

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
İHH-2019-0006

**KANSERLİ HASTA VE BAKIM VERENLERİNİN
ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEK İLE UMUTSUZLUK
DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

Fatma GÜNDÜZ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL

AYDIN-2019

KABUL VE ONAY SAYFASI

TEŞEKKÜR

Danışmanım Sayın Doç. Dr. Raşsan evik Akyl'a tez çalışmasının her aşamasında değerli bilgi ve deneyimlerini paylaşarak bana sağladığı destek için teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana destek olan tüm hocalarıma,

Aydın Atatürk Devlet Hastanesi'nde çalışan tez sürecinde bana desteklerini eksik etmeyen birlikte çalıştığım ekip arkadaşlarıma,

Araştırmaya katılmayı kabul eden hasta ve bakım verenlere,

Bu sürece başlamamda beni cesaretlendiren Sultan Gündüz'e ve tez sürecinin tüm aşamalarında bana olan inancımı eksik etmeyen, tüm sıkıntılı anlarımda yanımda olan başta annem Hatice Gündüz ve abim Fahrettin Gündüz olmak üzere tüm aileme sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

Hayatımın her aşamasında bana destek olan, maddi ve manevi desteğini esirgemeyen, her zaman bana karşı sabırlı ve anlayışlı olan rahmetli babam Ali Gündüz'e çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	viii
TABLOLAR DİZİNİ.....	x
EKLER DİZİNİ.....	xi
ÖZET.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Kanserin Tanımı ve Önemi.....	4
2.2. Kanserin Epidemiyolojisi.....	5
2.3. Kanserin Etiyolojisi.....	5
2.3.1. Tütün.....	5
2.3.2. Enfeksiyon.....	6
2.3.3. Diyet, Vücut Kütlesi ve Fiziksel Aktivite.....	6
2.3.4. Ultraviyole Radyasyon.....	7
2.3.5. Üreme ve Hormonal Faktörler.....	8
2.3.6. Çevresel ve Mesleki Kirleticiler.....	8
2.3.7. İyonize Radyasyon.....	8
2.3.8. Genetik Faktörler.....	9
2.4. Kanserin Belirtileri.....	9

2.5. Kanserden Korunma.....	9
2.5.1. Birincil; Primer Korunma.....	9
2.5.2. İkincil; Sekonder Korunma.....	10
2.5.3. Üçüncül; Tersiyer Korunma.....	10
2.6. Kanserde Tanı.....	10
2.6.1. Öykü ve Fizik Muayene.....	10
2.6.2. Tam Kan Sayımı ve Biokimya.....	11
2.6.3. Tümör Belirteçleri.....	11
2.6.4. Sitolojik Çalışmalar ve Histopatolojik İncelemeler.....	11
2.6.5. Diğer Tanısal Çalışmalar.....	12
2.7. Kanserın Evrelendirilmesi.....	12
2.8. Kanserın Tedavisi.....	13
2.8.1. Cerrahi Tedavi.....	13
2.8.2. Radyoterapi.....	14
2.8.3. Kemoterapi.....	15
2.8.4. Kemik İliği Transplantasyonu.....	16
2.8.5. İmmünoterapi.....	17
2.8.6. Hormonoterapi.....	17
2.9. Kanser Hastalarında ve Bakım Verenlerinde Hemşirelik Yaklaşımı.....	17
2.10. Sosyal Destek.....	19
2.10.1. Sosyal Destek Çeşitleri.....	19
2.10.1.1. Yapısal Destek(Structural Support).....	19
2.10.1.2. Araçsal Destek (Functional Support).....	19

2.11. Umutsuzluk.....	20
2.12. Kanser Hastasında Sosyal Destek ve Umutsuzluk	22
2.13. Bakım Verende Sosyal Destek ve Umutsuzluk	23
3. GEREÇ VE YÖNTEM	26
3.1. Araştırmanın Tipi.....	26
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	26
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	26
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	27
3.4.1. Hastalar.....	27
3.4.2. Bakım Verenler.....	27
3.5. Veri Toplama Araçları.....	27
3.5.1. Hasta Bilgi Formu (Ek-1).....	28
3.5.2. Bakım Veren Bilgi Formu (Ek-2).....	28
3.5.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği(Ek-3).....	28
3.5.4. Beck Umutsuzluk Ölçeği (Ek-4).....	29
3.6. Verilerin Toplanması.....	30
3.7. Araştırmanın Değişkenleri.....	30
3.7.1. Bağımlı Değişkenler.....	30
3.7.2. Bağımsız Değişkenler.....	30
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	30
3.9. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği.....	31
3.10. Araştırmanın Etik Yönü.....	31
4. BULGULAR.....	32

4.1. Hasta ve Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	32
4.2. Hastaların Algılanan Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeyine İlişkin Bulgular.....	36
4.3. Bakım Verenlerin Algılanan Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeyine İlişkin Bulgular.....	44
4.4. Hastalarda ve Bakım Verenlerde Algılanan Sosyal Destek ile Umutsuzluk Düzeyleri İlişkisine ait Bulgular.....	53
5. TARTIŞMA.....	59
5.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Algılanan Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeyine İlişkin Bulgularının İncelenmesi.....	59
5.2. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri ve Bakım Verici Rolüne göre Algılanan Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeyine İlişkin Bulgularının İncelenmesi.....	65
5.3. Hastalarda ve Bakım Verenlerde Algılanan Sosyal Destek ile Umutsuzluk Düzeylerinin İlişkisine ait Bulguların İncelenmesi.....	72
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	74
KAYNAKLAR.....	76
EKLER.....	85
ÖZGEÇMİŞ.....	95

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

\bar{X}	: Ortalama (Mean)
ADH	: Anti Diüretik Hormon
AFP	: Alfa Feto Protein
AJCC	: American Joint Committee on Cancer
BRCA	: Breast Cancer Susceptibility
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
BUÖ	: Beck Umutsuzluk Ölçeği
CA	: Kanser
CEA	: Karsino Embriyonik Antijen
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DNA	: Deoksiribo Nükleik Asit
HBV	: Hepatit B Virüsü
HCG	: Human Chorionic Hormon
HCV	: Hepatit C Virüsü
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
HPV	: Human Papilloma Virus
KW	: Kruskal-Wallis
MLH1	: Human Mutl Humolog 1 geni
MÖ	: Milattan Önce
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
MW	: Mann Whitney U

NSE	: Nörona Özel Enolazı
PAP	: Prostat Asit Fosfataz
PSA	: Prostat Spesifik Antijen
PTH	: Paratiroid Hormon
r	: Korelasyon Katsayısı
RNA	: Ribo Nükleik Asit
S	: Sayı
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SS	: Standart Sapma
WHO	: World Health Organization
χ^2	:Ki Kare

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 2.7.1	Amerikan Kanser Ortak Komitesinin (AJCC) Sınıflandırma Sistemi	13
Tablo 4.1.1	Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine göre Dağılımı	32
Tablo 4.1.2	Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri ve Bakım Verici Rolüne göre Dağılımı	34
Tablo 4.2.1	Hastaların ÇBASDÖ ve BUÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı	36
Tablo 4.2.2	Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine göre ÇBASDÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	37
Tablo 4.2.3	Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine göre BUÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	41
Tablo 4.3.1	Bakım Verenlerin ÇBASDÖ ve BUÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı	44
Tablo 4.3.2	Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri ve Bakım Verici Rolüne göre ÇBASDÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	45
Tablo 4.3.3	Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri ve Bakım Verici Rolüne göre BUÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	49
Tablo 4.4.1	Hastalarda ÇBASDÖ ve BUÖ Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması	53
Tablo 4.4.2	Bakım Verenlerde ÇBASDÖ ve BUÖ Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması	56

EKLER DİZİNİ

EK-1	Hasta Bilgi Formu	85
EK-2	Bakım Veren Bilgi Formu	86
EK-3	Çok Boyutlu Algılan Sosyal Destek Ölçeği	88
EK-4	Beck Umutsuzluk Ölçeği	90
EK-5	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzin Formu	92
EK-6	Aydın Kamu Hastaneler Kurumu Genel Sekreterliği İzin Formu	93
EK-7	Ölçeklerin Türkçe Uyarlamasını Yapan Yazarlardan Alınan İzinler	94

ÖZET

KANSERLİ HASTA VE BAKIM VERENLERİNİN ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEK İLE UMUTSUZLUK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ

**Gündüz F. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları
Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2019**

Bu araştırma kanser hastası ve bakım verenlerinin algıladıkları sosyal destek ile umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır. Kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırma; Aydın Atatürk Devlet Hastanesi kemoterapi ünitesine ve medikal onkoloji kliniğine ayaktan ve yatarak kemoterapi almak için Ocak 2017- Mayıs 2018 tarihleri arasında başvuran, dahil edilme kriterlerine uyan ve gönüllü olan 247 hasta ve bakım veren ile yapılmıştır. Araştırmanın verileri hasta bilgi formu, bakım veren bilgi formu, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ve Beck umutsuzluk ölçeği ile toplanmıştır. Veriler tanımlayıcı istatistikler, Kruskal Wallis testi, Mann Whitney U testi ve korelasyon testi ile analiz edilmiştir. Araştırmada hastaların ve bakım verenlerin algılanan sosyal destek düzeyleri ile umutsuzluk düzeyleri arasında zayıf düzeyde, negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Hastaların gelir durumu ile algılanan sosyal destek düzeyi arasında; cinsiyet, gelir durumu ve yaşam şekli ile umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin gelir durumu ve yardımcı birisinin bulunma durumu ile algılanan sosyal destek düzeyi arasında; eğitim durumu, gelir durumu, hastaya yakınlık durumu, bakım süresi ve bakımda yardımcı birisi bulunma durumu değişkenleri ile umutsuzluk düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak; hastalarda ve bakım verenlerde algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça umutsuzluk düzeyi azalmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kanser, Hasta, Bakım Veren, Algılanan Sosyal Destek, Umutsuzluk

ABSTRACT

THE DETERMINATION OF RELATIONSHIP BETWEEN PERCEIVED SOCIAL SUPPORT AND THE LEVEL OF HOPELESSNESS IN CANCER PATIENTS AND THEIR CAREGIVERS

**Gündüz F. Adnan Menderes University of Health Science Institute of Medical Nursing
Master Thesis, Aydın, 2019**

The purpose of this study is to determine the relationship between level of perceived social support and level of hopelessness in both patient who has cancer and their caregivers. The study is a cross-sectional study. The study takes place in Aydın Atatürk State Hospital's chemotherapy unit and medical oncology clinic with 247 outpatients and inpatients cancer patients and caregiver who are applied, volunteer and suitable for the criterions of acceptance in between January 2017 and May 2018. All the datas collected through patient and caregiver information form, "Multidimensional Perceived Social Support Scale (MSPSS)" and Beck Hopelessness Scale. For the analyses of the datas, descriptive statistics, Kruskal Wallis Test, Mann Whitney U Test and corrolation analyses test were used. Results of this study show that there is a low level and negative relationship between perceived social support and level of hopelessness in both cancer patients and their caregivers. Significant differences were found in between several variables such as patients' economic status and perceived social support, gender and economic status and life style and level of hopelessness. There are significant differences in between caregivers' economic status and perceived social support, presence of another supporting agent and perceived social support. Also, significant differences in between caregivers' education state, economic status, degree of relatives, duration of care, presence of another supporting agent and the level of hopelessness were observed. Thus, when perceived social suport increase, level of hopelessness decrease in cancer patients and their caregivers.

Key Words: Cancer, Patient, Caregiver, Perceived Social Support, Hopelessness

1. GİRİŞ

Kanser, hücrelerin kontrol edilemez bir şekilde çoğalması olarak tanımlanan bir hastalıktır (Kutluk ve Kars, 2001). Dünyada ve ülkemizde yaygınlaşan bir sağlık sorunudur (Işıkhani, 2007). Dünya Sağlık Örgütü (2018), bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölüm nedenleri olarak birinci sırada 17,9 milyon kişi ile kardiyovasküler hastalıklar ikinci sırada ise 9 milyon kişi ile kanser olduğunu belirtmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu (2018), verilerine göre ölüm nedenleri arasında iyi ve kötü huylu tümörler %19,7 olarak ikinci sırada yer almaktadır ve kötü huylu tümörlere bağlı ölümlerin toplam sayısı 2018 yılında 81 bin 129 kişidir.

Kanserin tanı ve tedavisinde önemli ilerlemeler görülmesine rağmen tedavinin uzun sürmesi, pahalı olması, organ kayıpları ve hastalıkta yayılımlar görülebilmesi, bazı durumlarda da ölümle sonuçlanabilmesi nedeniyle hasta ve yakınlarında önemli psikososyal sorunlar görülmesine neden olmaktadır (Arıkan, 2000). Kanser tanısı konan hasta bir taraftan hastalığı anlamaya çalışırken diğer taraftan da anksiyete, korku, çaresizlik, depresyon, belirsizlik, umutsuzluk gibi duygular yaşayabilmektedir (Öz, 2010). Kanserin görülme sıklığının artış göstermesi ile kansere bağlı görülen fiziksel, psikolojik ve sosyoekonomik sorunlar nedeniyle bireylerin yaşam kaliteleri düşmektedir buna bağlı olarak da hastaların umut düzeyleri azalmaktadır (Kavradım ve Özer, 2014). Umut, bireyin beklenti hissi yaşamasına sebep olan ve harekete geçmesini sağlayan bir iç güçtür. İnsanlar, umut düzeylerini aynı düzeyde belli bir seviyeye kadar sürdürebilmektedir. Bu, tüm insanlarda olduğu gibi hastalarda da görülebilecek bir durumdur. Bu yüzden hastalar gereksinim duydukları yardımı almak için dış çevresindeki insanlara yönelmektedir ve yakınlarının onlara yardım etmesini beklemektedir (Öz, 2010).

Fadıloğlu ve ark (2006), meme kanseri tanısı konmuş hastaların umutsuzluk puanının “düşük” düzeyde olduğunu; başka bir meme kanseri araştırması ise umutsuzluk puanı ile sosyal destek puanı arasında ilişki olduğunu belirtmiştir (Öztunç ve ark, 2013).

Kanser hastası fizyolojik ve psikolojik acıyı bir arada yaşarken, hastanın tedavi süresince yanında çektiği sıkıntılara ve verdiği tepkilere karşı anlayışlı olan, sıkıntılarını paylaşan ve güven duyabileceği bir yakınının olması hastalıkla mücadele etmesine yarar sağlar (Işıkhani, 2007). Kanser hastalığının tedavisinin ağır ve uzun bir dönem sürmesi

nedeniyle hastaların ruh sağlıklarını korumak ve hastalıkla baş etmesini sağlamak için psikososyal destek sağlamak önemlidir (Ülger ve ark, 2014). Sosyal destek, kanser hastalarının tedaviden en iyi yararı görmelerinde ve hastalık süresince yaşadıkları psikososyal ve ekonomik sorunları azaltmalarında önemli bir yere sahiptir (Işıkhana, 2007). Kanser hastaları için sosyal destek yaşamlarını uzatabilecek kadar önemlidir (Eylen, 2002).

Çalışkan ve ark (2015) yaptıkları araştırmada, kanser tanısı konan hastalarda sosyal destek düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin yükselmekte olduğu bulunmuştur. Jinekolojik kanserli hastaların algıladıkları sosyal destek düzeylerinin hastaların eğitim seviyesi ve ekonomik durumunun artması ile beraber arttığı tespit edilmiştir (Ayaz ve ark, 2008).

Kanser hastalığının seyri genellikle sonucunda ölüm görülen akut bir hastalıktan, tedavisi uzun süren ve evde bakım gereksinimi olan kronik bir hastalığa doğru kaymıştır (Nijboer ve ark, 1998). Kanser sadece hastalık tanısı konan kişiyi değil bütün aileyi de fiziksel, duygusal ve sosyal olarak etkiler (Kim ve Given, 2008). Hem hasta birey hem de hastanın ailesi kanser tanısıyla birlikte fiziksel, duygusal ve sosyal olarak etkilenir (Erdoğan ve Yavuz, 2014). Kanser hastalığı uzun sürmesi, yaşamı tehdit etmesi, günlük yaşam düzenini değiştirmesi, işe ve sosyal yaşama devam edememe gibi durumlar nedeniyle aile bireylerinde kendine üzölme, hastası için kaygı, çaresizlik, umutsuzluk duyguları yaşama, depresif duygulanım ve yas tepkileri görölebilmesine neden olur. Kanser hastasına bakan aile üyelerinin de destek almaya gereksinimleri vardır (Terakye, 2011).

Tokem ve ark (2015) yaptıkları araştırmada, umutsuzluk düzeyi ile bakım verenlerin çaresiz yaklaşımları arasında pozitif bir ilişki olduğunu, umutsuzluk düzeyi ile bakım verenlerin problem odaklı başa çıkma stratejileri (iyimser yaklaşım ve sosyal destek arayışı) arasında ise negatif yönde bir ilişki olduğunu bulmuşlardır. Babaoğlu ve Öz'ün (2003), terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin yaşadıkları sorunları belirlemek amacıyla yaptıkları araştırmada, terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal yönde sorunlar yaşadıklarını ve bu iki sorunun da birbirini etkilediğini tespit etmişlerdir. Mystakidou ve ark (2007) yaptıkları araştırmada, kanser hastalarının bakım verenlerinin umutsuzluk düzeylerinin hastalarıyla ilişki durumuna bağlı değiştiğini bildirmişlerdir. Maheshwari Preksha ve Kaur'un (2016), kanser hastalarına bakım verenlerin sosyal destek ile bakım yükünün ilişkisini inceledikleri araştırmada ise; kardeşlik ilişkilerine önem veren ve yeterli yardım alan bakım verenlerin sosyal desteğinin yüksek olduğunu bulmuşlardır.

Hemşirelerin, hastalar gelecekle ilgili belirsizlik yaşadıklarında, onların hastalık ve tedaviyle ilgili sorunlarında, tedavi uyumu ve devamlılığında etkili baş etmesini sağlayabilmesi için umudu desteklemede önem rolleri vardır (Kavradım ve Özer, 2014). Hemşirelerin, hemşirelik bakım sürecinin her aşamasında hastanın umut düzeyini belirlemesi hemşirelik uygulamalarında önemli yol gösterici bir veri olabilir (Aslan ve ark, 2007). Hemşireler hastaların bakımının planlanması ve yaşam kalitelerinin artması için psikolojik semptomların farkında olmalıdır (Hintistan ve ark, 2015). Kanserli hastalara bakım veren hemşirelerin hem kanser hastasına hem de ailesine bakım verirken, hasta ve ailesinin yaşam kalitesini yükseltmek için onları bütüncül olarak değerlendirmesi ve bakımını bütüncül olarak planlaması gerekmektedir (Yıldız ve ark, 2016).

Bu araştırma, Aydın Atatürk Devlet Hastanesi medikal onkoloji kliniğine kemoterapi almak için başvuran kanser hastası ve bakım verenlerin algıladığı sosyal destek ile umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanserin Tanımı ve Önemi

Kanser kelimesi tutunduğu yeri bırakmaz anlamına gelen ve kelime anlamı yengeç olan ‘cancrum’ sözcüğünden türemiştir (Eti Aslan ve ark, 2014).

Kanserin tarihi MÖ 3000 yılına kadar dayanmaktadır. Hipokrat tarafından MÖ 3. Yüzyılda tümör etrafında bulunan damarların şişmesi durumunu yengecin bacaklarına benzetmesi sebebi ile ilk kez tümör kavramı kullanılmıştır. “Oncos” kavramı ise Galen tarafından şişme anlamına gelmesi sebebiyle kullanılmıştır (Baykara, 2016).

Kanser en basit tanımı ile hücrelerin kontrolsüz olarak çoğalmasıdır. Bu çoğalma sonucunda kanser hücrelerinde hem yapısal farklılıklar hem de işlevsel olarak farklılıklar oluşmaktadır. Kanser hücrelerinin işlevsel olarak farklılığında bazen normalde yaptığı görevi yapmazken bazen de normal işlevinin dışında olan farklı işlevler yapmaya başlayabilir (Kutluk ve Kars, 2001).

Kanser, kötü huylu tümörlerin tümünü kapsayan bir terimdir. Tümör ise normal dokuların gelişimini aşan, normal dokular ile uyumlu olmayan ve gönderilen uyarının kesildiği durumlarda bile büyümeye devam eden anormal bir doku kitlesidir (Eti Aslan ve ark, 2014). Kanser, vücudun belirli bir bölgesindeki normal hücrelerin kontrol dışı büyümeye başlamasıyla gelişir. Bazı kanser hücreleri genellikle kan ya da lenf sistemi yoluyla vücudun başka bölgelerine giderek (metastaz) büyümeye başlar (Sudhakar, 2010).

Günümüzde kanserden korunma yöntemleri belirlenmiştir, erken tanı yöntemleri ve tedaviden alınan olumlu sonuçlar artmıştır. Bazı kanser çeşitlerinin iyileştirilebilmesi veya hastalıkta beklenen yaşam süresinin uzaması mümkün olmasına rağmen kanser ölümle aynı görülen bir hastalık olmaya devam etmektedir (Atıcı, 2007).

Kanserin görülme sıklığının fazla olması ve ölüm oranlarının yüksek olmasının yanı sıra tedavisinin pahalı olmasıyla sosyoekonomik sorunların oluşmasına neden olmaktadır (Kutluk ve Kars, 2001).

2.2. Kanserin Epidemiyolojisi

Kanser; hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde görülme sıklığı giderek artan, her coğrafyada olan ve her yaşta insanın yakalanabileceği evrensel bir sorundur (Babaoğlu ve Öz, 2003).

Globocan (2018) verilerine göre, dünya genelinde 18,1 milyon yeni kanser vakası görüleceği ve 9,6 milyon kanser nedeniyle ölüm olacağı belirtilmektedir. En çok görülen beş kanser türü olarak akciğer, meme, kolorektal, prostat ve mide şeklinde iken; kanser nedeniyle olan ölümlerden en yaygın görülenler akciğer, kolorektal, mide, karaciğer ve meme olarak sıralanmaktadır. Dünyada erkeklerde en sık görülen ilk beş kanser türü akciğer, prostat, kolorektal, mide, karaciğer kanseri iken kadınlarda meme, kolorektal, akciğer, uterus serviksi, tiroid kanseri olarak sıralanmaktadır (Bray ve ark, 2018).

Türkiye İstatistik Kurumu (2018) verilerine göre ölüm nedenleri arasında iyi ve kötü huylu tümörler dolaşım sistemi hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır. Ayrıca kötü huylu tümörlere bağlı gelişen ölümlerin toplam sayısı 2017 yılında 81 bin 129 kişidir.

Globocan (2018), verilerine göre Türkiye’de 210.537 yeni kanser vakası görüldüğü 116.710 kansere bağlı ölümler olduğu belirtilmiştir. En çok görülen ilk beş kanser türü; akciğer meme, kolorektal, prostat ve tiroid kanseri olduğu görülmektedir. Erkeklerde en çok akciğer, prostat, kolorektal, mesane ve mide görülürken kadınlarda ise meme, tiroid, kolorektal, korpus uteri ve akciğer görülmektedir.

2.3. Kanserin Etiyolojisi

Kanserin oluşumunda pek çok etmen rol alabilmektedir. Genetik etmenin yanı sıra çevresel etkenlerde kanser gelişiminde etkilidir. Normal hücrenin genetik yapısındaki bir takım değişiklikler kansere yol açabilirken, kanserojen olarak isimlendirilen bazı maddeler de kansere neden olmaktadır (Eti Aslan ve Karadakovan, 2010).

2.3.1. Tütün

Tütün kullanımı insanda belirlenmiş en önemli kanserojendir. Dünyada erken ölümlerin en büyük önlenbilir nedenidir (Eti Aslan ve ark, 2014).

Tütün içimi akciğer, özefagus, ağız boşluğu, farenks ve larenks kanserlerinde risk oranını artırmaktadır. Kırk yaş altındaki erkeklerde tütün çiğneme primer olarak oluşan ağız içi kanserleriyle ilişkisi olduğu bulunmuştur (Eti Aslan ve ark, 2014). Sigara tüketimi yüksek gelirli ülkelerde azalırken, düşük ve orta gelirli ülkelerde artmaktadır. Tütünün bırakılması akciğer kanseri riskini % 60'dan fazla azaltmaktadır. (Jemal ve ark, 2014). Çevredeki tütün dumanına maruz kalan kişilerde yani pasif içicilerde akciğer ve mesane kanserine yakalanma riski artmaktadır (Usta Yeşilbakan, 2015).

2.3.2. Enfeksiyon

Dünya genelinde enfeksiyöz ajanlar her yıl yaklaşık 2 milyon yeni kanser (tüm kanserlerin %16,1'i) vakasına neden olmaktadır. Helikobakter pilori, HPV (Human Papillomavirüs), HBV (Hepatit B virüsü) ve HCV(Hepatit C virüsü) kansere neden olan enfeksiyöz ajanlardır (Jemal ve ark, 2014).

