

T.C
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



KANSER HASTASI YAKINLARININ ALGILADIĞI SOSYAL DESTEK İLE
UMUTSUZLUK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Elif YILDIRIM

Öğrenci No:Y1416.010007

Aile Danışmanlığı Anabilim Dalı

Aile Danışmanlığı Programı

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Nevzat BİLGİN

Ağustos, 2017



T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Yüksek Lisans Tez Onay Belgesi

Enstitümüz Aile Danışmanlığı Ana Bilim Dalı Aile Danışmanlığı Tezli Yüksek Lisans Programı Y1416.010007 numaralı öğrencisi **Elif YILDIRIM**'ın “**KANSER HASTASI YAKINLARININ ALGILADIĞI SOSYAL DESTEK İLE UMUTSUZLUK DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**” adlı tez çalışması Enstitümüz Yönetim Kurulunun 27.07.2017 tarih ve 2017/13 sayılı kararıyla oluşturulan jüri tarafından *oybirliği* ile Tezli Yüksek Lisans tezi olarak ...*kabul* edilmiştir.

Öğretim Üyesi Adı Soyadı

İmzası

Tez Savunma Tarihi :07/08/2017

1)Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Nevzat BİLGİN

[Handwritten signature]
.....

2) Jüri Üyesi : Prof. Dr. Ahmet ŞİRİN

[Handwritten signature]
.....

3) Jüri Üyesi : Prof. Dr. Uğur TEKİN

[Handwritten signature]
.....

Not: Öğrencinin Tez savunmasında **Başarılı** olması halinde bu form **imzalanacaktır**. Aksi halde geçersizdir.

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Kanser Hastası Yakınlarının Algıladığı Sosyal Destek İle Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Bibliyografya’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim.

(07.08.2017)

Elif YILDIRIM





ÖNSÖZ

Lisans ve Yüksek Lisans eğitimimde, bu araştırmanın devam ettiği süreçte, tüm yoğunluğuna rağmen yardımını esirgemeyen sevgili hocam ve danışmanım Yrd.Doç.Dr. Nevzat BİLGİN'e teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca Yüksek Lisans eğitimim boyunca katkısı olan tüm hocalarıma teşekkürlerimi iletirim.

Sadece bu araştırma sürecinde değil tüm hayatımda her zaman yanımda olan, desteklerini esirgemeyen, tez sürecimde de maddi ve manevi yardımlarını esirgemeyen, anlayışla yaklaşan anneme, babama, kardeşlerime, biricik oğluma ve sevgili eşime teşekkürlerimi borç bilirim.

Ayrıca İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Servisi 'ndeki değerli çalışma arkadaşlarıma, çalışmaya gönüllü olarak katılan tüm kanser hastası yakınlarına sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ağustos, 2017

Elif YILDIRIM



İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ÖNSÖZ	vii
İÇİNDEKİLER	ix
KISALTMALAR	xi
ÇİZELGE LİSTESİ	xiii
ÖZET	xv
ABSTRACT	xvii
1. GİRİŞ	1
1.1 Araştırmanın Amacı ve Önemi	3
1.2 Araştırmanın Hipotezi.....	4
1.3 Araştırma Problemleri.....	4
1.4 Varsayımlar	5
1.5 Sınırlılıklar	5
1.6 Tanımlar	5
1.6.1 Aile.....	5
1.6.2 Sağlık-Hastalık.....	6
1.6.3 Hasta ve Hasta Yakını.....	8
2. KANSER	11
2.1 Kanser Nedenleri.....	12
2.2 Kanser Tedavi Yöntemleri	13
2.3 Kanser Çeşitleri.....	16
2.3.1 Akciğer kanseri	16
2.3.2 Meme kanseri	17
2.3.3 Mide kanseri.....	19
2.3.4 Kalın bağırsak ve rektum kanseri.....	20
2.3.5 Rahim (Servikal ve Endometrium) kanseri.....	21
2.3.6 İdrar yolu, mesane ve prostat kanseri.....	21
2.3.7 Testis kanseri.....	22
2.3.8 Hodgkin lenfoma.....	22
2.4 Kanser Tedavisinin Önemi.....	23
2.5 Kanser Tedavisinin Sosyal Boyutları.....	24
2.6 Kanserden Korunma Yöntemleri	25
2.7 Türkiye’de Kanserle Mücadele	27
2.7.1 Sosyal destek.....	28
2.7.1.1 Sosyal destek çeşitleri	31
2.8 Sosyal Destek Modelleri	34
2.8.1 Temel Etki Modeli	34
2.8.2 Tampon Etki Modeli	35
2.9. Sosyal Desteğin Önemi	35
2.9.1 Umutsuzluk	37
3. YÖNTEM	43
3.1. Araştırma Modeli	43
3.2. Evren ve Örneklem	43

3.3. Veri Toplama Araçları.....	43
3.3.1. Sosyo-demografik bilgi formu	43
3.3.2 Beck umutsuzluk ölçeği	44
3.3.3.Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği	45
3.4. Veri Toplama.....	46
3.5. Veri Çözümleme Yöntemleri	46
4. BULGULAR VE YORUMLAR.....	49
5. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER	85
5.1 Tartışma ve Sonuç	85
5.2 Öneriler.....	89
KAYNAKÇA	91
EKLER.....	99
ÖZGEÇMİŞ.....	115



KISALTMALAR

ABD	: Amerikan Birleşik Devletleri
ACS	: American Cancer Society
CA	: Kanser
DNA	: Deoksiribo Nükleik Asit
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
KETEM	: Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi
MSPSS	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
PSA	: Prostat Spesifik Antijen
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
USG	: Ultrasonografi



ÇİZELGE LİSTESİ

	<u>SAYFA</u>
Çizelge 2.1: Kolmogorov-Smirnov Normal Dağılım Testi.....	47
Çizelge 2.2: Güvenilirlik Analizi.....	47
Çizelge 3.1: Sosyo-Demografik ve Kişisel Özellikler.....	49
Çizelge 3.2: Sosyal Destek Ölçeği Toplam Puanı ile Alt Ölçeklerinden Alınan Puanların Ortalamaları.....	52
Çizelge 3.3: Umutsuzluk Ölçeği Toplam Puanı ile Alt Ölçeklerinden Alınan Puanların Ortalamaları.....	52
Çizelge 3.4: Hasta Yakınlarında Algılanan Sosyal Destek ile Umutsuzluk İlişisine İlişkin Korelasyon Analizi.....	53
Çizelge 3.5: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Yaş Değişkeninin Karşılaştırılması.....	55
Çizelge 3.6: Umutsuzluk Ölçeği ile Yaş Değişkeninin Karşılaştırılması.....	56
Çizelge 3.7: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Cinsiyet Değişkeninin Karşılaştırılması.....	58
Çizelge 3.8: Umutsuzluk Ölçeği ile Cinsiyet Değişkeninin Karşılaştırılması.....	59
Çizelge 3.9: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Medeni Durum Değişkeninin Karşılaştırılması.....	60
Çizelge 3.10: Umutsuzluk Ölçeği ile Medeni Durum Değişkeninin Karşılaştırılması.....	61
Çizelge 3.11: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Eğitim Durumu Değişkeninin Karşılaştırılması.....	62
Çizelge 3.12: Umutsuzluk Ölçeği ile Eğitim Durumu Değişkeninin Karşılaştırılması.....	63
Çizelge 3.13: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Çalışma Durumu Değişkeninin Karşılaştırılması.....	64
Çizelge 3.14: Umutsuzluk Ölçeği ile Çalışma Durumu Değişkeninin Karşılaştırılması.....	65
Çizelge 3.15: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Meslek Değişkeninin Karşılaştırılması.....	66
Çizelge 3.16: Umutsuzluk Ölçeği ile Meslek Değişkeninin Karşılaştırılması.....	67
Çizelge 3.17: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Yaşadığı Yerler Değişkeninin Karşılaştırılması.....	68
Çizelge 3.18: Umutsuzluk Ölçeği ile Yaşadığı Yerler Değişkeninin Karşılaştırılması.....	69
Çizelge 3.19: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Aylık gelir Değişkeninin Karşılaştırılması.....	70
Çizelge 3.20: Umutsuzluk Ölçeği ile Aylık gelir Değişkeninin Karşılaştırılması.....	71

Çizelge 3.21: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Bakım Vermeye Başladığından İtibaren Sigara Kullanımında Artış Değişkeninin Karşılaştırılması.....	72
Çizelge 3.22: Umutsuzluk Ölçeği ile Bakım Vermeye Başladığından İtibaren Sigara Kullanımında Artış Değişkeninin Karşılaştırılması.....	73
Çizelge 3.23: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Bakım Verdiği Kişinin Tıbbi Tanısı Değişkeninin Karşılaştırılması.....	74
Çizelge 3.24: Umutsuzluk Ölçeği ile Bakım Verdiği Kişinin Tıbbi Tanısı Değişkeninin Karşılaştırılması.....	76
Çizelge 3.25: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Hastalık Süresi Değişkeninin Karşılaştırılması.....	80
Çizelge 3.26: Umutsuzluk Ölçeği ile Hastalık Süresi Değişkeninin Karşılaştırılması.....	81
Çizelge 3.27: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Profesyonel Destek Alma İsteği Değişkeninin Karşılaştırılması.....	82
Çizelge 3.28: Umutsuzluk Ölçeği ile Profesyonel Destek Alma İsteği Değişkeninin Karşılaştırılması.....	83

KANSER HASTASI YAKINLARININ ALGILADIĞI SOSYAL DESTEK İLE UMUTSUZLUK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

ÖZET

Bu araştırmanın temel amacı, kanser hastası yakını olan kişilerin algıladıkları sosyal destek ile umutsuzluk düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemektir. Bu amaç doğrultusunda araştırmada; hasta yakınlarının algıladıkları sosyal destek (aile, arkadaş ve özel kişi desteği) ile umutsuzluk (geleceğe ilişkin duygu, motivasyon kaybı, beklenti) düzeyi arasındaki ilişki incelenmiştir.

Araştırmanın örneklemini; İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Servisinde kemoterapi tedavisi alan 130 hastanın yakını oluşturmaktadır.

Araştırmada kanser hastası yakınlarının sosyodemografik bilgilerini öğrenebilmek amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilen “ Sosyodemografik Bilgi Formu” kullanılmıştır. Hasta yakınlarının algıladıkları sosyal destek düzeyi Zimet ve arkadaşlarının geliştirdiği, Eker ve Arkar’ın 1995’te Türkçeye uyarladığı ” Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS)” ile ölçülmüştür. Hasta yakınlarının umutsuzluk düzeyi ise Seber’in 1991 yılında Türkçeye uyarladığı “ Beck Umutsuzluk Ölçeği” ile değerlendirilmiştir.

Araştırmada elde edilen sonuç; kanser hastası yakınlarının algıladıkları sosyal destek ile umutsuzluk düzeyleri arasında anlamlı ilişkiler bulunmasıdır. Hasta yakınlarının algıladıkları sosyal destek arttıkça umutsuzluk düzeylerinin azaldığı yapılan istatistiksel analizlerle bulunmuştur.

Araştırma sonuçlarıyla elde edilen bulguların literatürle tutarlılığı ve sonuçlar üzerinde etkili olabilecek diğer değişkenler tartışılmış ve çeşitli öneriler sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Kanser, Sosyal Destek, Umutsuzluk, Sağlık-Hastalık, Hasta-Hasta Yakını, Aile



THE INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL SUPPORT AND THE LEVELS OF HOPELESSNESS PERCEIVED BY THE RELATIVES OF CANCER PATIENT

ABSTRACT

The main purpose of this study is to examine the relationship between social support and the levels of hopelessness perceived by the relatives of the cancer patient. To this end, the relationship between social support (family, friends and private support) and hopelessness (feelings about the future, motivation loss, expectation) level of the patients' relatives was investigated.

The sample of the research consists of 130 people who are relatives of cancer patients receiving treatment in Ambulatory Chemotherapy Ward in Istanbul Training and Research Hospital.

"Socio-demographic Information Form" developed by the researcher was used in order to learn the socio-demographic information of the relatives of cancer patients. The level of social support perceived by the patients' relatives was measured by the "Multidimensional Perceived Social Support Scale (MSPSS)" developed by Zimet et al., adapted by Eker and Arkar into Turkish in 1995. The level of hopelessness of the patients' relatives was assessed with the Beck Hopelessness Scale, which Seber adapted into Turkish in 1991.

The result of the research shows us that there is a significant relationship between the level of social support and hopelessness that the relatives of cancer patients perceive. Statistical analyzes revealed that the level of hopelessness decreased as the social support perceived by the patients' relatives increased.

The consistency of findings with the literature and other variables that may have an effect on the results were discussed and various suggestions were presented

Keywords: Cancer, Social Support, Hopelessness, Health-Illness, Patient-Patient Affinity, Family



1. GİRİŞ

Kanser, mortalite ve morbidite hızı yüksek olduğundan kansere yakalanan birey ve çevresini birçok açıdan etkileyen bir hastalıktır. Hayatı tehdit eden ve süregelen bir hastalık olan kanser; duygusal, ruhsal ve davranışsal tepkilere neden olan önemli bir sağlık problemidir (Ateşçi, 2003). Bütün insanlar için ortak bir sağlık riski olan kanser, hücre yapısını bozarak ve kontrolsüz bir şekilde çoğalıp yayılarak bireyleri sona götürür. Kanser erken teşhis konulmayıp tedavi edilmeyince büyük olasılıkla ölümlerle neticelenen ve gelişmiş ülkelerdeki ölüm nedenlerinin %25'ini oluşturan önemli bir sağlık sorunudur.

Hasta sayısının her geçen gün artması nedeniyle bir halk sağlığı sorunu olmaya başlayan kanser hastalığının önlenmesi, erken tanı ve tedavisi günümüzde tıbbın en çok çaba gösterdiği alanların başında gelmektedir. Son yıllarda hastalığın tedavisine yönelik bulgular moleküler düzeyde yapılan çalışmalar ve elde edilen bulgular ile “kanser ve kanser tedavisi” konusu, bilim dünyasına önemli katkılarda bulunmuştur. Gelişen bu bilgiler doğrultusunda kanser hastalığının ileri evrelerden olduğu vakalarda dahi sağ kalım süresinin uzatılabilmesi, bazı kanser türleri için olası hale gelmiştir. Bilimin kanser hastalarına sağladığı daha uzun süre hayatta kalabilme avantajı, hastalığın sosyal yönünün daha fazla ortaya çıkmasına neden olmuştur. Uzayan sağ kalım süresi ile kanser tedavisi, hasta kadar hastaya bakım veren yakın çevresi için de önemli sorunları beraberinde getiren yorucu bir süreç olmuştur. Tıbbın gelişen olanakları ise bu süreci hasta ve hasta yakınları için bir yere kadar rahatlatabilmektedir.

İnsanlar kendilerine veya sevdiklerine kanser tanısı konulduğunda inkar, öfke, düşmanlık, pazarlık ve depresyon gibi birtakım evrelerden geçebilir ve ümitsizliğe kapılabilmektedir. Bu da ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyen bir durumdur. Ruh sağlığı yani psikolojik açıdan iyi, sağlıklı olmak, bireyin kendine ve çevresine uyum sağlamasına, hem kendi iç dünyasında hem de çevresinde yeterli seviyede faydalı olmasına yardımcı olur.

Ruh sağlığı değişken ve göreceli bir kavram olduğundan dışarıdan gelen olumsuz etkiler arttıka insanların ruhsal dengesi bozulabilir ve insanlar bu baskılara farklı tepkiler verebilir. Bu da her bireyin kendini güçlü ve güçsüz hissettiği alanlara bağlıdır. Ruh sağlığının bozulmasıyla sosyal destek arasında önemli bir etkileşim vardır. Sosyal desteğin az veya orta düzeyde olması ciddi ruhsal sorun ve semptomlar yaşanmasına neden olabilir. Bu durum sosyal desteğin önemini vurgulamaktadır. Ayrıca kanseri tedavi ederken tıbbi süreçler ne kadar önemli ise hasta ve hasta yakınlarına hastalık süreci ve sonrasında verilecek eğitimler hastanın iyileşmesinde o kadar önemlidir.

Kanserli hastaya bakım veren bireylerin, hastanın semptomlarını izleyip kontrolünü, tıbbi tedavisinin yapılmasını ve hasta güvenliğini sağlama, psikolojik destek verme, günlük ihtiyaçlarını karşılama ve bakım verme, uygun araç- gereç temininde bulunma gibi birçok görevi bulunmaktadır (Polat, 2011). Kanser hastası yakınları, hastalarına bakım verirken üstlendikleri bu görevler, hasta yakınlarında fiziksel, ekonomik ve psikososyal sorunlara neden olabilmektedir. Bu sorunların azaltılması ve hasta yakınlarının desteklenmesi önemlidir.

Ailenin yaşamında değişikliklere yol açtığı için bir aile hastalığı olarak kabul edilen kanser hastalığı, tedavi yöntemlerinin gelişmesiyle kanser hastaların daha uzun süre yaşaması sağlanmıştır. Uzun süre hastanede kalmanın tedavi ve bakım maliyetini artırmısından dolayı karmaşık kemoterapi ve radyoterapi protokolleri artık evde, taburcu edilmiş hastalarda da uygulanmaktadır. Bu da kanser tanısı konmuş birey kadar aile üyelerinin de günlük rutinlerinin bozulduğu ve kanserli hasta ailesinin stresinin arttığını düşündürmektedir. Evde iyileşme olanağı hastaneye göre daha çok tercih edilmesine rağmen kanser hastasının evde bakımını sağlama, hastalığın tamamen aile üyelerinin günlük yaşamına dahil olmasına ve günlük rutinlerinin bozulmasına neden olmaktadır.

Bireye kanser tanısı konulması hem kendisinin hem de yakınlarının hayatında önemli değişikliklere neden olan fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik birçok sorunu da beraberinde getiren bir durumdur. Bu araştırmada hasta yakınlarının algıladıkları sosyal desteğin umutsuzluk düzeylerine etki edip etmediğini veya ne şekilde etkilediğini renmemizi sağlayacaktır.

1.1 Araştırmanın Amacı ve Önemi

Toplumda sık görülen, aile yapısının ve işleyişini tehdit eden, ölüme neden olan hastalıklar arasında dünyanın birçok ülkesinde ve Türkiye'de ikinci sırada yer almakta olan kanser, belirsizlik, ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran, suçluluk, terk edilme, karmaşa, panik, kaygı gibi duygular uyandıran kronik ve ciddi bir hastalıktır. (Özcan, 1993; Kutluk ve Kars, 1998; Öz, 2001). Günümüzde gelişen teknoloji ile tanı ve tedavideki ilerlemelere rağmen DSÖ, dünyada 14 milyon kanser hastası olduğunu söylemekte ve bu sayının 2020 yılında 20 milyona çıkacağını tahmin etmektedir (Uyar ve ark., 2006).

Hastalığa uyum sağlayabilmek için psikososyal desteğe ihtiyaç duyan kanser hastaları, sosyal desteği bir baş etme stratejisi olarak kullandıkça hastalığa daha olumlu anlamlar yükleyecek, yaşam kalitesi artacak ve sağ kalım oranında artışlar olacaktır (Öz, 1998; McQuellon ve ark., 2006; Gültekin ve ark., 2008). Hasta bireye sosyal destek veren hasta yakınları da bu süreçte fiziksel, psikososyal yönden etkilenmekte ve ailenin dengesi bozulmaktadır (Özyılkan ve ark., 1995; Fadiloğlu, 2003). Hastanın zamanla birtakım görevlerini yerine getirememesi ve bu görevleri hasta yakınlarının üstlenmesiyle rol değişimi olmakta, hasta ve hasta yakınları bu durumdan olumsuz etkilenebilmektedir (Cimprich, 1999).

Hasta ve hasta yakını sadece tedavi sürecinde değil hastanelerin politikaları, ekonomik sorunlar, sağlık ekibine ulaşma ve iletişimden etkilenme gibi konularda yardıma ihtiyaç duyabilmektedir (Akbayrak ve ark., 2007). Kanser, morbidite ve mortalite hızı yüksek bir hastalık olduğu için kanserin hasta ve hasta yakını üzerinde yarattığı farklılıklar zaman içinde giderek artmakta ve artan bu olumsuzluklar tüm ailenin yaşam şeklini değiştirmektedir (Fadiloğlu, 2006). Bu durumlar, hasta ve hasta yakınında strese neden olan başka olayların çıkmasına, bireylerin bu stresörlerle bas edememesine kendilerini umutsuz, çaresiz, yalnız ve endişeli hissetmelerine neden olmaktadır (Longman ve ark., 1992; Öz, 1998; Beser ve Öz, 2003; Akbayrak ve ark., 2007). Bundan dolayı hasta ve hasta yakınlarının desteklenmesi önemlidir.

Hastaya verilen bakım kalitesinde bakım verenler için önemli olan iyilik halini sürdürebilmek hasta yakınının algıladığı sosyal desteğin varlığıyla gerçekleşir. Sosyal desteğin sağlanması bakım verenlerin yüklerinin azalması, duygusal sorunlarının olmaması veya az olması, geleceğe umutla bakmasını sağlayacaktır. Bu

bağlamda hasta yakınının algıladığı sosyal destek yükseldikçe umutsuzluğu azalacak ve aile hastalığın getirdiği birçok olumsuzluğu atlatacaktır.

Bu araştırmanın amacı, kanser hastası yakınlarının algıladığı sosyal destek ile umutsuzluk düzeyi arasındaki ilişkiyi göstermektir.

1.2 Araştırmanın Hipotezi

Kanser hastası yakınlarının algıladıkları sosyal destek ve umutsuzluk düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Bu araştırmanın ana hipotezi; kanser hastası yakınının algıladığı sosyal destek ile umutsuzluk düzeyi arasında bir ilişki olduğu yönündedir.

1.3 Araştırma Problemleri

Araştırmada aşağıdaki sorulara cevap aranacaktır:

1. Kanser hastası yakınlarının algıladıkları sosyal destek (aile desteği, arkadaş desteği, özel kişi desteği) arttıkça umutsuzluk (gelecekle ilgili duygu, motivasyon kaybı, gelecekle ilgili beklenti) düzeyi farklılaşmakta mıdır?
2. Kanser hastası yakınlarının sosyo-demografik özelliklerine göre algıladıkları sosyal destek (aile desteği, arkadaş desteği, özel kişi desteği) düzeyi farklılaşmakta mıdır?
3. Kanser hastası yakınlarının hastanın kanser türüne göre algıladıkları sosyal destek (aile desteği, arkadaş desteği, özel kişi desteği) düzeyi farklılaşmakta mıdır?
4. Kanser hastası yakınlarının hastanın tedavi süresine göre algıladıkları sosyal destek (aile desteği, arkadaş desteği, özel kişi desteği) düzeyi farklılaşmakta mıdır?
5. Kanser hastası yakınlarının sosyo-demografik özelliklerine göre umutsuzluk (gelecekle ilgili duygu, motivasyon kaybı, gelecekle ilgili beklenti) düzeyi farklılaşmakta mıdır?
6. Kanser hastası yakınlarının hastanın kanser türüne göre umutsuzluk (gelecekle ilgili duygu, motivasyon kaybı, gelecekle ilgili beklenti) düzeyi farklılaşmakta mıdır?
7. Kanser hastası yakınlarının hastanın tedavi süresine göre umutsuzluk (gelecekle ilgili duygu, motivasyon kaybı, gelecekle ilgili beklenti) düzeyi farklılaşmakta mıdır?

1.4 Varsayımlar

Kanser hastası yakınlarının algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkinin incelendiği araştırma aşağıdaki varsayımlara dayanmaktadır.

1. Bu çalışmada kullanılan veri toplama araçlarının ölçülmek istenilen özellikleri doğru olarak ölçtüğü varsayılmıştır.
2. Algılanan sosyal destek ve umutsuzluk kavramlarının bilimsel olarak ölçülebilen kavramlar olduğu varsayılmıştır.
3. Araştırmanın örneklemini oluşturan kanser hastası yakınlarının uygulanan ölçeklere verdikleri cevaplarda samimi olduğu varsayılmıştır.

1.5 Sınırlılıklar

Araştırma, İstanbul ilinde; Fatih ilçesinde, Sağlık Bakanlığına bağlı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Servisinde kemoterapi tedavisi alan kanser hastası yakınıyla sınırlıdır.

1.6 Tanımlar

1.6.1 Aile

Tarihin her noktasında önemini koruyan aile, milletlerin varlığının nedeni olan en küçük sosyal birimdir. Milletlerin varlığını sürdürebilmek için ailenin güçlü ve sağlıklı olması gerekir.

Ailenin çok sayıda tanımı yapılmasına rağmen genel itibariyle tanımlar birbirine yakın veya birbirini tamamlayıcı nitelikte olmaktadır.

Aile; evlenme, kan bağı veya evlat edinme yollarıyla birbirine bağlanan, bir ev ahalisini meydana getiren eş, ebeveyn, kardeş, evlat olarak bireylerin kendi toplumsal statüsünde karşılıklı etkileyip ortak bir kültür oluşturup paylaşan ve devamlılığını sağlayan kişiler grubudur.

Toplumlar ekonomik işleyiş, din, idare, gelenek ve görenek gibi konularda farklılık gösterir. Ancak dünyanın neresinde veya zamanın hangi kısmında olursa olsun ailenin evrenselliği, önemi görülecektir.

Aile, yapılan sosyolojik araştırmalarda toplumun temelini meydana getiren evrensel kurum olarak ifade edilmiştir. Geçmişte yaşamış olan ve varlığını hala devam ettiren toplumlarda ailenin görev ve biçimleri değişmesine rağmen sürekliliği devam eden nadir temel kurumlardandır. Bundan dolayı Robert Perucci ve arkadaşları çalışmalarında aile üyelerinde bile aile kavramının değişik anlamlar ifade ettiğini gözlemlemişlerdir. Örneğin kırsal kesimlerde aile denince büyükanne, amca, dayı, anne, baba, kardeş, yeğen gibi geniş bir kurum düşünülürken kent kısmında anne, baba ve kardeşi kapsayan dar bir kurum düşünülür.

Murdock'a göre çekirdek ailenin toplumda 4 önemli görevi vardır:

- Cinsellik
- Ekonomik
- Üreme (soyun devamı)
- Eğitim

Bu durumda cinsellik ve üremenin olmadığı durumlarda toplum yok olur. Ekonomik ihtiyaçların giderilememesi hayatı sonlandırır. Eğitim olmaması kültürün olmamasına neden olur. Çekirdek ailenin faydasının ve evrensel olmasının temel nedeni bu şekilde açıklanabilir.

Ailenin bu görevleri yerine getirip getirmemesine bağlı kalarak Lewis, Beavers, Gosselt ve Philips aileleri fonksiyonel ve fonksiyonel olmayan olarak ikiye ayırmışlardır. Buna göre işlevlerini istenilen oranda gerçekleştiren ailelere fonksiyonel, aile üyelerinin birbiriyle etkileşiminin yetersiz olmasıyla görevlerini gerçekleştiremeyen ailelere fonksiyonel olmayan ailelerdir (Andrews 1979: Akt.,Bulut, 1990).

Bu durumda ailelerin özellikleri göz önüne alındığında fonksiyonel aileler işlevlerini yerine getirebildikleri için sağlıklı; fonksiyonel ailelerin görevlerini yapamadıkları için sağlıksız aile olarak tanımlanabilir (Bulut 1990).

1.6.2 Sağlık-Hastalık

İnsanlığın varoluşundan beri yaptığı tüm faaliyetlerin ortak amacı hayatta kalmak için savaşmaktır. Hayatta kalma amacını gerçekleştiren toplumların bir sonraki amaçları ise hayatlarını sağlıklı sürdürmek istemeleridir. Günlük hayatın kaynağı ve vazgeçilmezi sağlıktır. Sağlıklı olmak temel gereksinimlerden ve sağlık olmadan

maddi- manevi durumların anlamı olmaz. Bu nedenle sağlıklı olmanın değeri tartışılmaz ve sağlığın temel özelliği vazgeçilmez bir servet olmasıdır (DSÖ, 1981).

Uzun zamandan beri sağlık kavramının sadece hastalık ve sakatlığın olmaması şeklinde algılanması hastalık kavramını öne çıkarmış ve bireylerin sağlığı hastalık kavramına göre değerlendirip hastalık belirtileri ve sakatlığı olmayan herkesi sağlıklı kabul etmelerine neden olmuştur. Bireylere göre hastalığın olmaması olarak tanımlanan sağlık, hekimlere göre en ufak bir yakınma, normal durumdan sapma ile bozulabilmekte ve hastalık kavramı ortaya çıkmaktadır. Ancak bireyler çoğu zaman kendilerini çok rahatsız etmeyen yakınmaları hastalık olarak kabul etmeyebilirler (Öztek, 2001). Bu anlayış farkının nedeni halkın eğitim seviyesinin düşüp hekimle halk arasındaki kültür farkının artmasının sonucu olduğu düşünülmektedir (Özkara, 2006).

Sağlık, toplumdaki bireylerin sadece hastalık, sakatlık ve rahatsızlılığın olmaması değil ruhsal, fiziksel, çevresel, ekonomik, kültürel, siyasal ve toplumsal olarak tam bir uyum, huzur ve iyilik durumu içinde olmasıdır. Capra, sağlığı bir insanın canlı organizmaya ve çevresiyle ilişkisine, bakış açısına bağlı olarak tanımlamıştır. Bakış açısı toplumdan topluma zaman içerisinde değiştiği için sağlık anlayışları da değişmektedir (Kızılcılık, 1996).

Göreceli bir kavram olmasından dolayı sağlığın farklı çok sayıda tanımı yapılmıştır. Ancak günümüzde en geniş ve en yaygın kabul edilen sağlık tanımını Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yapmıştır. DSÖ'nün 1948'de yaptığı tanıma göre "sağlık yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik durumudur" şeklindedir.

Sağlığı daha iyi anlamak için hastalığı da tanımlamak gereklidir. Sağlık gibi hastalığında birçok tanımı yapılmıştır. Tıp literatüründe hastalık, doku ve hücrelerde yapı ve görev bakımından anormal farklılıkların meydana geldiği durum olarak tanımlanmıştır (Kızılcılık, 1996). Modern tıbbın tanımına göre de hastalık, vücudun içsel çevresini etkileyen değişikliklere ve kimi sakatlık durumlarına verilen biyolojik tepkilerdir (Adak,2002).

1.6.3 Hasta ve Hasta Yakını

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik durumu olarak tanımladığı sağlık kelimesinden yola çıkarak hastalığın fiziksel, ruhsal veya sosyal yönden herhangi bir sıkıntının varlığıyla ortaya çıktığını söyleyebiliriz.

Sağlığı bozulmuş, hastalığın varlık gösterdiği kişiye hasta, bu kişiye bakım veren onunla ilgilenen yakın çevresindeki kişi ya da kişilere de hasta yakını deriz.

Kanser tanısı konması, kanserin tekrarlanması veya diğer organlara yayılımının olması hasta ve hasta yakınının hayatını kesintiye uğratar ve hayatının anlamı değişen hasta ve hasta yakını hastalık haricinde bir şey düşünemez hale gelir (Elbi, 2001; Canatan, 2009).

Ülkemizde hasta bireyin bakımını genellikle aile üstlendiğinden ve bu durum aile içi sorumluluk olarak düşünüldüğünden kanser için bir aile hastalığı diyebiliriz (Canatan, 2009). Hastalığın kronik olması, hasta ve hasta yakını için sıkıntılı bir durumdur. Aile üyelerinden birinin ciddi bir hastalığının olması hasta yakınlarında yüksek strese bağlı psikolojik sıkıntılar meydana getirebilmektedir. Hastanın hastanede yattığı sürede hasta tedavi ekibi (doktor, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı...), tedavi sonrasında çevrelerinden aldıkları sosyal destek hasta ve hasta yakını için önemli olabilmektedir.

Kanserle birlikte yaşamak ve kanser hastasına bakım vermek sürekli devam eden bir süreçtir. Kanser hastalarının hastalıkları süresince yaşadıkları akut dönem, kronik dönem ve çözülme dönemi olmak üzere üç dönem vardır. Akut dönemde, hastaya yeni kanser tanısı konmuş hasta ve ailesi bu durumdan korkup şaşırmıştır. Kronik dönemde, kanser tedavisine başlanılmış, hasta ve ailesine yeni yaşamlarında yeni sorumluluklar yüklenmiştir. Çözülme döneminde ise hasta ve ailesi sağ kalım ve ölüm süreçlerine odaklanmıştır. Bu üç dönemde de hasta ve hasta yakınında anksiyete ve depresyon gelişme olasılığı hayli yüksektir.

