

TC
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI

**MEME KANSERİ HASTALARININ DİSTRES VE ALGILANAN SOSYAL
DESTEK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Azize ATLI ÖZBAŞ

Tez Danışmanı
Yard. Doç. Dr. Nermin GÜRHAN

ANKARA
Kasım 2008

TC
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI

**MEME KANSERİ HASTALARININ DİSTRES VE ALGILANAN SOSYAL
DESTEK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Azize ATLI ÖZBAŞ

Tez Danışmanı
Yard. Doç. Dr. Nermin GÜRHAN

ANKARA
Kasım 2008

KABUL VE ONAY

**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

**Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı
çerçevesinde yürütölmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.**

Tez Savunma Tarihi : 25/11/2008

**İmza
Doç.Dr. Haldun Soygür
Jüri Başkanı**

İmza

**Yard. Doç. Dr. Sağ. Aygöl AKYÜZ
GATA Hemşirelik Yüksek Okulu**

İmza

**(Danışman)
Yard. Doç. Nermin GÜRHAN
Gazi Üniversitesi**

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	I
İçindekiler	II
Şekiller	IV
Tablolar	IV
Semboller, Kısaltmalar	IV
Önsöz	V
1. GİRİŞ	
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı:	7
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. Meme Kanseri	7
2. 1. 1 Meme Kanserinde Epidemiyoloji	7
2. 1. 2 Meme Kanserinin Hasta Üzerindeki Etkisi	9
2.1.3.1 Fiziksel Uyum Sorunları	10
2.1.3.2 Psikososyal Uyum Sorunları	10
2.2. Distres	13
2. 2.1 Distres Nedir	13
2. 2.2 Kanseri ve Distress	15
2. 2.3 Distreste Birey Özellikleri	16
2. 2.4 Beklenebilecek Distress Belirtileri	17
2.2. 5 Distres Yönetimi	18
2.3. Kanseri Bireyde Sosyal Destek	19
2.3.1. Sosyal Destek Nedir?	20
2.3.2. Sosyal Desteğin Etkisi	21
2.3.3. Sosyal Destek Türleri ve işlevleri	23
2.3.4. Sosyal Destek ve Kanseri Birey	24
2.3.5. Sosyal Desteğin Sağlanması Hemşiresinin Rolü	25
3. GEREÇ Ve YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın Şekli	26
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	26
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	27
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	29
3.5. Verilerin Toplanması	30
3.5.1. Veri Toplama Araçları	30
3.5.1.1 Birey Bilgi Formu	30
3.5.1.2 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	31
3.5.1.3. Distress Termometresi	32
3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	34
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	35
3.7.1 Araştırmanın Etik Yönü	35
3.7.2. Araştırmanın Sınırlılıkları	36

4. BULGULAR	37
5. TARTIŞMA	50
6. SONUÇ	62
7. ÖZET	65
8. SUMMARY	67
9. KAYNAKLAR	69
10. EKLER	84
10.1.EK- 1 Hasta Bilgi Formu	84
10.2.EK- 2 Distress Termometresi	87
10.3.EK- 3 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Formu	88
10.3.EK-4 Araştırma İzin Yazısı	89
11. ÖZGEÇMİŞ	90

ŞEKİLLER

Şekil 1	Distress Termometresi	33
---------	-----------------------	----

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1	Sosyo-demografik özellikler	38
Tablo 2	Distres yaşama düzeyi	39
Tablo 3	Disteress alanları	40
Tablo 4	Sosyo demografik özelliklerine göre distres yaşama durumları	42
Tablo 5	Tanıya ait özelliklere göre distress yaşama durumu	44
Tablo 6	Hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyleri	46
Tablo 7	Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanları ve distress termometresi puanı arasındaki ilişki	48

SEMBOLLER KISALTMALAR

DT	Distres Termometresi
ÇBASDÖ	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
NCCN	The National Comprehensive Cancer Network Us

ÖNSÖZ

Tez çalışmam sırasında desteklerini esirgemeyen çok değerli danışman hocam, Sayın Yard. Doç. Nermin GÜRHAN'A sonsuz teşekkür ederim.

Değerli katkılarından dolayı, Sayın Doç. Dr. Haldun SOYGÜR ve Sayın Yard. Doç. Dr. Sağ. Aygöl AKYÜZ'e teşekkürü borç bilirim.

Başta Sayın Dr. Cebail ŞİMŞEK olmak üzere, Dr.Abdurrahman Yurtarslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi tüm çalışanlarına, araştırmamın uygulaması esnasındaki manevi desteklerinden dolayı teşekkür ederim.

Araştırmamın istatistiksel analizinde yardımcı olan Arzu KARABAĞ AYDIN ve Erol AYDIN'a ayrıca teşekkür ederim.

Maddi ve manevi desteğini hiç bir zaman esirgemeyen eşim Gökhan ÖZBAŞ'a teşekkür ederim.

Azize ATLI ÖZBAŞ

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Tüm dünyada önemli ve güncel sağlık sorunlarından birisi olan kanser, günümüzde hala insanlara korku veren bir hastalıktır. Çok ileri tıbbi çalışmaların yapıldığı bu alanda birçok gelişme kaydedilmiş olmasına rağmen, hala belirsizlik içeren, ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran bir hastalık olarak algılanmayı sürdürmekte ve beraberinde gelecekle ilgili kaygıları da getirmektedir^{1,2,3,4,5}. Ashing Giwa ve ark.'nın 2006'da farklı kültürleri içeren gruplarla yaptıkları çalışmaya göre tüm gruplar benzer korku ve kaygı yaşamaktadır⁶.

Kanser tanısı alan bireylerin sayısı, her geçen gün artış göstermektedir⁷. ACS (American Cancer Society) verilerine göre, 2007 yılında dünyada 12 milyon kişi kanser tanısı almıştır. 2050 yılına kadar, dünya çapında 27 milyon kişinin kanser tanısı alması beklenmektedir⁸. Ülkemizde 1983 yılında 9.868 kanser hastası varken bu sayı her geçen yıl artarak, 2003 yılında 49.387'ye ulaşmıştır⁹. Kanser istatistiklerine bakıldığında, tüm dünyada kadınlarda en sık rastlanan kanser türünün meme kanseri olduğu görülmektedir. Kadınlarda görülen kanserlerin %32'sini ve kansere bağlı ölümlerin ise %19'unu meme kanseri oluşturmaktadır^{10,11,7,8,12,13}. Türk Tabipler Birliği 2006 verileri (%24,96), ve Devlet İstatistik Enstitüsü 2003 verileri (%26,58); ülkemizde de kadınlarda en sık görülen kanser türünün meme kanseri olduğunu göstermektedir^{9,12,13}.

Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türü olmasının yanı sıra, pek çok fiziksel, sosyal ve psikolojik özelliği de bünyesinde barındırmaktadır. Meme kanseri tanısı almış olan bir kadının, cinselliğinin bir göstergesi olan organı tehdit altındadır. Aynı zamanda

almış olduğu tanı ile ölüm korkusu da yaşamaktadır. Ayrıca başkalarına bağımlı kalma, yetersizlik ve ilişkilerinin kesintiye uğraması gibi korkular da bu duruma eşlik edebilmektedir. Bu yönleri ile meme kanseri kadınların yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda, cinsel, ruhsal ve sosyal alanda da hayatlarını olumsuz yönde etkilemektedir^{14,5,15,16,17,18,19,20}. Meme kanseri tanısı almış olan kişinin, tüm bu olumsuzluklar içinde, tanı ve tedavi işlemlerinin kendisinde yarattığı korku, endişe ve kaygı ile de baş etmesi beklenmektedir. Bu durum da kanser hastalarında psikiyatrik tablo görülme sıklığının artmasına yol açmaktadır^{21,22,23,15}. Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar, %29-47 arasında değişebilmektedir. En sık görülenler psikiyatrik bozukluklar ise anksiyete ve depresyondur^{24,22,3}. Depresyon görülme oranı, %45-%58 arasında değişmekteyken, anksiyete ile birlikte seyreden uyum bozukluğu görülme oranı %55-68 arasında seyretmektedir^{22,25,3}. Kanser tanısı almış hastalarda, distress yaşama durumunun yaygın olduğu da bilinen bir başka gerçektir^{1,26,27}. Tanı aşamasından başlayarak, tedavi, tedavinin sonlandırılması, sağ kalım süresi, nüksler gibi kanserle geçen süreçlerin tümünde yapılan araştırmalar meme kanseri tanısı almış hastaların, %70'lere varan oranlarda distress yaşadıklarını göstermektedir²⁸.

Kanserli hastalarda distress'in bu kadar yoğun yaşanıyor olmasına karşın, distressin sağlık çalışanları tarafından ele alınmasında önemli aksaklıklar yaşanmaktadır^{29,30,31}. Distressin sağlık çalışanları tarafından yeterince ele alınamamasının en önemli nedenlerinden biri distressin fark edilmemesidir diyebiliriz^{32,33,34}. Çünkü bireyler yaşadıkları distressi sözel olmayan şekillerde ifade edebildikleri gibi hiç ifade etme yedebilirler, bazen de somatize edebilirler. Rhyn ve ark.'nın yaptıkları çalışma, bireylerin distressi sözel ya da sözel olmayan şekillerde ifade ettiklerini, veya distresslerini normal olarak kabul edip, bu sıkıntılarından bahsetmeyi uygun bulmadıklarını ortaya koymaktadır^{34,23}. Yine Iwamitsu

ve ark (2005) tarafından yapılan çalışmada da, duygularını bastıran, ifade etmeyen hastalarda distress daha yüksek düzeyde bulunmuştur ³⁵. Bütün bu çalışmalar doğrultusunda NCCN de (The National Comprehensive Cancer Network Us) distress taramasının kanser bakımının rutininde yer almasını önermektedir ³⁶.

Kanser tanısı ile bireyin ve ailesinin psiko-sosyal dengesi bozulurken, hastaları, eşleri, aileleri ve arkadaşları ile olan ilişkilerindeki değişiklikten dolayı da ayrıca psikososyal sorunlar yaşamaktadırlar ^{37,2} ^{38,39,15}. Stresli bir yaşantı içinde bulunan hasta, ailesinin ve yakınlarının desteğine her zamankinden fazla ihtiyaç duyacağı bir süreç içine girmektedir. Hastanın destek almayı beklediği yakınları da hastalığın her aşamasında birey ile aynı kaygı, üzüntü ve endişeyi yaşamaktadırlar. Bütün bu duyguların yoğun bir şekilde yaşandığı bu süreçte, hasta yakınları bireye nasıl davranacakları, ne söyleyecekleri konularında da ayrıca kaygı duyduklarından dolayı hastanın ihtiyaç duyduğu desteği veremeyebilirler ²⁵

Zor durumda ya da sıkıntı içinde olan bireye, aile üyelerinin, akrabalarının ve arkadaşlarının yanı sıra, diğer toplumsal ilişkilerinin sağladığı kaynaklar olarak kavramlaştırılan sosyal desteğin, fiziksel sağlık, kendini iyi hissetme ve kansere uyum üzerinde etkili olduğu da bilinen bir gerçektir ^{6,2,40,41}. Algılanan sosyal destek birey için yüksek strese karşı bir tampon rolü oynamaktadır. Bu tampon sistemi bireyi aşırı stresin olumsuz etkilerine karşı korurken, bireyin baş etme yeteneğini de artırmaktadır ^{42, 43,44,45}. Algılanan sosyal destek aynı zamanda, bireyin bağlılık duygularını doyurmakta, kimlik duygularının korunmasına ve güçlendirilmesine de yardımcı olmaktadır. Sosyal desteğin yetersiz olması durumunda bireyin ruhsal durumu olumsuz olarak etkilenebilmektedir⁴². Fakat son yıllarda

araştırmacılar, sosyal desteğin ilişkilerin sadece olumlu yönüne odaklaştığı ve bu durumun da gerçekleri tam olarak yansıtmadığına dikkat çekerek, sosyal desteğin fiziksel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerinde gözlenen olumlu etkilerinin her zaman için geçerli olmadığını da söylemektedirler ⁴⁵.