Herpes simpleks virüsü servikal ve penil kanserlere neden olabilir (Can, 2017). Helikobakter pilori, dünya genelinde mide kanserlerinin yaklaşık %90'nına ve enfeksiyonun neden olduğu tüm kanserlerin yaklaşık %33'üne neden olmaktadır. Dünyada HPV, enfeksiyon ile ilgili tüm kanserlerin %28'ine ve kalıcı HPV enfeksiyonu yaklaşık tüm serviks kanserlerine, vulvar, vajinal, anal, penil ve orofaringeal gibi bazı kanserlerin oluşumuna neden olmaktadır. HBV ve HCV ile kronik enfeksiyonlar karaciğer kanserlerinin %75'ine ve enfeksiyonlarla ilgili tüm kanserlerin %28'ine neden olmaktadır. HCV'nin ayrıca bazı Hodgkin-dışı lenfoma vakalarına da neden olduğu görülmektedir (Jemal ve ark, 2014). Epstein-Barr virüsü burkit lenfoma gelişimine neden olabilirken, sitomegalovirüsü (cytomegalovirüs) kaposi sarkomu ve kolon kanserine, HIV (Human Immunodeficiency Virus) kaposi sarkomu ve lenfoma gelişimine neden olabilir (Can, 2017).

2.3.3. Diyet, Vücut Kütlesi ve Fiziksel Aktivite

Kötü beslenme, aşırı vücut ağırlığı ve fiziksel hareketsizlik kanser için risk faktörleridir (Jemal ve ark, 2014).

Diyet maddeleri hem koruyucu olabilir hem de karsinojenik veya karsinojenlere yardımcı olabilirler (Eti Aslan ve ark, 2014). Örneğin; sebzeler, meyveler, lif, folat ve kalsiyum gibi besinler koruyucu olabilirken, balık ve etin çok kızartılması veya kavrulması

gibi durumlarda ise karsinojenik maddelerin meydana gelmesi görülebilmektedir (Usta Yeşilbakan, 2015).

Kolon kanseri riski beslenmesinde çok yağlı ve az posalı besinler kullanan kişilerde artmaktadır diğer taraftan posadan zengin beslenen kişilerde azalmaktadır (Can, 2017).

Salamura ve turşu gibi besinlerin fazla tüketilmesi nazofaringial kanser riskini artırdığı, sakarinin fazla tüketilmesi idrar yolları kanseri riskini artırdığı ve sakarin ile birlikte sigara içen kişilerde ise idrar yolları kanserinin üç kat daha fazla olduğu görülmektedir. Yiyeceklere renk vermek için kullanılan maddeler ve etlerde koruyucu olarak kullanılan maddelerin de karsinojenik olduğu belirlenmiştir (Eti Aslan ve ark, 2014).

Vitamin A, C ve E'den fakir beslenme akciğer, özefagus, ağız, larenks, serviks ve meme kanseri oluşmasında etkilidir. Östrojen içeriği yüksek olan soya ve keten tohumu gibi besinler meme kanseri gelişme riskini azaltır fakat östrojen reseptörü pozitif olan meme kanseri tanısı olan kadınların bu besinleri tüketmesi hastalığının tekrarlamasına neden olabilmektedir (Can, 2017).

Aşırı kilo ve obezite tüm ülkelerde artmaktadır. Bu etkenler bazı kanserlerde riski artırmaktadır. Ayrıca aşırı kilo kanser tekrarlanma riskini artırır ve yaşama şansını azaltır (Jemal ve ark, 2014). Karaciğer, safra kesesi, pankreas, böbrek, özefagus, kolon ve rektum kanserleri, hodgkin dışı lenfoma ve multipl miyelom için geniş vücut ölçülerine sahip olmak yüksek mortalite nedeni olmaktadır. Obez kadınlarda serviks, over, uterus ve meme kanseri riski; obez erkeklerde ise mide ve prostat kanseri riski yüksektir (Eti Aslan ve ark, 2014).

Tek başına fiziksel aktivite bazı kanserlere yakalanma riskinin azalmasına neden olur. Fiziksel aktivite, aşırı vücut ağırlığını önlediği için aşırı kilo ve obezitenin neden olduğu kanserlerin oluşma riskinin azalmasını sağlar. Bazı ülkelerde kolon kanseri vakalarının çoğunluğunun nedeni fiziksel hareketsizlik olarak belirlenmiştir (Jemal ve ark, 2014).

2.3.4. Ultraviyole Radyasyon

Ultraviyole radyasyon, cilt melanomasında risk faktörlerinden önemli bir tanesidir. Dünyada her yıl 230.000 melanom vakası olduğu ve bunlardan 55.000'inin öldüğü tahmin edilmektedir. Ayrıca insanlarda en sık karşılaşılan ve her yıl yaklaşık 13 milyon vakanın görüldüğü keratinosit cilt kanserlerinin (melanoma dışı) de risk faktörleri arasında ultraviyole radyasyon yer almaktadır (Jemal ve ark, 2014). Açık havada çalışan kişilerde, açık deri

rengine sahip bireylerde ve kontrolsüz olarak güneş ışına maruz kalan kişilerde deri kanserinin görülme sıklığı artmaktadır (Kutluk ve Kars, 2001).

2.3.5. Üreme ve Hormonal Faktörler

Erken yaşta gebelik, doğan çocuk sayısı ve en az bir yıl emzirme sonraki yıllarda meme kanseri gelişme riskini azaltırken geç menopoz ise memenin östrojene maruz kalma süresinin artması nedeniyle meme kanseri riskini artırmaktadır (Jemal ve ark, 2014).

Hormonal ajanlar vücudun dengesinde bozukluklara sebep olarak meme, uterus, over, serviks ve vajina kanserinin oluşumuna neden olabilir (Can, 2017).

Sünnet ve kanser arasındaki ilişki net değildir. Bölgesel hijyenin iyi olması sebebiyle olumlu etkisi olduğu, hem penis kanseri hem de sünnet olan erkeklerin eşlerinde serviks kanseri riskinin azaldığı belirtilmektedir (Eti Aslan ve ark, 2014).

2.3.6. Çevresel ve Mesleki Kirleticiler

Kanser oluşma riskini artırabilecek birçok kimyasal madde hava, su, yiyecekler, ilaçlar, alkol ve tütünde bulunabilmektedir (Can, 2017). Asbest, arsenik ve kemoterapi ilaçları gibi maddelere maruz kalan kişilerde ve bazı mesleklerde çalışan kişilerde kansere yakalanma riski artabilmektedir (Usta Yeşilbakan, 2015). Asbestos, akciğer kanserinin önemli bir nedenidir ve ölümcül kanser olan malign mezotelyoma için de tek nedendir. Radon gazı, ABD ve Avrupa'da akciğer kanserinin en önemli sebeplerinden ikinci sırada yer almaktadır. İçme suyunda arsenik bulunan ve tüketenlerde cilt, akciğer ve mesane kanseri riski yüksektir. İç mekanda havada bulunan ince partiküllü maddelere maruz kalan kişilerde akciğer kanserine yakalanma riski yüksektir. Isınma ve pişirme amacıyla kullanılan katı yakıt nedeniyle oluşan iç mekan hava kirliliği dünyada yaklaşık olarak 4 milyon ölüme neden olduğu düşünülmektedir (Jemal ve ark, 2014).

2.3.7. İyonize Radyasyon

Tanı ve tedavi nedeniyle iyonize radyasyona maruz kalmak, nükleer santraller ve nükleer bomba lösemi, multiple myeloma, akciğer, kemik, meme, tiroid ve diğer doku kanserlerinin oluşmasına neden olmaktadır (Eti Aslan ve ark, 2014).

2.3.8. Genetik Faktörler

Genetik yapı kanser oluşumu için yeterli değildir ama oluşumunda yardımcı bir etken olabilir. Bunun nedeni; genetik yapı, aynı çevreyi paylaşma, yaşam biçimi gibi faktörler olabileceği düşünülmektedir. Çocukluk ve gençlik kanserlerinde yaklaşık %5-%10’unda ailesel yatkınlık olduğu görülmektedir (Eti Aslan ve ark, 2014). Meme, kolon, akciğer, yumurtalık ve prostat kanserinin genetik olarak ilişkili olduğu kanıtlanmıştır (Usta Yeşilbakan, 2015). BRCA1 (Breast Cancer Susceptibility) ve BRCA2 genlerinde meydana gelen kırıklar meme ve jinekolojik kanserlerin, MLH1 (Human Mutl Humolog 1 geni)’de meydana gelen değişiklikler de kolon kanserinin oluşmasında etkili olabilmektedir (Can, 2017).

2.4. Kanser Belirtileri

Kanserin çok çeşitli belirtileri vardır. Belirtiler kanserin bulunduğu organa ve vücuttaki yayılım durumuna göre değişiklik gösterir (Kutluk ve Kars, 2001).

Amerikan kanser derneği tarafından belirtilen kanserin 7 belirtisi şunlardır:

- Bağırsak ve mesane alışkanlıklarında değişme,
- İyileşmeyen yaraların olması,
- Beden boşluklarında drenaj ya da olağan dışı kanamaların olması,
- Meme ya da diğer bölgelerde sertlik ya da yumru bulunması,
- Yutmada ya da hazımda güçlük olması,
- Ben ya da siğillerde değişiklik görülmesi,
- Rahatsız eden öksürük ve ses kısıklığının meydana gelmesi (Eti Aslan ve ark, 2014; Usta Yeşilbalkan, 2015).

2.5. Kanserden Korunma

2.5.1. Birincil; Primer Korunma

Amacı, çeşitli faktörlerin neden olduğu temel karsinogenik oluşumların başlamasını ya da gelişmesini önlemektir. Kanser oluşmasına neden olan kontrol edilebilen risk faktörlerinden korunmayı sağlayan yöntemlerdir (Eti Aslan ve ark, 2014).

- Sigara ve tütün kullanılmaya başlamadan önlemek veya kullanılan durumlarda sigarayı bırakmayı sağlamak,
- Alkol alımını azaltmak,
- Az yağlı ve posalı gıdaların olduğu hazır gıdaların tüketilmediği ve tüm besin maddelerin yer aldığı dengeli bir beslenmenin sağlanması,
- Fiziksel aktivitenin düzenli olarak yapılmasını sağlamak,
- Saat 10 ile 16 arasında güneşlenmekten uzak durulmalıdır ve güneşe çıkarken güneş koruyucular kullanılmalıdır,
- Ailesinde kanser öyküsü olan kişiler genetik taramalar yaptırmalıdır,
- Aşılama yapılmalıdır (Can, 2017).

2.5.2. İkincil; Sekonder Korunma

Amacı, erken tanı ve korunma yöntemleri ile hastalığın erken dönemlerde fark edilmesi ve bu sayede tedavi şansının yükselmesini sağlamaktır (Eti Aslan ve ark, 2014). Bazı kanser çeşitlerinde aralıklı olarak taramalar yapılarak hastalığın belirti ve bulguları oluşmadan erken evrede hastalık belirlenebilir (Can, 2017).

2.5.3. Üçüncül; Tersiyer Korunma

Kanser hastasının fonksiyon bozukluklarını azaltmak ve rehabilitasyonu sağlamak amaçlanır (Eti Aslan ve ark, 2014).

2.6. Kanserde Tanı

2.6.1. Öykü ve Fizik Muayene

Kanser olabileceğini düşündüren şikayetler ile sağlık kuruluşuna başvuran hastaların öncelikle öyküsü alınır ve fiziksel muayenesi yapılır. Öykü ve fizik muayene sonrasında kanser tanısı koymak için ileri tetkikler yapılır (Can, 2017).

2.6.2. Tam Kan Sayımı ve Biokimya

Biokimya testlerindeki bazı değişiklikler kanserin varlığının ve yayılımının olup olmadığını göstermektedir. Karaciğer enzimlerindeki artış karaciğer metastazının varlığını gösterebilmektedir. Alkalen fosfataz değerinin artması ise kemik metastazının göstergesi olabilir. Tam kan testi ise kanserin tanısında yardım sağlamaz, kemoterapinin verilip verilemeyeceğini değerlendirmede yardımcı olmaktadır. (Can, 2017).

2.6.3. Tümör Belirteçleri

Tümörün kendisi ya da vücudun savunmak için tümöre yanıt olarak ürettiği maddelerdir. Normal vücut dokularında ve iyi huylu tümörlerde az miktarda bulunmaktadır. Hastanın tedaviye yanıtının ve hastalığın devamı hakkında bilgi sağlaması açısından önemlidir (Usta Yeşilbalkan, 2015).

PSA (Prostat Spesifik Antijen) prostat kanserinde ve kemik metastazında yükselir. CA 153 meme kanseri ve kemik metastazlarında, CA 199 kolon kanserinde ve pankreas kanserinde, CA 125 over kanserinde seviyeleri yükselen antijen türleridir (Eti Aslan ve ark, 2014).

CEA (Karsinoembriyonik Antijen) ve AFP (Alfafetoprotein) gibi fetal doku içinde bulunan ve doğumdan sonra baskılanan onkofetal antijenler, tümör hücrelerinde anaplastik süreci göstermesi açısından önemlidir. Ayrıca insan vücudunda belirli miktarda bulunan hormonların yüksek seviyede olması hormon sağlayan malignite varlığını gösterebilir. Örneğin; ADH (Anti Diüretik Hormon), kalsitonin, katekolaminler, HCG (Human Chorionic Hormon), PTH (Paratiroid Hormon). Doku tümör nedeniyle aşırı ve hızlı büyüyorsa o dokuda bulunan izoenzimler kan akımı içinde serbest bırakılabilir. Örneğin; nörona özel enolazı (NSE) ve prostatik asit fosfatazı (PAP). Dokuya özel proteinler malignensiden etkilenen doku tipini belirlemeyi sağlar. Örneğin; prostat spesifik antijen (PSA) (Usta Yeşilbalkan, 2015).

2.6.4. Sitolojik Çalışmalar ve Histopatolojik İncelemeler

Kanser tanısını kesinleştirmek için kullanılan çalışmalardır. Kanserın sitolojik veya histopatolojik tanısı belirlendikten sonra hastaya tedavi başlanmaktadır (Can, 2017). Solid tümörlerden iğne aspirasyonu, epitel yüzeydeki döküntüler, kan veya vücut boşluklarından

sıvı aspirasyonu yapılarak histolojik ve sitolojik inceleme yapılır. Bu dokuların incelenmesi ile tümörün adı, sınıfı ve evresi belirlenmektedir (Usta Yeşilbalkan, 2015).

2.6.5. Diğer Tanısal Çalışmalar

Radyolojik tetkikler (BT, MRG, Ultrasonografi, Nükleer görüntüleme, Anjiyografi ve PET), kolonoskopi ve bronkoskopi (Usta Yeşilbalkan, 2015).

Endoskopi: İçi boş olan organlarda özel bir alet ile girilerek görüntülenmesidir aynı zamanda bölgeden biyopsi ile parça alınabilir.

Ultrasonografi (USG): Yüksek frekanslı ses dalgaları organlara gönderilir ve sonucunda bu organlardan ışınlar yansiyarak kaydedilir ve ekrana yansıtılır. Çok yaygın kullanılan bir yöntemdir.

Bilgisayarlı Tomografi (BT): Diğer radyolojik yöntemler ile görülmesi mümkün olmayan ayrıntıları gösteren bir yöntemdir. Bu yöntemde röntgen ışınları ile bilgisayar teknolojisi ortak kullanılır.

Magnetik Rezonans Görüntüleme (MR): Radyasyon kullanılmadan hastaya zarar vermeden uygulanan bir görüntüleme yöntemidir (Kutluk ve Kars, 2001).

2.7. Kanserin Evrelendirilmesi

Tarama testlerinden bulunan sonuçlar ile kanserin yerleşim yeri, boyutları belirlenir ve yakındaki dokulara, lenf damarları ile lenf bezlerine ya da kan dolaşımı ile uzaktaki bölgelerde yayılım varlığı olup olmadığı belirlenir. En sık kullanılan sınıflama türü The American Joint Committee Of Cancer (AJCC) tarafından oluşturulmuş olan TNM'dir. "T" primer tümörün boyutunu, "N" bölgesel lenf nodu tutulumunun olup olmadığını, "M" ise uzak bölgelerde metastaz olup olmadığını göstermektedir (Can, 2017).

Tablo 2.7.1: Amerikan Kanser Ortak Komitesinin (AJCC) Sınıflandırma Sistemi

T- Primer Tümör	
Tx	Primer tümör saptanmamıştır
T0	Tümör yok
Tis	In situ karsinom
T1-4	Sayı artışı primer tümör boyutunun veya lokal yayılımının arttığını gösterir
N- Bölgesel Lenf Nodu Tutulumu	
Nx	Bölgesel lenf nodlarına saptanamamıştır
N0	Bölgesel lenf nodu tutulumu yok
N1-3	Sayı artışı tutulan lenf nodu sayısının/uzaklığının arttığını gösterir
M- Uzak Metastaz	
Mx	Saptanamamıştır
M0	Uzak bölgede metastaz yok
M1	Uzak bölgede metastaz var

(Can, 2017)

2.8. Kanserın Tedavisi

Kanser tanısını alan hastadaki tümörün tipi, yerleşimi, hastalığın evresi, hastanın yaşı ve genel durumu gibi faktörler uygulanacak tedavi şeklinin belirlenmesinde etkilidir. Kanser hastalığının tedavisinde cerrahi tedavi ve radyoterapi gibi lokal tedaviler ve kemoterapi, hormonal tedavi ve biyolojik tedavi gibi sistemik tedaviler tek başına kullanılabildiği gibi kombine olarak da kullanılmaktadır (Can, 2017).

2.8.1. Cerrahi Tedavi

Cerrahi tedavi kanser hastalarının %90'ında hastalığın tanısı ve evrelendirilmesinin yapılabilmesi için uygulanmaktadır. Ayrıca kanser hastalarının %60'ından daha fazlasında tercih edilen ilk tedavi seçeneği olmaktadır (Usta Yeşilbalkan, 2015).

Cerrahi tedavi hem radyoterapi ve kemoterapi ile birlikte hem de tek başına kanser hastalığının tedavisinde kullanılabilen bir tedavi yöntemidir (Baykara, 2016).

Cerrahi tedavi çeşitli amaçlar ile uygulanmaktadır;

Birincil cerrahi: Yeni kanser tanısı alan ve daha önce kanser tedavisi olmayan hastalara uygulanmaktadır. Bu tedavideki amaç, negatif cerrahi sınır oluşturarak kitleyi çıkarmaktır. Lokal eksizyon ile primer tümör ve onun çevresinde bulunan normal olan dokuların bir kısmı alınmaktadır. Geniş eksizyon ile ise, primer tümöre ek olarak bölgesel lenf nodları ve çevresinde bulunan komşu organ ve dokular alınmaktadır.

Adjuvan cerrahi: Tedavideki amaç kanserin tekrar oluşmasını engellemek için dokuların çıkartılmasıdır.

Kurtarma cerrahisi: Kanser hastalığındaki diğer tedavi seçenekleri uygulandıktan sonra kanserin lokal olarak tekrar oluşmasını önlemek için geniş cerrahi tedavi şeklidir.

Palyatif cerrahi: Kanser hastalığının neden olduğu komplikasyonların oluşumunu azaltmak için uygulanmaktadır

Rekonstrüktif cerrahi: Cerrahi tedavi yapıldıktan sonra oluşabilen defektleri düzeltmek için uygulanan cerrahi tedavi yöntemidir.

Koruyucu cerrahi: Kansere dönüşme olasılığı bulunan bazı lezyonların çıkartılması ile yapılan cerrahi tedavi yöntemidir (Can, 2017).

2.8.2. Radyoterapi

İyonizan radyasyon kullanılarak benign ve malign hastalıkları tedavi etmek için kullanılabilen bir tedavi yöntemidir (Can, 2017). Radyoterapi; tümörü öldürmek, boyutunu küçültmek, tıkanıklığı ortadan kaldırmak veya hastanın ağrısını azaltmak amacıyla uygulanmaktadır. Radyoterapi iç radyasyon (brakiterapi) ve dış radyasyon (teleterapi) olarak iki şekilde uygulanmaktadır (Usta Yeşilbalkan, 2015).

Radyoterapinin çeşitli uygulanma amaçları;

Birincil tedavi: Yeni kanser tanısı alan ve daha önce kanser tedavisi olmayan hastalara uygulanmaktadır. Ayrıca hastada bulunan tıbbi hastalıklar ve hastanın ileri yaşı olması nedeniyle operasyon yapılması kontraendike olduğu durumlarda veya cerrahi tedavi uygulandıktan sonra hastalığın tekrarlanması ve hastanın tekrar ameliyat olması uygun olmadığı durumlarda uygulanan tedavi seçeneğidir.

Kombine tedavi: Cerrahi tedavi öncesinde tümörü küçültebilmek veya cerrahi tedavi sonrasında kalan tümör parçalarını ortadan kaldırmak için kemoterapi tedavisi ile birlikte kullanılan tedavi seçeneğidir.

Adjuvan tedavi: Cerrahi tedavi sonrasında lokal ya da bölgesel olarak oluşabilecek hastalığın tekrar oluşma riskini engellemek ve hasta sağ kalım oranını artırmak için kullanılan tedavi seçeneğidir.

Palyatif tedavi: Uzak organa metastazı olan hastada hem metastazın hem de primer tümör nedeniyle oluşan belirtileri azaltmak için uygulanan tedavi yöntemidir (Can, 2017).

Radyoterapi DNA'da ölümcül yaralanmalara neden olduğu için hızla çoğalan kanser hücrelerini yok olmasını sağladığı gibi normal hücrelerin de yok olmasına neden olabilir (Usta Yeşilbalkan, 2015). Bu yüzden, radyoterapide amaç normal olan dokulara az zarar vererek tümör hacmini hassas bir şekilde ısınlayarak ortadan kaldırmaktır (Can, 2017).

Radyoterapinin en büyük dezavantajlarından biri kanser hücrelerini öldürmesinin yanında normal hücrelerin de yok olmasına neden olmasıdır. Ek olarak hastada saç dökülmesi, halsizlik, iştahsızlık gibi hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkileyen yan etkileri oluşabilmektedir (Baykara, 2016).

2.8.3. Kemoterapi

Kanser hücrelerinin ortadan kaldırılması için kullanılan kimyasal maddelere kemoterapötik ajan denir. Bu ajanlar, nükleik asid sentezini durdurarak, kromozomdaki DNA ya da RNA sentezinin olmasını engelleyerek etkilerini gösterirler (Eti Aslan ve ark, 2014).

Kemoterapi hücre döngüsünü çeşitli aşamalarda bozar, hücre metabolizmaları ve hücre çoğalması üzerinde etkisi vardır (Usta Yeşilbalkan, 2015). Kemoterapinin amacı, tümör hücrelerinin duplikasyon yapamayacak şekilde büyümesini ve çoğalmasını durdurmak ya da apoptozis olarak bilinen hücre ölümü sürecini yapay olarak başlatmaktır. Normal organlarda apoptozis vücudumuzda herhangi bir zamanda hücre sayısını kontrol eder ve yeni hücrelere ihtiyaç duyulduğunda vücuda sinyal verir. Kanser durumunda tümör hücreleri apoptozise karşı direnç geliştirebilir ya da ölen hücrelerin sayısından daha hızlı yeniden üretilirler, tümör büyümesine öncülük edebilirler. Kemoterapi ilaçları bu büyüme sürecini durdurmak, tümör hücrelerinin davranışlarını değiştirmek ya da tümör hücrelerini doğrudan öldürmek için kullanılırlar (American Brain Tümör Association, 2016).

Kemoterapi çeşitli amaçlarla uygulanmaktadır;

Adjuvan tedavi: Hastalık bulgusu olmadığı halde cerrahi tedaviden sonra hastalığın tekrar oluşma ihtimali yüksek olduğunda uygulanan tedavi şeklidir.

Neoadjuvan tedavi: Daha az invaziv cerrahi olması amacıyla cerrahi tedavi uygulanmadan önce primer tümörün evresini küçültmek için yapılan tedavi şeklidir.

Palyatif tedavi: Metastazı olan hastalarda hastalığın neden olduğu belirtileri azaltmak için uygulanan tedavi yöntemidir.

Yüksek doz tedavi: Kemik iliği transplantasyonu yapılmadan önce kemoterapi ile büyüme faktörü birlikte hastalara yüksek doz tedavi şekli olarak hastalara uygulanabilmektedir (Can, 2017).

Kemoterapi ajanları oral, subkutan, intramüsküler, intravenöz, intraarterial, intratekal, intraperitoneal, intraveziküler, intraplevral yollar ile uygulanabilmektedir (Eti Aslan ve ark, 2014). En çok tercih edilen; intravenöz yoldur (Usta Yeşilbalkan, 2015).

Kemoterapi ilaçlarının her birinin farklı etki mekanizması olduğu için tedavide genellikle kombine olarak birkaç ilaç birlikte kullanılır. Bu durum kanser hücrelerini kontrol altına almayı sağlarken aynı zamanda hastada oluşabilecek yan etkileri azaltmaktadır. Kemoterapi ilaçları hem kanser hücrelerini hem de normal hücreleri etkiler (Eti Aslan ve ark, 2014; Can, 2017). Bu yüzden kemoterapi alan hastalarda kanama, yorgunluk, enfeksiyon, alopesi, stomatit ve diyare gibi yan etkiler oluşabilmektedir (Can, 2017). Akut yan etkiler; ilaç uygulaması yapılırken meydana gelirken, kronik yan etkiler ise kemoterapi uygulamasından yıllar sonra oluşabilen ya da hastada kalıcı olan etkilerdir (Eti Aslan ve ark, 2014).