Hasta yakını bakım verme sürecinde, hastayla olan samimiyetinin artması, sevgi bağının güçlenmesi, kendi kişisel gelişiminin ve doyumunun gerçekleşmesi, başka kişilerden sosyal destek alması, kendine saygı duyması gibi sınırlı sayıda olumlu duyguları yaşamasının yanında çaresizlik, öfke, suçluluk, korku, sosyal izolasyon, yorgunluk gibi pek çok olumsuz durumu da yaşamaktadır (Şahin ve ark., 2009).

Hasta yakını, bir süre sonra hasta bireye fiziksel ve duygusal bakım sağlayan birine dönüşmektedir (Iconomou ve ark., 2001). Hasta ve hasta yakınının psikososyal olarak iyi hissetmeleri yaşam kalitelerinin artmasının yanında tedaviye uyum, morbidite ve mortalite açısından olumlu etkiye sahip olduğundan (Akşahin ve ark., 2009) sadece hasta değil hasta yakınının da ihtiyaçları belirlenip hasta yakınına destek sağlanmalıdır (Şahin ve ark., 2009).

Hasta bakımı, hastanın fiziksel bakımı, günlük rutin aktiviteleri ve hastada gelişebilecek semptomları tanımaya kadar değişiklik gösteren karmaşık aktiviteleri içeren çok yönlü bir roldür. Hasta yakını, hasta bakımı rolünü gerçekleştirirken kendi sağlık problemlerini erteleyip fiziksel ve psikolojik sağlığını bozabilir, bakım yükü ve stres sonucu hasta yakınında depresyon gelişebilir.

Kanser hastalığının varlığı biyolojik, mental ve psikososyal sorunlara neden olabilmektedir. Hasta bireylerin kanser yüzünden birçok işlevi ya kısıtlanmış ya da tamamen yitirilmiş ve kayıplara uğramış olabilir. Kanser hastalarında tedavi edici yöntemlerden biri olan kemoterapi ömrü uzatabilmekle birlikte yoğun bir fiziki, psikolojik, sosyal ve ekonomik problemlere neden olabilmektedir. Kemoterapi hasta ve hasta yakınının yaşam düzenini büyük ölçüde değiştirmektedir. Kanser varlığı ve tedavi yöntemlerinden biri olan kemoterapi uygulaması, kişilerde fiziksel, psikososyal ve ekonomik sorunları yoğun bir şekilde ortaya çıkarabilmektedir. Kemoterapi yaşam süresini uzatsa da hasta ve ailesinin yaşamında büyük oranda değişiklikler, normal hayat akışında bozulmalar meydana getirmektedir. Hastalığın varlığı, kemoterapi alma, bu süreçte tedavi ekibine bağımlı kalma bireyin tedaviye uyum sağlamasını ve yaşamdan doyum almasını zorlaştırmaktadır.

Kemoterapi uygulaması kanser türüne göre değişiklik göstermektedir. Kimi kanser türleri haftada 1 gün kemoterapi uygulaması gerektirmekteyken, kimi kanser türleri de iki haftada bir peş peşe iki gün ilaç uygulaması gerektirmektedir. Kemoterapi uygulaması için hastaneye gelmek, tetkikler yaptırmak, bu süreçte diyet, ilaç kullanımı, kemoterapi sonrası görülen yan etkiler (bulantı-kusma, alopesi...) hasta ve hasta yakını için fiziksel, psikososyal ve ekonomik bir çok soruna neden olabilmektedir. Çoğunlukla karşılaşılan ruhsal sıkıntılar ise anksiyete, depresyon, ümitsizlik, gelecek kaygısı, rol karmaşası olarak sıralanabilir.



2. KANSER

Kanserin varlığı çok eski zamanlara dayanmaktadır. Kanser kelimesinin ilk kullanımı Hippocrates (MÖ:460-370) tarafından gerçekleştirilmiştir. Mide ülserine neden olan tümörlere “carcinosa” adı vermiştir ve tümörleri iyi huylu- kötü huylu olarak ikiye ayırmıştır. Ayrıca Eski Yunan’da kullanılan “carcinoma” kelimesi de kanseri tanımlamaktadır.

Kanser; geçtiğimiz yüzyılın başlarında ölüme neden olan hastalıklar sıralamasında 7. ve 8.Sırada iken günümüzde kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır.(Çetingöz ve ark., 2002; Turgay ve ark., 2004; Strensward ve Clark, 2004 atfen Haydaroglu ve ark., 2007; Tuncer, 2007). Günümüzde modern tıbbın ve insanlığın en önemli sağlık sorunlarından (Özkan, 2007). Morbidite ve mortalite hızı yüksek olan kanser, önemli bir sağlık sorunu olmasının yanı sıra topluma yüklediği sosyoekonomik sıkıntı nedeniyle de önemli bir halk sağlığı sorunudur (Kutluk ve Kars, 1994).

Kanser, kontrol edilemeyen bir şekilde büyüme gösteren, başka doku ve organlara anormal yayılım yapan, bireyi fizyolojik, psikolojik, sosyoekonomik yönlerden etkileyen bir hastalıktır (Yeter, 2006). Günümüzde en çok görülen ve hayatı tehdit eden en önemli hastalıklardan olan kanser; bireyin fiziksel, psikolojik, duygusal ve sosyal hayatında sekeller bırakır (Tuncay, 2009). Kanser, çok hücreli organizmalarda gelişen ve hücrelerin anormal şekillerinin kontrolsüzce çoğalmasıyla oluşan asırlardır konuşulan tartışılan bir hastalıktır. Öyle ki hala kendinden söz ettiren ünlü patalog Virchow’un kanser hücresi, doku yasalarına isyan eden hücrelerin anarşik halidir şeklinde yaptığı tanımlama geçerliliğini korumaktadır.

Kanserin iki yüzden fazla türünün olduğu bildirilmektedir. Bu çeşitlerin ortak noktası ise çok hızlı ve kontrol dışı büyüme özelliği göstermeleridir. Vücutta kanser hücresinin çok fazla ve hızlı büyümesi, normal hücrelere zarar vermesi veya immun sistemi baskılaması yaşamın sona ermesine neden olur.

İnsan vücudunun en küçük yapı birimi olan hücrenin iç ve dış etkenlerle normal yapısının bozulması neticesinde biyolojik ve fizyolojik işlevini yitirmesine neden

olan kanserin neden dolayı ortaya çıktığı tam olarak bilinmemekle birlikte günümüzde kanser etiyojisi olarak beş faktör öne çıkmaktadır. Bunlar genetik, kimyasal, fiziksel, viral ve immünolojik etkenlerdir (Robbins ve Kumar, 1987'ye atfen Yamazhan ve Tunçel, 2003).

2.1 Kanserin Nedenleri

Daha ayrıntılı yazacak olursak kansere neden olabilecek olumsuz etkenleri şu şekilde sıralandırabiliriz (Saldırlı, 2009);

- Genetik yatkınlık,
- Alkol ve sigara tüketimi,
- Radyasyon,
- Bazı bakteri ve virüsler,
- Kötü beslenme,
- Katkı maddeli gıdalar,
- Uzun süre güneşe maruz kalma,
- Bazı kimyasal maddeler (benzin, asbest, katran, boya maddeleri vb),
- Hava kirliliği,
- Aşırı dozda röntgen ışığı.

Kanser vakalarının etiyojisine bakıldığında kansere neden olan en büyük etken vakaların %50'sini oluşturan beslenmeyle %35'ini oluşturan sigaradır. %5'lik bölümü meslek gruplarının karsinojen maddelere maruz kalması, %10'luk bölümü etiyojisinin tam olarak bilinmemekle birlikte viral enfeksiyonlar, genetik faktörler oluşturmaktadır (Taş ve Aydın; 2000). Buna rağmen her birey için kanserin risk etkeni aynı değildir. Örneğin; sigara ve hava kirliliği akciğer kanserine neden olabilirken rahim kanseri üzerine bir etkisi yoktur.

Kanser hastalığında kontrolden çıkmış hücreler sürekli çoğalırlar. Kanser ve tümör günümüzde eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Ancak tümörün oluşumunda iki çeşitten bahsedebiliriz. Bunlar; malign (kötü huylu) ve benign (iyi huylu)dir. İki tümör çeşidi de kontrolsüz bir şekilde büyür ve çoğalır. Ancak malign tümörler, benign tümörlerin aksine kan yoluyla diğer dokulara yayılır ve kanserleşme eğilimi gösterir.

Hücrenin ve organizmanın genetik bilgilerini saklayan mikroskopik iplikçikler (DNA), her hücrede yer alır ve hücrenin bütün işlevlerini yapmasını sağlar. DNA üzerindeki iplikçiklerdeki hasar kansere neden olabilir. Normal şartlarda DNA da meydana gelen hasar hücre tarafından onarılır ya da hücre ölür. Ancak kanserli hücrede DNA onarılamaz ve hücre ölmez aksine kontrolsüz çoğalır. Bu hasarlı hücre ihtiyaç dışında yeni hasarlı hücreler oluşturur ve hasarlı hücreler organizmayı tehdit etmeye başlar (TBMM, 2010). Kanserinin hücre bazında ilk başlangıcını bu şekilde tarif edebiliriz.

Kanser, çoğunlukla kendiliğinden veya çevresel etmenlerin DNA'da hasara yol açmasıyla oluşan genetik bir hastalıktır. DNA'da meydana gelen bu mutasyonlar hücrenin büyüme, bölünme, yaşlanma fazlarında değişmelere neden olur. Genlerdeki bu farklılaşma bölünme ile yavru hücrelere geçer. Yavru hücrelerle aktarılan mutasyonlar kanserin bir dizi karakteristik özelliğini açığa çıkarır.

Kanserde erken tanı hasta, hasta yakını, sağlık çalışanı ve hastalığın ilerleyişi açısından çok önemlidir. Her kanser çeşidi kendine özgü özellikler taşıdığından her kanser çeşidinin etiyojisi, risk faktörleri, tanı ve tedavi yöntemleri de farklılık gösterir. Teknolojinin zaman içinde gelişmesiyle erken tanı ve tedavi yöntemlerinde değişiklikler olabilir. Ayrıca kanser konusunda uzmanlaşmış uluslararası kuruluşların her ülke için verdikleri öneriler aynı olmayabilir (Fidaner, 2007).

Kanser hastalarının tedavi ve bakımı fiziksel, psikososyal ve ekonomik gibi olayların bütüncül bir şekilde değerlendirilmesiyle gerçekleştirilmelidir. Bireyler çoğu zaman günlük yaşamlarını etkilemeyen anormal durumları (memede ağrısız kitle gibi) göz ardı ederek hastaneye başvurularını geciktirmektedirler. Kanser teşhisi konulduktan sonra hastalar bu durumu kabullenmek istemediklerinden tıbbi tedaviden kaçınabilir ya da farklı alternatif tedavilere (bitkisel gibi) yönelebilirler. Bu durumda kanser evresi ilerleyip tedaviden sonuç alma durumu daha da zorlaşabilir. Bundan dolayı birçok hasta terminal dönemde hastaneye başvurur. Böylece kanser, hasta ve hasta yakını için tüm dengeleri bozar, ciddi stres ve kaygılara neden olur.

2.2 Kanserinin Tedavi Yöntemleri

Kanserinde tedaviden önce korunma çok önemlidir. Bu yüzden ilk olarak kansere neden olabilecek faktörlerin ortadan kaldırılması daha sonra Dünya Sağlık Örgütü'nün de benimsediği gibi kanser taramalarını yaparak eğitimin artırılıp kanser

hakkında toplumun bilinçlenmesini sağlamaktır. Kanser hastalığının kendisi gibi tedavi süreci de zordur. Birçok araştırmayla birlikte kanser, daha iyi anlaşılmiş ve tedavi yöntemleri ilerlemeler göstermiştir. İlerlemeler kaydeden bu tedavi yöntemleri sayesinde kanser hastalarının yaşam süreleri uzayıp hastaların daha nitelikli yaşam sürmeleri sağlanmıştır. Ancak tedavide kullanılan yöntemlerin bazı yan etkileriyle birlikte kanser tedavi süreci daha zor olabilmektedir. Özellikle kemoterapi ve radyoterapinin kanser hücreleriyle birlikte sağlıklı hücrelere de etki etmesi bu zorluğun nedenlerindedir. Kanserde tanı konulması ve tedavi yöntemleri her geçen gün ilerleme göstermektedir. Tedavi yöntemleri; kemoterapi, radyoterapi, cerrahi ve immunoterapi olarak sıralanabilir. Hastanın hastalık durumu ve kişisel özelliklerine göre tedavide, sıraladığımız yöntemlerden bir veya birkaçı birlikte uygulanabilir (örneğin radyoterapi ve kemoterapinin birlikte kullanımı) (Kızılcı, 1999). Amaçları tamamen kanseri iyileştirmek ya da kanserin ilerlemesini yavaşlatmak olan kemoterapi, radyoterapi, cerrahi ve immünoterapiye aktif tedaviler; amacın hastanın kendisini iyi hissetmesini sağlamak olduğu tedavilere ise semptomatik tedaviler denir (Özkan, 2007). Kanser hücrelerinin ileride gösterebilecekleri yayılımları önlemede kemoterapi, belirli bölgede tekrar kanser oluşma olasılığını azaltmak için ise radyoterapi yapılmaktadır (Özkan, 2007). Bir diğer kanser tedavi yöntemi de palyatif bakımdır. Palyatif bakım, ileride meydana gelebilecek belirtilerin önlenmesine, tedavinin devamlılığını sağlayıp yaşam süresinin uzatılmasına, hayatı tehdit eden hastalığın sonucunda gerçekleşen bağlantılı sorunlara karşı hasta ve ailelerinin yaşam standartlarının arttırılmasına yönelik erken tanı ve değerlendirme ile fiziksel (ağrı gibi), psikososyal sorunların giderilmesidir. (Barraclough, 1994 atfenÖzkan, 2007)

Cerrahi: Kanser yayılım gösterdiği doku ve lenf bezlerinin ameliyat ile çıkarılmasıdır. Günümüzde kullanılan en güvenilir ve en iyi sonuç veren tedavi yöntemidir.

Radyoterapi: Genellikle cerrahi işlem sonrası bölgede kanserli hücre kalma olasılığına karşı ya da cerrahi olarak tam alınamamış dokulara yönelik radyoaktif ışın kullanılmasıdır. Kimi zaman ameliyat öncesi de kullanılabilir. Kanserli hücrenin tekrar oluşmaması, çoğalmaması amacıyla uygulanır.

İmmunoterapi: İnterferon ve interlökin-2 adlı ilaçların dışarıdan hastanın vücuduna verilip savunma sisteminin güçlendirip hastanın sağlıklı hücre ile kanser hücrelerinin ayrımını yapabilen bağışıklık sisteminin kanseri yenmesini hedefleyen tedavi

yöntemidir. Yan etkileri genel itibariyle grip semptomlarına benzer. Kendilerini çok yorgun hisseden hastalarda oluşabilecek yan etkiler ise kas ağrısı, halsizlik, dikkat kaybı, ateş, kusma ve ishaldir. Bu tedavi yönteminin uygulandığı bazı hastalarda deri dökülmesi görülebilir. Bu problemler çok ciddi boyutlarda olabilir fakat tedavi bitiminde bu etkiler kaybolur.

Kemoterapi: Kansere neden olan hücrelerin yok edilmesine yönelik sitotoksik ilaçların kan yoluyla verilmesidir. Kanser hücrelerinin kan yoluyla yayılımı olabildiğinden kimi durumlarda cerrahi işlem ve radyoterapi yetersiz kalabilir. Bu durumda kemoterapi tedavisine ihtiyaç duyulur. Kemoterapi sadece kanserin ilk çıkış noktasına değil yayılım göstermiş uzak bölgelere, saptanan ve saptanmayan tüm kanser hücrelerine de etki ettiği için sistemik bir tedavi yöntemidir (Kutluk, 1992).

Kanser hastalarının yaşam sürelerini uzatan kemoterapi ilaçları, bireyde bazı rahatsız edici yan etkilere neden olabilmektedir (Aslan, 2006). Bu yan etkiler, kemoterapik ajanların özelliklerine göre değişiklik göstermekle birlikte; bulantı, kusma, yemek yemede güçlük, ağızda aft-mukozit çıkması, kemik iliği baskılanması sonucu anemi, lökopeni, trombositopeni görülmesi, saç dökülmesi, cilt problemleri, uykusuzluk, nörolojik sıkıntılar, ağrı, halsizlik, yorgunluk ve cinsel problemler de yaşanmaktadır (Aslan,2006).

Sitotoksik ilaçlar hızla bölünen kanser hücrelerine etki eder. Ancak sadece hızla çoğalan kanser hücrelerine değil kemik iliği, kıl kökleri, gastrointestinal sistem gibi hızla çoğalan sağlıklı hücrelere de etki eder. Bunun sonucunda da bulantı, kusma, iştahsızlık, anemi, enfeksiyon kapma riskinde artış, kanama, alopesi gibi yan etkilere neden olur. Bu sıkıntılar da ayrıca psikolojik sorunlara neden olabilir.

İlerleyen teknolojiye ve gelişen tedavi şekillerine rağmen kanser hala dünyanın en önemli sağlık sorunlarından biridir. Ayrıca kanserin neden olduğu fiziksel değişiklikler ve kimi kemoterapik ilaçların depresyona neden olmasıyla birçok psikolojik sıkıntı ortaya çıkmaktadır. Bu durumda tıbbi müdahaleler kadar psikolojik desteğin önemi de görülür (Özkan, 2000).

Kansere yönelik tedavilerdeki ilerlemelerle iyileşme ve yaşam süresinde artmalar görülmektedir. Ancak tedavi yöntemlerinden özellikle kemoterapi ve radyoterapi hastada ciddi yan etkiler oluşturmaktadır. Bunların en önemli yan etkisi kemik iliğini baskılamalarıdır. Kemik iliğinin baskılanması sonucu hastada lökopeni,

trombositopeni ve anemi oluşur. Ayrıca alopesi, bulantı, kusma gibi yan etkilerde gerçekleşir (Kutluk ve ark., 1992).

Ülkemizde en çok görülen kanser türleri;

- Kadınlarda; meme, akciğer, rahim, kolon
- Erkeklerde; prostat, akciğer, kolon, mesane, lenfoma
- Çocuklarda; lösemi, lenfoma, nörolojik tümörler, kemik ve yumuşak doku kanserleri olarak sıralanabilmektedir.

Ölçeklerimizi uyguladığımız birimde çocuklara yönelik tedavi olamadığından sadece kadın ve erkeklerde çoğunlukla görülen kanserleri konu alacağız.

2.3 Kanser Çeşitleri

Kanser hücreleri genellikle vücutta olduğu doku ve organa göre isimlendirilirler. Ancak kanser hücreleri kan yoluyla başka doku ve organlara geçebildiğinden farklı kanser türleri görülebilir.

2.3.1 Akciğer kanseri

Akciğer havadaki O₂ vücuda alıp dolaşımdaki CO₂ havaya vermesiyle solunum ve dolaşım sisteminin, vücudun en önemli organlarından. Akciğerin iyi çalışması solunumun kalitesini gösterir. Kanser akciğer hastalıkları içinde en önemli sırayı alır. Akciğer kanseri sigara, asbest gibi zararlı atıkların solunmasıyla oluşur.

Akciğer kanserini öncü belirtileri; öksürük, kanlı balgam, göğüs ağrısı, akciğer iltihabı, göğüs kafesinde sıvı birikimi, ses kısıklığı sayılabilir. Risk faktörleri;

- Tütün mamulleri kullanımı akciğer kanseri için kanıtlanmış en önemli risk faktörüdür. Sigara tüketimini sonlandırdıktan 5 yıl sonra dahi akciğer kanseri riski devam etmektedir. Ayrıca sigara kullanmayı dumanına maruz kalan pasif içiciler de akciğer kanseri açısından risk taşımaktadır.
- Çevresel etkenler ve mesleki faktörlerden dolayı asbest, radon gibi maddelere maruz kalmak solunum yollarında tahrişe neden olduğundan akciğer kanseri açısından risk oluşturmaktadır.
- Tüberküloz (verem) hastalığı akciğer alanında kanserleşme özelliği gösterebilmektedir.

- Daha önceden akciğer kanseri geçirmiş olmak hastalığın tekrarlaması açısından risktir ve sigara tüketimi bu riski artırır.

Akciğer kanseri hızlı yayılım gösterir. Öncelikle kemik ve karaciğere geçiş yaptığından hayati ciddi tehdit eder. Erken tanı ve tedavi hayat kurtarır.

Akciğer kanseri son yıllarda artış göstermektedir. Sebebi sigara kullanımının küçük yaşlara düşmesidir (Güngör, 2006). Bu konuda sosyal bilinç geliştirmek önemlidir.

2.3.2 Meme kanseri

Meme kanseri çoğunlukla kadınlarda görülmekle birlikte erkeklerde de görülebilmektedir. Kadınlarda, erkeklerden 100 kat daha fazla görülen meme kanseri, melanom dışı cilt kanserleri haricinde kadınlar arasında morbidite ve mortalite hızı en yüksek olan kanser türüdür. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre dünya genelinde her yıl 1,2 milyon bireye meme kanseri tanısı konulmakta ve 500.000 kadar bireyin yaşamı bu hastalık nedeniyle sona ermektedir. Özellikle gelişmiş ülkeler meme kanseri açısından yüksek riskli bölgeler olarak bilinmektedir. Ülkemizde de kadınlarda en sık görülen kanser türü meme kanseridir. Meme kanserinde genetik geçişin önemi çok fazladır. Fakat hormonal dengesizlikler, doğum sonrası süt bezlerinde oluşan sütün kanallarda birikmesiyle ve yoğun stresle de oluşabilmektedir. Bekar ve evli kadınlar ile yapılan araştırmada evli kadınlarda daha fazla kanser vakası görüldüğü bulunmuştur. Dengesiz beslenme, obezite, alkol tüketimi, geç yaşta evlenme, az doğum yapma, kısa süreli emzirme de meme kanserinin nedenlerindedir (Aydıner, 2006).

Meme kanserinin öncü belirtileri; memede sertlik, kitle veya meme ucunda akıntıdır. Her kadının meme kanserine yakalanma olasılığı olduğu gibi özellikle yaş ilerledikçe bu risk artmaktadır. Meme kanseri erken fark edilir, yayılımı önlenirse kişinin yaşama olasılığı %96' ya çıkar. Bu durumda en önemli koruyucu yöntem erken tanıdır. Risk faktörleri şöyle sıralanabilir (Güngör, 2006);

- Bir göğsünde kanser gelişmiş tedavi görmüş ve kanseri yenmiş kişilerde diğer göğüste kanser gelişme olasılığı 3-4 kat daha fazladır.
- Özellikle annesi, teyzesi ve kız kardeşinde meme kanseri bulunan kadınlarda meme kanserine yakalanma riski 2-5 kat daha fazladır.
- Kadının erken adet görmeye başlayıp geç menapoza girmesi doğurganlık süresini uzatıp daha fazla östrojene maruz kalmasına bu da meme kanseri

riskinin artmasına neden olmaktadır. 50 yaşından sonra adet görmeye devam eden kadınlarda, erken menapoza girip hormon tedavisi gören kadınlarda da risk artmaktadır.

- 30 yaşından sonra ilk çocuğunu doğuran kadınlarda ilk çocuğunu 20 yaşından önce doğuran kadınlara göre meme kanserine yakalanma riski 2 kat artmaktadır. Bu yüzden ilk çocuğunu doğurma yaşı önem kazanmaktadır. Çocuğu olmayan kadınlarda da risk az da olsa artmaktadır.
- Eğitim düzeyi arttıkça meme kanserine yakalanma riski artmıştır. Nedeni bu kadınların eğitimlerinden dolayı daha geç evlenip daha geç çocuk sahibi olmalarıdır. Ayrıca sosyoekonomik durumu yüksek olan kadınlarda da risk yüksek bulunmuştur. Çünkü bu kadınlar çocukluk dönemlerinde daha iyi beslendiklerinden daha iyi gelişirler ve daha küçük yaşta adet görürler. Böylece doğurganlık çağı uzar ve risk artar.
- Östrojen hormonu kadınlarda kalp hastalıklarının ve osteoporozun gelişmesini önler. Bundan dolayı menapoza giren kadınlar bir süre östrojen tedavisi alabilirler. Fakat uzun süreli (10 yıldan fazla) östrojen kullanımı meme kanseri riskini artırır. Bu sebeplerden östrojen kullanımı doktor gözetiminde olmalıdır.
- Doğum kontrol haplarıyla alakalı farklı görüşler mevcut olmasıyla birlikte risk az da olsa artmaktadır. Ancak 10 yıl önce hap kullanımını bırakan kadınlarda risk ortadan kalkmaktadır.
- Beslenme durumuna göre de risk azalıp artmaktadır. Özellikle 50 yaş üstü şişman kadınlarda risk artmaktadır. Ayrıca alkol kullanan kadınlarda alkol kullanmayan kadınlara göre risk 2 kat artmaktadır.
- Yaş faktörü incelendiğinde meme kanseri teşhisi konulan kadınların %70'inin yaşı 50 yaşın üzerindedir. 50 yaş üstü kadınlarda kanser görülme riski 50 yaşın altındaki kadınlara göre 4 kat artmaktadır (Somunoğlu, 2007).

Bu risk faktörlerinin azaltılması veya giderilmesi meme kanserinden primer korunmayı sağlar. Meme kanserinden sekonder korunma ise herhangi bir şikayeti olmayan kadınların belli süre aralıklarıyla klinikte doktor muayenesinden geçmesi, bireyin düzenli olarak kendi kendine meme muayenesi yapması, memenin ultrasonografi ve mamografi ile değerlendirilmesi, manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile taranması ile sağlanır. Mamografi, bu yöntemler içinde erken tanı ve

tedavide başarı şansını arttırma, yaşam süresini uzatmada toplum tabanlı yapılan araştırmalarla etkinliği ispatlanmıştır. Mamografi meme kanserinde erken tanı yöntemlerinden en etkili olanıdır ve meme kanseri vakalarının%80-90'ı mamografi sayesinde henüz asemptomatikken yakalanabilmektedir (Tabar ve ark,2003).

American Cancer Society (ACS), kadınların en büyük sorunlarından olan meme kanseri için 40 yaş üstü kadınlara yılda bir kez doktor muayenesi ve mamografi çekirtmeleri ve aylık kişisel muayene önermektedir. Daha genç yaştaki bireyler için ise doktor muayenesini 3 yılda bir, kendi kendine meme muayenesini aylık periyotlar halinde yapmalarını önermektedir. Ancak meme kanseri öyküsü yaşamış birinci derece yakın akrabası bulunan bireyler için bu tarama programlarının tavsiye edilenden 10 yıl önce başlanmasını önerilmektedir (ACS, 2014). Ülkemizde ise SağlıkBakanlığı, birinci derece yakınında meme kanseri olan bireylerin40 yaşından, yoksa 50 yaşından sonra iki yılda bir mamografi çekirtmesini önermektedir(Somunoğlu, 2007).

2.3.3 Mide kanseri

Sindirim sisteminin en önemli organlarından olan midede; beslenme bozuklukları, sindirimi zor olan yiyecekler ve margarinlerin tüketilmesi, kendi asidik ortamı rahatsızlıklara neden olmaktadır. Mide sıkıntıları dünyada sıklıkla görülür. Özellikle Japonya, Çin, Kore ve İrlanda da sık görülmesi genetik ve yeme alışkanlıklarının önemini göstermektedir. Kadınlara göre erkeklerde mide rahatsızlıklarının görülmesi 2 kat daha fazladır. Sıklıkla 60-70 yaş arasında görülür.

Mide kanserinin öncü belirtileri; kısa sürede ciddi kilo kaybı, bulantı-kusma, mide ve çevresinde ağrı, yemeklerden sonra rahatsızlıkların gelişmesi, erken doyma, mide kanaması, midede emilimin olmaması nedeniyle demir eksikliğine bağlı anemi olarak sayılabilir.

Risk faktörleri şöyle sıralanabilir;

- Düşük sosyoekonomik düzey,
- Genetik (özellikle 1. Derecede akrabalarda),
- Beslenme alışkanlıkları (alkol, çiğ et, bol baharat...),
- Mide hastalıkları (gastrit, mide polipi, ülser...),
- Helicobacrepylori enfeksiyonu olan bireyler.

2.3.4 Kalın bağırsak ve rektum kanseri

Kanser çeşitleri içinde en sık 3.sırada görülen ve çoğunlukla ölümlü sonuçlanan kolorektal kanser, ABD’de sadece 2008 yılında 150.000 yeni vakaya neden olmuştur. Kolorektal kanser vakalarının%25 ‘inde aile öyküsü mevcutken, %75 ‘inde herhangi bir ailesel risk bulunmadığı bilinmektedir. Hastalığın görülme sıklığı yaşla birlikte artmakta özellikle vakaların %90’ından fazlasının 50 yaş ve üzerinde olduğu, erkeklerde kadınlara oranla daha fazla görüldüğü ve yine erkeklerde mortalite hızının daha yüksek olduğu bilinmektedir. Kolorektal kanserlerinin insidansının ve mortalitesinin, yapılan tarama testleri ve kanserleşme eğiliminde olan lezyonların erken teşhisle temizlenmesi sonucu, son 10 yılda gittikçe azaldığı olduğu bilinmektedir. Sindirim ve boşaltım sistemlerinin önemli bir organı olan kalın bağırsak, midede öğütülen besinlerin emilimini yapıp kalan posanın atık olarak dışarıya atılmasını sağlar. Mide kanserinde olduğu gibi beslenme alışkanlıkları ve genetik geçiş kolon kanserinin en önemli nedenlerindedir.

Kolorektal kanserinin öncü belirtileri; gaitada taze kan (hemoroid sebebi olmamalı), uzun süreli ishal ve kabızlık olarak sıralanabilir (Güngör, 2006).

Risk faktörleri şöyle sıralanabilir;

- Genetik (aile bireylerinde kolorektal polip, kanser ve ülserleşmiş kolit varlığı),
- Obezite,
- Sindirimi, emilimi zor yiyeceklerin tüketimi,
- Çevresel faktörler.

Erken teşhiste 35 yaş üstü kadın ve erkeklerin beş yılda bir defa kolonoskopi olmaları ve her yıl gaitada kan olup olmadığının kontrolü için test yapmaları önerilmektedir. Amerikan Ulusal Polip çalışması, bağırsak mukozasını gözle muayene edilebilme olanağını sağlayan fleksibil sigmoidoskopi ve kolonoskopi yöntemlerinin periyodik olarak kullanılmasının polip kontrolünü %76-90 oranlarında sağladığını belirtmektedir. Ayrıca bu çalışmaya göre adenomatöz poliplerin erken teşhisinde duyarlılığı en yüksek olan yöntemler yine bunlardır. ACS, 50 ve üzeri yaş grubunun 5 yılda bir fleksibil sigmoidoskopi ya da 10 yılda bir kolonoskopi yaptırmalarını önermekte ve tetkik sonuçlarının normal olduğu bireylerde bu

taramaların belirtilen sıklıktan daha fazla yapılmasını gerekli görmemektedir (Winawer ve ark.,2003).

2.3.5 Rahim (Servikal ve Endometrium) kanseri

Rahim kadın üreme organlarından en önemlilerindedir. Rahim boynu (serviks) ve rahim iç zarı (endometrium) kanserlerinin nedeni hormonal yapı ve genetik olarak sıralanabilir (Güngör, 2006).

Öncü belirtisi; anormal vajinal kanamadır.

Risk faktörleri;

- Genetik,
- Enfeksiyon (HPV),
- Cinsel ilişki partnerlerinin çok olması,
- Uzun süreli östrojen tedavisi,
- Geç menapoz olarak sıralanabilir.

Menapoz sonrası östrojen tedavisi olan, aşırı şişman kadınlar, anormal vajinal kanaması olan kadınların endometrial biyopsi yapmaları önerilmektedir (Güngör,2006). Pap testi rahim ağzından alınan sürüntünün sitolojik olarak değerlendirildiği ve günümüzde serviks kanserinden korunma ve erken teşhiste en sık kullanılan tarama testidir. ACS, serviks kanserinin önlenmesi ve erken tanı konulabilmesi amacıyla cinsel hayatı aktif olan 21 yaşını geçmiş her kadının yılda bir defa Pap testi yaptırmasını önermektedir. Tarama testleriyle erken teşhis edilen serviks kanserinin mortalitesi 1950'lerden sonra daha da azalmıştır.

