmektedir [64]. Cerrahi tedavide temel amaç ise kan damarları ile birlikte normal olan bağırsak dokusunun proksimal ucu ve distal marjini ile birlikte tümörü çıkarmaktır. Cerrahi işlem; tümörün yeri ve evresine göre açık veya laparoskopik olarak yapılmaktadır [65].

#### **Sağ Hemikolektomi**

Çekumda ve çıkan kolonda bulunan tümörlerde uygulanan bir cerrahi tedavi yöntemidir. Sağ hemikolektomide ileokolik damarlar, sağ kolik damarlar, kolika medianın sağ dalları bağlanır ve kesilir. Yaklaşık 10 cm terminal ileum genellikle rezeksiyona dahil edilmektedir. Genişletilmiş sağ hemikolektomi ise hepatik fleksura ve transvers kolona yerleşen lezyonların çıkarılması amacıyla, laparoskopik veya açık yöntemle yapılabilmektedir [65]. Laparoskopik sağ hemikolektomi, sağ kolon kanseri için güvenli bir seçenek olmakla birlikte, açık yaklaşıma göre hasta iyileşme sürecini hızlandırdığı belirtilmektedir [66].

#### **Sol Hemikolektomi**

Transvers kolonun distal kısmı, splenik fleksura ve inen kolonda olan lezyonların tedavisinde uygulanır [65]. Rezeksiyondan sonra, transvers kolonun orta bölümü ile sigmoid kolonun proksimali arasında anastomoz yapılır. Bölge anatomik açıdan uygunluk göstermiyorsa, ya da önceden kolon rezeksiyonu öyküsü varsa, bu durumda subtotal ya da total kolektomi için uygun bir cerrahi alternatif olabilir. Distal transvers kolon, splenik fleksura, inen kolon ve sigmoid kolon tümörlerinde, genişletilmiş sol hemikolektomi uygulanır. Sağ kolon tümörlerinde olduğu gibi, temel prensip tümörün olduğu barsak bölümünün, kendini drene eden lenfatik dokuları da içeren geniş bir cerrahi sınırla çıkarılmasıdır [67].

#### **Transvers kolektomi**

Orta veya distal transvers kolonda bulunan lezyonlarda, kolika media damarları bağlanır ve transvers kolon rezeksiyonu ile çıkarılır. Ardından kolokolonik anastomoz yapılır [65]. Arteriyel dolaşımın ameliyat seçiminde dikkate alınması gerekmektedir. Tümörün bulunduğu bölgeye bağlı olarak, çıkartılması gereken bölgesel lenfatikler de ameliyat seçiminde önemlidir [67].

## **Subtotal veya Total Kolektomi**

Subtotal kolektomi; ileumun distal bölümü ve sigmoid kolonun ortası veya distaline kadar olan bölge rezeksiyon yapıldıktan sonra, ileosigmoid anastomoz uygulanması işlemidir. Total kolektomi ise subtotal kolektomide rezeke edilen bölgeye ek olarak sigmoid kolonun tümüyle çıkarılmasıdır. İleum ile rektumun proksimal kısmı anastomoz edilmektedir. Anastomozun yapılamadığı durumlarda uç ileostomi yapılabilmektedir [65].

## **Hartman Prosedürü**

Anastomoz yapılmadan kolostomi ya da ileostomi yapılarak kolon ve rektumun rezeke edilmesi, kolon distali ya da rektumun kör bir poş olarak bırakılması işlemini içerir. Sol kolon ya da sigmoid kolon rezeksiyonu sonrası rektum kapatılır ve pelvis içinde bırakılan durumda uygulanır [65,68].

## **Anterior Rezeksiyon**

Anterior rezeksiyon rektumun abdominal girişimle pelvise doğru perineal, sakral ya da başka bir insizyon olmadan uygulanmasıdır [65]. Anterior rezeksiyon, rektumun rezeke edildikten sonra anastomoz yapılan bölgesinin peritoneal refleksiyonun üzerinde kaldığı ameliyatlardır [67].

## **Low Anterior Rezeksiyon**

Anterior ya da low anterior rezeksiyonlar sigmoid ve rektum tümörlerinin transabdominal yolla çıkarılmasını içeren ameliyatlardır. Barsak devamlılığı her hasta için istenen bir durumdur. Sfinkter koruyucu cerrahi de sekonder amaç için uygulanabilmektedir. Günümüzde rektum tümörlerinde, temiz distal sınır için tümörün 2 cm kadar altına inilerek rezeksiyon yapılması yeterli olmaktadır. KRK'de distale ya da proksimale yayılım beklenmediği için operasyonda 2-3 cm distal rezeksiyon uygulanması yeterli olabilmektedir [65,67,68].

## **Abdomino-Perineal Rezeksiyon**

Anüsten 0-5 cm aralığında bulunan tümör rezeksiyonlarında tercih edilmektedir. Tüm rektum, anal kanal ve anüsün çıkarılması ile birlikte inen kolon veya sigmoid kolondan kalıcı kolostomi açılması işlemidir. Temiz cerrahi sınırlar ile tümör, lenf nodları

abdomenden çıkarılır. Anal kanal ile birlikte anüs de çıkarıldıktan sonra kapatılır. Abdominoperineal rezeksiyonda hastaya kalıcı kolostomi açılmaktadır [65].

### **Ostomi Cerrahisi**

İntestinal stoma; bağırsağın karın duvarına ağızlaştırılmasıdır. Ağızlaştırılan bölüm ileum ise ileostomi, kolon ise kolostomi olarak adlandırılmaktadır. Geçici veya kalıcı olarak uygulanabilmektedir [69].

### **2.3. Kolorektal Kanser Cerrahisinin Psikososyal Yönü**

Kanser tanısı hastalar için travmatik bir durumdur. Hastaların ölüm korkusu, endişe, yüksek riskli nüks ve metastaz düşüncesi, geleceğe dair belirsizlik gibi çeşitli stresli durumlarla karşı karşıya kalmalarına neden olabilmektedir [70]. Kolorektal kanser tedavisi sonrası hastaların; çoğunlukla sık dışkı yapma, fekal inkontinans gibi nedenlerle günlük yaşam aktivitelerinde zorluk çektikleri ve bazılarının ise stoma ile yaşamlarını devam ettirmek zorunda kaldıkları bildirilmektedir [71]. Hastalık tanısı ve uygulanan tedaviye bağlı görünümdeki ve fiziksel işlevlerdeki bu değişiklikler psikolojik yıkım ve sosyal izolasyonla sonuçlanabilmektedir [72,73].

Cerrahi tedavi; belirsizlik ve endişe duygularına neden olan mevcut tedavi yöntemleri arasındadır. Birey hastalık veya tedaviden kaynaklanan belirsizlik yaşadığında, bunun zihin, beden ve sosyal ilişkileri etkileyerek strese yol açabileceği belirtilmektedir [74]. Ayrıca; hastaların hastalık ve cerrahi tehditle karşılaştığında, sıklıkla gelecekteki tedaviden kaynaklanan ağrı ve rahatsızlık korkusu yaşadıkları bildirilmektedir [75]. Ameliyattan sonra hastaların ağrı hissetmesi, vücut fonksiyonunun geçici olarak kaybedilmesi, kendi otonomisini kontrol edememesi ve günlük yaşam aktiviteleri içinbaşkalarına bağımlı olması muhtemeldir. Bu problemlere ek olarak, birde kanser tanısına yönelik belirsizlik, kanserin nüks etme korkusu ve tedavinin yan etkilerinden kaynaklanan semptomlar, hastaların psikososyal uyumunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir [76].

Kanser tanısı ve ameliyat birden fazla duygu ve psikolojik taleplerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Kanser hastası üzerindeki etkisine ek olarak, KRK hastalarının çoğu cerrahi tedavilerinin bir parçası olarak ostomi ile uğraşmak zorunda kalmaktadır [77].Yapılan çalışmalarda; ostomili hastalarda yaşam kalitesi puanlarının düşük olduğu ve bunun temel nedeninin psikososyal sorunlar olduğu belirlenmiştir [78-82].

Stoma açılması; hastaların yaşam sürecini uzatıp, sağlıklı bir şekilde hayata geri dönmelerine yardımcı olabilmektedir. Ancak, bu süreç bireyin fizyolojik, sosyal ve psikolojik yönleriyle ilgili çeşitli problemler yaşamasına neden olabilmektedir [83]. Stoma açılan bireyler; depresyon, anksiyete, beden imajındaki değişiklikler, düşük özgüven, cinsel problemler, inkar, yalnızlık, umutsuzluk ve damgalanma gibi psikolojik problemleri yaşayabilmektedir [84,85]. Fiziksel görünümdeki değişiklik, fizyolojik ve psikolojik sorunlar, paralelinde sosyal problemleri de getirmekte; hastalarda sosyal aktivitelerin sınırlanması, seyahat edinmekten kaçınma, çalışma faaliyetlerinin azalması, sosyal ilişkilerinin kötüleşmesi, aile ve arkadaşları tarafından reddedilme korkusuna neden olabilmektedir. Bu problemler de bireyin psikososyal uyumunu ve baş etme yeteneğini olumsuz etkileyebilmektedir [86].

Kolorektal kanser tanısı almış, stoması olan ve olmayan hastaların yaşadıkları psikolojik ve sosyal sorunlar üzerine yapılmış çalışmalarda; depresyon, yalnızlık, intihar düşüncesi, benlik saygısında azalma ve disparoni, cinsel soğukluk ve cinsel ilişkiden uzak durma gibi sorunların stoması olan hastalarda önemli oranda yüksek olduğu belirlenmiştir [87,88]. Ayrıca; ileostomili hastaların %45'inin, kolostomili hastaların ise %35'inin anksiyete yaşadıklarını bildirilmektedir [88]. Jayarajah and Samarasekera çalışmalarında; stomanın vücut imajı üzerinde olumsuz etkisi olduğunu saptamışlardır [89]. Aktaş ve Göçmen Baykara'nın yapmış oldukları çalışmada da; stoması olan hastaların yarısından fazlasının (% 60.0) endişe, cinsel ilişkiden kaçınma, depresyon, kendine güvende azalma, sosyal faaliyetlerden kaçınma ve arkadaşlardan uzak durma gibi psikososyal sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir [90].

Psikososyal uyum yaşam kalitesi ile olumlu yönde ilişkilidir [82,86]. Kanser tedavi sonuçlarını değerlendirmede, sadece hastanın sağ kalımı açısından değil, aynı zamanda, tedavi sonrasında yaşam kalitesi açısından da önemli olduğu belirtilmektedir [91]. Dünya Sağlık Örgütü, kanserli hasta bakım planının bir parçası olarak psikososyal desteğin kanser tedavisinde sunulması gerektiğini bildirmektedir [92]. Başarılı psikososyal uyumdaki en önemli faktör, bireyin etkili bir şekilde başa çıkma yeteneği olup psikolojik dayanıklılık kavramıyla aynı anlama gelmektedir [93].

### **2.3.1. Psikolojik Dayanıklılık ve Önemi**

Ünlü düşünürlerden olan Friedrich Nietzsche “Beni öldürmeyen şey güçlendirir” demiştir. Aslında psikolojik dayanıklılık kavramı da tam olarak bunu ifade etmektedir [94]. Psikolojik dayanıklılık; bir felaketten ve baskıdan dinamik etkileşim yoluyla

bireylerin, iyileşme hızını artıran, bir dizi yetenek ve özellik olarak tanımlanmaktadır [95].

Son yıllarda, bir bireyin kanser tanısı ve tedavisine adaptasyonundaki koruyucu özelliklere atıfta bulunmak için psikolojik dayanıklılık kavramı kapsamlı bir şekilde ele alınmaya başlamıştır [96]. Araştırmalar, daha fazla psikolojik dayanıklılığa sahip bireylerin, daha iyi bir psikolojik durum ve yaşam kalitesi gösterdiğini ortaya koymuştur [97-99]. Psikolojik dayanıklılık; olumlu duygular, kabul, aktif başa çıkma tarzı ve maneviyat gibi çeşitli faktörlere bağlı olabilmektedir [100]. İyimser, umutlu, motive olmuş ve sıkıntıdan önce sağlam bir sosyal destek sistemine sahip kişilerin, psikolojik dayanıklılıkları yüksek olarak kabul edilmektedir [22] Literatürde; stresli olaylar yaşayan kanser gibi hassas popülasyonların zihinsel sağlığını korumak için psikolojik dayanıklılığın kullanıldığı gösterilmektedir [101]. Yapılan araştırmalar; psikolojik dayanıklılığın düşük seviyeli sıkıntı, daha iyi uyum ve kanserli hastalar arasında daha iyi yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu göstermiştir [102,103]. KRK'li hastalarda yapılan bir çalışmada da; psikolojik dayanıklılığın umut ve depresyon gibi hasta sonuçlarında, önemli bir yordayıcı olduğu saptanmıştır [104].

Psikolojik dayanıklılık; kanser tanısı ve tedavisi ile ilişkili duygusal ve sosyal stresörlere karşı savunma mekanizması olarak düşünülmektedir [24]. Ayrıca stresin, psikolojik dayanıklılık mekanizmaları yoluyla yeniden şekillenerek, faydalanabilecek yararlı bir kaynak haline getirilebileceği [22], bireylerin sosyal çevresi ve deneyimleri arasındaki sinerjiye bağlı olarak, olumlu veya olumsuz yönde değişebileceği belirtilmektedir [105]. İyi düzeyde bir psikolojik dayanıklılığın, ameliyat sonrası iyileşmeye ve yaşam kalitesine katkıda bulunacağı düşünülmektedir [106]. Bununla birlikte; yapılan bir çalışma; dayanıklılığın yalnızca kanserli hastaların yaşam kalitesini doğrudan etkilemekle kalmayıp aynı zamanda sosyal destek yoluyla dolaylı olarak etkilediğini de göstermektedir [24].

### **2.3.2. Sosyal Destek Düzeyi ve Önemi**

Sosyal destek, iletişim ile başlayan ve empatik ilişki yaratarak hasta için güvenlik ağı oluşturan bir etkileşimdir [107]. Bireyin duygusal sorunlarıyla mücadele edebilmesi için psikolojik dinamiklerini güçlendiren, bireye duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlayan aile, arkadaşlar, komşular ve kurumlardan aldığı destek olarak tanımlanabilir [108]. Literatürde sosyal desteğin, bireylerin stresle baş etmesini sağlayan önemli bir koruyucu faktör olduğu ve psikolojik dayanıklılığı artırmada da bu koruyucu faktörün

gerekli olduğu düşünölmektedir. Ayrıca; sosyal desteğin psikolojik dayanıklılık ve yaşam kalitesi arasında, özellikle fiziksel ve zihinsel iyi oluş halinin sürdürölmesinde tampon ve koruyucu rol üstlenmesi bakımından arabulucu olarak hizmet ettiği belirtilmektedir [24]. Yapılan çalışmalarda; sosyal destek kaynaklarının yaşam doyumunu artırdığı ve ruhsal yardım almayı teşvik ettiği belirtilmiştir [109,110]. Sunulan bazı hasta raporlarına göre de, tedavide terapötik talimatları izlemenin en güçlü ve en kararlı öngörüsü hastaya sunulan sosyal destek olarak bildirilmiştir [111]. Meyerowitz ve arkadaşları, aile üyelerinden algılanan sosyal desteğin, servikal kanseri olan kadınlarda, psikolojik dayanıklılık ve duygusal canlılık üzerinde etkili olduğunu bulmuşlardır [112]. Hastaların cerrahi deneyimleri ile ilgili yapılan başka bir çalışmanın sonuçları, erkeklerin eşlerini, kaygılarını kontrol etmek için önemli bir destek kaynağı olarak gördüklerini göstermiştir [113]. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi de dahil olmak üzere kanser hastalarında sosyal destek ile sağlık sonuçları arasında anlamlı bir pozitif ilişki olduğu belirtilmektedir [22,24]. Kolorektal cerrahi tedavi uygulanan hastalarla yapılan bir çalışma bulguları; sosyal destek, benlik saygısı ve başa çıkma stillerinin preoperatif anksiyete ile ilişkili olduğunu göstermekte olup, sosyal desteğin cerrahi tedavide terapötik önemini ortaya koymaktadır [114].

Depresyonun kanser hastalarında sosyal destek eksikliği ile ilişkili olduğu göz önüne alındığında, sosyal destek bir bireyin sağlıklı davranışlarda bulunma yeteneğini etkileyebilir ve kontrol hissi, istikrar hissi, özgüvenini artırma ve kaygının azalmasında yardımcı olabilir [115]. Lien ve arkadaşlarının kanser nedeni ile ameliyat olan yaşlı hastalarda algılanan belirsizlik, sosyal destek ve psikolojik uyum arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada; ameliyat sonrası kaygı ile sosyal destek arasında pozitif bir ilişki olduğunu ve hemşirelerin cerrahi olarak tedavi edilen kanser hastalarına, etkili bir sosyal ağ oluşturmak için kaynak sağlaması gerektiğini bildirmişlerdir [76].

### **2.3.3. Algılanan Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılığı Sağlamada Hemşirenin Rolü**

Günümüzde, kritik hastalık durumunda psikososyal boyuta yönelik hemşirelik araştırmaları uluslararası boyut kazanmıştır. Bu boyutta; psikososyal bakım; hemşirelerin, hastalarla iletişimini geliştirmesinin ve sosyal destek sistemlerinin de hasta bakımına dahil edilme gereksinimlerinin fark edilmesini içermektedir [116]. Tsai ve Diğ, hastanede yatış sırasında, kanser hastasının bir “destek sistemi” ne ihtiyaç



duyduğunu ve hastanın hastalığa uyum sürecinde yaşadığı başarısızlık duygusal rahatsızlıkları da muhtemel sonuç olduğunu belirtmektedir [117].