Sosyal desteğin önemli bir boyutu da bu desteği bireyin algılayış şeklidir. Her zaman hasta yakınlarının gösterdiklerini düşündükleri destek ile hastanın algıladığı destek paralel olmayabilir ^{46,45}. Bu süreçte hastalar bazen aile üyeleri ve diğer bireylerle daha yakın ilişkiler geliştirirken, bezende kişilerarası iletişimden kaçınabilmektedirler. Belirsizlik ve korku, sıklıkla hastaların sosyal destek gereksinimlerinde artışa neden olmaktadır. Ancak uzun süreli tedavi sürecinde hastalar çoğu zaman, sosyal ilişkilerini devam ettirecek enerjiyi bulmada sıkıntı yaşamakta ve bu nedenle de en çok gereksinim duydukları anda gerekli desteklerden mahrum kalabilmektedir ¹⁹.

Meme kanseri hastalığı sıklığı ve kişileri etkileme boyutları bakımından bir toplum sağlığı sorunudur. Meme kanseri tanısı almış ve bu hastalıkla mücadele eden kişilere yapılacak psikososyal destek hastaların fiziksel ihtiyaçlarının yanı sıra sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarını da göz önünde bulundurmayı gerektirmektedir ^{18,37,20}. Hastanın multidisipliner bir ekip tarafından çevresi ile beraber bir bütün olarak alınmasıyla başarı sağlanabilir ⁴⁷

Hastalar bütüncül olarak ele alınmadıklarında ve duygusal ihtiyaçları karşılanmadığında, kendilerine uygulanan tedaviden daha az fayda görmektedir ^{28,23}. Bütüncül yaklaşım son 40-50 yıldır gündemde

olmakla birlikte hemşireliğin ilk ortaya çıkışından bu yana hemşirelik mesleğinde var olmakta ve mesleğin temelini de oluşturmaktadır⁴⁸. Kansere hastaları ile çalışan hemşirelerin ve diğer disiplinlerin, bütüncül yaklaşımı benimseyerek hastaların yalnızca fiziksel değil, psikosozal ihtiyaçlarının da farkında olmaları ve hastaların ihtiyaç duyduğu desteği sağlamaları gerekmektedir^{48,23}. Bu görüş, konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliğinin temelidir. Hastalara bütüncül bakım vermek, tüm hemşirelerin sorumluluğunda olmakla birlikte, hastaların fiziksel bakımı ile psikososyal bakımı arasında bir köprü oluşturmak konsültasyon liyezon psikiyatri hemşiresinin temel görevlerinden biridir⁵⁰.

Kaliteli bir hemşirelik bakımı için hastaların psikososyal ihtiyaçlarının da ele alınması gerekmektedir. Distress hastanın sağlık durumunun gidişatının önemli bir göstergesidir^{33,29}. Psikososyal bakımın da ilk aşaması, hastanın yaşadığı distress'in fark edilmesi, izlenmesi, kaydedilmesi ve distressin tüm seviyelerinin ele alınmasıdır⁵¹. Erken evrede distressin fark edilip ele alınmadığı durumlarda, distress kronik bir hal alabilir. Yüksek distress seviyesi, anksiyete, depresyon ve özkıyım gibi psikiyatrik tablolara yol açabilir, hastanın tedaviye uyumsuzluk ve tedaviyi bırakma nedeni olabilir⁵². Hastanın distressini ele alma ise hemşirenin görevlerindendir. NCCN (The National Comprehensive Cancer Network US) distressin tanınmasından başlayarak, müdahalenin her aşamasında hemşirenin fonksiyonu olduğunu belirtmiş ve distress yönetiminde hemşireyi, ekipteki kilit pozisyon olarak işaret etmiştir. Çünkü hemşireler mesleklerinin doğası gereği klinikteki hastaların tümü ile bir bütün olarak ilgilenmektedirler. Hastalarla iletişim kurma açısından da daha avantajlı durumdadırlar⁵¹. Hemşirelik girişimleri ile kanser hastalarının distress seviyelerinin azaltılabildiği ve sadece distresse müdahale ile hastane faturalarının da %25 oranında azaldığı bilinmektedir^{53,33,54}. Sağlık çalışanlarının distressin farkında olması bundan dolayı son derece

önemlidir. Distressin ele alınması ve yönetilmesiyle, kanser hastalarının kendilerinde distress kaynağı olan pek çok durumla baş etmelerine ve duygusal durumlarını geliştirmelerine yardımcı olunabilir. Yine distress ele alınarak ve yönetilerek, hastaların yaşam kalitelerini olumsuz etkileyen, hastalığın ve tedavin yan etkilerinden etkilenme durumları azaltılabilir^{53,34}.

Meme kanseri hastalarının distress yaşama durumları ve algıladıkları sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi, hastaların yaşam kalitesi, fiziksel iyilik hali, sağ kalım süresi gibi alanlarda olumlu etkileri olan psikososyal desteğin sağlanması ve sürdürülmesinde ışık tutacaktır. Araştırma sonucunda elde edilen veriler ışığında, psikososyal destek programları hazırlanıp yürütülebilecektir. Ayrıca bu çalışma meme kanseri hastalarının psikososyal durumunu güçlendirmek için yapılacak diğer çalışmalara ve planlanacak uygulamalara ışık tutucu nitelikte veriler elde edilmesini sağlayacaktır.

Araştırma sonucunda aşağıdaki sorulara cevap alınması planlanmıştır.

- Meme kanserli bireylerde distress düzeyi nedir?
- Meme kanserli bireylerde distress düzeyini etkileyen sosyo-demografik özellikler nelerdir?
- Meme kanserli bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeyi nedir?
- Meme kanserli bireylerin distress yaşantıları ile algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?

1. 2. Araştırmanın Amacı:

Meme kanseri tanısı almış olan bireylerin, distress düzeylerinin, algıladıkları sosyal destek düzeylerinin belirlenerek aralarındaki ilişkinin incelenmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Meme Kanseri

2. 1. 1 Meme Kanserinde Epidemiyoloji

Kanser, Türkiye'de 1982 yılında 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nun 57. Maddesi gereğince "bildirimi zorunlu hastalıklar listesi"ne alınmıştır. Ancak bu duruma rağmen, ülkemizde gerçek kanser insidansı bilinmemektedir. En güvenilir kayıt sistemine sahip olan T.C. Sağlık Bakanlığı istatistik verilerine bakıldığında, en son dökümün 2004 yılı verilerine ait olduğu görülmektedir¹².

Ülkemizdeki kanser istatistikleri ile ilgili verilere Devlet İstatistik Enstitüsü'nden (DİE) de ulaşılabilmektedir. DİE verilerinde en son 2003 yılına ait kanser kayıtları bulunmaktadır. DİE 2003 verilerine göre ülkemizde en sık görülen kanser türlerinde, ilk sırayı akciğer kanseri alırken (7754 olgu, % 15.70), ikinci sırada da meme kanseri gelmektedir (5528 olgu, %11.80). Kadınlarda en sık görülen kanser türü ise %56.28 oranı ile meme kanseridir⁹.

Ülkemizde meme kanseri insidansı aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo A: Meme Kanseri İnsidansı

	2003		2004	
Cinsiyet	Olgu Sayısı	İnsidans	Olgu Sayısı	İnsidans
Kadın	5634	16.25	6334	17,97
Erkek	194	0.55	164	0,46
Toplam	5828	8.30	6498	9,13

SB 2004

Ülkemiz verileri göz önüne alındığında meme kanseri görülme oranının her geçen yıl arttığı görülmektedir. DİE verilerine göre 1995 Yılında ülkemizde 2860 meme kanseri vakası görülmüşken 2003 yılına geldiğimizde bu sayı 5828'e ulaşmıştır ⁹.

Meme kanseri görülme oranı, yaşlara göre değerlendirildiğinde, en çok meme kanseri görülme oranın 44–49 yaşları arasında olduğu görülmektedir.

Tablo B:Yaş Gruplarına Göre Meme Kanseri Dağılımı

Yaş Grupları	Olgu Sayısı
15-19	9
20-24	28
25-29	118
30-34	292
35-39	568
40-44	929
45-49	1024
50-54	867
55-59	782
60-64	602
65-69	477
70-74	372
75+	373
Bilinmeyen	57
Toplam	6498

2. 1. 2 Meme Kanserinin Hasta Üzerindeki Etkisi

Kanser tanısının, insanlar için stres verici bir durum olduğu bilinmektedir. Kanser ciddi ve kronik bir hastalık olmasının yanı sıra, belirsizlikler içeren, ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran bir hastalık olarak algılanması da yarattığı stresi artırmaktadır⁴. Tüm kanser hastaları, bu stresli yaşam deneyimine uyum sağlayamamakta ve bazı ruhsal tablolar ortaya çıkabilmektedir ^{3,22}.

Meme kanserinde, kadınların yaşadığı başlıca sorunlar; fiziksel olarak meydana gelen kayıplar, duygusal sıkıntılar, aile iş ve sosyal rollerde meydana gelen yıkımlardır. Bunların yanı sıra kanserde uygulanan yoğun ve uzun süreli tedaviler ve bu tedavilerin ağır yan etkileri de, kadınların günlük yaşam fonksiyonlarını olumsuz olarak etkilemekte ve çeşitli psikososyal sorunlara yol açmaktadır ¹⁹.

Meme kanseri tanısı, fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi anlamda, kadınların yaşamını çeşitli yönlerden etkiler, bir kriz durumu yaratır. Bu kriz durumunda, yaşa, etnik gruba ve hastalığın evresine bakmaksızın her hasta için bazı tepkiler evrenseldir ve bu tepkiler genellikle iki alanda yoğunlaşmaktadır. İlk tepkiler kanserin yayılma olasılığı, belirsizlik, acı çekme ve ölümle ilgili, daha sonraki tepkiler ise meme kaybıyla ilişkili olarak benlik saygısı ve cinsellikle bağlantılı sorunlardır^{22, 16, 17}.

Fiziksel uyum sorunları: Kanserde uygulanan çeşitli tedaviler, ağır fiziksel yan etkilere neden olmaktadır. Kanser tedavisi, bireyin fiziksel iyilik halini etkilemekte ve yaşam kalitesini azaltmaktadır^{55, 37, 18}. Tedavinin yol açtığı bu yan etkiler içinde; enerji kaybı, yorgunluk, ağrı, bulantı, kusma, hormonal değişimler, uyku problemleri en sık karşılaşılan sorunlar olup, hastaların günlük yaşam fonksiyonlarını olumsuz etkilemektedir. Özalp ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, distress yaşayan kanser hastalarının en fazla bedensel alanda sıkıntı yaşadıkları ortaya çıkmıştır³⁰. Bu açıdan kanserde fiziksel belirtiler ve psikososyal sorunların arasındaki bağlantının dikkate alınması son derece önemlidir.