2.3.6. İdrar yolu, mesane ve prostat kanseri

Özellikle genetik ve hormonal yapının neden olduğu idrar yolu, mesane kanseri daha çok ileri yaştaki erkeklerde görülür.

Prostat erkek üreme organlarından biridir. Spermin taşındığı semen sıvısını üretir. Prostat kanserinde aile üyelerinden birinde olması diğer üyeler için riski artırır. Prostat kanserinde 65 yaş üstü erkeklerde görülme olasılığı %80'dir. Prostat kanseri metastaz yapıp vücudun başka bölümlerine yayılım gösterebilir.

Öncü belirtileri; idrarda kan, iştahsızlık, kilo kaybı, ateş, anemi, idrar yaparken yanma, pelvik ağrı sayılabilir (Güngör, 2006).

Risk faktörleri;

- 50 yaş üstü erkekler,
- Sigara tüketenler,
- Kronik idrar yolu enfeksiyonu olan bireylerdir (Güngör, 2006).

Yapılan bazı araştırmalarda, A vitaminin fazla tüketildiği ve D vitaminin yetersiz kaldığı diyetlerin prostat kanseri riskini arttırdığını bulmuştur (Amling, 2001). Hastalığın erken teşhisinde kullanılan prostat spesifik antijen (PSA), prostat bezinden salgılanır ve prostat bezinin büyümesi, bazı enfeksiyonları ve kanseri durumlarında PSA'nın kandaki değeri yükselir. ACS, 50 yaş üstündeki erkeklerin PSA'nın kandaki düzeyine baktırmalarının ve prostat kanseri gibi bir hastalığa erken tanı koymanın sağlayacağı yararlarla ilgili bilgilerin klinisyenler tarafından hastaya bildirilmesi gerektiğini söylemektedir. Taramanın yapılıp yapılmaması klinisyen ve hastanın ortak kararıyla verilmelidir.

2.3.7 Testis kanseri

Testis erkek üreme hücresi olan spermin üretimini, testesteron hormonunun salgılanmasını sağlayan erkek üreme organlarından biridir.

Öncü belirtileri; kendi kendine muayene ile testislerden herhangi birinde kitle bulunması ve boyutlarda farklılık olarak sıralanabilir.

Risk faktörleri;

- Genç erkeklerde daha çok görülür (özellikle 15-35 yaş aralığında),
- Doğumda batın içinde kalıp keseye düşmemiş bir veya iki testis varlığı olarak sıralanır.

Erken teşhis bu kanser türünde de çok önemli ilerlemelere ve iyileşmeye neden olur (Güngör, 2006).

2.3.8 Hodgkin lenfoma

Bedeni enfeksiyonlardan koruyan lenf sisteminin, daha çok 15-30 yaşlarında görülen tedavi edilebilen kanser türüdür. Lenf dokusunun en sık görülen hastalığı olan Hodgkin hastalığında lenf hücreleri çoğalır ve lenf bezleri (özellikle boyunda) büyür.

Hodgkin lenfomanın öncü belirtileri; lenf bezinde şişkinlik, ateş, gece terlemesi, kilo kaybı ve yorgunluk sayılabilir.

Risk faktörleri şöyle sıralanabilir:

- Genetik,
- Epstein- Barr virüsü,
- Otoimmün hastalıklar.

2.4 Kanser Tedavisinin Önemi

Bir hastalığın toplumda bulunma ve sekel bırakma oranı, ölüme sebep olması halk sağlığı açısından değerini belirleyen en önemli öğelerdir. Kalp hastalıklarından sonra %22' lik değerle kanser, ülkemizde ve dünyada ikinci ölüm nedenidir (Tuncer, 2007). Her yıl dünyada 12 milyon bireye kanser teşhisi konulup 7.6 milyon kişi kanser nedeniyle vefat etmektedir. Gerekli önlemler alınmazsa kanser 2030 yılında 26 milyon yeni kanser tanısına ve 17 milyon bireyin ölümüne neden olacağı tahmin edilmektedir. Dünya'da 2012 yılı verilerine göre toplam 14.1 milyon bireye kanser tanısı konulmuş ve 8.2 milyon birey kanser nedeniyle vefat etmiştir. Dünya'da en çok tanı konulan kanserler akciğer (% 13), meme (% 11.9) ve kolon (% 9.7) kanserleriyken; kanserin neden olduğu ölümler ise sırasıyla akciğer (% 19.4), karaciğer (% 9.1) ve mide (% 8.8) kanseriyle gerçekleşmiştir. Ülkemizin de dahil olduğu düşük ve orta gelirli ülkelerde bu hız daha da artacaktır. Sağlık Bakanlığının 2000-2006 senelerini kapsayan bir araştırmaya göre; ülkemizde 396 bin kanser teşhisi bulunmakta ve 140 bin birey her yıl ölmektedir. Bu oranın 20 yıl içinde 500 bine ulaşması tahmin edilmektedir(TBMM, 2010). Türkiye'de her yıl 150.000 yeni kanser vakasının ortaya çıktığı düşünülmektedir. Erkeklerde en sık görülen kanserler nefes borusu, bronş ve akciğer (%33), mide (%9), mesane (%9), kolorektal (%8), prostat (%6) ve larinks kanserleri; kadınlarda ise meme (%24), kolorektal (%9), mide (%7), over (%6), nefes borusu, bronş ve akciğer (%6), lösemi (%5), serviks(%5) ve korpus (%5) kanserleridir (Boyle ve Levin, 2008). TÜİK verilerine göre ülkemizde, 2002 senesinde kanserin neden olduğu ölüm oranı %12 iken, 2014 senesinde bu oran %20.7'ye yükselmiştir. Ülkemizde kansere yönelik maliyet 2,5 milyar dolar civarındadır (TBMM, 2010). Kanserle mücadelede Dünya Sağlık Örgütü, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler gelişen teknolojiyle yeni yöntemler geliştirse de kanser tedavisi pahalı bir yöntemdir. Kanser tedavisinin ağır mali yükü kimi zaman hasta ve hasta yakınının tedaviyi yarım bırakmasına neden olabilmektedir.

Kansere erken dönemde müdahale edilmesine rağmen kimi durumlarda kanser tekrarlayabilir. Bu da bireyin hala risk altında olmasına neden olur. Kanserin hayatlarındaki hakimiyeti sona erdirmesiyle bireyin sıklıkla verdiği tepki ölüm beklentisidir.

2.5 Kanser Tedavisinin Sosyal Boyutları

İnsanların yaşamlarını kısıtlayan kronik hastalıklar, kişinin hayattan yeterli doyum almasını engelleyip hayat standartlarını düşürerek yaşamlarında birçok zorluk ve sıkıntı yaratmaktadır (Bektaş, 2005). Kanser ciddi bir kronik hastalık olmasıyla birlikte belirsizlikler içeren, ağrı ve acı içinde ölümü hatırlatan, suçluluk, terk edilme, kaos, panik ve kaygı uyandıran bir sağlık sorunudur (Özkan, 2000).Yapılan çalışmalarda kanser hastalığı olan bireylerde kansere bağlı olarak depresyon, umutsuzluk ve yalnızlık seviyelerinin arttığı belirtilmiştir (Dansuk ve ark, 2002).

Ross'un kanserde psikolojik süreçleri; inkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme olarak sıralaması hala geçerliliğini korumaktadır (Ross,1977; akt: Tuncay, 2009). Kanser teşhisinin konulduğu ilk aşamada çoğunlukla verilen tepkiler, şaşırma, kabullenmeme ya da bu duruma inanmamaktır. Bireyin kanser tanısını reddetmesi, bu zor durumun getirdiği kaygı, panik ve çaresizlik duygularına karşı bir savunmadır. Kanser hastalarının çoğunluğu sadece tanının konulduğu ilk zamanlarda değil tedavi döneminde de bu durumu inkar edebilmektedir (Güleç ve Büyükkınacı, 2011). Öfke aşamasında; kansere, kanseri teşhis eden sağlık ekibine, yakınlarına, kimi zamanda sağlıklı kişilere kızgınlık duyabilen birey, başkaları sağlıklı iken hayat devam ederken “neden ben, neden şimdi” sorularıyla kendini meşgul eder. Pazarlık aşaması, bireyin tedavi için sağlık çalışanları ile işbirliği yaptığı dönemdir ve bu dönemde hastanın baş etme yöntemlerinin öğrenilmesi ve yeni baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi önemlidir. Depresyon aşamasında, kayıplarını fark eden ve yapamadıkları, yapamayacakları için yas tutan hasta, duruma uyum sağlamaya başlamış olur ve üzüntü duygularını ifade eder. Hastalığın kabullenildiği en son evrede ise hasta, aile üyeleri ve yakın arkadaşlarıyla vedalaşır, ölmeden önce yarım kalan işlerini tamamlamakla uğraşır. Kabullenme ile birlikte inkâr, kızgınlık ve gelecek hakkında duyulan kaygı da azalır (Tuncay,2009). Ancak Ross' un belirttiği aşamalar her zaman aynı sırayı takip etmeyebilir. Hasta son dönemde dahi olsa

hastalığı kabullenemeyebilir ya da kabullenip yine inkâr veya depresyon aşamalarına geri dönebilmektir.

Kanser tedavisinin yüksek maliyetli olması bireylerin kanserle mücadeledeki zorlu yaşamına birde mali sıkıntıları ekleyip sosyoekonomik sorunlara yol açmaktadır. Böylece hasta ve hasta yakınına ekonomik sıkıntılar çıkarmakta ve hasta ve hasta yakınlarının gelirini düşürmektedir. Kanserın bireyin hayatındaki kontrolünü kaybetmesi mali sıkıntı çeken hastalarda sık görülen bir tepkidir. Hasta ve hasta yakınlarının artan mali sıkıntılarıyla işgücü kayıplarıyla yaşamsal öncelikleri değiştiğinden maddi birikimlerini asıl kullanacaklarını bilemeyecek duruma gelebilirler. Hatta bu maddi sorun yüzünden kimi hasta ve hasta yakınları tıbbi tedavinin yarıda kalması ve alternatif tedavilerin araştırılmasına başvurabilirler. Maddi yönden güçlü olan hastaların tedavide daha yüksek moralli olduğundan bunun tedaviye etkisi olumlu olmuştur. Yine de ailelerin maddi gücü kanser tedavisiyle düşmektedir. Bu maddi sorunlar hastada sıkıntılara neden olup tedavinin yararlılığını azaltabilmektedir.

2.6 Kanserden Korunma Yöntemleri

Kanser insanları yaşam standartları, sosyal, psikolojik, ekonomik yönlerinden etkileyen bir hastalık olup kanserden korunmada amaç bireyi bazı iç ve dış etmenlere karşı korumaktır. Bütün bireyleri (hasta veya değil) eğitip kanser hakkında bilgi verip kanserden nasıl korunulacağını anlatmak, kanserin görülme sıklığını azaltacağını düşünmekteyiz. Kişiler pek çok kaynaktan bilgilenebildiği gibi ülkemizde de profesyonel sağlık ekibinden oluşan KETEM ve aile hekimlikleri gibi kurumlardan da kanserden korunma yöntemlerini öğrenebilirler.

Kanserden korunma yöntemlerini iki başlıkta anlatabiliriz (Kutluk, 1992).

Birincil Korunma: Bireyin temasının, kullanmasının önüne geçilerek yapılacak korunma yönteminin bazı maddelerini şöyle sıralandırabiliriz:

- **Tütün ve tütün mamulleri:** Özellikle akciğer kanserinin en önemli sebebidir. Sigara kanser haricindeki sağlık problemlerinden koroner arter hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi hastalıklar için de çok önemli bir önlenilebilir risk faktörüdür. Sigara kullanmama akciğer, oral kavite, larinks, farinks, ösefagus, karaciğer, pankreas, böbrek, mesane

kanserlerinden primer korunmaya yardımcı olur. Bütün kanserden ölümlerin %30-40'ına sebep olmaktadır. Bundan dolayı sigarayı bırakma veya kullanmama kanserden korunmada önemli bir adımdır.

- **Alkol:** Uzun süre fazla miktarda alkol kullanımı başta sindirim olmak üzere birçok sistemi etkilemektedir. Özellikle mide, ağız, yemek borusu, karaciğer kanserine neden olmaktadır. Alkol kullanımı tüm kanser ölümlerinin yaklaşık %5'inin nedenidir. Özellikle sigarayla kullanması daha da fazla kanserleşmeye neden olabilmektedir. Alkol tüketen biri sigara da kullanıyorsa, alkol, oral kavite, larinks ve ösefagus kanser riskini artırma yönünde etkisi vardır. Alkol kullanımının azaltılması veya önüne geçilmesi kanserden korunmada önemlidir.
- **Güneş:** Ülkemizde güneş ışınlarını en dik alan Akdeniz Bölgesi başta olmak üzere uzun süre açık havada çalışan işçilerde, açık tenli bireylerde deri kanseri sık görülmektedir. Bundan dolayı uzun süreli güneş ışığından kaçınıp günün belli saatlerinde dışarı çıkmak güneşin zararlı etkilerinden ve ultraviyole ışınlarından korunup cilt kanserine yakalanma riskini de azaltır.
- **Mesleki Temas:** Kanserden ölenlerin yaklaşık %4'üne mesleki faktörler neden olur. Özellikle kanserojen madde içeren katran, asbest, vinil klorür ve boya sanayide kullanılan maddelerle çalışanlar ve kansere neden olabilecek radyasyon üreten cihazları kullananlar kanser açısından büyük risk altındadırlar. Kanserojen maddelere maruz kalan işçiler ve radyasyona maruz kalan radyoterapistler, teknikerler, nükleer tıp uzmanı gibi kişiler sık sık sağlık kontrollerinden geçmelidir. Ayrıca bu işyerlerinde kanserojen maddelerden ve cihazları nasıl kullanılacağına yönelik eğitim verilip hukuksal düzenlemeler yapılmalıdır.
- **Beslenme:** Mide ve kolon kanseri günümüzde artık sık sık karşılaşılan önemli kanser türlerindedir. Mide ve kolon kanserlerinden korunmada en önemli adım dengeli beslenmedir. ACS, kanserden korunmak ve sağlıklı beslenmek için günde en az 5 porsiyon sebze ve meyve, rafine gıdalar yerine rafine olmayan gıdaların tüketilmesini, kırmızı ve işlenmiş et ürünlerinin tüketiminin azaltılmasını önermektedir. Bu amaçla şişmanlığın önlenmesi, yağlı ve tuzlu yiyeceklerin tüketiminin arttırılması gerekmektedir.

- **Egzersiz:** Kanserden korunmada ciddi etkileri olan fiziksel aktivitenin, günlük aktivitelerin yanında haftada 5 kez 45-60 dakika yapılması önerilmektedir. Düzenli fiziksel aktivite yapılması kolon kanserinde bağırsak motalitesini hızlandırarak bağırsak mukozasının karsinojene maruz kalmasını azaltır, enerji metabolizmasını düzenleyerek tip 2 diabetes mellitus oluşumunu ve bu hastalıkla dolaylı yoldan ilişkili olan kolon ve pankreas kanserinin önlenmesini sağlar, kardiyovasküler hastalıkların, hipertansiyonun, stres ve depresyonun önlenmesinde de çok etkilidir.

İkincil Korunma: Sağlıklı bireylerin birincil korunmayı uygulamaya devam ederken erken tanı amaçlı kanser taramalarını yapmalarına ikincil korunma denir. Kanserde erken tanı oranı arttıkça tedavi şansı da artar ve kansere bağlı ölümler azaltılabilir. Gelişen teknolojiyle birlikte birçok kanser türünün erken evrede fark edilmesini sağlayan tarama yöntemleri bulunup geliştirilmiştir. Örneğin meme kanserinde kendi kendine meme muayenesi, USG ve mamografi çekimiyle; rahim kanserinde vajinadan alınan sürüntünün incelenmesiyle (PAP SMEAR) erken tanı konulup tedavi alma ve yaşamın uzamasında oldukça yararlıdır. Meme kanserinde erken tanı buna bağlı ölümleri %30 azaltmıştır (Kutluk, 1992). Ayrıca hepatit hastalığıyla karaciğer kanseri arasında ilişki bulunduğundan hepatit aşısı yaptırmak da kanser yönelik bir korunmadır. Tüm bunlardan yola çıkarak kanser tedavisinin olanaksız olmadığı görülüp şüpheli durumlarda hekime başvurulmalıdır (TBMM, 2010).

Primer korunma yöntemleriyle başta akciğer ve melanom tipi cilt kanserleri olmak üzere birçok kanser türünden; sekonder korunma yöntemleriyle de erken tanı konularak meme, kolon, serviks ve prostat kanserlerinden korunmanın mümkün olabileceği yapılan araştırmalarla kanıtlanmıştır. Yapılan çalışmalara göre; diyetle yağı azaltıp selülozu arttırmak %8, sigarayı bırakmak %8-15, tarama ve erken tanı programlarını düzenli uygulamak %3, güncel tedavi yöntemlerini kullanmak %10-25 oranlarında kanser mortalitesini azaltacağı tahmin edilmektedir (Dinçer, 2000).

2.7 Türkiye’de Kanserle Mücadele

Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu’nun 1947’de kurulmasıyla ülkemizde kanserle mücadeleye dair ilk adım atılmıştır. Daha sonra Ahmet Andıçen Onkoloji Hastanesi’nin 1962’de tamamlanmasıyla bakanlığa devredilmiştir. Kanser hastalarının tedavisi bu tarihe kadar diğer hastalarla birlikte genel tedavi

kurumlarında yapılmıştır (TBMM, 2010). Resmi olarak ilk kanserle mücadele durumu 1962 senesinde temel sağlık hizmetlerinde şube şefliği kurulmasıyla gerçekleşmiştir (TBMM, 2010). Bakanlık Ankara'da Etimesgut Onkoloji Hastanesi'ni 1967'de açmıştır. Temel Sağlık Hizmetleri genel müdürlüğüne bağlı şube şefliği 1970 yılında kanserle savaş, kanserden korunma ve kanseri tedavi etme amaçlı olan hastanelerle koordine bir şekilde çalışan tesisleri ve çalışmalarını yürütüp denetleyen kanser savaş müdürlüğüne dönüşmüştür.

1970 yılından günümüze kadar kanser haftası 1-7 Nisan arasında kabul edilmiştir. 1972-1976 yılları arasında ülkemizde ilk defa resmi bir şekilde kanserle mücadeleye dair hizmet içi eğitim programları oluşturulup halk eğitimleri verilmiş ve kanserle savaş konseyi oluşturulmuştur (TBMM,2010). Kanser ihbarının zorunlu hale gelmesi 1982 yılında olmuştur. 1983 senesinde ilk kanser cerrahisi ve medikal hizmetler başlatılmış olup kanserle mücadele eylemleri sağlık bakanlığına bağlı genel müdürlük düzeyinde bağımsız bir daire başkanlığında yürütülmeye başlanmıştır. Kanser savaş danışma kurulu 1988 senesinde kurulmuş uluslar arası kanser savaş birliğine üyelik 1989 yılında olmuştur. Ülkemizde kanser verilerinin düzenli ve gerçek olması amacıyla kanser kayıt ve insidans çalışmaları 1992 senesinde başlatılmıştır (TBMM,2010).

İzmir'de ilk kanser kayıt merkezinin açılmasıyla kanser kayıt çalışmalarının önemi anlamlandırılmıştır. Kanser erken teşhis ve tarama merkezleri (KETEM) projesi 1996 yılında başlamış ve 2008 yılı sonu ile 81 ilimizde aktif bir şekilde çalışan KETEM, 84 sayısına ulaşmış ve ülkemizde kayıt çalışmalarında gerek bölgesinde gerekse dünyada önemli bir yere gelmiştir (TBMM, 2010). 2011 yılında 81 ilimizde 123 rakamına ulaşan KETEM merkezleri halk sağlığı için önemli yer tutan kanser taramalarının yanında kansere yönelik farkındalığı arttırıp sağlıklı yaşam için doğru davranışlarına yönlendirmek gayesiyle halk eğitimleri düzenlemektedir. KETEM meme kanseri, serviks (rahim ağzı) kanser ve kolorektal kanserlerin taranmaları yapılmaktadır.

2.7.1 Sosyal Destek

Birey sıkıntılı durumdayken kendisine çevresi tarafından yapılan her türlü maddi ve manevi yardımlar sosyal destek olarak nitelendirilmektedir (Eker ve Arkar, 1995). Ailelerin yakın çevre; eş, dost, akraba ve arkadaşlarından gelecek destek, onlara

bulanımdayken yardımcı olacak kimselerin olduğunu bilmek, duygusal ve fiziksel olarak ailelerin güçlü ve iyi hissetmelerini sağlayacaktır (Çakır ve Palabıyık 1997; Yıldırım 1998). Bu bağlamda sosyal destek, ailelerin sorunlarını çözümlenmelerinde ve sorunlarının üstesinden gelmesinde çok önemli bir etmendir.

Sosyal destek uzun zamandır var olan bir kavramdır. Ruh sağlığı için sosyal desteğin ve kişiler arası ilişkilerin önemini vurgulayan sosyologlar, sosyobiologlar, danışma psikolojisi ve psikiyatri alanında çalışan uzmanlar; bu alanda arkadaşlık, sosyal destek, yardımlaşma ve bunların devamının sağlanması ve geliştirilmesi konularına eğilim göstermişlerdir (Yıldırım 1998).

Sosyal desteğin bireyin ruh ve beden sağlığını koruma görevlerine yönelik araştırmalar 1950'li yıllardan sonra artmıştır. Bireyi destekleyen kişilerarası ilişkiler ve bu destek bağlarının azalmasıyla ortaya çıkabilecek durumlarla birlikte ele alınan sosyal destek, 1960'lı yıllarda, koruyucu sağlık alanında yapılan araştırmalarla değerlendirilmiş sağlıkla ilişkisi olup olmadığı araştırılmaya başlanmıştır. Bu araştırmalar sonucunda sosyal desteğin stres ve stresin neden olduğu hastalıkların tedavisinde olumlu etkilerinin olduğu saptanmıştır. 1970'li yılların başlarında stresin neden olduğu zararlı etkilerden korunmada sosyal bağların; 1970'lerin ortalarında ise sosyal desteğin stresle baş etmedeki önemi vurgulanmıştır. Bu yıllardan günümüze kadar geçen sürede de sosyal desteğin işlevsel tanımları yapılmaya çalışılmış, sosyal destek sistemlerinin işlevlerini nasıl gördüğü ve stresin etkisini azaltmasıyla insan sağlığını nasıl olumlu yönde etkilediği tartışılmaya ve birçok yönden sosyal desteği ele alan çeşitli tanımlamalar yapılmaya başlamıştır (Çakır ve Palabıyıklıoğlu, 1997).

Cobb' a göre sosyal destek, toplumda öne çıkan, kendisine saygı duyulan bir kişinin bireye verdiği bilgidir (Cobb, 1976; Akt. Yıldırım, 2006). Sosyal destek kişilerarası ilişkileri düzenleyen önemli bir etmendir (Yıldırım, 2006). Sosyal desteğin tanımı yapılırken farklı düşünceler ortaya çıkmaktadır. Sosyal desteği; Çakır ve Palabıyıklıoğlu (1997), bireyin çevresinden aldığı yardım olarak tanımlarken; Yıldırım (1997) bireyin çevresinden aldığı sosyal ve psikolojik destek olarak tanımlamıştır. Çok boyutlu bir yapı olarak ele alınan sosyal destek, resmi ve resmi olmayan yollardan alınan teselli, bilgi ya da yardım olarak da tanımlanmıştır. Birey sıkıntılı ve zor durumdayken aile üyelerinden, akrabalarından veya arkadaşlarından gelebilecek duygusal, bilgisel ya da araçsal yardımları, ihtiyaç duyduğu anda sağlayabilecek

kişilerin varlığının farkında olması bir başka sosyal destek tanımıdır (McElroy, 1997'den Akt., Akın ve Ceyhan, 2005).

Sosyal desteğin en geniş tanımını bireyi sıkıntıyla, hayati sorunlarıyla baş etmesinde başkalarının (aile bireyleri, arkadaşları, akrabaları, kurum ve kuruluşlar gibi) sağladığı her türlü yardım olarak yapabiliriz. Ayrıca sosyal destek, bireye yardımcı olma ya da bireyin sevilip korunduğunu düşündükleri bir sosyal sisteme bireyi bağlama ya da kendini değerli hissedeceği bir sosyal gruba bağlılık geliştirme olarak tanımlanabilir. Buna göre sosyal destek; birey tarafından algılanan sosyal destek ve alınan sosyal destek şeklinde iki farklı yardım davranışları olarak değerlendirilebilir. Bir diğer tanım ise; sosyal ilişkilerin sayısından ziyade içeriğini önemser ve bu durumda sosyal destek, bireyin sırlarını anlatabildiği, güvendiği ve onun için önemli olan kişi ya da kişilerle kurduğu duygusal bağıdır. Bireyler sıkıntılı zamanlarında yakınlarından destek görmek isterler. Bu görüşten yola çıkarak yapılan bir başka tanıma göre ise sosyal destek, kişilerin ihtiyaç duyduğu anda yanında olup yardım edebilecek bireylerin varlığıdır. Sosyal destek, bireye kriz durumunda çevresi tarafından yapılan maddi, manevi, bilgi gibi her türlü yardımdır.

Sosyal desteği 3 boyutta ele alan bir başka tanıma göre ise sosyal destek; bireyin,

- 1) Sevildiğini, kendisiyle ilgilenildiğini,
- 2) Değerli olduğunu, saygı duyulduğunu, tanındığını,
- 3) Grup içerisinde iletişim kurulmasında fikrinin alınmasında etkili olduğunu bilmesi durumudur (Pearson, 1986).

Bu durumda sosyal desteğin, en az iki birey arasında olup bu bireylerin etkileşim içinde olduğu, bireyin sosyal destekten yarar gördüğü, sosyal desteğin farklı kaynaklardan alınabildiği ve farklı sosyal destek türleri olabileceği görüşlerinin sosyal destek için ortak noktalar olduğu söylenebilir.

Sosyal destek kaynaklarını, bireyin hayatında önem arz eden aile üyeleri (anne, baba, eş, kardeş, evlat), akrabaları, arkadaşları gibi kişiler oluşturur ve bu sosyal destek kaynakları bireylere farklı şekillerde yardımcı olabilmektedir. Caplan (1974)'a göre sosyal destek sistemini bilmek bireylerin psiko-biyolojik kaynaklarını ele geçirmesine, isteklerini elde etmesine, bireye rehberlik yaparak bilgi ve beceri kazandırarak maddi kaynaklara ulaşmasına yardımcı olur.

Sosyal destek sistemleri;

- Bireyin yaşamında olumsuzluklara yol açan bazı etmenleri önleyerek ya da bu etmenlerin etkisini kısıtlayarak,
- Bireyin yaşamında karşılaştığı olumsuzluklara ve zorluklara karşı dayanma gücünü arttırarak ve bu şekilde sağlığının daha da gelişmesini sağlayarak,
- Strese neden olan çevresel faktörlere karşı tampon görevi yaparak, bireylere yardım eder.

Kazak ve Marvin (1984) sosyal destek sisteminin işlevlerini;

- Bireye ihtiyaç duyduğu hizmeti ve malzemeleri vererek bireyin duygusal olarak rahatlamasını sağlamak,
- Bireyin kendini geliştirmesine katkıda bulunacak geri bildirimde bulunmak,
- Sorunlara karşı rehberlik vererek bireyin bu sorunlarla başa çıkmasını sağlamak,
- Çevresel uyum ve kişisel gelişime katkıda bulunmak,
- Kişilerarası ilişkileri güçlendirerek bireyi, stresin olumsuz etkilerine karşı korumak, şeklinde açıklamışlardır.

2.7.1.1 Sosyal destek çeşitleri

Cohen ve Wills (1985) sosyal desteği duygusal destek, bilgi sağlayıcı destek, değerlendirme destek, araçsal destek olarak dörde; Kef (1997) sosyal desteği algılanan ve sağlanan sosyal destek olarak ikiye; Lustig ve Akay (1999) ise resmi ve resmi olmayan sosyal destek olarak ikiye ayrılır (Akt. Erhan, 2005).

Duygusal Destek:

Önemszenmeyi, dikkat etmeyi, bakımı, empatiyi yani kendini karşısındaki kişinin yerine koyup o kişiyi anlayabilmeyi içeren, çevresindekilerce sevilip sayıldığını, anlaşıldığını hissettiren sosyal destek çeşididir. Bu duygular kişinin kendine güveninde artışa ve sorunların çözümlerken daha yüksek bir motivasyon elde etmesini neden olur. Bu destek bireyi aktif bir şekilde dinleyip duygularını paylaşma, empati yapıp bireyi kabullenme süreçlerini içerir (Eliüşük, 2008). Bireyin psikolojik sağlığı ile doğrudan ilgili olan duygusal destek, zor durumlarda bireyin kendine olan

inancını güçlendirerek direnmesini sağlar ve sorunlarla başa çıkarken bireyin yalnız olmadığını hissettirir. Bireyin çevresindekiler tarafından sevilip sayıldığını ve anlaşıldığını uyandıran duygusal destek, bireyin kendine güvenini arttıran ve sorunlarla başa çıkarken bireyi motive eden olumlu değişikliklerin ortaya çıkmasını sağlar (Kozaklı, 2006; Savcı, 2006). Bireyin sıkıntılı durumlarının neticeleriyle duygusal açıdan baş edilebilmesini sağlayan duygusal destek aynı zamanda; sevgi, anlayış, kabul edilme, önemsenme, korunma gibi ihtiyaçları karşıladığı için ifade edici destek, yakın destek, değerlilik desteği olarak da adlandırılır (Cohen ve Wills, 1985). Bireyin hatalarına ya da geçirdiği sıkıntılara rağmen kendisinin önemseneyeceğini bilmesi, kendini değerli hissetmede olumlu yönde etkili olacaktır.

Bilgi Sağlayıcı Destek

Bir sorunun üstesinden gelmeye yardımcı olacak bilgiyi veya beceriyi öğretme, bireyin hayatını kolaylaştıracak özellikte nasihatler verme, önerilerde bulunma, kendi yaşamından örnekler verip bilgilendirme gibi davranışları kapsayan sosyal destek çeşididir.

Değerlendirme Eşlik Etme Desteği:

Bireyin olaylar karşısındaki tutum ve davranışları, duygu ve düşüncelerini değerlendirmesini sağlar. Kişiler bilmedikleri ortamlarda kendine benzeyen kişilerle kendi duygu düşünce ve davranışlarını değerlendirmek için karşılaştırmak isterler. Değerlendirme sosyal desteği, bireyin kendini değerlendirmesini ve gerektiğinde kendisi için olumlu yönde değişikliklerin gerçekleşmesini sağlayan sosyal destek çeşididir. Eşlik etme; bireyin stres seviyesinin azaltılması için kişiye yakın olup kişinin sıkıntıları hakkında endişesini azaltarak olumlu duyguların ortaya çıkmasına yardımcı olmaktır. Boş zamanlarında çevresindekilerle vakit geçirme, eğlenme, sosyallik olarak tanımlanmaktadır. (Cohen ve Wills, 1985).

Araçsal Destek:

Daha çok maddi desteği içerir kişinin ihtiyacının miktarına göre para verme, bağış, ödünç verme, mal veya erzak yardımı gibi durumları içeren sosyal destek çeşididir. Araçsal sıkıntıların sebep olduğu kaygıyı çözümlenerek veya bireye uygun materyali tamir ederek kişinin eğlenmek veya rahatlamak için daha fazla zaman ayırmasıyla stresinin azaltılabileceği düşünülür. Araçsal desteğe materyal kaynakların, maddi desteğin ve ihtiyaç duyulan servislerin temini dahildir (Cohen ve Wills, 1985).

Böylelikle kişinin maddi sıkıntısı giderilir ve birey farklı etkinliklere daha fazla zaman ayırır.

Sosyal desteği uygulayan kişi sosyal desteğin hangi çeşidi veya çeşitlerinin kullanacağını bireyin ihtiyacına göre belirler ve bu durumda ihtiyaç ile sosyal destek çeşidi uyumlu olmalıdır.