2.8.4. Kemik İliği Transplantasyonu

Kemik iliği görev yapmadığı durumlarda uyarı sağlamak veya kemik iliğini değiştirmek için genellikle lösemi hastalığının tedavisinde uygulanmaktadır. Kemik iliği transplantasyonu işlemi genellikle radyoterapi ve kemoterapi ile birlikte uygulanır. Kemik iliği transplantasyonunun iki türü vardır; hastalığın remisyon olduğu dönemde hastanın kendi kemik iliğinin alınarak kendisine transplantasyonu olan otolog kemik iliği transplantasyonu ve sağlıklı bir bireyden alınan kemik iliğinin hastaya nakledilmesi olan allojenik kemik iliği naklidir. Kemik iliğinde transplantasyonu işlemi ile görülebilecek yan etkiler; malnütrisyon,

immünoşüpresyon nedeni ile oluşabilecek enfeksiyonlar, trombositopeni nedeni ile de kanamalardır (Usta Yeşilbakan, 2015).

2.8.5. İmmünoterapi

Vücudun bağışıklık sistemi kullanılarak iç ve dış uyaranlara karşı cevap oluşmasını sağlayan tedavi yöntemidir. Sitokinler, antikorlar ve hücreler olmak üzere üç molekül grubu kullanılmaktadır. Bu tedavi ile kanser hücrelerini yok etmek için bağışıklık sisteminin kanserli hücrelere saldırması amaçlanmaktadır (Baykara, 2016).

2.8.6. Hormonoterapi

Prostat, meme ve endometriyum kanserinin tedavisinde seks hormonları tedavide ilaç olarak kullanılabilir (Baykara, 2016). Bu kanser türlerindeki kanser hücresi içerdiği hormon reseptörleri ile östrojene ve testosterona karşı duyarlı olabilir ve bu hormonlar kanserli hücrelerin büyümelerine veya artmalarına neden olabilir. Hormonoterapi ile bu kanser türlerindeki hormona karşı duyarlılığı yok etmek için farklı ilaçlar uygulanarak hastalığı tedavi etmek amaçlanmaktadır (Can, 2017).

2.9. Kanser Hastalarında ve Bakım Verenlerinde Hemşirelik Yaklaşımı

Son zamanlarda kanser hastalığı için erken tanı ve tedavi yöntemlerinin gelişmesi ile kanser hastalığı için yaşam süresinin uzaması sağlamıştır (Bağ, 2013). Kanser, hastaları fiziksel, sosyal, duygusal, psikolojik ve ekonomik gibi birçok alanda etkileyerek hastaların fonksiyonel yaşamlarında olumsuzluklara neden olmaktadır (Dedeli ve ark, 2008). Hastanın kanser tanısı alması geleceği ile belirsizliklere sebep olmakta ve hastanın duygusal yapısını etkileyerek umut duygusunun azalmasına neden olmaktadır (Korkmaz ve Yangöz, 2013).

Kanser hastalarında hastalığın ilerlemesi veya yeniden nüks etmesi düşüncesi ile oluşan ruhsal sıkıntı hastalarda nevrotik korku, huzursuzluk ve kaygı bozukluğu gibi problemler görülmesine neden olmaktadır (Bağ, 2013). Ayrıca bu durum kanser tanısı konan hasta kadar hastası ile birlikte hastalık deneyimini yaşayan bakım verenler için de zor bir süreçtir. Kanser tanısıyla birlikte hastalığa uyum süresi süreklilik arz eden zor bir süreçtir. Hem hasta için hem

de bakım veren için hastalık tanısına uyumlarını etkileyen pek çok faktör vardır. Kanser tanısına uyum süreci hasta ve bakım veren için karmaşık bir süreçtir ve sağlık ekibinin tüm üyeleri ile iş birliği yapılması gerekli olan bir süreçtir. Hemşireler bu nedenle kanserin bütün evrelerinde rol alır (Korkmaz ve Yangöz, 2013).

Kanser tanısını konan hasta tanıyı kabullenme, hastalığı ve tedavisi nedeniyle oluşabilecek belirtiler ile baş etme, tedavisinin devamlılığını sağlama, sosyal sorunlar ile baş etme, ailede üstlendiği sorumlulukları sürdürme gibi birçok sorunlar ile karşılaşmaktadır (Can, 2017). Hem kanser hastalığına hem de tedavi yöntemlerine bağlı olarak kanser hastalarının vücudunda bazı yan etkiler oluşmaktadır. Hemşirenin oluşabilecek bu sorunlar ve yan etkiler açısından hastayı değerlendirmek, sorunlar ortaya çıkmadan önlemek, sorunlar ortaya çıktığında ise gerekli olan bakımı uygulamak gibi sorumlulukları vardır (Eti Aslan ve ark, 2014). Ayrıca, hemşirelerin; hasta ve ailesinin kanser tanısına uyumunu sağlamak, hasta ve bakım verenler için gerekli olan konularda onları bilgilendirmek, hasta ve ailesinin yaşam kalitesini yükseltmek, etkili olan baş etme yöntemleri konusunda bilgilendirmek ve duygusal olarak destek sağlamak gibi önemli görevleri de bulunmaktadır (Korkmaz ve Yangöz, 2013). Hemşireler hastaların ihtiyaçlarını hasta ile işbirliği içinde belirleyerek (Altıparmak ve ark, 2011) ve hastalarda oluşabilecek psikiyatrik sorunların farkında olarak hastalarda oluşan endişelerle baş etmek için bu konuda eğitimler planlamalıdır. Psikiyatrik sorunları azaltmak için sosyal destek sağlamanın, duygusal iletişimin ve paylaşım sağlamanın önemi vardır. Bunu sağlamak için de aile eğitimleri ve grup çalışmaları sağlamak etkili olmaktadır. Hemşireler bu hastalar ve bakım verenleri ile görüşme teknikleri, duygularının ifade edilebilmesini sağlamak ve paylaşmak, destek sağlamak ve oluşabilecek psikiyatrik sorunları fark edebilmek gibi konularda eğitimler vermelidir. Ek olarak hemşireler, hasta ve bakım verenine yönelik hemşirelik girişimlerini planlamak ve uygulamak için kendilerini geliştirmelidir, terapötik yaklaşım tekniği kullanarak meydana gelebilecek umutsuzluk, değersizlik, suçluluk duyguları ile baş etmede yardımcı etmelidir, onların düşüncelerini ifade edebilmesini, sosyal ilişkilerinin ve yakın çevresinden alabileceği destek düzeyini arttırılmasını sağlamalıdır (Bahar, 2007). Kanser hastalarında sosyal destek sağlamada aileyi destekleme, aile arasında duyguların paylaşılması, yaşamı anlamlandırma ve yeniden yapılandırmak için aile üyelerine yapılacak uygulamalar önemlidir (Hocaoğlu ve ark, 2007). Hastası ile ilgili endişelerini ve yaşadığı sorunları paylaşabilmesi için ailenin hemşire ile iletişim sağlaması önemlidir. Bunun sonucunda sorunların çözümü için hasta ve ailesi ile aynı ortamda konularla ilgili tartışmak uygun bir yöntemdir (Bilge, 2014).

2.10. Sosyal Destek

Sosyal destek, bireyin çevresindeki kişiler tarafından aldığı hem sosyal hem de psikolojik destektir (Yıldırım, 1997).

Sosyal destek, bireylere sosyal ağlar sayesinde sunulan psikolojik ve maddi kaynaklardır (Rodriguez ve Cohen, 1998).

Bireyin sosyal destek kaynaklarını ailesi, arkadaşları, komşuları, öğretmenleri, ideolojik, dinsel veya etnik gruplar ile içinde yaşadığı toplum oluşturmaktadır (Yıldırım, 1998). Sosyal desteğin hem zihinsel hem de sağlık üzerinde etkileri olabilmektedir (Rodriguez ve Cohen, 1998).

İstenilen sosyal destek hastanın primer bakım vereninden hastanın beklentilerini belirtirken, bakım verenin sağladığına inandığı türden bakım algılanan sosyal desteği ifade eder (Khan ve ark, 2015).

2.10.1. Sosyal Destek Çeşitleri

2.10.1.1. Yapısal Destek (Structural Support)

Bireyin sosyal ilişkilerinin yaygınlığı ve birbirine bağlılığı belirler. Bireyin medeni hali, arkadaş ve akrabasının varlığı, grup ve dini organizasyonlardaki üyeliklerini kapsar. Aile üyelerinin, arkadaşlarının, iş arkadaşlarının çokluğu, kimlerle düzenli olarak ilişki içinde olduğu, sosyal ağ büyüklüğü olarak ifade edilmektedir (Rodriguez ve Cohen, 1998).

2.10.1.2. Araçsal Destek (Functional Support)

Bireyin kişilerarası ilişkilerinden psikolojik olarak ve maddesel olarak kaynaklara ulaşabilme durumunu ölçer (Rodriguez ve Cohen, 1998).

Araçlı (instrumental), bilgilendirici ve duygusal olmak üzere üç tipe ayrılır. Araçlı (instrumental) destek, maddi yardımı kapsar. Örneğin; finansal işlerde veya günlük işlerde yardımdır. Bilgilendirici destek, bireyin o andaki yaşadığı zorlukla baş edebilmesi için gerekli olan bilgiye ulaşabilmesidir. Tavsiye, nasihat ve yönlendirme gibi. Duygusal destek ise empati, önemseme, rahatlama ve güven ifade etmeyi kapsar (Rodriguez ve Cohen, 1998).

İnsanlar sorunları ile baş etmesi ve umutlarını sürdürmeleri için kendi yetenekleri yetersiz kaldığı zaman ya da kendilerini tükenmiş hissettikleri zaman ailesinden ya da onlar için önemli olan kişilerden sosyal destek almaları çok önemlidir (Öz, 2010). Sosyal destek alan hastaların iyileşme süreci daha hızlı olmaktadır ve yaşam kaliteleri yükselerek hastalıkla baş etmeleri daha kolay olmaktadır (Ardahan, 2006). Sosyal destek fiziksel ve duygusal sağlığı maneviyat ile birlikte olumlu etkilemektedir ve çoğu zaman iyileşme sürecini kolaylaştırmaktadır (Khan ve ark, 2015).

Hemşire bireyin yaşadığı zorlukları belirleyerek buna yönelik sağlanabilecek sosyal destek türünü seçmelidir. Sorunun çözümünde sosyal desteğin etkisini incelemelidir. Sosyal desteğin yetersiz kaldığı durumlarda yetersizliğin nedenini belirlemelidir. Sosyal desteğin etkisini azaltan faktörleri belirlemelidir ve sonrasında sosyal desteği artırmaya yönelik çalışmaların yapılması önemlidir (Ardahan, 2006). Hastaların hayata bağlılığının artmasında ve tedavi sürecinde sağlık ekibi ile kuracağı iş birliğinde hastalara sağlanacak sosyal desteğin önemi büyüktür (Işıkhani, 2007). Bireyin var olan sosyal destek kaynaklarını fark etmesi sağlanır ve bireyin sosyal bir ortam oluşturması sağlanacak yöntemler birlikte belirlenerek uygulaması konusunda destek olunur (Korkut Bayındır ve Ünsal, 2016). Hemşire, kişisel bakım yeteneklerini aynı zamanda baş etme davranışlarını artırarak hayatlarının bütün alanlarında hastalık merkezli yaşamalarını engelleyerek ve yaşam kalitesini artırarak ailenin hastaya sosyal destek sağlamasına destek olmalıdır (Terakye, 2011). Ayrıca hemşireler hastaların ailelerine psikososyal destek sağlamak konusunda eğitimler vermelidir. Sosyal desteğin, duygusal iletişim ve paylaşımların olması bazı sorunları azalttığı için ailelere eğitim verilmesi ve grup çalışmalarının artırılması sağlanmalıdır (Bahar, 2007).

2.11. Umutsuzluk

Umut, bireyin istediği bir şeyin gerçekleşmesini beklemektir aynı zamanda bireyin içinde bulunduğu durumu değiştirmek için harekete geçmesini sağlayan kendisi ve diğerleri için iyi bir gelecek hayali kurmasını sağlayan bir güçtür (Öz, 2010).

Umut, bireyin kendisini güvende hissedebilmesi için, motivasyonunu artırmayı sağlayan ve hastalık meydana geldiğinde bu duruma karşı karamsarlık çaresizlik gibi olumsuz duygular yaşamamasını önlemek, olumlu beklentileri, dilekleri ve istekleri ifade etmeye yarayan, tedaviye uyum göstermeyi sağlayan etkili bir baş etme mekanizmasıdır (Kavradım ve Özer, 2014).

Bireyin iyileşeceğini umut etmesi, bulunduğu durumu düzeltmesine yardımcı olabilecek bir etkidir (Sarıkoc ve Demiralp, 2014). Bireyde yaşam kalitesi ve değerleri için günlük hayatında mutlu hissetmesi, hayatını anlamlı bulmada ve amaçlarına ulaşmadaki uyum, pozitif bireysel kimlik, fiziksel olarak iyilik hali, ekonomik olarak güvenli ve sosyal ilişkilerinde yeterli olduğunu düşünmesi umut duygusuna sebep olurken bunların aksi olan durumlar bireyde umutsuzluk duygusuna neden olur (Sert Ağır, 2017).

Umutsuzluk ise, bireyin sorunlarını çözmek ya da istediği şeyleri yapabilmek için kişisel herhangi bir seçeneğinin olmadığı ya da amaçlarına ulaşabilmek için kendi enerjisini açığa çıkartamadığı duygusal bir durumdur (Öz, 2010). Bireyin, bir isteği gerçekleştirme sürecinde olumsuz beklentiler ve çözümü olmadığı duygusuna kapılmasıdır (Özben, 2008). Umutsuzluk, şimdiki zaman ile gelecek zamanı birbirine bağlayan bağın yok olmasıdır. Umutsuzluk duygusu ile birlikte birey geçmiş yaşantısına pişman olmanın yanında hayata yüklenen anlam yok olmaya başlar. Diğer bir ifade ile umutsuzluk anlamlandırma yeteneğinin kaybolmasıdır (Tercanlı ve Demir, 2012).

Umutsuzluk, kontrol kaybindan oluşabilir ayrıca çaresizlik, savunmasızlık, apati ve depresyon ile ilgili bir durumdur (Sarıkoc ve Demiralp, 2014). Umutsuz bireyin tanımlayıcı özellikleri arasında umutsuzluk, çaresizlik, yaşama isteğinin azalması, sözel ve davranışsal ifadelerin ve ilginin azalması, pasiflik, kavrama yeteneğinde bozulma, problem çözme, karar verme, hayal etme ve arzu etme gibi yeteneklerde azalma, amacın belirlenememesi, planlamada sorunlar yaşanması ve organizasyon yapmada yetersizlik, elde edilen bilgilerin birleştirilmesinde ve geçmişi hatırlamada yetersizlik yer almaktadır (Öz, 2010). Bireyden bireye anlamı değişebilen umut duygusu, geleceğe dair olumlu beklentilerin olması anlamına gelmesine rağmen herkes için olumlu olarak görülen ve olmasını beklediği yaşam dinamiği farklı olduğu için umut duygusu, kişiler arası farklılık göstermektedir (Sert Ağır, 2017),

Kanser tanısı konan hasta, bir taraftan hastalığı anlamaya çalışırken diğer taraftan da anksiyete, korku, çaresizlik, depresyon, belirsizlik, umutsuzluk gibi duygular yaşayabilmektedir. Kemoterapi ya da radyoterapi alan kanser hastalarının umutlu olması hastalığın kontrol altına alınmasında psikolojik uyum sağlaması için önemlidir (Öz, 2010). Umut, prognoz sorununu azaltır aynı zamanda hayatta kalma şansıdır (Sullivan, 2002). Umut, insan yaşamında birey için olduğu gibi aile için de psikolojik ve fizyolojik savunmayı güçlendiren iyileştirici bir unsurdur. Zorluklar ile baş edebilmek ve kederden kurtulmak için insanlara güç vermektedir (Öz, 2010).

Umut düzeyini belirlemek hemşirelik uygulamalarında önemli bir faktördür (Aslan ve ark, 2007). Hemşirelerin hastaların gelecek yaşamı ile ilgili yaşadığı belirsizlik düşüncesini,

hastalık ile tedavi sürecinde yaşadığı problemleri yok etmek tedaviye uyum sağlamasında ve tedavinin devamlılığını sağlamada büyük katkısı olan umudu desteklemede önemli rolleri vardır. Kanser hastalarında umudun hastalık üzerindeki önemini ve umut düzeyini etkileyen faktörlerin farkında olarak hemşirelik bakım sürecini uygulanmasını sağlamak hastalara uygulanan bakımın kalitesinin artmasını sağlar (Kavradım ve Özer, 2014). Birey için yaşamın anlamı ve değerleri dikkate alınarak geleceğe yönelik ulaşılabilir planlamalar yapılarak birey amacına ulaşması konusunda kendisine inanması için desteklenir. Bireyin hayatında umudun önemi ve umutsuzluğa düştüğü konular hakkında kendini ifade etmesi sağlanır. Bireyin kısa ve uzun vadede amaçlarını belirlemesi ve bunların ulaşılabilir amaçlar olması konusunda yardım edilir. Bütün bunlar sağlanırken bireyin kendi kararlarını vermesine izin verilmelidir ki kontrolün kendisinde olduğunu hissetmesi sağlanmalıdır (Korkut Bayındır ve Ünsal, 2016).

2.12. Kanser Hastasında Sosyal Destek ve Umutsuzluk

Kanser hastalarının tedaviye uyumlarını sağlamak, yaşam kalitelerini artırmak ve prognozlarının iyi bir şekilde olması için umut düzeyleri yükseltilmelidir (Kelleci, 2005). Hastada olan ruhsal durumların tanısı ve tedavisi, hastanın mevcut olan fiziksel hastalığının şiddeti ve prognozunu olumsuz yönde etkilemesine neden olacağı, yaşam kalitesini düşüreceği, bakım ve tedavisinde uyum konusunda etkileri olabileceği için önemli bir unsurdur (Tokgöz ve ark, 2008).

Hastada başkalarına bağımlı kalma, kendi bağımsızlığını kaybetme korkusu, ayrılık ve gelecek yaşam kaygısı, ölüm korkusu, pişmanlık, suçluluk duygusu gibi etkiler hastalık basit olsa da yaşamı tehdit edici özellikte olsa da meydana gelebilmektedir. Bu etkiler ise hastalığa ve hastaya göre değişebilen özellikte olmakla birlikte umutsuzluğa neden olmaktadır (Arslantaş ve ark, 2010). Hemşirelerin bireyin umut kaynağını bularak umudu geliştirmek için stratejiler geliştirmelidirler (Öz, 2010). Hemşireler umutsuzluk düzeyi yüksek olan hastayı bakım verirken umutsuzluğa neden olan faktörleri, umutsuzluk düzeyini, kullanılmakta olan ve kullanılabileceği baş etme yöntemlerini belirlemelidir. Hemşire umutsuzluğu önlemek ya da azaltmak için umut objelerini düşünmesi, belirlemesi ve destek kaynakları ile paylaşımında bulunması için hastayı desteklemelidir. Ayrıca hastaların umut düzeyini yükseltmek için tedaviden olumlu sonuçlar alan hasta ve yakınları ile görüşmelerini sağlayabilir (Özdaş ve Olgun, 2015).

Kanser hastasının tedavi süresi boyunca yanında olan hemşirelerin, hastayı psikososyal yönden geliştirmesi ve buna yönelik girişimlerde bulunması gereklidir (Çam ve Babacan Gümüş, 2006). Hemşire, hastanın kendi tercihlerini ve isteklerini ifade edebilmesi için ortam oluşturmalıdır. Hastanın yaşadığı sorunları göz önünde bulundurarak olumlu geri bildirimler ile hastanın durumunu yeniden yapılandırmasına destek olmalıdır ve hastanın gelecek ile ilgili olumlu beklentisini artırabilmek için hastanın çözümleyebileceği problemleri düşünmesini ve kısa sürede yapabileceği hedefler koymasını sağlamalıdır. Hasta için destek kaynağı olan aile ve çevresi hastanın hedeflerini ve planlarını konuşarak hastayı desteklemelidir. Hemşire, ailesinin hastaya karşı sevgisini söz ve davranışları ile göstermesi için destek olarak hastanın kendisini iyi hissetmesini sağlamalıdır. Ayrıca hemşire hastaya bakımı sırasında tedavi edici dokunmayı uygulamalıdır (Öz, 2010).

İnsanlar, umut düzeylerini aynı düzeyde belli bir seviyeye kadar sürdürebilmektedir. Bu, tüm insanlarda olduğu gibi hastalarda da görülebilecek bir durumdur. Bu yüzden hastalar gereksinim duydukları yardımı almak için dış çevresine yönelmektedir ve yakınlarının yardım etmesini beklemektedir (Öz, 2010). Hastaların psikososyal destek almaları onların ruh sağlıklarını korumak ve hastalıkla baş edebilmesini sağlamak için önemlidir (Ülger ve ark, 2014). Kanser hastalarının sosyal desteğinin olması hastalık sürecinde çok önemlidir. Sosyal destek hem yardım eden birey için hem de desteği alan birey için olumlu sonuçları olan bir faktördür (Işıkhan, 2007). Sosyal destek; maddi kaynaklar, iş ortamı, diğer sosyal ortamlar gibi unsurları içerir ve kanserli hasta için en önemli sosyal destek yakınlarıdır (Terakye, 2011). Kanser hastalarının sosyal destek sistemleri; aile, akraba çevresi, arkadaşları, sağlık personeli, sosyal hizmet kurumlar, sivil toplum örgütleri ve dernekler olabilmektedir (Işıkhan, 2007). Hastalığın bütün süreçlerini sağlıklı olarak atlatabilmek için hastanın ailesinin hastalığın tanısı ve tedavisi süreçlerinde katılımının sağlanması önemli bir unsurdur. Bu açıdan bakım verenler ile hastaları anlamak için yapılacak çalışmalar hastalık ile oluşan stres ve psikiyatrik sorunların azaltılmasını sağlayabilir (Bahar, 2007). Hastalık süresince hastalara aile ve arkadaşları tarafından verilen sosyal destek hastanın genel olarak iyilik halinde olduğu gibi hastalık sürecinde de olumlu etkileri vardır (Dedeli ve ark, 2008).

2.13. Bakım Verende Sosyal Destek ve Umutsuzluk

Kanser hastalığına bağlı korku, gelecek kaygısı, hastalık ve tedavi sürecinde yaşanan zorluklar nedeniyle oluşan stres hastayı olduğu kadar bakım vereni de etkilemektedir.

Hastanın durumuna göre bakım verenler fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden olumsuz bir şekilde etkilenmektedirler (Çivi ve ark, 2011).

Kanser hastalığının uzun sürmesi, yaşamı tehdit etmesi, günlük rutinleri değiştirmesi, iş ve sosyal hayattan uzak kalmaya neden olması gibi durumlar aileye etkileyerek, bakım verenin mevcut durumuna üzülmeye, kayıplarının yasını tutma ve hasta için kaygı, çaresizlik, umutsuzluk gibi duygular ve depresif duygulanım yaşamasına neden olmaktadır. (Terakye, 2011). Bakım verenler hastalara bakım verme sürecinde sosyal ilişkilerinde sorunlar, aktivitelerinde kısıtlamalar, evlilik ve aile ilişkilerinde gerginlik, psikolojik sıkıntı ve fiziksel sağlığında bozulmalar gibi sorunlar yaşamaktadırlar (Pınar ve ark, 2012). Dolayısıyla kanser, sadece hastalığa yakalanan bireyi değil tüm aileyi etkilemektedir (Kim ve Given, 2008). Bakım verme süresinin uzun olması nedeniyle oluşan gerginlik hem bakım veren hem de hastanın sağlığında olumsuz sonuçlar oluşmasına neden olur (Atagün ve ark, 2011). Bu nedenle kanser hastasına bakım veren bireylerin de destek almaya ve güçlendirilmeye ihtiyaçları vardır. Hasta yakınının güçlendirilmesi hemşirenin görevi olduğu hemşirelik yönetmeliğinde belirtilmektedir (Terakye, 2011). Özellikle kanser hastalığının son döneminde oluşan sorunlar ile baş edebilmek için bakım verenler daha fazla desteğe ihtiyaç duymaktadır. Hemşirelerin bunu sağlamak için aile içinde iletişimi artırmayı sağlamada önemli sorumlulukları vardır (Babaoğlu ve Öz, 2003).

Kanser hastasına bakım verenlerin hastalığa psikolojik olarak uyumu; bakım verdiği hastanın hastalığının evresi, süresi, hastanın prognozunun kötüye gitmesi, stresinin artması ve hastanın semptomlarından etkilenerek yaşam kaliteleri üzerinde farklı sonuçlara neden olabilmektedir. Hemşirelerin kanser hastası ve bakım verenlerinin yaşam kalitesinin yüksek seviyede olabilmesi için hastayı ve bakım verenleri bütüncül olarak ele almalıdır ve hemşirelik bakımını bunu göz önünde bulundurarak planlamalıdır (Yıldız ve ark, 2016). Bakım verenlerin yaşayabilecekleri problemler hakkında onlara önceden bilgi vermek ve baş etme stratejileri belirlemelerini sağlamak önemlidir (Atagün ve ark, 2011). Hastalara umut aşılması için bakım verenlerin de umut düzeylerinin yüksek olması beklenmektedir. Ayrıca bakım verenlerin umut düzeyinin yüksek olması yaşadığı zorluklar ile baş edebilmesinde önemlidir. Bu yüzden hemşirelerin bakım verenlerin umut düzeylerini belirlemede ve etkileyen faktörlerin farkında olmasında onlara yardımcı olmak gibi görevleri de bulunmaktadır (Subaşı ve ark, 2016). Kanser hastasına bakım veren ailenin duygusal yükünün daha fazla artmış olduğu göz önünde bulundurularak aileyi de kapsayacak şekilde bakımı planlanmalıdır (Terakye, 2011).