KRK hastalarda psikososyal hemşirelik bakımının temel amacı; hastanın morali, kendine güveni ve stresle baş etme yetisini arttırmak, sıkıntıyı ve duygusal sorunları azaltmaktır. Bireyin kanser gibi bir hastalıkla savaşırken kontrol duygusunu geliştirmek, karşılaştığı sorunları çözüme olumlu ve pratik çözümler gösterebilmek önemlidir. Ayrıca; kızgınlık, öfke, suçluluk gibi duygu ve tepkilerin rahatlıkla ifade edilmesini ve hastalıkla ilgili düşüncelerini anlatılması için cesaretlendirmek, psikolojik ve sosyal uyumu sağlayarak yaşam kalitesini arttırmak, hasta ile aile ve sosyal etkileşim alanları arasındaki etkileşimi güçlendirmek hemşirelik girişim amaçları arasında sayılabilir [118]. Bu nedenle, ameliyattan önce, hastalar cerrahi prosedürle ilgili duygularını ve algılarını tartışmaya teşvik edilmelidir. Kavram yanılgılarını gidermek, ne olacağı ya da olabileceği hakkında onları bilgilendirmek için uygun eğitim hemşireler tarafından sağlanmalıdır. Kanser nedeni ile cerrahi geçirecek hastalar ile yapılan bir çalışmada; hastaların ameliyatın etkinliği, yaşayacakları ağrı ve rahatsızlık konusunda belirsizlik yaşadığı belirlenmiştir. Bu konuda; daha önce benzer prosedürler geçirmiş olan diğer hastalar, bir bilgi ve destek kaynağı olabilir. Hemşire hastanın, diğer hastalarla bir araya gelebileceği bir ortam sağlayarak psikolojik dayanıklılıklarını artırmayı düşünmelidir [76].

Kanser hastaları arasında, aileden ve arkadaşlardan alınan destek, özellikle psikolojik dayanıklılıkla ilgili yaşam kalitesini artırmada, sağlık personelinden alınan destek ise hem psikolojik hem de fiziksel semptomları azaltmada özellikle yararlı olabilir. Hastalar, tıbbi personelin bilgi ve duygusal desteğine, aile ve arkadaşların desteğine benzer şekilde değer verirler [119]. Kanser cerrahisi ile ilgili bir çalışmada sonuçlar; aile üyelerine ek olarak, hekimlerin ve hemşirelerin de önemli bir sosyal destek kaynağı olarak algılandıklarını göstermektedir. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin de hastaya etkili bir sosyal destek ağı kurmada yardımcı olması önemlidir [76]. Sosyal destek, kanserden sağ kalanlarda, psikolojik dayanıklılığın ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi için, hassas sağlık hizmetlerinin önemli bir bileşeni olarak değerlendirilmelidir. Böylece sunulan sosyal destek, hastaların kanser deneyimlerini daha iyi anlamada, bilişsel olarak değerlendirmelerine yardımcı olmada ve kanserle baş etmede olumlu bir etkiye sahip olabilir [120].

Hemşire umutsuzluk yasayan bireye bakım verirken; hastanın özelliklerini, kişisel niteliklerini, içsel ve dışsal destek kaynaklarını ve ümit kaynaklarını tanımlamalı, girişimleri bunlara göre planlamalıdır [120]. Literatürde belirtilen bir çalışmada; ameliyat sonrası hastaların eve döndüklerinde; bakım ihtiyaçları konusunda endişe ettikleri belirtilmektedir. Bu nedenle, sağlık çalışanlarının hastaların endişelerini dikkatlice dinlemeleri, şüphelerini netleştirmeleri ve psikolojik dayanıklılıklarını etkileyen olumsuz etkenleri belirlemeleri gerekmektedir. Cerrahi hemşireleri bu amaçla hastalara zaman ayırmalıdır [121]. Ayrıca; ostomiye sahip bireyin ostomi bakımı konusundaki becerilerini güçlendirmek, yalnızca kendi kendini kontrol etme yeteneğinin gelişmesini kolaylaştırmakla kalmayacak, aynı zamanda ilk ameliyatın ardından psikolojik ve sosyal uyum süresini de hızlandıracaktır [122].

Bakım konusunda; sosyal destek kaynakları tedavi öncesi ve tedavi sırasında değerlendirilmelidir. Spesifik olarak, aile kanserli hastalar için önemli sosyal destek sistemlerinden biridir. Bu nedenle, eşler ve diğer aile üyeleri, bakıma katılma konusunda yönlendirmelidir [22]. Olumsuz sosyal etkileşimlerin kaynağına yönelik müdahalelerle sosyal desteğin daha etkili ve olumlu hale gelmesi sağlanmalıdır [123]. Ayrıca, hemşirelerin, hastanın daha geniş destek ağlarına ulaşmasında yol gösterici olmaları ve destek sağlayan kurumsal hizmetler konusunda danışmanlık yapması önemlidir [124].

### 3. BÖLÜM

#### MATERYAL VE METOD

##### 3.1. Araştırmanın Tipi

Cerrahi tedavi uygulanan kolorektal kanserli hastaların sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırma tanımlayıcı-kesitsel ve ilişki arayıcı niteliktedir.

##### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Ekim 2018 ve Ağustos 2019 tarihleri arasında Kayseri Şehir Hastanesi'nin Genel Cerrahi, Gastro- Cerrahi ve Onkolojik Cerrahi Kliniklerinde tamamlandı. Bu hastane, İç Anadolu Bölge Hastanesi ve Onkoloji Cerrahi Üniteleri olması nedeniyle seçildi. Hastane; 480 yataklı genel hastane binası içinde toplam 87 yataklı Genel Cerrahi servisleri ve 14 yataklı Cerrahi Yoğun Bakım servisi ile hizmet vermektedir. Genel Cerrahi Kliniklerinde bir Profesör, iki Doçent ve bir Doktor öğretim üyesi olmak üzere toplam 4 eğitim sorumlusu; 22 uzman doktor ve 59 hemşire görev yapmaktadır. Hastanede hastaları manevi ve sosyal yönden destekleyen manevi destek uzmanları ve sosyal destek uzmanları bulunmaktadır. Uzmanlar, sadece kanser tedavisi gören kimsesiz hastalara yönelik sosyal ve manevi yönden destek sunmaktadır.

##### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Ekim 2018- Haziran 2019 tarihleri arasında Kayseri Şehir Hastanesi'nin Genel Cerrahi, Gastro Cerrahi ve Onkolojik Cerrahi Kliniklerinde yatan, kolorektal kanser nedeniyle ameliyat olan 115 hasta oluşturdu. Ön uygulama yapılan 5 hasta, terminal dönemdeki 2 hasta, tanısını bilmeyen 2 hasta ve psikiyatrik bozukluğu olan 3 hasta çalışma dışı bırakıldı. 103 hastaya ulaşıldı.

Kesitsel çalışmanın örneklem büyüklüğü hesaplamasında; G\*Power 3.1.9.2 programı kullanılmış olup, güç hesaplanırken daha önce yapılan benzer bir çalışma baz alınarak [6] post hoc güç analizi olarak yapılmıştır. Örneklem büyüklüğü hesaplamasında Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (CDPSÖ) puanına göre yapılan değerlendirmede; örnek çalışmanın ölçek ortalaması ve standart sapması, çalışmaya ait ölçek standart sapması ve çalışma örneklem sayısı dikkate alınarak çalışmanın gücü %100 olarak bulunmuştur.

$$\text{Power} = \Phi(-z_{1-\alpha/2} + |\mu_0 - \mu_1| \cdot \sqrt{n}/\sigma)$$

$$\text{Power} = \Phi(-1.96 + |59.35 - 76| \cdot 10 / \sqrt{14.12}) = \Phi(10.007) = 1 = 100\%$$

### 3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Araştırmanın sonuçlarını etkileyebileceği düşünüldüğünden literatür doğrultusunda çalışmaya dahil edilme ölçütleri belirlendi [1,4,6,7,12,13-15,19,21,24].

#### *Araştırmaya alınma kriterleri:*

- ✓ 18 yaş ve üzerinde, araştırmaya katılmaya gönüllü olması,
- ✓ İletişim kurulabilmesi,
- ✓ Kolorektal kanser tanısı konulmuş ve tanısını biliyor olması,
- ✓ Kolorektal kanser nedeni ile cerrahi tedavi uygulanmış olması,
- ✓ Terminal dönemde olmaması,
- ✓ Psikiyatrik ve nörolojik tanısının bulunmaması

### 3.5. Verilerin Toplanması

#### 3.5.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması

Veri toplama aracı olarak “Tanıtıcı Özellikler Formu, hastaların sosyal destek düzeylerini belirlemek üzere “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)”, psikolojik dayanıklılıklarını belirlemek üzere “Connor-Davidson Psikolojik Sağlık Ölçeği (CDPSÖ) kullanıldı.

#### 3.5.1.1. Tanıtıcı Özellikler Formu

Araştırmacı tarafından konuyla ilişkili literatür [1,4,6,7,12,13-15,19,21,24] taraması sonucu oluşturulan bu form iki bölüm ve 27 sorudan oluşmaktadır. Birinci bölüm; hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, ekonomik durumu, sağlık güvencesi, yaşadığı yer, çocuk sayısı, kimle yaşadığı, ailede kanser olma durumunu ve sigara- alkol alışkanlıkları gibi sosyo-demografik özelliklerini belirleyen toplam 13 sorudan oluşmaktadır. İkinci bölümde ise; tanı, tanı konulduktan sonra geçen süre ve evre, tümör bölgesi, cerrahi tedavi şekli, yöntemi, ameliyat sonrası komplikasyon gelişme durumu, stoma varlığı ve çeşidi, metastaz bulunma durumu,

kemoterapi- radyoterapi alma, daha önce ameliyat geçirme durumu ve kronik hastalığın varlığı gibi tıbbi özelliklerini sorgulayan toplam 14 soru yer almaktadır [EK.1].

### **3.5.1.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)**

1988'de Zimet ve arkadaşları tarafından geliştirilen ÇBASDÖ'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Eker ve Ark.'ları tarafından yapılmıştır [130]. 2001 yılında Eker ve ark.'ları tarafından ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği tekrar çalışılmıştır [131]. Ölçek; her biri 4 maddeden oluşan, destek kaynağına ilişkin aile, arkadaş, özel insan desteğini içeren toplam 12 sorudan oluşmuştur. Her madde 7 aralıklı ölçekle değerlendirilmektedir. Özel insan olarak ele alınan grupta; flört, akraba, komşu, doktor, hemşire gibi kişilere yer verilmektedir. Ölçekten 12 ile 84 arasında herhangi bir puan alınabilmekte, elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğinde yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik Cronbach's Alpha Katsayısı 0.88 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada; ÇBASDÖ cronbach  $\alpha$  toplam boyutta 0.89, aile desteği alt boyutunda 0.89, arkadaş desteği alt boyutunda 0.87 ve özel insan desteği alt boyutunda 0.88 olarak bulundu [EK.2].

### **3.5.1.3. Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (CDPSÖ)**

Ölçek, psikolojik sağlamlığı ölçmek üzere 2003 yılında Connor ve Davidson tarafından geliştirilmiştir [132]. CDPSÖ, 25 maddeden oluşmaktadır ve 5'li Likert tipi bir cevaplama anahtarına sahiptir. Ölçek; azim ve kişisel yetkinlik (en yüksek alınabilecek puan 60), negatif olgulara tolerans (en yüksek alınabilecek puan 24), manevi eğilim (en yüksek alınabilecek puan 16) olmak üzere üç alt ölçekle değerlendirilmektedir ve ölçekten alınacak toplam minimum puan 0, maksimum puan 100'dür. Faktör yapısına göre, madde 1, 5, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25 ile azim ve kişisel yetkinlik; madde 4, 6, 7, 8, 13, 14 ile negatif olaylara tolerans, madde 2, 3, 9, 20 ile manevi eğilim incelenerek psikolojik dayanıklılık düzeyleri saptanmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Kararımak tarafından gerçekleştirilmiştir ve Cronbach alfa katsayısı: 0.89 olarak hesaplanmıştır [133]. Bu çalışmada; cronbach  $\alpha$  0.85 olarak bulundu [EK.3].

### **3.5.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması**

Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ve hasta dosyasından, hasta taburcu olmadan hemen önce toplandı. Veri toplamada kullanılan formlar; özel bir odada, bir hasta için yaklaşık 15- 20 dakikalık görüşme yapılarak dolduruldu.

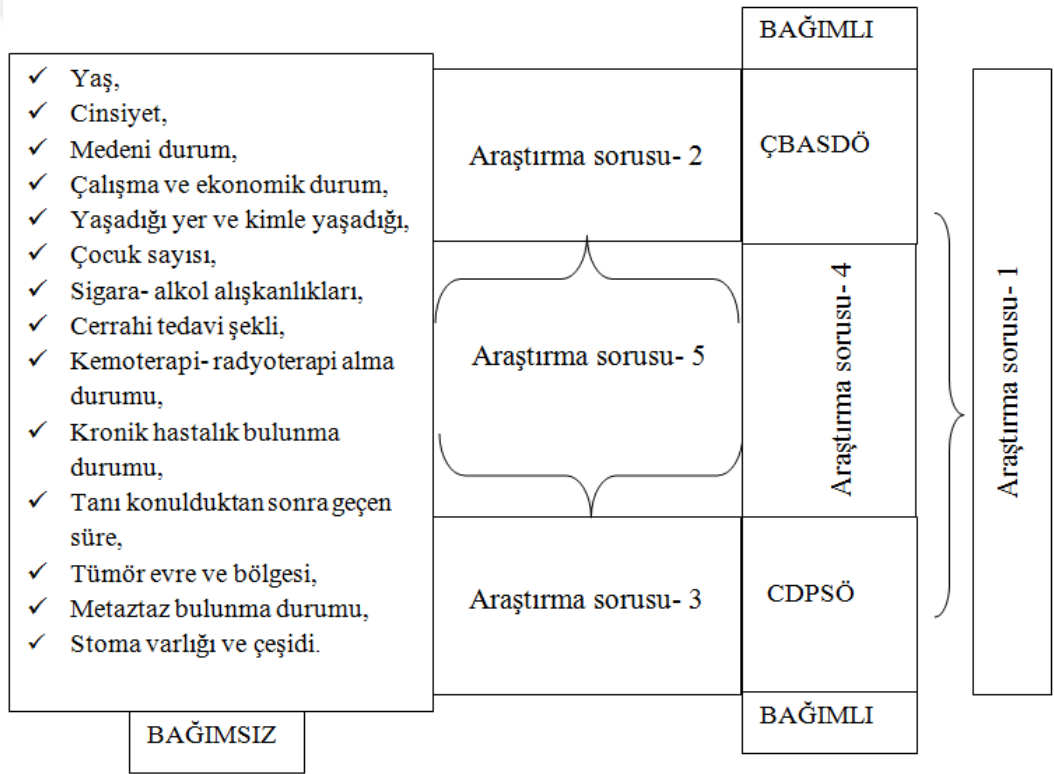
### 3.5.2.1. Ön uygulama

Çalışmada kullanılan formların işlevselliğini değerlendirmek ve çalışmanın uygulanabilirliğini belirlemek için beş katılımcıyla ön uygulama yapıldı. Ön uygulama yapılan hastalarda cerrahi işlem özelliklerine ilişkin iki soru üzerinde değişiklik yapıldı. Ön uygulamaya katılan hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

### 3.6. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Psikolojik Dayanıklılık ve Sosyal Destek düzeyi puan ortalamaları

Bağımsız değişkenler: hastanın tanımlayıcı özellikleri, hastalık ve cerrahi işlem özellikleri



Şekil 1. Çalışmanın kuramsal yapısı ve değişkenler

### **3.7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi, Q-Q grafikler ve histogramlar ile değerlendirildi. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra (ortalama, standart sapma, frekans) verilerin iki grup arası değerlendirmelerinde Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup arası değerlendirmelerinde Kruskal Wallis testi kullanıldı. Farklılığa neden olan grubun tespitinde ise post-hoc Games Howell testi ile değerlendirildi. Ölçekler arasındaki ilişkinin yönü ve gücü Pearson korelasyon analizi ile belirlendi. Sosyodemografik özellikler, ÇBASDÖ ve CDPSÖ arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla Doğrusal (Lineer) Regresyon Analizi kullanıldı. Anlamlılık  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirildi.

### **3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri**

Araştırmaya başlamadan önce, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Etik Kurul'undan etik kurul onayı alındı. Ayrıca araştırmanın yapılacağı hastanenin Başhekimliğinden yazılı izin alındı (Karar No: 19; Tarihi: 22.10.2018). Araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara, araştırma hakkında bilgi verildi ve elde edilen verilerin gizli kalacağı ve kimse ile paylaşılmayacağı, gizlilik ve kimliksizlik ilkesine sadık kalınacağı açıklanarak "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu" [EK.5] verildi ve araştırmaya katılma onayları alındı. Araştırmada bireysel hakların korunması yönelik çalışmanın yürütülme sürecinde İnsan Hakları Helsinki Deklerasyonu'na sadık kalındı.

### **3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Çalışmamızın sınırlılıkları arasında; ilki; kuşkusuz bu verilere dayanarak KRK nedeniyle cerrahi uygulanan hastalarda sosyal desteğin psikolojik dayanıklılık üzerine etkisinin yönünü tam olarak belirleyemeyiz. Bu kanser hastalarının karmaşık psikososyal yaşamlarının basitleştirilmesi anlamına gelir. Hastalarda; psikolojik dayanıklılık birçok psikososyal ve onkolojik faktörlerden etkilenebilir. İkincisi bu çalışma sonuçları nicel yöntemlere dayanmaktadır.