Psikososyal sorunlar: Kanser tanısı almak, geleceğe yönelik bir tehdit olarak algılanmaktadır. Meme kanseri ise, kadınlar açısından hem yaşamın hem de kadınlığın tehdit altında olduğu bir hastalıktır. Literatürde meme kanserinin, tanı ve tedavi sürecinde, hastalarda anksiyete, depresyon, öfke, gelecek hakkında belirsizlik, umutsuzluk, çaresizlik, kanserin tekrarlayacağı korkusu, benlik imajının bozulması, dişilik özelliklerini kaybetme gibi psikolojik sorunlara neden olduğu bildirilmiştir^{2, 3, 4, 5}. Görüldüğü gibi tüm bu sorunlar, kansere yönelik evrensel

tepkiler olmanın yanı sıra, kadın bedeninde birçok sembolü barındıran meme kaybına özgü tepkilerdir.

Beden imajı, benlik algısı ve cinsellikle ilgili sorunlar: Meme kanseri tedavisinde uygulanan mastektomi, kadınların dış görünüşünde köklü bir değişikliğe neden olmaktadır. Dıştan görünen bir organın kayba uğraması ve beden görünümünün değişmesi de hastalar için yıkıcı sonuçlara neden olabilmektedir. Birçok kültürde estetik görünümün, cinselliğin, anneliğin simgesi olarak görünen memenin kaybı, kadınlığın, doğurganlığın, çekiciliğin ve cinselliğin kaybı olarak algılanmakta ve bu durum kadının beden imgesinde zedelenmeye bağlı olarak çeşitli psikososyal sorunlara yol açmaktadır ^{56,57}.

Yapılan çalışmalarda, mastektomi sonrası kadınların depresyon ve kaygı düzeylerinin arttığı, hastaların, beden algısı, benlik saygısı ve psikoseksüel açıdan olumsuz etkilendiği bulunmuştur. Aygün ve Aslan tarafından yapılan çalışmada, meme kanseri hastalarının %57.9'unda cinsel işlev bozukluğu olduğu saptanmıştır ⁵⁶.

Aile ve sosyal yaşamla ilgili sorunlar: Meme kanseri, aile üyeleri, ev ve sosyal yaşamla ilgili rol ve sorumluluklar üzerinde olumsuz psikososyal etkilere sahiptir. Kanser tanısının şoku, hasta, aile ve diğer bireyler arasındaki iletişim ve etkileşimde değişimlere neden olabilmektedir ^{37,2,38,39}. Bu süreçte bazı hastalar, bazı aile üyeleri ve diğer bireylerle daha yakın ilişkiler geliştirirken, bazı hastalar da kişilerarası iletişimden kaçınabilmektedir. Belirsizlik ve korku, sıklıkla hastaların sosyal destek gereksinimlerinde artışa neden olmaktadır. Ancak uzun süreli tedavi sürecinde, hastalar çoğu zaman sosyal ilişkilerini devam ettirecek

enerji bulmada sıkıntı yaşamakta ve en çok gereksinim duydukları anda gerekli desteklerden mahrum kalabilmektedir³⁷. Ayrıca mastektomi, alopesi gibi durumlar sonucu ortaya çıkabilen, beden imajı sorunları ve cinsel sıkıntılar da kadınlarda sosyal geri çekilmeye neden olabilmektedir. Öte yandan kadınlar evliliklerinin tehlikeye gireceği ve eşleri ile olan duygusal ilişkilerinin kopacağı gibi korku ve kaygılar da yaşayabilmektedir²⁰.

Meme kanserli hastaların yakınları da sıklıkla anksiyete, belirsizlik, çaresizlik gibi psikolojik sorunlar yaşamaktadır. Bu dönemde eşlerin yaşadığı sorunların nedeni genellikle evle ilgili rol ve sorumlulukların değişmesi ve hasta eşin duygusal sorunları karşısında hissedilen yetersizlik ve çaresizlik duygularıdır²⁵. Aynı zamanda çocuklar, gelişimsel düzeylerine bağlı olarak farklı korku ve kaygılara sahip olabilmekte ve bu zorlu ve stresli süreçten hassasiyetleri nedeniyle kolayca etkilenebilmektedir. Özellikle aileye bağımlı çocukların olması, aile üyelerinde çocukların geleceğine bağlı korkuların oluşmasına neden olmaktadır³⁷.

Meme kanserinin ailede yaşattığı diğer bir kaygı ise, hastalığın kalıtsal özellik taşımasıdır. Genetik yatkınlıktan dolayı, meme kanserinin ailedeki diğer kadınlarda da ortaya çıkma olasılığının olması, aile üyelerinde korku ve gerginliğe yol açabilir. Bununla beraber potansiyel destek vericilerin yaşadığı korku ve damgalama kanserli bireyi gerekli destekten yoksun bırakabilir. Kanser olmayan bireyler kendi kanser ve ölüm korkuları yüzünden kanserli hastadan uzaklaşabilirler. Diğer yandan, aile ve arkadaşlar kendi şaşkınlıkları, karasızlıkları ve nasıl davranacakları konusundaki rahatsızlıklarından dolayı, hastayla temas kurmaktan kaçınabilirler. Ve bu durum hastalarda yıkıcı geribildirimlere neden

olabilir^{19,2,38}. Tüm bu sonuçlar, meme kanserinde aile ve sosyal yaşamla ilgili sorunların etkin bir şekilde ele alınması gereğini göstermektedir.

Mesleki ve ekonomik sorunlar: Meme kanseri kadınların mesleki kariyerlerinde, çalışma yaşamlarında ve ekonomik durumlarında da önemli sorunlara yol açmaktadır. Bu sorunlar genel olarak, sağlık sigortası veya güvencesi, tekrar iş yaşamına girememe, çalışma aktiviteleri ve önceliklerdeki değişimler, damgalama ve iş ayrımcılığı gibi problemlerdir¹⁹.

Tedavi döneminde izin alma, ücret yetersizliği, istenmeyen nakillerin olması, işteki yararlarının inkâr edilmesi gibi problemlerle de karşılaşabilmektedirler. İş yerindeki ayrımcılığın derecesi değişken olabilmekle beraber, kaçınma ve düşmanlık gibi tutumlar görülebilmektedir. Hastaların çalışma yaşamı ile ilgili olarak yaşadıkları diğer zorluklar ise bulantı, kusma, ağrı gibi hastalık belirtileri, tedavi yan etkileri nedeniyle çalışma yeterliliklerinin azalması ve performans düşüklüğüdür. Bunun yanı sıra, sağlık güvencesi olmayan hastalar uzun süreli tedavilerin yüksek maliyetleri nedeniyle ekonomik güçlükler yaşamaktadır^{19,37}.

2.2. DİSTRESS

2. 2. 1 Distress Nedir?

1998 yılında NCCN multidisipliner bir panel organize etmiş ve düzenlendiği panelde, kanserde psikososyal bakımın temel ilkeleri ve standartlarını gündeme almıştır. Onkologlar, hemşireler, sosyal çalışmacılar, psikiyatristler, psikologlar gibi tüm büyük disiplinlerin kanserin tedavi ve bakımında rolü olduğu için, bu panelde tüm disiplinler

yer almıştır. Panelde kanser tedavi ve bakımının psikolojik, spiritüel ve sosyal yönlerini tanımlamak için “distress” kelimesinin kullanılması uygun bulunmuştur ⁵¹.

“Distress” kelimesinin damgalanmaya yönelik bir anlam taşımadığı ve “psikiyatrik”, “psikososyal” ya da “duygusal” kelimelerine göre daha kabul edilebilir olduğu düşünülmektedir. Bu nedenlerle bireyler kendilerini daha rahat hissetmekte ve daha kolay bir şekilde yaşadıkları sıkıntılarla baş etme konusunda yardım isteyebilmektedir ⁵⁸. Ayrıca distress kelimesi daha az vurgulayıcıdır ve kulağa normal gelmektedir. Distress, tanımlanabilmektedir ve kişi kendisi de distress düzeyini ölçebilmektedir ^{28,29}.

“Distress”, kanserli bireyin, kanserle baş etme yetisini engelleyen, hoş olmayan hisleri ve duyguları, bunların fiziksel belirtilerini ve ele alınış şeklini tanımlamak için kullanılmaktadır^{28,51}. Dilimize; sıkıntı, güç durum olarak çevrilen kelimenin İngilizce anlamı, bir tür acı, güçlük ya da stresdir. Bu acı ya da güçlük kişinin fiziksel ya da ruhsal durumuna bağlı olarak ortaya çıkabilir ve fiziksel acı ya da ruhsal acı şeklinde görülebilir^{59,60}.

Distress kavramı, güçsüzlük, hüznün, korku, depresyon, anksiyete, panik, endişe, üzüntü gibi çok çeşitli durumları kapsar. Distress teriminin anlamı; korku, endişe, üzüntü gibi kanserli bireyin yaşamasının beklendiği durumlardan, gerçek depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu, panik, izolasyon, ruhsal ve varoluşsal kriz gibi durumlara kadar genişleyebilir ^{28,29,1,51,61}. Bütün bunların yanı sıra distress kişinin

düşüncelerinden davranışına kadar yaşamının büyük bir bölümünü etkileyebilir^{51,61}.

NCCN tüm kanser hastalarında, distress taramasının rutin bakımda yer almasını önermiştir⁵¹. 2005'de Canadian Strategy for Cancer Control, distress ölçümünü nabız, tansiyon, solunum gibi rutin olarak ölçülmesi gereken 6. vital bulgu olarak tanımlamıştır¹.

2. 2. 2 Kanser ve Distress

Kanserli bireyler ve yakınları tanıdan tedaviye, tedavinin sonlandırılması, sağ kalım süresi, nüksler gibi kanserle geçen süreçlerin tümünde, ciddi ölçüde distress yaşamaktalar. Hemen hemen tüm kanser hastalarının distress yaşaması normal karşılanmakla birlikte, yaşanan distressin kanser tanısından iki ay sonra azalmaya başlaması beklenmektedir^{51,62}. Bu sürenin uzaması durumunda, distress yaşayan bireyde, hastalığa ve tedaviye yönelik disfonksiyonel davranışlar görülebilir. Bazı durumlarda ve bazı bireylerde, distress kişinin kanserle baş etme yeteneğini azaltacak ve tedavisine uyumunu etkileyecek kadar şiddetli yaşanabilir^{51,52}.

Distress deneyiminin yaşanması, kendisine, ailesinden birine ya da bir yakınına kanser tanısı konmuş her birey için son derece beklendiktir. Kanser hala korkulan bir tanı olduğu için, kişide distress yaşantısının oluşumuna neden olur. Kanser tedavisindeki gelişmelere rağmen, kanser tanısı almış bireyler gözle görülür derecede çöküş yaşarlar. Kanser kişinin güvenlik duygusunu zedeler, kişi kendini korunmasız ve zayıf hisseder. Kanser tanısı almış bütün hastalar, vücutlarına ne olacağı, ailesinin kanser tanısı ile nasıl baş edeceği,

çocuklarına ne olacağı, ölümünün ne kadar yakında olduğu gibi çeşitli konularda endişe yaşar^{51,52,1,28}.

2. 2. 3 Psikolojik Distresste Birey Özellikleri

Kanser tanısı almış bireylerin tümünde distress görülebilmekle birlikte, bazı gruplarda artan incinebilirlikten söz edilmektedir. Distress yaşantısının artmış olarak yaşanabileceği düşünülen gruplar aşağıdaki gibidir;

- ✓ Yakın zamanda (son altı ay) kayıp yaşamış olmak,
- ✓ Şu anki durumu ile ilgisiz de olsa geçmişte ağırlı deneyim hikâyesi,
- ✓ Bir yakınıni kanser nedeni ile kaybetmiş olmak,
- ✓ Psikiyatrik hastalık ya da bağımlılık hikâyesi,
- ✓ Depresyon,
- ✓ İntihar girişimi hikâyesi,
- ✓ Bilişsel bozukluk olması,
- ✓ İletişim engellerinin olması,
- ✓ Çeşitli eş zamanlı hastalıkların bulunması,
- ✓ 70 yaş üzerinde olmak,
- ✓ Sosyal problemler olması;
 - Aile ya da bakım verenlerle uyuşmazlık,
 - Yetersiz sosyal destek,
 - Yalnız yaşamak,
 - Düşük eğitim seviyesine sahip olmak,
 - Ekonomik problemlerin olması,
 - Düşük statüde çalışır olmak,
 - Tıbbi bakım olanaklarına erişmede sınırlılık,
 - Genç ya da bağımlı çocukların olması,

- Kadınlarda genç yaşta olmak,
- Çeşitli yaşamsal stresörlerin olması ^{51,32}.