Resmi ve Resmi Olmayan Sosyal Destek:

Resmi destek sistemini belediyeler, Kızılay, özel eğitim kurumları, sağlık merkezleri gibi kurum ve kuruluşlar oluşturur. Bu kurumlar ailelere birçok açıdan yardımcı olur. Örneğin ana baba destek programlarıyla aile üyeleri bir araya getirilerek duygusal destek sağlanır. Kızılay veya belediyelerin zor durumda olan ailelere yiyecek ve giyecek yardımında bulunması da araçsal desteğe örnek olabilir. Resmi olmayan sosyal destek bireyin akrabası, arkadaşı, aile üyeleri ve komsuları gibi çevresinde bulunan kişilerce oluşur. (Ceylan, 2001)

Algılanan Sosyal Destek:

Algılanan sosyal destek, bireyin çevresinden gelen desteğin varlığını ve yeterliliğini bilişsel olarak değerlendirmesidir. Algılanan sosyal desteği, bireyin çevresindeki kişilerle bağlarının güvenilir olduğuna ve bu bağların bireye destek sağlayacağına dair bilişsel algılaması, destekleyici etkileşimleri yorumlaması, bu kişilere anlamlar yüklemeye dayalı öznel değerlendirmesi olarak da tanımlayabiliriz. Bireyin geçmiş zamanda sosyal olarak kendisini destekleyen davranışlara dayanan beklenti ve desteklendiğine dair bilişsel bir çıkarım olarak kavramsallaştırılmıştır. Bireyler geçmiş yaşantıları ve yetiştirilme şekillerine göre yaşadıklarına farklı anlamlar yükleyebilirler. Örneğin belli bir hareket kimi bireyler tarafından yüreklendiren, onurlandıran olarak algılanırken kimi bireylerce onur kırıcı, kışkırtıcı, tedirgin edici olarak algılanabilir. Aynı zamanda kimi araştırmalar algılanan sosyal desteğin uzun süre kalıcı olduğunu bulmuştur (Dolbier ve ark., 2000 atfen Kaymakçıoğlu, 2001). Bu kalıcılığın nedeni, algılanan desteğin sosyal yaşamdaki uzun süren inançları yansıttığı düşünülmektedir (Akt., Kaymakçıoğlu, 2001).

Algılanan sosyal destek, bireyin kendini değerli hissetmesiyle de alakalıdır. Çevresindeki kişilerin kendisini sevip saydığını, ihtiyaç duyduğunda yardımcı olacağını, ilişkilerinin karşılıklı olarak doyum verici olduğunu düşünen bireyin algıladığı destek miktarı fazladır. Sosyal destek kavramının temelinde aslında bireyin çevresi tarafından güven duyulduğuna, sevildiğine, saygı duyulduğuna, değer

verildiğine, ilgi gördüğüne, sorumluluk aldığına ve bir gruba ait olduğuna olan inancı yatmaktadır. Bireyin bu gereksinimlerinin karşılanması bireyde fiziksel ve psikolojik sağlığın olumlu yönde ilerleyeceğine inanılır.

Ross ve arkadaşlarının (1999) yaptıkları araştırmaya göre, gerçek sosyal destek ile algılanan sosyal destek arasında fark vardır. Algılanan sosyal destek varolan kişiler arası ilişkiler gibi görünebilir fakat bu gerçek desteğin doğrudan anlatımı değildir. Yapılan araştırmalara göre kişiler algılanan sosyal destek için açık bir şekilde konuşmaktan çekinmek, baş etme yöntemlerini beğenmemek ya da iyileşebilmek için cesaretlenmek gibi farklı tepkiler verebilirler. Kimi kişiler ise sıkıntılı durumu hakkında herhangi bir şey duymak, konuşmak veya bu durumu düşünmek istemeyebilir ya da bu sıkıntılı durum hakkında duygu ve düşüncelerini eleştirebilir. Bundan dolayı bazen insanlar yardım etmek isteseler de bu düşünceleri olan bireyler yardım etmek isteyenleri yanlış anlayıp bu durumdan acı duyabilirler (Cayne, Ellard ve Smith, 1990; Akt., Kaymakçioğlu, 2001).

Sağlanan Sosyal Destek:

Davranışsal olarak değerlendirilen sosyal desteğin, belli bir sürede destek kaynaklarından elde edilen miktarıdır.

2.8 Sosyal Destek Modelleri

Yapılan çalışmalar sosyal destek ile sağlık arasında bağ olduğunu göstermiştir. Buna göre sosyal desteğin sağlık ve kendini iyi hissetme üzerindeki etkisini açıklayan ve bireye sağladığı yarara göre sosyal destek iki modele ayrılmıştır.

- Temel etki modeli
- Tampon etki modeli

2.8.1 Temel Etki Modeli

Sosyal desteğin kötü ve olumsuz durumdan bağımsız olarak her zaman yararlı olmasıdır. Sağlık ile sosyal destek arasında doğru orantılı bir ilişki olduğunu iddia eder. Temel etki modeline göre, sosyal desteğin fiziki sağlık ve kişinin kendini iyi hissetmesi üzerine her zaman olumlu etkisi vardır. Bu durumda sadece sosyal desteğin olmaması bir kişi üzerinde olumsuz etkisi olacak bir durumu geliştirir (Cohen ve Wills, 1985). Bu modele göre sosyal desteği yüksek düzeyde alan

bireyler, hoşlanılmış ve değer verilmiş olma duygularına daha yüksek düzeyde sahip olacaklardır. Bu hisler bireyin psikolojik sağlığı üstünde devamlı ve olumlu bir etki yapacaktır.

2.8.2 Tampon Etki Modeli

Bu modele göre, kaygıya neden olan yaşamsal olayların verdiği zararı azaltarak ya da dengeleyerek ruh sağlığını korumak sosyal desteğin en önemli görevidir. Temel etki modelinin aksine strese neden olan olaylar olmadığı müddetçe sosyal desteğin mevcudiyetinin olmaması sağlık ve kendini iyi hissetmede herhangi bir olumsuz etkiye yol açmaz. Ancak, stresli durumların yüksek olduğu zamanlarda sosyal destek kişinin uyumlu olmasında, stresle baş etmesinde, zor zamanların yarattığı olumsuz etkilerin azalmasında bir tampon işlevi yapmaktadır (Cohen ve Wills, 1985). Bu modele göre, sosyal destek, bireyin günlük yaşantısında karşılaştığı güçlüklerle karşı başa çıkmasında yardımcı olduğunu da söyleyebiliriz. Kişi zorda stresli durumdayken sosyal desteğin bireye yararı ve bireyi koruyucu etkisi vardır. Olumsuz durumların ruh sağlığına ve fiziksel sağlığa verdiği zararın etkisini azaltır. Tampon etki Frederick ve arkadaşlarının (1985) yaptıkları çalışmalarla ortaya çıkmıştır. Yüksek derecede stres altındaki ailelerin yüksek derecede sosyal desteğe sahip olması; yüksek veya düşük derecede stres altındaki ailelerin düşük derecede sosyal desteğe sahip olmasını kıyaslamasında sosyal desteğin fazla olan ailelerin sorunlarıyla daha iyi başa çıktığı belirlenmiştir.

2.9. Sosyal Desteğin Önemi

Sosyal desteğin bilinmesi ve uygulanması uzmanların bireylere ve ailelere farklı yollardan yardım edebilmelerini sağlar (Caplan 1974, House 1981; Akt; Yıldırım 1998). Kişinin her yönden sağlığının korunması sosyal ve psikolojik sorunlarının çözümlenmesinde sosyal destek kaynaklarını bilmesi, bunları etkili şekilde kullanması kişilere ciddi derecede yardımcı olmaktadır (Yıldırım, 1998). Ayrıca sosyal destek olumsuz durumların etkisini azaltır ve bu durumlarla kişinin baş etmelerine güç kazandırır, kişiye olumlu benlik duygusu verir. Bireyin olumsuz durumlara yüklediği anlamları ve duygusal tepkisini değiştirir (Çakır ve Palabıyıkoglu 1997).

Son zamanlarda stresi azaltan durumlar sosyal destek ve denetim mekanizmaları olarak görülmektedir. Başlarına gelen her şeyin bir tesadüf sonucu olduğunu düşünen dışsal denetim mekanizmasına sahip olan bireylerin aksine; içsel denetim odağına sahip olan bireyler ne yaşarlarsa yaşasınlar bu durumun doğrudan veya dolaylı olarak kendilerinden kaynaklandığını düşünürler. Bu neden olduğu zararlı etkiyi sosyal destekle daha iyi tolere etmektedirler.

Sosyal desteğin düzeyini ya da ulaşılabilirliğini; cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu vb. etkiler. Özellikle eğitim düzeyi düşük bekar erkeklerin sosyal destek alanı daha küçüktür. Eğitim düzeyi düşük kişilerin sosyal destek alanını daha çok aile üyelerinin oluşturduğu ve arkadaşlarının daha sınırlı sayıda olduğu tespit edilmiştir (Antonucci 1985: Akt., Krauss, Seltzer ve Goodman 1992).

Bireyin yaşına göre gereksinim duyduğu sosyal destek türü farklı olabilir. Sosyal duygusal seçicilik teorisi kişinin yaşamının farklı önemlerinde sosyal destek çeşitlerinden hangisinin daha önemli olduğunu açıklar. Bu teoriye göre; bilgi sağlama ve duygusal istikrarlılık sosyal ilişkilerin iki değerli görevidir. Bilgi sağlama görevi yetişkinliğin ilk dönemlerinde etkiliyken yaşın ilerlemesiyle duygusal istikrarlılık daha fazla önem kazanmaya başlar. Kişiler yaşları ilerledikçe sosyal çevrelerinde daha seçici olurlar. Bu durumda sosyal ve duygusal olarak yaşadıkları riski indirgeyip kazançlarını arttırmaları.

Sosyal duygusal seçicilik teorisi, genç ve orta yaşlı bireylerin, yaşlı bireylerden çevrelerinden daha fazla sosyal destek aldıklarını ve sosyal çevrelerinin daha geniş olduğunu açıklamıştır. Özellikle sosyal desteğin bilgi sağlama görevini daha fazla kullanmaktadırlar. 65 yaş ve üzeri anneler algıladıkları sosyal destekle psikolojik olarak kendilerini iyi hissetmeleri arasında doğru orantılı ilişki bulunmuştur. Bundan dolayı bireylerin algıladıkları sosyal desteğin artması, yeni sosyal ilişkilerin oluşması; kişilerin olayların üstesinden gelmesi, hayatta bir amaçlarının olması ve kendi gelişimleri için önemli olmaktadır.

Eğitim düzeyinin yüksek olması sosyal destek kaynaklarının ve problemi çözme yeteneğinin artmasına neden olduğu düşünülmektedir (Pelletier ve ark, 1994). Sosyal destek kaynaklarından en önemlilerinin; bireyin ailesi, çevresi, eşi, kız/erkek arkadaşı, eğitim kurumları, sosyal hizmet kurumları veya halk merkezleri olduğu belirtilmektedir (Yıldırım, 1995).

Sosyal destek ile ilgili araştırmalar incelendiğinde, daha çok engelli çocuğu olan annelerin algıladıkları sosyal destek seviyeleriyle normal gelişimli çocuğu olan anneler kıyaslanmış ve bunun yanı sıra stres, stresle başa çıkma yöntemleri, kaygı, depresyon ve tükenmişlik düzeylerini araştıran çalışmalar yapılmıştır (Doğan, 2001;Eylen, 2001; Kay, 2002; Özkan, 2002; Kaner, 2004). Aynı zamanda farklı yaş kategorileri için geliştirilen sosyal destek ölçeği ve uyarlama çalışmaları yapılmıştır (Eker ve Arkar, 1995; Çakır ve Palabıyıklıoğlu, 1997; Eker ve ark., 2001; Özkan, 2002; Kaner, 2004;) Sosyal destek ve umutsuzluk birbiriyle ilişkilidir. Birey hayatını idame ettirirken umuda gereksinim duyduğu gibi sosyal desteğe de gereksinim duymaktadır.

2.9.1 Umutsuzluk

Umutsuzluk, bireyin kendini olumsuz özellikleriyle tanımlaması, geleceğe dair olumsuz beklentilerinin olması, yaşadığı olumsuzlukların değiştirilemez ve kabul edilmesi gerektiğini düşündüren duygudur. Ayrıca Beck ve arkadaşları (1989) umutsuzluğu, geleceğe ilişkin olumsuz düşünce ve beklentiyle karakterize bilişsel bir durum şeklinde tanımlamıştır. NANDA umutsuzluğu, bireyin kısıtlı sayıda seçeneğinin olduğu veya hiç seçeneğinin olmadığı, bireysel seçimlerde bulunamadığı ve kendi yararı için çaba sarf etmediği bir durum olarak tanımlamıştır.

Umutsuzluk, yaşama isteğinin olmadığı, çaresizlik ve depresyon duygularının yaşandığı sıkıntılı bir durumdur (Folkman,2010). Durak ve Palabıyıklıoğlu (1994), bireyin herhangi bir gerekçesi olmadığı halde yaşamına olumsuz anlamlar yüklediği, gelecekten olumlu beklentilerinin olmadığı ve yaşamdan istediklerini elde etmek için bir çabada bulunmadığı durumu umutsuzluk olarak değerlendirmiştir.

Umutsuzluk, yaşama ve geleceğe dair düşüncelerde kötümserliğin artıp iyimserliğin azaldığı veya yok olduğu şeklinde açıklanmıştır (O'connor ve ark., 2000; Lavender ve Watkins, 2004).

Umutsuzluk, gelecekte karşılaşılabilecek durumların şimdi yaşanılandan daha iyi olmayacağı ve geleceğin tamamen olumsuz değerlendirildiği, bireyin olumlu düşüncelerinin olmadığı, isteksizliği ve amaçsızlığını kapsayan negatif bilişsel bir durumdur (Bayam ve ark., 2002; O'connor ve ark., 2004).

Bireyin bilgiyi işleme şekli ve bilişsel yapısıyla yakından ilişkili olan umutsuzluk, aslında geçmişte yaşanmış olumsuz bir olaya dayanır. Birey yaşanan bu olumsuz olayın nedenlerini, olay sonucunda meydana gelen kötü hali ve olayın kendisine verdiği zararı gelecekte de yaşayacağını düşünmesiyle umutsuzluk ortaya çıkar. Bu doğrultuda umutsuzluk, başarısızlık karşısında yenilmişliği ve kabullenışı, geleceğe ilişkin inancın yok olmasını ifade eder.

Bilişsel model kaygı, üzüntü, kızgınlık, umutsuzluk gibi olumsuz duyguların yaşanmasının nedenini olayların kendisinden ziyade olaylarla ilgili beklenti ve yorumlar olarak açıklamıştır. Beck, umutsuzluğu, bilişsel depresyon modelinde bireyin kendisine, geleceğe ve dış dünyaya olumsuz bakması olan bilişsel üçlünün (cognitive triad) bir parçası olarak değerlendirmiştir. Bilişsel üçlü, bireyin yaşamını zorlaştırır ve yaşamı olumsuz olaylarla dolu görmesine, kendini başarısız ve değersiz hissetmesine, dış dünyayı düşmanca görmesine ve geleceğe umutsuzca bakmasına neden olmaktadır. Bilişsel çarpıtma şemaları olarak da adlandırılan bu algılar, bireyin düşünme süreçlerini etkileyip yaşadıklarını çarpıtarak yorumlamasına neden olmaktadır.

Şimdiki zamanla geleceği birbirine bağlayan umutsuzluk, geçmiş yaşama yüklenen pişmanlıkla beraber yaşamın anlamını yitirmesi ve bireyin anlamlandırma yetisinin bozulmasıdır. Bu kapsamda Frankl (1959) umutsuzluğu, bir ruhsal hastalık olarak değerlendirmemekte ve umutsuz bireye ilaç verilmesinden ziyade bireye varoluşsal gelişim ve gelişme krizi süresince yol gösterilmesi gerektiğini düşünmektedir (Akt. Yerlikaya, 2006).

Normallik kavramında savunulan görüşlerden biri olan bireyin kendini iyi hissetmesi sadece yaşamı devam ettirmek değil isteklerinin gerçekleşmesini de kapsamakta ve bireyin gelişimini engelleyen davranışı, normal dışı kabul etmektedir (Geçtan, 2003). Buna göre umutsuzluk, bireyin geleceğe ilişkin olumsuz tutum ve davranışları içerdiğinden ve yaşamı olumsuz yönde etkilediğinden dolayı normal dışı davranış olarak kabul edilip umutsuzluğa yönlendiren nedenler üzerine çalışmalar yapılarak umutsuzluk değerlendirilmektedir.

Genel anlamda ruhsal sıkıntının gelişmesine neden olan umutsuzluk, öznel iyilik durumunu belirlemede de önemli bir ölçüttür (Çelikel ve Erkorkmaz, 2008). Bireyi, umutsuzluğa eşlik eden mutsuzluk, çaresizlik, kendini değersiz hissetme, kararsızlık,

eyleme geçememe, işleri devam ettirememe ve suçluluk duygularından arındırmak için bireyin, bilişsel davranışçı teknikler yardımıyla özyeterlilik algısı yükseltirilip sağlıksız davranışlar yerine sağlıklı davranışlar geliştirmesine yardımcı olunabilir (Ağır,2004; Kumcağız, 2007).

Umutsuzluk, geçmişte yaşanılan olumsuz olayların genelleme yapılarak geleceğe atfedilmesi, bireyin sorunlarına çözüm bulamaması ve bireyin daha fazla umutsuzluğa sürüklenmesidir. Umutsuzluk, çaresizliğin gerektirdiği beklenen bir sonuçtur. Literatürde genellikle umutsuzluk kavramı ile birlikte ele alınan öğrenilmiş çaresizlik, bireyin tepki ve davranışlarının gereksiz olduğunu ve isteklerini gerçekleştirmede harcadığı çabanın başarısız olacağını düşünmesi bundan dolayı kaygılanması, motivasyonunun düşmesi ve korku yaşamasıdır (Güler, 2005). Dünya Psikiyatri Kurumu, bireyde motivasyon düşüklüğü ve umutsuzluğun varlığının depresyonun habercisi olduğunu belirtmektedir. Minkof ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmaya göre, bireyler çaresizlik veya umutsuzluk duygularından bir çıkış yolu olarak gördükleri intihara yönelmektedir (Akt. Durak, 1994).

Beck umutsuzluğu, bireyin nesnel ve gerçekçi bir nedeni olmadan yaşadıklarına yanlış anlamlar yüklemesi, isteklerini yerine getirmek için çaba sarfetmeyip olumsuz sonuçlar beklemesi ve bundan dolayı gelecekten olumsuz beklentilerinin olması şeklinde tanımlamıştır (Durak ve Palabıyıkooğlu, 1994; Abbey, 2006). Beck, umutsuzluğun ölçümü konusunda yoğun çalışmalar yapmıştır ve umutsuzlukla intihar arasında ilişki bulmuştur. Yapılan başka araştırmalarda da depresyon, intihar ve umutsuzluk arasında ilişkiler bulunmuş umutsuzluğun depresyon ve intiharin nedeni olduğu belirtilmiştir (Beck ve Weishaar, 1990; Yang ve Clum 1994; MacLeod ve ark., 2005; Durak, 1994). Umutsuzluk, intiharla sonuçlanabilen depresyonun fark edilmesini sağlayacak önemli bir unsur olduğundan umutsuzluğun derecesini ölçmek önemlidir (Seber ve ark., 1993). Umutsuzluğun şiddeti sadece bireyden bireye değil aynı bireyde farklı zamanlarda da değişkenlik gösterdiği bilinmektedir.

Young ve arkadaşları yaptıkları bir araştırmada, depresif hastaların umutsuzluk düzeylerini ve depresyon şiddetiyle umutsuzluktaki artışı incelemişlerdir. Araştırmanın sonucunda şiddetli depresyon yaşayan bireylerin umutsuzluk düzeylerinin de yüksek olduğu bulunmuştur. Bu da depresyonla umutsuzluk arasında paralel bir ilişki olduğunu göstermektedir. Genellikle depresyona neden olabilen

umutsuzluk, depresif bireyin kendini yetersiz ve değersiz hissetmesine, geleceğe yönelik olumsuz düşüncelerinin olmasına da neden olabilmektedir. Depresyon ve intiharı anlamada önemli bir psikolojik değişken olan umutsuzluk, olumsuz beklentilerin eşlik ettiği şemalardan oluşan bilişsel bir yapıdır. Bu bilişsel yapı, geleceğe dair duygu ve düşünceler, motivasyonel kayıp ve olumsuz beklentileri kapsamaktadır (Beck ve ark., 1974). Birey yaşadığı olayları çarpıtarak hatalı bir şekilde yorumlamakta ve problemin çözümüyle ilgili olumsuz beklentiler içinde olup bu sorunlarından kurtulmanın en doğru yolu olarak da intiharı düşünmektedir. Bireyin hayata ve geleceğe umutla bakması hayata anlam yüklediğini gösterir. Ancak birey hayatın anlamsız olduğunu düşünmesiyle oluşan umutsuzluk fikri ölüm düşüncesini doğurur.

Umutsuzluğun varoluş nedeni umudun olmamasıdır. Umutsuzlukla karşıt anlamlı olan umut; istek, duygu, yanılama, beklenti olarak tanımlanmakta, yaşamın içgüdüsel bir ögesi olup bireyleri incinmekten koruyarak potansiyellerini kolaylaştırdığı ifade edilmekte, agency amaca ulaşmayı isteme, amaca ulaşmak için kendini güçlü hissetme ve pathway amaca ulaşabilmek için yollar bulabilme becerisi olarak iki boyutta incelenmektedir. Umut, iyimserlik, çözüm bulabilme yetisi, öz saygı, öz yeterlilik gibi pek çok olumlu kavramla ilişkilidir. İyi bir gelecek yaşayabilmek, olumlu beklentiler oluşturmak için umut önemli bir kavramdır. Hedeflenen amacı gerçekleştirmek için yapılan davranışların başarılı olacağı düşüncesi umudu; hedeflenen amaca hiçbir şekilde ulaşamayacağı düşüncesi umutsuzluğu karşılar. Bireyden bireye, durumdan duruma değişiklik gösteren umut ve umutsuzluk, hedeflenen amaca ulaşmada çizilecek yolun şeklini belirleyip nasıl bir amaç oluşturulacağını da etkiler (Melges, 1969; Akt., Dilbaz ve Seber, 1993).

Kayıplara karşı umutsuzluk gösterilmesi beklenen bir tepkidir. Ancak önemli olan bu tepkinin patolojik boyutlara ulaşmasını önlemektir. Sorunun farkında olarak bireye gerçekçi bir umut verme, bireyin sorunlarıyla baş etmesinde etkinliğini arttıran profesyonel yardımla gerçekleşir. Şimdiki ve gelecek zamanın olumsuz görülmesi olarak da tanımlanan umutsuzluğun nedenlerini ve belirtilerini Amerikan Psikoloji Birliği (1997) aşağıdaki gibi sıralamıştır (Tanç, 1999):

- Çeşitli nedenlerle bireyin eylemlerinin uzun süre kısıtlanması ve bununla birlikte ortaya çıkan yalnızlık,
- Fiziksel sıkıntılarının ağırlaşması,

- Uzun süreli yaşanan stres,
- Herhangi bir amaç için çabalamama, kendini bırakma,
- Soyut değerlere veya Allah'a olan inancını yitirme,
- Sürekli kötümser ve olumsuz konuşmalar,
- Duygularını ifade etmeme,
- Konuşmanın azalması,
- İnisiyatif kullanmama,
- Kendisiyle konuşanlara ilgisiz davranma,
- Dış uyaranlara karşı tepkisiz kalma,
- Umursamaz ve aldırılmaz tavırlar gösterme,
- İştahın azalması,
- Az veya çok uyuma,
- Öz bakımına özen göstermeme,
- Sosyal ortamlardan kaçınma.

Büyük bir öneme sahip olan ve üzerine gidilmesi gereken umutsuzluk, kötümser ve karamsar bir inançtır. Yapılan araştırmalarla kendini iyi hisseden bireylerin yaşam doyumu puanları yüksek bulunmuş ve yaşam doyumu puanı yüksek olan bireylerin umutsuzluk puanları da düşük bulunmuştur (Erdem ve ark., 2004).



3. YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli

Araştırmada, kanser hastası yakınlarının algıladıkları sosyal destek ile umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırmada, bu ilişkiyi ortaya koymaya katkısı olan değişkenleri belirlemeyi amaçlayan, ilişkisel tarama modeli ile çalışılmıştır.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmadaki ölçekler, İstanbul ili, Fatih ilçesinde, Sağlık Bakanlığına bağlı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Servisinde kemoterapi tedavisi almakta olan 130 kanser hastasının yakınlarına uygulanmıştır. Araştırmada amaca yönelik kolay ulaşılabilen örneklem üzerine çalışılmıştır. Kanser hastası yakınlarının yaşları 18-78 yaş arasında değişmektedir. Araştırmada okuma yazma bilmeyen, okur-yazar, ilköğretim, lise ve üniversite düzeylerinde eğitim almış hasta yakını ele alınmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

3.3.1. Sosyo-demografik bilgi formu

Katılımcılarla ilgili sosyo-demografik bilgileri toplamak ve algılanan sosyal destek düzeyi ile umutsuzluk düzeyi arasındaki ilişkiye etki edebilecek çeşitli değişkenleri tespit edebilmek için araştırmacı tarafından hazırlanmış bir bilgi toplama formudur. Sosyo-demografik Bilgi Formu, kanser hastası yakını olan bireylerin sosyo-demografik özelliklerini ve umutsuzluk ile sosyal destek düzeyleri üzerinde etkisi olacağı düşünülen faktörleri belirlemeyi amaçlayan sorulardan oluşmaktadır. 12 sorudan oluşan formda, kanser hastası yakınlarının sosyo-demografik özelliklerini belirlemeyi amaçlayan sorular dışında; hastanın kanser türü ve kaç yıldır tedavi gördüğünü belirlemeye yönelik sorular da yer almaktadır.

3.3.2 Beck umutsuzluk ölçeği

Beck ve arkadaşlarının (1974) tarafından geliştirilen Beck umutsuzluk ölçeği, bireylerin karamsarlık düzeylerini ve gelecekte beklenenleri ölçmeyi amaçlamaktadır. Beck Umutsuzluk Ölçeği, geleceğe yönelik duygu ve düşünceleri ifade eden 20 maddeden oluşmaktadır. Bireyden kendisine uygun gelen ifadeler için “Evet”, uygun gelmeyen ifadeler için “Hayır” seçeneğini işaretlemesi istenmektedir. Cevap anahtarı 11 “Evet”, 9 “Hayır” yanıtta oluşmaktadır. Bunlardan 2,4,7,9,11,12,14,16,17,18,20.maddelere “Evet” yanıtı alındıysa 1 puan; 1,2,5,6,8,10,13,15 ve 19.maddelere “Hayır” yanıtı alındıysa 1 puan verilmektedir. Maddelere bu cevaplar alınmadıysa 0 puan verilmektedir.

Umutsuzluk ölçeğinin gelecek ile ilgili duygular, motivasyon kaybı ve gelecek ile ilgili beklentiler olmak üzere üç alt ölçeği bulunmaktadır:

Gelecekle ilgili duygular; 1,6,13,15,19,

Motivasyon kaybı; 2,3,9,11,12,16,17,20,

Gelecekle ilgili beklentiler; 4,7,8,14 ve 18.maddelerden oluşmaktadır.

Ölçekten alınabilecek toplam puan 0-20 arasında değişmekte ve bu toplam puan “umutsuzluk” puanını oluşturmaktadır (Seber ve ark., 1993). Alınan puanın yüksek olması umutsuzluğun şiddetinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Beck ve arkadaşları (1974) tarafından geliştirilen “Beck Umutsuzluk Ölçeği” nin, Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı .93, madde- toplam puan korelasyonlarının .39 ile .76 arasında değiştiği bulunmuştur. Seber(1991) ve Durak (1993) ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmışlardır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Seber ve arkadaşları (1993) Cronbach alpha güvenilirlik katsayısını .86, madde- toplam puan korelasyonlarının .07 ile .72 arasında değiştiğini, üniversite öğrencilerinde test- tekrar test güvenilirliğinin .74 olduğunu; Durak (1993) Cronbach alpha güvenilirlik katsayısını .85, madde- toplam puan korelasyonlarının .31 ile .67 arasında değiştiğini bulmuşlardır (Seber 1993; Durak 1993).

Bu araştırmada da hesaplanan Beck Umutsuzluk Ölçeği'nin Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı .85 olarak bulunmuştur.

3.3.3. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği

ABD’de 1988 yılında Zimet ve arkadaşları tarafından geliştirilen Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS), 12 maddeden oluşur. Kişinin desteğin kaynağına ait olarak aile, arkadaş ve özel bir insan diye belirlenen bu üç farklı gruptan aldığı sosyal desteğin yeterliliğinin öznel bir şekilde değerlendirmesine dayanır. Her bir grupta 4 madde olan ölçek için “kesinlikle evet” ve “kesinlikle hayır” arasında değişen 7 dereceli (1-7 puan) Likert tipi puanlama yapılmaktadır. Alt ölçekteki 4 maddeye verilen cevabın puanının toplanmasıyla alt ölçek puanı, alt ölçek puanlarının toplanmasıyla da ölçeğin puanı bulunmuş olur. Alt ölçekten en az 4 en fazla 28 puan; ölçeğin tamamından en az 12 en fazla 84 puan toplanabilir. Uygulanan bu ölçekte ne kadar yüksek puan toplanırsa algılanan sosyal desteğin de yüksekliği belirlenmiş olur (Eker ve ark.,2001).

Ölçeğin; yapı geçerliliği, depresyon ve anksiyete ölçümlerinin değerlendirmesiyle yapılan ülkemize uyarlanmasındaki ilk çalışma 1995 yılında Eker ve Arkar tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada yapılan faktör analizi sonucuna göre ölçeğin orijinal formundaki alt ölçeklerin yapısı desteklenmiştir. MSPSS ve alt ölçeklerinin iç tutarlılıklarının seviyelerinin yeterli olduğu belirtilmektedir. Ölçeğin, depresyon ve anksiyete ölçekleri ile olumsuz doğrultuda korelasyon gösterdiği söylenmektedir (Eker ve Arkar, 1995). MSPSS’nin Türkçeye uyarlanmış halinin faktör yapısı, yapı geçerliliği, güvenilirliği genel itibariyle yeterli bulunmuştur. Yine de “özel bir insan” alt ölçeğinin uyarlanmasında bazı sıkıntılar yaşanmıştır. Ülkemizde “özel bir insan” kavramının çok fazla kullanılmadığı yapılan örneklemin değerlendirilmesinde fark edilmiştir. Bundan dolayı uyarlama yapılırken “özel bir insan” alt ölçeğin bazı farklılıklara gidilip bu ölçeği “ aile ve arkadaşların dışında olan kişi” olarak (örneğin nişanlı, akraba, komşu, sağlık çalışanı gibi) yeniden uyarlanmıştır.

MSPSS ölçeğinin; 3,4,8 ve 11. maddeleri aileye, 1,2,5 ve 10. maddeleri özel bir insanın varlığına (aile ve arkadaşların dışında olan kişi), 6,7,9 ve 12. maddeleri arkadaşla ilişkin sorulardan oluşmaktadır.

Üç faktör kümülatif olarak toplam varyansın %75,3’ünü, aile faktörü %45’ini, özel bir insan faktörü %17,9’unu, arkadaş faktörü de %12,4’ünü açıklamaktadır. Cronbach alfa yöntemi iç tutarlılığı ölçmek amacıyla kullanılmıştır. Bu yöntemin

sonucunda farklı tanı gruplarına yönelik bulunan değerler .80 ile .95 arasındadır (Eker, Arkar ve Yıldız,2001).

Bu araştırmada Çok boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı .88 olarak hesaplanmıştır.

3.4. Veri Toplama

Araştırma, İstanbul ili, Fatih ilçesinde, Sağlık Bakanlığına bağlı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ayaktan Kemoterapi Servisinde kemoterapi tedavisi almakta olan 130 kanser hastasının yakınına yöneltilen yüz yüze görüşme tekniği ile sosyo-demografik bilgi formu ve ölçekler kullanılarak yürütülmüştür. Uygulama yapılan merkezlerde çalışan hekim, hemşire ve tıbbi sekreterlere araştırma ve uygulanacak ölçekler hakkında bilgiler verilmiştir. Ayrıca kanser hastası yakını olan bireylere araştırma hakkında kısa bilgiler verilerek, araştırmaya gönüllü katılımları sağlanmıştır. Ayaktan kemoterapi servisinde, hastaların tedavi gördüğü seanslar süresinde, hasta yakınları, merkezlerde çalışmakta olan rehber hekim, hemşire ve tıbbi sekreterlerin gözetiminde bilgi formu ve ölçekleri yanıtlamışlardır. Hasta yakınlarına sözlü olarak verilen bilgilerde yönlendirici olmamaya çalışılmıştır. Ölçeklerin yanıtlanmasında zaman kısıtlaması olmamış, ancak uygulama ortalama 20dakika sürmüştür. Araştırmaya katılan, kanser hastası yakınlarının kimlik bilgileri gizli tutulmuştur.