## 4. BÖLÜM

### BULGULAR

Cerrahi tedavi uygulanan KRK'lı hastaların sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışma bulgularımız aşağıda yer almaktadır.

Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	n=103	%
<b>Yaş (62.09±11.25)</b>		
30-49 yaş	15	14.5
50-69 yaş	59	57.3
70-85 yaş	29	28.2
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	34	33.0
Erkek	69	67.0
<b>Eğitim</b>		
Okur-yazar değil	16	15.5
Okur-yazar	5	4.8
İlkokul mezunu	62	60.2
Lise mezunu	12	11.7
Üniversite ve üstü	8	7.8
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	88	85.4
Bekâr	15	14.6
<b>Çalışma Durumu</b>		
Evet	13	12.6
Hayır	90	87.4
<b>Gelir Durumu</b>		
Gelir giderden az	64	62.1
Gelir gidere eşit	35	34.0
Gelir giderden fazla	4	3.9
<b>Sosyal Güvence</b>		
Evet	103	100.0
<b>Yaşanılan Yer</b>		
Kırsal	26	25.2
Kentsel	77	74.8
<b>Evde Kimlerle Yaşandığı</b>		
Yalnız	5	4.9
Anne ve baba ile	3	2.9
Eş ile	46	44.7
Eş ve çocuklarla	44	42.7
Çocuklarla	5	4.9
<b>Çocuk Sahibi Olma Durumu</b>		
Evet	97	94.2
Hayır	6	5.8



Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (Devamı)

<b>Tanıtıcı Özellikler</b>	<b>n=103</b>	<b>%</b>
<b>Ailede Kanser Öyküsü Varlığı</b>		
Evet	29	28.2
Hayır	74	71.8
<b>Daha önce başka ameliyat</b>		
Evet	74	71.8
Hayır	29	28.2
<b>Kronik Hastalık</b>		
Evet	60	58.3
Hayır	43	41.7
<b>Sigara kullanma durumu</b>		
Evet	14	13.6
Hayır	89	86.4
<b>Alkol kullanma durumu</b>		
Hayır	103	100.0

Tablo 4.1’de hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; yaş ortalamalarının  $62.09 \pm 11.25$  yıl, %67’sinin erkek, %60.2’sinin ilköğretim mezunu, %85.4’ünün evli, %87.4’ünün çalışmadığı, %62.1’inin gelirin giderinden az olduğu, hepsinin sosyal güvencesi olduğu, %74.8’inin kentsel bölgede, %44.7’sinin eşleri ile yaşadığı ve %94.2’sinin çocuk sahibi olduğu saptandı. Hastaların %71.8’inin ailede kanser öyküsü olmadığı, %58.3’ünün kronik bir hastalığının olmadığı, %86.4’ünün sigara kullanmadığı belirlendi. Hastaların %71.8’inin ise daha önce bir cerrahi operasyon geçirdiği saptandı.

Tablo 4.2. Hastaların Hastalık ve Cerrahi Girişim ile İlgili Özelliklerine göre Dağılımı

<b>Hastalıkla ilgili özellikler</b>	<b>n=103</b>	<b>%</b>
<b>Tıbbi tanı</b>		
Kolon ca	69	67.0
Rektum ca	34	33.0
<b>KRK tanılanma süresi</b>		69.9
0-6 ay	72	6.8
7-13 ay	7	4.9
14-20 ay	5	18.4
21ay ve üzeri	19	
<b>Kanser Evresi</b>		
I. Evre	3	2.9
II. Evre	20	19.4
III. Evre	58	56.3
IV. Evre	22	21.4

Tablo 4.2. Hastaların Hastalık ve Cerrahi Girişim ile İlgili Özelliklerine göre Dağılımı devamı

Hastalıkla ilgili özellikler	n=103	%
<b>Tümörün Yeri</b>		
Çıkan kolon	14	13.6
İnen kolon	10	9.7
Transvers kolon	9	8.7
Sigmoid kolon	41	39.8
Rektosigmoid kolon	14	13.6
Rectum	15	14.6
<b>Cerrahi Türü</b>		
Açık Cerrahi	72	69.9
Kapalı Cerrahi	31	30.1
<b>Cerrahi Yöntem</b>		
Anterior rezeksiyon	22	21.4
Low anterior rezeksiyon	35	34.0
Abdomino-perineal rezeksiyon	6	5.7
Sağ hemikolektomi	18	17.5
Sol hemikolektomi	22	21.4
<b>Komplikasyon gelişme durumu</b>		
Evet	7	6.8
Hayır	96	93.2
<b>Stoma Varlığı</b>		
Evet	42	40.8
Hayır	61	59.2
<b>Stoma Çeşiti</b>		
Geçici	33	78.6
Kalıcı	9	21.4
<b>Radyoterapi</b>		
Evet	18	17.5
Hayır	85	82.5
<b>Kemoterapi</b>		
Evet	30	29.1
Hayır	73	70.9
<b>Metastaz</b>		
Evet	24	23.3
Hayır	79	76.7

Tablo 4.2’de hastaların hastalık ve cerrahi girişim ile ilgili özellikleri incelendiğinde; %67’sine Kolon kanseri tanısı konduğu, %69.9’unun KRK tanılanma süresinin 0-6 ay olduğu, %56.3’ünün hastalığının III. evresinde olduğu, %39.8’inin sigmoid kolonda tümörünün olduğu, %69.9’una açık cerrahi yöntem uygulandığı, %34.0’ına low anterior rezeksiyon yapıldığı ve %93.2’sinde herhangi bir komplikasyon gelişmediği belirlendi. Hastaların %40.8’ine stoma açıldığı, stoma açılan hastaların %78.6’sının stomasının geçici olduğu, %82.5’inin radyoterapi, %70.9’unun kemoterapi tedavisi almadığı ve %76.7’sinin metastazının olmadığı saptandı.

Tablo 4.3. Hastaların ÇBASDÖ ve CDPSÖ Toplam- Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçek Puanları	Ort	SS	Min	Max
Aile Desteği	25.29	6.82	4.00	28.00
Arkadaş Desteği	21.33	10.22	4.00	28.00
Özel İnsan Desteği	21.15	10.23	4.00	28.00
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam Puan	67.78	24.61	12.00	84.00
Azim ve kişisel yetkinlik	12.41	47.60	6.00	60.00
Negatif olaylara tolerans	6.13	17.11	0.00	34.00
Manevi eğilim	13.98	3.09	4.00	16.00
Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Toplam Puan	78.68	20.35	10.00	75.00

Tablo 4.3’de ÇBASDÖ toplam, alt boyut ve CDPSÖ puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; ÇBASDÖ toplam puanının  $67.78 \pm 24.61$ , aile desteği alt boyut puanının  $25.29 \pm 6.82$ , arkadaş desteği alt boyut puanının  $21.33 \pm 10.22$ , özel insan desteği alt boyut puanının  $21.15 \pm 10.23$  olduğu belirlendi. Hastaların CDPSÖ toplam puanı  $78.68 \pm 20.35$ , azim ve yetkinlik, negatif olaylara tolerans ve manevi eğilim alt ölçek puan ortalamaları ise sırasıyla;  $12.41 \pm 47.60$ ,  $6.13 \pm 17.11$ ,  $13.98 \pm 3.09$  olarak belirlendi.

Tablo 4.4. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine göre ÇBASDÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Hastalık ve Cerrahi İşlem Özellikleri	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği							
	Aile desteği		Arkadaş desteği		Özel İnsan Desteği		Toplam	
	Ort±SS	p	Ort±SS	p	Ort±SS	p	Ort±SS	p
<b>Cinsiyet</b>								
Kadın	15.94±11.93	<b>0.024</b>	16.94±11.73	<b>0.037</b>	15.94±11.93	<b>0.024</b>	48.82±35.08	0.303
Erkek	21.39±10.11		21.47±10.09		21.39±10.11		64.26±29.99	
<b>Yaş</b>								
30-49 yaş	26.00±0.00	0.801	23.80±8.96	0.145	23.22±8,26	<b>0.048</b>	75.00±22.10	0.060
50-69 yaş	25.00±8.14		23.14±9.6		23.14±10.2		72.02±23.21	
70-85 yaş	26.50±3.00		16.66±10.63		16.66±10.63		57.47±22.08	
<b>Eğitim</b>								
Okur-yazar değil	11.93±10.78	<b>0.003</b>	13.25±11.09	<b>0.003</b>	11.93±10.78	<b>0.003</b>	37.12±31.80	0.740
Okur-yazar	13.60±13.14		13.80±12.96		13.60±13.14		41.00±39.25	
İlkokul mezunu	20.11±10.71		20.03±10.74		20.11±10.71		60.25±32.00	
Lise mezunu	26.00±6.92		26.00±6.92		26.00±6.92		78.00±20.78	
Üniversite veüstü	25.00±8.48		27.87502.35		25.00±8.48		77.87±17.32	
<b>Medeni Durum</b>								
Evli	20.77±10.58	<b>0.005</b>	21.09±10.45	<b>0.007</b>	20.77±10.58	<b>0.005</b>	62.63±31.33	0.184
Bekar	12.66±11.15		13.46±10.98		12.66±11.15		38.80±32.18	
<b>Çalışma Durumu</b>								
Evet	25.23±7.18	<b>0.049</b>	25.23±7.18	<b>0.053</b>	25.23±7.18	<b>0.049</b>	75.69±21.56	<b>0.048</b>
Hayır	18.77±11.23		19.22±11.07		18.77±11.23		56.77±33.11	
<b>Gelir Durumu</b>								
Gelir giderden az	17.10±11.57	<b>0.011</b>	17.51±11.54	<b>0.009</b>	17.10±11.57	<b>0.011</b>	51.73±34.20	<b>0.010</b>
Gelir gidere eşit	23.34±9.03		23.74±8.50		23.34±9.038		70.42±26.37	
Gelir giderden fazla	26.50±3.00		26.50±3.00		26.50±3.00		79.50±9.00	
<b>Yaşanılan Yer</b>								
Kentsel	18.46±11.76	0.547	18.46±11.76	0.410	18.46±11.76	0.547	55.38±35.28	0.494
Kırsal	19.97±10.77		20.49±10,51		19.97±10.77		60.44±31.53	

**Tablo 4.4. (Devam).** Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine göre ÇBASDÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Hastalık ve Cerrahi İşlem Özellikleri	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği							
	Aile desteği		Arkadaş desteği		Özel İnsan Desteği		Toplam	
	Ort±SS	p	Ort±SS	p	Ort±SS	p	Ort±SS	p
<b>Evde yaşadığı kişiler</b>								
Yalnız	15.80±12.00	<b>0.003</b>	16.00±12.00	<b>0.003</b>	15.80±12.00	<b>0.003</b>	47.60±36.01	<b>0.002</b>
Anne ve baba ile	12.00±13.85		19.00±13.07		12.00±13.85		43.00±37.02	
Eş ile	18.30±11.26		18.73±11.18		18.30±11.26		55.34±33.36	
Eş ve çocuklarla	23.61±8.97		23.59±8.91		23.61±8.97		70.81±26.593	
Çocuklarla	4.40±.89		4.20±.44		4.40±.89		13.00±2.23	
<b>Çocuk Sahibi Olma Durumu</b>								
Evet	19.90±10,92	0.260	20.31±10.71	0.217	19.90±10.92	0.260	60.10±2,14	0.240
Hayır	14.67±12,04		14.67±12.04		14.67±12.04		44.00±36,13	
<b>Aile Kanser Öyküsü</b>								
Evet	19.55±11.20	0.981	20.14±11.16	0.927	19.55±11.20	0.981	59.24±32.97	0.988
Hayır	19.61±10.98		19.92±10.75		19.61±10.98		59.135±32.43	
<b>Daha Önce Başka Ameliyat</b>								
Evet	20.01±10.74	0.537	20.24±10.63	0.696	20.01±10.74	0.537	60.27±31.80	0.583
Hayır	18.52±11.72		19.31±11.44		18.52±11.72		56.34±34.36	
<b>Kronik Hastalık</b>								
Evet	19.00±11.12	0.521	19.38±10.32	0.511	19.00±11.12	0.521	57.38±32.76	0.513
Hayır	20.42±10.88		20.81±10.80		20.42±10.88		61.65±32.15	
<b>Sigara kullanma</b>								
Evet	22.07±10.21	0.367	22.07±10.12	0.439	22.07±10.21	0.367	66.21±30.55	0.384
Hayır	19.20±11.11		19.65±10.94		19.20±11.11		58.05±32.73	

Tablo 4.4 'de hastaların tanıtıcı özelliklerine göre ÇBASDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; yaşanılan yer, çocuk sahibi olma durumu, ailede kanser öyküsü, daha önce ameliyat olma durumu, kronik hastalık varlığı ve sigara kullanma durumu ile ÇBASDÖ toplam ve alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0.05$ ). Erkek hastaların, lise ve üzeri eğitime sahip olanların ve medeni durumu evli olanların aileden, arkadaştan ve özel insandan algıladıkları sosyal destek puan ortalamalarının daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ( $p<0.05$ ). Geliri giderinden fazla olan ve çalışan, evde eşi ve çocukları ile yaşayan hastaların ÇBASDÖ toplam ve alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi. 30-49 yaş aralığında olan hastaların algılanan özel insan desteği puan ortalamaları yüksekti ve puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p<0.05$ ).

Tablo 4.5'te hastaların hastalık ve cerrahi işlem özelliklerine göre ÇBASDÖ toplam ve alt boyut puanları arasında ilişki incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0.05$ ).

Tablo 4.5. Hastaların Hastalık ve Cerrahi İşlem Özelliklerine göre ÇBASDÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması [n=103]

Hastalık ve Cerrahi İşlem Özellikleri	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği							
	Aile desteği		Arkadaş desteği		Özel İnsan Desteği		Toplam	p
	Ort±SS	p	Ort±SS	p	Ort±SS	p	Ort±SS	
<b>Tıbbi Tanı</b> Kolon Ca Rektum Ca	26.04±5.617 23.47± 9.03	0.169	21.52±10.10 20.26±10.79	0.656	21.91±9.81 19.94±11.12	0.485	69.47±22.57 63.68±29.29	0.392
<b>KRK tanılanma süresi</b> 0-6 ay 7-13 ay 14-20 ay 21 ay ve üzeri	20.92±10.55 19.14±11.05 17.20±10.73 15.37±12.31	0.253	21.68±10.09 17.86±10.59 16.00±12.00 15.37±12.31	0.102	20.92±10.55 19.14±11.05 17.20±10.73 15.37±12.31	0.253	63.51±30.69 56.14±32.33 50.40±33.29 46.10±36.93	0.187
<b>Kanser Evresi</b> I. Evre II. Evre III. Evre IV. Evre	20.00±13.85 23.65±8.89 20.09±10.97 14.55±11.28	0.056	20.00±13.8 23.20±9.04 20.81±10.63 14.86±11.41	0.069	20.00±13.85 23.65±8.89 20.09±10.97 14.55±11.28	0.056	60.00±41.56 70.50±26.68 60.983±32.06 43.95±33.65	0.056
<b>Tümörün Yeri</b> Çıkan kolon İnen kolon Transvers kolon Sigmoid kolon Rektosigmoid kolon Rectum	19.55±11.20 19.61±10.98 17.86±10.59 16.00±12.00 18.83±11.84 17.20±10.73	0.981	20.14±11.16 19.92±10.75 16.00±13.14 19.83±11.54 21.14±11.00 20.09±10.97	0.916	19.55±11.20 19.61±10.98 20.92±10.55 19.14±11.05 19.95±10.70 19.94±10.70	0.987	59.24±32.97 59.135±32.43 56.14±32.33 50.40±33.29 57.50±34.50 61.35±33.18	0.983
<b>Cerrahi Türü</b> Açık Cerrahi Kapalı Cerrahi	20.01±10.74 18.52±11.72	0.537	20.24±10.63 19.31±11.44	0.696	20.01±10.74 18.52±11.72	0.537	60.27±31.80 56.34±34.36	0.583

Mann-Whitney U test; Kruskal-Wallis test

**Tablo 4.5. (Devam)** Hastaların Hastalık ve Cerrahi İşlem Özelliklerine göre ÇBASDÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması [n=103]