2. 2. 4 Beklenebilecek Distress Belirtileri

Distress, kanserli bireylerde oldukça yaygın bir durum olmasına rağmen, genellikle fark edilmez ve tedavi edilmez³⁴. Bazı kanserli hastalar, yaşadıkları distressi sözlü veya sözsüz mesajlarla ifade edebilirken, bazıları da yaşadıkları distressi hiçbir şekilde ifade etmeyebilir. Çünkü bu konunun sağlık çalışanlarının ilgi alanları içinde olduğunun ve kendilerine bu konuda profesyonellerin yardım edilebileceğinin farkında değildirler. Dahası bireylerin bir kısmı, yaşadıkları sıkıntıyı, normal olarak kabul ederler ya da somatik yakınmalar şeklinde ortaya koyabilirler ^{34,28,52}. Bazen de hastalar negatif duygularını bastırmayı, kanserle baş etme olarak algılayabilirler. Ancak İwamitsu ve ark.'nın 2005'de yaptığı çalışma göstermiştir ki, negatif duyguları bastırma daha fazla distress yaşanmasına neden olmaktadır ⁶³.

Kanser tanısı konmuş bir bireyde beklenebilecek distress belirtileri şunlardır:

- ✓ Distressle birlikte artan hassasiyet,
- ✓ Gelecekle ilgili korku ve endişe,
- ✓ Belirsizlikle ilgili korku ve endişe,
- ✓ Hastalıkla ilgili endişe,
- ✓ Sağlığını kaybetmiş olmanın üzüntüsünü yaşama,
- ✓ Kontrolü kaybetmekten dolayı öfke yaşama,
- ✓ Uykuda azalma,
- ✓ İştah değişiklikleri,
- ✓ Konsantrasyonda azalma,
- ✓ Hastalık ya da tedavi ile ilgili yan etkilerin görülmesi.

Bireyin yaşadığı distressin fazla olduğunu gösteren belirtiler de şunlardır:

- ✓ Çok şiddetli korku ya da panik derecesinde anksiyete,
- ✓ Doğru düşünemeyecek kadar keder içinde olma,
- ✓ Normalden fazla uyarılabilirlik ve sinirlilik,
- ✓ Ağrı, yorgunluk ve bulantı ile baş edememe,
- ✓ Konsantre olamama, ani ortaya çıkan hafıza problemleri, düşüncede bulanıklık, donukluk,
- ✓ Karar vermede güçlük,
- ✓ Umutsuz ve mutsuz hissetme, kötü giden bir şeylerin olduğu düşüncesi,
- ✓ Yeme bozuklukları (iştahta belirgin azalma ya da iştah kaybının haftada en az bir öğünde olması),
- ✓ Daha önceden mevcut olan ve kişiyi huzurlu hissettiren dini inançlarını ve imanını sorgulama,
- ✓ Kendini değersiz ve işe yaramaz hissetme,
- ✓ Kendine ya da başkasına zarar verme düşüncesi ⁵¹.

2.2. 5 Distress Yönetimi

NCCN, kanser tedavisinde, distressin düzenli olarak takip edilmesinin, rutin kanser bakımına dâhil edilmesini önermiş ve distress yönetimi için standartlar geliştirmiştir. Distress yönetiminin ilk adımı ne kadar distressin normal olduğunun belirlenmesidir. Distressin ne kadarının normal olduğunun belirlenmesi de kolay olmayabilir. Çünkü distress kanser sürecinin bir parçasıdır. Distress değerlendirmesinin, uygulanabilir, hızlı ve pratik olması gerekmektedir. Distress taraması için kullanışlı ve kolay uygulanabilir bir ölçek geliştirmek amacıyla yapılan pek çok çalışma vardır. NCCN distressin değerlendirilmesi için, Roth ve ark. tarafından 1998'de geliştirilen "Distress Termometresini (DT)" önermektedir ^{51,27,28}. Çünkü DT pratik, kolay uygulanabilir, etkin bir ölçektir ve pek çok alandaki distressi ölçmektedir ⁶⁴.

NCCN tarafından oluşturulan distress yönetimi standartları aşağıdaki gibidir;

- ✓ Distress fark edilmeli, izlenmeli, kaydedilmeli ve distressin tüm seviyeleri derhal ele alınmalıdır,
- ✓ Bütün bireyler hastalıklarının ilk aşamasında ve ilerleyen aşamalarda, aralıklı olarak ve hastalıklarının remisyona, rekürrens gibi klinik değişiklik gösterdiği aşamalarında distress taramasına tabi tutulmalıdır.
- ✓ Distress taramaları distressin seviyesini ve doğasını gösterir nitelikte olmalıdır.
- ✓ Distress klinik prensipler doğrultusunda ele alınmalı ve yönetilmelidir ^{51,29,34}.

Distressin ele alınması ve yönetilmesiyle, kanser hastalarının, kendilerinde distress kaynağı olan pek çok durumla baş etmelerine ve duygusal durumlarını geliştirmelerine yardımcı olunabilir. Yine distress ele alınarak ve yönetilerek, hastaların, yaşam kalitelerini olumsuz etkileyen, hastalığın ve tedavinin yan etkilerinden etkilenme durumları azaltılabilir ^{53,34}.

Distress yönetiminde 5 tip müdahaleden bahsedilmektedir. Bu müdahaleler aşağıda sıralanmıştır.

- ✓ Hastalık konusunda eğitim vermek,
- ✓ Stress yönetimi, yoga gevşeme hipnoz gibi uygulamalar,
- ✓ Bilişsel davranışçı terapi,
- ✓ Baş etme yeteneklerinin geliştirilmesi,
- ✓ Destek grupları ⁶⁵.

2.3. SOSYAL DESTEK

2.3.1. Sosyal Destek Nedir?

Sosyal destek kavramının temelinde, bireyin çevresi tarafından güvenilme, sevilme, saygı duyulma, ilgi görme, değer verilme gibi gereksinimlerin bulunduğu varsayımı yatmaktadır. Bu gereksinimin değişik boyutlarının vurgulanmasından dolayı farklı tanımlar ortaya çıkmıştır ⁴⁵.

Şahin sosyal desteği, “zor durumda ya da sıkıntı içinde olan bireye aile üyelerinin, akrabalarının ve arkadaşlarının yanı sıra diğer toplumsal ilişkilerin sağladığı veya sağlayacağı destek kaynakları” olarak tanımlamaktadır ⁴⁵. Levine, Basham ve Sarason sosyal desteği, “bizi sevdiğini, önemseddiğini, değer verdiğini bildiğimiz, güvendiğimiz insanların varlığı ve hazır bulunması” olarak tanımlamaktadır. Lieberman, sosyal desteği, “kişinin çevresinden edindiği, kabul edildiği ve sayıldığı düşüncesi” olarak değerlendirmiştir ⁶⁶.

Sosyal Destek Modelleri

Sosyal destek modellerini iki gruba ayırabiliriz: Birinci grupta sosyal desteğin tanımlanmasıyla ilgili modeller yer alırken, ikinci grupta sosyal desteğin etkisiyle ilgilenen modeller yer almaktadır. Sosyal destek kavramına niceliksel açıdan yaklaşanlar (yapısal yaklaşım) daha çok "Sosyal Ağ" (social network) terimini kullanmışlardır. Sosyal ağ terimi, genellikle kişinin bir grup insanla olan bağlarını ve grup içindeki ilişkilerini göstermek için kullanılan bir terimdir⁶⁶.

Sosyal ağ değerlendirilirken, büyüklük (bireyin ilişkide olduğu insan sayısı), sosyal bağların gücü, ilişkilerin sıklığı, dağılım (ilişkide olan

kişilerin, fiziksel olarak uzaklığı ya da yakın oluşu), homojenlik (ağ üyelerinin yaş, cinsiyet, ırk ve kültürel açıdan benzerliği), simetri (ilişkide aktiflik ya da pasiflik derecesi) gibi niceliksel (kantitatif) özellikler üzerinde durulmuştur ⁶⁷. Sosyal ağ, bireylere sosyal desteği iletmek için temel araçtır ⁶⁸.

Sosyal ağın yeterince destekleyici olup olmadığı konusunda kişinin genel izlenimi "Algılanan Destek" olarak tanımlanmaktadır. Algılanan sosyal destek bir anlamda kişinin kendine biçtiği genel değerdir⁶⁹. Yaşamın çeşitli alanlarında sevilen, aranan, değer verilen ve gerektiğinde ihtiyacı olan yardımı bulan kişinin, yakın insan ilişkilerinden daha fazla doyum aldığı ve başkalarınca desteklendiği duygusunu taşıdığı öne sürülmüştür ⁷⁰.

Algılanan destek, kişilik özellikleri gibi nispeten kalıcı özelliklerin yanı sıra, tutum ve mizaç gibi daha kolay değişen özelliklerden etkilenmektedir. Bazı yazarlara göre sosyal desteğin benlik saygısını zenginleştirici bileşeni, sağlığın korunmasında daha önemli bir rol oynamaktadır ⁷¹.

2.3.2. Sosyal Desteğin Etkisi

Sosyal desteğin sağlık ve kendini iyi hissetme üzerindeki etkilerini açıklayan üç model geliştirmiştir.

1. Temel etki modeli
2. Tampon etkisi modeli
3. Sosyal destek ve olumsuz yaşam olaylarının birbirinden bağımsız etkileri

Temel Etki Modeli

Temel etkiler modelinde, sosyal desteğin insanlarda yaşanan stres düzeyinden bağımsız olarak, her zaman yararlı olduğu savunulmaktadır. Sosyal destek fiziksel sağlık ve iyi hissetme üzerine her koşulda önemli etki göstermektedir. Temel etki modeli aynı zamanda sosyal destek olmamasının da kişi üzerinde olumsuz etki gösterdiğini savunur. Bu model sosyal desteğin sağlık üzerinde direkt etkisi olduğunu ileri süren tek modeldir ^{72, 67}.

Tampon Etkisi Modeli

Tampon etkisi modelinde sosyal desteğin koruyucu etkileri vurgulanmakta ve özellikle yüksek düzeyde stres yaşayan bireylere yararlı olduğu öne sürülmektedir. Yani sosyal destek, olumsuz yaşam olaylarının, fiziksel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerindeki zarar verici etkisini azaltma işlevi görür ^{72, 67}.

Stres verici olaylar olmadığı sürece, sosyal desteğin olmamasının kişinin sağlık durumu üzerinde bir etkisi yoktur. Ancak yüksek düzeyde stres yaratıcı durumlarda, sosyal destek bireyin uyum sağlamasını ve stresli durumlarla başa çıkmasını kolaylaştırır. Stresin zararlı etkilerini azaltan bir tampon görevi görür. Kişinin, stres verici yaşam olayları ile karşı karşıya kaldığında, dost ve akrabalarından yardım alması, sosyal desteğin tampon etkisine örnek olarak verilebilir. Kişinin diğerlerinden alacağı destek, stresli olayları daha az tehlikeli, sorunu çözme konusunda kendi potansiyelini de daha fazla olarak algılamasını sağlar.