Aile içinde kanser hastasının bulunması günlük rutinleri etkileyerek ve aile içinde etkileşimi değiştirerek uyum sorunu oluşmasına neden olmaktadır. Bakım veren için aldığı dışında roller ve yeni sorumluluklara sahip olması bakım verenin duygusal olarak yükünü artırır (Terakye, 2011). Bakım verenler uzun süren tedavi sürecinde fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden desteklenmelidir. Ayrıca hemşireler bakım verenlere karşı duyarlı ve şefkatli olarak onların acısını azaltmak için destek olmalıdır (Çavdar, 2011).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

İlişkisel niteliktedir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Aydın Atatürk Devlet Hastanesi kemoterapi ünitesinde ve medikal onkoloji kliniğinde Ekim 2016- Mayıs 2019 tarihleri arasında yapılmıştır.

Aydın Atatürk Devlet Hastanesi kemoterapi ünitesi 21 hasta kapasitesine sahiptir. Günlük hasta sayısı 18-30 arasında değişmektedir. Üniteye dört kemoterapi uygulayan hemşire, bir kan almada görev yapan hemşire, bir biolog ve bir hekim bulunmaktadır. Medikal Onkoloji Kliniği 16 yatak kapasitesine sahiptir. Gündüzleri üç-dört hemşire, gece iki hemşire ve toplam sekiz-dokuz hemşire bulunmaktadır. Kemoterapi ünitesindeki dört hemşire medikal onkoloji servisinde ayda bir tane nöbet tutmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, Medikal Onkoloji kliniğine ayaktan ve yatarak kemoterapi almak için Ocak-Eylül 2017 tarihleri içerisinde başvuran toplam 676 hasta ve bakım vereni oluşturmuştur.

Örnekleme ise, Aydın Atatürk Devlet Hastanesi medikal onkoloji kliniğine ayaktan ve yatarak kemoterapi almak için başvuran araştırmaya alınma kriterlerine uygun olan, evreni bilinen örneklem büyüklüğü hesaplama formülü kullanarak belirlenen 246 kanser hastası ve 246 bakım vereni oluşturmuştur.

Evreni bilinen örneklem büyüklüğünü hesaplama;

$$n = \frac{N \times p \times q \times Z^2}{(N-1) \times d^2}$$

n= Örneklem Büyüklüğü,

N = Evren Büyüklüğü,

p = Evrende Olayın Gözlenme Oranı,

q = Evrende Olayın Gözlenmeme Oranı,

$Z = a = 0.05$

d = Etki Büyüklüğü (Esin M.N, 2014).

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

3.4.1. Hastalar;

- 18 yaşından büyük,
- Sözel iletişim kurabilen,
- En az altı aydır kanser tanısı konmuş olan hastalar araştırmaya dahil edilmiştir.

3.4.2. Bakım Verenler;

- 18 yaşından büyük,
- Sözel iletişim kurabilen,
- En az altı aydır hastaların bakımından primer sorumlu bakım verenler araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırmaya katılmayı kabul eden hasta ve bakım verenler evrenden olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilmiştir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Veriler, araştırmacı tarafından oluşturulan Hasta Bilgi Formu (Ek-1) ve Bakım Veren Bilgi Formu (Ek-2) ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (Ek-3) ve Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) (Ek-4) kullanılarak toplanmıştır.

3.5.1. Hasta Bilgi Formu (Ek-1)

Araştırmacı tarafından oluşturulan yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, birlikte yaşadığı kişilerin bulunma durumu ile ilgili tanıtıcı özellikleri içeren yedi sorudan oluşan bilgi formu kullanılmıştır.

3.5.2. Bakım Veren Bilgi Formu (Ek-2)

Araştırmacı tarafından oluşturulan yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, hastaya yakınlık durumu, bakım verdiği hastanın tanısı, hastaya bakım verme suresi, bakım vermede yardımcı birisinin bulunma durumu ile ilgili tanıtıcı özellikleri içeren on sorudan oluşan bilgi formu kullanılmıştır.

3.5.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek leği (Ek-3)

Çok boyutlu algılanan sosyal destek leği, Zimet ve ark (1988), tarafından geliştirilmiştir. Ülkemizde geçerlik ve güvenirlik alışmaları Eker ve Arkar (1995), tarafından yapılmıştır.

Eker ve Arkar (1995), tarafından geçerlik ve güvenirlik çalışmalarında ölçeğin ve alt ölçeklerin i tutarlılıkları yüksek bulunmuştur. Eker ve Arkar (2001), çok boyutlu algılanan sosyal destek leğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısının 0,80 ile 0,95 arasında olduğunu bulmuşlardır.

Bu araştırmada ölçeğin iç tutarlılığına ilişkin analizler hasta ve bakım verenlerin ÇBASDÖ'den aldıkları puanlar üzerinden yapılmış ve bu ölçeğin tümü için bulunan Cronbach alfa katsayısı sırasıyla 0,882 ve 0,896 olarak bulunmuştur. Bu değerler ölçeğin iç tutarlılığının olduğunu göstermektedir. İ tutarlılığın da güvenirliğinin bir kanıtı olduğu düşünüldüğünde, ölçümlerin güvenilir olduğu söylenebilir.

Ölçek, 12 maddeden oluşmaktadır. Aile (3, 4, 8 ve 11. maddeler), arkadaş (6, 7, 9 ve 12. maddeler) ve özel bir insan (1, 2, 5 ve 10. maddeler) desteği olmak üzere üç boyutu içermektedir. (Eker ve Arkar, 1995). Bu grupların her biri dört durumdan oluşmaktadır. Ölçek 1 puan 'kesinlikle katılmıyorum' dan 7 puan 'kesinlikle katılıyorum' a kadar 7 aralıklı ölçek

kullanılarak derecelendirilmektedir (Zimet ve ark, 1988). Ölçekten en az 12 en fazla 84 puan alınabilmektedir.

Her alt ölçekteki dört durumun puanlarının toplamı alt ölçek puanını, toplam puan ise ölçeğin toplam puanını vermektedir. Alınan puanın yüksek olması algılanan sosyal destek düzeyinin fazla olduğunu göstermektedir (Eker ve Arkar, 1995; Eker ve ark. 2001).

3.5.4. Beck Umutsuzluk Ölçeği (Ek-4)

Beck umutsuzluk ölçeği, Beck ve Weissman (1974), tarafından geliştirilmiştir. 294 intihar girişimi olan hastanede yatan hasta üzerinde uygulanmıştır ve ölçeğin iç tutarlılığı analiz edilmiş Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,93 bulunmuştur (Beck ve ark, 1974). Ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Seber, Dilbaz, Kaptanoğlu ve Tekin tarafından yapılmıştır (Seber ve ark, 1993). Seber ve ark (1993), umutsuzluk ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ölçeğin tümü için Cronbach alfa katsayısını 0,86 olarak bulmuşlardır.

Bu araştırmada ölçeğin iç tutarlılığına ilişkin analizler hasta ve bakım verenlerin BUÖ'den aldıkları puanlar üzerinden yapılmış ve bu ölçeğin tümü için bulunan Cronbach alfa katsayısı sırasıyla 0,811 ve 0,811 olarak bulunmuştur. Bu değerler ölçeğin iç tutarlılığının olduğunu göstermektedir. İç tutarlılığın da güvenilirliğinin bir kanıtı olduğu düşünüldüğünde, ölçümlerin güvenilir olduğu söylenebilir.

Durak ve Palabıyıkoglu (1994), fiziksel ve psikiyatrik hastalar dahil edilerek geniş bir örneklem üzerinde ölçeğin geçerlik ve faktör yapısını incelemek için çalışma yapmışlardır.

Beck umutsuzluk ölçeği 20 doğru-yanlış durumdan oluşmaktadır. Bunlardan 11'i doğru, 9'u yanlıştır. Her cevap 0 ya da 1 puan almaktadır. Puanların toplamı umutsuzluk skorunu oluşturmaktadır. Ölçekten alınan puanın yüksek olması umutsuzluk düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. 1, 6, 13, 15 ve 19. maddeler gelecek hakkındaki duyguları; 2, 3, 9, 11, 12, 16, 17 ve 20. maddeler motivasyon kaybını; 4, 7, 8, 14 ve 18. maddeler gelecek ile ilgili beklentileri ifade etmektedir (Beck ve ark, 1974).

3.6. Verilerin Toplanması

Aydın Kamu Hastaneler Kurumu Genel Sekreterliğinden yazılı izin (Ek-6) alındıktan sonra araştırmanın ön uygulaması araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan on hasta ve bakım veren üzerinde yapılmıştır. Ön uygulama sırasında anlaşılmayan ya da eksiklik olan sorularda değişiklikler yapılmıştır. Ön uygulamaya alınan hasta ve bakım verenler araştırmanın örneklem grubuna dahil edilmemiştir.

Araştırmanın verileri, Ocak 2017- Mayıs 2018 tarihleri arasında 247 hasta ve bakım verenden toplanmıştır. Araştırma hesaplanan örneklem sayısına ulaşıncaya kadar haftanın 3-4 günü ayaktan ve yatarak kemoterapi almak için kemoterapi ünitesine ve medikal onkoloji kliniğine gelen, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan her hasta ve bakım veren ile 20- 25 dk süren yüz yüze görüşme yolu ile veriler toplanmıştır. Veri toplama formundaki soruları kendisi cevaplayamayan hasta ve bakım verenlerden veriler, araştırmacı tarafından okunarak toplanmıştır. Araştırma öncesinde hasta ve bakım verenlere yapılan araştırma ile ilgili bilgi verildikten sonra bilgilendirilmiş gönüllü olur formu kullanılarak olurları alınmıştır.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

3.7.1. Bağımlı değişkenler

Sosyal destek ve umutsuzluk düzeyi

3.7.2. Bağımsız değişkenler

Hastaların (yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, birlikte yaşadığı kişilerin bulunma durumu) ve bakım verenlerin (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, hastaya yakınlık durumu, bakım verdiği hastanın tanısı, hastaya bakım verme süresi, bakım vermede yardımcı olan birisinin bulunma durumu) tanıtıcı özellikleri

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmacı tarafından verilerin bilgisayar ortamına girişi yapılarak ve SPSS 20 Paket programı kullanarak uygun testler ile istatistiksel analizler gerçekleştirilmiştir. Araştırmada

hasta ve bakım verenlerden elde edilen tüm veriler için tanımlayıcı istatistikler yapılmıştır. Tüm tanımlayıcı istatistikler frekans dağılımları, ortalama, standart sapma ve minimum maksimum değerler olarak gösterilmiştir. Araştırmada kullanılan verilerin normallik testleri Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile yapılmıştır. Ayrıca grupların normal dağılıma uygunlukları grafiksel olarak da incelenmiştir. Araştırma verileri normal dağılım göstermediği için non parametrik testlerden ikili grupların karşılaştırılması için Mann-Whitney U (MW) testi, çoklu grupların karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis (KW) testleri kullanılmıştır. Fark bulunduğu durumlarda farklılık kaynağı Mann Whitney U testleri ile araştırılmıştır (Büyüköztürk, 2017). Hasta ve bakım verenlerde ölçeklerin Cronbach Alpha iç tutarlılık değeri hesaplanmıştır.

Algılanan sosyal destek puanları ile umutsuzluk puanları arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını test etmek için Spearman Sıra Farkları Korelasyon Katsayısı (r_s) hesaplanmıştır. Burada her iki değişkene ait dağılımlar normal dağılım göstermediğinden Pearson Momentler Çarpım Korelasyon Katsayısının parametrik olmayan versiyonu olan (r_s) hesaplanmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği

Araştırma kapsamına alınan hasta ve bakım verenlerinin evrenden olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilmiş olması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Bu nedenle araştırmanın sonuçları bu araştırma grubuna genellenebilir.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (EK-5), Aydın Kamu Hastaneler Kurumu Genel Sekreterliğinden (EK-6) ve ölçeklerin Türkçe uyarlamasını yapan yazarlardan (EK-7) olurları alındı. Hastalara ve bakım verenlere çalışmanın amacı anlatılarak sözlü ve yazılı onamları alındı. Böylelikle 'aydınlatılmış onam ilkesi' etik ilkesi yerine getirilmiş oldu. Hastalara istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları belirtilerek 'özerklik' ilkesi, kişisel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı söylenerek 'gizlilik ve gizliliğin korunması' ilkesine uyulmasına özen gösterildi. Elde edilen bilgilerin ve cevaplayanın kimliğinin gizli kalacağı belirtilerek 'kimliksizlik ve güvenlik' ilkesi yerine getirildi.

4. BULGULAR

Aydın Atatürk Devlet Hastanesi medikal onkoloji kliniğine kemoterapi almak için başvuran kanser hastası ve bakım verenlerin algıladığı sosyal destek ile umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan araştırma bulguları bu bölümde verilmiştir.

Araştırmada bulgular bölümü dört alt bölümde tasarlanmıştır. Bunlar; “hasta ve bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular”, “hastaların algılanan sosyal destek ve umutsuzluk düzeyine ilişkin bulgular” ve “bakım verenlerin algılanan sosyal destek ve umutsuzluk düzeyine ilişkin bulgular”, “hastalarda ve bakım verenlerde algılanan sosyal destek ile umutsuzluk düzeyleri ilişkisine ait bulgular” dır.

4.1. Hasta ve Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine göre Dağılımı (S=247)

Değişkenler	S	%
Yaş		
26-35	6	2,4
36-45	20	8,1
46-55	43	17,4
56-65	92	37,2
66 ve üzeri	86	34,8
Cinsiyet		
Erkek	117	47,4
Kadın	130	52,6
Medeni Durum		
Bekar	39	15,8
Evli	208	84,2

Tablo 4.1.1. (devam) Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine göre Dağılımı (S=247)

Değişkenler	S	%
Eğitim Durumu		
Okur-Yazar değil	28	11,3
İlköğretim	176	71,3
Lise ve üzeri	43	17,4
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	226	91,5
Çalışıyor	21	8,5
Gelir Durumu		
Geliri Az	105	42,5
Geliri Normal	142	57,5
Yaşam Şekli		
Yalnız	18	7,3
Eş ile	113	45,7
Eş ve Çocuk	85	34,4
Diğer	31	12,6
Toplam	247	100

Araştırmaya katılan hastaların %47,4'ünün erkek, %52,6'sının kadın, %37,2'sinin 56-65 yaşları arasında, %84,2'sinin evli, %71,3'ünün eğitimi ilköğretim düzeyinde, %91,5'inin çalışmadığı, % 57,5'inin gelir durumu normal düzeyde ve %45,7'sinin eşi ile yaşadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.1.1).

Tablo 4.1.2. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri ve Bakım Verici Rolüne göre Dağılımı (S=247)

Değişkenler	S	%
Yaş		
18-25	13	5,3
26-35	30	12,1
36-45	62	25,1
46-55	66	26,7
56-65	50	20,2
66 ve üzeri	26	10,5
Cinsiyet		
Erkek	113	45,7
Kadın	134	54,3
Medeni Durum		
Bekar	32	13,0
Evli	215	87,0
Eğitim Durumu		
Okur-Yazar değil	8	3,2
İlköğretim	147	59,5
Lise ve üzeri	92	37,2
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	163	66,0
Çalışıyor	84	34,0

Tablo 4.1.2. (devam) Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri ve Bakım Verici Rolüne göre Dağılımı (S=247)

Değişkenler	S	%
Gelir Durumu		
Geliri Az	82	33,2
Geliri Normal	165	66,8
Hastaya Yakınlık		
Eş	120	48,6
Çocuk	12	4,9
Ebeveyn	87	35,2
Kardeş	17	6,9
Diğer	11	4,5
Hastanın Tanısı		
Akciğer	51	20,6
Meme	61	24,7
Mide	7	2,8
Kolon	38	15,4
Diğer(özefagus, mesane, böbrek)	90	36,4
Bakım Süresi		
6 ay- 1 yıl	133	53,8
1 yıl üzeri	114	46,2
Yardımcı Birisinin Bulunma Durumu		
Yok	110	44,5
Var	137	55,5
Toplam	247	100

Bakım verenlerin %45,7'sinin erkek, % 54,3'ünün kadın, %26,7'sinin 46-55 yaşları arasında, %87'sinin evli, %59,5'inin eğitim durumu ilköğretim düzeyinde, %66'sının çalışmadığı, %66,8'inin gelir durumu normal düzeyde, %48,6'sının eşine bakım verdiği, %36,4'ünün diğer (özefagus, mesane, böbrek, vb) kanser türleri tanısını konmuş hastalara bakım verdiği, %53,8'inin 6 ay-1 yıl süresince bakım verdiği, %55,5'inin hastaya bakımında yardımcı birisinin var olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.1.2).

4.2. Hastaların Algılanan Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeyine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan hastaların algılan sosyal destek ölçeği ve umutsuzluk ölçeğinin toplam ve tüm alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı ve hastaların tanıtıcı özelliklerine göre algılanan sosyal destek ve umutsuzluk düzeylerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.2.1. Hastaların ÇBASDÖ ve BUÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçekler	$\bar{X} \pm SS$
ÇBASDÖ Alt Boyutları	
Aile Desteği	26,80±2,79
Arkadaş Desteği	20,44±8,15
Özel Kişi Desteği	20,61±7,99
Toplam	67,85±15,84
BUÖ Alt Boyutları	
Gelecek Hakkındaki Duygular	0,72±1,21
Motivasyon Kaybı	1,74±1,94
Gelecek ile İlgili Beklentileri	2,53±1,09
Toplam	5,32±3,74

Hastaların ÇBASDÇ ve BUÖ'den aldıkları puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.2.1.'de gösterilmektedir. Hastaların “algılanan sosyal destek toplam” puan ortalaması (67,85±15,84), “algılanan aile desteği” puan ortalaması (26,80±2,79), “algılanan arkadaş desteği” puan ortalaması (20,44±8,15), “algılanan özel kişi desteği” puan ortalaması (20,61±7,99), olarak bulunmuştur.

Hastaların “umutsuzluk toplam” puan ortalaması (5,32±3,74), “gelecek hakkındaki duygular” puan ortalaması (0,72±1,21), “motivasyon kaybı” puan ortalaması (1,74±1,94), “gelecek ile ilgili beklentiler” puan ortalaması (2,53±1,09) olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.2.2. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine göre ÇBASDÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Aile	Arkadaş	Özel İnsan	Algılanan Sosyal Destek Toplam
	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
Yaş*				
26-35	27,50±0,84	22,67±5,47	16,00±9,12	66,17±10,46
36-45	26,20±3,29	21,60±6,79	19,65±8,85	67,45±16,29
46-55	26,60±2,85	20,44±8,49	19,14±8,45	66,19±16,28
56-65	26,67±2,98	21,37±7,87	22,47±6,56	70,51±14,44
66 ve üzeri	27,13±2,50	19,02±8,64	19,91±8,60	66,06±17,12
Test değeri	$\chi^2=9,455$	$\chi^2=4,213$	$\chi^2=7,971$	$\chi^2=4,258$
p değeri	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Cinsiyet**				
Erkek	26,74±2,99	19,84±8,13	20,09±7,90	66,67±15,72
Kadın	26,86±2,60	20,98±8,17	21,08±8,07	68,92±15,92
Test değeri	U=7352	U=6919	U=6901	U=6865
p değeri	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Medeni Durum**				
Bekar	26,62±2,64	18,90±8,91	18,08±8,77	63,59±16,58
Evli	26,84±2,82	20,73±7,99	21,09±7,76	68,65±15,60
Test değeri	U=3860	U=3610	U=3351	U=3379
p değeri	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05

*Kruskal Wallis Testi **Mann Whitney U Testi

Hastaların yaşı ile ÇBASDÖ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması için yapılan Kruskal Wallis testine göre; yaş ile sosyal destek ölçeğinin toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05; Tablo 4.2.2).

Hastaların cinsiyeti ile ÇBASDÖ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması için yapılan Mann Whitney U testine göre; cinsiyet ile sosyal destek ölçeğinin toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$; Tablo 4.2.2).

Hastaların medeni durumu ile ÇBASDÖ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması için yapılan Mann Whitney U testine göre; medeni durum ile sosyal destek ölçeğinin toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$; Tablo 4.2.2).

Tablo 4.2.2. (devam) Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine göre ÇBASDÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Aile	Arkadaş	Özel İnsan	Algılanan Sosyal Destek Toplam
	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
Eğitim Durumu*				
Okur-Yazar değil	26,86±2,89	15,61±10,29	16,96±9,37	59,43±19,30
İlköğretim	26,93±2,73	20,63±8,09	21,03±7,90	68,58±15,82
Lise ve Üzeri	26,26±2,94	22,84±5,14	21,28±6,86	70,37±11,40
Test değeri	$\chi^2=5,683$	$\chi^2=7,019$	$\chi^2=5,004$	$\chi^2=5,708$
p değeri	$p>0,05$	$p<0,05$ 2>1 3>1	$p>0,05$	$p>0,05$
Çalışma Durumu**				
Çalışmıyor	26,89±2,74	20,27±8,25	20,63±8,04	67,79±16,08
Çalışıyor	25,90±3,21	22,24±6,96	20,43±7,63	68,57±13,29
Test değeri	U=1787	U=2053	U=2305	U=2333
p değeri	$p<0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$
Gelir Durumu**				
Geliri Az	26,74±2,88	18,13±9,10	18,91±8,47	63,79±17,48
Geliri Normal	26,85±2,73	22,15±6,92	21,87±7,39	70,86±13,81
Test değeri	U=7143	U=5724	U=5800	U=5828
p değeri	$p>0,05$	$p<0,05$	$p<0,05$	$p<0,05$

*Kruskal Wallis Testi **Mann Whitney U Testi

Hastaların eğitim durumu ile ÇBASDÖ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması için yapılan Kruskal Wallis testine göre; eğitim durumu ile sosyal destek toplam, aile ve özel insan desteği alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$), arkadaş desteği alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Mann Whitney U testi ile gruplar arası farklılığın kaynağına bakıldığında ise eğitim durumu ilköğretim, lise ve üzeri olan hastaların arkadaş desteği alt boyut puan ortalamalarının, okur-yazar olmayan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.2.2).

Hastaların çalışma durumu ile ÇBASDÖ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması için yapılan Mann Whitney U testine göre; çalışma durumu ile sosyal destek toplam, arkadaş ve özel insan desteği alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$), aile desteği alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Çalışmayan hastaların aile desteği puan ortalamalarının, çalışan hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2.2).

Hastaların gelir durumu ile ÇBASDÖ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması için yapılan Mann Whitney U testine göre; gelir durumu ile aile desteği alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$), sosyal destek toplam, arkadaş ve özel insan desteği alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Geliri normal olan hastaların aldıkları puan ortalamaları, geliri az olan hastalara göre daha yüksek olduğu da görülmektedir (Tablo 4.2.2).

Tablo 4.2.2. (devam) Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine göre ÇBASDÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Aile	Arkadaş	Özel İnsan	Algılanan Sosyal Destek Toplam $\bar{X}\pm SS$
	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	
Yaşam Şekli*				
Yalnız	25,61±3,15	16,94±8,97	17,44±7,94	60,00±16,67
Eş ile	26,81±2,77	19,68±8,27	20,85±7,85	67,35±15,91
Eş ve Çocuk	26,87±2,94	21,76±7,52	21,18±7,79	69,81±15,33
Diğer	27,26±2,03	21,61±8,35	20,03±8,95	68,90±15,68
Test değeri	$\chi^2=8,250$	$\chi^2=9,709$	$\chi^2=4,145$	$\chi^2=7,103$
p değeri	p<0,05	p<0,05	p>0,05	p>0,05
	2>1	3>1		
	3>1	3>2		
	4>1	4>1		

*Kruskal Wallis Testi **Mann Whitney U Testi

Hastaların yaşam şekli ile ÇBASDÖ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması için yapılan Kruskal Wallis testine göre; yaşam şekli ile sosyal destek toplam ve özel insan desteği alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken (p>0,05), aile ve arkadaş desteği alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0,05). Mann Whitney U testi ile farklılığın kaynağına bakıldığında ise yalnız yaşayan hastaların eş, eşi ve çocuğu ve diğer bireyler ile yaşayan hastalara göre aile desteği alt boyut puan ortalamalarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hem eş hem de çocuk ile yaşayan hastaların yalnız ve eşi ile yaşayan hastalara göre arkadaş desteği alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, diğer bireyler ile yaşayan hastaların ise yalnız yaşayan hastalara göre arkadaş desteği alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.2.2).