Hastalık ve Cerrahi İşlem Özellikleri	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği							
	Aile desteği		Arkadaş desteği		Özel İnsan Desteği		Toplam	
	Ort±SS	p	Ort±SS	p	Ort±SS	p	Ort±SS	p
<b>Cerrahi Yöntem</b>								
Anterior rezeksiyon	20.86±10.19		20.18±10.56		20.86±10.17		61.90±30.78	
Low anterior rezeksiyon	19.94±10.70		20.37±10.37		19.95±10.70		60.25±31.60	
Abdomino-perineal rezeksiyon	16.00±13.14	0.692	16.00±13.14	0.664	16.00±13.12	0.695	48.00±39.43	0.684
Sağ hemikolektomi	18.83±11.84		19.83±11.54		18.85±11.84		57.50±34.50	
Sol hemikolektomi	20.10±11.46		21.14±11.00		20.14±11.46		61.3±33.18	
<b>Komplikasyon</b>								
Evet	24.57±9.07	0.216	24.57±9.07	0.247	24.57±9.07	0.216	73.71±27.21	0.220
Hayır	19.23±11.07		19.65±10.90		19.23±11.07		58.10±32.63	
<b>Stoma Varlığı</b>								
Evet	17.86±11.32	0.185	17.98±11.09	0.119	17.86±11.32	0.185	53.69±33.54	0.156
Hayır	20.79±10.69		21.36±10.49		20.79±10.69		62.93±31.34	
<b>Stoma Çeşiti</b>								
Geçici	18.73±10.98	0.347	18.88±10.67	0.319	18.73±10.98	0.347	56.33±32.37	0.334
Kalıcı	14.67±12.64		14.67±12.64		14.67±12.64		44.00±37.94	
<b>Radyoterapi</b>								
Evet	20.00±13.8	0.731	19.56±11.47	0.855	18.78±11.90	0.731	57.11±34.97	0.769
Hayır	20.09±10.97		20.07±10.74		19.76±10.85		59.60±32.05	
<b>Kemoterapi</b>								
Evet	17.37±11.60	0.189	17.33±11.52	0.112	17.37±11.60	0.189	52.06±34.41	0.155
Hayır	20.51±10.68		21.07±10.40		20.51±10.68		62.08±31.34	
<b>Metastaz</b>								
Evet	18.73±10.98	0.343	18.88±10.67	0.126	17.86±11.32	0.182	61.90±30.78	0.628
Hayır	15.66±12.64		14.67±12.64		20.79±10.69		60.25±31.60	

*Mann-Whitney U test; Kruskal-Wallis test*



Tablo 4.6. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine göre CDPSÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması [n=103]

Tanıtıcı Özellikler	Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği	
	Ort±SS	p
<b>Cinsiyet</b> Kadın Erkek	73.91±23.31 108±18.45	<b>0.022</b>
<b>Yaş</b> 30-49 yaş 50-69 yaş 70-85 yaş	83.21±22.02 81.22±24.07 76.12±20.02	0.610
<b>Eğitim</b> Okur-yazar değil Okur-yazar İlkokul mezunu Lise mezunu Üniversite ve üstü	71.81±24.99 76.80±24.68 79.06±20.13 83.50±15.44 83.38±16.35	<b>0.003</b>
<b>Medeni Durum</b> Evli Bekar	80.47±17.95 68.20±29.14	<b>0.006</b>
<b>Çalışma Durumu</b> Evet Hayır	75.36±17.33 79.35±19.62	0.178
<b>Gelir Durumu</b> Gelir giderden az Gelir gidere eşit Gelir giderden fazla	75.37±21.82 83.72±16.32 90.50±12.49	0.094
<b>Yaşanılan Yer</b> Kentsel Kırsal	78.06± 20.82 79.21±20.12	0.822
<b>Evde Kimlerle Yaşandığı</b> Yalnız Anne ve baba ile Eş ile Eş ve çocuklarla Çocuklarla	81.50±22.91 67.31±47.80 81.01±14.58 79.33±17.61 55.90±15.18	0.062
<b>Çocuk Sahibi Olma Durumu</b> Evet Hayır	78.12±21.62 77.68±21.50	0.148
<b>Aile Kanser Öyküsü</b> Evet Hayır	79.96±17.78 78.41±21.93	0.730
<b>Daha önce başka ameliyat</b> Evet Hayır	78.25±20.93 80.33±18.61	0.635
<b>Kronik Hastalık</b> Evet Hayır	77.70±23.55 80.44±16.71	0.504
<b>Sigara kullanma</b> Evet Hayır	93.40±15.52 78.13±21.09	0.366

Tablo 4.6 hastaların tanıtıcı özelliklerine göre CDPSÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; yaşanılan yer, çocuk sahibi olma durumu, ailede kanser öyküsü, daha önce ameliyat olma durumu, kronik hastalık varlığı, sigara kullanma durumu, çalışma durumu, gelir durumu ve evde yaşadığı kişiler ile CDPSÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p>0.05$ ). Erkeklerin ve evli olanların psikolojik dayanıklılıkları daha yüksek, okuryazar olmayanların psikolojik dayanıklılıklarının ise daha düşük olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ( $p<0.05$ ).

Tablo 4.7. Hastaların Hastalık ve Cerrahi İşlem Özelliklerine göre CDPSÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması [n=103]

Hastalık ve Cerrahi İşlem Özellikleri	Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği	
	Ort±SS	p
<b>Tıbbi Tanı</b> Kolon Ca Rektum Ca	79.14±21.01 82.70±19.53	0.534
<b>KRK tanılanma süresi</b> 0-6 ay 7-13 ay 14-20 ay 21ay ve üzeri	80.21±20.12 75.71±23.92 81.02±21.00 75.06±20.06	0.696
<b>Kanser Evresi</b> I. Evre II. Evre III. Evre IV. Evre	71.02±18.03 80.42±21.16 78.74±20.52 78.80±17.13	0.906
<b>Tümörün Yeri</b> Çıkan kolon İnen kolon Transvers kolon Sigmoid kolon Rektosigmoid kolon Rectum	79.12±20.60 81.01±21.02 84.72±16.71 81.45±18.00 81.22±18.24 82.00±17.60	0.816
<b>Cerrahi Türü</b> Açık Cerrahi Kapalı Cerrahi	75.59±22.10 86.41±12.38	0.052
<b>Cerrahi Yöntem</b> Anterior rezeksiyon Low anterior rezeksiyon Abdomino-perineal rezeksiyon Sağ hemikolektomi Sol hemikolektomi	81.45±18.01 79.14±20.60 77.16±25.42 71.27±23.83 82.00±17.55	0.580
<b>Komplikasyon</b> Evet Hayır	86.41±19.35 78.30±20.31	0.308

**Tablo 4.7. (Devamı) Hastaların Hastalık ve Cerrahi İşlem Özelliklerine göre CDPSÖ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

<b>Stoma Varlığı</b>		
Evet	78.85±20.26	0.823
Hayır	78.85±20.42	
<b>Stoma Çeşiti</b>		
Geçici	78.48±20.41	0.332
Kalıcı	80.22±20.88	
<b>Radyoterapi</b>		
Evet	84.72±16.71	0.178
Hayır	102.61±20.81	
<b>Kemoterapi</b>		
Evet	78.70± 19.98	0.961
Hayır	78.91±20.53	
<b>Metastaz</b>		
Evet	76.00±21.17	0.368
Hayır	81.51±21.17	

Tablo 4.7’de hastaların hastalık ve cerrahi işlem özelliklerine göre CDPSÖ puanları arasında ilişki incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.8. CDPSÖ ile ÇBASDÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki [n=103]**

Connor-Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği							
	Aile desteği		Arkadaş desteği		Özel İnsan Desteği		Toplam	
	r	p	r	p	r	p	r	p
<b>Azim ve kişisel yetkinlik</b>	0.288**	<b>0.003</b>	0.106	0.399	0.211	0.092	0.232	0.064
<b>Negatif olaylara tolerans</b>	0.297*	<b>0.016</b>	0.259*	<b>0.037</b>	0.295**	<b>0.002</b>	0.269*	<b>0.030</b>
<b>Manevi eğilim</b>	0.448**	<b>0.000</b>	0.150	0.234	0.278**	<b>0.004</b>	0.296*	<b>0.017</b>
<b>Toplam Puan</b>	0.372**	<b>0.002</b>	0.245*	<b>0.050</b>	0.288**	<b>0.003</b>	0.264*	<b>0.034</b>

\* $p<0.05$ \*\* $p<0.01$

CDPSÖ ile ÇBASDÖ toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki Tablo 4.8’de gösterilmiştir. CDPSÖ alt boyutu olan azim ve kişisel yetkinlik ile aile desteği arasındaki ilişki çok güçlüydü. Aile desteği ve özel insan desteği ile CDPSÖ negatif olaylara tolerans, manevi eğilim alt boyutu ve ölçek toplam puanı arasındaki ilişkinin de çok güçlü olduğu belirlendi ( $p<0.01$ ). ÇBASDÖ toplam puanı ile manevi eğilim, arkadaş desteği ve ÇBASDÖ toplam puanları ile negatif olaylara tolerans ve CDPSÖ toplam puanı arasında güçlü bir ilişki olduğu saptandı. ( $p<0.05$ ).

Tablo 4.9. Tanıtıcı Özelliklerin ve ÇBASDÖ Toplam ve Alt Boyutu Puanlarının CDPSÖ Puanı Üzerine Olan Etkisinin Doğrusal Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi [n=103]

Değişkenler	Katsayılar	SH	t	p	Katsayılar için %95 GA	
					Alt Sınır	Üst Sınır
Sabit	<b>65.235</b>	<b>7.103</b>	<b>9.184</b>	<b>0.000**</b>	51.13	79.33
Cinsiyet (kadın)	-1.784	4.982	-0.358	0.721	-11.67	8.11
Medeni durum (evli)	7.833	6.118	1.280	0.204	-4.314	19.980
Eğitim (ilkokul)	2.691	6.437	0.418	0.677	-10.09	15.471
Eğitim (lise)	2.697	7.939	0.340	0.735	-13.06	18.460
Eğitim (üniversite)	4.490	9.812	0.458	0.648	-14.99	23.971
ÇBASDÖ Arkadaş Desteği	-0.528	0.594	-0.888	0.377	-1.708	0.652
ÇBASDÖ Özel İnsan Desteği	<b>0.976</b>	<b>0.565</b>	<b>1.880</b>	<b>0.014*</b>	<b>-0.082</b>	<b>2.156</b>

Bağımlı Değişken: Psikolojik sağlamlık ölçeği SH: Standart Hata GA: Güven Aralığı \*p<0.05\*\*p<0.01

Tablo 4.9.'da Tanıtıcı özelliklerin ve ÇBASDÖ toplam ve alt boyutu puanlarının CDPSÖ puanı üzerine etkisinin doğrusal regresyon analizi ile değerlendirilmesi incelendiğinde; modelin ileri düzeyde anlamlı ve R<sup>2</sup> değerinin 0.113 olduğu saptandı (p:0.000; p<0.01). Modelde tüm değişkenler sabit tutulduğunda elde edilen ortalama Psikolojik Dayanıklılık puanının 65.235, standart hatasının ise 7.103 olduğu belirlendi (p:0,000; p<0,01). Diğer değişkenler sabit tutulduğunda; özel insan desteğinden meydana gelen bir birimlik artışın psikolojik dayanıklılığı yaklaşık 1 puanlık (0.976) artışa neden olduğu saptandı (p:0.014; p<0.05). Kadın olmak, evli olmak, ilkokul, lise, üniversite mezunu olmak, arkadaş desteği değişkenleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken, regresyon modelinde kalmıştır (p>0.05). Erkek olmak, bekar olmak, okur-yazar olmamak, okur-yazar olmak, toplam destek ve aile desteği değişkenleri modele girememiştir.

Tablo 4.10. ÇBASDÖ Toplam ve Alt Boyutu Puan Ortalamalarının CDPSÖ Puanı Üzerine Olan Etkisinin Doğrusal Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi [n=103]

Değişkenler	Katsayılar	SH	t	p	Katsayılar için %95 GA	
					Alt Sınır	Üst Sınır
Sabit	<b>69.366</b>	<b>4.08</b>	<b>16.972</b>	<b>0.000**</b>	<b>61.258</b>	<b>77.475</b>
ÇBASDÖ Arkadaş desteği	-0.987	0.828	-1.192	0.236	-2.631	0.656
ÇBASDÖ Toplam destek	0.491	0.276	1.776	0.079	-0.057	1.039

Bağımlı Değişken: Psikolojik Sağlamlık Ölçeği SH: Standart Hata GA: Güven Aralığı \*p<0.05\*\*p<0.01

Tablo 4.10’da değişkenlerin CDPSÖ puanı üzerine olan etkileri regresyon analizi ile değerlendirildiğinde; modelin ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur ve  $R^2$  değerinin 0.086 olduğu saptanmıştır (p:0.000;  $p<0.01$ ). Modelde tüm değişkenler sabit tutulduğunda elde edilen ortalama Psikolojik Sağlamlık puanının 69.366, standart hatasının ise 4.08 olduğu saptanmıştır (p:0.000;  $p<0.01$ ). Toplam destek algısı ve arkadaş desteği değişkeni istatistiksel olarak anlamlı bulunmazken, regresyon modelinde kalmıştır ( $p>0.05$ ). Aile desteği ve özel insan desteği değişkenleri değişkenleri modele girememiştir.



## 5. BÖLÜM

### TARTIŞMA

KRK hastaların çoğunda temel tedavi seçeneği cerrahidir. KRK cerrahisi sonrası sağ kalanlar, genellikle psikolojik sağlıklarını etkileyen bir dizi tıbbi, pratik ve sosyal zorluklarla karşılaşır [130]. Literatürde; kanser hastalarına sunulan sosyal desteğin, hastalığın ve tedavisinin olumsuz sonuçlarına karşı bir kalkan işlevi gördüğü ve hastanın psikolojik iyilik halinin sürdürülmesi ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu belirtilmektedir [22,24]. Literatürden hareketle bu çalışmada; KRK nedeni ile cerrahi tedavi uygulanan hastalarda, psikolojik dayanıklılık ile sosyal destek arasındaki ilişki ve bu ilişkiyi etkileyen faktörler araştırılıp, literatür doğrultusunda tartışıldı.

Literatür; kanser hastalarının büyük çoğunluğunun ailesinden, arkadaşlarından ve akrabalarından maksimum sosyal destek aldığını bildirmektedir. Bununla birlikte; ebeveynlerden, eşlerden, çocuklardan ve diğer sağlık profesyonellerinden sağlanan sosyal destek, kanserli hastalar için en önemli sosyal destek kaynaklarıdır [131,132]. Bu çalışmada; KRK nedeni ile cerrahi tedavi uygulanan hastalarda, psikolojik dayanıklılıklarının ve sosyal destek algılarının, özellikle aile destek algılarının yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 3). Yapılan çalışmalar; psikolojik dayanıklılığın ruh sağlığının iyileştirilmesinde ve kanser tedavisine yönelik oluşturulan olumsuz tepkilere daha iyi direnç gösterebileceğini belirtmektedir [24,133]. Ayrıca sosyal desteğin, kanser hastalarının yaşadığı psikolojik gerilimlerle başa çıkmada yardımcı olabilecek en önemli kaynaklardan biri olduğu bildirilmektedir [108]. Türkiye’de geleneksel bir aile yapısına sahip olma, aile üyeleri arasında bağlılık ve zor zamanlarda aile üyeleri yanında olma düşüncesi, kültürel anlamda sonuçlar üzerinde etkili olmaktadır. Nitekim yapılan araştırmalar; ruhsal iyiliğin sadece fiziksel ve psikolojik durumlarla değil aynı zamanda kültürel arka planla da ilişkili olduğunu göstermektedir [122,135].

Sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık karmaşık çok yönlü bir yapıdır ve bireylerin bazı özellikleri doğrultusunda farklı etkiler yaratabilir [7]. Bu çalışma sonuçlarında; KRK cerrahi uygulanan hastalarda değiştirilemeyen özelliklerinden biri olan yaşın, psikolojik dayanıklılık üzerinde etkili olmadığı (Tablo 6), 30-49 yaş arası hastaların ise özel insandan algıladıkları sosyal destek düzeylerinin yüksek olduğu belirlendi (Tablo

4). Çalışmaların çoğunda kanserli yaşlı hastalarda; düşük duygusal sıkıntı düzeyi için çeşitli açıklamalar öne sürülmüştür. Araştırmacılar; genç hastaların küçük çocuklara sahip anne-baba olmaları, kariyerlerinin ortasında olmaları, daha yoğun çalışma ve ekonomik gerginliklerle ilgili daha fazla strese maruz kaldıklarını belirtmektedir [105,136]. Yaş ile ilgili belirtilen diğer bir açıklama ise, yaş gruplarının yaşamdan ve gelecekte beklentilerinde farklılık göstermesidir. Daha yaşlı yetişkinlerde, ilerleyen yıllarında çeşitli hastalıkların olabileceği düşüncesi, yaşamın bir parçası olarak kabul edilir [105]. Bu nedenle; yaşlı kanser hastalarında; özel bir insan desteği olarak görülen hekim, hemşire gibi sağlık profesyonellerinden beklenen sosyal desteğin, genç kanser hastalarına göre daha az olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada cinsiyet özellikleri değerlendirildiğinde; erkek hastaların algılanan sosyal destek toplam puanı ve tüm alt boyut puanları, kadın hastalara göre daha yüksekti (Tablo 4). Kanser hastalarında sosyal destek algılarının çeşitli değişkenler açısından incelendiği bir çalışmada; kadınların sosyal destek algılarının erkeklere göre daha düşük olduğu; özellikle fonksiyonel destek açısından erkeklerin daha fazla araçsal bir sosyal desteğe ihtiyaç duyduğu belirlenmiştir [105]. Kolorektal kanser nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan hastaların çoğunluğunun (%95.8) bir ostomiye sahip olduğu düşünüldüğünde, çıkan sonuçlar çok da şaşırtıcı değildir [138]. Ostomi de psikososyal uyumun değerlendirildiği bir çalışmada; kadınların erkeklere oranla stomaya ilişkin psikososyal uyumlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda, erkeklerin çoğu yardım almadan kendilerine bakamadıklarını ifade etmişlerdir. Çalışma sonuçları; kadınların, yardım almadan kendi kendine bakım faaliyetlerini gerçekleştirme yeteneğine sahip olduğunu düşündürmektedir. Bununla birlikte, kadın hastaların psikolojik dayanıklılık puanlarının, erkek hastalara göre daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 6). Yapılan mevcut araştırma bulguları kadınların stresli durumlarda, erkeklere göre psikolojik dayanıklılıklarının daha düşük olduğunu belirtmektedir [139]. Kanser tanısı ve tanıdan sonraki cerrahi sürecin hastalar üzerine strese neden olan etkisi düşünüldüğünde, psikolojik dayanıklılık düzeyinde cinsiyet farklılıkları olabileceğine yönelik mevcut literatür bulgularını desteklemektedir. Ayrıca erkekler daha çok, statü ve bağımsızlığın bir an önce kazanılması gibi konularla ilgilenirken, kadınların daha içsel endişelere yoğunlaştığı belirtilmektedir. Bu da kadınların psikolojik dayanıklılıklarını olumsuz etkilemektedir [140]. Kadınlarda eğitim düzeyi arttıkça

depresyon, anksiyete gibi psikolojik dayanıklılıklarını etkileyen olumsuz durumlarda düşüş olduğu belirtilmektedir [132]. Bu çalışmada; okuryazar olmayanların, psikolojik dayanıklılıklarının daha düşük olduğu, lise ve üstü eğitim düzeyine sahip hastalarda algılanan sosyal destek toplam ve alt boyut puanlarının ise daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4). Türkiye’de yapılan Akyüz’ün doktora tez çalışmasında [6]; bizim çalışmamıza benzer şekilde, eğitim durumuna göre psikolojik dayanıklılık puan ortalamaları üniversite ve üzeri eğitim alan hastalarda, diğer eğitim düzeyindeki hastalara göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4). Literatürde belirtilen bir çalışmada; bireylerin eğitim düzeyleri arttıkça, sağlıklarını koruma ve iyileştirme eğiliminde oldukları ve hastalık teşhisi konulduğunda, psikolojik ve sosyal uyum sağlamayı öğrenebilmeleri için profesyonel destek almaya yöneldikleri belirtilmektedir [141]. Sonuçlar; algılanan sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinde, kültürel ve eğitim seviyesine bağlı farklılıkların olabileceğini göstermektedir.