Sosyal Destek ve Olumsuz Yaşam Olaylarının Birbirinden Bağımsız Etkileri

Gerek yaşam olayları, gerekse sosyal desteğin olmaması, kişinin sağlığını olumsuz yönde etkileyebilir. İki durumunda aynı anda bulunması, kişinin daha fazla fiziksel sorun yaşamasına ve kendini iyi hissetme düzeyinin daha fazla düşmesine neden olabilir⁷³.

Sosyal desteğin, birey için yüksek strese karşı bir tampon rolü oynamasını ya da stres düzeyinden bağımsız olarak sağlığa yararlı bir etkisinin olmasını neyin belirlediği henüz açık değildir. Bazı araştırmacılara göre sosyal desteğin nasıl bir etkisi olduğu türüne göre değişmektedir⁴⁵. Sosyal desteğin, bireyler üzerine doğrudan etkisi olurken, algılanan sosyal desteğin, bireylere strese karşı tampon işlevi olduğu düşünülmektedir. Her üç model de bazı yönlerden doğrudur, ancak her biri sosyal desteğin, sağlığı etkilediği farklı süreçleri temsil etmektedir^{45,67}.

Sosyal desteğin hangi türünün daha yararlı olduğu koşullara göre değişmektedir. Bu durumda sosyal desteğin olumlu katkısından söz edebilmek için, bireyin gereksinimi ile ona verilecek destek türünün ve verecek kişinin niteliğinin uyuşması gerekir^{74,75}. Ancak bu uyuşma sağlandığında etkili bir sosyal destekten bahsedilebilir.

2.3.3.Sosyal Destek Türleri ve İşlevleri

Sosyal destek, başkaları ile kurulan ilişkiler, başa çıkma ve uyum açısından önem taşıyan birkaç yararlı işlev sağlamaktadır. Bunlar;

- ✓ Duygusal Destek (Güven desteği, değerlendirme desteği):
Başkaları ile kurulan ilişkiler, sevgi, ilgi, şefkat, kabullenme,

yakınlık, duygularını açma ve değer verilme gibi kaynaklar sağladığı için, bireyin kendisini iyi hissetmesine yol açabilir.

- ✓ Bilgi Sağlayıcı Destek (Bilişsel Rehberlik): Başkalarının, bireyin yaşamını kolaylaştırıcı nitelikte öğütler verme, öneride bulunma, kişisel geri bildirim verme ve bilgilendirme gibi güncel güçlüklerle yönelik düşünce ya da olguların iletilmesi şeklinde verdiği destektir.
- ✓ Araçsal destek (Madde Desteği, Somut Destek): Hizmet verme, malzeme temin etme, parasal yardımda bulunma gibi somut maddesel yardımları içerir.
- ✓ Eşlik Etme (Ait Olma): Sosyal etkinliklere birlikte katılma^{68,76,77}.

Araştırmalar en önemli desteğin, güven veren kendilik değerini yükselten duygusal destek olduğunu ortaya koymuştur. Duygusal destek önemli olmakla birlikte, diğer destek türlerinin de önemli katkısı olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Yeni anne babalarda ve yaşlı kişilerde hem bilgi sağlayıcı, hem de araçsal yardımın çok etkili olduğu gözlenmiştir^{69,79}.

2.3.4. Sosyal Destek ve Kanseri Birey

Kronik hastalığı olan bireyde, sosyal destek özellikle çok önemlidir. Çünkü bireyin sıkıntıları sürekli olarak artmakta, sağlık koşulları giderek bozulmakta ve hastalıkla ilgili stres yaratıcı durumlar çoğalmaktadır. Ağrı, yorgunluk ve günlük aktiviteleri yapamama durumu bireyin, aile, iş ve sosyal yaşamındaki rollerinin gereğini yerine getirmesini engelleyerek depresyona ve kontrolü yitirme duygusuna yol açabilmektedir^{37,1, 38, 39}.

Kronik hastalıklar için özellikle çok önemli olan aile desteği, sadece hastanın fiziksel ve duygusal işlevselliğini sağlamakla kalmaz, aynı zamanda hastayı hekimin önerilerine bütünüyle uyma ve sağlığa uygun davranışları benimseme konusunda da cesaretlendirebilir ^{45,39}.

Sosyal desteğin kronik hastalığı olanlarda, hastalıkları ile başa çıkmaları ve uyumları üzerindeki etkisi karışık olabilmektedir. Destekleyici sosyal ilişkilerin yararı ve zararı konusunda yazılı kaynaklarda pek çok çelişkili bulguya rastlanmaktadır. Sosyal desteğin olumsuz etkilerini vurgulayan görüş açısıyla yaklaşıldığında hastanın yakın çevresinin aşırı ilgiyle, koruyucu davranmasının hastaların işlevselliğine ket vurucu davranışları pekiştirdiği öne sürülmektedir ⁴⁵.

2.3.5. Sosyal Desteğin Sağlanmasında Hemşirenin Rolü

Sosyal desteğin sağlanmasında hemşirenin rolü büyüktür. Hemşire, sosyal destek hakkındaki aşağıdaki fonksiyonları bilmelidir:

- ✓ Destekleyici ilişkiler gereksinimi, çeşitli stresörler ve yaşam değişiklikleri ile baş edebilmek ve günlük rollerin gerçekleştirilmesi için gereklidir.
- ✓ Sosyal ağ ilişkilerinin bir özelliği de sosyal desteği almak ve vermektir.
- ✓ Özellikle bireyin primer bağları ile sosyal ağ ilişkileri her zaman gereklidir.
- ✓ Bir ilişkinin destekleyici olması için sağlıklı olması gerekir.
- ✓ Desteğin tipi ve kalitesi, bireysel özelliklere ve olayın doğasına bağlı gereksinimlerdir.
- ✓ Desteğin tipi ve kalitesi, durum ve bireysel karakteristiklere bağlı değerlendirilmelidir ⁷⁹.

Sosyal destek sağlamada hemşirenin rollerinden biri de danışmanlıktır⁸⁰. Hemşirenin, sosyal destek danışmanlığında ilk olarak bireyin yaşadığı zorlukları tanımlaması gerekir. Daha sonra, bireyin yaşadığı en önemli zorluğun belirlenip ortaya konması ve ne tür sosyal desteğin verileceğine karar verilmesi gerekir. Verilen sosyal desteğin, yaşanan sorunun gelişmesine etkisinin olup olmadığı ortaya konmalıdır. Eğer sosyal destek sorunun gelişmesinde etkili değilse, bireyin karakterinin belirlenmesi ve sosyal desteğin neden yetersiz olduğunun ortaya konması gerekir⁷².

Sosyal desteğin etkisini birey merkezli engeller veya dışarıdan kaynaklanan engeller azaltabilir. Bireyi etkileyen bu engellerin belirlenmesi, sosyal desteğin etkisinin arttırılması açısından oldukça önemlidir. Tüm bu faktörler belirlendikten sonra, hemşire sosyal desteğin etkisini arttırmaya çalışmalıdır. Ayrıca hemşirenin, danışmanlık boyunca son derece sabırlı olması, empati yapabilmesi ve bireye güven vermesi gerekir⁷².

Sosyal desteğin, fiziksel sağlık, kendini iyi hissetme ve kansere uyum üzerinde etkili olduğu bilinen bir gerçektir^{6,2,40,41}. Algılanan sosyal destek birey için yüksek strese karşı bir tampon rolü oynamakta, bireyin bağlılık duygularını doyurmakta, kimlik duygularının korunmasına ve güçlendirilmesine de yardımcı olmaktadır^{42, 43,44,45}. Sosyal desteğin yetersiz olması durumunda bireyin ruhsal durumu olumsuz olarak etkilenebilmektedir⁴².

3. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

3. 1. Araştırmanın Şekli:

Araştırma; meme kanseri tanısı almış olan bireylerin, distress düzeyleri, algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve distress düzeyleri ile algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri:

Araştırma, Dr. Abdurrahman Yurtarslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmıştır. Hastane, Ankara'nın Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'na bağlı en büyük onkoloji hastanesidir. Başta kanser hastaları olmak üzere diğer alanlarda da sağlık hizmeti veren hastane 600 yatak kapasitesine sahiptir.

Hastane 301 hekim ve 320 hemşire ile hizmet vermektedir. 2006 verilerine göre, hastane genelinde 1 yılda poliklinik hizmeti alan birey sayısı 432.213, yatarak tedavi gören birey sayısı ise 172.122'dir.

Hastane diğer (medikal onkoloji, dahile, pediatrik onkoloji, hematoloji, gastroenteroloji, endokrinoloji, kardiyoloji, nöroloji, enfeksiyon, göğüs hastalıkları, kardiyovasküler cerrahi, beyin cerrahi, göğüs cerrahi, göz) klinik ve polikliniklerin yanı sıra, beş adet cerrahi kliniği ve polikliniği ile hizmet vermektedir. Hastanede ayrıca kimyasal tedavi (kemoterapi) uygulamalarının yapıldığı medikal onkoloji ve radyoterapi uygulamalarının yürütüldüğü nükleer tıp bölümleri de bulunmaktadır.

Hastanede bulunan medikal onkoloji kliniği, Sağlık Bakanlığı'na bağlı Tıbbi Onkolojide eğitim veren ilk klinik olup, 28 yatak kapasitesine sahiptir. Günlük 60–100 kişi arasında poliklinik hizmeti vermektedir. 2006 yılında bu klinikte 3.500 hasta yatarak, 19.109 hasta da ayaktan tedavi görmüştür. Tanı ve tedavi amaçlı değişik radyoaktif maddelerin tek başına veya bunlara çeşitli farmasötiklerin bağlanmasıyla yapılan fonksiyon görüntüleme, fonksiyon ölçme ve tedavi uygulamalarının yapıldığı nükleer tıp bölümünde ise 2006 yılında 398 hasta yatarak, 9160 hasta da ayaktan tedavi almıştır ⁸².

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Dr. Abdurrahman Yurtarslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesinin genel cerrahi polikliniklerine, tanı ve tedavi için başvuran meme kanseri tanısı almış kadınlar oluşturmaktadır. Uygulama, Nisan 2007 - Haziran 2007 tarihleri arasında Dr. Abdurrahman Yurtarslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Cerrahi Poliklinikleri'nde yapılmıştır. Tedavi için cerrahi polikliniklerine başvuran meme kanserli bireylerden, örnekleme alınma ölçütlerini karşılayanlara veri toplama araçları uygulanmıştır.

Örneklem büyüklüğünün belirlenmesi için, istatistik danışmanlığı alınmıştır. Araştırma evreninin tam olarak bilinmemesinden dolayı örneklem büyüklüğünün, kullanılacak ölçeklerin kolerasyon değeri üzerinden hesaplanması önerilmiştir. DT'nin ülkemizde geçerlilik güvenilirlik çalışması dışında kullanılmamış olması, yurt dışı literatürde ise DT'nin ÇBASD ölçeği ile kullanıldığı bir çalışmaya ulaşılamaması nedeniyle ölçekler arası kolerasyon değeri tarafımızdan hesaplanmıştır. Ulaşılan ilk 50 hastadan elde edilen verilerden yola çıkarak iki ölçek arasındaki kolerasyon hesaplanmış ($r = -0,321$), örneklem hesaplanması

da bulunan bu kolerasyon değeri üzerinden yapılmıştır. Örneklem büyüklüğü 87 olarak bulunmuştur ⁸². Araştırmanın uygulanması için kesitsel olarak planlanan zaman dilimi tam olarak kullanılmış olup minimum 87 olan örneklem büyüklüğü 206'ya çıkarılmıştır.