Tablo 4.2.3. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine göre BUÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Gelecek ile İlgili Duygular	Motivasyon Kaybı	Gelecek ile İlgili Beklentiler	Umutsuzluk Toplam
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Yaş*				
26-35	0,33±0,52	0,83±0,75	2,17±1,17	3,50±1,87
36-45	1,20±1,85	2,15±2,52	2,65±1,23	6,40±5,63
46-55	0,77±1,29	1,77±1,91	2,77±1,07	5,60±3,77
56-65	0,57±1,03	1,60±1,92	2,41±1,02	4,85±3,47
66 ve üzeri	0,79±1,19	1,86±1,89	2,53±1,13	5,55±3,52
Test değeri	$\chi^2=2,776$	$\chi^2=2,860$	$\chi^2=4,147$	$\chi^2=4,355$
p değeri	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Cinsiyet**				
Erkek	0,86±1,20	1,95±1,81	2,62±1,13	5,72±3,38
Kadın	0,60±1,21	1,56±2,04	2,45±1,05	4,95±4,01
Test değeri	U=6344	U=6224	U=6230	U=6125
p değeri	p<0,05	p<0,05	p>0,05	p<0,05
Medeni Durum**				
Bekar	0,97±1,31	2,13±2,15	2,74±1,09	6,31±4,11
Evlü	0,68±1,19	1,67±1,90	2,49±1,09	5,13±3,64
Test değeri	U=3374	U=3482	U=3501	U=3293
p değeri	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Eğitim Durumu*				
Okur-Yazar Değil	0,71±1,33	2,25±2,38	2,79±0,96	6,21±4,095
İlköğretim	0,77±1,24	1,74±1,92	2,52±1,090	5,33±3,77
Lise ve Üzeri	0,53±1,01	1,42±1,67	2,42±1,16	4,67±3,28
Test değeri	$\chi^2=3,286$	$\chi^2=1,218$	$\chi^2=1,694$	$\chi^2=2,898$
p değeri	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Çalışma Durumu**				
Çalışmıyor	0,75±1,23	1,73±1,95	2,52±1,09	5,31±3,74
Çalışıyor	0,43±0,98	1,95±1,91	2,67±1,06	5,38±3,83
Test değeri	U=2033	U=2177	U=2224	U=2361
p değeri	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05

*Kruskal Wallis Testi **Mann Whitney U Testi

Hastaların yaşı ile BUÖ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması için yapılan Kruskal Wallis testine göre; yaş ile umutsuzluk ölçeğinin toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05; Tablo 4.2.3).

Hastaların cinsiyeti ile BUÖ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması için yapılan Mann Whitney U testine göre; cinsiyet ile gelecek ile ilgili beklentiler alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenirken ($p>0,05$) umutsuzluk ölçeği toplam, gelecek ile ilgili duygular ve motivasyon kaybı alt boyut puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Kadın hastaların erkek hastalara göre aldıkları puan ortalamalarının daha düşük olduğu görülmektedir. ($p<0,05$; Tablo 4.2.3).

Hastaların medeni durumu ile BUÖ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması için yapılan Mann Whitney U testine göre; medeni durum ile umutsuzluk ölçeğinin toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$; Tablo 4.2.3).

Hastaların eğitim durumu ile BUÖ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması için yapılan Kruskal Wallis testine göre; eğitim durumu ile umutsuzluk ölçeğinin toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$; Tablo 4.2.3).

Hastaların çalışma durumu ile BUÖ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması için yapılan Mann Whitney U testine göre; çalışma durumu ile umutsuzluk ölçeğinin toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$; Tablo 4.2.3).

Tablo 4.2.3. (devam) Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine göre BUÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Gelecek ile İlgili Duygular	Motivasyon Kaybı	Gelecek ile İlgili Beklentiler	Umutsuzluk Toplam
	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
Gelir Durumu**				
Geliri Az	1,02±1,43	2,24±2,24	2,70±1,13	6,38±4,36
Geliri Normal	0,51±0,97	1,38±1,60	2,40±1,04	4,53±2,98
Test değeri	U=6135	U=6029	U=6290	U=5810
p değeri	p<0,05	p<0,05	p<0,05	p<0,05
Yaşam Şekli*				
Yalnız	1,17±1,58	2,83±2,28	2,94±1,21	7,67±4,75
Eş ile	0,81±1,27	1,73±1,86	2,51±1,11	5,40±3,68
Eş ve Çocuk	0,54±1,12	1,51±1,94	2,38±1,06	4,65±3,63
Diğer	0,68±0,94	1,81±1,90	2,77±0,96	5,48±3,10
Test değeri	$\chi^2=5,131$	$\chi^2=8,111$	$\chi^2=6,493$	$\chi^2=11,131$
p değeri	p>0,05	p<0,05	p>0,05	p<0,05
		1>2		1>2
		1>3		1>3

*Kruskal Wallis Testi **Mann Whitney U Testi

Hastaların gelir durumu ile BUÖ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması için yapılan Mann Whitney U testine göre; gelir durumu ile umutsuzluk ölçeğinin toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0,05). Geliri az olan hastaların umutsuzluk toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları, geliri normal olan hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.3).

Hastaların yaşam şekli ile BUÖ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması için yapılan Kruskal Wallis testine göre; yaşam şekli ile gelecek ile ilgili duygular ve gelecek ile ilgili beklentiler alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilirken (p>0,05), umutsuzluk ölçeği toplam ve motivasyon kaybı alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0,05). Mann Whitney testi ile farklılık kaynağına bakıldığında yalnız yaşayan hastaların eşi ile, eş ve çocuğu ile yaşayan hastalara göre aldıkları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.3).

4.3. Bakım Verenlerin Algılanan Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeyine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan bakım verenlerin algılanan sosyal destek ve umutsuzluk ölçeği toplam ve tüm alt boyutlarından alınan puan ortalamalarının dağılımı ve bakım verenlerin tanıtıcı özellikleri ve bakım verici rolüne göre algılanan sosyal destek ve umutsuzluk düzeylerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.3.1. Bakım Verenlerin ÇBASDÖ ve BUÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçekler	$\bar{X} \pm SS$
ÇBASDÖ Alt Boyutları	
Aile Desteği	25,53±4,26
Arkadaş Desteği	21,57±7,12
Özel Kişi Desteği	20,63±7,62
Toplam	67,74±15,99
BUÖ Alt Boyutları	
Gelecek Hakkındaki Duygular	0,61±1,13
Motivasyon Kaybı	1,72±1,92
Gelecek ile İlgili Beklentileri	2,53±1,09
Toplam	5,16±3,68

Bakım verenlerin ÇBASDÖ ve BUÖ'den aldıkları puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.3.1' de gösterilmektedir. Bakım verenlerin “algılanan sosyal destek toplam” puan ortalaması (67,74±15,99), “algılanan aile desteği” puan ortalaması (25,53±4,26), “algılanan arkadaş desteği” puan ortalaması (21,57±7,12), “algılanan özel kişi desteği” puan ortalaması (20,63±7,62), olarak bulunmuştur.

Bakım verenlerin “umutsuzluk toplam” puan ortalaması (5,16±3,68), “gelecek hakkındaki duygular” puan ortalaması (0,61±1,13), “motivasyon kaybı” puan ortalaması (1,72±1,92), “gelecek ile ilgili beklentiler” puan ortalaması (2,53±1,09) olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.3.2. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri ve Bakım Verici Rolüne göre ÇBASDÖ’den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Aile	Arkadaş	Özel İnsan	Algılanan Sosyal Destek Toplam
	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
Yaş*				
18-25	24,62±4,61	22,77±7,14	18,77±9,44	66,15±16,54
26-35	26,13±2,93	21,73±7,00	20,83±8,23	68,70±15,98
36-45	25,11±5,42	21,06±7,26	19,68±8,41	65,85±17,95
46-55	25,59±3,91	21,80±7,27	20,55±7,41	67,94±15,16
56-65	25,70±3,74	20,60±7,75	20,94±7,21	67,24±16,51
66 ve üzeri	25,85±4,23	23,31±5,27	23,19±4,67	72,35±11,67
Test değeri	$\chi^2=2,073$	$\chi^2=2,714$	$\chi^2=2,561$	$\chi^2=2,233$
p değeri	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Cinsiyet**				
Erkek	25,45±4,84	21,30±7,16	20,68±7,96	67,43±17,48
Kadın	25,60±3,71	21,81±7,11	20,58±7,36	67,99±14,68
Test değeri	U=7303	U=7264	U=7279	U=7327
p değeri	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Medeni Durum**				
Bekar	24,88±4,61	22,38±6,74	19,91±8,75	67,16±15,35
Evli	25,63±4,21	21,46±7,19	20,73±7,46	67,82±16,11
Test değeri	U=3022	U=3235	U=3332	U=3258
p değeri	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Eğitim Durumu*				
Okur-Yazar Değil	24,38±4,34	22,00±5,88	20,75±7,57	67,13±13,96
İlköğretim	25,84±3,81	21,14±7,55	20,87±7,51	67,85±16,19
Lise ve Üzeri	25,15±4,89	22,23±6,51	20,23±7,86	67,61±15,99
Test değeri	$\chi^2=2,421$	$\chi^2=0,483$	$\chi^2=0,416$	$\chi^2=0,256$
p değeri	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05

*Kruskal Wallis Testi **Mann Whitney U Testi

Bakım verenlerin yaşı ile ÇBASDÖ’den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması için yapılan Kruskal Wallis testine göre; yaş ile sosyal destek ölçeğinin toplam ve tüm alt

boyut puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$; Tablo 4.3.2).

Bakım verenlerin cinsiyeti ile ÇBASDÖ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması için Mann Whitney U testine göre; cinsiyet ile sosyal destek ölçeğinin toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$; Tablo 4.3.2).

Bakım verenlerin medeni durumu ile ÇBASDÖ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması için yapılan Mann Whitney U testine göre; medeni durum ile ölçeğin toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$; Tablo 4.3.2).

Bakım verenlerin eğitim durumu ile ÇBASDÖ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması için yapılan Kruskal Wallis testine göre; eğitim durumu ile sosyal destek ölçeğinin toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$; Tablo 4.3.2).

Tablo 4.3.2. (devam) Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri ve Bakım Verici Rolüne göre ÇBASDÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Aile	Arkadaş	Özel İnsan	Algılanan Sosyal Destek Toplam
	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
Çalışma Durumu**				
Çalışmıyor	25,62±3,85	21,42±7,32	20,56±7,33	67,60±15,33
Çalışıyor	25,37±4,97	21,88±6,75	20,76±8,21	68,01±17,29
Test değeri	U=6725	U=6736	U=6501	U=6479
p değeri	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$
Gelir Durumu**				
Geliri Az	25,51±3,58	20,00±8,10	18,76±8,31	64,27±16,76
Geliri Normal	25,55±4,57	22,36±6,47	21,56±7,10	69,46±15,35
Test değeri	U=6190	U=5526	U=5489	U=5399
p değeri	$p>0,05$	$p<0,05$	$p<0,05$	$p<0,05$

*Kruskal Wallis Testi **Mann Whitney U Testi

Bakım verenlerin çalışma durumu ile ÇBASDÖ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması için yapılan Mann Whitney U testine göre; çalışma durumu ile sosyal destek ölçeğinin toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$; Tablo 4.3.2).

Bakım verenlerin gelir durumu ile ÇBASDÖ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması için yapılan Mann Whitney U testine göre; gelir durumu ile aile desteği alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenirken ($p>0,05$), sosyal destek toplam, arkadaş ve özel insan desteği alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Gelir durumu normal olan bakım verenlerin aldıkları puan ortalamalarının, gelir durumu az olan bakım verenlere göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.3.2).

Tablo 4.3.2. (devam) Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri ve Bakım Verici Rolüne göre ÇBASDÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Aile	Arkadaş	Özel İnsan	Algılanan Sosyal Destek Toplam
	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
Hastaya Yakınlık Durumu*				
Eş	24,73±5,03	21,28±7,10	19,94±7,70	65,94±16,97
Çocuk	24,67±4,98	19,50±8,89	17,67±7,75	61,83±19,50
Ebeveyn	26,31±3,16	22,28±7,27	22,01±7,34	70,60±14,99
Kardeş	27,65±0,86	20,47±6,55	18,94±8,26	67,06±12,30
Diğer	25,91±3,02	23,27±4,65	23,00±6,45	72,18±9,64
Test değeri	$\chi^2=9,309$	$\chi^2=4,594$	$\chi^2=8,512$	$\chi^2=6,482$
p değeri	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$
Hastanın Tanısı*				
Akciğer	25,06±3,89	20,86±7,59	21,16±7,08	67,08±16,27
Meme	25,57±5,22	22,13±6,67	21,25±7,73	68,95±16,79
Mide	26,71±2,98	26,43±1,51	23,71±4,54	76,86±6,74
Kolon	25,47±3,83	22,61±5,79	19,97±7,77	68,05±15,0
Diğer	25,71±4,03	20,79±7,77	19,94±7,99	66,44±16,15
Test değeri	$\chi^2=3,231$	$\chi^2=4,231$	$\chi^2=2,031$	$\chi^2=3,624$
p değeri	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$
Bakım Süresi**				
6ay-1yıl	25,61±4,47	21,83±6,91	20,23±7,97	67,67±16,31
1yıl üzeri	25,45±4,01	21,28±7,39	21,09±7,20	67,82±15,67
Test değeri	U=7257	U=7356	U=7259	U=7523
p değeri	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$	$p>0,05$

*Kruskal Wallis Testi **Mann Whitney U Testi

Bakım verenlerin hastaya yakınlık durumu ile ÇBASDÖ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması için yapılan Kruskal Wallis testine göre; hastaya yakınlık durumu ile sosyal destek ölçeğinin toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$; Tablo 4.3.2).

Bakım verenlerin bakım verdiği hastanın tanısı ile ÇBASDÖ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması için yapılan Kruskal Wallis testine göre; bakım verdiği hastanın tanısı ile sosyal destek ölçeğinin toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$; Tablo 4.3.2).

Bakım verenlerin bakım süresi ile ÇBASDÖ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması için yapılan Mann Whitney U testine göre; bakım süresi ile sosyal destek ölçeğinin toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$; Tablo 4.3.2).

Tablo 4.3.2. (devam) Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri ve Bakım Verici Rolüne göre ÇBASDÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Aile	Arkadaş	Özel İnsan	Algılanan Sosyal Destek Toplam
	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
Yardımcı Birisinin Bulunma Durumu**				
Yok	24,28±5,23	20,05±7,87	18,73±7,72	63,05±17,41
Var	26,54±2,92	22,80±6,23	22,15±7,22	71,50±13,69
Test değeri	U=5704	U=6005	U=5488	U=5264
p değeri	p<0,05	p<0,05	p<0,05	p<0,05

*Kruskal Wallis Testi **Mann Whitney U Testi

Bakım verenlerin bakım vermede yardımcı birisi bulunma durumu ile ÇBASDÖ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması için yapılan Mann Whitney U testine göre; bakım vermede yardımcı birisi bulunma durumu ile sosyal destek ölçeği toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Bakım vermede yardımcı birisi bulunmayan bakım verenlerin sosyal destek toplam ve tüm alt boyutlardan aldıkları puan ortalamalarının, bakım vermede yardımcı birisi bulunan bakım verenlere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.3.2).

Tablo 4.3.3. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri ve Bakım Verici Rolüne göre BUÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Gelecek ile İlgili Duygular	Motivasyon Kaybı	Gelecek ile İlgili Beklentiler	Umutsuzluk Toplam
	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
Yaş*				
18-25	0,46±0,78	1,77±2,20	2,92±1,26	5,54±3,93
26-35	0,40±1,04	1,63±2,03	2,33±1,30	4,63±4,06
36-45	0,71±1,23	1,98±2,08	2,37±1,09	5,35±3,96
46-55	0,76±1,31	1,59±2,08	2,55±1,026	5,20±3,95
56-65	0,60±1,07	1,44±1,37	2,54±1,09	4,86±2,98
66 ve üzeri	0,35±0,63	2,04±1,80	2,85±0,88	5,58±3,05
Test değeri	$\chi^2=3,389$	$\chi^2=4,013$	$\chi^2=7,009$	$\chi^2=3,787$
p değeri	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Cinsiyet**				
Erkek	0,65±1,24	1,93±1,98	2,53±1,10	5,41±3,85
Kadın	0,57±1,04	1,54±1,85	2,52±1,09	4,95±3,52
Test değeri	U=7524	U=6622	U=7568	U=7151
p değeri	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Medeni Durum**				
Bekar	0,75±1,39	1,84±2,14	2,72±1,28	5,66±4,41
Evli	0,59±1,09	1,70±1,89	2,50±1,06	5,08±3,56
Test değeri	U=3365	U=3363	U=3068	U=3288
p değeri	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Eğitim Durumu*				
Okur-Yazar Değil	0,75±1,16	2,38±1,85	2,63±1,30	6,13±4,26
İlköğretim	0,70±1,22	1,96±2,09	2,66±1,00	5,64±3,83
Lise ve Üzeri	0,46±0,97	1,28±1,53	2,30±1,19	4,30±3,23
Test değeri	$\chi^2=2,918$	$\chi^2=5,632$	$\chi^2=6,140$	$\chi^2=9,047$
p değeri	p>0,05	p>0,05	p<0,05	p<0,05
			2>3	2>3
Çalışma Durumu**				
Çalışmıyor	0,64±1,16	1,80±1,90	2,62±1,08	5,35±3,63
Çalışıyor	0,55±1,08	1,57±1,95	2,35±1,09	4,79±3,75
Test değeri	U=6480	U=6248	U=5939	U=5942
p değeri	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Gelir Durumu**				
Geliri Az	0,89±1,31	2,20±2,15	2,88±1,04	6,34±4,01
Geliri Normal	0,47±1,00	1,48±1,76	2,35±1,08	4,57±3,36
Test değeri	U=5438	U=5484	U=4997	U=4864
p değeri	p<0,05	p<0,05	p<0,05	p<0,05

*Kruskal Wallis Testi **Mann Whitney U Testi

Bakım verenlerin yaşı ile BUÖ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması için yapılan Kruskal Wallis testine göre; yaş ile umutsuzluk ölçeği toplam ve tüm alt boyut puan

ortalamlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$; Tablo 4.3.3).

Bakım verenlerin cinsiyeti ile BUÖ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması için yapılan Mann Whitney U testine göre; cinsiyet ile ölçeğin toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$; Tablo 4.3.3).

Bakım verenlerin medeni durumu ile BUÖ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması için yapılan Mann Whitney U testine göre; medeni durum ile umutsuzluk ölçeği toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$; Tablo 4.3.3).

Bakım verenlerin eğitim durumu ile BUÖ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması için yapılan Kruskal Wallis testine göre; eğitim durumu grupları arasında gelecek ile ilgili duygular ve motivasyon kaybı alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0,05$), umutsuzluk toplam ve gelecek ile ilgili beklentiler alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Mann Whitney U testi ile farklılık kaynağına bakıldığında eğitim düzeyi ilköğretim olan bakım verenlerin, lise ve üzeri olan bakım verenlere göre aldıkları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.3.3).

Bakım verenlerin çalışma durumu ile BUÖ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması için yapılan Mann Whitney U testine göre; çalışma durumu ile umutsuzluk ölçeği toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$; Tablo 4.3.3).

Bakım verenlerin gelir durumu ile BUÖ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması için yapılan Mann Whitney U testine göre; gelir durumu ile umutsuzluk ölçeği toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Gelir durumu az olan bakım verenlerin aldıkları umutsuzluk ölçeği toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarının, gelir durumu normal olan bakım verenlere göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.3.3).

Tablo 4.3.3. (devam) Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri ve Bakım Verici Rolüne göre BUÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Gelecek ile İlgili Duygular	Motivasyon Kaybı	Gelecek ile İlgili Beklentiler	Umutsuzluk Toplam
	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$
Hastaya Yakınlık Durumu*				
Eş	0,73±1,20	1,88±1,93	2,66±1,05	5,60±3,71
Çocuk	0,67±1,50	2,92±2,11	2,83±1,03	6,75±4,41
Ebeveyn	0,37±0,79	1,23±1,60	2,25±1,12	4,08±3,07
Kardeş	1,06±1,68	2,53±2,72	2,76±0,97	6,71±4,78
Diğer	0,55±0,93	1,36±1,50	2,55±1,29	4,73±3,17
Test değeri	$\chi^2=6,046$	$\chi^2=13,399$	$\chi^2=9,364$	$\chi^2=15,601$
p değeri	p>0,05	p<0,05 1>3 2>3	p>0,05	p<0,05 1>3 2>3 4>3
Hastanın Tanısı*				
Akciğer	0,33±0,68	1,86±1,98	2,55±1,10	5,08±3,23
Meme	0,72±1,27	1,59±1,90	2,28±1,05	4,84±3,87
Mide	0,43±0,79	2,43±1,81	2,71±0,95	5,86±2,61
Kolon	0,55±1,16	1,84±1,69	2,50±1,03	5,13±3,35
Diğer	0,73±1,23	1,62±2,01	2,68±1,14	5,38±4,01
Test değeri	$\chi^2=4,273$	$\chi^2=4,171$	$\chi^2=4,674$	$\chi^2=2,557$
p değeri	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Bakım Süresi**				
6ay-1yıl	0,55±1,12	1,57±1,82	2,35±1,11	4,74±3,68
1 yıl üzeri	0,68±1,15	1,89±2,02	2,74±1,03	5,65±3,63
Test değeri	U=7081	U=6980	U=6092	U=6225
p değeri	p>0,05	p>0,05	p<0,05	p<0,05
Yardımcı Birisinin Bulunma Durumu**				
Yok	0,70±1,14	1,99±1,96	2,77±1,02	5,81±3,63
Var	0,54±1,12	1,50±1,86	2,33±1,11	4,64±3,64
Test değeri	U=6818	U=6314	U=5697	U=5814
p değeri	p>0,05	p<0,05	p<0,05	p<0,05

*Kruskal Wallis Testi **Mann Whitney U Testi

Bakım verenlerin hastaya yakınlık durumu ile BUÖ'den aldıkları puan ortalamaları karşılaştırılması için yapılan Kruskal Wallis testine göre; hastaya yakınlık durumu ile gelecek

ile ilgili duygular ve gelecek ile ilgili beklentiler alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunurken ($p>0,05$), umutsuzluk toplam ve motivasyon kaybı alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Mann Whitney U testi ile farklılığın kaynağına bakıldığında; hasta ebeveyni olan bakım verenlerin motivasyon kaybı alt boyut puan ortalamalarının, hasta eşi ve çocuğu olan bakım verenlere göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Hasta ebeveyni olan bakım verenlerin umutsuzluk puan ortalamalarının ise hasta eşi, çocuğu ve kardeşi olan bakım verenlere göre de daha düşük olduğu görülmektedir (Tablo 4.3.3).

Bakım verenlerin bakım verdiği hastanın tanısı ile BUÖ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması için yapılan Kruskal Wallis testine göre; bakım verdiği hastanın tanısı ile umutsuzluk ölçeği toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$; Tablo 4.3.3).

Bakım verenlerin bakım süresi ile BUÖ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması için yapılan Mann Whitney U testine göre; bakım süresi ile gelecek ile ilgili duygular ve motivasyon kaybı alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunurken ($p>0,05$), umutsuzluk toplam ve gelecek ile ilgili beklentiler alt boyut puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bakım süresi 6 ay-1 yıl olan bakım verenlerin umutsuzluk ve gelecek ile ilgili beklentiler alt boyut puan ortalamaları, bakım süresi 1 yıl üzeri olan bakım verenlere göre daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 4.3.3).

Bakım verenlerin bakım vermede yardımcı birisi bulunma durumu ile BUÖ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması için yapılan Mann Whitney U testine göre; bakım vermede yardımcı birisi bulunma durumu ile gelecek ile ilgili duygular alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenirken ($p>0,05$) umutsuzluk toplam, motivasyon kaybı ve gelecek ile ilgili beklentiler alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bakım vermede yardımcı birisi bulunmayan bakım verenlerin umutsuzluk toplam, motivasyon kaybı ve gelecek ile ilgili beklentiler alt boyut puan ortalamalarının, bakım vermede yardımcı birisi bulunan bakım verenlere göre daha yüksek olduğu yani daha umutsuz oldukları görülmektedir (Tablo 4.3.3).

4.4. Hastalarda ve Bakım Verenlerde Algılanan Sosyal Destek ile Umutsuzluk Düzeyleri İlişisine ait Bulgular

Tablo 4.4.1. Hastalarda ÇBASDÖ ve BUÖ Arasındaki İlişinin Karşılaştırılması

		Algılanan Sosyal Destek Toplam	Algılanan Aile Desteği	Algılanan Özel Kişi Desteği	Algılanan Arkadaş Desteği
Umutsuzluk	r	-0,330**	-0,296**	-0,276**	-0,283**
Toplam		p<0,01	p<0,01	p<0,01	p<0,01
Gelecek ile İlgili Duygular	r	-0,363**	-0,242**	-0,301**	-0,326**
		p<0,01	p<0,01	p<0,01	p<0,01
Motivasyon Kaybı	r	-0,226**	-0,242**	-0,206**	-0,174**
		p<0,01	p<0,01	p<0,01	p<0,01
Gelecek ile ilgili Beklentiler	r	-0,189**	-0,199**	-0,157*	-0,155*
		p<0,01	p<0,01	p<0,05	p<0,05

** p<0,01 * p<0,05

Hastalarda ÇBASDÖ ile BUÖ arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan analiz sonuçları Tablo 4.4.1’de gösterilmektedir.