Eş gibi bir sosyal destek varlığının, kanserli hastaları sağlıklı davranışa teşvik etmede ve psikolojik semptomları yönetmede önemli olduğu vurgulanmaktadır [137]. KRK ile ilgili yapılan çalışmalarda; sosyal desteğin, kanser hastaları üzerinde iletişim ve güven duygusu [142], umutsuzluk ve hastalıklarını kabul etme [143] gibi alanlarda olumlu bir etkiye sahip olma potansiyeli olduğu bildirilmektedir. Çalışmalar bu popülasyonda özellikle önemlidir. Çünkü diğer kanser hastalarının aksine, birçok KRK hastası hem kanser hem de beden imajına etki eden bir stoma ile mücadele etmektedir [144]. Çalışma sonuçlarında; evli olanların aile, arkadaş ve özel insana yönelik sosyal destek algı puanlarının, bekar olanlara göre yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4). Evli olan KRK’lı hastalarda psikolojik dayanıklılık puanları daha yüksekti (Tablo 6). Altschuler ve arkadaşlarının KRK’lı hastaların psikososyal uyumlarında, eş desteğinin etkisini inceledikleri çalışmada; eşlerin psikososyal uyumu sağlamada ve normal yaşama dönmede önemli bir yeri olduğunu tespit etmişlerdir [144].

KRK hastalarında normal yaşama dönüş ve sağ kalım üzerinde pozitif etkisi olan bir diğer durum, tedavi sonrası işe geri dönmedir [124]. Çalışma bulgularında; bir işte çalışan ve gelir düzeyi yüksek olan hastaların ÇBASDÖ puanlarının, çalışmayan ve gelir düzeyi düşük olanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4). Psikolojik dayanıklılık üzerinde ise çalışma ve gelir durumunun etkisi olmadığı saptandı (Tablo 6). Li ve arkadaşlarının çalışmasında; gelir durumu ve varoluşsal refah arasında doğrudan



bir ilişki olduğu ve gelirleri yüksek olan KRK'li ve bir kolostomisi bulunan hastaların daha iyi varoluşsal refah puanlarına sahip olduğu belirlenmiştir [122]. Yapılan başka bir çalışmada; işsizlik, önemli ölçüde düşük psikososyal uyum skoru ile ilişkilendirilmiştir [137]. Sideris ve arkadaşları, stomalı hastaların, stoması olmayan hastalardan daha fazla finansal kaygı yaşadığını bildirmiştir [145]. Bulgular; KRK tedavisi ve ostomi ile baş etmede, finansal sosyal destek kaynağın da gerekli olduğunu düşündürmektedir.

Psikolojik dayanıklılığın artırılmasında aile desteğinin pozitif etkisi olduğu yadsınamaz. Yapılan bir çalışmada; aile üyelerinden, özellikle de çocuklardan gelen desteğin, kanser hastalarında depresyon semptomlarının hafifletilmesinde, dolayısıyla psikolojik dayanıklılığın artırılmasında önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir [132]. Çalışma sonuçlarında; eşi ve çocukları ile yaşayan KRK cerrahi uygulanan hastaların, sosyal destek algılarının daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4). Daha geniş bir ağ aracılığıyla sosyal desteğin artmasının, kanser hastalarında daha az depresyon ile ilişkili olduğunu bildirilmektedir [22]. Çalışma bulgularımız; sosyal desteğe ihtiyaç duyulduğuna dair diğer araştırma bulguları ile tutarlıdır [7,22,24,132]. Ancak belirtilenin aksine; çalışma bulgularımızda; hastaların psikolojik dayanıklılıkları üzerinde, evde yaşadığı kişilerin ve çocuk sahibi olmanın etkili bir rolü olmadığı belirlendi (Tablo 6). Psikolojik dayanıklılıklarını güçlendirme yönünde, algılanan destek ihtiyacı, tanı konulmasından sonra geçen zamanda ve tedavi sürecinde farklı destek sistemlerine yönelmiş olabilir.

Psikolojik dayanıklılığın stresli durumlarda kanserli hastalarda, koruyucu bir etkiye sahip olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte; ilk tanı aldıktan sonra geçen süre hastalara kanser hastalığını yaşamlarına dahil etmeleri için tamponlama süresi sağlayabilmektedir. Ayrıca; stresli durumlarda sosyal desteğin, psikolojik semptomların ortaya çıkmasını önlemede veya şiddetini azaltmada koruyucu bir kalkan olarak işlev gördüğü bildirilmektedir [22,24]. Çalışma sonuçlarında; tanıdan sonraki geçen sürenin psikolojik dayanıklılık (Tablo 7) ve algılanan sosyal destek düzeylerinin (Tablo 5) üzerine etkili olmadığı belirlendi. Costa-Requena ve arkadaşlarının kanser hastaları ile yapmış oldukları çalışmada; tanıdan sonra geçen sürenin, sosyal destek algıları üzerinde etkili olduğunu ve hastaların tanıdan sonra geçen süre arttıkça destek ihtiyaçlarının azaldığını belirlemişlerdir [137]. Çalışma sonuçları bizim çalışma sonuçlarımızla farklılık göstermektedir. Çalışmamızdaki hastaların çoğunluğunda (Tablo 2); tanıdan

sonra geçen sürenin kısa olması (0-6 ay: %69.9), sonuçlardaki bu farklılığın sebebi olabileceğini düşündürmektedir.

KRK tedavisi kanser teşhisi konulduktan sonra, çoğu zaman stomaya neden olan ve sıklıkla vücut imajını, cinselliği ve fiziksel işlevleri etkileyen ameliyat sürecini içerir. KRK'lı hastalarda ameliyat öncesi dönemde; kanser tanısına bağlı endişe ve korkularının yanı sıra, tedavi sürecinin, psikososyal açıdan yıkıcı olabileceği belirtilmektedir [114]. Çalışma sonuçlarında; rektum veya kolona yönelik yapılan cerrahi işlemin türü ve yönteminin hastaların sosyal destek düzeyini (Tablo 5) ve psikolojik dayanıklılıklarını (Tablo 7) etkilemediğini göstermektedir. Trophe ve arkadaşlarının ostomi cerrahisinde hastaların deneyimlerini inceledikleri nitel çalışmada; hastalardan biri hemşirelerin yalnızca ostomi torbasını değiştirmek veya ostomi torbasını boşaltmak gibi pratik bakımlara odaklanma eğiliminde olduğunu ve yeterli psikososyal desteğin kendilerine sunulmadığını belirtmiştir [146]. Bu sonuçlar; cerrahi işlemin özelliğinden çok, kaliteli hemşirelik bakımının, hastaların sosyal destek algıları ve psikolojik dayanıklılıkları üzerinde etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Bir stomaya sahip olma, hastanın yaşamının her yönü üzerinde yaygın bir etkiye sahiptir. Ancak, uzun vadeli en önemli etkisi psikolojik ve sosyal işlevsellik üzerinedir [137]. Çalışma sonuçlarında; stomanın varlığı ve çeşidinin hastaların sosyal destek algıları (Tablo 5) ve psikolojik dayanıklılıkları (Tablo 7) üzerinde etkili olmadığı belirlendi. Akyüzün çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuş olup stomanın tipinin (ileostomi ya da kolostomi olmasının) ya da stomanın özelliğinin (geçici ya da kalıcı stoma olması) psikolojik dayanıklılık düzeyleri üzerine etkisi olmadığı yönündedir [6]. Çalışmada; hastaların verilerinin hastane ortamında alındığı ve bir ev ortamında yaşayıp, günlük aktivitelerinde yaşayabileceği psikolojik ve sosyal güçlükleri deneyimlemediği düşünüldüğünde, kısa vadede beklenen bir sonuç olarak öngörülmektedir.

Psikolojik ve sosyal güçlüklerde; bireylerin sosyal çevreye, işe, aile ortamına, kişilerarası ilişkilere, inançlara, değerlere bağlanması ve sosyal destek alması yaşamın her alanında gözlenebilir bir durumdur. Böylece bireyler, stresli yaşam durumlarıyla başa çıkabilmek için gerekli olan gücü sağlayarak, psikolojik dayanıklılıklarını güçlendirir [125]. Kanser hastalarında bu sürecin sürdürülmesi ve beden, zihin ve sosyal

ilişkilerin desteklenmesi, hastanın hastalık tehdidiyle yüzleşerek psikolojik dayanıklılıklarının artırılmasına yardımcı olabilir. Sosyal destek ise bu süreçte önemli bir rol oynamaktadır [76] ve sosyal desteğin psikolojik dayanıklılığı etkileyen önemli bir parametre olduğu, birçok çalışmada belirtilmektedir [3,22,24,125,147]. Bu çalışmanın bulgularında da; literatürde belirtilen sonuçlarla benzerlik gösterdiği, psikolojik dayanıklılık ile aile desteği ve özel insan desteği arasındaki ilişkinin çok güçlü; arkadaş desteği arasında ise güçlü bir ilişki olduğu saptandı (Tablo 8). Literatürde belirtilen bir çalışmada algılanan sosyal desteğin % 85'inin aile üyeleri, özellikle hastanın eşi ve annesi olduğunu belirtilmektedir [76]. Bir başka çalışmada ise; kanserli hastalar için algılanan aile ve arkadaş desteğinin umudun anahtar belirleyicileri olduğu bildirilmiştir [143]. Aynı zamanda algılanan sosyal desteğin, kanser hastalarında acı çekmeyi tolere etmede ve ruhsal iyilik halini sürdürmede önemli olduğu belirtilmektedir [130]. Çalışma sonuçları; KRK cerrahisi uygulanan hastalarda yüksek düzeyde algılanan sosyal desteğin, aktif sorun odaklı başa çıkma ve daha fazla psikolojik dayanıklılık ile pozitif ilişkisini belirten çalışmalarla [7,122] uyum göstermektedir. KRK'de birçok hasta cerrahi tedaviye tabi tutulur. Genellikle bir intestinal stoma açılması tedaviye eşlik eder [7,88]. Ameliyat sonrası özellikle stoma açılan hastalarda; fiziksel, psikolojik ve sosyal zorluklarla karşılaşmak kaçınılmazdır. Bu zorlukların üstesinden gelmek için KRK'lı hastaların ameliyat sonrası majör psikolojik ve sosyal uyumları gerekmektedir [130]. Dong ve arkadaşları intestinal stomaya sahip KRK'li hastalarda; sosyal destek ve psikolojik dayanıklılığın, post travmatik büyüme ile anlamlı pozitif ilişkilerinin olduğunu ve psikolojik dayanıklılığın, algılanan sosyal destek ile post travmatik büyüme arasındaki ilişkide arabulucu rolünün olduğunu belirlemiştir [7]. Li ve arkadaşlarının çalışmasında ise; KRK'li ve bir ostomiye sahip olan hastalarda; manevi iyilik ile psikososyal uyum arasında anlamlı ve güçlü ilişki olduğu saptanmıştır [122]. Özellikle ailenin sağladığı sosyal desteğin uyum sürecini ve sağkalımı olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir [125]. Çalışma sonuçları KRK'li hastalarda; tanı ve cerrahi tedaviye bağlı görülebilen biyopsikososyal zorluklara uyumda; psikolojik dayanıklılığın ve algılanan sosyal desteğin önemini ortaya koymaktadır. Hastaların aile üyelerinden aldıkları sosyal destek, stresli durumları ve olası olumsuz sonuçları kontrol etmede ve hastalarda ait olma hissi sağlayarak geleceğe ilişkin olumlu algılar geliştirmede yardımcı olacaktır [125]. Öte yandan, yüksek düzeyde psikolojik dayanıklılığın, bireylerin sosyal destek kaynaklarını seferber

etmelerini sağlayarak terapötik bakım verme ve izlemede, cerrahi hemşirelerine yol gösterici olabileceği düşünülmektedir.

Cerrahi tedavi süreci; hastaların belirsizlik ve endişe duygularını hissetmesine neden olabilen bir tedavi yöntemidir. Bir birey hastalık veya tedaviden kaynaklanan belirsizlik yaşadığında; bunun zihin, beden ve sosyal ilişkileri etkileyen strese yol açabileceğini bildirilmektedir. Hastayı; beden, zihin ve sosyal açıdan daha konforlu hale getirmek ve sosyal destek sağlamak hemşirelik bakım amaçları içerisinde yer almaktadır [76]. Çalışma sonuçlarında anlamlı çıkan parametreler ile yapılan regresyon analizinde; sosyal desteğin, psikolojik dayanıklılık üzerine olan etkilerinin ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 10). Psikolojik dayanıklılık, daha az umutsuzluk ve yüksek düzeyde algılanan sosyal destek ile anlamlı şekilde ilişkilendirilmiştir [149]. Li, Yang ve Wang mesane kanserli hastalarla yaptıkları çalışmada; yaşam kalitesi artırmada, sosyal desteğin, umudun ve psikolojik dayanıklılığın olumlu etkisini göstermiştir [23]. Karadağ ve arkadaşları; hemodiyaliz hastalarında; algılanan sosyal destek ile psikolojik dayanıklılık arasında çok güçlü bir ilişki olduğunu ve hastaların en fazla aileleri tarafından destek gördüğünü belirlemişlerdir [125]. Meme kanserli hastalarla yapılan başka bir çalışmada; sosyal desteğin, psikolojik dayanıklılık ve yaşam kalitesi arasında arabulucu rolü olduğu bildirilmiştir [22]. Çalışma sonuçlarında literatürden farklı olarak; hemşire, doktor ve diğer sağlık profesyonelleri gibi özel insan desteğinden gelen bir birimlik artışın psikolojik dayanıklılığı yaklaşık 1 puan (0.991) artırdığı saptandı (Tablo 9). Kronik sağlık durumu olan hastalar arasında yapılan son araştırmaların, fiziksel refah için sağlık personelinin desteğine, duygusal refah için ise ailenin desteğine ihtiyaç duyduğu belirtilmektedir [76,119]. Kanserli hastalarda yapılan bir çalışmada; sağlık profesyonellerinden destek almanın (veya destek alma ihtiyacının), hastalarda yaşam kalitesinin fizyolojik boyutu açısından önemli olduğu, algılanan destek ile duygusal yaşam kalitesi arasında ise en tutarlı ilişkilerin arkadaş ve aile destek kaynağı olduğu belirlenmiştir [76]. Yapılan bir sistematik review çalışmasında; sağlık personelinin desteği, yaşam kalitesi göstergelerinin en önemli ögesi olduğu bildirilmektedir [119]. Karmaşık tıbbi bilgiler, zor tedavi kararları almak, tedavinin yan etkileriyle mücadele etmek, hastalığın tekrarlama ve yaklaşan ölüm riski nedeniyle hastaların yaşam kaliteleri zamanla düşmektedir. Bu zor süreçte hastaların sağlık profesyonellerinden beklentileri artmaktadır [150]. Türkiye’de yapılan bir çalışmada;

hastalar doktorlardan beklentisi daha çok bilgi verme yönüdeyken, hemşirelerden beklentileri; anlayış gösterilmesi, saygı gösterilmesi, daha iyi bir iletişim kurması, bakımın daha iyi olması ve duygusal destek almadır [151].

KRK cerrahisi uygulanan hastalarda cerrahi hemşirelerinin hastalara vereceği holistik bakım desteğinin hastaların psikolojik dayanıklılıkları üzerinde etkisinin önemli olduğu açıktır. Bu bulgular; KRK cerrahisi uygulanan hastaların yaşadıkları bu zorlu süreçte; hemşirelik hizmetlerinin sunumunda psikolojik dayanıklılığı etkileyen destek faktörünün dikkate alınması gerekliliğini göstermesi açısından önemlidir.