3.5. Veri Çözümleme Yöntemleri

Araştırma verilerinin çözümlenmesi kapsamında öncelikle Sosyo-demografik Bilgi Formu'ndan elde edilen sonuçlar, frekans ve yüzdeler halinde düzenlenerek yorumlanmıştır. Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 24.0 İstatistik paket programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) yanı sıra normal dağılımın incelenmesi için Kolmogorov - Smirnov dağılım testi kullanıldı.

Çizelge 2.1: Kolmogorov-Smirnov Normal Dağılım Testi

	Kolmogorov-Smirnov	
	İstatistik değeri	p
Algılanan Sosyal Destek toplam	0,083	0,027
Algılanan Aile Desteği	0,216	0,000
Algılanan Özel Kişi Desteği	0,103	0,002
Algılanan Arkadaş Desteği	0,142	0,000
Umutsuzluk	0,151	0,000
Gelecek ile İlgili Duygular	0,309	0,000
Motivasyon Kaybı	0,221	0,000
Gelecek ile İlgili Beklentiler	0,171	0,000

Kolmogorov-Smirnov testi sonucunda; ölçek puanlarının normal dağılıma sahip olmadığı görüldü ve parametrik olmayan analizler tercih edildi. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup durumunda, parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında ikiden fazla grup durumunda, parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney U test kullanıldı. Ölçekler arası ilişkinin araştırılmasında Spearman Korelasyon Analizi kullanıldı. Sonuçlar % 95 güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi. Genel güvenilirlik için Cronbach's Alpha katsayısı hesaplandı.

Çizelge 1.2: Güvenilirlik Analizi

Ölçek	Cronbach's Alpha	Madde sayısı
Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği	0,886	12
Beck umutsuzluk ölçeği	0,854	20

Çok boyutlu algılanan sosyal destek Ölçeği genel güvenilirlik düzeyi 0,886; Beck umutsuzluk ölçeği genel güvenilirlik düzeyi 0,854 olarak bulundu.



4. BULGULAR VE YORUMLAR

Bu bölümde, araştırma probleminin çözümü için, hasta yakınlarının ölçekler yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapılmıştır.

Çizelge 3. 1: Sosyo-Demografik ve Kişisel Özellikler

		n	%
Yaş	18-29	17	13,1
	30-39	31	23,8
	40-50	33	25,4
	51 Ve üstü	49	37,7
	Toplam	130	100,0
Cinsiyet	Kadın	70	53,8
	Erkek	60	46,2
	Toplam	130	100,0
Medeni Durum	Evli	99	76,2
	Bekar	24	18,5
	Boşanmış	3	2,3
	Eşi Ölmüş	4	3,1
	Toplam	130	100,0
Eğitim Durumu	Okuma Yazma Bilmiyor	9	6,9
	Okur-yazar	6	4,6
	İlköğretim Mezunu	64	49,2
	Lise Mezunu	34	26,2
	Üniversite Mezunu	17	13,1
	Toplam	130	100,0
Çalışma Durumu	Evet	35	26,9
	Hayır	95	73,1
	Toplam	130	100,0
Meslek	Ev Hanımı	43	36,1
	Emekli	38	31,9
	Çalışan	34	28,6
	Öğrenci	4	3,4
	Toplam	119	100,0
Yaşadığı Yer	İstanbul İli	120	92,3
	İstanbul Dışı	10	7,7
	Toplam	130	100,0
Aylık Gelir	500-1000 Tl	8	6,2
	1001-2000 Tl	67	51,5
	2001-2999 Tl	22	16,9

	3000 TL Ve üstü	33	25,4
	Toplam	130	100,0
Sigara Kullanımı	Evet	29	22,3
	Hayır	101	77,7
	Toplam	130	100,0
Bakım vermeye başladığından itibaren sigara kullanımında artış	Evet	21	72,4
	Hayır	8	26,7
	Toplam	29	100,0
Alkol Kullanımı	Evet	9	6,9
	Hayır	121	93,1
	Toplam	130	100,0
Bakım vermeye başladığından itibaren alkol kullanımında artış	Hayır	9	6,9
Bakım Verdiği Kişinin Tıbbi Tanısı	AkcigerCa	23	17,7
	Kolon Ca	31	23,8
	Lenfoma	12	9,2
	Meme Ca	22	16,9
	Mesane Ca	2	1,5
	Mide Ca	15	11,5
	NazofarenksCa	6	4,6
	OverCa	3	2,3
	Pankreas Ca	6	4,6
	Prostat Ca	1	0,8
	RectumCa	5	3,8
	ServiksCa	3	2,3
	Testis Ca	1	0,8
	Toplam	130	100,0
Hastalık Süresi	0-1 Yıl	64	49,2
	1-5 Yıl	59	45,4
	6-10 Yıl	7	5,4
	Toplam	130	100,0
Profesyonel Destek Alma İsteği	Evet	26	20,3
	Hayır	78	60,9
	Kararsızım	24	18,8
	Toplam	130	100,0

Hasta yakınları yaş değişkenine göre %13,1'i (n: 17) 18-29, %23,8'i (n: 31) 30-39, %25,4'ü (n: 33) 40-50, %37,7'si (n: 49) 51 ve üstü olarak dağılmaktadır.

Hasta yakınları cinsiyet değişkenine göre %53,8'i (n: 70) Kadın, %46,2'si (n: 60) Erkek olarak dağılmaktadır.

Hasta yakınları medeni durum değişkenine göre %76,2'si (n: 99) Evli, %18,5'i (n: 24) Bekar, %2,3'ü (n: 3) Boşanmış, %3,1'i (n: 4) Eşi ölmüş olarak dağılmaktadır.

Hasta yakınları eğitim durumu değişkenine göre %6,9'u (n: 9) Okuma yazma bilmiyor, %4,6'sı (n: 6) Okur-yazar, %49,2'si (n: 64) İlköğretim mezunu, %26,2'si (n: 34) Lise mezunu, %13,1'i (n: 17) Üniversite mezunu olarak dağılmaktadır.

Hasta yakınları çalışma durumu değişkenine göre %26,9'u (n: 35) evet, %73,1'i (n: 95) hayır olarak dağılmaktadır.

Hasta yakınları meslek değişkenine göre %36,1'i (n: 43) Ev hanımı, %31,9'u (n: 38) Emekli, 34'ü (%28,6) Çalışan, %3,4'ü (n: 4) Öğrenci olarak dağılmaktadır.

Hasta yakınları yaşadığı yer değişkenine göre %92,3'ü (n: 120) İstanbul ili, %7,7'si (n: 10) İstanbul dışı olarak dağılmaktadır.

Hasta yakınları aylık gelir değişkenine göre %6,2'si (n: 8) 500-1000 TL, %51,5'i (n: 67) 1001-2000 TL, %16,9'u (n: 22) 2001-2999 TL, %25,4'ü (n: 33) 3000 TL ve üstü olarak dağılmaktadır.

Hasta yakınları sigara kullanımı değişkenine göre %22,3'ü (n: 29) evet, %77,7'si (n: 101) hayır olarak dağılmaktadır..21 kişi bakım vermeye başladığından itibaren sigara kullanımında artış olduğunu söylemiştir.

Hasta yakınları alkol kullanımı değişkenine göre %6,9'u (n: 9) evet, %93,1'i (n: 121) hayır olarak dağılmaktadır. Hiç kimsede bakım vermeye başladığından itibaren alkol kullanımında artış olmamıştır.

Hasta yakınları bakım verdiği kişinin tıbbi tanısı değişkenine göre %17,7'si (n: 23) Akciğer ca, %23,8'i (n: 31) Kolon ca, %9,2'si (n: 12) Lenfoma, %16,9'u (n: 22) Meme ca, %1,5'i (n: 2) Mesane ca, %11,5 (n: 15) Mide ca, %4,6'sı (n: 6) Nazofarenks ca, %2,3'ü (n: 3) Over ca, %4,6'sı (n: 6) Pankreas ca, %0,8'i (n: 1) Prostat ca, %3,8'i (n: 5) Rectum ca, %2,3'ü (n: 3) Serviks ca, %0,8'i (n: 1) Testis ca olarak dağılmaktadır.

Hasta yakınları hastalık süresi değişkenine göre %49,2'si (n: 64) 0-1 yıl, %45,4'ü (n: 59) 1-5 yıl, %5,4'ü (n: 7) 6-10 yıl olarak dağılmaktadır.

Hasta yakınları profesyonel destek alma isteği değişkenine göre %1,5'i (n: 2) 0, %20,0'si (n: 26) Evet, %60,0'ı (n: 78) Hayır, %18,5'i (n: 24) Kararsızım olarak dağılmaktadır.

Çizelge 3. 2: Sosyal Destek Ölçeği Toplam Puanı ile Alt Ölçeklerinden Alınan Puanların Ortalamaları

	N	Ort	Ss	Min.	Max.
Algılanan Sosyal Destek Toplam	130	62,731	15,947	16	85
Algılanan Aile Desteği	130	23,862	5,097	4	28
Algılanan Özel Kişi Desteği	130	17,946	7,863	4	28
Algılanan Arkadaş Desteği	130	20,923	6,807	4	29
Umutsuzluk	130	6,000	4,423	0	19
Gelecek İle İlgili Duygular	130	0,992	1,389	0	5
Motivasyon Kaybı	130	2,431	2,068	0	8
Gelecek İle İlgili Beklentiler	130	2,085	1,335	0	5

Hasta yakınlarının “algılanan sosyal destek toplam” ortalaması ($62,731 \pm 15,947$); “algılanan aile desteği” ortalaması($23,862 \pm 5,097$); “algılanan özel kişi desteği” ortalaması ($17,946 \pm 7,863$); “algılanan arkadaş desteği” ortalaması($20,923 \pm 6,807$) olarak bulunmuştur.

Çizelge 3. 3: Umutsuzluk Ölçeği Toplam Puanı ile Alt Ölçeklerinden Alınan Puanların Ortalamaları

	N	Ort	Ss	Min.	Max.
Algılanan Sosyal Destek Toplam	130	62,731	15,947	16	85
Algılanan Aile Desteği	130	23,862	5,097	4	28
Algılanan Özel Kişi Desteği	130	17,946	7,863	4	28
Algılanan Arkadaş Desteği	130	20,923	6,807	4	29
Umutsuzluk	130	6,000	4,423	0	19
Gelecek İle İlgili Duygular	130	0,992	1,389	0	5
Motivasyon Kaybı	130	2,431	2,068	0	8
Gelecek İle İlgili Beklentiler	130	2,085	1,335	0	5

Hasta yakınlarının “umutsuzluk” ortalaması ($6,000 \pm 4,423$); “gelecek ile ilgili duygular” ortalaması ($0,992 \pm 1,389$); “motivasyon kaybı” ortalaması ($2,431 \pm 2,068$); “gelecek ile ilgili beklentiler” ortalaması($2,085 \pm 1,335$) olarak bulunmuştur.

Çizelge 3. 4: Hasta Yakınlarında Algılanan Sosyal Destek ile Umutsuzluk İlişkinde İlişkin Korelasyon Analizi

		Algılanan Sosyal Destek toplam	Algılanan Aile Desteği	Algılanan Özel Kişi Desteği	Algılanan Arkadaş Desteği
Umutsuzluk	r	-0,243	-0,230	-0,159	-0,258
	p	0,005	0,008	0,070	0,003
Gelecek ile İlgili Duygular	r	-0,198	-0,216	-0,155	-0,188
	p	0,024	0,014	0,078	0,032
Motivasyon Kaybı	r	-0,144	-0,092	-0,083	-0,188
	p	0,103	0,298	0,350	0,033
Gelecek ile İlgili Beklentiler	r	-0,261	-0,262	-0,180	-0,241
	p	0,003	0,003	0,040	0,006

Algılanan sosyal destek toplam puanı ile umutsuzluk toplam puanı arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %24,3 negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=-0,243$; $p=0,005<0,05$). Buna göre algılanan sosyal destek toplam puanı arttıkça umutsuzluk toplam puanı azalmaktadır.

Algılanan aile desteği alt boyutu ile umutsuzluk toplam puanı arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %23,0 negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=-0,230$; $p=0,008<0,05$). Buna göre algılanan aile desteği alt boyutu puanı arttıkça umutsuzluk toplam puanı azalmaktadır.

Algılanan özel kişi desteği alt boyutu ile umutsuzluk toplam puanı arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,159$; $p=0,070>0,05$).

Algılanan arkadaş desteği alt boyutu ile umutsuzluk toplam puanı arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %25,8 negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=-0,258$; $p=0,003<0,05$). Buna göre algılanan arkadaş desteği alt boyutu puanı arttıkça umutsuzluk toplam puanı azalmaktadır.

Algılanan sosyal destek toplam puanı ile gelecek ile ilgili duygular alt boyutu arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %19,8 negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=-0,198$; $p=0,024<0,05$).

Buna göre algılanan sosyal destek toplam puanı arttıkça gelecek ile ilgili duygular alt boyutu puanı azalmaktadır.

Algılanan aile desteği alt boyutu ile gelecek ile ilgili duygular alt boyutu arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %21,6 negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=-0,216$; $p=0,014<0,05$). Buna göre algılanan aile desteği alt boyutu puanı arttıkça gelecek ile ilgili duygular alt boyutu puanı azalmaktadır.

Algılanan özel kişi desteği alt boyutu ile gelecek ile ilgili duygular alt boyutu arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,155$; $p=0,078>0,05$).

Algılanan arkadaş desteği alt boyutu ile gelecek ile ilgili duygular alt boyutu arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %18,8 negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=-0,188$; $p=0,032<0,05$). Buna göre algılanan arkadaş desteği alt boyutu puanı arttıkça gelecek ile ilgili duygular alt boyutu puanı azalmaktadır.

Algılanan sosyal destek toplam puanı ile motivasyon kaybı alt boyutu arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,144$; $p=0,103>0,05$).

Algılanan aile desteği alt boyutu ile motivasyon kaybı alt boyutu arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,092$; $p=0,298>0,05$).

Algılanan özel kişi desteği alt boyutu ile motivasyon kaybı alt boyutu arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır. ($r=-0,083$; $p=0,350>0,05$).

Algılanan arkadaş desteği alt boyutu ile motivasyon kaybı alt boyutu arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %18,8 negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=-0,188$; $p=0,033<0,05$). Buna göre algılanan arkadaş desteği alt boyutu puanı arttıkça motivasyon kaybı alt boyutu puanı azalmaktadır.

Algılanan sosyal destek toplam puanı ile gelecek ile ilgili beklentiler alt boyutu arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar

arasında %26,1 negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=-0,261$; $p=0,003<0,05$). Buna göre algılanan sosyal destek toplam puanı arttıkça gelecek ile ilgili beklentiler alt boyutu puanı azalmaktadır.

Algılanan aile desteği alt boyutu ile gelecek ile ilgili beklentiler alt boyutu arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %26,2 negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=-0,262$; $p=0,003<0,05$). Buna göre algılanan aile desteği alt boyutu puanı arttıkça gelecek ile ilgili beklentiler alt boyutu puanı azalmaktadır.

Algılanan özel kişi desteği alt boyutu ile gelecek ile ilgili beklentiler alt boyutu arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %18,0 negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=-0,180$; $p=0,040<0,05$). Buna göre algılanan özel kişi desteği alt boyutu puanı arttıkça gelecek ile ilgili beklentiler alt boyutu puanı azalmaktadır.

Algılanan arkadaş desteği alt boyutu ile gelecek ile ilgili beklentiler alt boyutu arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %24,1 negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=-0,241$; $p=0,006<0,05$). Buna göre algılanan arkadaş desteği alt boyutu puanı arttıkça gelecek ile ilgili beklentiler alt boyutu puanı azalmaktadır.

Çizelge 3. 5: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Yaş Değişkeninin Karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	KW	p
Algılanan Sosyal Destek Toplam	18-29	17	61,765	15,687	0,717	0,869
	30-39	31	63,355	15,545		
	40-50	33	64,758	13,960		
	51 ve üstü	49	61,306	17,748		
Algılanan Aile Desteği	18-29	17	23,000	5,745	1,380	0,710
	30-39	31	23,677	5,344		
	40-50	33	24,546	5,075		
	51 ve üstü	49	23,816	4,816		
Algılanan Özel Kişi Desteği	18-29	17	17,647	7,850	0,529	0,913
	30-39	31	17,581	8,302		
	40-50	33	19,030	7,222		
	51 ve üstü	49	17,551	8,168		
Algılanan Arkadaş Desteği	18-29	17	21,118	6,112	1,074	0,783
	30-39	31	22,097	5,957		
	40-50	33	21,182	6,464		
	51 Ve üstü	49	19,939	7,752		

Hasta yakınlarının algılanan sosyal destek toplam puanları ortalamalarının yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Hasta yakınlarının algılanan aile desteği puanları ortalamalarının yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Hasta yakınlarının algılanan özel kişi desteği puanları ortalamalarının yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Hasta yakınlarının algılanan arkadaş desteği puanları ortalamalarının yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Çizelge 3. 6: Umutsuzluk Ölçeği ile Yaş Değişkeninin Karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	KW	p	Fark
Umutsuzluk	18-29	17	5,353	5,533	11,609	0,009	4 > 1 4 > 2 4 > 3
	30-39	31	5,290	4,353			
	40-50	33	4,758	3,279			
	51 Ve üstü	49	7,510	4,416			
Gelecek İle İlgili Duygular	18-29	17	0,941	1,519	8,943	0,030	4 > 2 4 > 3
	30-39	31	0,774	1,334			
	40-50	33	0,606	1,029			
	51 Ve üstü	49	1,408	1,513			
Motivasyon Kaybı	18-29	17	2,177	2,351	10,417	0,015	4 > 2 4 > 3
	30-39	31	2,032	1,941			
	40-50	33	1,849	1,679			
	51 Ve üstü	49	3,163	2,125			
Gelecek İle İlgili Beklentiler	18-29	17	1,765	1,522	5,938	0,115	
	30-39	31	1,871	1,258			
	40-50	33	1,909	1,234			
	51 Ve üstü	49	2,449	1,339			

Hasta yakınlarının umutsuzluk puanları ortalamalarının yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur(KW=11,609; p=0,009<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; yaş 51 ve üstü olan hasta yakınlarının umutsuzluk puanları (7,510 ± 4,416), yaş grubu 18-29 olan hasta yakınlarının Umutsuzluk puanlarından (5,353 ± 5,533) yüksek bulunmuştur. Yaş grubu 51 ve üstü olan hasta yakınlarının umutsuzluk puanları (7,510 ± 4,416), yaş grubu 30-39 olan hasta yakınlarının Umutsuzluk puanlarından (5,290 ± 4,353) yüksek bulunmuştur. Yaş grubu 51 ve üstü olan hasta yakınlarının umutsuzluk puanları (7,510 ± 4,416), yaş grubu 40-50 olan hasta yakınlarının Umutsuzluk puanlarından (4,758 ± 3,279) yüksek bulunmuştur.

Hasta yakınlarının gelecek ile ilgili duygular puanları ortalamalarının yaş grubu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur(KW=8,943; p=0,030<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; yaş grubu 51 ve üstü olan hasta yakınlarının gelecek ile ilgili duygular puanları (1,408 ± 1,513), yaş 30-39 olan hasta yakınlarının Gelecek ile İlgili Duygular puanlarından (0,774 ± 1,334) yüksek bulunmuştur. Yaş grubu 51 ve üstü olan hasta yakınlarının gelecek ile ilgili duygular puanları (1,408 ± 1,513), yaş grubu 40-50 olan hasta yakınlarının Gelecek ile İlgili Duygular puanlarından (0,606 ± 1,029) yüksek bulunmuştur.

Hasta yakınlarının motivasyon kaybı puanları ortalamalarının yaş grubu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur(KW=10,417; p=0,015<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; yaş 51 ve üstü olan hasta yakınlarının motivasyon kaybı puanları (3,163 ± 2,125), yaş grubu 30-39 olan hasta yakınlarının Motivasyon Kaybı puanlarından (2,032 ± 1,941) yüksek bulunmuştur. Yaş grubu 51 ve üstü olan hasta yakınlarının motivasyon kaybı puanları (3,163 ± 2,125), yaş grubu 40-50 olan hasta yakınlarının Motivasyon Kaybı puanlarından (1,849 ± 1,679) yüksek bulunmuştur.

Hasta yakınlarının gelecek ile ilgili beklentiler puanları ortalamalarının yaş grubu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Çizelge 3. 7: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Cinsiyet Değişkeninin Karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	MW	p
Algılanan Sosyal Destek Toplam	Kadın	70	63,271	16,453	2015,000	0,691
	Erkek	60	62,100	15,450		
Algılanan Aile Desteği	Kadın	70	24,129	4,739	2022,000	0,706
	Erkek	60	23,550	5,509		
Algılanan Özel Kişi Desteği	Kadın	70	18,429	8,046	1924,500	0,411
	Erkek	60	17,383	7,674		
Algılanan Arkadaş Desteği	Kadın	70	20,714	6,951	2048,500	0,808
	Erkek	60	21,167	6,685		

Hasta yakınlarının algılanan sosyal destek toplam puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır(Mann Whitney U=2015,000; $p=0,691>0,05$).

Hasta yakınlarının algılanan aile desteği puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır(Mann Whitney U=2022,000; $p=0,706>0,05$).

Hasta yakınlarının algılanan özel kişi desteği puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır(Mann Whitney U=1924,500; $p=0,411>0,05$).

Hasta yakınlarının algılanan arkadaş desteği puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark

istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır(Mann Whitney U=2048,500; p=0,808>0,05).

Çizelge 3. 8: Umutsuzluk Ölçeği ile Cinsiyet Değişkeninin Karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	MW	p
Umutsuzluk	Kadın	70	5,329	4,320	1645,500	0,033
	Erkek	60	6,783	4,450		
Gelecek İle İlgili Duygular	Kadın	70	0,886	1,346	1919,000	0,353
	Erkek	60	1,117	1,439		
Motivasyon Kaybı	Kadın	70	2,171	1,971	1785,500	0,135
	Erkek	60	2,733	2,154		
Gelecek İle İlgili Beklentiler	Kadın	70	1,886	1,378	1679,000	0,044
	Erkek	60	2,317	1,255		

Hasta yakınlarının umutsuzluk puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur(Mann Whitney U=1645,500; p=0,033<0,05). Kadın hasta yakınlarının umutsuzluk puanları (5,329), erkek hasta yakınlarının umutsuzluk puanlarından (6,783) düşük bulunmuştur.

Hasta yakınlarının gelecek ile ilgili duygular puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır(Mann Whitney U=1919,000; p=0,353>0,05).

Hasta yakınlarının motivasyon kaybı puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır(Mann Whitney U=1785,500; p=0,135>0,05).

Hasta yakınlarının gelecek ile ilgili beklentiler puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur(Mann Whitney U=1679,000; p=0,044<0,05). Kadın hasta yakınlarının gelecek ile ilgili beklentiler puanları

(1,886), erkek hasta yakınlarının gelecek ile ilgili beklentiler puanlarından (2,317) düşük bulunmuştur.

Çizelge 3. 9: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Medeni Durum Değişkeninin Karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	KW	p
Algılanan Sosyal Destek Toplam	Evli	99	63,061	16,120	0,809	0,847
	Bekar	24	61,083	16,240		
	Boşanmış	3	59,667	21,127		
	Eşi Ölmüş	4	66,750	8,421		
Algılanan Aile Desteği	Evli	99	24,000	4,878	1,821	0,610
	Bekar	24	23,792	6,108		
	Boşanmış	3	20,000	6,928		
	Eşi Ölmüş	4	23,750	2,500		
Algılanan Özel Kişi Desteği	Evli	99	18,212	7,877	0,975	0,807
	Bekar	24	16,500	8,267		
	Boşanmış	3	19,667	7,371		
	Eşi Ölmüş	4	18,750	6,994		
Algılanan Arkadaş Desteği	Evli	99	20,849	7,253	0,973	0,808
	Bekar	24	20,792	5,373		
	Boşanmış	3	20,000	6,928		
	Eşi Ölmüş	4	24,250	2,217		

Hasta yakınlarının algılanan sosyal destek toplam puanları ortalamalarının medeni durum değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Hasta yakınlarının algılanan aile desteği puanları ortalamalarının medeni durum değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Hasta yakınlarının algılanan özel kişi desteği puanları ortalamalarının medeni durum değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Hasta yakınlarının algılanan arkadaş desteği puanları ortalamalarının medeni durum değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla

yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Çizelge 3. 10: Umutsuzluk Ölçeği ile Medeni Durum Değişkeninin Karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	KW	p
Umutsuzluk	Evli	99	6,172	4,252	2,938	0,401
	Bekar	24	5,375	5,420		
	Boşanmış	3	4,667	1,528		
	Eşi Ölmüş	4	6,500	4,203		
Gelecek İle İlgili Duygular	Evli	99	0,950	1,320	1,437	0,697
	Bekar	24	1,208	1,769		
	Boşanmış	3	0,333	0,577		
	Eşi Ölmüş	4	1,250	0,957		
Motivasyon Kaybı	Evli	99	2,606	2,059	4,043	0,257
	Bekar	24	1,917	2,145		
	Boşanmış	3	1,333	1,155		
	Eşi Ölmüş	4	2,000	2,160		
Gelecek İle İlgili Beklentiler	Evli	99	2,141	1,286	4,740	0,192
	Bekar	24	1,708	1,517		
	Boşanmış	3	2,667	1,528		
	Eşi Ölmüş	4	2,500	1,291		

Hasta yakınlarının umutsuzluk puanları ortalamalarının medeni durum değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Hasta yakınlarının gelecek ile ilgili duygular puanları ortalamalarının medeni durum değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Hasta yakınlarının motivasyon kaybı puanları ortalamalarının medeni durum değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Hasta yakınlarının gelecek ile ilgili beklentiler puanları ortalamalarının medeni durum değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek

amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Çizelge 3. 11: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Eğitim Durumu Değişkeninin Karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	KW	p
Algılanan Sosyal Destek Toplam	Okuma Yazma Bilmiyor	9	57,333	16,530	2,178	0,703
	Okur-yazar	6	65,000	14,670		
	İlköğretim Mezunu	64	62,047	16,082		
	Lise Mezunu	34	63,882	16,664		
	Üniversite Mezunu	17	65,059	15,056		
Algılanan Aile Desteği	Okuma Yazma Bilmiyor	9	24,444	4,503	1,803	0,772
	Okur-yazar	6	25,833	3,488		
	İlköğretim Mezunu	64	24,047	4,786		
	Lise Mezunu	34	23,118	5,688		
	Üniversite Mezunu	17	23,647	5,968		
Algılanan Özel Kişi Desteği	Okuma Yazma Bilmiyor	9	15,889	8,964	2,174	0,704
	Okur-yazar	6	16,833	7,960		
	İlköğretim Mezunu	64	17,469	7,906		
	Lise Mezunu	34	19,059	7,398		
	Üniversite Mezunu	17	19,000	8,485		
Algılanan Arkadaş Desteği	Okuma Yazma Bilmiyor	9	17,000	6,403	4,540	0,338
	Okur-yazar	6	22,333	7,005		
	İlköğretim Mezunu	64	20,531	7,502		
	Lise Mezunu	34	21,706	5,972		
	Üniversite Mezunu	17	22,412	5,374		

Hasta yakınlarının algılanan sosyal destek toplam puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Hasta yakınlarının algılanan aile desteği puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Hasta yakınlarının algılanan özel kişi desteği puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Hasta yakınlarının algılanan arkadaş desteği puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 3. 12: Umutsuzluk Ölçeği ile Eğitim Durumu Değişkeninin Karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	KW	p
Umutsuzluk	Okuma Yazma Bilmiyor	9	4,778	2,386	1,188	0,880
	Okur-yazar	6	6,000	3,464		
	İlköğretim Mezunu	64	6,156	4,072		
	Lise Mezunu	34	5,882	5,080		
	Üniversite Mezunu	17	6,294	5,621		
Gelecek İle İlgili Duygular	Okuma Yazma Bilmiyor	9	0,556	0,882	1,590	0,811
	Okur-yazar	6	0,667	0,516		
	İlköğretim Mezunu	64	0,891	1,261		
	Lise Mezunu	34	1,147	1,598		
	Üniversite Mezunu	17	1,412	1,770		
Motivasyon Kaybı	Okuma Yazma Bilmiyor	9	2,667	1,414	2,874	0,579
	Okur-yazar	6	2,833	2,639		
	İlköğretim Mezunu	64	2,563	1,999		
	Lise Mezunu	34	2,177	2,289		
	Üniversite Mezunu	17	2,177	2,099		
Gelecek İle İlgili Beklentiler	Okuma Yazma Bilmiyor	9	1,333	0,866	4,190	0,381
	Okur-yazar	6	2,167	0,753		
	İlköğretim Mezunu	64	2,219	1,327		
	Lise Mezunu	34	2,059	1,413		
	Üniversite Mezunu	17	2,000	1,541		

Hasta yakınlarının umutsuzluk puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hasta yakınlarının gelecek ile ilgili duygular puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hasta yakınlarının motivasyon kaybı puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla

yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hasta yakınlarının gelecek ile ilgili beklentiler puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 3. 13: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Çalışma Durumu Değişkeninin Karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	MW	p
Algılanan Sosyal Destek Toplam	Evet	35	67,286	16,021	1236,500	0,025
	Hayır	95	61,053	15,671		
Algılanan Aile Desteği	Evet	35	23,914	5,327	1615,000	0,796
	Hayır	95	23,842	5,039		
Algılanan Özel Kişi Desteği	Evet	35	20,743	7,188	1174,500	0,010
	Hayır	95	16,916	7,886		
Algılanan Arkadaş Desteği	Evet	35	22,629	5,976	1369,500	0,120
	Hayır	95	20,295	7,013		

Hasta yakınlarının algılanan sosyal destek toplam puanları ortalamalarının çalışma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur(Mann Whitney $U=1236,500$; $p=0,025<0,05$). Çalışan hasta yakınlarının algılanan sosyal destek toplam puanları (67,286), çalışmayan hasta yakınlarının algılanan sosyal destek toplam puanlarından (61,053) yüksek bulunmuştur.

Hasta yakınlarının algılanan aile desteği puanları ortalamalarının çalışma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır(Mann Whitney $U=1615,000$; $p=0,796>0,05$).

Hasta yakınlarının algılanan özel kişi desteği puanları ortalamalarının çalışma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur(Mann Whitney $U=1174,500$; $p=0,010<0,05$). Çalışan hasta yakınlarının algılanan özel kişi desteği puanları

(20,743), çalışmayan hasta yakınlarının algılanan özel kişi desteği puanlarından (16,916) yüksek bulunmuştur.

Hasta yakınlarının algılanan arkadaş desteği puanları ortalamalarının çalışma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır(Mann Whitney $U=1369,500$; $p=0,120>0,05$).

Çizelge 3. 14: Umutsuzluk Ölçeği ile Çalışma Durumu Değişkeninin Karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	MW	p
Umutsuzluk	Evet	35	5,743	4,755	1535,500	0,503
	Hayır	95	6,095	4,317		
Gelecek İle İlgili Duygular	Evet	35	0,943	1,552	1517,000	0,402
	Hayır	95	1,011	1,333		
Motivasyon Kaybı	Evet	35	2,286	2,136	1556,000	0,570
	Hayır	95	2,484	2,052		
Gelecek İle İlgili Beklentiler	Evet	35	1,943	1,305	1497,000	0,373
	Hayır	95	2,137	1,350		

Hasta yakınlarının umutsuzluk puanları ortalamalarının çalışma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır(Mann Whitney $U=1535,500$; $p=0,503>0,05$).

Hasta yakınlarının gelecek ile ilgili duygular puanları ortalamalarının çalışma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır(Mann Whitney $U=1517,000$; $p=0,402>0,05$).