Örnekleme alınacak hastalar seçilirken aşağıdaki ölçütleri karşılamaları beklenmiştir;

Bireyin;

- ✓ En az ilkokul mezunu olması: Veri toplanması sırasında uygulanan ölçeğin hasta tarafından bizzat doldurulmasının daha uygun olacağı düşünüldüğünden, örnekleme alınacak bireylerin en az ilkokul mezunu olmaları şartı aranmıştır.
- ✓ Meme kanseri tedavisinin üzerinden en az 2 ay en fazla 5 yıl geçmiş olması: Araştırmanın yapıldığı hastanede, meme kanseri tanısı alan bireylerin büyük bir çoğunluğu vakit geçirmeksizin cerrahi tedaviye alınmaktadır. Hastaların meme kanseri tanılarını öğrenmeleri ile cerrahi tedavilerini almaları çoğu zaman eşzamanlı ilerlemektedir. Araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturan distress düzeyi ve algılanan sosyal destek düzeyinin, kanser tanısını yeni almış olma ve vücut bütünlüğüne tehdit oluşturacak cerrahi bir girişime maruz kalma gibi durumlardan etkilenebileceği düşünülmüştür. Örnekleme alınacak bireylerin hastanede yatma, ameliyat olma gibi stresli deneyimleri atlatmış olmaları istenmiş ve kanser tanısının üzerinden en az 2 ay geçmiş olması şartı konulmuştur. Kanser tanısı almalarının üzerinden 5 yıldan fazla geçmiş olan bireyler de hastalığın tekrarlama riski azaldığından hastalıktan etkilenmelerinin farklı olacağı düşünülmüş ve örneklem dışında bırakılmıştır.

- ✓ İşlevselliğini bozan tıbbi ya da ruhsal bir hastalığının olmaması: Meme kanserine özgü distress ve sosyal destek düzeylerini belirleme amacıyla yürütülen çalışmamızın sonuçlarını etkileyebileceğinden dolayı, işlevselliğini bozan tıbbi ya da ruhsal bir hastalık öyküsü bulunan hastalar örnekleme alınmamıştır. Aynı gerekçe ile farklı kanser türlerinden birine bağlı tanı ve tedavi öyküsü olan hastalar da örnekleme alınmamıştır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri:

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, medeni durum, eğitim durumu, yaşadığı yer, yaşamakta olduğu yerleşim birimi, çalışma durumu, beraber yaşadığı aile üyeleri), almış oldukları meme kanseri tanısına ait özellikler (tanı konma zamanı, tanısını ifade etme şekli, aynı tanıya sahip yakını olma durumu, ameliyat tipi, tedavi durumu, kanser tedavisinin bütçesine etkisi) ve genel sağlık durumuna ait özellikler (menopoza girme durumu, kanser dışı kronik hastalığa sahip olma durumu) oluşturmaktadır. Araştırmanın bağımlı değişkenleri araştırmaya katılan bireylerin distress düzeyleri ve algıladıkları sosyal destek düzeyleridir.

3.5. Verilerin Toplanması:

Uygulama, Nisan 2007 - Haziran 2007 tarihleri arasında Dr. Abdurrahman Yurtarslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi cerrahi polikliniklerinde yapılmıştır. Tanı ve tedavi için cerrahi polikliniklerine başvuran meme kanserli bireylerden, örnekleme alınma ölçütlerini karşılayan hastalara veri toplama araçları uygulanmıştır.

3.5.1. Veri Toplama Araçları

3.5.1.1 Hasta Bilgi Formu:

Bu form, araştırma alanındaki literatür bilgileri taranarak ve psikiyatri ve psikiyatri hemşireliği, onkoloji ve onkoloji hemşireliği, kadın doğum hemşireliği, alanında çalışan uzmanlardan görüş alınarak, araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Bireylerin distress düzeyleri ve algıladıkları sosyal destek düzeyleri üzerinde etkili olabileceği düşünülen sosyo-demografik özellikler, meme kanseri, distress ve sosyal destek konularına özgü değişkenler hasta bilgi formunu oluşturmaktadır. Formda; bireyin yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, sosyal güvencesi, yaşadığı yerleşim birimi, şu anda yaşadığı şehir, çalışma durumu, işe devam durumu, tedavi için gereken masrafların bütçesini etkileme durumu, ailede yaşadığı kişilerin kimler olduğu, son altı ay içinde bir yakınını kaybetme durumunun olup olmadığı, hastanede bulunma sebebinin ne olduğu gibi sorular yer almaktadır.

Ayrıca bireyin tanısını nasıl ifade ettiği, tanıyı alma zamanı, yakın çevresinde aynı tanıya sahip yakınının bulunma durumu, hastalığı nedeniyle hangi tedavileri aldığı, kendisine ne tür bir ameliyat uygulandığı, konularını içeren sorular da birey bilgi formunda mevcuttur. Bireyin, tanı konulmuş başka herhangi bir kronik hastalığının olup olmadığı, eğer hastalığı varsa bu hastalığın ne olduğu ve bireyin menopoza girip girmediği de hasta bilgi formunda yer alan diğer sorulardır.

3.5.1.2 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği:

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren, kullanımı kolay, kısa bir ölçektir. Ölçeğin orijinali, Amerika Birleşik Devletleri'nde Zimmet ve ark. tarafından, 1988 yılında

geliştirilmiştir. ÇBASDÖ'nin Türkçe formunun faktör yapısı, güvenilirliği ve yapı geçerliği, ilk olarak 1995 yılında Eker ve ark. tarafından yapılmış ve genel olarak tatmin edici bulunmuştur. Ölçeğin gözden geçirilmiş formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, 2001 yılında yine Eker ve ark. tarafından tekrar yapılmış, destek kaynaklarının tutarlılık gösterdiği ve ölçeklerin iç tutarlılığının kabul edilebilir olduğu bulunmuştur⁴⁶. Özellikle psikiyatri ve medikal örneklerde yapı geçerliğinin tatmin edici olduğu düşünülmektedir. Ölçeğin ve alt ölçeklerin güvenilirlik puanları, toplam:0.89, aile:0.85, arkadaş:0.88, özel bir insan: 0.92 şeklindedir⁴⁶.

ÇBASDÖ, 12 maddeden oluşmaktadır. Her madde 7 aralıklı bir ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir. Uygulayıcı katılmadığı cümleye en az 1 katıldığı cümleye de en fazla 7 puan verebilmektedir. Her bir maddeye verilen puan arttıkça algılanan sosyal destek de artmaktadır.

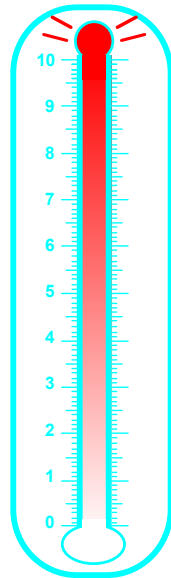
Ölçek aynı zamanda, üç farklı alanda algılanan sosyal desteği ölçmektedir. Bunlar; aile, arkadaş ve özel bir insan alanlarına ait alt ölçeklerdir. Her bir alt ölçek dört soru ile değerlendirilmektedir. 1. 2. 5. ve 10. soru özel bir insan, 3. 4. 8. ve 11. soru aile, 6. 7. 9. ve 12. sorular da arkadaştan alınan sosyal desteği ölçmektedir. Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir.

3.5.1.3. Distress Termometresi:

Kanser hastalarında psikososyal distressi ölçmek için Roth ve ark. tarafından 1998 yılında geliştirilen bir ölçektir. Distress seviyesi termometre analogisi ile 0–10 arasında derecelendirilmiştir⁸³. Bireylerin kendi kendilerine uygulayabilecekleri, yalnızca bir sorudan oluşan görsel

analog bir skaladır. Ölçeğin üzerinde 0'dan 10'a kadar rakamlar olan bir termometre bulunmaktadır. Uygulayıcı yaşadığı distressi bu termometre üzerindeki rakamlar aracılığıyla ifade etmektedir. 0 puan bireyin hiç distress yaşamadığını, 10 puan ise en üst sınırdaki distress yaşadığını göstermektedir. NCCN ölçeğin kesim noktasını 5 bulmuş, 5 ve üstü değer normalden sapmayı göstermektedir ve bireylerin profesyonellerce mutlaka ele alınması gerekmektedir.⁵¹

DT'nin ülkemizdeki geçerlilik güvenirlik çalışması, Özalp ve ark. tarafından 2006 yılında yapılmıştır. Çalışmada ölçeğin duyarlılığı 0.73, özgüllüğü 0,49 bulunmuştur³⁰. Bu nedenle bu çalışmada da bu ölçek kullanılmıştır. Özalp ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ölçeğin ülkemizdeki kesim noktası 4 bulunmuştur. Kesim noktasının üzerinde puan alan hastaların profesyonellerce derhal ele alınması gerekmektedir.³⁰



Şekil 1. Distress Termometresi

2003 yılında NCCN, distress termometresine problem listesini eklemiştir. Problem listesi, kanser hastalarında sıklıkla görülen sorunlardan oluşmaktadır. Hastalar listede olan sorunlardan hangisinin ya da hangilerinin, geçen bir hafta içinde kendisine sıkıntı yaşattığını işaretlemektedir.

Listedeki sorunlar 5 ayrı grupta toplanmıştır. Birinci grup günlük yaşam sorunlarından oluşmaktadır. Bunlar; barınma, sosyal güvence, iş/okul, ulaşım, çocuk bakımı olarak sıralanmıştır. İkinci grupta ailevi sorunlar yer almaktadır. Eş ve çocuklar bu grubu oluşturmaktadır. Üçüncü grup duygusal sorunları içermekte, üzüntü, hüzn, depresyon ve sinirlilikten oluşmaktadır. Dördüncü grupta inançla ilgili sorunlara yer verilmiş, tanrı ile ilgili, inanç yitimi, diğer sorunlar ele alınmıştır. Beşinci ve son grup ise bedensel sorunlardan oluşmaktadır. Bedensel sorunlar içinde yer alan durumlar ise; ağrı, bulantı, yorgunluk, uyku, gezinti, banyo yapma/giyinme, nefes darlığı, ağız yaraları, yemek yeme, hazımsızlık, kabızlık/ishal, idrar sorunları, ateş, ciltte kuruma/kaşıntı, burun tıkanıklığı, el/ayakta karıncalanma, şişkinlik hissi ve cinsel sorunlardır.

3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması:

Veriler Nisan 2007- Haziran 2007 tarihleri arasında Dr. Abdurrahman Yurtarslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi cerrahi polikliniklerinde toplanmıştır. Tedavi için hastaneye başvuran ve örnekleme alınma ölçütlerini karşılayan bireyler araştırmaya dâhil edilmiştir.

Veri toplama araçları araştırmacı tarafından eğitilmiş olan bir anketör tarafından uygulanmıştır. Veri toplama araçlarını uygulayan

anketör, psikiyatri hemşireliği dersini almış, hemşirelik yüksekokulu son sınıf öğrencisidir. Anketöre verilen eğitimde araştırmanın amacı, kapsamı, örnekleme alınma ölçütleri, veri toplama araçları ve veri toplama araçlarının kullanım özellikleri yer almıştır. Ayrıca anketöre verilen eğitim uygulamalı olarak da gösterilmiş, anketörün yaptığı uygulama izlenmiş ve araştırmacı tarafından uygun bulunmuştur.