## 6. BÖLÜM

### SONUÇ VE ÖNERİLER

#### 6.1. Sonuç

Cerrahi tedavi uygulanan kolorektal kanserli hastalarda, sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışma sonuçlarında;

- Hastaların ÇBASDÖ toplam ve aile, arkadaş, özel insan alt grup puanlarının sırasıyla;  $67.78 \pm 24.61$ ,  $25.29 \pm 6.82$ ,  $21.33 \pm 10.22$ ,  $21.15 \pm 10.23$  ve iyi düzeyde olduğu belirlendi. Hastaların CDPDÖ puanları da iyi düzeydeydi ve puan ortalamaları  $78.68 \pm 20.35$  olarak saptandı.
- Hastaların ÇBASDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile yaşanan yer, çocuk sahibi olma durumu, ailede kanser öyküsü, daha önce ameliyat olma durumu, kronik hastalık varlığı ve sigara kullanma durumu arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığı tespit edildi. ( $p > 0.05$ ). Erkek hastaların, lise ve üzeri eğitime sahip olanların ve medeni durumu evli olanların aileden, arkadaştan ve özel insandan algıladıkları sosyal destek puan ortalamaları daha yüksekti. Geliri giderinden fazla olan ve çalışan, evde eşi ve çocukları ile yaşayan hastaların ÇBASDÖ toplam ve alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi. 30-49 yaş aralığında olan hastaların algılanan özel insan desteği puan ortalamaları yüksekti ve puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p < 0.05$ ). Ayrıca hastaların hastalık ve cerrahi işlem özelliklerine göre ÇBASDÖ toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ( $p > 0.05$ ).
- Hastaların CDPDÖ puan ortalamaları ile yaşanan yer, çocuk sahibi olma durumu, ailede kanser öyküsü, daha önce ameliyat olma durumu, kronik hastalık varlığı, sigara kullanma durumu, çalışma durumu, gelir durumu ve evde yaşadığı kişiler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ( $p > 0.05$ ). Hastaların hastalık ve cerrahi işlem özelliklerine göre CDPDÖ puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi ( $p > 0.05$ ). Erkeklerin ve evli olanların psikolojik dayanıklılıkları daha yüksek, okuryazar olmayanların ise daha düşüktü ve fark istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p < 0.05$ ).

- Psikolojik dayanıklılık ile aile desteği ve özel insan desteği arasındaki ilişkinin çok güçlü; arkadaş desteği arasında güçlü bir ilişki olduğu saptandı ( $p<0.05$ ). Hastaların sosyo- demografik özellikleri, ÇBASDÖ toplam ve alt boyutu puanlarının CDPDÖ puanı üzerine etkisinin doğrusal regresyon analizi ile değerlendirilmesinde; özel insan desteğinden meydana gelen bir birimlik artışın psikolojik dayanıklılıkta, yaklaşık 1 puanlık (0.976) artışa neden olduğu saptandı ( $p:0.014$ ;  $p<0.05$ ).

## 6.2. Öneriler

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Özellikle aile, kanser cerrahisi uygulanan hastalar için önemli sosyal destek sistemlerinden biridir. Bu nedenle, psikolojik dayanıklılıklarını artırmak için eşler ve diğer aile üyelerinin hastalarının desteklenmesi konusunda yönlendirilmesi;
- Cerrahi hemşiresinin önce hastalarla güven ilişkisi kurması, onları bir bütün olarak psikososyal açıdan değerlendirmesi, destekleyici girişimlerin gözden geçirilmesi ve gerektiğinde destek kaynaklarının harekete geçirilmesi,
- Psikolojik dayanıklılığı artırmak amacıyla sosyal destek kaynaklarını harekete geçirecek gerekli müdahaleleri, hemşirelik bakım planlarına entegre etmesi ve uygulaması,
- Kolorektal cerrahi uygulanan hastaların tedaviye uyum durumlarının değerlendirilmesi, uyum sağlamaya engel olan faktörler belirlenerek disiplinler arası çalışmalar yürütülmesi,
- Eğitim düzeyi düşük, okuma yazma bilmeyen hastaların kendini ifade etmesi için cesaretlendirilmesi ve gerekli destek kaynaklarına ulaşmada hemşirelerin yol gösterici olması,
- Evde bakım malzemelerinin hastalarda satın alınabilirliğinin ve erişilebilirliğinin hemşireler tarafından değerlendirilmesi ve gerekli destek konusunda ilgili makamlara yönlendirilmesi,

- Kolorektal cerrahi uygulanan hastaların sosyal ortamlarında değerlendirildiği nitel çalışmaların planlanması, çalışmanın kanıt düzeyinin yükseltilmesi açısından önerilir.





## KAYNAKLAR

1. Ye, Z.J., Qiu, H.Z., Li, P.F., Liang, M.Z., Zhu, Y.F., Zeng, Z., ... & Quan, X. M. “Predicting changes in quality of life and emotional distress in Chinese patients with lung, gastric, and colon-rectal cancer diagnoses: the role of psychological resilience”, *Psycho-oncology*, 26(6), 829-835, 2017.
2. Global Burden of Disease Cancer Collaboration. Global, regional, and national cancer incidence, mortality, years of life lost, years lived with disability, and disability-adjusted life-years for 32 cancer groups, 1990 to 2015: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study Global Burden of Disease Cancer Collaboration. *JAMA oncology*, 3(4), 524-548, 2017.
3. Zhang, T., Li, H., Liu, A., Wang, H., Mei, Y., & Dou, W. “Factors promoting resilience among breast cancer patients: a qualitative study”, *Contemporary nurse*, 54(3), 293-303, 2018.
4. Nikbakht, H. A., Ghaem, H., Shokri-Shirvani, J., Ghaffari-fam, S., & Alijanpour, S. “Demographic characteristics and the first program of colorectal cancer (CRC) screening in north of Iran (2016) ”. *Journal of Gastrointestinal Oncology*, 9(3), 458-465, 2018.
5. [http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/10\\_8\\_9-Colorectum-fact-sheet.pdf](http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/10_8_9-Colorectum-fact-sheet.pdf). GLOBOCAN2018 adresinden 06.07.2019 tarihinde alınmıştır.
6. Akyüz, S.. “Kolonrektal Kansere Bağlı Stoma Açılan Ve Açılmayan Hastalarda Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Karşılaştırılması”, *Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2016.
7. Dong, X., Li, G., Liu, C., Kong, L., Fang, Y., Kang, X., & Li, P. “The mediating role of resilience in the relationship between social support and posttraumatic growth among colorectal cancer survivors with permanent intestinal ostomies: A structural equation model analysis”, *European Journal of Oncology Nursing*, 29, 47-52, 2017.
8. Siegel, R., Naishadham, D., & Jemal, A., “Cancer statistics, 2013”, *CA: a cancerjournal for clinicians*, 63(1), 11-30, 2013.

9. Costa, A. L. S., Heitkemper, M. M., Alencar, G. P., Damiani, L. P., Da Silva, R. M., & Jarrett, M. E., "Social support is a predictor of lower stress and higher quality of life and resilience in Brazilian patients with colorectal cancer", *Cancernursing*, 40(5), 352-360, 2017.
10. Ferlay, J., Steliarova-Foucher, E., Lortet-Tieulent, J., Rosso, S., Coebergh, J. W. W., Comber, H., ... & Bray, F., "Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012", *European journal of cancer*, 49(6), 1374-1403, 2013.
11. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2013. <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-036845.pdf>. Accessed March 10, 2015.
12. Zou, G., Li, Y., Xu, R., & Li, P., "Resilience and positive affect contribute to lower cancer-related fatigue among Chinese patients with gastric cancer", *Journal of clinical nursing*, 27(7-8), 1412-1418, 2018.
13. Wendel, C. S., Grant, M., Herrinton, L., Temple, L. K., Hornbrook, M. C., McMullen, C. K., ... & Krouse, R. S., "Reliability and validity of a survey to measure bowel function and quality of life in long-term rectal cancer survivors", *Quality of Life Research*, 23(10), 2831-2840, 2014.
14. Sun, V., Grant, M., McMullen, C. K., Altschuler, A., Mohler, M. J., Hornbrook, M. C., ... & Krouse, R. S., "Surviving colorectal cancer: long-term, persistent ostomy-specific concerns and adaptations", *Journal of wound, ostomy, and continence nursing: official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society/WOCN*, 40(1), 61, 2013.
15. Shaheen Al Ahwal, M., Al Zaben, F., Sehlo, M. G., Khalifa, D. A., & Koenig, H. G., "Religious beliefs, practices, and health in colorectal cancer patients in Saudi Arabia", *Psycho-Oncology*, 25(3), 292-299, 2016.
16. Ye, Z. J., Liang, M. Z., Li, P. F., Sun, Z., Chen, P., Hu, G. Y., & Qiu, H. Z., "New resilience instrument for patients with cancer", *Quality of Life Research*, 27(2), 355-365, 2018.

17. Jansen, L., Herrmann, A., Stegmaier, C., Singer, S., Brenner, H., & Arndt, V., “Health-related quality of life during the 10 years after diagnosis of colorectal cancer: a population-based study”, *Journal of Clinical Oncology*, 29(24), 3263-3269, 2011.
18. Montazeri, A., “Quality of life data as prognostic indicators of survival in cancer patients: an overview of the literature from 1982 to 2008”, *Health and quality of life outcomes*, 7(1), 102, 2009.
19. Hu, T., Xiao, J., Peng, J., Kuang, X., & He, B., “Relationship between resilience, social support as well as anxiety/depression of lung cancer patients: A cross-sectional observation study”, *Journal of cancer research and therapeutics*, 14(1), 72, 2018.
20. Matzka, M., Mayer, H., Köck-Hódi, S., Moses-Passini, C., Dubey, C., Jahn, P., & Eicher, M., “Relationship between resilience, psychological distress and physical activity in cancer patients: A cross-sectional observation study”, *PloS one*, 11(4), e0154496, 2016.
21. Solano, J. P. C., da Silva, A. G., Soares, I. A., Ashmawi, H. A., & Vieira, J. E., “Resilience and hope during advanced disease: a pilot study with metastatic colorectal cancer patients”, *BMC palliative care*, 15(1), 70, 2016.
22. Ristevska-Dimitrovska, G., Filov, I., Rajchanovska, D., Stefanovski, P., & Dejanova, B., “Resilience and quality of life in breast cancer patients”, *Openaccess Macedonian journal of medical sciences*, 3(4), 727-731, 2015.
23. Li, M. Y., Yang, Y. L., Liu, L., & Wang, L., “Effects of social support, hope and resilience on quality of life among Chinese bladder cancer patients: a cross-sectional study”, *Health and quality of life outcomes*, 14(1), 73, 2016.
24. Zhang, H., Zhao, Q., Cao, P., & Ren, G., “Resilience and Quality of Life: Exploring the Mediator Role of Social Support in Patients with Breast Cancer”, *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 23, 5969-5979, 2017.

25. Liu, L., Mills, P. J., Rissling, M., Fiorentino, L., Natarajan, L., Dimsdale, J. E., & Ancoli-Israel, S., “Fatigue and sleep quality are associated with changes in inflammatory markers in breast cancer patients undergoing chemotherapy”, *Brain, behavior, and immunity*, 26(5), 706-713, 2012.
26. Wesley, K. M., Zelikovsky, N., & Schwartz, L. A., “Physical symptoms, perceived social support, and affect in adolescents with cancer”, *Journal of psychosocial oncology*, 31(4), 451-467, 2013.
27. Finan, P. H., & Garland, E. L., “The role of positive affect in pain and its treatment”, *The Clinical journal of pain*, 31(2), 177-187, 2015.
28. Milbury, K., Kavanagh, A., Meng, Z., Chen, Z., Chandwani, K. D., Garcia, K., ...& Liao, Z., “Depressive symptoms and positive affect in Chinese and United States breast cancer survivors: a cross-cultural comparison”, *Supportive Care in Cancer*, 25(7), 2103-2109, 2017.
29. Cancer Genome Atlas Network., “Comprehensive molecular characterization of human colon and rectal cancer”, *Nature*, 487(7407), 330-337, 2012.
30. Nasrallah, A., & El-Sibai, M., “Colorectal cancer causes and treatments: A minireview”, *The Open Colorectal Cancer Journal*, 7(1), 1-4, 2014.
31. Kuipers EJ, Grady WM, Lieberman D, Seufferlein T, Sung JJ, Boelens PG van de Velde CJ, Watanabe T., “Colorectal Cancer”, *Nat Rev Dis Primers*, 1: 15065, 1-51, 2015.
32. Favoriti, P., Carbone, G., Greco, M., Pirozzi, F., Pirozzi, R. E. M., & Corcione, F., “Worldwide burden of colorectal cancer: A review”, *Updates in Surgery*, 68(1), 7–11, 2016.
33. Cunningham D., Atkin W., Lenz HJ., *et al.*, “Colorectal cancer”, *Lancet*, 375(9719), 1030-47, 2010.
34. Dobre, M., Dinu, D. E., Panaitescu, E., Birla, R. D., Iosif, C. I., Boeriu, M., & Costache, M., “Kras gene mutations—prognostic factor in colorectal cancer”, *Rom J Morphol Embryol*, 56(2), 671-678, 2015.

35. Murphy, C. C., Harlan, L. C., Lund, J. L., Lynch, C. F., & Geiger, A. M., “Patterns of colorectal cancer care in the United States: 1990–2010”, *Journal of the National Cancer Institute*, 107(10), 1-11, 2015.
36. Amersi, F., Agustin, M., & Ko, C. Y., “Colorectal cancer: Epidemiology, risk factors, and health services”, *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 18(3), 133–140, 2005.
37. Gandomani, H. S., Aghajani, M., Mohammadian-Hafshejani, A., Tarazoj, A. A., Pouyesh, V., & Salehiniya, H., “Colorectal cancer in the world: incidence, mortality and risk factors”, *Biomedical Research and Therapy*, 4(10), 1656-1675, 2017.
38. İnternet: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık istatistikleri Yıllığı “2017 Mortalite” <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/31096,turkcesiydijiv1pdf.pdf?0> Erişim Tarihi: 06.07.2019
39. Dolatkah, R., Somi, M. H., Kermani, I. A., Ghojazadeh, M., Jafarabadi, M. A., Farassati, F., & Dastgiri, S., “Increased colorectal cancer incidence in Iran: a systematic review and meta-analysis”, *BMC public health*, 15(1), 997, 2015.
40. Arnold, M., Sierra, M. S., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F., “Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality”, *Gut*, 66(4), 683-691, 2017.
41. Centelles, J. J., “General aspects of colorectal cancer”, *ISRN oncology*, 19:1-19, 2012.
42. Akduran, F., “Kolorektal Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi”, *İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Doktora Tezi*, İstanbul, 2015.
43. Mármol, I., Sánchez-de-Diego, C., Pradilla Dieste, A., Cerrada, E., & Rodriguez Yoldi, M., “Colorectal carcinoma: a general overview and future perspectives in colorectal cancer”, *International journal of molecular sciences*, 18(1), 197,1-39, 2017.

44. Jess, T., Loftus, E. V., Jr., Velayos, F. S., Harmsen, W. S., Zinsmeister, A. R., Smyrk, T. C., Sandborn, W. J., “Risk of intestinal cancer in inflammatory bowel disease: A population-based study from olmsted county, Minnesota”, *Gastroenterology*, 130(4), 1039–1046, 2006.
45. Rutter, M. D., Saunders, B. P., Wilkinson, K. H., Rumbles, S., Schofield, G., Kamm, M. A., . . . Forbes, A., “Thirty-year analysis of a colonoscopic surveillance program for neoplasia in ulcerative colitis”, *Gastroenterology*, 130(4), 1030–1038, 2006.
46. Giouleme, O., Diamantidis, M. D., & Katsaros, M. G., “Is diabetes a causal agent for colorectal cancer? Pathophysiological and molecular mechanisms”, *Worldjournal of gastroenterology: WJG*, 17(4), 444-448, 2011.
47. Yalçın, B. M., Turan, E., Yücel, İ., & Ünal, M., “İlk kez tanı konan kolorektal kanser hastalarının epidemiyolojik özellikleri”, *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 16(4), 169-177, 2012.
48. Adelstein, B. A., Macaskill, P., Chan, S. F., Katelaris, P. H., & Irwig, L., “Most bowel cancer symptoms do not indicate colorectal cancer and polyps: a systematic review”, *BMC gastroenterology*, 11(1), 65,1-10, 2011.
49. Yamada, T., Alpers, D. H., Kalloo, A. N., Kaplowitz, N., Owyang, C., & Powell, D. W. *Principles of clinical gastroenterology*. Wiley-Blackwell, 2009.
50. Astin M., Griffin T., Neal RD., Rose P., Hamilton W., “The diagnostic value of symptoms for colorectal cancer in primary care: a systematic review”, *Br J GenPract*; 61(586): s. 231-43, 2011.
51. Torre LA., Bray F., Siegel RL., Ferlay J., Lortet-Tieulent J., Jemal A., “Global cancer statistics, 2012” *CA Cancer J Clin*; 65: 87-108, 2015.
52. Marley, A. R.,& Nan, H., “Epidemiology of colorectal cancer” *,Internationaljournal of molecular epidemiology and genetics*, 7(3), 105-114, 2016.
53. <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/yayinlar/raporlar/kolorektal.pdf>. adresinden 06. 07. 2019 tarihinde alınmıştır.