Hasta yakınlarının motivasyon kaybı puanları ortalamalarının çalışma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır(Mann Whitney $U=1556,000$; $p=0,570>0,05$).

Hasta yakınlarının gelecek ile ilgili beklentiler puanları ortalamalarının çalışma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır(Mann Whitney U=1497,000; p=0,373>0,05).

Çizelge 3. 15: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Meslek Değişkeninin Karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	KW	p
Algılanan Sosyal Destek Toplam	Ev Hanımı	43	62,163	16,521	4,182	0,242
	Emekli	38	61,184	15,954		
	Çalışan	34	66,794	15,992		
	Öğrenci	4	57,000	12,083		
Algılanan Aile Desteği	Ev Hanımı	43	23,907	4,725	1,106	0,776
	Emekli	38	24,526	4,996		
	Çalışan	34	23,794	5,359		
	Öğrenci	4	25,000	2,944		
Algılanan Özel Kişi Desteği	Ev Hanımı	43	17,767	8,053	7,007	0,072
	Emekli	38	16,842	8,015		
	Çalışan	34	20,529	7,183		
	Öğrenci	4	12,500	5,323		
Algılanan Arkadaş Desteği	Ev Hanımı	43	20,488	7,086	2,389	0,496
	Emekli	38	19,816	7,315		
	Çalışan	34	22,471	5,991		
	Öğrenci	4	19,500	6,758		

Hasta yakınlarının algılanan sosyal destek toplam puanları ortalamalarının meslek değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır(p>0.05).

Hasta yakınlarının algılanan aile desteği puanları ortalamalarının meslek değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır(p>0.05).

Hasta yakınlarının algılanan özel kişi desteği puanları ortalamalarının meslek değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır(p>0.05).

Hasta yakınlarının algılanan arkadaş desteği puanları ortalamalarının meslek değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Çizelge 3. 16: Umutsuzluk Ölçeği ile Meslek Değişkeninin Karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	KW	p
Umutsuzluk	Ev Hanımı	43	5,791	4,263	4,075	0,254
	Emekli	38	6,763	4,155		
	Çalışan	34	5,618	4,767		
	Öğrenci	4	4,000	3,367		
Gelecek İle İlgili Duygular	Ev Hanımı	43	1,000	1,380	1,420	0,701
	Emekli	38	1,053	1,293		
	Çalışan	34	0,971	1,566		
	Öğrenci	4	0,500	1,000		
Motivasyon Kaybı	Ev Hanımı	43	2,279	1,968	4,061	0,255
	Emekli	38	2,921	2,186		
	Çalışan	34	2,147	2,002		
	Öğrenci	4	1,250	1,258		
Gelecek İle İlgili Beklentiler	Ev Hanımı	43	2,163	1,413	2,119	0,548
	Emekli	38	2,237	1,304		
	Çalışan	34	1,912	1,311		
	Öğrenci	4	1,750	0,957		

Hasta yakınlarının umutsuzluk puanları ortalamalarının meslek değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Hasta yakınlarının gelecek ile ilgili duygular puanları ortalamalarının meslek değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Hasta yakınlarının motivasyon kaybı puanları ortalamalarının meslek değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Hasta yakınlarının gelecek ile ilgili beklentiler puanları ortalamalarının meslek değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Çizelge 3. 17: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Yaşadığı Yerler Değişkeninin Karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	MW	p
Algılanan Sosyal Destek Toplam	İstanbul İli	120	63,000	16,122	501,000	0,387
	İstanbul Dışı	10	59,500	13,986		
Algılanan Aile Desteği	İstanbul İli	120	23,808	5,183	563,000	0,738
	İstanbul Dışı	10	24,500	4,089		
Algılanan Özel Kişi Desteği	İstanbul İli	120	18,008	7,862	561,000	0,733
	İstanbul Dışı	10	17,200	8,270		
Algılanan Arkadaş Desteği	İstanbul İli	120	21,183	6,812	411,500	0,096
	İstanbul Dışı	10	17,800	6,233		

Hasta yakınlarının algılanan sosyal destek toplam puanları ortalamalarının yaşadığı yer değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır(Mann Whitney U=501,000; $p=0,387>0,05$).

Hasta yakınlarının algılanan aile desteği puanları ortalamalarının yaşadığı yer değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır(Mann Whitney U=563,000; $p=0,738>0,05$).

Hasta yakınlarının algılanan özel kişi desteği puanları ortalamalarının yaşadığı yer değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır(Mann Whitney U=561,000; $p=0,733>0,05$).

Hasta yakınlarının algılanan arkadaş desteği puanları ortalamalarının yaşadığı yer değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark

istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır(Mann Whitney $U=411,500$; $p=0,096>0,05$).

Çizelge 3. 18: Umutsuzluk Ölçeği ile Yaşadığı Yerler Değişkeninin Karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	MW	p
Umutsuzluk	İstanbul İli	120	5,950	4,358	567,500	0,776
	İstanbul Dışı	10	6,600	5,379		
Gelecek İle İlgili Duygular	İstanbul İli	120	1,000	1,384	585,000	0,886
	İstanbul Dışı	10	0,900	1,524		
Motivasyon Kaybı	İstanbul İli	120	2,367	2,012	503,500	0,391
	İstanbul Dışı	10	3,200	2,658		
Gelecek İle İlgili Beklentiler	İstanbul İli	120	2,083	1,345	587,000	0,907
	İstanbul Dışı	10	2,100	1,287		

Hasta yakınlarının umutsuzluk puanları ortalamalarının yaşadığı yer değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır(Mann Whitney $U=567,500$; $p=0,776>0,05$).

Hasta yakınlarının gelecek ile ilgili duygular puanları ortalamalarının yaşadığı yer değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır(Mann Whitney $U=585,000$; $p=0,886>0,05$).

Hasta yakınlarının motivasyon kaybı puanları ortalamalarının yaşadığı yer değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır(Mann Whitney $U=503,500$; $p=0,391>0,05$).

Hasta yakınlarının gelecek ile ilgili beklentiler puanları ortalamalarının yaşadığı yer değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır(Mann Whitney $U=587,000$; $p=0,907>0,05$).

Çizelge 3. 19: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Aylık gelir Değişkeninin Karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	KW	p	Fark
Algılanan Sosyal Destek Toplam	500-1000 TL	8	57,125	11,243	10,083	0,018	3 > 1 3 > 2
	1001-2000 TL	67	59,313	17,309			
	2001-2999 TL	22	69,955	13,022			
	3000 TL Ve üstü	33	66,212	13,697			
Algılanan Aile Desteği	500-1000 TL	8	24,375	2,875	2,958	0,398	
	1001-2000 TL	67	23,000	6,005			
	2001-2999 TL	22	25,455	3,661			
	3000 TL Ve üstü	33	24,424	4,008			
Algılanan Özel Kişi Desteği	500-1000 TL	8	16,250	7,066	7,257	0,064	
	1001-2000 TL	67	16,403	8,105			
	2001-2999 TL	22	20,864	6,868			
	3000 TL Ve üstü	33	19,546	7,596			
Algılanan Arkadaş Desteği	500-1000 TL	8	16,500	5,155	8,926	0,030	3 > 1 4 > 1
	1001-2000 TL	67	19,910	7,641			
	2001-2999 TL	22	23,636	4,914			
	3000 TL Ve üstü	33	22,242	5,551			

Hasta yakınlarının algılanan sosyal destek toplam puanları ortalamalarının aylık gelir değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur(KW=10,083; p=0,018<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; aylık gelir 2001-2999 TL olan hasta yakınlarının algılanan sosyal destek toplam puanları (69,955 ± 13,022), aylık gelir 500-1000 TL olan hasta yakınlarının Algılanan Sosyal Destek toplam puanlarından (57,125 ± 11,243) yüksek bulunmuştur. Aylık gelir 2001-2999 TL olan hasta yakınlarının algılanan sosyal destek toplam puanları (69,955 ± 13,022), aylık gelir 1001-2000 TL olan hasta yakınlarının Algılanan Sosyal Destek toplam puanlarından (59,313 ± 17,309) yüksek bulunmuştur.

Hasta yakınlarının algılanan aile desteği puanları ortalamalarının aylık gelir değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır(p>0.05).

Hasta yakınlarının algılanan özel kişi desteği puanları ortalamalarının aylık gelir değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Hasta yakınlarının algılanan arkadaş desteği puanları ortalamalarının aylık gelir değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur($KW=8,926$; $p=0,030<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; aylık gelir 2001-2999 TL olan hasta yakınlarının algılanan arkadaş desteği puanları ($23,636 \pm 4,914$), aylık gelir 500-1000 TL olan hasta yakınlarının Algılanan Arkadaş Desteği puanlarından ($16,500 \pm 5,155$) yüksek bulunmuştur. aylık gelir 3000 TL ve üstü olan hasta yakınlarının algılanan arkadaş desteği puanları ($22,242 \pm 5,551$), aylık gelir 500-1000 TL olan hasta yakınlarının Algılanan Arkadaş Desteği puanlarından ($16,500 \pm 5,155$) yüksek bulunmuştur.

Çizelge 3. 20: Umutsuzluk Ölçeği ile Aylık gelir Değişkeninin Karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	KW	p	Fark
Umutsuzluk	500-1000 Tl	8	8,750	3,105	6,288	0,098	
	1001-2000 Tl	67	6,015	4,457			
	2001-2999 Tl	22	4,682	3,372			
	3000 Tl Ve üstü	33	6,182	5,022			
Gelecek İle İlgili Duygular	500-1000 Tl	8	1,875	1,126	8,555	0,036	1 > 2 1 > 3
	1001-2000 Tl	67	1,000	1,435			
	2001-2999 Tl	22	0,455	0,800			
	3000 Tl Ve üstü	33	1,121	1,556			
Motivasyon Kaybı	500-1000 Tl	8	3,500	1,512	4,533	0,209	
	1001-2000 Tl	67	2,388	2,096			
	2001-2999 Tl	22	2,091	2,045			
	3000 Tl Ve üstü	33	2,485	2,138			
Gelecek İle İlgili Beklentiler	500-1000 Tl	8	2,875	1,126	4,762	0,190	
	1001-2000 Tl	67	2,134	1,358			
	2001-2999 Tl	22	1,727	1,241			
	3000 Tl Ve üstü	33	2,030	1,358			

Hasta yakınlarının umutsuzluk puanları ortalamalarının aylık gelir değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan

Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Hasta yakınlarının gelecek ile ilgili duygular puanları ortalamalarının aylık gelir değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur($KW=8,555$; $p=0,036<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; aylık gelir 500-1000 TL olan hasta yakınlarının gelecek ile ilgili duygular puanları ($1,875 \pm 1,126$), aylık gelir 1001-2000 TL olan hasta yakınlarının Gelecek ile İlgili Duygular puanlarından ($1,000 \pm 1,435$) yüksek bulunmuştur. aylık gelir 500-1000 TL olan hasta yakınlarının gelecek ile ilgili duygular puanları ($1,875 \pm 1,126$), aylık gelir 2001-2999 TL olan hasta yakınlarının Gelecek ile İlgili Duygular puanlarından ($0,455 \pm 0,800$) yüksek bulunmuştur.

Hasta yakınlarının motivasyon kaybı puanları ortalamalarının aylık gelir değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Hasta yakınlarının gelecek ile ilgili beklentiler puanları ortalamalarının aylık gelir değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Çizelge 3. 21: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Bakım Vermeye Başladıktan İtibaren Sigara Kullanımında Artış Değişkeninin Karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	MW	p
Algılanan Sosyal Destek Toplam	Evet	21	66,714	14,934	82,500	0,941
	Hayır	8	66,500	19,168		
Algılanan Aile Desteği	Evet	21	23,952	5,162	76,000	0,682
	Hayır	8	24,625	4,307		
Algılanan Özel Kişi Desteği	Evet	21	20,286	6,206	78,000	0,768
	Hayır	8	19,500	9,827		
Algılanan Arkadaş Desteği	Evet	21	22,476	6,202	80,500	0,862
	Hayır	8	22,375	7,269		

Hasta yakınlarının algılanan sosyal destek toplam puanları ortalamalarının bakım vermeye başladığından itibaren sigara kullanımında artış değişkenine göre anlamlı

bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır(Mann Whitney U=82,500; p=0,941>0,05).

Hasta yakınlarının algılanan aile desteği puanları ortalamalarının bakım vermeye başladığından itibaren sigara kullanımında artış değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır(Mann Whitney U=76,000; p=0,682>0,05).

Hasta yakınlarının algılanan özel kişi desteği puanları ortalamalarının bakım vermeye başladığından itibaren sigara kullanımında artış değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır(Mann Whitney U=78,000; p=0,768>0,05).

Hasta yakınlarının algılanan arkadaş desteği puanları ortalamalarının bakım vermeye başladığından itibaren sigara kullanımında artış değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır(Mann Whitney U=80,500; p=0,862>0,05).

Çizelge 3. 22: Umutsuzluk Ölçeği ile Bakım Vermeye Başladığından İtibaren Sigara Kullanımında Artış Değişkeninin Karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	MW	p
Umutsuzluk	Evet	21	5,095	4,516	83,000	0,961
	Hayır	8	4,625	3,335		
Gelecek İle İlgili Duygular	Evet	21	0,905	1,136	68,500	0,409
	Hayır	8	0,500	0,756		
Motivasyon Kaybı	Evet	21	1,810	2,272	68,000	0,422
	Hayır	8	2,000	1,852		
Gelecek İle İlgili Beklentiler	Evet	21	1,905	1,446	78,500	0,783
	Hayır	8	2,000	1,069		

Hasta yakınlarının umutsuzluk puanları ortalamalarının bakım vermeye başladığından itibaren sigara kullanımında artış değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır(Mann Whitney U=83,000; p=0,961>0,05).

Hasta yakınlarının gelecek ile ilgili duygular puanları ortalamalarının bakım vermeye başladığından itibaren sigara kullanımında artış değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır(Mann Whitney U=68,500; p=0,409>0,05).

Hasta yakınlarının motivasyon kaybı puanları ortalamalarının bakım vermeye başladığından itibaren sigara kullanımında artış değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır(Mann Whitney U=68,000; p=0,422>0,05).

Hasta yakınlarının gelecek ile ilgili beklentiler puanları ortalamalarının bakım vermeye başladığından itibaren sigara kullanımında artış değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır(Mann Whitney U=78,500; p=0,783>0,05).

Çizelge 3. 23: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Bakım Verdiği Kişinin Tıbbi Tanısı Değişkeninin Karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	KW	p	Fark
Algılanan Sosyal Destek Toplam	AkcigerCa	23	73,609	11,020	16,407	0,022	1 > 2 1 > 3 1 > 4 1 > 5
	Kolon Ca	31	60,194	15,118			
	Lenfoma	12	56,167	17,204			
	Meme Ca	22	61,046	14,984			
	Mide Ca	15	58,667	16,931			
	NazofarenksCa	6	66,833	11,444			
	Pankreas Ca	6	53,167	27,946			
	RectumCa	5	67,000	12,410			
Algılanan Aile Desteği	AkcigerCa	23	25,652	4,052	6,064	0,532	
	Kolon Ca	31	24,194	4,053			
	Lenfoma	12	22,750	6,398			
	Meme Ca	22	24,136	4,357			
	Mide Ca	15	23,200	6,774			
	NazofarenksCa	6	22,333	6,346			
	Pankreas Ca	6	20,000	8,414			
	RectumCa	5	24,000	4,690			
Algılanan Özel Kişi Desteği	AkcigerCa	23	23,000	5,737	16,807	0,019	1 > 2 1 > 3 1 > 4 1 > 5
	Kolon Ca	31	15,936	8,181			
	Lenfoma	12	15,333	7,548			
	Meme Ca	22	16,909	8,228			
	Mide Ca	15	14,600	8,626			

	NazofarenksCa	6	21,000	2,683			
	Pankreas Ca	6	16,500	10,766			
	RectumCa	5	21,800	4,147			
Algılanan Destegi	Arkadaş	AkcigerCa	23	24,957	3,925	13,306	0,065
		Kolon Ca	31	20,065	6,653		
		Lenfoma	12	18,083	8,826		
		Meme Ca	22	20,000	6,852		
		Mide Ca	15	20,867	7,180		
		NazofarenksCa	6	23,500	4,087		
		Pankreas Ca	6	16,667	10,501		
		RectumCa	5	21,200	5,805		

Hasta yakınlarının algılanan sosyal destek toplam puanları ortalamalarının Hastasının tıbbi tanısı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur(KW=16,407; p=0,022<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; Hastasının tıbbi tanısı AKCİGER CA olan hasta yakınlarının algılanan sosyal destek toplam puanları (73,609 ± 11,020), Hastasının tıbbi tanısı KOLON CA olan hasta yakınlarının Algılanan Sosyal Destek toplam puanlarından (60,194 ± 15,118) yüksek bulunmuştur. Hastasının tıbbi tanısı AKCİGER CA olan hasta yakınlarının algılanan sosyal destek toplam puanları (73,609 ± 11,020), Hastasının tıbbi tanısı LENFOMA olan hasta yakınlarının Algılanan Sosyal Destek toplam puanlarından (56,167 ± 17,204) yüksek bulunmuştur. Hastasının tıbbi tanısı AKCİGER CA olan hasta yakınlarının algılanan sosyal destek toplam puanları (73,609 ± 11,020), Hastasının tıbbi tanısı MEME CA olan hasta yakınlarının Algılanan Sosyal Destek toplam puanlarından (61,046 ± 14,984) yüksek bulunmuştur. Tıbbi tanı AKCİGER CA olan hasta yakınlarının algılanan sosyal destek toplam puanları (73,609 ± 11,020), Hastasının tıbbi tanısı MİDE CA olan hasta yakınlarının Algılanan Sosyal Destek toplam puanlarından (58,667 ± 16,931) yüksek bulunmuştur.

Hasta yakınlarının algılanan aile desteği puanları ortalamalarının Hastasının tıbbi tanısı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır(p>0.05).

Hasta yakınlarının algılanan özel kişi desteği puanları ortalamalarının Hastasının tıbbi tanısı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur(KW=16,807; p=0,019<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; Hastasının tıbbi tanısı AKCİGER CA olan hasta yakınlarının algılanan özel kişi desteği puanları (23,000 ± 5,737), Hastasının tıbbi tanısı KOLON CA olan hasta yakınlarının Algılanan Özel Kişi Desteği puanlarından (15,936 ± 8,181) yüksek bulunmuştur. Hastasının tıbbi tanısı AKCİGER CA olan hasta yakınlarının algılanan özel kişi desteği puanları (23,000 ± 5,737), Hastasının tıbbi tanısı LENFOMA olan hasta yakınlarının Algılanan Özel Kişi Desteği puanlarından (15,333 ± 7,548) yüksek bulunmuştur. Hastasının tıbbi tanısı AKCİGER CA olan hasta yakınlarının algılanan özel kişi desteği puanları (23,000 ± 5,737), Hastasının tıbbi tanısı MEME CA olan hasta yakınlarının Algılanan Özel Kişi Desteği puanlarından (16,909 ± 8,228) yüksek bulunmuştur. Hastasının tıbbi tanısı AKCİGER CA olan hasta yakınlarının algılanan özel kişi desteği puanları (23,000 ± 5,737), Hastasının tıbbi tanısı MİDE CA olan hasta yakınlarının Algılanan Özel Kişi Desteği puanlarından (14,600 ± 8,626) yüksek bulunmuştur.

Hasta yakınlarının algılanan arkadaş desteği puanları ortalamalarının Hastasının tıbbi tanısı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır(p>0.05).

Çizelge 3. 24: Umutsuzluk Ölçeği ile Bakım Verdiği Kişinin Tıbbi Tanısı Değişkeninin Karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	KW	p	Fark
Umutsuzluk	AkcigerCa	23	3,739	2,848	15,881	0,026	2 > 1 4 > 1 5 > 1 6 > 1 2 > 3 4 > 3 5 > 3 6 > 3
	Kolon Ca	31	6,936	4,966			
	Lenfoma	12	3,750	3,545			
	Meme Ca	22	7,364	4,424			
	Mide Ca	15	6,933	4,832			
	NazofarenksCa	6	6,667	3,502			
	Pankreas Ca	6	6,167	5,879			
	RectumCa	5	5,600	4,980			
Gelecek İle İlgili Duygular	AkcigerCa	23	0,391	0,839	8,596	0,283	
	Kolon Ca	31	1,258	1,612			
	Lenfoma	12	0,750	1,215			
	Meme Ca	22	1,364	1,497			

	Mide Ca	15	1,133	1,506			
	NazofarenksCa	6	0,667	0,817			
	Pankreas Ca	6	0,833	1,602			
	RectumCa	5	1,200	1,789			
Motivasyon Kaybı	AkcigerCa	23	1,522	1,729	14,206	0,048	2 > 1
	Kolon Ca	31	2,839	2,296			4 > 1
	Lenfoma	12	1,333	1,614			5 > 1
	Meme Ca	22	2,955	2,171			6 > 1
	Mide Ca	15	2,933	2,374			2 > 3
	NazofarenksCa	6	2,833	1,329			4 > 3
	Pankreas Ca	6	3,000	2,530			5 > 3
	RectumCa	5	2,000	1,732			6 > 3
Gelecek İle İlgili Beklentiler	AkcigerCa	23	1,522	0,947	15,233	0,033	7 > 3
	Kolon Ca	31	2,355	1,355			2 > 1
	Lenfoma	12	1,167	1,115			4 > 1
	Meme Ca	22	2,500	1,406			5 > 1
	Mide Ca	15	2,400	1,242			2 > 3
	NazofarenksCa	6	2,333	1,862			4 > 3
	Pankreas Ca	6	2,000	1,673			5 > 3
	RectumCa	5	1,600	0,894			

Hasta yakınlarının umutsuzluk puanları ortalamalarının hastasının tıbbi tanısı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=15,881; p=0,026<0.05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; hastasının tıbbi tanısı KOLON CA olan hasta yakınlarının umutsuzluk puanları (6,936 ± 4,966), hastasının tıbbi tanısı AKCİGER CA olan hasta yakınlarının Umutsuzluk puanlarından (3,739 ± 2,848) yüksek bulunmuştur. Hastasının tıbbi tanısı MEME CA olan hasta yakınlarının umutsuzluk puanları (7,364 ± 4,424), hastasının tıbbi tanısı AKCİGER CA olan hasta yakınlarının Umutsuzluk puanlarından (3,739 ± 2,848) yüksek bulunmuştur. Hastasının tıbbi tanısı MİDE CA olan hasta yakınlarının umutsuzluk puanları (6,933 ± 4,832), hastasının tıbbi tanısı AKCİGER CA olan hasta yakınlarının Umutsuzluk puanlarından (3,739 ± 2,848) yüksek bulunmuştur. Hastasının tıbbi tanısı NAZOFARENKS CA olan hasta yakınlarının umutsuzluk puanları (6,667 ± 3,502), hastasının tıbbi tanısı AKCİGER CA olan hasta yakınlarının Umutsuzluk puanlarından (3,739 ± 2,848) yüksek bulunmuştur. Hastasının tıbbi tanısı KOLON CA olan hasta yakınlarının umutsuzluk

puanları ($6,936 \pm 4,966$), hastasının tıbbi tanısı LENFOMA olan hasta yakınlarının Umutsuzluk puanlarından ($3,750 \pm 3,545$) yüksek bulunmuştur. Hastasının tıbbi tanısı MEME CA olan hasta yakınlarının umutsuzluk puanları ($7,364 \pm 4,424$), hastasının tıbbi tanısı LENFOMA olan hasta yakınlarının Umutsuzluk puanlarından ($3,750 \pm 3,545$) yüksek bulunmuştur. Hastasının tıbbi tanısı MİDE CA olan hasta yakınlarının umutsuzluk puanları ($6,933 \pm 4,832$), hastasının tıbbi tanısı LENFOMA olan hasta yakınlarının Umutsuzluk puanlarından ($3,750 \pm 3,545$) yüksek bulunmuştur. Hastasının tıbbi tanısı NAZOFARENKS CA olan hasta yakınlarının umutsuzluk puanları ($6,667 \pm 3,502$), hastasının tıbbi tanısı LENFOMA olan hasta yakınlarının Umutsuzluk puanlarından ($3,750 \pm 3,545$) yüksek bulunmuştur.

Hasta yakınlarının gelecek ile ilgili duygular puanları ortalamalarının hastasının tıbbi tanısı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Hasta yakınlarının motivasyon kaybı puanları ortalamalarının hastasının tıbbi tanısı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($KW=14,206$; $p=0,048 < 0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; hastasının tıbbi tanısı KOLON CA olan hasta yakınlarının motivasyon kaybı puanları ($2,839 \pm 2,296$), hastasının tıbbi tanısı AKCİGER CA olan hasta yakınlarının Motivasyon Kaybı puanlarından ($1,522 \pm 1,729$) yüksek bulunmuştur. hastasının tıbbi tanısı MEME CA olan hasta yakınlarının motivasyon kaybı puanları ($2,955 \pm 2,171$), hastasının tıbbi tanısı AKCİGER CA olan hasta yakınlarının Motivasyon Kaybı puanlarından ($1,522 \pm 1,729$) yüksek bulunmuştur. hastasının tıbbi tanısı MİDE CA olan hasta yakınlarının motivasyon kaybı puanları ($2,933 \pm 2,374$), hastasının tıbbi tanısı AKCİGER CA olan hasta yakınlarının Motivasyon Kaybı puanlarından ($1,522 \pm 1,729$) yüksek bulunmuştur. hastasının tıbbi tanısı NAZOFARENKS CA olan hasta yakınlarının motivasyon kaybı puanları ($2,833 \pm 1,329$), hastasının tıbbi tanısı AKCİGER CA olan hasta yakınlarının Motivasyon Kaybı puanlarından ($1,522 \pm 1,729$) yüksek bulunmuştur. Hastasının tıbbi tanısı KOLON CA olan hasta yakınlarının motivasyon

kaybı puanları ($2,839 \pm 2,296$), hastasının tıbbi tanısı LENFOMA olan hasta yakınlarının Motivasyon Kaybı puanlarından ($1,333 \pm 1,614$) yüksek bulunmuştur. hastasının tıbbi tanısı MEME CA olan hasta yakınlarının motivasyon kaybı puanları ($2,955 \pm 2,171$), hastasının tıbbi tanısı LENFOMA olan hasta yakınlarının Motivasyon Kaybı puanlarından ($1,333 \pm 1,614$) yüksek bulunmuştur. hastasının tıbbi tanısı MİDE CA olan hasta yakınlarının motivasyon kaybı puanları ($2,933 \pm 2,374$), hastasının tıbbi tanısı LENFOMA olan hasta yakınlarının Motivasyon Kaybı puanlarından ($1,333 \pm 1,614$) yüksek bulunmuştur. hastasının tıbbi tanısı NAZOFARENKS CA olan hasta yakınlarının motivasyon kaybı puanları ($2,833 \pm 1,329$), hastasının tıbbi tanısı LENFOMA olan hasta yakınlarının Motivasyon Kaybı puanlarından ($1,333 \pm 1,614$) yüksek bulunmuştur. hastasının tıbbi tanısı PANKREAS CA olan hasta yakınlarının motivasyon kaybı puanları ($3,000 \pm 2,530$), hastasının tıbbi tanısı LENFOMA olan hasta yakınlarının Motivasyon Kaybı puanlarından ($1,333 \pm 1,614$) yüksek bulunmuştur.

Hasta yakınlarının gelecek ile ilgili beklentiler puanları ortalamalarının hastasının tıbbi tanısı değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($KW=15,233$; $p=0,033 < 0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; hastasının tıbbi tanısı KOLON CA olan hasta yakınlarının gelecek ile ilgili beklentiler puanları ($2,355 \pm 1,355$), hastasının tıbbi tanısı AKCİGER CA olan hasta yakınlarının Gelecek ile İlgili Beklentiler puanlarından ($1,522 \pm 0,947$) yüksek bulunmuştur. Hastasının tıbbi tanısı MEME CA olan hasta yakınlarının gelecek ile ilgili beklentiler puanları ($2,500 \pm 1,406$), hastasının tıbbi tanısı AKCİGER CA olan hasta yakınlarının Gelecek ile İlgili Beklentiler puanlarından ($1,522 \pm 0,947$) yüksek bulunmuştur. Hastasının tıbbi tanısı MİDE CA olan hasta yakınlarının gelecek ile ilgili beklentiler puanları ($2,400 \pm 1,242$), hastasının tıbbi tanısı AKCİGER CA olan hasta yakınlarının Gelecek ile İlgili Beklentiler puanlarından ($1,522 \pm 0,947$) yüksek bulunmuştur. Hastasının tıbbi tanısı KOLON CA olan hasta yakınlarının gelecek ile ilgili beklentiler puanları ($2,355 \pm 1,355$), hastasının tıbbi tanısı LENFOMA olan hasta yakınlarının Gelecek ile İlgili Beklentiler puanlarından ($1,167 \pm 1,115$) yüksek bulunmuştur. Hastasının tıbbi tanısı

MEME CA olan hasta yakınlarının gelecek ile ilgili beklentiler puanları ($2,500 \pm 1,406$), hastasının tıbbi tanısı LENFOMA olan hasta yakınlarının Gelecek ile İlgili Beklentiler puanlarından ($1,167 \pm 1,115$) yüksek bulunmuştur. Hastasının tıbbi tanısı MİDE CA olan hasta yakınlarının gelecek ile ilgili beklentiler puanları ($2,400 \pm 1,242$), hastasının tıbbi tanısı LENFOMA olan hasta yakınlarının Gelecek ile İlgili Beklentiler puanlarından ($1,167 \pm 1,115$) yüksek bulunmuştur.

Çizelge 3. 25: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Hastalık Süresi Değişkeninin Karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	KW	p
Algılanan Sosyal Destek Toplam	0-1 Yıl	64	63,500	18,018	1,184	0,553
	1-5 Yıl	59	61,576	14,172		
	6-10 Yıl	7	65,429	9,467		
Algılanan Aile Desteği	0-1 Yıl	64	23,734	6,064	0,866	0,648
	1-5 Yıl	59	23,915	4,099		
	6-10 Yıl	7	24,571	3,047		
Algılanan Özel Kişi Desteği	0-1 Yıl	64	18,594	8,743	1,982	0,371
	1-5 Yıl	59	17,237	6,979		
	6-10 Yıl	7	18,000	6,831		
Algılanan Arkadaş Desteği	0-1 Yıl	64	21,172	6,936	0,969	0,616
	1-5 Yıl	59	20,424	6,856		
	6-10 Yıl	7	22,857	5,398		

Hasta yakınlarının algılanan sosyal destek toplam puanları ortalamalarının hastalık süresi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Hasta yakınlarının algılanan aile desteği puanları ortalamalarının hastalık süresi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Hasta yakınlarının algılanan özel kişi desteği puanları ortalamalarının hastalık süresi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Hasta yakınlarının algılanan arkadaş desteği puanları ortalamalarının hastalık süresi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla

yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Çizelge 3. 26: Umutsuzluk Ölçeği ile Hastalık Süresi Değişkeninin Karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	KW	p
Umutsuzluk	0-1 Yıl	64	5,969	4,758	0,679	0,712
	1-5 Yıl	59	5,898	4,092		
	6-10 Yıl	7	7,143	4,413		
Gelecek İle İlgili Duygular	0-1 Yıl	64	1,000	1,403	1,062	0,588
	1-5 Yıl	59	0,932	1,388		
	6-10 Yıl	7	1,429	1,397		
Motivasyon Kaybı	0-1 Yıl	64	2,281	2,097	0,975	0,614
	1-5 Yıl	59	2,593	2,102		
	6-10 Yıl	7	2,429	1,618		
Gelecek İle İlgili Beklentiler	0-1 Yıl	64	2,109	1,471	1,992	0,369
	1-5 Yıl	59	1,966	1,144		
	6-10 Yıl	7	2,857	1,464		

Hasta yakınlarının umutsuzluk puanları ortalamalarının hastalık süresi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Hasta yakınlarının gelecek ile ilgili duygular puanları ortalamalarının hastalık süresi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Hasta yakınlarının motivasyon kaybı puanları ortalamalarının hastalık süresi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Hasta yakınlarının gelecek ile ilgili beklentiler puanları ortalamalarının hastalık süresi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Çizelge 3. 27: Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Profesyonel Destek Alma İsteği Değişkeninin Karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	KW	p
Algılanan Sosyal Destek Toplam	Evet	26	58,231	18,762	2,541	0,281
	Hayır	78	64,705	14,522		
	Kararsızım	24	61,833	17,181		
Algılanan Aile Desteği	Evet	26	21,923	6,013	4,072	0,131
	Hayır	78	24,500	4,506		
	Kararsızım	24	23,708	5,684		
Algılanan Özel Kişi Desteği	Evet	26	17,462	7,726	0,350	0,840
	Hayır	78	18,295	7,901		
	Kararsızım	24	17,625	8,277		
Algılanan Arkadaş Desteği	Evet	26	18,846	7,604	3,539	0,170
	Hayır	78	21,910	6,182		
	Kararsızım	24	20,500	7,313		

Hasta yakınlarının algılanan sosyal destek toplam puanları ortalamalarının profesyonel destek alma isteği değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Hasta yakınlarının algılanan aile desteği puanları ortalamalarının profesyonel destek alma isteği değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Hasta yakınlarının algılanan özel kişi desteği puanları ortalamalarının profesyonel destek alma isteği değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Hasta yakınlarının algılanan arkadaş desteği puanları ortalamalarının profesyonel destek alma isteği değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Çizelge 3. 28: Umutsuzluk Ölçeği ile Profesyonel Destek Alma İsteği Değişkeninin Karşılaştırılması

		N	Ort	Ss	KW	p
Umutsuzluk	Evet	26	6,269	5,807	2,858	0,240
	Hayır	78	5,615	3,965		
	Kararsızım	24	7,167	4,229		
Gelecek İle İlgili Duygular	Evet	26	1,154	1,666	0,397	0,820
	Hayır	78	0,949	1,338		
	Kararsızım	24	1,042	1,301		
Motivasyon Kaybı	Evet	26	2,308	2,510	3,777	0,151
	Hayır	78	2,282	1,886		
	Kararsızım	24	3,083	2,145		
Gelecek İle İlgili Beklentiler	Evet	26	2,308	1,644	5,190	0,075
	Hayır	78	1,885	1,206		
	Kararsızım	24	2,542	1,318		

Hasta yakınlarının umutsuzluk puanları ortalamalarının profesyonel destek alma isteği değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Hasta yakınlarının gelecek ile ilgili duygular puanları ortalamalarının profesyonel destek alma isteği değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Hasta yakınlarının motivasyon kaybı puanları ortalamalarının profesyonel destek alma isteği değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Hasta yakınlarının gelecek ile ilgili beklentiler puanları ortalamalarının profesyonel destek alma isteği değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).



5. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1 Tartışma ve Sonuç

Bu bölümde kanser hastası yakınının algıladığı sosyal destek ile umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular tartışılmıştır.

Araştırmamıza katılan hasta yakınlarının algıladıkları sosyal destek puanı incelendiğinde, toplam puan yüksek bulunmuştur (Çizelge 3. 2). Bu da araştırmamıza katılan kanser hastası yakınlarının sosyal destek mekanizmalarının doğru çalıştığını göstermektedir. Algılanan sosyal destek ölçeğinin alt ölçekleri değerlendirildiğinde, hasta yakınlarının en çok ailelerinden destek aldıkları görülmektedir. Ancak özel bir kişi alt ölçeği daha az puan almıştır (Çizelge 3. 2).

Kanser hastası yakınlarının umutsuzluk ölçeğine verdikleri yanıtlar doğrultusunda elde edilen umutsuzluk puanı düşük çıkmıştır (Çizelge 3. 3.). Bu da hasta yakınlarımızın az miktarda umutsuzluk yaşadığını göstermektedir.

Araştırmamızın en önemli hipotezini oluşturan kanser hastası yakınlarının algıladığı sosyal destek ile umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Çizelge 3. 4). Araştırmamızda elde ettiğimiz verilere göre algılanan sosyal destek puanları arttıkça umutsuzluk puanları düşmektedir. Literatürde elde ettiğimiz sonucu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (Kızıler, 2007; Çelik, 2015)

Araştırmamıza katılan hasta yakınlarını yaş değişkenine göre incelediğimizde %37,7 ile 51 yaş ve üstünün çoğunlukta olduğunu görmekteyiz (Çizelge 3. 1.). Babaoğlu ve Öz'ün (2001) yaptığı çalışmada kanser hastası yakınlarının çoğunluğunu 45-54 yaş grubu oluşturmaktadır. Ancak yaş değişkenine göre kanser hastası yakınlarının algıladığı sosyal destek puanlarında anlamlı fark bulunmamıştır (Çizelge 3. 5.). 51 yaş ve üstü olan hasta yakınlarının umutsuzluk puanları yüksek bulunmuştur (Çizelge 3. 6). Kızıler (2007) kanser hastası çocuğu olan ebeveynlerle yaptığı

çalışmada, ebeveynlerin yaşının algıladığı sosyal destek ve umutsuzluk düzeyleri üzerine etkisi olmadığını bulmuştur.

Araştırmamıza katılan kanser hastası yakınlarını cinsiyet değişkenine göre incelediğimizde çoğunluğu %53,8 ile kadınların oluşturduğu görülmüştür (Çizelge 3. 1). Kanser hastasına bakım veren bireylerin daha çok kadınlardan oluştuğunu gösteren çalışmamızı destekleyen birçok araştırma literatürde bulunmaktadır (Altun ve ark., 1998, Yıldız ve ark., 2016). Hastaya bakım veren bireylerin cinsiyeti incelendiğinde kadın oranının yüksek olması geleneksel yaşantımıza bağlanmaktadır. Araştırmamızda kadın hasta yakını ile erkek hasta yakını arasında algıladığı sosyal desteğe göre farklılık saptanmamıştır (Çizelge 3. 7). Araştırmamız Pelit (2015) çalışmasıyla örtüşmektedir. Saunders (2003) yaptığı çalışmada kadınların sosyal destek algılarının daha açık olduğu ve erkeklerin daha fazla sosyal desteğe ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir. Ancak araştırmamızda cinsiyet farkının önemi olmadan kanser hastası yakınlarının sosyal desteğe ihtiyaç duyduğu bulunmuştur. Umutsuzluk düzeylerine baktığımızda erkek hasta yakınlarının kadın hasta yakınlarından daha fazla umutsuzluk yaşadığı görülmüştür (Çizelge 3. 8). Kızıler (2007) de yaptığı çalışmada erkek hasta yakınlarının daha fazla umutsuzluk yaşadığını belirtmiştir. Ancak literatürde yapılan birçok araştırmada cinsiyetler arasında bir fark olmadığı belirtilmektedir (Aslan ve ark., 2007; Özer ve Tezer, 2008; Dökmen, 2010; Tarhan, 2012; Subaşı ve ark., 2016). Literatürde olumsuz duygular ve cinsiyet konusunda farklı sonuçlar bulunmaktadır (Dökmen, 2010).

Araştırmamıza katkıda bulunan bireylerin medeni durumu incelendiğinde kanser hastası yakınlarının çoğunluğunu %76,2 ile evliler oluşturmaktadır (Çizelge 3. 1). Çalışmamızda elde ettiğimiz verilere göre medeni durumun algılanan sosyal destek ve umutsuzluk puanlarına herhangi bir etkisi bulunmaktadır (Çizelge 3. 9, Çizelge 3. 10). Araştırmamız bu sonucuyla Kızıler (2007) ve Pelit (2015)' in çalışmasıyla örtüşmektedir.

Araştırmamızı eğitim durumu değişkenine göre incelediğimizde çoğunluğu %49,2 ile ilköğretim mezunu oluşturmaktadır (Çizelge 3. 1). Ancak araştırmamızda eğitim durumunun algılanan sosyal destek ve umutsuzluk puanlarına bir etkisi olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Çizelge 3. 11, Çizelge 3. 12). Kızıler (2007) yaptığı araştırmada eğitim durumunun algılanan sosyal destek puanlarına anlamlı bir etkisi olmadığını belirtmiştir. Subaşı ve arkadaşlarının (2016) umut üzerine yaptığı

araştırmada elde ettikleri eğitim durumu ile umut arasında anlamlı bir ilişki olmadığı yönündeki bulgu çalışmamızla örtüşmektedir.

Yaptığımız araştırmada çalışma durumu incelendiğinde, hasta yakınlarının %73,1'i çalışmamaktadır (izelge 3. 1). Babaoğlu ve öz (2001) n kanser hastası yakınlarıyla yaptığı çalışmada da hasta yakınlarının %61,2' sinin çalışmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmamızda alışan hasta yakınlarının çalışmayan hasta yakınlarına göre algıladıkları sosyal destek puanları yüksek çıkmıştır (izelge 3. 13). Araştırmamızda alışma durumu ile umutsuzluk leği arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (izelge 3. 14).

Araştırmamızı mesleki yönden incelediğimizde hasta yakınlarının çoğunluğunu ev hanımları (%36,1) oluşturmaktadır (izelge 3. 1). Araştırmamızda meslek değişkeni ile algılanan sosyal destek ve umutsuzluk ölçekleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (izelge 3. 15, izelge 3. 16).

Araştırmamıza katılan hasta yakınlarının çoğu İstanbul ilinde (%92,3) yaşamaktadır (izelge 3. 1). Araştırmamızda yaşadığı yer değişkeniyle algılanan sosyal destek ve umutsuzluk ölçekleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (izelge 3. 17, izelge 3. 18).

Araştırmamıza katkıda bulunan hasta yakınlarını çoğunluğunun aylık geliri %51,5 ile 1001- 2000 tl arasındaki gruptur (izelge 3. 1). Aylık gelir değişkeni ile algılanan sosyal destek leği arasındaki ilişki incelendiğinde aylık geliri 2001- 2999 tl arasında geliri olan bireylerin algıladıkları sosyal destek puanları daha yüksek çıkmıştır (izelge 3. 19). Kızıler (2007) ve Pelit (2015) yaptıkları araştırmada ekonomik düzey ile algılanan sosyal destek puanları arasında doğru orantılı bir ilişki olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızda aylık gelir ile umutsuzluk leği arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (izelge 3. 20). Ancak umutsuzluk leğinin alt leği olan gelecek ile duyguların puanları 500-1000 tl aylık geliri olan bireylerde daha yüksek çıkmıştır (izelge 3. 20). Bu durumda aylık geliri 500-1000 tl olan bireylerin gelecek ile ilgili kaygılarının daha yüksek çıktığını söyleyebiliriz. Literatüre baktığımızda yapılan bazı çalışmalar da aylık gelir ile umutsuzluk arasında anlamlı ilişki tespit etmemiştir (Guse ve Vermaak, 2011; Tarhan, 2012; Subaşı ve ark., 2016).

Araştırmamızı sigara kullanımında artış açısından incelediğimizde,21 hasta yakınının bakım vermeye başladığından itibaren sigara kullanımında artış olduğunu belirtmektedir (Çizelge 3. 1). Sigara kullanımı ile algılanan sosyal destek ve umutsuzluk ölçekleri arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (Çizelge 3. 21, Çizelge 3. 22).

Araştırmamıza katılan hasta yakınlarının %93'ü alkol kullanmamaktadır (Çizelge 3. 1). Alkol kullanan hasta yakınlarının hiçbiri bakım vermeye başladıktan itibaren alkol kullanımında artış yaşadığını belirtmemektedir. Bu nedenle de alkol kullanımı değişkeni, algılanan sosyal destek ve umutsuzluk açısından incelenmemiştir.

Hasta yakınları bakım verdikleri bireyin tıbbi tanısına göre incelendiğinde araştırmamıza daha çok kolon ca (%23,8) tanısı alan hastaların yakınları katılmıştır (Çizelge 3. 1). Hastasının tıbbi tanısı akciğer ca olan hasta yakınlarının algıladıkları sosyal destek düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Çizelge 3. 23). Kolon ca, meme ca, mide ca ve nazofarenks ca hastalarının yakınlarının umutsuzluk düzeyleri akciğer ca ve lenfoma hastalarının yakınlarının umutsuzluk düzeylerinden yüksek çıkmıştır (Çizelge 3. 24). Bu durum kanser çeşidinin getirdiği farklı yüklerle (örneğin; kolon ca hastalarının kolostomi kullanmaları, meme ca hastalarının beden imgelerinde değişikliklere yol açması gibi), hastalığın prognozuna bağlı olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamızda hasta yakınlarının bakım verdiği bireyin hastalık süresi incelendiğinde %49,2 oranıyla 0-1 yıl grubu çoğunluktadır (Çizelge 3. 1). Hastalık süresiyle algılanan sosyal destek ve umutsuzluk ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Çizelge 3. 25, Çizelge 3. 26). Ancak Palos ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada yirmi haftalık kemoterapi tedavi süresi arttıkça hasta yakınının psikolojik sıkıntılarının arttığı bulunmuştur. Öksüz ve arkadaşlarının (2013) yaptığı araştırmada da üç kür ve daha fazla kemoterapi alan hastanın bakım verenlerinin anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ancak Şahin ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada hastalık süresiyle umutsuzluk arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Hasta yakınlarının profesyonel destek alma isteğine bakıldığında çalışmamıza katılan hasta yakınlarının %60,9' u profesyonel destek almak istememektedir (Çizelge 3. 1). Hasta yakınlarının profesyonel destek alma isteği ile algılanan sosyal destek ve

umutsuzluk ölçekleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (Çizelge 3. 27, Çizelge 3. 28).

5.2 Öneriler

Araştırmamızda elde ettiğimiz bulgular sonucunda aşağıdaki öneriler sunulmuştur:

- Araştırmamızın bir bölge ve bir hastaneyi kapsamından dolayı bu çalışmanın eğitim ve araştırma hastanesi dışındaki koşulları farklı hastanelerde bakıma destek veren gruplarda yapılması önerilir.
- Araştırmamızın en önemli hipotezini oluşturan kanser hastası yakınlarının algıladığı sosyal destek ile umutsuzluk düzeyleri arasında ters orantılı bir ilişki olduğu, sosyal destek algısı yükseldikçe umutsuzluk düzeyinin düştüğü bulunmuştur. Bu durumda kanser hastası yakınlarının sosyal destek sistemleri incelenip bu sistemlerin doğru kullanımı konusunda hasta yakınlarına yardımcı olunabilir.
- Ayrıca araştırmamızda algılanan sosyal destek ölçeğinin alt ölçeği olan özel kişi desteğinde anlamlı sonuç bulunmaması, tedavi ekibinin ve danışmanların bu konuda daha fazla çaba sarf etmesi gerektiğini göstermiştir.
- Çalışmamızda 51 yaş ve üstü ile erkek hasta yakınlarının daha fazla umutsuzluk yaşadığı bulunmuş olup bu grupların umutsuzluk açısından daha fazla desteklenmesi ve sonraki araştırmalarda bu gruplara yönelik çalışmaların yapılması önerilir.
- Araştırmamızda çalışmayan ve aylık geliri düşük olan hasta yakınlarının algıladığı sosyal destek puanlarının düşük çıkması, ekonomik durumun sosyal destek algısına etki ettiğini göstermektedir ve bireyler bu konuda kurum ve kuruluşlara yönlendirilmelidir.
- Tıbbi tanıya göre elde ettiğimiz verilerin algılanan sosyal destek ve umutsuzluk açısından farklılıklar göstermesi sonraki çalışmalarda bu konunun daha fazla sorgulanması gerekliliğini gösterir.



KAYNAKÇA

- Abbey, J. G.** (2006). Hopelessness at The End of Life: The Utility Of The Hopelessness Scale With Terminally Ill Cancer Patients. *British Journal of Health Psychology*, 11:173–183.
- Adak, N. Ö.** (2002) *Sağlık Sosyolojisi Kadın ve Kentleşme*. Birey Yayıncılık İstanbul.
- Ağır, M.** (2007). *Üniversite Öğrencilerinin Bilişsel Çarpıtma Düzeyleri İle Problem Çözme Becerileri Ve Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişki*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul
- Akbayrak, N., İlhan, S., Ançel, G. ve Albayrak, A.** (2007). *Hemşirelik Bakım Planları*. Ankara. 19-21.
- Akın, D. , Ceyhan, E.** (2005). Resmi ve Özel Genel Lise Öğrencilerinin Ailelerinden, Arkadaşlarından ve Öğretmenlerinden Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri Açısından Kendini Kabul Düzeylerinin İncelenmesi. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(2): 15-18
- Akşahin, A. , Çolak, D. ve Altınbaş, M.**(2009). Kanserde Psikososyal Destek-Onkoloğun Rolü. *Ortadoğu Tıp Dergisi*.1 (1): 22-27.
- Altun, İ.** (1998). *Hasta Yakınlarının Bakım Verme Rolünde Zorlanma Durumları, I. Ulusal Evde Bakım Kongresi*. İstanbul, Türkiye. Kongre özet kitabı. 71-78.
- American Cancer Society (ACS)** (2014). *Colorectal Cancer Facts and Figures 2014-2016*. American Cancer Society, Inc., <http://www.cancer.org/acs/groups/content/documents/document/acspc-042280.pdf> (30.07.2016)
- Amling, C. , L.**(2001). Defining prostate specific antigen progression after radical prostatectomy: what is the most appropriate cut point? *The Journal of urology*. 165.4: 1146-1151.
- Aslan, Ö.**(2006).Kemoterapi Alan Kanser Hastalarına Verilen Eğitimin Kemoterapi Semptomlarına Etkisi. *C. Ü. Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi* 10: 15-28.
- Aslan, Ö., Kömürcü, Ş., Özet, K. ve Sekmen, A .** (2007). Kanserli Hastalarda Umut. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*.11 (2): 18-24.
- Ateşçi, F. Ç.**(2003).Kanser Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar ve İlişkili Etmenler.*Türk Psikiyatri Dergisi* 14: 145-152.
- Aydiner, A.**(2006).*Meme Kanseri Tanı -Tedavi -Takip, İstanbul Konsensüsü*. Nobel Tıp Kitap Evleri, http://www.adnanaydiner.com/pdf/meme_kanseri, (03.03.2017)

- Babaoğlu, E., Öz F.**(2003)Terminal Dönem Kanser hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal ve Sosyal Sorunları Arasındaki İlişki.*Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi.* 2: 24-33.
- Baider, L.** (2001). Psychological Intervention in Cancer Patients: A Randomised Study.*General Hospital Psychiatry.* 23: 272-277.
- Bayam, G., Okay, T., Dilbaz, N., Açıkgöz, Ç.** (2002). Sivil Savunma Birliği Çalışanlarında Kaygı, Umutsuzluk Ve Öğrenilmiş Güçlülük Düzeyleri Ve Posttravmatik Stres Bozukluğu Sıklığı.*Kriz Dergisi.* 10(1):1-9.
- Beck, A.T., Lester, D. and Trexler, M.** (1974). The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* (42): 861-874.
- Beck, A., Weishaar, M.E.** (1990). Suicide Risk Assessment And Prediction.*Crisis,* 11:22- 30.
- Bektaş, H. A.**(2005). *Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumlarının Değerlendirilmesi,* (Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği yayımlanmamış Doktora Tezi), Ankara
- Beser, N., Öz, F.** (2003). Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.*7(1):47-58.
- Boyle, P. and Levin, B.** (2008). *World cancer report 2008.* IARC Press, International Agency for Research on Cancer.
- Bulut, I.**(1990). *Aile Değerlendirme Ölçeği El Kitabı,* Ankara.
- Canatan, K.** (2009). Avrupa Toplumlarında Çok kültürcülük: Sosyolojik Bir Yaklaşım. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi.* 2(6): 80-96.
- Ceylan, M. E.** (2001). *Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri,* Sizofreni Cilt I, 2.
- Cimprich, B.** (1999). Prethreatment Symptom Distress in Women Newly Diagnosed with Breast Cancer. *Cancer Nursing.* 22(3): 185-194.
- Cohen, S. and Wills, T. A.** (1985). Stress, Social Support, and The Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin.* 98 (2): 310-357.
- Çakır, Y. ve Palabıyıköglü R.**(1997). Gençlerde Sosyal Destek- Çok Boyutlu Algılanan sosyal Destek Ölçeğinin Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması.*Kriz Dergisi.* 5.1: 15-24.
- Çelik, M.**(2015). *İmlante Edilebilen Kardiyoverter Defibrilatör (ICD) Hastalarında Algılanan Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeyleri.*İstanbul Sağlık Bilimleri Enstitüsü,İstanbul.
- Çelikel, F.Ç. ve Erkorkmaz, Ü.** (2008). Üniversite Öğrencilerinde Depresif Belirtiler ve Umutsuzluk Düzeyleri ile İlişkili Etmenler.*Nöropsikiyatri Arşivi,* 45: 122-129
- Çetingöz, R., Kentli, S., Uruk, Ö., Demirtaş, E., Eyiler, F., Kınay, M.** (2002). Turkish People's Knowledge of Cancer and Attitudes Toward Prevention and Treatment. *Journal of Cancer Education.*17: 55-58.

- Dansuk, R. , Ağargün, M. , Kars, B. , Ağargün H. P. , Turan C. , Ünal O. (2002)** Jinekolojik Kanserli Hastaların Psikososyal Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst.* 12: 142-147.
- Dilbaz, N. ve Seber, G. (1993).** Umutsuzluk Kavramı: Depresyon ve İntiharda Önemi. *Kriz Dergisi.* 1: 134-138.
- Dinçer M. (2000).** *Kanserden Korunma. Klinik Onkoloji. İÜ Onkoloji Enstitüsü Yayınları:*06, İstanbul: 59-62.
- Doğan, O. S. (2001).** *Zihin Özürlü Çocuklara Adı Söylenen Mesleğe Ait Resmi Seçme Becerisinin Öğretiminde Eşzamanlı İpucuyla Öğretimin Etkililiği.* Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.
- Dökmen, Y. Z. (2010).** *Toplumsal Cinsiyet: Sosyal Psikolojik Açıklamalar.* Remzi Kitabevi, İstanbul.
- Durak, A. , Palabıyıkoglu, R. (1994).** Beck Umutsuzluk Ölçeği Geçerlilik Çalışması. *Kriz Dergisi.* 2(2): 311-319.
- Durak, A. (1994).** Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi.*9(3): 1-11
- DSÖ -World Health Organization, (1948).** *Official Record,* Geneve, 2.
- DSÖ-World Health Organization, (1981).** *Global Strategy for Health for All By The Year 2000,* Geneva: 19-29
- DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü), (2008).***Uluslar Arası Kanser Araştırma Kurulu,* Dünya Kanser Raporu:1-105, <http://www.who.int/gho/countries/tur.pdf?ua=1>. (26.02.2017)
- Eker, D. ve Arkar, H.(1995).**Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği [Factorial Structure, Validity, and Reliability of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support]. *Türk Psikoloji Dergisi.* 34: 17-25.
- Eker, D., Arkar, H. ve Yaldız, H. (2001).** Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 12(1): 17-25.
- Elbi, H. (2001)** Kanser ve Depresyon. *Psikiyatri Dünyası.* 5:5-10.
- Eliüşük, A.(2008).** *Şizofreni Hastası Olan Ailelerin Algılanan Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi.*Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Erdem, N., Karabulutlu, E., Okanlı, A.,Tan, M. (2004).** Hemodiyaliz Hastalarında Umutsuzluk ve Yaşam Doyumu. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi,* 10-14.
- Erhan, G. G. (2005).** *Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Umutsuzluk, Karamsarlık, Sosyal Destek Algularının ve Gelecek Planlarının İncelenmesi.* Yüksek lisans tezi. Ankara Üniversitesi.
- Eylen, B.(2001).** *Bilgi Verici Danışmanlığın Kanser Hastalarının Ailelerinin Sosyal Destek Becerileri Üzerine Etkisi.*Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı. Yayınlanmamış Doktora tezi Ankara.

- Fadıloğlu, Ç.** (2003). *Kanser ve Bakımı, II. Ege Dahili Tıp Günleri Kronik Hastalıklarda Bakım II Kitabı*, İzmir: 83-128.
- Fadıloğlu, Ç.** (2006). *Kanser Bakımında Aile, Kanserde Evde Bakım, E.Ü. Kanserle Savaş Uygulama ve Araştırma Merkezi*: 90-103.
- Fidaner C.**(2007) *Kanserde Erken Yakalama Erken Tanı Ve Taramalar*, İzmir: 319-331, <http://ukdk.org/pdf/kitap/26.pdf>
- Folkman, S.** (2010). Stres, Coping and Hope. *Psycho-Oncology*, 19: 901-908.
- Geçtan, E.**(2003). *Psikodinamik, Psikiyatri ve Normal Davranışlar*, Metis Yayınları, İstanbul.
- Guse, T., Vermaak, Y.** (2011). Hope, Psychosocial Well-Being And Socioeconomic Status Among A Group Of South African Adolescents. *Journal of Psychology in Africa*,21 (4): 527-533.
- Güleç, G., Büyükkınacı, A.** (2011). Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2): 343-367.
- Güler, B.K.** (2005). İşsizlik Ve Yarattığı Psiko-Sosyal Sorunların Öğrenilmiş Çaresizlik Bağlamında İncelenmesi. *İktisat Fakültesi Mecmuası*, (Prof. Dr. Toker Dereliye Armağan Özel Sayısı), Cilt: 55, Sayı: 1: 373-393
- Gültekin, Z., Pınar, G., Pınar, T., Kızıltan, G., Doğan, N., Algier, L., Bulut, I. ve Özyılkan, Ö.** (2008). Akciğer Kanserli Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Sağlık Bakım Hizmet Beklentileri. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*. 2(18): 99-106.
- Güngör, K., C., H.**(2006). *Coğrafi Bilgi Sistemi Yardımıyla Kanser Haritaları Üretimi Ve Konya Örneği*, (Selçuk Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Konya.
- Haydaroğlu, A., Bölükbaşı ,Y., Öz saran, Z.** (2007). Ege Üniversitesinde Kanser Kayıt Analizleri: 34134 Olgunun Değerlendirilmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*; 22 (1): 22-8.
- Iconomou,G. , Vagenakis, A. G. , Kalofonos, H. P.** (2001) The İnformational Needs, Satisfaction with Communication, and Psychological Status of Primary Caregivers of Cancer Patients Receiving Chemotherapy. *Support Care Cancer*, 9(8):591–596.
- Jemal, A. , Siegel, R. , Ward, E. , Hao, Y. , Xu, J. , Murray, T.**(2008). Cancer Statistics. *CA Cancer J Clin*.58(2):71-96.
- Karagözoğlu, Ş., Kahve, E., Koç, Ö. , Adamişoğlu, D.** (2008), Self Esteem and Assertiveness of Final Year Turkish University Students, *Nurse Education Today*, 28: 641–649
- Kaner, S.**(2004).Engelli Çocukları Olan Ana Babaların Algıladıkları Stres, Sosyal Destek ve Yaşam Doyumlarının İncelenmesi.Final Report of Scientific Research Project, Ankara: Ankara University
- Kay, B.** (2002). Zihinsel Engelli ve Engelli Olmayan Çocuğa Sahip Anne ve Babaların Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri.Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Özel Eğitim Anabilim Dalı, Ankara.

- Kaymakçioğlu, Ç.** (2001). Effects of Perceived Stres and Social Support, Expectancies and Coping Style on Depression and Anxiety. Boğaziçi Üniversitesi: Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Kazak, A. E. ve Marvin, R. S.** (1984). Differences, Difficulties and Adaptation: Stress and Social Networks in Families with a Handicapped Child. *Family Relations*: 67-77.
- Kızılcı, S.** (1999). Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *C. Ü. Hemşirelik Yükokulu Dergisi*, 3 (2): 18-26.
- Kızılcelik, S.** (1996). Türkiye'nin Sağlık Sistemi, Saray Kitabevi, İzmir.
- Kızılar, E.**(2007).Kanserli Çocuğu Olan Ailelerin Sosyal Destek Algısı, Umutsuzluk ve Baş Etme Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Kozaklı, H.**(2006)."Üniversite Öğrencilerinde Yalnızlık ve Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin Karşılaştırılması." Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin.
- Krauss, M. W., Marsha, M. , Seltzer and Stanley J. Goodman.**(1992).Social Support Networks of Adults with Mental Retardation Who Live at Home. *American Journal on Mental Retardation*
- Kumcağız, H.** (2007). Grupla Psikolojik Danışmanın Diyabet Hastalarının Umutsuzluk Düzeyine Etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Samsun.
- Kutluk T.**(1992). *Kanser Konusunda Genel Bilgiler*. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara: 25-31, http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/kanser_konusunda_genel_bilgiler. (02.02.2017)
- Kutluk, T. ve Kars, A.** (1994). *Kanser Konusunda Genel Bilgiler*. Ankara: Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Yayınları.
- Kutluk, T. ve Kars, A.**(1998). *Kanser Konusunda Genel Bilgiler*. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Daire Başkanlığı, Ankara.
- Lavender, A. , Watkins, E.** (2004). Rumination And Future Thinking In Depression. *British Journal of Clinical Psychology*,43:129–142.
- Longman, A.J. ve diğ.** (1992). Care Needs of Home Based Cancer Patients and Their Caregivers. *Cancer Nursing*.15(3): 182-190.
- MacLeod, A. K. , Tata, P. , Tyrer, P. , Schmidt, U. , Davidson, K. , Thompson, S.**(2005). Hopelessness and Positive and Negative Future Thinking in Parasuicide. *British Journal of Clinical Psychology*, 44:495–504.
- McQuellon, R.P., Thaler, H. T., Cella, D., Moore, D.H.** (2006). Quality of Life Outcomes from a Randomized Trial of Cisplatin Versus Cisplatin Plus Paclitaxel in Advanced Cervical Cancer: A Gynecologic Oncology Group Study. *Gynecology Oncology*, 101(2):296-304.
- Melges. F. T.** (1969). Types of Hopelessness in Psychological Process. *Archives of General Psychiatry*, 20: 690-699.

- O'connor, R. C. , Connery, H., Cheyne, W. M.** (2000). Hopelessness: The Role of Depression, Future Directed Thinking and Cognitive Vulnerability.*Psychology, Health and Medicine*, 5(2):155-161.
- O'Connor, R.C., O'Connor, D.B., O'Connor, S.M., Swallow, J., Miles, J.** (2004). Hopelessness, Stres and Perfectionism: The Moderating Effects Of Future Thinking.*Cognition and Emotion*, 18(8):1099-1120.
- Öksüz, E. , Barış, N. , Arslan, F. , Ateş,M. , A.** (2013). Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Psikiyatrik Semptom Düzeyleri ve Bakım Yükleri. *Anatol J Clin Investig.* 7(1):24-30.
- Öz, F.** (1998). Ailede Kanser Olgusu. *Hemşirelik Forumu.* 5(1):206.
- Öz, F.** (2001). Hastalık Yaşantısında Belirsizlik.*Türk Psikiyatri Dergisi.* 12(1):61-68.
- Özcan, S.** (1993). *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon- Liyezon Psikiyatrisi* İstanbul: 59-71.
- Özer, B.U., Tezer, E.** (2008). Umut ve Olumlu – Olumsuz Duygular Arasındaki İlişkiler. *Dokuz Eylül Fakültesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, 23: 81-86.
- Özkan, S.** (2000). *Psikiyatrik ve Psikososyal Açıdan Kanser.* İstanbul: İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri ABD Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı: 140-153.
- Özkan, S.** (2002).*Zihinsel Engelli ve Normal Çocuğa Sahip Annelerin Algıladıkları Sosyal Destek ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi.*Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Özkan, S.** (2007). *Psiko-Onkoloji.* İstanbul: Form Reklam Hizmetleri.
- Özkara, Y.** (2006). *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama,* Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Antalya.
- Öztek, Z.**(2001). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri. *Yeni Türkiye*, 7(39): 60-64.
- Özyılkan, Ö. , Karaağaoğlu, E. , Topeli, E.** (1995). A questionnaire for the assessment of quality of life in cancer patients in Turkey.*Mater Med Pol*, 27:153-156.
- Palos, G.R. , Mendoza, T.R. , Liao, K. P. , Anderson, K. O. , Garcia-Gonzalez, A., Hahn, K.** (2010). Caregiver symptom burden: the risk of caring for an underserved patient with advanced cancer. *Cancer*, 117(5): 1070-1079.
- Pearson, J. , E.** (1986). The Definition and Measurement of Social Support.*Journal of Counseling & Development*, 64(6): 390-395.
- Pelletier, L. G. , Fortier, M. S. , Vallerant, R. J. , Tuson, K. M. , Briere, N. M. and Blais, M. R.** (1995). Toward A New Measure Of Intrinsic Motivation, Extrinsic Motivation And Amotivation In Sport: The Sport Motivation Scale (SMS). *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 17(2): 35-53.
- Pelit, S.**(2015). “Jinekolojik Kanserli Hastanın Hastanede Bakımına Destek Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyinin Belirlenmesi.” Gazi Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı.