Bireyin uyumunu ve uygulamasını kolaylaştırma açısından, hasta bilgi formu, anketör tarafından birey ile görüşülerek doldurulmuştur. Kullanılan ölçeklerin ise birey tarafından doldurulması istenmiştir. Ölçeklerin doldurulması konusunda bireye ön bilgi verilmiştir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi:

Araştırmadan elde edilen veriler, araştırmacı tarafından SPSS 11 (Statistical Package For Social Science) paket programı kullanılarak bilgisayara aktarılmış ve değerlendirilmiştir. Hastalara ait özellikleri içeren sorular gruplandırılarak frekans ve yüzdelikleri hesaplanmıştır.

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, parametrik testlerden ANOVA (F) ve T Testi, nonparametrik testlerden, Kuruskal Wallis H Testi, Mann Whitney U testi ve Ki-Kare testleri kullanılarak, istatistiksel analiz ve yorumlar yapılmıştır⁸⁴. Ayrıca kolerasyon ve regrasyon analizi yöntemleri de kullanılmıştır.

3.7.1 Araştırmanın Etik Yönü:

Aştırmanın uygulanabilmesi için, Dr.Abdurrahman Yurtarslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi başhekimliğinden, 19.12.2006 tarihli ve B104İSM4060019-/8385 numaralı karar ile yazılı izin alınmıştır. Ayrıca cerrahi klinik şeflikleri, klinik çalışanları ve hastane başhemşireliği ile görüşülmüş ve çalışma hakkında bilgi verilmiştir.

Örnekleme alınan bireylere, çalışmanın amacı açıklanmış, veri toplama araçları tanıtılmış ve sözlü olarak izinleri alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler örnekleme dâhil edilmiştir. DT’de kesim noktasının üzerinde puanı işaretleyen bireylere, hastanenin psikiyatri bölümü hakkında bilgi verilmiş ve bu bölümüne yönlendirilmiştir.

3.7.2. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma örneklemini hastane cerrahi polikliniklerine tedavi için başvuran bireyler oluşturmaktadır. Bireyler sıra bekleme, evrak takibi, tetkik sırasını takip etme gibi nedenlerle araştırmaya zaman ayırma konusunda zorluk yaşadıkları gözlenmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Araştırmaya Katılan Meme Kanseri Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 1: Sosyo-Demografik Özellikler

Sosyo-Demografik Özellikler	n	(%)
Yaş		
<35	12	5.8
35-49	119	57.8
50-64	63	30.6
>65	12	5.8
Medeni durum		
Evli	167	81.1
Bekar	9	4.4
Boşanmış	10	4.9
Eşi Ölmüş	20	9.7
Eğitim durumu		
İlkokul	154	74.8
Ortaokul	23	11.1
Lise ve üstü	29	14.1
Yaşadığı yerleşim birimi		
Köy- Kasaba	25	12.1
İlçe	56	27.2
Şehir	125	60.7
Şu an yaşadığı yer		
Ankara	105	51
Şehir dışı	101	49
Çalışma durumu		
Çalışıyor	13	6.3
Ev hanımı	193	93.7
Beraber yaşadığı kişiler		
Yalnız yaşıyor	13	6.3
Yalnız yaşamıyor	193	93.7
Toplam	206	100

Tablo 1, araştırma kapsamına alınan meme kanserli hastaların sosyo-demografik özelliklerini göstermektedir. Katılımcıların %57.8'i 35- 49 yaşları arasında, %30.6'sı da 50–64 yaşları arasındadır. Araştırmaya katılan bireylerin büyük bir çoğunluğu (%81.1) evli ve ev hanımıdır (% 93.7). Katılımcıların % 74.3'ü ilkokul mezunudur. Bireylerin yalnızca %2.4'ü üniversite eğitimi almıştır. Katılımcıların sosyal güvence durumlarına bakıldığında hemen hemen tüm bireylerin sosyal güvencesi olduğu görülmektedir. Yalnızca 1 birey (%0.5) ücretli olarak hastane hizmetlerinden yararlanmaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin yarıdan fazlası (%60.7) şehirde yaşamakta, % 51'i Ankara'da ikamet etmektedir. Ankara dışında ikamet eden bireyler tedavi için Ankara'ya geldiklerinde, akraba yanında kalma (%37.6) otelde kalma (%13.9) misafirhanede kalma (%18.8) gibi yöntemlere başvurmaktadır. Katılımcıların %93.7'si ailesiyle yaşarken, %6.3'ü yalnız yaşamaktadır.

4.2. Araştırmaya Katılan Meme Kanseri Hastalarının Distress Düzeyleri ve İlişkili Etmenler

Tablo 2: Distress Yaşama Düzeyi

Distress yaşama durumu	n	%	$\bar{X}$	SD
Distress Yaşıyor (≥ 4)	145	70.4	6.74	0.45
Distress Yaşamıyor (< 4)	61	29.6	1.85	
Toplam	206	100	5.29	

Tablo 2, araştırmaya katılan hastaların distress yaşama durumunu göstermektedir. Örneklemeye alınan grupta, distress yaşama oranı %70.4'dir. Grubun ortalama distress puanı 5.29'dur.

Tablo 3: Distress Alanları

Distress Yaşanan Alanlar	n	%
Günlük Yaşam Sorunları	14	6.8
Barınma	4	1.9
Sosyal güvence	1	0.5
İş-okul	4	1.9
Ulaşım	5	2.4
Çocuk bakımı	9	4.4
Ailevi Sorunlar	30	14.6
Eş	19	9.2
Çocuklar	17	8.3
Duygusal Sorunlar	158	76.7
Üzüntü	119	57.8
Hüzün	24	11.7
Depresyon	12	5.8
Sinirlilik	99	48.1
İnançla İlgili Sorunlar	2	1.0
Tanrı ile ilgili	1	0.5
İnanç Yitimi	0	0
Diğer Sorunlar	1	0.5
Bedensel Sorunlar	134	65.0
Ağrı	58	28.2
Bulantı	41	19.9
Yorgunluk	71	34.5
Uyku	44	21.4
Gezinti	2	1
Banyo Yapma Giyinme	4	1.9
Nefes Darlığı	11	5.3
Ağız Yaraları	11	5.3
Yemek Yeme	9	4.4
Hazımsızlık	8	3.9
Kabızlık İshal	22	10.7
İdrar Sorunları	6	2.9
Ateş	38	18.9
Ciltte Kuruma, Kaşıntı	9	4.4
Burun Tıkanıklığı	6	2.9
El Ayakta Karıncalanma	10	4.9
Şişlik	23	11.2
Cinsel	5	2.4
Toplam*		

*Distress kaynağı olarak birden fazla alan ve durum işaretlenebildiğinden n=145'dan fazladır.

Tablo 3, örneklem grubunun, distress yaşadığı sorun alanlarını göstermektedir. En fazla distress yaşanan sorun alanının, duygusal sorunlar alanı olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan hastaların %76.7'si duygusal sorunlar alanında distress yaşadığını

belirtmiştir. En fazla distress kaynağı olarak gösterilen durum %57.8 ile üzüntüdür. İkinci sırada %48.1 ile sinirlilik gelmektedir.

Duygusal sorunlar alanından sonra en fazla sorun yaşanan alan, %65 ile bedensel sorunlar alanıdır. Bedensel sorunlar alanında distress yaşadığını ifade eden bireylerin distress kaynağı olarak en fazla gösterdikleri durum ise %34.5 ile yorgunluktur. Bu durumu sırasıyla, %28.2 ile ağrı, %19.9 ile bulantı takip etmektedir.

Distress yaşanan sorun alanları ile ilgili en az sorun bildirilen alanlar ise %1,0 ile inançla ilgili sorunlar alanı ile %6,8 ile günlük yaşam sorunları alanıdır. Ailevi sorunlar alanında distress yaşadığını ifade eden bireylerin oranı ise %14.6'dır.

Tablo 4: Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Distress Yaşama Durumları

Sosyo Demografik Özellikler	Distress Var (≥4)		Distress Yok (<4)		Toplam		İstatistik
	n	%	n	%	n	%	
Yaş							
<35	10	83.3	2	16.7	12	5.8	$\chi^2=5.58$ $p=0.13$
35–49	80	67.2	39	32.8	119	57.8	
50–64	49	77.8	14	22.2	63	30.6	
65	6	50	6	50	12	5.8	
Toplam	145	70.4	61	29.6	206	100	
Medeni Durum							
Evli	122	73.1	45	26.9	167	81.1	$\chi^2=3.00$ $p=0.08$
Bekar	23	59.0	16	41.0	39	18.9	
Toplam	145	70.4	61	29.6	206	100	
Beraber yaşadığı kişiler							
Yalnız	6	46.2	7	53.8	13	6.3	$\chi^2=3.91$ $p=0.04$
Yalnız değil	139	72.0	54	28.0	193	93.7	
Toplam	145	70.4	61	29.6	206	100	
Eğitim Durumu							
İlkokul	103	66.9	51	33.1	154	74.8	$\chi^2=4.53$ $p=0.10$
Ortaokul	17	73.9	6	26.1	23	11.1	
Lise ve üstü	25	86.2	4	13.8	29	14.1	
Toplam	145	100	61	100	206	100	
Çalışma Durumu							
Çalışıyor	10	76.9	3	23.1	13	6.3	$\chi^2=0.28$ $p=0.59$
Ev hanımı	135	69.9	58	30.1	193	97.3	
Toplam	145	70.4	61	29.6	206	100	

Tablo 4, araştırmaya katılan meme kanseri hastalarının sosyo-demografik özelliklerine göre, distress yaşama durumlarını göstermektedir. En fazla distress yaşayan grubun, 35 yaşından daha genç olan bireylerden oluşan grup olduğu görülmektedir (%83.3). 35 ve 49 yaş arasında olan grupta distress yaşama oranı azalırken (%67.2), yaşları 50-64 arasında olan hastalardan oluşan grupta distress yaşama oranı yeniden artış göstermiştir (%77.8). En az distress yaşama oranına sahip olan grup ise 65 yaş ve üstü yaşa sahip olan hastalardan oluşmaktadır (%50.0). Farklı yaş gruplarının distress yaşama durumları arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.13$; $X^2=5.58$). Örneklemdaki hastaların yaşları ve distress puanları arasında kolerasyon çalışılmış, arada anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r= -0.67$; $p=0.32$).

Araştırmaya katılan hastaların, medeni durumlarına göre distress yaşama dağılımlarına bakıldığında, en fazla distress yaşama oranına sahip grubun evli olan hastalardan oluştuğu görülmektedir (%73.1). Yalnız yaşayan hastaların %46.2'si distress yaşarken, aile üyelerinden biri ya da birkaçı ile beraber yaşayan hastaların %72'si distress yaşamaktadır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($X^2=3.91$; $p=0.04$).

Araştırmaya katılan hastaların eğitim seviyelerine göre distress yaşama durumlarını değerlendirildiğinde, katılımcıların eğitim durumları ile distress yaşama oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p=0.10$; $X^2=4.53$) ve kolerasyon ($p=0.441$; $r=0.054$) bulunmamıştır. Distress yaşama durumları ve çalışma durumları değerlendirildiğinde, çalışan grubun %76.9'unun distress yaşadığı görülürken; çalışmayan grubun %69.9'unun distress yaşadığı görülmektedir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.59$; $X^2=0.28$).