54. Öztıp, S., “Kolorektal Kanserde Yeni Biyobelirteçlerin Tanımlanması”, *Ankara Üniversitesi Biyoteknoloji Enstitüsü, Doktora Tezi*, Ankara, 2019.
55. Akkoca, A. N., Yanık, S., Özdemir, Z. T., Cihan, F. G., Sayar, S., Cincin, T. G., & Özer, C., “TNM and Modified Dukes staging along with the demographic characteristics of patients with colorectal carcinoma”, *International journal of clinical and experimental medicine*, 7(9), 2828-2835, 2014.
56. Anne BB., Clive A., “Colorectal cancer. Clinical review”, *BMJ*, 335: 715-8, 2007.
57. Arıkan, F., “Kemoterapi Alan Kolorektal Kanserli Hastalarına Masajın Periferik Nöropati ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi”, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi*, Kayseri, 2013.
58. Compton, C. C., & Greene, F. L., “The staging of colorectal cancer: 2004 and beyond”, *CA: a cancer journal for clinicians*, 54(6), 295-308, 2004.
59. Tam, S. Y., & Wu, V. W., “A review on the special radiotherapy techniques of colorectal cancer”, *Frontiers in oncology*, 9, 1-9, 2019.
60. Topçul, M., Çetin İ., In book: “Clinical Diagnosis and Therapy of Colorectal Cancer, Chapter: Treatment Of Colon Cancer”, *Omics Electric eBook Publishing*, Foster City, Editors: Schneider R, pp.1-15, 2015.
61. <https://www.training.seer.cancer.gov/colorectal/treatment/radiation.html> adresinden 15.07.2019 tarihinde alınmıştır.
62. Akman, G., “Kolorektal Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi”, *Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, s.1-155, Sakarya, 2016.
63. <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/treating/chemotherapy.html> adresinden 15.07.2019 tarihinde alınmıştır.
64. Haddock, M. G., “Intraoperative radiation therapy for colon and rectal cancers: a clinical review”, *Radiation Oncology*, 12(1), 11, 1-8, 2017.
65. Özmen, M. Mahir, (Edt.), “Schwartz’s Principles of Surgery”, *Güneş Tıp Kitabevi*, Ankara, 2016.

66. Bucher, P., Pugin, F., & Morel, P., “Single port access laparoscopic right hemicolectomy”, *International journal of colorectal disease*, 23(10), 1013-1016, 2008.
67. Akçal, S.,& Ertürk, S., “Kolon kanseri cerrahisi: ameliyat teknikleri”, In: Baykan E ZA, Geçim İE, Terzi C., ed. *Kolon ve Rektum Kanseri*, 1, 235-245.
68. Özkan, M. Ö., “*Kolorektal Kanserlerin Evreleme ve Tedavi Takibinde Pet/Bt'nin Rolü*”, *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Nükleer Tıp Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi*, Aydın, 2015.
69. Çelik S., Taşdemir N., (Editörler). “Güncel yöntemlerle cerrahi hastalıklarında bakım”, İçinde: Özkan M. Gastro intestinal sistem hastalıkları, *Çukurova Nobeltıp kitapları*. 1. Baskı: Antalya, 2018.
70. Weiss T., “Correlates of posttraumatic growth in married breast cancer survivors”, *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(5):733-746. 2004.
71. Cercek, A.,& Holt, P. R., “The care of the colorectal cancer survivor”, *Current opinion in gastroenterology*, 33(1), 26-33, 2017.
72. Laskowska, A. E., “Non-adaptive reaction to disease-coping, demographic variables and trauma symptoms in cancer patients” *Psychiatr Pol*, 49(4), 811-819, 2015.
73. Sun, H.,& Lee, J., “Psychosocial Adjustment in Korean Colorectal Cancer Survivors”, *Journal of Korean Academy of Nursing*, 48(5), 545-553, 2018.
74. Gil KM, Mishel MH, Belyea M, Germino B, Porter LS & Clayton M., “Benefits of the uncertainty management intervention for African American and White older breast cancer survivors: 20- month outcomes”, *International Journal of Behavioral Medicine* 13, 286–294, 2006.
75. Clayton, M. F., Mishel, M. H., & Belyea, M., “Testing a model of symptoms, communication, uncertainty and well-being, in older breast cancer survivors”, *Research in Nursing and Health* 29, 18–39, 2006.
76. Lien, C. Y., Lin, H. R., Kuo, I. T., & Chen, M. L., “Perceived uncertainty, social support and psychological adjustment in older patients with cancer being treated with surgery”, *Journal of clinical nursing*, 18(16), 2311-2319, 2009.



77. Liao C., Qin Y., “Factors associated with stoma quality of life among stoma patients”,*International Journal of Nursing Sciences*, 1:196-201, 2014.
78. Dabirian A., Yaghmaei F., Rassouli M., et al. “Quality of life in ostomy patients: a qualitative study”,*Patient Prefer Adherence*; 5:1-5, 2010.
79. Ito, N., Tanaka, M., & Kazuma, K, Health-related quality of life among persons living in Japan with a permanent colostomy. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 32(3), 178-183, 2005.
80. Krouse R., Grant M., Ferrell B., et al. “Quality of life outcomes in 599 cancer and non-cancer patients with colostomies”,*J Surg Res*; 138:79-87, 2007.
81. Popek S., Grant M., Gemmill R., et al. “Overcoming challenges: life with an ostomy”,*Am J Surg*; 200:640-645, 2010.
82. Anaraki F., Vafaie M., Behboo R., Maghsoodi N., Esmailpour S., Safaee A., “Quality of life outcomes in patients living with stoma”, *Indian J Palliat Care*, 18:176-180, 2013.
83. Zhang, J. E., Wong, F. K. Y., Zheng, M. C., Hu, A. L., & Zhang, H. Q., “Psychometric evaluation of the ostomy adjustment scale in Chinese cancer patients with colostomies”,*Cancer nursing*, 38(5), 395-405, 2015.
84. Ayaz S., “Approach to sexual problems of patients with stoma by PLISSIT Model: An Alternative”,*Sex Disabil*, 27:81-71. 3, 2009.
85. Borwell B., “Continuity of care for the stoma patient: psychological considerations”, *Br J Community Nurs*, 14:326-331, 2009.
86. Ayaz- Alkaya, S., “Overview of psychosocial problems in individuals with stoma: A review of literature”,*International wound journal*, 16(1), 243-249, 2019.
87. Sharpe L., Patel D., Clarke S., “The relationship between body image disturbance and distress in colorectal cancer patients with and without stomas”, *J Psychosom Res.*, 70:395-402,2011.
88. Karadağ, A., Göçmen, Z. B., Korkut, H., & Çelik, B., “Ostomili bireylere yönelik uyum ölçeğinin Türkçeye uyarlanması”,*Ulusal Cerrahi Dergisi*, 27, 206-211, 2011.

89. Jayarajah U., Samarasekera DN., “Psychological adaptation to alteration of body image among stoma patients: a descriptive study”, *Indian J Psychol Med.*, 39(1), 63-68, 2017.
90. Aktas D., Gocmen Baykara Z., “Body image perceptions of persons with a stoma and their partners: a descriptive, cross-sectional study”, *Ostomy Wound Manage*, 61:26-40, 2015.
91. Dunn, J., Lynch, B., Rinaldis, M., Pakenham, K., McPherson, L., Owen, N., & Aitken, J., “Dimensions of quality of life and psychosocial variables most salient to colorectal cancer patients”, *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 15(1), 20-30, 2006.
92. Boyle, P., & Levin, B., “World cancer report 2008”, IARC Press, *International Agency for Research on Cancer*, 2008.
93. Albayrak, G., “Diyaliz hastalarında psikososyal uyum ve savunma mekanizmaları arasındaki ilişki” , *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, s. 1-119, İstanbul, 2018.
94. Polatci, S., Irk, E., Gültekin, Z., & Sobaci, F., “Psikolojik Dayanıklılık Ve Kişilik Özellikleri Tatmin Düzeyini Etkiler mi?” *Journal of Suleyman Demirel University Institute of Social Sciences*, 29(4), 553-578, 2017.
95. Yli-Uotila, T., Kaunonen, M., Pylkkänen, L., & Suominen, T., “The need for social support provided by the non-profit cancer societies throughout different phases in the cancer trajectory and its integration into public healthcare”, *European Journal of Oncology Nursing*, 21, 97-104, 2016.
96. Sevim, E., “Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Psikolojik Dayanıklılık ve Umut Düzeylerinin İncelenmesi” , *Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, s. 1-103, İstanbul, 2018.
97. Molina, Y., Yi, J.C., Martinez-Gutierrez, J., Reding, K.W., Yi-Frazier, J.P., Rosenberg, A.R., “Resilience among patients across the cancer continuum: diverse perspectives”, *Clin. J. Oncol. Nurs.*, 18, 93-101, 2014.

98. Rosenberg, A. R., Yi-Frazier, J. P., Eaton, L., Wharton, C., Cochrane, K., Pihoker, C., ... & McCauley, E., "Promoting resilience in stress management: a pilot study of a novel resilience-promoting intervention for adolescents and young adults with serious illness", *Journal of pediatric psychology*, 40(9), 992-999, 2015.
99. Wu, W.W., Tsai, S.Y., Liang, S.Y., Liu, C.Y., Jou, S.T., Berry, D.L., "The mediating role of resilience on quality of life and cancer symptom distress in adolescent patients with cancer", *J. Pediatr. Oncol. Nurs.* 32, 304-313, 2015.
100. Min, J. A., Yoon, S., Lee, C. U., Chae, J. H., Lee, C., Song, K. Y., & Kim, T. S., "Psychological resilience contributes to low emotional distress in cancer patients", *Supportive care in cancer*, 21(9), 2469-2476, 2013.
101. Bozo, Ö., Gündoğdu, E., & Büyükaşık-Çolak, C., "The moderating role of different sources of perceived social support on the dispositional optimism—posttraumatic growth relationship in postoperative breast cancer patients", *Journal of health psychology*, 14(7), 1009-1020, 2009.
102. Bowen DJ., Morasca AA., Meischke H., "Measures and correlates of resilience", *Women Health*; 38, 65–76,2003.
103. Ong, AD., Bergeman, CS., Boker, SM., "Resilience comes of age: defining features in later adulthood", *J Pers* ; 77, 1777–1804, 2009.
104. Ho, S. M., Ho, J. W., Bonanno, G. A., Chu, A. T., & Chan, E. M., "Hopefulness predicts resilience after hereditary colorectal cancer genetic testing: a prospective outcome trajectories study", *BMC cancer*, 10(1), 279,1-10, 2010.
105. Cohen, M., Baziliansky, S., & Beny, A., "The association of resilience and age in individuals with colorectal cancer: an exploratory cross-sectional study", *Journal of geriatric oncology*, 5(1), 33-39, 2014.
106. Huang, Y., Huang, Y., Bao, M., Zheng, S., Du, T., & Wu, K., "Psychological resilience of women after breast cancer surgery: a cross-sectional study of associated influencing factors", *Psychology, health & medicine*, 24(7), 866-878, 2019.

107. Alizadeh, Saeedeh, et al. "The relationship between resilience with self-compassion, social support and sense of belonging in women with breast cancer", *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 19 (9): 2469, 2018.
108. Ülger, Eda, et al. "Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi", *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 28 (2): 85-92, 2014.
109. Topkaya, N., Kavas, AB., "Algılanan sosyal destek, yaşam doyumu, psikolojik yardım almaya ilişkin tutum ve niyet arasındaki ilişkiler: bir model çalışması", *International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic*, 10: 979-996, 2015.
110. Figueiredo, MI., Fries, E., Ingram KM., "The Role of disclosure patterns and unsupportive social interactions in the well-being of breast cancer patients", *Psycho-Oncology*, 13: 96-105, 2004.
111. Bastani F., Sayahi S., Haghani H., "Social support and relationship with hope among mothers of a child with leukemia", *Journal of clinical nursing and midwifery*, 1(1): 23-32, 2012.
112. Meyerowitz, BE., Formenti, SC., Ell, KO., "Leedham B. Depression among Latina cervical cancer patients", *Journal of Social and Clinical Psychology*; 19(3): 352-371, 2000.
113. Maliski, SL., Heilemann, MV., McCorkle, R., "Mastery of postprostatectomy incontinence and impotence: his work, her work, our work", *Oncol Nurs Forum*; 28 (6): 985-992, 2001.
114. Yang, Y., Sun, G., Dong, X., Zhang, H., Xing, C., & Liu, Y., "Preoperative anxiety in Chinese colorectal cancer patients: The role of social support, self-esteem and coping styles", *Journal of psychosomatic research*, 121, 81-87, 2019.
115. Walker, MS., Zona, DM., & Fisher, EB., "Depressive symptoms after lung cancer surgery: their relation to coping style and social support", *Psycho-Oncology* 15, 684-693, 2006.
116. Black, P., Boore, J. R., & Parahoo, K., "The effect of nurse-facilitated family participation in the psychological care of the critically ill patient", *Journal of advanced nursing*, 67(5), 1091-1101, 2011.

117. Tsai LF, Kuo ML, Chen SC & Chang PR., “Needs of cancer patients during hospitalization”, *Chang Gung Nursing* 13, 116–125, 2002.
118. Özkan S., “Kolorektal Kanserli Hastaya Psikiyatrik ve Psikososyal Destek”, İçinde: Baykan E, Zorluoğlu A, Geçim İE, Terzi C (editörler), *Kolon ve Rektum Kanseri*. 1. Baskı, İstanbul, *Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği*, 787-799, 2010.
119. Luszczynska, A., Pawlowska, I., Cieslak, R., Knoll, N., & Scholz, U., “Social support and quality of life among lung cancer patients: a systematic review”, *Psycho-Oncology*, 22(10), 2160-2168, 2013.
120. Magaldi, R., Staff, I., Stovall, A., Stohler, S., & Lewis, C., “Impact of Resilience on Outcomes of Total Knee Arthroplasty”, *The Journal of Arthroplasty*, 2019.
121. Arslantaş, H., Adana, F., & Turan, D., “Yatan hastalarda umutsuzluk ve sosyal destek düzeyi ve bunları etkileyen faktörler”, *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 18(2), 87-97, 2010.
122. Li, C. C., Rew, L., & Hwang, S. L., “The relationship between spiritual well-being and psychosocial adjustment in Taiwanese patients with colorectal cancer and a colostomy”, *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 39(2), 161-169, 2012.
123. Hirpara, D. H., Cleghorn, M. C., Sockalingam, S., & Queresby, F. A., “Understanding the complexities of shared decision-making in cancer: a qualitative study of the perspectives of patients undergoing colorectal surgery”, *Canadian Journal of Surgery*, 59(3), 197, 2016.
124. Appleton, L., Goodlad, S., Irvine, F., Poole, H., & Wall, C., “Patients' experiences of living beyond colorectal cancer: a qualitative study”, *European Journal of Oncology Nursing*, 17(5), 610-617, 2013.
125. Karadag, E., Ugur, O., Mert, H., & Erunal, M., “The Relationship Between Psychological Resilience and Social Support Levels in Hemodialysis Patients”, *Journal of Basic and Clinical Health Sciences*, 3(1), 9-15, 2019.
126. Eker, D., Arkar, H., “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Faktör Yapısı, Geçerlilik ve Güvenirliği”, *Türk Psikoloji Dergisi*, 101(34), 45-55, 1995.

127. Eker, D., Arkar, H., Yıldız, H., “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 17-25, 2001.
128. Connor, K. M., & Davidson, J. R., “Development of a new resilience scale: The Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC)”, *Depression and Anxiety*, 18, 76–82, 2003.
129. Kararımak, Ö., “Establishing the psychometric qualities of the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC) using exploratory and confirmatory factor analysis in a trauma survivor sample” , *Psychiatry Res*, 179(3): 350-356, 2010
130. Mahdian, Z., & Ghaffari, M., “The mediating role of psychological resilience, and social support on the relationship between spiritual well-being and hope in cancer patients” , *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 18(3), 130-138, 2016.
131. Tan, M., Karabulutlu, E., “Social support and hopelessness in Turkish patients with cancer” , *Cancer Nurs*, 28 (3): 236-44, 2005.
132. Naseri, N., & Taleghani, F., “Social support and depression in Iranian cancer patients: the role of demographic variables” , *Journal of Caring Sciences*, 7(3), 143, 2018
133. Çalışkan, T., Duran, S., Karadaş, A., & Tekir, Ö., “Kanser hastalarının yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi” , *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 17(1), 27-36, 2015.
134. Pieters, H. C., “I'm Still Here: Resilience Among Older Survivors of Breast Cancer” , *Cancer nursing*, 39(1), 20-28, 2016.
135. Tzeng, H. M., & Yin, C. Y., “Demands for religious care in the Taiwanese health system” , *Nursing Ethics*, 13(2), 163-179, 2006.
136. Kornblith, A. B., Powell, M., Regan, M. M., Bennett, S., Krasner, C., Moy, B., ... & Winer, E., “ Long-term psychosocial adjustment of older vs younger survivors of breast and endometrial cancer” , *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 16(10), 895-903, 2007.