Bu tabloya göre;

Algılanan sosyal destek toplam puan ortalaması ile umutsuzluk toplam puan ortalaması arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan korelasyon analizi sonucunda; puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,330$; $p<0,01$). Bu sonuca göre algılanan sosyal destek puan ortalaması arttıkça umutsuzluk toplam puan ortalaması azalmaktadır.

Algılanan aile desteği alt boyutu puan ortalaması ile umutsuzluk toplam puan ortalaması arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan korelasyon analizi sonucunda; puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,296$; $p<0,01$). Bu sonuca göre algılanan aile desteği arttıkça umutsuzluk düzeyi azalmaktadır.

Algılanan özel kişi desteği alt boyutu puan ortalaması ile umutsuzluk toplam puan ortalaması arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan korelasyon analizi sonucunda; puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,276$; $p<0,01$). Bu sonuca göre algılanan özel kişi desteği arttıkça umutsuzluk azalmaktadır.

Algılanan arkadaş desteği alt boyut puan ortalaması ile umutsuzluk toplam puan ortalaması arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan korelasyon analizi sonucunda; puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,283$; $p<0,01$). Bu sonuca göre algılanan arkadaş desteği arttıkça umutsuzluk azalmaktadır.

Algılanan sosyal destek toplam puan ortalaması ile gelecek ile ilgili duygular alt boyutu puan ortalaması arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan korelasyon analizi sonucunda; puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,363$; $p<0,01$). Bu sonuca göre algılanan sosyal destek arttıkça gelecek ile ilgili duygular puan ortalaması azalmaktadır.

Algılanan aile desteği puan ortalaması ile gelecek ile ilgili duygular alt boyutu puan ortalaması arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan korelasyon analizi sonucunda; puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,242$; $p<0,01$). Bu sonuca göre algılanan aile desteği arttıkça gelecek ile ilgili duygular puan ortalaması azalmaktadır.

Algılanan özel kişi desteği puan ortalaması ile gelecek ile ilgili duygular alt boyutu puan ortalaması arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan korelasyon analizi sonucunda; puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,301$; $p<0,01$). Bu sonuca göre algılanan özel kişi desteği arttıkça gelecek ile ilgili duygular puan ortalaması azalmaktadır.

Algılanan arkadaş desteği puan ortalaması ile gelecek ile ilgili duygular alt boyutu puan ortalaması arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan korelasyon analizi sonucunda; puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,326$; $p<0,01$). Bu sonuca göre algılanan arkadaş desteği arttıkça gelecek ile ilgili duygular azalmaktadır.

Algılanan sosyal destek toplam puan ortalaması ile motivasyon kaybı alt boyutu puan ortalaması arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan korelasyon analizi sonucunda; puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,226$; $p<0,01$). Bu sonuca göre hastalarda algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça motivasyon kaybı azalmaktadır.

Algılanan aile desteği toplam puan ortalaması ile motivasyon kaybı alt boyutu puan ortalaması arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan korelasyon analizi sonucunda; puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,242$; $p<0,01$). Bu sonuca göre algılanan aile desteği arttıkça motivasyon kaybı azalmaktadır.

Algılanan özel kişi desteği toplam puan ortalaması ile motivasyon kaybı alt boyutu puan ortalaması arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan korelasyon analizi sonucunda; puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,206$; $p<0,01$). Bu sonuca göre algılanan özel kişi desteği arttıkça motivasyon kaybı azalmaktadır.

Algılanan arkadaş desteği toplam puan ortalaması ile motivasyon kaybı alt boyutu puan ortalaması arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan korelasyon analizi sonucunda; puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,174$; $p<0,01$). Bu sonuca göre algılanan arkadaş desteği arttıkça motivasyon kaybı azalmaktadır.

Algılanan sosyal destek toplam puan ortalaması ile gelecek ile ilgili beklentiler alt boyutu puan ortalaması arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan korelasyon analizi sonucunda; puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,189$; $p<0,01$). Bu sonuca göre algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça gelecek ile ilgili beklentiler azalmaktadır.

Algılanan aile desteği toplam puan ortalaması ile gelecek ile ilgili beklentiler alt boyutu puan ortalaması arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan korelasyon analizi sonucunda; puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,199$; $p<0,01$). Bu sonuca göre algılanan aile desteği arttıkça gelecek ile ilgili beklentiler azalmaktadır.

Algılanan özel kişi desteği toplam puan ortalaması ile gelecek ile ilgili beklentiler alt boyutu puan ortalaması arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan korelasyon analizi sonucunda; puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,157$; $p<0,05$). Bu sonuca göre algılanan özel kişi desteği arttıkça gelecek ile ilgili beklentiler azalmaktadır.

Algılanan arkadaş desteği toplam puan ortalaması ile gelecek ile ilgili beklentiler alt boyutu puan ortalaması arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan korelasyon analizi sonucunda; puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,155$; $p<0,05$). Bu sonuca göre algılanan arkadaş desteği arttıkça gelecek ile ilgili beklentiler azalmaktadır.

Tablo 4.4.2. Bakım Verenlerde ÇBASDÇ ve BUÖ Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması

		Algılanan Sosyal Destek Toplam	Algılanan Aile Desteği	Algılanan Özel Kişi Desteği	Algılanan Arkadaş Desteği
Umutsuzluk	r	-0,242**	-0,205**	-0,231**	-0,186**
Toplam		p<0,01	p<0,01	p<0,01	p<0,01
Gelecek ile İlgili Duygular	r	-0,214**	-0,141*	-0,202**	-0,183**
		p<0,01	p<0,05	p<0,01	p<0,01
Motivasyon Kaybı	r	-0,203**	-0,225**	-0,193**	-0,145*
		p<0,01	p<0,01	p<0,01	p<0,05
Gelecek ile İlgili Beklentiler	r	-0,176**	-0,140*	-0,165**	-0,121
		p<0,01	p<0,05	p<0,01	p>0,05

** p<0,01 * p<0,05

Bakım verenlerde ÇBASDÖ ile BUÖ arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan analiz sonuçları Tablo 4.4.2’de gösterilmektedir.

Bu tabloya göre;

Algılanan sosyal destek toplam puan ortalaması ile umutsuzluk toplam puan ortalaması arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan korelasyon analizi sonucunda; puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,242$; $p<0,01$). Bu sonuca göre algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça umutsuzluk düzeyi azalmaktadır.

Algılanan aile desteği alt boyut puan ortalaması ile umutsuzluk toplam puan ortalaması arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan korelasyon analizi sonucunda; puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,205$; $p<0,01$). Bu sonuca göre algılanan aile desteği arttıkça umutsuzluk azalmaktadır.

Algılanan özel kişi desteği alt boyut puan ortalaması ile umutsuzluk toplam puan ortalaması arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan korelasyon analizi sonucunda; puan

ortalamları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,231$; $p<0,01$). Bu sonuca göre algılanan özel kişi desteği arttıkça umutsuzluk azalmaktadır.

Algılanan arkadaş desteği alt boyut puan ortalaması ile umutsuzluk toplam puan ortalaması arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan korelasyon analizi sonucunda; puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,186$; $p<0,01$). Bu sonuca göre bakım verenlerde algılanan arkadaş desteği düzeyi arttıkça umutsuzluk azalmaktadır.

Algılanan sosyal destek toplam puan ortalaması ile gelecek ile ilgili duygular alt boyut puan ortalaması arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan korelasyon analizi sonucunda; puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,214$; $p<0,01$). Bu sonuca göre algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça gelecek ile ilgili duygular puan ortalaması azalmaktadır.

Algılanan aile desteği puan ortalaması ile gelecek ile ilgili duygular alt boyut puan ortalaması arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan korelasyon analizi sonucunda; puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,141$; $p<0,05$). Bu sonuca göre algılanan aile desteği arttıkça gelecek ile ilgili duygular puan ortalaması azalmaktadır.

Algılanan özel kişi desteği puan ortalaması ile gelecek ile ilgili duygular alt boyut puan ortalaması arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan korelasyon analizi sonucunda; puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,202$; $p<0,01$). Bu sonuca göre algılanan özel kişi desteği arttıkça gelecek ile ilgili duygular puan ortalaması azalmaktadır.

Algılanan arkadaş desteği puan ortalaması ile gelecek ile ilgili duygular alt boyut puan ortalaması arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan korelasyon analizi sonucunda; puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,183$; $p<0,01$). Bu sonuca göre algılanan arkadaş desteği arttıkça gelecek ile ilgili duygular puan ortalaması azalmaktadır.

Algılanan sosyal destek toplam puan ortalaması ile motivasyon kaybı alt boyut puan ortalaması arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan korelasyon analizi sonucunda; puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,203$; $p<0,01$). Bu sonuca göre algılanan sosyal destek arttıkça motivasyon kaybı puan ortalaması azalmaktadır.

Algılanan aile desteği toplam puan ortalaması ile motivasyon kaybı alt boyut puan ortalaması arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan korelasyon analizi sonucunda; puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,225$; $p<0,01$). Bu sonuca göre algılanan aile desteği arttıkça motivasyon kaybı azalmaktadır.

Algılanan özel kişi desteği toplam puan ortalaması ile motivasyon kaybı alt boyut puan ortalaması arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan korelasyon analizi sonucunda; puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,193$; $p<0,01$). Bu sonuca göre algılanan özel kişi desteği arttıkça motivasyon kaybı azalmaktadır.

Algılanan arkadaş desteği toplam puan ortalaması ile motivasyon kaybı alt boyut puan ortalaması arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan korelasyon analizi sonucunda; puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,145$; $p<0,05$). Bu sonuca göre algılanan arkadaş desteği arttıkça motivasyon kaybı azalmaktadır.

Algılanan sosyal destek toplam puan ortalaması ile gelecek ile ilgili beklentiler alt boyutu puan ortalaması arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan korelasyon analizi sonucunda; puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,176$; $p<0,01$). Bu sonuca göre algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça gelecek ile ilgili beklentiler azalmaktadır.

Algılanan aile desteği toplam puan ortalaması ile gelecek ile ilgili beklentiler alt boyut puan ortalaması arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan korelasyon analizi sonucunda; puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,140$; $p<0,05$). Bu sonuca göre algılanan aile desteği arttıkça gelecek ile ilgili beklentiler azalmaktadır.

Algılanan özel kişi desteği toplam puan ortalaması ile gelecek ile ilgili beklentiler alt boyut puan ortalaması arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan korelasyon analizi sonucunda; puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,165$; $p<0,01$). Bu sonuca göre algılanan özel kişi desteği arttıkça gelecek ile ilgili beklentiler azalmaktadır.

Algılanan arkadaş desteği toplam puan ortalaması ile gelecek ile ilgili beklentiler alt boyut puan ortalaması arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan korelasyon analizi sonucunda; istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($r=-0,121$; $p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, Aydın Atatürk Devlet Hastanesi medikal onkoloji kliniğine kemoterapi almak için başvuran kanser hastası ve bakım verenlerin algıladığı sosyal destek ile umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan araştırmada elde edilen bulgular ilgili literatürler ile tartışılmıştır.

Tartışma bölümü; “hastaların tanıtıcı özellikleri ile algılanan sosyal destek ve umutsuzluk düzeyine ilişkin bulgularının incelenmesi”, “bakım verenlerin tanıtıcı özellikleri ve bakım verici rolüne göre algılanan sosyal destek ve umutsuzluk düzeyine ilişkin bulgularının incelenmesi” ve “hastalarda ve bakım verenlerde algılanan sosyal destek ile umutsuzluk düzeylerinin ilişkisine ait bulguların incelenmesi” olmak üzere üç alt başlık altında incelenmiştir.

5.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Algılanan Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeyine İlişkin Bulgularının İncelenmesi

Araştırmamıza katılan hastaların algılanan sosyal destek puan ortalamalarına bakıldığında toplam puan ortalamasının yüksek olduğu görülmüştür. Algılanan sosyal destek ölçeğinin alt ölçeklerine bakıldığında ise hastaların en çok ailelerinden destek aldığı, en az arkadaş desteği aldıkları görülmüştür (Tablo 4.2.1). Konu ile ilgili yapılan diğer araştırmalarda da hastaların sosyal destek düzeyinin yüksek olduğu ve hastaların ailelerinden aldığı sosyal desteğin daha yüksek olduğu görülmektedir (Ayaz ve ark, 2008; Öztunç ve ark, 2013; Çalışkan ve ark, 2015; Bozdoğan Yeşilot ve ark, 2017; Bener ve ark, 2017; Özdemir ve ark, 2017). Bu araştırmadaki bulgular diğer araştırma sonuçlarını destekler niteliktedir.

Hastaların umutsuzluk puan ortalamalarına bakıldığında ise umutsuzluk düzeylerinin düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 4.2.1). Bu durum hastaların düşük düzeyde umutsuzluk yaşadıklarını göstermektedir. Literatürde de bu araştırmadaki bulgular ile paralel sonuçlar içeren araştırmalar mevcuttur (Fadıloğlu ve ark, 2006; Arslan ve ark, 2009; Öztunç ve ark, 2013; Bozdoğan Yeşilot ve ark, 2017; Sürücü ve ark, 2017; Madani ve ark, 2018).

Araştırmada hastalardaki yaş değişkeni ile algılanan sosyal destek düzeyi toplam ve tüm alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.2.2). Literatürde farklı kanser grupları ile yapılan araştırmalarda da yaş ile sosyal destek düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (Ayaz ve ark, 2008; Öztunç ve ark, 2013; Çalışkan ve ark, 2015; Bozdoğan Yeşilot ve ark, 2017; Sürücü ve ark, 2017; Aydın, 2017; Özdemir, 2017). Elde edilen bulgular literatürdeki araştırmalar ile bu yönüyle benzer sonuçlar göstermektedir.

Araştırmada hastaların cinsiyet değişkeni ile algılanan sosyal destek düzeyi toplam ve tüm alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.2.2). Bozdoğan Yeşilot ve ark (2017), kolon kanseri olan hastalarla Aydın'ın (2017) kanserli hastalar ile yaptıkları araştırmalarda da cinsiyet ile sosyal destek düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (Bozdoğan Yeşilot ve ark, 2017; Aydın, 2017). Bu araştırmadan farklı olarak kanser hastaları ile yapılan bir araştırmada hastaların cinsiyeti ile sosyal destek düzeyi arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (Karaman ve Yılmaz Karabulutlu, 2016). Bu farklılığın nedeni her iki araştırmanın farklı coğrafi bölgelerde yapılmış olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Güneş ve Çalışır'ın (2016) yaptıkları araştırmada da cinsiyet ile sosyal destek düzeyi arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Sosyal destek algısı bireylerin sosyodemografik özelliklerindeki farklılığa göre değişebilmektedir ayrıca yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum ve kültürel farklılıkların bu algıyı etkileyebileceği düşünülebilir.

Araştırmada hastaların medeni durum değişkeni ile algılanan sosyal destek puan ortalamaları karşılaştırıldığında medeni durum değişkenine göre hastaların algılanan sosyal destek toplam ve tüm alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (Tablo 4.2.2). Yapılan araştırmalarda da benzer şekilde medeni durum değişkeni ile sosyal destek düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (Ayaz ve ark, 2008; Öztunç ve ark, 2013; Akgün Şahin ve ark, 2013; Çalışkan ve ark, 2015; Güneş ve Çalışır, 2016; Sürücü ve ark, 2017; Bener ve ark, 2017).

Araştırmada hastaların eğitim durumu değişkenine göre algılanan sosyal destek ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında sosyal destek toplam, aile desteği ve özel insan desteği alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı ancak arkadaş desteği alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı bir farkın olduğu tespit edilmiştir. Gruplar arası farklılığa bakıldığında ise okuryazar olmayan hastaların arkadaş desteği alt boyut puan ortalaması;

ilköğretim, lise ve üzeri eğitim durumu olan hastalara göre daha düşük düzeyde olduğu bulunmuştur (Tablo 4.2.2). Eğitim düzeyi yüksek olan hastaların sosyal destek kaynaklarını daha etkili kullanması ve insanlar ile daha iyi ilişkiler geliştirmesi sebebiyle sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olabileceği vurgulanmaktadır (Ayaz ve ark, 2008). Kanser hastaları ile yapılan araştırmalarda bu araştırma bulgularına benzer şekilde eğitim durumu ile sosyal destek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur (Akgün Şahin ve ark, 2013; Güneş ve Çalışır, 2016; Bozdoğan Yeşilot, 2017; Bener ve ark, 2017; Özdemir, 2017; Madani ve ark, 2018). Belirtilen araştırmalar ile bu araştırmadaki bulgular benzer nitelikte olmasına rağmen literatürde farklı sonuçlar içeren araştırmalar da yer almaktadır. Ayaz ve ark (2008) ve Sürücü ve ark (2017), jinekolojik kanserli hastalar ile Öztunç ve ark (2013) meme kanserli hastalar ile yaptıkları araştırmalarda eğitim durumu ile sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Belirtilen araştırmaların sadece kadınlara özgü kanser tanısına sahip olan hastalar ile yapılması araştırmalar arasındaki farklılığın nedeni olabileceği düşünülmektedir.

Çalışma durumu değişkenine göre hastaların algılanan sosyal destek düzeyleri ile toplam, arkadaş desteği ve özel insan desteği alt boyut puan ortalamalarında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir. Fakat hastaların çalışma durumu değişkeni ile aile desteği alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Çalışmayan hastaların aile desteği alt boyut puan ortalaması, çalışan hastalara göre daha yüksek düzeydedir (Tablo 4.2.2). Çalışmayan hastaların zamanının büyük çoğunluğunu evde geçirmesi ve bu araştırmada katılan hastaların büyük çoğunluğunun eş, eş ve çocukları ile (%80,1) yaşaması ile açıklanabilmektedir. Çalışkan ve ark (2015), Sürücü ve ark (2017) ayrıca Bener ve ark (2017) kanser hastaları ile yaptıkları araştırmalarda da çalışma durumu değişkeni ile sosyal destek düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Bu yönüyle araştırma sonuçları literatür ile paralellik göstermektedir.

Gelir durumu değişkenine göre hastaların algılanan sosyal destek düzeylerine bakıldığında hastaların gelir durumu değişkeni ile aile desteği alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Toplam, arkadaş ve özel insan desteği alt boyut ortalamaları arasında ise anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Geliri normal olan hastaların geliri az olan hastalara göre sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.2.2). Gelir durumunun iyi düzeyde olması hastalığa bağlı oluşan tedavi giderlerinin karşılanmasıyla hastaya bakım verenlerin ilgi ve desteğini hastaya yoğunlaştırmasına neden olacağı dolayısıyla sosyal desteğin de artacağı literatürde belirtilmektedir (Ayaz ve ark, 2008).

Bu doğrultuda gelir düzeyi daha iyi olan hastaların puanlarının daha yüksek olması da açıklanabilmektedir. Ayaz ve ark (2008), Öztunç ve ark (2013) ve Aydın'ın (2017) yaptıkları araştırmalarda gelir durumu ile sosyal destek düzeyi arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Belirtilen araştırmalar bu araştırma ile benzer niteliktedir. Bu nedenle geliri az olan bireylerin aldıkları sosyal desteğin azalabileceği düşünülebilir. Bu da ekonomik durumun sosyal desteği etkilediğini göstermektedir.

Yaşam şekli değişkenine göre hastaların algılanan sosyal destek düzeylerine bakıldığında toplam ve özel insan desteği alt ölçek puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Hastaların yaşam şekli ile aile desteği alt ölçek puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Gruplar arası farklılığa bakıldığında ise yalnız yaşayan hastaların aile desteği alt ölçek puan ortalaması; eşi ile yaşayan hastalar, eşi ve çocuğu ile yaşayan hastalar ve diğer bir insan ile yaşayan hastalara göre daha düşük düzeydedir. Hastaların yaşam şekli ile arkadaş desteği alt ölçek puan ortalaması arasında da anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Gruplar arası farklılığa bakıldığında eşi ve çocuğu ile yaşayan hastaların arkadaş desteği alt ölçek puan ortalaması, yalnız yaşayan hastalara ve eşi ile yaşayan hastalara göre daha yüksek düzeyde olduğu; diğer bir insan ile yaşayan hastaların arkadaş desteği alt ölçek puanının ise yalnız yaşayan hastalara göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2.2). Literatürde bu araştırmaya benzer şekilde birlikte yaşanan kişi ile sosyal destek düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığı belirtilen araştırmalar bulunmaktadır (Öztunç ve ark, 2013; Bozdoğan Yeşilot ve ark, 2017). Sonuçlar literatürü destekler niteliktedir. Hastaların günlük hayatlarında eşi, ailesi veya diğer herhangi bir kişi ile yaşaması fark etmeksizin her hasta sosyal desteğe ihtiyaç duymaktadır. Çünkü kanser hastalarının içinde buldukları olumsuz durum ile baş etmeyi sağlayacak en önemli güç sosyal destektir (Ülger ve ark, 2014).

Araştırmada hastaların yaş değişkeni ile umutsuzluk toplam ve tüm alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (Tablo 4.2.3). Benzer şekilde kanser hastalarının yaş değişkeni ile umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığını gösteren araştırmalar mevcuttur. Araştırma sonucu literatür ile benzerlik göstermektedir (Arslan ve ark, 2009; Öztunç ve ark, 2013; Bozdoğan Yeşilot ve ark, 2017; Sürücü ve ark, 2017).

Araştırmadaki hastaların cinsiyet değişkeni ile gelecek ile ilgili beklentiler alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Hastaların cinsiyet değişkenine

göre umutsuzluk toplam, gelecek ile ilgili duygular ve motivasyon kaybı alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır. Erkek hastaların umutsuzluk toplam puan ortalaması, gelecek ile ilgili duygular ve motivasyon kaybı alt ölçek puan ortalamaları; kadın hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.2.3). Literatürde bu araştırmadan farklı sonuçlar içeren araştırmalar mevcuttur. Bozdoğan Yeşilot ve ark (2017), Arslan ve ark (2009) yaptıkları araştırmalarda cinsiyet ile umutsuzluk düzeyi arasında, Aydın'ın (2017) kanser hastalarında yaptıkları araştırmada; cinsiyet ile umut düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Irak'da kanser hastaları ile yapılan bir araştırmada da cinsiyet ile umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur (Madani ve ark, 2018). Kadınlar ve erkekler kronik hastalık yaşadıklarında meydana gelen yaşamın olumsuzlukları ile beraber geleceğe yönelik düşünceleri de olumsuz olarak etkilenebilmektedir (Bahar, 2008).

Araştırmada hastaların medeni durum değişkeni ile umutsuzluk puan ortalamaları karşılaştırıldığında toplam ve tüm alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. (Tablo 4.2.3). Farklı kanser hastaları ile yapılan araştırmalarda da medeni durumu ile umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (Fadıloğlu ve ark, 2006; Arslan ve ark, 2009; Öztunç ve ark, 2013; Sürücü ve ark, 2017). Bu araştırmada elde edilen sonuçlar ile belirtilen araştırma sonuçları benzerlik taşımaktadır. Diğer taraftan Akgün Şahin ve ark (2013), yaptıkları araştırmada medeni durumu ile umutsuzluk düzeyi arasında ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu farklılığın nedeni araştırmaların yapıldığı ilin farklı bölgelerde olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca meme kanseri hastalar ile yapılan bir araştırmada da medeni durum ile umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (Bener ve ark, 2017). Bu farklılığın sebebi ise araştırmanın sadece meme kanseri hastalar ile yapılmış olmasından kaynaklanabilir.

Araştırmada hastaların eğitim durumu değişkenine göre umutsuzluk düzeylerine bakıldığında hastaların eğitim durumu değişkeni ile umutsuzluk düzeyi toplam ve tüm alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur. (Tablo 4.2.3). Bu araştırmadaki bulgular Bozdoğan Yeşilot ve ark (2017) ve Madani ve ark (2018) yaptıkları araştırmalar ile örtüşmektedir. Diğer taraftan eğitim durumu ile umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı bir fark olduğunu belirten araştırmalar da bulunmaktadır. (Arslan ve ark, 2009; Akgün Şahin ve ark, 2013; Öztunç ve ark, 2013; Sürücü ve ark, 2017; Bener ve ark, 2017). Literatürde hastalara ait bazı kişisel değişkenlerin iyimser bakış açısının desteklendiği kültürel

özellikler, olumlu baş etme stratejilerine sahip olma, huzurlu yaşama ortamına sahip olma gibi özelliklerin farklılık sebebi olabileceği belirtilmiştir (Aslan ve ark, 2007).

Çalışma durumu değişkenine göre hastaların umutsuzluk düzeylerine bakıldığında toplam ve tüm alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. (Tablo 4.2.3). Literatürde kanserli hastalar ile yapılan çeşitli araştırmalarda da hastaların çalışma durumu ile umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (Fadıloğlu ve ark, 2006; Öztunç ve ark, 2013; Bozdoğan Yeşilot ve ark, 2017; Sürücü ve ark, 2017). Bu araştırma bulguları diğer araştırma bulguları ile paralellik göstermektedir.