- Polat, Ü.**(2011). İleri Evre Kanser Hastalarında Semptom Yönetiminde Bakım Veren Roller ve Destek Gereksinimleri. *Türk Onkoloji Dergisi*, 26.4: 193-198.
- Sadırlı, S. K.**(2009). Kanserli Hastalarda Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ):Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*,Elazığ, Cilt:4, Sayı:11, 80-92,http://web.firat.edu.tr/shmyo/edergi/cilt4dorsayionbir/7995%20kurtsadirliv_ark(18.02.2017)
- Saunders, J. C.**(2003). Families living with severe mental illness: A literature review. *Issues in mental health nursing*, 24.2: 175-198.
- Savcı, A. B.**(2006).Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesini ve Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.
- Seber, G., Dilbaz, N., Kaptanoğlu, C., Tekin, D.** (1993). “Umutsuzluk Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenirliği”, *Kriz Dergisi*, 1(3): 139-142.
- Somunoğlu, S.**(2007). Meme Kanserinde Risk Faktörleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(5): 5-8.
- Subaşı, H. , Güzin, H. , Yıldız, N. ve Tekin, S.**(2016)."Kanser Hastalarının Bakımıyla İlgilenen Yakınlarının Umut Düzeylerinin İncelenmesi." *Journal of Turkish Educational Sciences*: 14(2): 109-129.
- Şahin, A.** (2002). İlahiyat Fakültesi Öğrencilerinin Umutsuzluk Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma. *Selçuk Üniversitesi İlahiyat Dergisi*, 13: 143-157.
- Şahin, N. H. , Basım, H.N. , Çetin, F.** (2009). Kişilerarası Çatışma Çözme Yaklaşımlarında Kendilik Algısı ve Kontrol Odağı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(2):153-163.
- Şahin, Z. A. , Polat, H. ve Ergüney, S.**(2009).Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 12.2: 5-11.
- Tabar,L. , Yen, M. F. , Vitak, B. , Tony, Chen, H. H. , Smith, R. A. , Duffy, S.W.**(2003). Mammography service screening and mortality in breast cancer patients: 20-year follow-up before and after introduction of screening. *Lancet*. 26.361(9367):1405-1410.
- Tarhan, S.** (2012). *Umudun Özyeterlik, Algılanan Destek ve Kişilik Özelliklerinden Yordanması* (Yayımlanmamış doktora tezi). Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Taş, F., Aydın, A.** (2000). Kanser Nedenleri, Sigara ve Kanser İlişkisi, Diyet ve Kanser.*Klinik Onkoloji*. 54-58.
- Tuncay, T.** (2009). Genç Kanser Hastalarının Hastalık Anlatılarının Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 20 (2): 69-87
- Tuncay, T.** (2010). Kanserle BaşEtmede Destek Grupları. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*. 21(1): 59-71.
- Tuncer, A.M.** (2007). Kanser Ülkemiz ve Dünyada Önemi, Hastalık Yükü ve Kanser Kontrol Politikaları. *Türkiye’de Kanser Kontrolü*. Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı Yayınları No: 707.

- Turgay, A.S., Sarı, D., Türkistanlı E. Ç.** (2004). Knowledge, Attitudes, Risk Factors, and Early Detection of Cancer Relevant to the Schoolteachers in İzmir, Turkey. *Preventive Medicine*, 40: 636-641.
- TBMM.**(2010).*Kanser Hastalığı Konusunun Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan,10/348,551,666,667,668-Esas numaralı Meclis Araştırması Komisyonu Raporu*,22, <http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss648>, (02.03.2017)
- Uyar, M., Uslu, R. ve Kuzeyli- Yıldırım, Y.** (2006). Cancer, and palliative care. *İzmir: Meta Printing Services*: 29-45.
- Tanç, S.** (1999). *Benlik Değeri, Umutsuzluk ve Kariyer Beklentileri*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Winawer, S. , Fletcher, R. , Rex, D. , Bond, J. , Burt, R. , Ferrucci, J.** (2003). Colorectal Cancer Screening and Surveillance: Clinical Guidelines and Rationale-Update Based on New Evidence. *Gastroenterology*. 124(2):544-60.
- Yamazhan, T. ve Tunçel, M.** (2003). Bakteri-Kanser İlişkisi. *İnfeksiyon Dergisi*, 17 (1): 117-121.
- Yang B., Clum, G.A.**(1994).Life Stress, Social Support And Problem Solving Skills Predictive Of Depressive Symptoms, Hopelessness And Suicide İdeation In An Asian Student Population: A Test Of Model.*Suicide and Life Threatening Behavior*, 24(2):127-139.
- Yerlikaya, İ.**(2006). *Bilişisel-Davranışçı Yaklaşım Ve Hobi Terapiye Dayalı “Umut Eğitimi Programlarının İlköğretim Öğrencilerinin Umutsuzluk Düzeyine Etkisi*.Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Yeter K.**(2006). *Kemoterapi Alan Hastalara Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi*.(Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) , Eskişehir.
- Yıldırım, S.** (1995) Hacettepe Üniversitesinde Stres Tiplerine ilişkin Betimleyici Bir Araştırma. *Hacettepe Üniversitesi İB.F Dergisi*:132-183.
- Yıldırım, İ.** (1997). Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Geliştirilmesi, Güvenirliliği ve Geçerliliği. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13(13): 81-87
- Yıldırım, İ.** (1998). Akademik Başarı Düzeyleri Farklı Olan Lise Öğrencilerinin Sosyal Destek Düzeyleri. *Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2 (9): 33-38.
- Yıldırım, İ.** (2006). Akademik Başarının Yordayıcısı Olarak Gündelik Sıkıntılar ve Sosyal Destek. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 30(30): 258-267.
- Yıldız, E. , Dedeli, Ö. ve Pakyüz, S. Ç.**(2016).Kanser Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi.*Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 13 (3): 216-225.

EKLER

Gönüllü bilgilendirme ve olur formu

Değerli Katılımcı;

Bu çalışma, ‘Ayaktan kemoterapi servisinde tedavi gören hastaların yakınlarının algıladıkları sosyal destek ile umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi’ konulu Yüksek Lisans Tezi için bilgi toplamayı amaçlayan bir çalışmadır. Araştırma, ayaktan kemoterapi servisine başvuran hastaların yakınlarının umutsuzluk düzeylerinin algıladıkları sosyal destekle ilişkisinin tespit edilmesi ve değerlendirilmesi amacı ile planlanmıştır. Onkoloji hastaları hastalığın tanısı ve tedavisi sırasında çok sayıda tıbbi, ruhsal ve sosyal sorunlar yaşamaktadır. Tanı ve tedavi sırasında hastasının yanında olan ve ona destek sağlayan hasta yakınının bu hastalıkla birlikte yaşamı değişmektedir. Hasta yakınının bu durumdan ne derece etkilendiği ve bunun üzerinden nasıl kalktığını anlamamıza yarayacak bu anket, yapacağımız tezle birlikte aile olgusunun devamı için biz çalışmacıların neler yapmamız gerektiği konularında bize yardımcı olacaktır.

Araştırmanın yürütülmesine yardımcı olmak için, size yapılan açıklamanın ardından 10-15 dakikalık bir zaman diliminde, diğer sayfalarda mevcut olan “sosyodemografik bilgi formu” , “umutsuzluk düzeyi ölçeği” ve “ çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği” sorularını cevaplandırmanızı rica eder, desteğiniz için teşekkür ederim.

Bu çalışmadan elde edilecek bilgilerin ve çıkartılacak sonuçların güvenilirliği, anketteki her maddeyi cevaplandırmada göstereceğiniz dikkat ve samimiyete bağlıdır. Çalışma için verdiğiniz bilgiler gizli kalacak ve bu araştırma dışında kullanılmayacaktır.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarda söz konusu Klinik Araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllü Adı-soyadı, İmzası

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

1. Yaşınız? (Bitirilmiş yaş yazılacak)

2. Cinsiyetiniz?

a) Kadın b) Erkek

3. Medeni durumunuz?

a)Evlı b) Bekar c)Boşanmış d) Eşi ölmüş

4. Eğitim durumunuz?

a) Okuma yazma bilmiyor b) Okur-yazar c) İlköğretim mezunu d) Lise mezunu

e) Üniversite mezunu

5. Çalışıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

-Evet ise gelir elde ettiğiniz işiniz nedir?

6. Nerede yaşıyorsunuz?

a) İstanbul ili

b) İstanbul dışı İli, ilçesi,köyü

7. Ailenizin aylık toplam geliri ne kadar?

8.Sigara kullanıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

- Evet ise bakım vermeye başladığınızdan itibaren sigara kullanımınızda artış oldu mu?

9. Alkol kullanıyor musunuz?

a) Evet b)Hayır

Evet ise bakım vermeye başladığınızdan itibaren alkol kullanımınızda artış oldu mu?

10. Bakım verdiğiniz kişinin tıbbi tanısı nedir?

11. Bakım verdiğiniz kişi kaç yıldır bu hastalığa sahiptir?

12. Bu aşamada profesyonel (psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmetler uzmanı gibi) destek almak isteği duydunuz mu?

a)Evet b)Hayır c)Kararsızım

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 söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

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

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

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan
(örneğin; flört, nişanlı, 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, 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, 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 yardımcıyı 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

BECK UMUTSUZLUK ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki test 1974 tarihinde geliştirilmiş olup, 1991 yılında Seber tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Geleceğe yönelik olumsuz beklenti ye da düşünceleri içeren cümlelerden size uygun olanları evet ye da hayır olarak kodlayınız.

1- Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum

Evet----- hayır

2- Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.

Evet----- hayır

3- İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.

Evet----- hayır

4- Gelecek on yıl içinde hayatimin nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.

Evet----- hayır

5- Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.

Evet----- hayır

6- Benim için çok önemli konularda ileride basarili olacağımı umuyorum.

Evet----- hayır

7- Geleceğimi karanlık görüyorum.

Evet----- hayır

8- Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.

Evet----- hayır

9- İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiç bir neden yok.

Evet----- hayır

10- Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı

Evet----- hayır

11-Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor

Evet----- hayır

12-Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum

Evet----- hayır

13-Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.

Evet----- hayır

14-İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.

Evet----- hayır

15-Geleceğe büyük inancım var.

Evet----- hayır

16-Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.

Evet----- hayır

17-Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.

Evet----- hayır

18-Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.

Evet----- hayır

19-Kotu günlerden çok , iyi günler bekliyorum.

Evet----- hayır

20-İstediğim her şeyi elde etmek için caba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.

Evet----- hayır

Evrak Tarih ve Sayısı: 26/04/2017-2543



T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Personel Daire Başkanlığı

Sayı : 54167746-044
Konu : Elif YILDIRIM'ın Anket İzni Hk.

İSTANBUL İLİ FATİH KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİNE

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Aile Danışmanlığı Ana Bilim Dalı Aile Danışmanlığı Tezli Yüksek Lisans programı öğrencilerinden Y1416.010007 No'lu *Elif YILDIRIM*'ın, "*KANSER HASTASI YAKINLARININ ALGILADIĞI SOSYAL DESTEK İLE UMUTSUZLUK DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ*" adlı tez çalışması gereği "*Sosyodemografik Bilgi Formu*", "*Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği*" ve "*BECK Umutsuzluk Ölçeği*" ile ilgili anketleri İstanbul ili Fatih Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliğine bağlı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ayakta Kemoterapi servisine uygulamak istemektedir.

Adı geçen Yüksek lisans öğrencisine yapacağı anket çalışmaları için izin verilmesini saygı ile arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Yadigar İZMİRLİ
Rektör

Ek:Anket İzin Dilekçesi ve Ekleri (18 sayfa)

Evrakı Doğrulamak İçin : <https://evrakdogrula.aydin.edu.tr/en/Vision.Dogrula/BelgeDogrulama.aspx?V=BENNAFLO>

Adres:Beşyol Mah. İnönü Cad. No:38 Sefaköy , 34295 Küçükçekmece / İSTANBUL
Telefon:444 1 428
Elektronik Ağ:<http://www.aydin.edu.tr/>

Bilgi için: Merve KOLIÇAN
Unvanı: Uzman Yardımcısı



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır



T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 96354944-044-7475
Konu : Elif YILDIRIM Anketi Hk.

21/04/2017

REKTÖRLÜK MAKAMINA

Enstitümüz Y1416.010007 numaralı Aile Danışmanlığı Ana Bilim Dalı Aile Danışmanlığı Tezli Yüksek Lisans programı öğrencilerinden Elif YILDIRIM'ım "KANSER HASTASI YAKINLARININ ALGILADIĞI SOSYAL DESTEK İLE UMUTSUZLUK DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ" adlı tez çalışması gereği "Sosyodemografik Bilgi Formu", "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" ve "BECK Umutsuzluk Ölçeği" ile ilgili anketlerini İstanbul ili Fatih Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliğine bağlı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ayakta Kemoterapi servisine uygulamak istemektedir. İlgili öğrencinin anketleri için gerekli izin sağlanması hususunda gereğini arz ederim.

Doç. Dr. Aslı BAYSAL
Müdür

Ek:
1- Elif YILDIRIM (12 sayfa)
2- Etik Kurul Komisyon Başkanlığı (2017_07) Kararı Hk. (5 sayfa)



16.03.2017



T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
Anket İzin Dilekçesi


I. Öğrenci Bilgileri

Adı:	Sif	Anabilim Dalı:	Aile Danışmanlığı
Soyadı:	Yıldırım	Bilim Dalı:	Aile Danışmanlığı
Numarası:	Y.16.16.01007	Programı:	<input type="checkbox"/> Doktora <input checked="" type="checkbox"/> Yüksek Lisans
Danışmanı:	Nezhat Bilgin	Tarih:	16.03.17

II. Tez Bilgileri

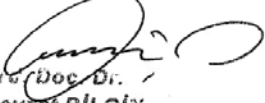
Tez Konusu:	Kanser hastası yakınlarının algıladığı sosyal destek ile internetlik dijital araçların ilişkisinin incelenmesi
Uygulanacak Anketler	Sosyodemografik Bilgi Formu, Beck internetlik algı ölçeği, Göt. Sağlık Algı Ölçeği, Sosyal Destek Ölçeği

Anketin Uygulanacağı Kişi veya Kurumlar: (Anket yapılacak yerler tek tek yazılmalıdır.)	
1	İstanbul Sağlık ve Araştırma Hastaneleri
2	Ayıkten Kanser Hastaları Servisi
3	8
4	9
5	10


Öğrencinin Adı-Soyadı
Sif Yıldırım

İmza
Tez Danışmanı Adı Soyadı


Uygundur
Anabilim Dalı Başkanı Adı Soyadı


Yrd. Doç. Dr.
Nezhat BİLGİN

gerekli
Uygundur
AB

Eki: 1 Adet Anket (Ölçek) Formu, 1 Adet Tez Önerisi.

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ	
GELEN EVRAK	
KAYIT TARİHİ	KAYIT NO
16.03.2017	101



T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ANKET BİLGİ FORMU

1) Öğrenci Bilgileri:

Adı Soyadı	Elif YILDIRIM	Anabilim Dalı	Aile Danışmanlığı
Öğrenci No:	Y1416.01007	Program	Aile Danışmanlığı
Danışmanı	Nevzat BİLGİN	Türü	<input type="checkbox"/> Doktora <input checked="" type="checkbox"/> Yüksek Lisans

2) Tez Bilgileri:

Tez Konusu:	Kanser hastası yakınlığının aile bilgi sosyal destek ile umutsuzluk düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi.
Uygulanacak Anketler:	Sosyal Anamnez Bilgi Formu Bazı Umutsuzluk Ölçeği Sok Bayatlı Alplılanan Sosyal Destek Ölçeği
Anketlerin Daha Önce Uygulandığı Çalışmalar	Özellikle Çocukları Olan Annelerin Alplılanan Sosyal Destek ile Umutsuzluk Düzeyi Arasındaki İlişki
Anketleri Daha Önce Uygulayan Kişi ya da Kurumdan İzin Belgesi Var mı?	
Anketlerin Uygulanacağı Kişi ya da Kurumlar	İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nevzat Kavutçuoğlu Servisi

İmza
Öğrencinin Adı-Soyadı
ELIF YILDIRIM
Elif

İmza
Tez Danışmanı Adı-Soyadı
Prof. Doç. Dr.
NEVZAT BİLGİN

Uygundur
Anabilim Dalı Başkanı
Adı-Soyadı

gereğini uygundur
AB



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

İstanbul İli Fatih Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

İSTANBUL İLİ FATİH BÖLGESİ KAMU HASTANELERİ
BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - İSTANBUL İLİ FATİH
BÖLGESİ KJİD'OS İDARİ HİZMETLER BAŞKANLIĞI
29/05/2017 15:29 - 70794255 - 604.02 - E 9191



Sayı : 70794255-604.02
Konu : Araştırma İzni (Elif YILDIRIM)

S.B.Ü.İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİNE

İlgi: 18/05/2017 tarihli ve 74839299-604.02-9011 sayılı yazınız.

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun 02/03/2016 tarih ve 798 sayılı yazısına istinaden; bilimsel araştırma, tez, anket vb. başvuruları incelemek, görüş bildirmek, uygun görülenler hakkında sağlık tesislerini bilgilendirmek ve çalışmaların başlatılmasını sağlamak amacıyla İdari Hizmetler Başkanlığımızda "Bilimsel Komisyon" Genel Sekreterlik Makamının 08/04/2016 tarih ve 4474 sayılı onayı ile oluşturulmuştur.

İlgi sayılı yazı ile İstanbul Aydın Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Aile Danışmanlığı Ana Bilim Dalı Aile Danışmanlığı Tezli Yüksek Lisans programı Y1416.010007 No'lu Elif YILDIRIM'ın Yrd.Doç.Dr.Nevzat BİLGİN danışmanlığında yapacağı "Kanser Hastası Yakınlarının Algıladığı Sosyal Destek İle Umutsuzluk Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasının Hastanemiz bünyesinde yapılmasının bilgi güvenliği ve bilimsel çalışmanın etikliği açısından uygun olduğu tarafımıza bildirilmiştir.

Genel Sekreterliğimiz Bilimsel Kurulu tarafından çalışma başvurusu ve ilgili dokümanlar incelenmiş olup, söz konusu çalışmanın başlatılması ve gerekli kolaylığın sağlanması hususunda;

Gereğini rica ederim.

Op.Dr. A.İbrahim ULUSOY
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

Seyitnizam Mh. Mevlana Cd. No:85 Zeytinburnu / İstanbul

Faks No:0(212)5229811

e-Posta:sureyya.gok@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Eğitim ve Arge Birimi

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 3f129571-a82c-4969-957d-9f585b34a807 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Süreyya GÖK

Unvan:FİRMA

Telefon No:0(212)5308311/1136

Evrak Tarih ve Sayısı: 26/04/2017-2575



T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Mütevelli Heyeti Başkanlığı

Sayı : 85830857-050.99
Konu : Etik Kurul Komisyon Başkanlığı (2017/07) Kararı Hk.

REKTÖRLÜK MAKAMINA

Etik Kurul Komisyon Başkanlığı'nın 06.04.2017 tarih ve 2017/ 07 sayılı kararı ekte bilgilerinize sunulmuştur.
Gereğini saygılarımla arz ederim

Prof. Dr. Ahmet Metin GER
Mütevelli Heyeti Başkanı Danışmanı

Ek:Etik Kurul Komisyon Başkanlığı Kararı (4 sayfa)

21/04/2017 Yönetici Asistanı

Derya KOÇYİĞİT

Adres:Beşyol Mah. İnönü Cad. No:38 Sefaköy , 34295 Küçükçekmece / İSTANBUL
Telefon:444 1 428
Elektronik Ağ:<http://www.aydin.edu.tr/>

Bilgi için: Derya KOÇYİĞİT
Unvanı: Yönetici Asistanı



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır



T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
ETİK KOMİSYON KARARI

Toplantı No : 2017/07
Tarih : 06.04.2017
Saat : 11.30

TOPLANTIYA KATILANLAR:

Prof. Dr. Ahmet Metin GER	Etik Komisyon Başkanı
Prof. Dr. Hasan SAYGIN	Üye
Prof. Dr. Şuayip KARAKAŞ	Üye
Prof. Dr. Ahmet Nizamettin AKTAY	Üye
Prof. Dr. Uğur TEKİN	Üye

GÜNDEM:

1. Etik Komisyon Başkanlığı'na iletilen dilekçelerin görüşülmesi.
2. Dilek ve öneriler.

KARARLAR:

1. Sosyal Bilimler Enstitüsü Y1312.040019 numaralı İşletme Anabilim Dalı İşletme Yönetimi Tezli Yüksek Lisans programı öğrencilerinden Afsana ABBASOVA'nın "ÇALIŞAN MOTİVASYONUNDA PERFORMANS DEĞERLENDİRİLMESİNİN ÖNEMİ: TÜRK TURİZM SEKTÖRÜ" adlı tez çalışması gereği Çalışanlarda Motivasyon Ölçeği" ve "Performans Değerlendirme Ölçeği" ile ilgili anketleri Berjer Hotel, Orka Royal Hotel, Yaşmak Sultan Hotel, Askoç Hotel, Sapphire Hotel, Sura Ayasofya Hotel, Taksim Star Hotel, Four Seasons Hotel Sultanahmet, Seven Hills Hotel ve Taksim Gonen Hotel'e uygulamasının **etik olarak uygun olduğuna** oybirliği ile karar verilmiştir.
2. Anadolu Bil Meslek Yüksekokulu Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı öğretim elemanlarından Yrd.Doç.Dr. Mustafa METE, "İş bulma kaygı ve umutsuzluk düzeyini belirlemeye yönelik bir anket çalışması" yapmayı, daha sonra bir devlet üniversitesinde yapılacak başka bir anket çalışması ile karşılaştırmayı hedefleyen araştırmaya yönelik anket sorularının uygulamasının **etik olarak uygun olduğuna** oybirliği ile karar verilmiştir.
3. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Y1416.010007 numaralı Aile Danışmanlığı Ana Bilim Dalı Aile Danışmanlığı Tezli Yüksek Lisans programı öğrencilerinden Elif YILDIRIM'ım "KANSER HASTASI YAKINLARININ ALGILADIĞI SOSYAL DESTEK İLE UMUTSUZLUK DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ" adlı tez çalışması gereği "Sosyodemografik Bilgi Formu", "Çok Boyutlu

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" ve "BECK Umutsuzluk Ölçeği" ile ilgili anketlerini İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesinde uygulamasının **etik olarak uygun olduğuna** oybirliği ile karar verilmiştir.

4. Sosyal Bilimler Enstitüsü Y1412.270003 numaralı Psikoloji Ana Bilim Dalı Psikoloji Tezli Yüksek Lisans programı öğrencilerinden Fatma Bilgehan KARAMAN'ın "OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARA İLETİŞİM KURARKEN İLERİ DÜZEY TEKNOLOJİLERİ KULLANMA BECERİSİ KAZANDIRMA" adlı tez çalışması gereği, "İçecek İsteğini Bildirme Veri Toplama Formu", "Yiyecek İsteğini Bildirme Veri Toplama Formu", "Tuvalet İsteğini Bildirme Veri Toplama Formu", "Uygulama Güvenilirliği Formu", ve "Özel Eğitim Öğretmenlerinin Görüşlerini Belirlemeye İlişkin Sosyal Geçerlilik Soru Formu" ile ilgili anketleri Tohum Türkiye Otizm Erken Tanı ve Eğitim Vakfı Özel Eğitim Okuluna ve Deniz Güngör'e (öğrenci) uygulamasının **etik olarak uygun olduğuna** oybirliği ile karar verilmiştir.

5. Sosyal Bilimler Enstitüsü Y1412.140001 numaralı Halkla İlişkiler ve Tanıtım Ana Bilim Dalı Halkla İlişkiler ve Tanıtım Tezli Yüksek Lisans programı öğrencilerinden Gül BAŞTOK ÖZKAN'ın "TÜRKİYE'DE TÜKETİM KÜLTÜRÜ ÇERÇEVESİNDE EVLİLİK RİTÜELLERİNİN YENİDEN ŞEKİLLENMESİ" adlı tez çalışması gereği "Mülakat" ile ilgili anketi "My Wedding By Celebration" ve "Marry Me Pretty" uygulamasının **etik olarak uygun olduğuna** oybirliği ile karar verilmiştir.

6. Sosyal Bilimler Enstitüsü Y1512.070014 numaralı Muhasebe ve Finans Yönetimi Anabilim Dalı Muhasebe ve Denetimi Tezli Yüksek Lisans programı öğrencilerinden Hameed Hussein Ali'nin "MUHASEBE BİLGİ SİSTEMİNİN KÜÇÜK VE ORTA BOY İŞLETMELER ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: IRAK-KÜRDİSTAN BÖLGESİNDE BİR ARAŞTIRMA" adlı tez çalışması gereği "Kobi Anketi" ile ilgili anketi Irak'taki Kobilere uygulamasının **etik olarak uygun olduğuna** oybirliği ile karar verilmiştir.

7. Sosyal Bilimler Enstitüsü Y1512.130062 numaralı İşletme İngilizce Ana Bilim Dalı İşletme Yönetimi İngilizce Tezli Yüksek Lisans programı öğrencilerinden HANEEN JA FAR KAMEL DWEK'in "THE ROLE OF EMOTIONS FOR EMPLOYEE SELECTION IN DECISION MAKING PROCESS: RESEARCH IN IAU" adlı tez çalışması gereği "Emotion Regulation Questionnaire", "Difficulties in Emotion Regulation Scale" ve "Personel and Professional Traits" ile ilgili anketleri İstanbul Aydın Üniversitesi İdari Personeline uygulamasının **etik olarak uygun olduğuna** oybirliği ile karar verilmiştir.

8. Sosyal Bilimler Enstitüsü Y1512.190013 numaralı İnsan Kaynakları Yönetimi Ana Bilim Dalı İnsan Kaynakları Yönetimi Tezli Yüksek Lisans programı öğrencilerinden Farida Jafarova'nın "X VE Y KUŞAĞI ÇALIŞANLARIN İŞ TATMİNİ DÜZEYİ İLE ÖRGÜTSEL BAĞLILIK ARASINDAKİ İLİŞKİ VE İŞTEN AYRILMA GEREKÇESİ FARKLILIKLARININ İNCELENMESİ: İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ YÜKSEK LİSANS ÖĞRENCİLERİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA" adlı tez çalışması gereği "Örgütsel Bağlılık", "İş Tatmini" ve "İşten Ayrılma Gerekçesi" ile ilgili anketleri İstanbul Aydın

2

Üniversitesi Lisans Öğrencilerine uygulamasının **etik olarak uygun olduğuna** oybirliği ile karar verilmiştir.

9. Sosyal Bilimler Enstitüsü Y1412.130043 numaralı İşletme Anabilim Dalı İşletme Yönetimi Tezli Yüksek Lisans programı öğrencilerinden Mohammed IRAQI HOUSSAINI'nın "THE USE OF MOBILE TRAVEL APPLICATIONS: A RESEARCH WITH TECHNOLOGY ACCEPTANCE MODEL" adlı tez çalışması gereği "Usefulness of Mobile Travel Applications" ile ilgili anketi mobil seyahat uygulamaları kullanan bireylere uygulamasının **etik olarak uygun olduğuna** oybirliği ile karar verilmiştir.

10. Sosyal Bilimler Enstitüsü Y1512.040049 numaralı İşletme Ana Bilim Dalı İşletme Yönetimi Tezli Yüksek Lisans programı öğrencilerinden Muhammed Talha Abdülkahir NARCI'nın "SOSYAL MEDYA PAZARLAMASININ TÜKETİCİ SATIN ALMA KARARI ÜZERİNE ETKİSİ: ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA" adlı tez çalışması gereği "Sosyal Medya Pazarlaması Algı Ölçeği" "Satın Alma Davranışı Ölçeği" "Satın Alma Sonrası Davranışı Ölçeği" ile ilgili anketleri "Lisans Öğrencilerine" uygulamasının **etik olarak uygun olduğuna** oybirliği ile karar verilmiştir.

11. Sosyal Bilimler Enstitüsü Y1412.190014 numaralı İnsan Kaynakları Yönetimi Ana Bilim Dalı İnsan Kaynakları Yönetimi Tezli Yüksek Lisans programı öğrencilerinden Sona-Khanım ALIZADA'nın "AKADEMİK PERSONELİN TÜKENMİŞLİK AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ VE İŞ DOYUMUNA YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA" adlı tez çalışması gereği "Minnesota Doyum Ölçeği" ve "Maslach Tükenmişlik Ölçeği" ile ilgili anketi İstanbul Aydın Üniversitesi Akademik Personele uygulamasının **etik olarak uygun olduğuna** oybirliği ile karar verilmiştir.

12. Sosyal Bilimler Enstitüsü Y1112.620023 numaralı İngiliz Dili ve Edebiyatı Anabilim Dalı İngiliz Dili ve Edebiyatı Lisans Sonrası Doktora programı öğrencilerinden Taj Bakhsh HOSSEINI'nin "SOCIO-CULTURAL FACTORS AFFECTING EFL LEARNERS' ANXIETY LEADING TO FAILURE IN A TURKISH SETTING" adlı tez çalışması gereği "Foreign Language Speaking Anxiety Quesitonaire" ile ilgili anketi İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul Biruni Üniversitesi ve İstanbul Bezmialem Vakıf Üniversitesi öğrencilerine uygulamasının **etik olarak uygun olduğuna** oybirliği ile karar verilmiştir.

13. Sosyal Bilimler Enstitüsü Y1412.260014 numaralı İlköğretim Anabilim Dalı İlköğretim Sınıf Öğretmenliği Tezli Yüksek Lisans programı öğrencilerinden Yurtsever YILMAZ'ın "OTİZM SPECTRUM BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARDA TABLET BİLGİSAYAR YOLUYLA SUNULAN ETKİNLİK ÇİZELGESİ İLE DOSYADAN SUNULAN ETKİNLİK ÇİZELGESİNİN ETKİNLİĞİNİN KARŞILAŞTIRILMASI" adlı tez çalışması gereği "Ellerini Yıkama Becerisi Takip Çizelgesi", "Giysi Giyme Becerisi Takip Çizelgesi", "Uçak Yapma ve Boyama Becerisi Takip Çizelgesi", "Evde Aile Gözlem Formları 1-2-3" ve "Öğretmen ve Veli Görüşme Soruları" ile ilgili soruları Burak DOĞMUŞ, Alper Yiğit YILMAZ, İlk Terapi Özel Eğitim Rehabilitasyon ve Psikolojik Danışmanlığa uygulamasının **etik olarak uygun olduğuna** oybirliği ile karar verilmiştir.

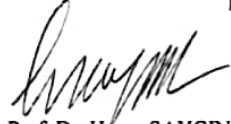
3

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır


15. Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü öğretim üyesi Prof. Dr. Nuran Kömürcü'nün hazırladığı 'HPV ve Güvenli Cinsel Yaşam Konusunda Üniversite Gençlerinin Bilgi ve Davranışlarına Akran Eğitiminin Etkisi' adlı bilimsel araştırma projesinde yer alan 'Hendrick cinsel tutum ölçeği'nin üniversitemiz Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bölümü 3. Sınıf öğrencilerine uygulamasının etik olarak uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

16. Dilek ve öneriler kapsamında görüşülecek konu olmadığından toplantıya son verildi.


Prof. Dr. Ahmet Metin GER
Komisyon Başkanı


Prof. Dr. Hasan SAYGIN
Üye


Prof. Dr. Şuayip KARAKAŞ
Üye


Prof. Dr. Ahmet Nizamettin AKTAY
Üye


Prof. Dr. Uğur TEKİN
Üye

ÖZGEÇMİŞ

ELİF YILDIRIM

Mesleği: Hemşire

Doğum Yeri: Malatya

Doğum Tarihi: 18/07/1990

Medeni Durum: Evli, 1 çocuk annesi

İŞ YERİ

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2013

EĞİTİM DURUMU

2008 - 2012: İnönü Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

2004 - 2008: Malatya Fatih Lisesi (Yabancı Dil Ağırlıklı)

2014 - 2017: İstanbul Aydın Üniversitesi Aile Danışmanlığı Yüksek Lisans Programı

YABANCI DİL

İngilizce: Orta seviyede

İLGİ ALANLARI

Gezi, kitap okuma, sinemaya gitme...