137. Costa-Requena, G., Ballester Arnal, R., & Gil, F., "The influence of demographic and clinical variables on perceived social support in cancer patients", *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 20(1), 25-32, 2015.
138. Gautam, S., Koirala, S., Poudel, A., & Paudel, D., "Psychosocial adjustment among patients with ostomy: a survey in stoma clinics, Nepal", *Nursing: Research and Reviews*, 6, 13-21, 2016.
139. Masood, A., Masud, Y., & Mazahir, S., "Gender differences in resilience and psychological distress of patients with burns", *Burns*, 42(2), 300-306, 2016.
140. Lim, J. W., Shon, E. J., Paek, M., & Daly, B., "The dyadic effects of coping and resilience on psychological distress for cancer survivor couples", *Supportive Care in Cancer*, 22(12), 3209-3217, 2014.
141. Karabulut, H. K., Dinç, L., & Karadag, A., "Effects of planned group interactions on the social adaptation of individuals with an intestinal stoma: a quantitative study", *Journal of clinical nursing*, 23(19-20), 2800-2813, 2014.
142. Northouse, L. L., Mood, D. W., Schafenacker, A., Montie, J. E., Sandler, H. M., Forman, J. D., ... & Kershaw, T., "Randomized clinical trial of a family intervention for prostate cancer patients and their spouses", *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, 110(12), 2809-2818, 2007.
143. Northouse, L., Kershaw, T., Mood, D., & Schafenacker, A., "Effects of a family intervention on the quality of life of women with recurrent breast cancer and their family caregivers", *Psycho- Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 14(6), 478-491, 2005.
144. Altschuler, A., Ramirez, M., Grant, M., Wendel, C., Hornbrook, M. C., Herrinton, L., & Krouse, R. S., "The influence of husbands' or male partners' support on women's psychosocial adjustment to having an ostomy resulting from colorectal cancer", *Journal of wound, ostomy, and continence nursing: official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society/WOCN*, 36(3), 299, 2009.

145. Sideris, L., Zenasni, F., Vernerey, D., Dauchy, S., Lasser, P., Pignon, J. P., & Pocard, M., "Quality of life of patients operated on for low rectal cancer: impact of the type of surgery and patients' characteristics", *Diseases of the Colon & Rectum*, 48(12), 2180-2191, 2005.
146. Thorpe, G., McArthur, M., & Richardson, B., "Healthcare experiences of patients following faecal output stoma-forming surgery: A qualitative exploration", *International journal of nursing studies*, 51(3), 379-389, 2014.
147. Moore, R. C., Eyler, L. T., Mausbach, B. T., Zlatar, Z. Z., Thompson, W. K., Peavy, G., ... & Jeste, D. V., "Complex interplay between health and successful aging: role of perceived stress, resilience, and social support", *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(6), 622-632, 2015.
148. Cornman, J. C., Goldman, N., Gleib, D. A., Weinstein, M., & Chang, M. C., "Social ties and perceived support: Two dimensions of social relationships and health among the elderly in Taiwan", *Journal of aging and health*, 15(4), 616-644, 2003
149. Somasundaram, R. O., & Devamani, K. A., "A comparative study on resilience, perceived social support and hopelessness among cancer patients treated with curative and palliative care", *Indian journal of palliative care*, 22(2), 135-140, 2016.
150. Arora, N. K., Gustafson, D. H., Hawkins, R. P., McTavish, F., Cella, D. F., Pingree, S., ... & Mahvi, D. M., "Impact of surgery and chemotherapy on the quality of life of younger women with breast carcinoma: a prospective study" *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, 92(5), 1288-1298, 2001.
151. Başkale, H. A., Serçekuş, P., & Günüşen, N. P., "Kanser Hastalarının Bilgi kaynakları, Bilgi Gereksinimleri ve Sağlık Personelinden Beklentilerinin İncelenmesi" *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 6(2), 65-70, 2015.



## EKLER

### EK- 1. TANITICI ÖZELLİKLER FORMU

#### A) Kişisel Özellikler Formu

1. Yaş: (lütfen yazınız) .....

2. Cinsiyet

a. Kadın

b. Erkek

3. Medeni Durumunuz?

a. Evli

b. Bekar

4. Eğitim durumunuz?

a. Okur-yazar değil

b. Okur –yazar

c. İlkokul mezunu

d. Lise mezunu

e. Üniversite ve daha üst düzey

5. Çalışma durumunuz?

a. Çalışıyor (meslek.....)

b. Çalışmıyor

6. Gelir durumunuz?

a. Gelir giderden az

b. Gelir gidere eşit

c. Gelir giderden fazla

7. Sağlık güvenceniz?

a. Var

b. Yok

8. Yaşadığınız yer?

a. Kırsal

b. Kentsel

9. Çocuğunuz var mı?

a. Var (kaç tane.....)

b. Yok

10. Kiminle yaşıyorsunuz?

a. Yalnız

b. Anne/Baba

c. Eşimle

d. Eşim ve çocuklarımla

e. Çocuklarımla

f. Diğer.....

11. Ailenizde (birinci ve ikinci derece akrabalarda) kanser hastalığı olan birisi var mı?

a. Evet ise yakınlık dereceniz.....

b. Hayır

12. Sigara kullanıyor musunuz?

a. Evet

b. Hayır

Yanıtınız evetse; sigara kullandığınız süre?

.....Günde.....tane kullanıyorum.

**13. Alkol kullanıyor musunuz?**

- a. Evet b. Hayır

Yanıtınız evetse; alkol kullandığınız süre?

.....Günde/Haftada/Ayda.....kadeh alırım.

**B) Tıbbi Hastalık Öyküsü Formu**

**1. Tıbbi tanı:**

**2. Hastalık tanısı ne kadar süre önce konuldu?**

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

**3. Hastalığı hangi evrede tanı aldı?**

- a. I b. II c. III d. IV

**4. Tümörün yerleşimi hangi bölgededir?**

- a. Çıkan kolon b. İnen kolon c. Transvers kolon  
d. Sigmoid kolon e. Rektosigmoid kolon f. Rektum

**5. Cerrahi yöntem şekli nedir?**

- a. Açık b. Kapalı (laparoskopik)

**6. Hastaya uygulanan cerrahi yöntem nedir?**

- a. Anterior Rezeksiyon b. Low Anterior Rezeksiyon  
c. Abdomino-perineal rezeksiyon d. Sağ hemikolektomi  
e. Sol hemikolektomi f. Total kolektomi

**7. Ameliyattan sonra komplikasyon gelişti mi?**

- a. Evet (.....) b. Hayır

**8. Stoma açıldı mı? (Cevap hayır ise 9. soruya geçiniz)**

- a. Evet b. Hayır

**9. Stoma çeşidiniz nedir?**

- a. Geçici Stoma b. Kalıcı Stoma

**10. Hastalığınız sürecinde radyoterapi aldınız mı?**

a. Evet ise kaç seans aldınız?..... b. Hayır

**11. Hastalığınız sürecinde kemoterapi aldınız mı?**

a. Evet ise kaç kür aldınız?..... b. Hayır

**12. Metastaz var mı?**

a. Evet ise metastaz bölgesi nedir..... b. Hayır

**13. Daha önce başka bir ameliyat geçirdiniz mi?**

a. Evet (.....) b. Hayır

**14. Kronik hastalığınız (tansiyon,seker hastalığı vb.) var mı ?**

a. Evet (.....) b.Hayır

## **EK- 2 ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.**

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



### EK-3 CONNOR-DAVIDSON PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK ÖLÇEĞİ 25 (CD-RISC-25)

Lütfen aşağıdaki ifadelerin geçtiğimiz ay içinde size ne kadar uyduğunu gösteriniz. Eğer yakın zamanda belirgin bir şey olmadıysa, ne hissetmiş olabileceğinizi düşünerek cevaplayınız.

	Hiç doğru değil (0)	Nadiren doğru (1)	Bazen doğru (2)	Sıklıkla doğru (3)	Neredeyse her zaman doğru (4)
1. Değişiklikler karşısında uyum sağlayabilirim					
2. Stres olduğumda beni rahatlatacak en az bir tane yakın ve güvенеbileceğim ilişkim var					
3. Sorunlarıma açık bir çözüm bulunmadığında, bazen Tanrı ya da kader yardım edebilir					
4. Önüme çıkan her şeyle başa çıkabilirim					
5. Geçmiş başarılarım, yeni zorluklarla mücadele etmemde bana güven veriyor					
6. Sorunlarla karşılaştığım zaman, olayların komik yönlerini görmeye çalışırım					
7. Stresle mücadele etmek durumunda kalmak, beni daha da güçlendirebilir					
8. Hastalık, yaralanma ya da benzeri güçlüklerden sonra çabuk normale dönerim					
9. İyi ya da kötü, her şeyin olmasında belli bir sebep olduğunu düşünürüm					
10. Sonuç ne olacak olursa olsun, elimden gelenin en iyisini yaparım					
11. Engeller olsa da, hedeflerime ulaşacağıma inanırım					
12. Umutsuz durumlarda bile vazgeçmem					
13. Kriz ya da stres durumlarında yardım için nereye gideceğimi bilirim					
14. Stres altında dikkatim dağılmaz ve açık bir şekilde düşünebilirim					
15. Sorunları çözerken bütün kararları başkasının almasına izin vermektense, kendim için başına geçmeyi tercih ederim					
16. Başarısızlıklar karşısında kolay pes etmem					
17. Yaşamdaki zorluklarla uğraşmada kendimi güçlü bir insan olarak görürüm					
18. Gerektiğinde başkalarını etkileyecek zor ya da kimsenin vermek istemediği kararları alabilirim					

	Hiç doğru değil (0)	Nadiren doğru (1)	Bazen doğru (2)	Sıklıkla doğru (3)	Neredeyse her zaman doğru (4)
19.Üzüntü, korku ve öfke gibi hoş olmayan ve acı verici duygularla baş edebilirim					
20.Yaşamdaki sorunlarla baş ederken, bazen olayların nedenini bilmeden, varsayımlar üzerine hareket etmek gerekir					
21.Yaşamdaki amacıma dair güçlü bir duyguya sahibim					
22.Hayatımın kontrolüne sahip olduğumu hissediyorum					
23.Zoru severim					
24.Önüme ne engel çıkarsa çıksın, hedeflerime ulaşmaya çalışırım					
25.Başarılarımla gurur duyarım.					

**EK4. Çalışma Takvimi**

FAALİYETLER	AYLAR							
	Ağustos 2018	Eylül 2018	Ekim-Kasım 2018	Aralık-Ocak 2018-2019	Şubat-Mart 2019	Nisan-Mayıs 2019	Haziran-Temmuz 2019	Ağustos 2019
Literatür Tarama	X	X	X	X	X	X	X	X
Tez Konusunun Belirlenmesi	X	X						
Evren Belirleme ve Örneklem Seçimi		X						
Anket Hazırlama	X	X						
Tez Önerisinin Enstitüye Teslimi		X						
Etik Kurul Onayı ve Kurum İzni Alınması			X					
Araştırma Verilerinin Toplanması			X	X	X	X	X	
Veri Girişi ve İstatistik Analizi						X	X	
Tez Yazımı						X	X	
Tezin Sunumu								X



## EK 5: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

### SBÜ KAYSERİ ŞEHİR HASTANESİ TEZ VEYA TEZ DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMALAR İÇİN “BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA OLUR FORMU”

#### (Hasta Grubu)

#### ‘Klinik Araştırma Başlığı’

#### *(Bilgilendirme Bölümü-Çalışma hakkında bilgi ve çalışmanın amacı)*

Bu çalışma cerrahi tedavi uygulanan kolorektal kanserli hastalarda sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla planlandı. Bu araştırma, sizin sosyal desteğinizi ve psikolojik dayanıklılığınızı belirlemek üzere araştırmacı tarafından yüzyüze görüşme yöntemiyle çeşitli sorular sorularak anket uygulaması yapılarak araştırma sonlandırılacaktır.

Bununla ilgili olarak sizi araştırmamıza dahil etmek için izninizi rica ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestiniz. Kararınızdan önce araştırmamız hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. İzin verdiğiniz takdirde size/hastanıza ait kayıtlar ismi gizli tutularak değerlendirilecek ve bir rapor hazırlanacaktır. Test sonuçları ile ilgili bilgiler yalnızca proje yürütücüsü kayıtlarında saklanacak ve bu şekilde size ait bilgiler tamamen gizli tutulacaktır. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler tıbbi dergilerde yayımlansa dahi hasta isimlerine yer verilmeyecektir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katılmanız için size ödeme de yapılmayacaktır.

*Yapılacak araştırmanın getirebileceği olası riskler:*

*Yapılacak çalışmaya ilişkin sağlığınızı tehdit eden herhangi bir durum söz konusu değildir.*

*Yapılacak araştırmanın getirebileceği olası yararlar:*

Sosyal destek düzeyi ve psikolojik dayanıklılık düzeyi arasındaki ilişkinin yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkilerinin olduğu düşünülmektedir. Sizlere uygulanan anket sonuçlarında, sosyal desteğin bu olumlu etkisinin kanıtlanması durumunda kolorektal kanserli hastaların sosyal desteklerini arttırıcı girişimlerin planlanması ve kolorektal kanserli hastaların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin iyileştirilmesi amaçlanmaktadır

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahiptir. Sizinle ilgili tıbbi bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

***(Hastanın Beyanı)***

“Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki yukarıda belirtilen tüm açıklamaları okudum. Bu bilgilerden sonra Hemşire Hatice Çakır tarafından böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Bana, konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama Hemşire Hatice Çakır tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum”.

“Söz konusu araştırmaya, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızamla katılmayı Kabul ediyorum”. Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımını sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusun da bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi.(Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, hangi araştırıcıyı, hangi telefon ve adresten arayabileceğimi biliyorum.

**Araştırmacının Adı:** Hatice akır İş: (0352) 315 77 00 Cep: 5534491539

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde ‘‘katılımcı’’ olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

**Hastanın Beyanı**

**Katılımcı**

Adı, soyadı: Adres:

Tel:

İmza:

**Görüşme Tanığı** Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

**Görüşme Tarihi ve Saati:**

**Hasta İle Grşen Araştırmacı:**

Adı soyadı, unvanı:

Klinik:

Tel:

İmza:

## EK 6. KURUM İZİNİ

**T.C**  
**KAYSERİ VALİLİĞİ**  
**İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ**  
**Kayseri Şehir Hastanesi**

### TIPTA UZMANLIK EĞİTİM KURULU TOPLANTISI

**KARAR NO** :19  
**KARAR TARİHİ** :22.10.2018

18. Hastanemiz Genel Cerrahi Yoğun Bakım Kliniğinde görev yapmakta olan Hemşire Hatice ÇAKIR'ın, yardımcı araştırmacı ve tez yöneticisi Dr. Öğrt. Üyesi Gülden KÜÇÜKAKÇA ÇELİK ile yapmayı planladığı "Cerrahi Tedavi Uygulanan Kolorektal Kanserli Hastaların Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" isimli tez çalışmasını yapmasına;

Prof. Dr. İlhami ÇELİK  
Kayseri Şehir Hastanesi  
Başhekim STAM Müdürü

Prof. Dr. Taher ERTAN  
Eğitim Koordinatörü

Prof. Dr. Mustafa ATASOY  
Deri ve Zührevi Hast. Eğitim Görevlisi

Prof. Dr. Cemil MUTLU  
KBB Kliniği Eğitim Görevlisi

Doç. Dr. Müzaffer KİRELİK  
Hematoloji Kliniği Eğitim Görevlisi

Doç. Dr. Cigdem KARAKUÇU  
Biyokimya Kliniği Eğitim Görevlisi

Doç. Dr. Havva TALAY ÇALIŞ  
FIR Kliniği Eğitim Görevlisi

## EK 7. ETİK KURUL KARARI

T.C.  
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ  
ETİK KURUL KARARI

**Karar Tarihi: 10.09.2018**

**Toplantı Sayısı: 10**

**Üniversitemiz Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Hatice ÇAKIR'ın "Cerrahi Tedavi Uygulanan Kolorektal Kanserli Hastaların Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" isimli tez çalışma projesinin görüşülmesi.**

**2018.10.108.** Yapılan görüşmeler sonucunda, Proje yürütücülüğünü Üniversitemiz Semra ve Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu Dr. Öğr. Üyesi Gülden KÜÇÜKAKÇA ÇELİK'in üstlendiği Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Hatice ÇAKIR'ın "Cerrahi Tedavi Uygulanan Kolorektal Kanserli Hastaların Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" isimli tez çalışma projesi dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, projenin gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına kurulumuz üyeleri tarafından oy birliği ile karar verilmiştir.

ASLI GİBİDİR

Prof. Dr. Erdoğan ÇİÇEK  
Rektör Yardımcısı (Başkan)



T.C.  
KAYSERİ VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
Kayseri Şehir Hastanesi



**Sayı** : 76397871/  
**Konu** : Bilimsel Çalışma Yapma Talebi

**Sayın: Hem. Hatice ÇAKIR**  
**Genel Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi**

Yardımcı araştırmacı ve tez yöneticisi Dr. Öğrt. Üyesi Gülden KÜÇÜKAKÇA ÇELİK ile yapmayı planladığınız "Cerrahi Tedavi Uygulanan Kolorektal Kanserli Hastaların Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" isimli tez çalışmanızı yapmanız Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulunun 22.10.2018 tarih ve 19 nolu kararı ile uygun görülmüştür.

**Prof. Dr. İlhami ÇELİK**  
**Başhekim**

Ek: TUEK Kararı

## ÖZGEÇMİŞ

Hatice ÇAKIR 1989 yılında Kayseri’de doğdu. İlk ve orta öğrenimini Kayseri’de tamamladı. 2007’de Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünü kazandı. 2008 yılında Nevşehir Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu’na yatay geçiş yaptı. 2011 yılında mezun oldu ve Kayseri Devlet Hastanesinde Hemşire olarak çalışmaya başladı. 2012 yılında Nevşehir Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesinde Pedagojik Formasyon Eğitimi aldı. 2017 yılında Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı’nda Yüksek Lisans öğrenimine başladı. Şuan Kayseri Şehir Hastanesinde Hemşire olarak çalışmaktadır.

Adres : Erkilet Camikebir Mah. Alperenler sitesi 19/13

Kocasinan/KAYSERİ

Telefon : 0 553 449 15 39

e-posta : hemsire\_hatice19@hotmail.com