Gelir durumu değişkenine göre hastaların umutsuzluk düzeylerine bakıldığında toplam ve tüm alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Geliri az olan hastaların, geliri normal olan hastalara göre umutsuzluk düzeyi daha fazladır. (Tablo 4.2.3). Bu araştırmadaki bulgulara benzer şekilde Fadıloğlu ve ark (2006) yaptıkları araştırmada gelir durumu ile umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Aydın'ın (2017), kanser hastaları ile yaptıkları araştırmada gelir durumu ile umut düzeyi arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Bener ve ark (2017) yaptıkları araştırmada da yine benzer şekilde gelir durumu ile umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Kanser nedeniyle meydana gelen hastadaki sosyoekonomik sorunlar hastanın yaşam kalitesinin dolayısıyla umutsuzluk düzeyini etkilediği bildirilmiştir (Kavradım ve Özer, 2014). Bu doğrultuda gelir düzeyi normal olan hastaların daha düşük umutsuzluk yaşaması açıklanabilmektedir.

Yaşam şekli değişkenine göre hastaların umutsuzluk düzeylerine bakıldığında gelecek ile ilgili duygular ve gelecek ile ilgili beklentiler alt ölçek puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Hastaların yaşam şekli değişkeni ile umutsuzluk toplam ve motivasyon kaybı alt ölçek puan ortalaması arasında ise anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Gruplar arası farklılığın kaynağına bakıldığında yalnız yaşayan hastaların umutsuzluk puan ortalaması ve motivasyon kaybı alt ölçek puan ortalaması, eş ile ve eşi ve çocuğu ile yaşayan hastalara göre daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. (Tablo 4.2.3). Yalnız yaşayan hastaların, aileleri ile yaşayan hastalara göre daha fazla umutsuzluk yaşadığı söylenebilir. Bu araştırmadan farklı olarak Bozdoğan Yeşilot ve ark (2017) akciğer kanseri olan hastalarla ve Öztunç ve ark (2013) meme kanseri olan hastalarla yaptıkları araştırmalarda hastaların birlikte yaşadığı kişi değişkeni ile umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Literatürde bireyin yakınlarından uzak kalması ve bireyin yaşamında özel olan

evlilik ve çocuk sahibi olma gibi amaçlara ulaşamaması gibi durumların umutsuzluk yaşama durumu ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Carpenito-Moyet, 2012).

5.2. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri ve Bakım Verici Rolüne göre Algılanan Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeyine İlişkin Bulgularının İncelenmesi

Araştırmaya katılan bakım verenlerin algılanan sosyal destek puan ortalamalarına bakıldığında toplam puan ortalamasının yüksek olduğu görülmüştür. Algılanan sosyal destek ölçeğinin alt ölçeklerine bakıldığında ise bakım verenlerin en çok ailelerinden destek aldığı, en az özel kişi desteği aldıkları görülmüştür (Tablo 4.3.1). Yıldırım'ın (2017) ve Kahriman ve Zaybak'ın (2015), yaptıkları araştırmalarda da sosyal destek düzeyinin yüksek olduğu ve bakım verenlerin aileden aldıkların sosyal destek düzeyinin yüksek olduğu görülmüştür. Karaaslan'ın (2013), kanser hastalarının bakım verenleri ile yaptığı araştırmada aileden alınan sosyal desteğin daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu araştırmadaki bulgular araştırma sonuçlarını destekler niteliktedir.

Bakım verenlerin umutsuzluk puan ortalamasına bakıldığında ise umutsuzluk düzeylerinin düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3.1). Bu durum bakım verenlerin düşük düzeyde umutsuzluk yaşadıklarını göstermektedir. Bu araştırmadaki bulgulara benzer şekilde sonuçlar içeren araştırmalar bulunmaktadır (Pınar ve ark, 2012; Sürücü ve ark, 2017; Yıldırım, 2017)

Araştırmada bakım verenlerin yaş değişkeni ile algılanan sosyal destek düzeyi toplam ve tüm alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. (Tablo 4.3.2). Bu araştırmada bulunan sonuca benzer şekilde bakım verenlerin yaş değişkeni ile sosyal destek düzeyi arasında anlamlı fark olmadığını bildiren araştırmalar bulunmaktadır (Karaaslan, 2013; Yıldırım, 2017; Sürücü ve ark, 2017). Yapılan araştırma bu yönüyle literatür ile paralel niteliktedir.

Araştırmada bakım verenlerin cinsiyet değişkeni ile algılanan sosyal destek düzeyine bakıldığında toplam ve tüm alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. (Tablo 4.3.2). Bu durum araştırma kapsamına alınan erkek ve kadın bakım verenlerin tümünün sosyal destek düzeyinin eşit olduğu şeklinde açıklanabilir. Literatürde bu araştırma sonucu ile paralellik gösteren araştırmalar bulunmaktadır (Karaaslan, 2013; Yıldırım, 2017). Bu araştırmadan farklı olarak Sürücü ve ark (2017), yaptıkları araştırmada

cinsiyet değişkeni ile sosyal destek düzeyi arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Bu araştırmada bakım veren kadın (%54,3) ve erkek (45,7) oranının birbirine yakın olmasına karşın belirtilen araştırmadaki bakım veren kadınların sayısının, erkeklerden fazla olmasının farklılığa neden olduğu düşünülebilir.

Araştırmada bakım verenlerin medeni durum değişkeni ile algılanan sosyal destek düzeyine bakıldığında toplam ve tüm alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.3.2). Araştırmadan elde edilen sonuçlar Karaaslan'ın (2013), Yıldırım'ın (2017) ayrıca Sürücü ve ark (2017) yaptıkları araştırmalar ile benzer niteliktedir. Araştırma bu yönüyle literatür ile paraleldir.

Araştırmada bakım verenlerin eğitim durumu değişkeni ile algılanan sosyal destek düzeyine bakıldığında toplam ve tüm alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.3.2). Karaaslan'ın (2013), Sürücü ve ark (2017) ve Yıldırım'ın (2017) kanser hastaları bakım verenleri ile yaptıkları araştırma sonuçları ile bu araştırma sonuçları örtüşmektedir.

Araştırmada bakım verenlerin çalışma durumu değişkeni ile algılanan sosyal destek düzeyi toplam ve tüm alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.3.2). Sürücü ve ark (2017) ve Karaaslan'nın (2013) kanser hastalarına bakım verenler ile yaptıkları araştırmalarda çalışma durumu ile sosyal destek düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir. Bu yönüyle araştırma sonucu literatürü destekler niteliktedir.

Araştırmada bakım verenlerin gelir düzeyi ile aile desteği alt ölçek puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Bakım verenlerin gelir durumu değişkeni ile algılanan sosyal destek düzeyi toplam, arkadaş desteği ve özel insan desteği alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Geliri normal olan bakım verenlerin, geliri az olan bakım verenerlere göre algılanan sosyal destek toplam puan ortalaması, arkadaş desteği ve özel insan desteği alt ölçek puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmektedir. (Tablo 4.3.2). Araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin gelir durumu ne olursa olsun ailelerinden destek algıladıkları söylenebilir. Gelir durumunun yüksek olması, bakım verenler için maddi kaynağın olmasını sağlayarak bir sosyal destek kaynağı olarak görülebileceği bildirilmektedir (Karaaslan, 2013). Yıldırım'ın (2017), yaptığı araştırmada da bakım verenlerin gelir durumu ile algılanan sosyal destek toplam puan ortalaması ve arkadaş desteği alt ölçek puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Bu yönüyle araştırma bulgusu ile paralellik göstermektedir.

Araştırmada bakım verenlerin hastaya yakınlık durumu değişkeni ile algılanan sosyal destek düzeyi toplam ve tüm alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (Tablo 4.3.2). Karaaslan'ın (2013), yaptığı araştırmada bu araştırmadaki bulgulara benzer şekilde bakım verenlerin hastaya yakınlık derecesi ile sosyal destek düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Ancak bu araştırmadan farklı olarak Sürücü ve ark (2017), kanser hastalarının bakım verenleri ile yaptığı araştırmada hastaya yakınlık durumu değişkeni ile algılanan sosyal destek düzeyi toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir. Bu farklılığın araştırma yönteminde kullanılan sosyal destek ölçeklerinin farklılığı nedeniyle olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada bakım verenlerin bakım verdiği hastanın tanısı değişkeni ile algılanan sosyal destek düzeyi toplam ve tüm alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. (Tablo 4.3.2). Kanser hastalarının bakım veren aileleri ile yapılan bir araştırmada da bu araştırmadaki sonuçlara benzer şekilde hastaların tanısı ile bakım verenlerin sosyal destek düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (Preksha ve Kaur, 2016). Bu yönüyle yapılan araştırma ile paralellik göstermektedir.

Araştırmada bakım verenlerin bakım süresi değişkeni ile algılanan sosyal destek düzeyi toplam ve tüm alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.3.2). Bu bulgu doğrultusunda bakım süresine bağlı olmaksızın tüm bakım verenlerin sosyal desteğe ihtiyaç duyduğu düşünülebilir. Yıldırım'ın (2017) kanser hastaları bakım verenleri ile yaptığı araştırmada da bu araştırma bulgularına benzer şekilde bakım süresi ile sosyal destek düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Ancak kanser hastalarına bakım veren aile üyeleri ile yapılan bir araştırmada ise bakım verme süresi ile sosyal destek düzeyi arasında bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Karaaslan, 2013). Belirtilen araştırmada tanı zamanı 6 ay ve öncesi olan bakım verenler de araştırmaya dahil edilmiştir. Bu araştırmada ise tanı süresi 6 ay ve üzeri olan bakım verenler ile araştırma yapılmıştır. Araştırmalar arasındaki örneklemdaki farklılık nedeniyle bulgularda değişiklik olabileceği düşünülebilir.

Araştırmada bakım verenlerin bakım vermede yardımcı birisi bulunma durumu değişkeni ile algılanan sosyal destek düzeyi toplam ve tüm alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Bakım vermede yardımcı birisi bulunan bakım verenlerin aldıkları puan ortalamaları, bakım vermede yardımcı birisi olmayan bakım verenlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.3.2). Bakım verme süresince bakım veren bireyin, herhangi birinden yardım almadığı durumlarda bakım verme yükü

artmaktadır (Karaaslan, 2013). Buna bağlı olarak bakım verme yükünün arttığı durumlarda da bakım verenin algılanan sosyal destek düzeyinin düştüğü Kahrıman ve Zaybak'ın (2015) yaptığı araştırmada görülmektedir.

Araştırmada bakım verenlerin yaş değişkeni ile umutsuzluk düzeyi toplam ve tüm alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. (Tablo 4.3.3). Bu araştırmadaki bulgular Sürücü ve ark (2017) kanser hastası bakım verenlerinde ve Akgün Kostak ve Avcı'nın (2013), kanserli çocuk hastaların ebeveynlerinde yaptıkları araştırmalardaki bulgular ile uyumludur.

Araştırmada bakım verenlerin cinsiyet değişkeni ile umutsuzluk düzeyine bakıldığında toplam ve tüm alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. (Tablo 4.3.3). Tokem ve ark (2015) kanser hastalarının aile bakım verenleriyle yaptıkları araştırmada cinsiyet ile umutsuzluk düzeyi arasında, Subaşı ve ark (2016), kanser hastalarının yakınları ile yaptıkları araştırmada cinsiyet ile sürekli umut düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir. Umutsuzluk düzeylerine bakıldığında bu araştırmada erkek bakım verenlerin, kadın bakım verenlerden daha yüksek düzeyde umutsuzluk yaşadığı görülmektedir. Yıldırım'ın (2017), yaptığı araştırmada da erkek hastaların daha fazla umutsuzluk yaşadığı belirtilmiştir. Ayrıca benzer şekilde yapılan başka bir araştırmada da cinsiyet ile umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (Sürücü ve ark, 2017). Belirtilen araştırmalar bu araştırma ile benzer niteliktedir. Ancak Talib ve Mahmood'un (2015), kanser hastaları ve karaciğer sirozu olan hastaların bakım verenleri ile yaptıkları araştırmada cinsiyet değişkeni ile umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı bir fark olduğu bildirilmiştir. Bu farklılığın sebebi araştırmanın sadece kanser hastaları yakınları ile yapılmamış olmasından ve araştırmaya katılan bakım verenlerin erkek ve kadın sayılarının eşit olarak alınmış olmasından kaynaklanabileceği düşünölmektedir. Literatürde toplumsal cinsiyet farklılıkları olarak erkek ve kadınlara uygun görölen davranışlar vardır. Bu davranışlar toplumun erkek ve kadınlar için dayattığı toplumun kendi kalıplarıdır. Belirtilen cinsiyet farklılıkları her zaman aynı olmayabilir. Örneğin; çok duygusal kadınlar olduğu gibi aksine duygusal olmayan kadınlar da olabilmektedir veya güçlü erkekler olduğu gibi güçsüz erkekler de olabileceği belirtilmektedir (Dökmen, 2017). Bu doğrultuda araştırmalar arasında farklılıklar olabileceği açıklanabilir.

Araştırmada bakım verenlerin medeni durum değişkeni ile umutsuzluk düzeyine bakıldığında toplam ve tüm alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı

görülmektedir (Tablo 4.3.3). Araştırmadaki bulgular ile benzer şekilde bakım verenlerin medeni durum değişkeni ile umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığını gösteren araştırmalar literatürde yer almaktadır (Pınar ve ark, 2012; Tokem ve ark, 2015; Sürücü ve ark, 2017; Yıldırım, 2017).

Araştırmada bakım verenlerin eğitim durumu değişkenine göre gelecek ile ilgili duygular ve motivasyon kaybı alt ölçekleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Bakım verenlerin eğitim durumu değişkeni ile umutsuzluk düzeyi toplam ve gelecek ile ilgili beklentiler alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Eğitim durumu ilköğretim olan bakım verenlerin, lise ve üzeri olan bakım verenerlere göre aldıkları puan ortalamaları daha yüksektir. (Tablo 4.3.3). Eğitim düzeyinin düşmesi ile yaşanan yetersiz sosyal statü, roller ve ekonomik koşullar nedeniyle bireylerin umutsuzluk düzeylerinin yüksek olacağı literatürde belirtilmiştir (Bahar, 2008). Eğitim düzeyinin düşmesi ile umutsuzluk düzeyinin artması literatür bilgisi ışığında açıklanabilir. Pınar ve ark (2013), kemoterapi alan jinekolojik kanserli hastalara bakım verenlerle ve Tokem ve ark (2015), yaptıkları bir araştırmada da bakım verenlerin eğitim düzeyi ile umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Eğitim düzeyi düşük olan bakım verenlerin hastalık ve tedavi nedeniyle ortaya çıkan olumsuz durumlar ile baş etmede ve problemleri çözebilmede daha az etkili olabilecekleri ve buna bağlı olarak bakım yüklerinin artacağı Yangöz'ün (2013) araştırmasında da belirtilmiştir. Belirtilen araştırmalar ile bu araştırmadaki bulgular paralellik göstermektedir. Bakım yükünün artması sonucunda bakım verenlerin umutsuzluk düzeylerinin artacağı düşünülmektedir.

Araştırmada bakım verenlerin çalışma durumu değişkeni ile umutsuzluk ölçeği toplam ve tüm alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. (Tablo 4.3.3). Literatürde kanser hastaları bakım verenleri ile yapılan çeşitli araştırmalarda çalışma durumu değişkeni ile umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (Pınar ve ark, 2012; Yıldırım, 2017; Sürücü ve ark, 2017). Araştırma bu yönüyle diğer araştırmalar ile paralellik göstermektedir.

Araştırmada bakım verenlerin gelir durumu ile umutsuzluk düzeyi toplam ve tüm alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Geliri az olan bakım verenlerin umutsuzluk toplam puan ortalaması ve alt ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları, geliri normal olan hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3.3). Literatürde bakım verenlerin gelir düzeyi ile umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı bir fark

olduğu tespit edilen araştırmalar bulunmaktadır (Pınar ve ark, 2012; Akgün Kostak ve Avcı, 2013; Tokem ve ark, 2015; Subaşı ve ark, 2016). Belirtilen araştırmalardaki bulgular ile bu araştırmadaki bulgular birbirini destekler niteliktedir. Gelir durumu bireylerin tedaviye ulaşmada ve her türlü hizmeti almada etkin olmasını sağlayarak bireyin umut düzeyini etkileyebilir.

Araştırmada bakım verenlerin hastaya yakınlık durumu değişkeni ile gelecek ile ilgili duygular ve gelecek ile ilgili beklentiler alt ölçek puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Bakım verenlerin hastaya yakınlık durumu değişkeni ile umutsuzluk ölçeği toplam ve motivasyon kaybı alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Hasta ebeveyni olan bakım verenlerin umutsuzluk puan ortalamasının; hasta eşi, çocuğu ve kardeşi olanlara göre daha düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.3.3). Eşler hem hastanın gereksinimlerini hem de ailedeki diğer kişilerin ihtiyaçlarını karşılamak ile sorumludur. Bunların karşılanmasına bağlı oluşan belirsizlik ile anksiyete meydana gelmektedir (Babaoğlu ve Öz, 2003). Bu doğrultuda hasta eşi veya çocuğu olan bakım verenlerin kanserin neden olduğu etkiler sebebiyle daha çok umutsuzluk yaşadıkları düşünölmektedir. Toplumda ölüm ve hastalık gibi olumsuz durumların tüm insanlar için olabileceği düşünölse de gençlerde görölmesi daha kötü bir durum olarak algılanmaktadır. Bu nedenler ile bakım verilen hastanın genç veya yaşlı olmasının bakım verenlerin umut düzeyinde etkisi olabileceği literatürde belirtilmektedir (Subaşı ve ark, 2016). Tokem ve ark (2015) ve Sürücü ve ark (2017), kanser hastalarının bakım verenleri ile yaptıkları araştırmalarda; bakım verenlerin hastaya yakınlık durumu ile umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Bu araştırmadaki bulgular ile belirtilen araştırmalardaki bulguların farklı olmasının nedeni bu araştırmadaki bakım verenlerin çoğunluğun hastanın eşi (%48,6) olması diğer araştırmalarda ise bakım verenlerin çoğunluğunu ebeveynlerinden ve yakınlarında oluşması olabilir.

Araştırmada bakım verenlerin bakım verdiği hastanın tanısı değişkeni ile umutsuzluk düzeyi toplam ve tüm alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.3.3). Bu araştırmadan farklı olarak bakım verilen hastanın tanısı ile bakım verenlerin umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilen araştırmalar bulunmaktadır (Pınar ve ark, 2012; Yıldırım, 2017). Bu farklılık sebebinin bu araştırmadaki hastaların çoğunluğunun akciğer ve meme kanseri hastalarından oluşması ve bu hastaların bakım yükünün daha ağır olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünölmektedir. Belirtilen araştırmalardaki kanser çeşitleri lenfoma, nazofarenks pankreas, over, serviks,

endometrium kanseri gibi tanılar ayrı ayrı sınıflandırılırken bu araştırmada ise bu tanılar diğer başlığı (%36,4) altında toplanarak araştırma yapılmıştır. Araştırma yönteminde oluşan bu farklılık nedeniyle bulgular arasında değişiklikler olabileceği dşnlmektedir.

Araştırmada bakım verenlerin bakım süresi değişkeni ile gelecek ile ilgili duygular ve motivasyon kaybı alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Bakım verenlerin bakım süresi değişkeni ile umutsuzluk düzeyi toplam ve gelecek ile ilgili beklentiler alt ölçek puan ortalaması arasında istatikselsel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Bakım süresi 1 yıl üzeri olan bakım verenlerin umutsuzluk toplam ve gelecek ile ilgili beklentiler alt ölçek puan ortalaması, bakım süresi 6 ay-1 yıl olan bakım verenlere göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.3.3). Pınar ve ark (2012), yaptıkları araştırmada da bakım verme süresi ile umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Araştırma sonuçları bu yönü ile paraleldir. Literatürde bulduğumuz sonucu destekler nitelikte bakım verenlerin bakım süresinin uzamasına bağlı olarak bakım veren kişilerde sosyal etkileşim azalarak sosyal izolasyon meydana geldiği belirtilmiştir (Bababoğlu ve z, 2003). Ayrıca tedavinin uzun sürmesi ile birlikte belirsizlik yaşanacağı da belirtilmektedir (Fadıloğlu ve ark, 2006). Bu yüzden bakım verenlerin umutsuzluk duygusu yaşadığı düşünülebilir. Bakım verme süresi uzadıkça bakım verenlerin bu süreçte hasta bakımıyla ilgili yaşadığı maddi, manevi, psikolojik ve sosyal problemlerin bakım veren yknn artırarak onların umut düzeylerini azaltmış olabileceği dşnlmektedir. Ancak literatürde bu araştırmadan farklı olarak bakım verme süresi ile umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilen araştırma da bulunmaktadır (Tokem ve ark, 2015). Belirtilen araştırmada 6 ay ve öncesindeki bakım verenlerin de araştırmaya dahil edilmesi bu araştırma ile örneklem üzerindeki farklılık nedeniyle bulgularda değişiklik olduğu dşnlmektedir.

Araştırmada bakım verenlerin bakım vermede yardımcı birisi bulunma durumu değişkeni ile gelecek ile ilgili duygular alt ölçek puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Bakım verenlerin bakım vermede yardımcı birisi bulunma durumu değişkeni ile umutsuzluk düzeyi toplam, motivasyon kaybı ve gelecek ile ilgili beklentiler alt ölçek puan ortalamaları arasında istatikselsel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir. Bakım vermede yardımcı birisi bulunmayanların aldıkları puan ortalamaları, bakım vermede yardımcı birisi bulunanlara göre daha yüksek düzeydedir. Bakım vermede yardımcısı olmayan bakım verenler, yardımcısı olan bakım verenlere göre daha umutsuzdur (Tablo 4.3.3). Bu araştırmaya benzer şekilde Tokem ve ark (2015), yaptıkları araştırmada da bakım verenlerin

diğer aile üyelerinden destek alma durumu değişkeni ile umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Akgün Kostak ve Avcı'nın (2013) kanser hastası çocukların anne ve babalarıyla yaptıkları araştırmada da sosyal destek alma ile umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Bu yönüyle belirtilen araştırmalardaki bulgular yapılan araştırma sonuçları ile paraleldir.

5.3. Hastalarda ve Bakım Verenlerde Algılanan Sosyal Destek ile Umutsuzluk Düzeylerinin İlişisine ait Bulguların İncelenmesi

Hastaların algıladığı sosyal destek düzeyi ile umutsuzluk düzeyi ve ölçeklerin tüm alt boyutları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4.1). Bu sonuca göre hastaların algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça umutsuzluk düzeyi azalmaktadır. Benzer şekilde; Madani ve ark (2018), İranlı kanser hastaları ile yaptıkları araştırmada hastaların umutsuzluk düzeyi ile aile ve arkadaştan sağlanan sosyal destek düzeyi arasında negatif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Ottilingam Somasundaram ve Devamani'nin (2016), tedavi olan ve palyatif bakım alan hastalar ile yaptıkları araştırmada hastaların umutsuzluk düzeyi ile algılanan sosyal destek düzeyi arasında negatif yönde ilişki olduğunu tespit etmişlerdir. Ülkemizde kanser hastaları ile yapılan farklı araştırmalarda da hastaların umutsuzluk düzeyi ile alınan sosyal destek düzeyi arasında negatif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Akgün Şahin ve ark, 2013; Öztunç ve ark, 2013; Sürücü ve ark, 2017). Yine benzer şekilde kanser hastaları ile yapılan bir araştırmada hastaların umut düzeyleri ile sosyal destek düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Aydın, 2017). Bu araştırmada elde edilen bulgular yapılan diğer araştırmalar ile paralellik göstermektedir. Sonuç olarak sosyal desteğin azalması hastaların umutsuzluk düzeyini arttırmaktadır. Bireyin sahip olduğu sosyal çevresinin sosyal destek sağlamada yetersiz olması psikolojik olarak destek sağlamada da yetersizliğe neden olacağı için kanser hastalığına uyum sağlamayı engelleyeceği vurgulanmaktadır (Işıkhan, 2007).

Bakım verenlerin algıladığı sosyal destek düzeyi ile umutsuzluk düzeyi ve ölçeklerin tüm alt boyutları (algılanan arkadaş desteği ile gelecek ile ilgili beklentiler alt boyutu arasındaki ilişki hariç) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4.2). Bu sonuca göre bakım verenlerin algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça umutsuzluk düzeyi azalmaktadır. Yıldırım'ın (2017) kanser hastalarına bakım verenler ile yaptığı araştırmada umutsuzluk düzeyi ile algılanan sosyal destek düzeyi arasında negatif yönde bir

ilişki olduğu tespit edilmiştir. Eliüşük'ün (2008), şizofrenili hastası olan aileler ile yaptıkları araştırmada da umutsuzluk düzeyi ile algılanan sosyal destek düzeyi arasında negatif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Engelli ve yaşlı bireylerin yakınları ile yapılan bir araştırmada da umutsuzluk ile sosyal destek düzeyi arasında negatif yönde bir ilişki olduğu görülmüştür (Yorulmaz ve ark, 2018). Bu araştırma sonuçları literatürdeki belirtilen araştırmaların sonuçlarına benzer niteliktedir. Literatürde kanser hastalarına bakım verenlerde algılanan sosyal destek ve umutsuzluk düzeyini inceleyen fazla sayıda araştırma bulunmamaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen verilerin sonuçları bu bölümde yer almaktadır.

- Hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu ve yaşam şekli değişkenleri ile algılanan sosyal destek toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Hastaların gelir durumu ile algılanan sosyal destek toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir.
- Hastaların yaş, medeni durum, eğitim durumu ve çalışma durumu değişkenlerine ile umutsuzluk düzeyi arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenirken, cinsiyet, gelir durumu ve yaşam şekli değişkenleri ile umutsuzluk düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu görülmektedir.
- Bakım verenlerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, hastaya yakınlık durumu, hastanın tanısı ve bakım süresi değişkenleri ile algılanan sosyal destek toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Bakım verenlerin gelir durumu ve yardımcı birisinin bulunma durumu değişkeni ile algılanan sosyal destek toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür.
- Bakım verenlerin yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu ve hastanın tanısı değişkenleri ile umutsuzluk düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Eğitim durumu, gelir durumu, hastaya yakınlık durumu, bakım süresi ve bakımda yardımcı birisi bulunma durumu değişkenleri ile umutsuzluk düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir.
- Hastaların ve bakım verenlerin algılanan sosyal destek düzeyleri ile umutsuzluk düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Araştırmadan elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda;

- Rutinde kemoterapi alan hastaların yaşayabilecekleri algıladıkları sosyal destek ve umutsuzluk düzeylerinin değerlendirilmesi,
- Hasta ve bakım verenlere tedavi ve taburculuk sonrası dönemi de içeren gereksinim duyabilecekleri fiziksel, psikolojik ve sosyal konuları kapsayan kapsamlı bir eğitim planlanması,

- Yalnız yaşıyan hastalar veya gelir durumu düşük olan hasta ve bakım verenler için bakımlarında destek olabilecek kaynakların belirlenerek gerekli desteklerin sağlanması konusunda ilgili kurum veya kuruluşlara yönlendirilerek gerekli desteği almasının sağlanması,
- Hemşirelerin hasta ve bakım verenlere fiziksel, duygusal ve sosyal sorunlar yaşadıklarında duygularını rahatça ifade edebilmelerini sağlamak için uygun ortamların sağlanması,
- Sağlık profesyonellerinin hasta ve bakım verenlerde umutsuzluk ve sosyal desteği etkileyebilecek faktörlerin farkındalığını artırmak ve bu doğrultuda bütüncül bakım sağlanması için hizmet içi eğitimlerin verilmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Akgün Kostak M, Avcı G.** Hopelessness and Depression Levels of Parents of Children with Cancer, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2013, 14(11), 6833-6838
- Akgün Şahin Z, Tan M, Polat H.** Hopelessness, Depression and Social Support with End of Life Turkish Cancer Patients, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2013, 14, 2823-2828
- Altıparmak S, Fadıloğlu Ç, Gürsoy Ş. T, Altıparmak O.** Kemoterapi Tedavisi Alan Akciğer Kanserli Hastalarda Öz Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesi İlişkisi, *Ege Tıp Dergisi* 2011, 50(2),95-102
- American Brain Tümör Association,** Chemotherapy, ABTA, Chicago 2016, 3-4
- Ardahan M.** Sosyal Destek ve Hemşirelik, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi* 2006, 9(2), 68-75
- Arıkan R. N.** Travmatik Bir Yaşantı: Meme Kanseri ve Mastektomi, *Kriz Dergisi* 2000, 8(1), 39-46
- Arslan S, Çelebioğlu A, Tezel A.** Depression and Hopelessness in Turkish Patients with Cancer Undergoing Chemotherapy, *Japan Journal of Nursing Science* 2009, 6, 105-110
- Arslantaş H, Adana F, Kaya F, Turan D.** Yatan Hastalarda Umutsuzluk ve Sosyal Destek Düzeyi ve Bunları Etkileyen Faktörler, *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2010, 18(2), 87-97
- Aslan Ö, Sekmen K, Kömürcü Ş, Özet A.** Kanserli Hastalarda Umut, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi* 2007, 11(2), 18-24
- Atagün M. İ, Balaban Ö. D, Atagün Z, Elagöz M, Yılmaz Özpolat A.** Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yüğü, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011, 3(3), 513-552
- Atıcı E.** Tıp Tarihinde Kanser ve Lösemi, *Türk Onkoloji Dergisi* 2007, 22(4), 197-204

Ayaz S, Yaman Efe Ş, Korukluoğlu S. Jinekolojik Kanserli Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler, *Türkiye Klinikleri Journal Medical Sciences* 2008, 28(6), 880-885

Aydın İ. H. Kanser Hastalarında Umut-Umitsuzluk ve Sosyal Destek İlişkisi: Şanlıurfa İlinde Tedavi Gören Hastalar Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas 2017, 140

Babaoğlu E, Öz F. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal ve Sosyal Sorunları Arasındaki İlişki, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2003, 5(2), 24-33

Bag B. Kanser Hastalarında Uzun Dönemde Görülen Psikososyal Sorunlar, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2013, 5(1), 109-126

Bahar A. Kanser Hastalarına Psikososyal Yaklaşım, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007, 10(1), 105-111

Bahar A. Kronik Hastalıklarda Umutsuzluk Düzeyinin Belirlenmesi, *Nefroloji Hemşireliği Dergisi* 2008, 38-43

Baykara O. Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar, *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016, 5(3), 154-165

Beck A T, Weissman A, Lester D, Trexler L. The Measurement of Pessimism: The Hopelessness Scale, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1974, 42(6), 861-865

Bener A, Alsulaiman R, Doodson L, Agathangelou T. Depression, Hopelessness and Social Support Among Breast Cancer Patients: in Highly Endogamous Population, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2017, 18(7), 1889-1896

Bilge A. Özel Popülasyonda Hemşirelik Yönetimi. In: Psikososyal Hemşirelik Genel Hasta Bakımı İçin (3. Baskı), Öz F, Demiralp M, Ankara Akademisyen Kitabevi, Ankara 2014: 385-485

Bozdoğan Yeşilot S, Öztunç G, Yeşil Demirci P, Inel Manav A, Paydaş S. The Evaluation of Hopelessness and Perceived Social Support Level in Patients with Lung Cancer, *International Journal of Health and Life Sciences* 2017, 3(2), 88-105

Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel R. L, Torre L. A, Jemal A. Global Cancer Statistics 2018: Globocan Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries, *Cancer Cytopathology: a Cancer Journal for Clinicians* 2018, 68(6), 394- 424

Büyüköztürk Ş. Parametrik Olmayan İstatistikler, In: Veri Analizi El Kitabı (23.Baskı), Pegem Akademi Yayıncılık, Ankara, 2017: 155-177

Can G. Onkoloji. In: İç Hastalıkları Hemşireliği (2. Baskı), Enç N, Uysal H, (eds), Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul 2017: 367-399

Carpenito-Moyet L. J. Ümitsizlik. In: Hemşirelik Tanıları El Kitabı, Erdemir F (eds), Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul 2012: 487-493

Çalışkan T, Duran S, Karadaş A, Ergün S, Tekir Ö. Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi, *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2015, 17(1), 27-36

Çam O, Babacan Gümüş A. Meme Kanserli Kadınlar İçin Duygusal Destek Odaklı Hemşirelik Girişimleri, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006, 10(3), 52-60

Çavdar İ, Kanserli Hastanın Terminal Dönemdeki Bakımı, *Türk Onkoloji Dergisi* 2011, 26(3), 142-147

Çivi S, Kutlu R, Çelik H. H. Kanserli Hasta Yakınlarında Depresyon ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, *Gülhane Tıp Dergisi* 2011, 53(4), 248-253

Dedeli Ö, Fadiloğlu Ç, Uslu R. Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumları ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi, *Türk Onkoloji Dergisi* 2008, 23(3), 132-139

Dökmen Z. Toplumsal Cinsiyet ve Sosyal Psikoloji: Temel Kavramlar. In: Toplumsal Cinsiyet Sosyal Psikolojik Açıklamalar, Remzi Kitabevi, İstanbul 2017: 17-40

Durak A, Palabıyıkoglu R. Beck Umutsuzluk Ölçeği Geçerlilik Çalışması, *Kriz Dergisi* 1994, 2(2), 311-319

Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği, *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001, 12(1), 17-25

- Eker D, Arkar H.** Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği, *Türk Psikoloji Dergi* 1995, 10(34), 45-55
- Eliüşük A.** Şizofrenili Hastası Olan Ailelerin Algılanan Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya 2008, 151
- Erdoğan Z, Yavuz D. E.** Kanserli Hastaların Bakım Vericilerinde Yaşam Kalitesi, *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 2014, 23(4), 726-736
- Esin M, N.** Örneklem, In: Hemşirelikte Araştırma Süreci, Uygulama ve Kritik, Erdoğan S, Nahcivan N, Esin M. N. (eds), Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul 2014: 167-192
- Eti Aslan F, Karadakovan A.** Onkoloji. In: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Aslan EF, Olgun N (eds), Nobel Kitabevi, Adana 2010:189-276
- Eti Aslan F, Olgun N, Uzun Ö, Uslu Y.** Onkoloji, In: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım (2.baskı), Karadakovan A. Eti Aslan F. (eds), Özyurt Matbaacılık, Ankara 2014: 183-210
- Eylen B.** Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği'nin Geçerlik, Güvenirlik ve Faktör Yapısı Üzerine Bir Çalışma, *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2002, 15(1), 109-117
- Fadıloğlu Ç, Cantilav Ş, Kuzeyli Yıldırım Y, Tokem Y.** Meme Kanserli Kadınlarda Umutsuzluk Düzeyi ve Başetme Davranışları Arasındaki İlişki, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2006, 22(2), 147-160
- Güneş Z, Çalışır H.** Quality of Life and Social Support in Cancer Patients Undergoing Outpatient Chemotherapy in Turkey, *Annals of Nursing and Practice* 2016, 3(7), 1070
- Hintistan S, Pekmezci H, Nural N, Gülhan Güner S.** Kemoterapi Alan Hastalarda Psikolojik Semptomlar, *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 2015, 4(1), 1-9
- Hocaoğlu Ç, Kandemir G, Civil F.** Meme Kanserin Aile İlişkilerine Etkileri, *Meme Sağlığı Dergisi* 2007, 3(3), 163-165
- Işıkhani V.** Kanser ve Sosyal Destek, *Toplum ve Sosyal Hizmet* 2007,18(1), 15-29

Jemal A, Vineis P, Bray F, Torre L, Forman D. Kanser Atlası, Amerikan Kanser Derneği, Atlanta 2014, 18-33

Kahriman F, Zaybak A. Caregiver Burden and Perceived Social Support Among Caregivers of Patients With Cancer, *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2015, 16(8), 3313-3317

Karaaslan A. Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2013, 96

Karaman S, Yılmaz Karabulutlu E. The Relationship Between Functional Living Status and Perceived Social Support in Patients with Cancer, *Nursing Practice Today* 2016, 3(4), 171-178

Kelleci M. Kanser Hastalarının Umudunun Geliştirilmesine Yönelik Hemşirelik Girişimleri, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005, 6, 41-47

Khan S, Siddiqi A, Nisar A. Quality of Life, Spirituality and Social Support Among Caregivers of Cancer Patients, *Journal of Electrical and Electronics Engineering* 2015, 10(6), 11-15

Kim Y, Given B. A. Quality of Life of Family Caregivers of Cancer Survivors, *American Cancer Society* 2008, 112(11), 2556-2568

Korkmaz M, Yangöz Ş. T. Hastanın Kanser Tanısına Uyumun Sağlanmasında Hemşirenin Rolü, *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi* 2013, 3(8), 77-86

Korkut Bayındır S, Ünsal A. Sık Görülen Ruhsal Hastalıklardaki Hemşirelik Tanı ve Girişimleri, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2016, 6(2), 115-119

Kutluk T, Kars A. Kanser Tanımı ve Önemi, In: Kanser Konusunda Genel Bilgiler 2001, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/kanser.pdf> (Erişim tarihi: 22.08.2016)

Madani H, Pourmemari M, Moghimi M, Rashvand F. Hopelessness, Perceived Social Support and Their Relationship in Iranian Patients with Cancer, *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing* 2018, 5(3), 314-319

Maheshwari Preksha S, Kaur M. R, Perceived Social Support and Burden among Family Caregivers of Cancer Patients, *International Journal of Health Sciences & Research* 2016, 6(1), 304-314

Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Galanos A, Vlahos L. Caregivers of Advanced Cancer Patients Feelings of Hopelessness and Depression, *Cancer Nursing* 2007, 30(5), 412-418

Nijboer C, Tempelaar R, Sanderman R, Triemstra M, Spruijt R. J, Van Den Bos G. A. Cancer and Caregiving: The Impact on the Caregiver's Health., *Psychooncology* 1998, 7, 3-13

Ottilingam Somasundaram R, Devamani K. A. A Comparative Study on Resilience, Perceived Social Support and Hopelessness Among Cancer Patients Treated with Curative and Palliative Care, *Indian Journal of Palliative Care* 2016, 22(2), 135-140

Öz F. Ümit ve Ümitsizlik, In: Sağlık Alanında Temel Kavramlar (2. Baskı), Ankara 2010: 189-218

Özben Ş. Yaşlılarda Umutsuzluk, *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi* 2008, 23, 136-151

Özdaş T, Olgun N. Kemik İliği Nakli Planlanan Hastaların Umutsuzluk Düzeyi ve Etkileyen Faktörler, *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 2015, 2(1), 12-21

Özdemir D. Onkoloji Eğitim Hemşireliği Biriminde Eğitim Alan Meme Kanseri Hastalarında Stresle Başa Çıkma Yolları ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya 2017, 75

Öztunç G, Yeşil P, Paydaş S, Erdoğan S. Social Support and Hopelessness in Patients with Breast Cancer, *Asian Pasific Journal of Cancer Prevention* 2013, 14(1), 571-578

Pınar G, Pınar T, Ayhan A. The Strain and Hopelessness in Family Caregivers of Patients with Gynecologic Cancer, *Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi* 2012, 3(22), 170- 180

Preksha M, Kaur Rajinder M. Perceived Social Support and Burden Among Family Caregivers of Cancer Patients, *International Journal of Health Sciences and Research* 2016, 6(1), 304- 314

Rodriguez M. S, Cohen S. Social Support, *Encyclopedia of Mental Health* 1998, 3, 535-544

Sarıkoç G, Demiralp M. Hastalığa Psikososyal Yanıt. In: Psikososyal Hemşirelik Genel Hasta Bakımı İçin (3. Baskı), Öz F, Demiralp M (eds), Ankara Akademisyen Kitabevi, Ankara 2014: 7-15

Seber G, Dilbaz N, Kaptanoğlu C, Tekin D. Umutsuzluk Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenirliği, *Kriz Dergisi* 1993,1 (3), 139-142

Sert Ağır M. Yaşam Kalitesi, Değerler ve Umut-Umutsuzluk, *Marmara Sosyal Araştırmalar Dergisi* 2017, 11, 84-103

Subaşı H. G, Yıldız H. N, Tekin S. Kanser Hastalarının Bakımıyla İlgilenen Yakınlarının Umut Düzeylerinin İncelenmesi, *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi* 2016, 14(2), 109-127

Sudhakar A. History of Cancer, Ancient and Modern Treatment Methods, *Journal Cancer Science & Therapy* 2010, 1(2), 1-4

Sullivan M. D. Hope and Hopelessness in the End of Life, *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2003, 11(4), 393-405

Sürücü S. G, Öztürk M, Alan S, Usluoğlu F, Akbaş M, Vurgeç B. A. Identification of the Level of Perceived Social Support and Hope of Cancer Patients and Their Families, *World Cancer Research Journal* 2017, 4(2), 1-11

Talib A, Mahmood K. Stress and Hopelessness Among Caregivers of Life Threatening Illnesses, *Research on Humanities and Social Sciences* 2015, 5(9), 22-27

Terakye G. Kanserli Hasta Yakınlarıyla Etkileşim, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi* 2011, 4(2), 78-82

Tercanlı N, Demir V. Beck Umutsuzluk Ölçeğinin Çeşitli Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi(Gümüşhane İli Örneği), *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012, 1(1),29-40

Tokem Y, Özçelik H, Cicik A. Examination of the Relationship Between Hopelessness Levels and Coping Strategies Among the Family Caregivers of Patients with Cancer, *Cancer Nursing* 2015, 38(4), 28- 34

Tokgöz G, Yaluğ İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K, Aker T. Kanser Hastalarında Majör Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Etkenler, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008, 9, 59-66

Turan Kavradım S, Canlı Özer Z, Kanser Tanısı Alan Hastalarda Umut, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2014, 6(2), 154-164

Usta Yeşilbalkan Ö. Hücresel Bozukluklar (Onkoloji). In: Dahiliye ve Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği (3. Baskı), Çelik S, Usta Yeşilbalkan Ö (eds), Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık, Ankara 2015: 380- 406

Ülger E, Alacacioğlu A, Gülseren A Ş, Zencir G, Demir L, Tarhan M. O. Kanserde Psikososyal Sorunlar ve Psikososyal Onkolojinin Önemi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2014, 28(2), 85-927

WEB_1. (2018).WHO's web site. <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/792-turkey-fact-sheets.pdf> (28.03.2019)

WEB_2. (2018). WHO's web site. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/noncommunicable-diseases> (20.03.2019)

WEB_3.(2018). Ölüm nedeni istatistikleri. <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30626> (Erişim Tarihi: 28.04.2019)

Yangöz Ş. T. Kanser Ağrısı Olan Hastaların ve Bakım Verenlerin Ağrıya İlişkin Görüşleri ve Bakım Yüklerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Isparta 2013, 99

Yıldırım E. Kanser Hastası Yakınlarının Algıladığı Sosyal Destek ile Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Aydın Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2017, 115

Yıldırım İ. Akademik Başarı Düzeyleri Farklı Olan Lise Öğrencilerinin Bazı Değişkenlere Göre Sosyal Destek Düzeyleri, *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 1998, 2(10), 33-45

Yıldırım İ. Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Geliştirilmesi Güvenirliği ve Geçerliği, *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 1997, 13, 81-87

Yıldız E, Dedeli Ö, Çınar Pakyüz S. Kanser Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2016, 13(3), 216-225

Yorulmaz M, Kıraç R, Kocabaş Z. Bakım Vermekle Sorumlu Olan Kişilere Sağlanan Sosyal Desteğin Umutsuzluk Düzeyine Etkisinin İncelenmesi, *2nd International Social and Education Sciences Symposium*, 999-1006, 22-24 Ekim 2018, Konya

Zimet G. D., Dahlem N. W., Zimet S. G., Farley G. K, Multidimensional Scale of Perceived Social Support, *Journal of Personality Assessment* 1988, 52(1), 30-41

EKLER

Ek-1

Hasta Bilgi Formu

Anket formundaki soruları tam ve doğru olarak cevaplamanız gerekmektedir.

1. Yaşınız:.....
2. Cinsiyetiniz:
 - Erkek
 - Kadın
3. Medeni durumunuz nedir:
 - Bekar
 - Evli
4. Eğitim durumunuz nedir:
 - Okur-yazar değil
 - İlk Öğretim
 - Lise ve üzeri
5. Çalışıyor Musunuz?
 - Hayır
 - Evet
6. Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
 - Geliri giderinden az
 - Geliri giderine denk
 - Geliri giderinden fazla
7. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz
 - Yalnız
 - Eş ile
 - Eş ve çocuklar
 - Diğer

Ek-2

Bakım Veren Bilgi Formu

Anket formundaki soruları tam ve doğru olarak cevaplamamız gerekmektedir.

1. Yaşınız:.....
2. Cinsiyetiniz:
 - Erkek
 - Kadın
3. Medeni durumunuz:
 - Bekar
 - Evli
4. Eğitim durumunuz:
 - Okur-yazar değil
 - İlköğretim
 - Lise ve üzeri
5. Çalışıyor musunuz?
 - Hayır
 - Evet
6. Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız
 - Geliri giderinden az
 - Geliri giderine denk
 - Geliri giderinden fazla
7. Hastaya yakınlık durumunuz:
 - Eşim
 - Çocuğum
 - Ebeveyn (Anne/ Baba)
 - Kardeşim
 - Diğer

8. Bakım verdiğiniz hastanın tanısı:

- Akciğer kanseri
- Meme kanseri
- Mide kanseri
- Kolon kanseri
- Diğer

9. Hastaya ne kadar süredir bakım veriyorsunuz:.....

10. Hastaya bakımınızda size yardımcı olan birisi var mı?

- Yok
- Var

Ek-3

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Formu

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. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.
Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.
Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet
3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.
Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.
Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.
Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.
Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.
Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet
8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.
Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

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

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

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

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

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

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

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

Ek-4

Beck Umutsuzluk Ölçeği

Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Size uygun olanlar için "Evet", uygun olmayanlar için ise "Hayır" sütununun altındaki kutuyu () işaretleyiniz.

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 hayatımın 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 başarılı 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 hiçbir 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. Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum
Evet () Hayır ()
20. İstediğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim
Evet () Hayır ()



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 53043469-050.04.04
Konu : Kararlar

Sayın Doç.Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL
Öğretim Üyesi

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 13.10.2016 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızda ilgili alınan 17 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

e-İmzalıdır

Prof.Dr. Nefi KİYİLIOĞLU
Kurul Başkanı

KARAR 17

Protokol No : 2016/974
Sorumlu Yürütücü : Doç.Dr.Rahşan Çevik AKYIL
Hemşirelik Fakültesi/
İç Hastalıkları Hemşireliği AD

Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL'ın "Kanserli hasta ve bakım verenlerinin algıladıkları sosyal destek ile umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi" başlıklı klinik araştırmasının 08.09.2016 tarihli kurul kararında eközellikler saptanmıştır. 12.10.2016 tarihli gelen dilekçesi ve ekleri dosya halinde görülmüştür.

Sonuçta klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde (kurum izinin alınıp izin belgesinin dosyaya konulmak üzere gelmesi şartıyla) gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form Z'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma bittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadı yazması ve imzalanmasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Orjinal Rapor Formu/Arket)]lerin gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Aydın İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Şube : 25305691- 605.01

Konu : Fatma GÜNDÜZ'ün
Araştırma İzni.

DAĞITIM YERLERİNE

İlg: a) Adnan Menderes Üniversitesi Rektörlüğü Yazı ve Kurul İşleri Müdürlüğü'nün 02/12/2016 tarihli ve E.21419 sayılı yazısı.

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Fatma GÜNDÜZ tarafından "Kanserli Hasta ve Bakım Verenlerin Algıları Sosyal Destek ile Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" başlıklı tez çalışmasını Kasım 2016- Şubat 2017 tarihleri arasında Aydın Atatürk Devlet Hastanesi Medikal Onkoloji Servisi ve Kemoterapi Ünitesinde gerçekleştirmek için gerekli izin verilmesi konusunda başvuruda bulunmuştur. Adı geçeninin söz konusu talebi Genel Sekreterliğimiz Bilimsel Araştırmalar Etik Komisyonu tarafından incelenmiştir.

Adı geçeninin söz konusu tarihlerde çalışma yapması, çalışmayı yaparken kimlik taşıması, hasta mahremiyetine dikkat etmesi, hizmeti aksamasına mahal vermemesi, çalışma sonuçlarını Genel Sekreterliğimizce paylaşması kaydıyla uygun görülmüştür.

Bilgileriniz ile gereğini arz ve rica ederim.

Uzm. Dr. Selma ÖZCAN
Genel Sekreter

DAĞITIM:

-Adnan Menderes Üniversitesi Rektörlüğüne
-Aydın Atatürk Devlet Hastanesi Yöneticiliğine,

Aydın Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Tel: 0256 214 33 62 Fax: 0256 214 56 60

e-posta: simeyca.celebi@saglik.gov.tr Telefon No: (0256) 214 3362/4010

Evrenin elektronik imzalı suretine <http://e-bolge.saglik.gov.tr> adresinden 5350487-7e6-422f-e076-877956f9009a kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile incelenmiştir.

Bilgi için: Simeyca ÇELEBİ

Ek-7

HA

haluk arkar <haluk.arkar@ege.edu.tr>

Mon 8/22/2016 11:03 AM

You

↩ ↪ → ...

Sayın Fatma Gündüz,

Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve puanlamasını aşağıdaki kaynaktan bulabilirsiniz. Başarılar dilerim.

Prof. Dr. Haluk Arkar

Eker, D., H. Arkar ve H. Yıldız, "Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği", *Türk Psikiyatri Dergisi*, **12**, 17-25 (2001).

Sayın Yetkili,

Fatma Gündüz.

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi tez çalışmasında Beck umutsuzluk ölçeğini kullanmak istemektedir.

Fatma Gündüz'ün tez çalışmasında kaynak göstererek ve etik kurallara uyarak ölçeği kullanması uygundur. Eskişehir, 19. Ekim 2016

Saygılarımla

Gülten Seber

Prof. Dr. Gülten Sönmez Seber

Klinik Psikolog

E-posta: gsonmezseber@gmail.com

Mobile: 0 (535) 477 07 87

ÖZGEÇMİŞ

Soyadı, Adı: Gündüz, Fatma

Uyruk: T.C.

Doğum yeri ve tarihi: Karamanlı/15.09.1991

Telefon: 05547275249

E-mail: f.g._15@hotmail.com

Yabancı Dil: İngilizce

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Tarihi
Lisans	Hacettepe Üniversitesi	20.01.2014

İŞ DENEYİMİ

Yıl	Yer/Kurum	Ünvan
2015-2019	Aydın Atatürk Devlet Hastanesi	Hemşire
2019	S.B.Ü Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Hemşire