Tablo 5: Tanıya Ait Özelliklere Göre Distress Yaşama Durumu

Tanıya Ait Özellikler	Distress var (≥4)		Distress yok (<4)		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Tanıyı ifade şekli							$\chi^2=3.81$ p =0.05
Kanser	57	63.3	33	36.7	90	43.7	
Diğer	88	75.9	28	24.1	116	56.3	
Toplam	145	70.4	61	29.6	206	100.0	
Aynı tanıya sahip yakının olma durumu							$\chi^2=0.41$ p =0.52
Var	42	73.7	15	26.3	57	27.7	
Yok	103	69.1	46	30.9	149	72.3	
Toplam	145	70.4	61	29.6	206	100.0	
Geçirdiği ameliyat tipi							$\chi^2=0.96$ p =0.61
Memesi alınmış	118	69.8	51	30.2	169	82.0	
Memesinin bir kısmı alınmış	9	64.3	5	35.7	14	6.8	
Kitle alınmış	18	78.3	5	21.7	23	11.2	
Toplam	145	70.4	61	29.6	206	100.0	$\chi^2=4.67$ p =0.05
Cerrahi dışında uygulanan tedaviler							
Kemoterapi	45	63.4	26	36.6	71	34.5	
Radyoterapi	5	100	0	0.0	5	2.4	
Kemoterapi+radyoterapi	79	74.5	27	25.5	106	51.5	$\chi^2=11.21$ p =0.00
Toplam	129	70.9	53	29.1	182	100.0	
Tedavi Masraflarının Bütçesine Etkisi							
Oldukça Etkiliyor	44	80.0	11	20.0	55	26.7	
Orta Düzeyde Etkiliyor	54	78.3	15	21.7	69	33.5	$\chi^2=11.21$ p =0.00
Etkilemiyor	47	57.3	35	42.7	82	39.8	
Toplam	145	70.4	61	29.6	206	100.0	

Tablo 5, hastaların almış oldukları tanıya yönelik özelliklerine göre distress yaşama durumlarının dağılımı göstermektedir. Araştırmaya katılan hastaların tanılarını ifade etme şekline göre distress yaşama durumları değerlendirilmiştir. Tanısını “kanser” olarak ifade eden hastalardan oluşan grupta, distress yaşama oranı %63.3 iken, tanısını farklı kelimelerle ifade eden hastalarda distress yaşama oranı %75.9’dur. İki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.051$; $\chi^2=3.81$). Aynı tanıya sahip yakının olma durumuna göre distress yaşama durumunun dağılımı incelendiğinde, aynı tanıya sahip yakını olan

katılımcıların distress yaşama oranı %73.7, aynı tanıya sahip yakını olmayan katılımcıların distress yaşama oranı %69.1'dir. İki grup arasında önemli bir fark bulunmamıştır ($p=0.52$; $X^2=0.41$).

Meme kanseri tedavisi için uygulanan yöntemler göz önünde bulundurularak yapılan değerlendirmede, radyoterapi uygulanan 5 hastanın da distress yaşadığı görülmüştür. Sadece kemoterapi alan hastalara oranla (%63.4), kemoterapi ile birlikte radyoterapi de alan hastaların daha fazla distress yaşadıkları (%74.5) görülmektedir. Ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.19$; $X^2=4.67$).

Tedavi masraflarının bütçeyi etkileme durumuna göre distress yaşama oranlarının dağılımını incelendiğinde, bütçesi tedavi masraflarından etkilenmeyen bireylerin oluşturduğu grubun %57.3'ü distress yaşadığını ifade ederken, tedavi masrafları bütçesini orta düzeyde etkileyen bireylerden oluşan grupta distress yaşama oranı %78.3'dür. Tedavi masraflarının bütçesini oldukça etkilediğini ifade eden birey grubunda ise bu oran %80'e yükselmiştir. Tedavi masraflarının birey bütçesini etkileme düzeyi arttıkça yaşanan distress oranı da artmaktadır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.52$; $X^2=11.21$).

Araştırmaya katılan hastaların, meme kanseri tanısı dışında bedensel durumlarına bağlı distress yaşama durumları incelenmiş, meme kanseri dışında herhangi kronik bir hastalığa sahip olan bireylerin, diğer katılımcılara göre daha fazla distress yaşadıkları görülmüştür. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.00$; $X^2=7.69$).

Hastaların yaşadığı yerleşim birimine (kasaba, ilçe, il) göre distress yaşama oranlarının dağılımı değerlendirildiğinde, yaşanan yerleşim birimi ile distress yaşama oranı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.63$; $X^2=0.91$). Ankara da yaşayan ve tedavi için Ankara dışından gelen hastalarda da distress yaşama durumu arasında fark bulunmamıştır ($p=0.23$; $X^2=1.42$).

4.3. Araştırmaya Katılan Meme Kanseri Hastalarının ÇBASD Puanları ve DT Puanı Arasındaki İlişki

Tablo 6: Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri

		Distress				Toplam	
		Var		Yok			
		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Sosyal destek alanları	Sosyal destek toplam	64,54	11,67	71.90	14,76	66,33	26,07
	t / p	0,00 / 0.05					
	Sosyal destek aile	23,07	5,37	25,06	4,11	26,00	6,92
	t / p	0,00 / 0.05					
	Sosyal destek arkadaş	19,10	7,22	21,80	5,75	21,50	6,92
	t / p	0,01 / 0.05					
	Sosyal destek özel insan	22,66	5,51	24,75	4,64	25,00	5,34
t / p	0,00 / 0.05						

Tablo 6, katılımcıların ÇBASDÖ puanlarının, distress yaşama durumlarına göre dağılımını göstermektedir. Araştırmaya katılan grubun ÇBASDÖ puan ortalaması 66.3'dür. Distress yaşamayan grupta bu sayı 71.90 iken, distress yaşayan grupta 64.54 dür. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=0.00$). Aynı durum ÇBASDÖ'nün tüm alt ölçekleri için de geçerlidir.

Aile alt ölçeğinden tüm örneklem grubunun puan ortalaması; 26.00'dır. Distress yaşamayan grupta bu sayı 25.06, distress yaşayan grupta ise 23.07'dir. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=0.00$). Benzer şekilde tüm örneklem grubunun arkadaş alt ölçeğinden almış olduğu puanın ortalaması 21.50, distress yaşayan hastalardan oluşan grupta puan ortalaması 19.10, distress yaşamayan hastalardan oluşan grupta puan ortalaması 21.80'dir. Arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($t=0.01$). Özel bir insan alt ölçeğinde grubun tamamının puan ortalaması 25.00, distress yaşayan hastaların oluşturduğu grubun puan ortalaması 22.76, distress yaşamayan hastaların oluşturduğu grubun ortalaması ise 24.75'dir. Yine arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($t=0.00$).

Hastaların ÇBASD ölçeği alt ölçekleri arasında farklılık olup olmadığı kruskal wallis testi ile değerlendirilmiştir. Yapılan ileri istatistiksel değerlendirme (Mann-Whitney U) sonuçlarına göre, aile ile arkadaş alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($t=0.00$). Aile alt ölçeği ile özel bir insan ölçeği arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t=0.40$). Arkadaş alt ölçeği ile özel bir insan alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($t=0.00$).

Tablo 7: ÇBASD Puanları ve DT Puanı Arasındaki Kolerasyon

Sosyal destek alanları	r		p	
	Toplam algılanan sosyal destek	-0,307	p< 0.05	
	Aileden algılanan sosyal destek	-0,271	p< 0.05	
	Arkadaştan algılanan sosyal destek	-0.215	p< 0.05	
	Özel bir insandan algılanan sosyal destek	-0.241	p< 0.05	

Tablo 7, katılımcıların ÇBASDÖ puanları ve DT puanları arasındaki kolerasyonu göstermektedir. ÇBASDÖ toplam puanı ve DT puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif bir kolerasyon bulunmuştur ($p < 0.05$; $r = -0.307$). Benzer şekilde negatif yönlü kolerasyon, tüm ÇBASDÖ alt ölçekleri ile DT puanları arasında mevcuttur. Aile alt ölçeği ve DT puanı arasında negatif yönlü bir kolerasyon vardır ($p < 0.05$; $r = -0,271$). Arkadaş alt ölçeği puanı ve DT puanı arasında negatif yönlü, anlamlı bir kolerasyon vardır ($p < 0.05$; $r = -0,215$). Özel bir insan alt ölçeği puanı ve DT puanı arasında negatif yönlü anlamlı bir kolerasyon vardır ($p < 0.05$; $r = -0,271$).

Hastaların distress yaşama durumu ile algıladıkları çok boyutlu sosyal destek toplam puanları arasında yapılan Kruskal Wallis testine göre, distress yaşayan ve yaşamayan grup arasında anlamlı bir farklılık vardır ($p = 0.00$). DT puanı ile aile, arkadaş ve özel insan alt ölçek puanları arasında yapılan Kruskal Wallis testine göre anlamlı bir farklılık vardır ($p = 0.00$). Yapılan ileri istatistiksel değerlendirme sonuçlarına göre (Mann-Whitney U) aradaki fark aile alt ölçeği ile arkadaş alt ölçeği arasındadır ($p = 0.00$).

4. TARTIŞMA

Çalışmamızda, araştırmaya katılan grubun distress yaşama oranı %70.4 bulunmuştur (Tablo 2). Literatürde, kanser hastalarının distress seviyelerini belirlemeye yönelik yapılmış pek çok çalışma vardır. Farklı toplumlarda, farklı kanser türleri ile ve farklı ölçüm araçları ile yapılan bu çalışmaların sonuçları da farklılık göstermektedir. Baider ve ark. 2004'de yaptıkları çalışmada, meme kanseri hastaları ve yakınlarının distress seviyelerinin yüksek olmadığı sonucuna ulaşmışlardır²⁶. Burgess ve ark. ise, meme kanseri tanısı alan kadınların, ilk yılda anksiyete, depresyon ya da her ikisinin de bir arada görülme oranını %50 olarak bulmuş ve bu oranın normal popülasyonun iki katı olduğunu ifade etmiştir²⁴. Ateşçi ve ark. 2003'de yaptığı çalışmaya göre de kanser hastalarının %46.6'sı psikososyal sorun bildirmektedir²². Vachon tarafından yapılan literatür taramasında da, kanser hastalarında distress seviyesinin %18- %43 arasında değiştiği bildirilmektedir³².

Zobora ve ark. 2001'deki çalışmalarında distress seviyesi kanser türlerine göre farklılık göstermiştir⁸⁵. Bultz ve Carlson'un bildirdiğine göre de, distress yaşama oranı %70'e kadar çıkabilmektedir²⁸. Ülkemizde distress seviyelerini belirlemek için yapılan tek çalışma Özalp ve ark. tarafından kanser türü gözetmeksizin yapılmıştır ve hastaların %59.3'ünün distress yaşadığı bulunmuştur³⁰.

Araştırmamızın örnekleminde en fazla distress yaşanan sorun alanı, duygusal sorunlar (%76.7) alanı olarak bulunmuştur. Özalp ve ark yaptığı çalışmada duygusal sorunlar alanını distress kaynağı olarak gösteren hasta oranı, çalışmamızdakine benzer şekilde %75.8'dir³⁰. En fazla distress kaynağı olarak gösterilen durum %57.8 ile üzüntüdür. İkinci sırada %48.1 ile sinirlilik gelmektedir. Hastaların distress nedenlerini

belirlemek için yapılan niteliksel bir çalışmada, distress nedeni olarak en fazla gösterilen durumların, endişe, korku, kanser tanısı almış olmayı konuşma gibi duygusal sorunlarla ilgili olaylar olduğu bulunmuştur³¹.

Duygusal sorunlar alanından sonra en fazla sorun yaşanan alan, %65 ile bedensel sorunlar alanıdır. Özalp ve ark. yaptığı çalışmada en fazla sıkıntı bildirilen alan bedensel sıkıntılar alanı olmuştur (%79.8)³⁰. Çalışmaya katılan hastalardan distress yaşayanların büyük bir bölümü birden fazla alanda sorun bildirmiştir. İnsan biyo-psiko-sosyal bir varlıktır. Bir alanda yaşanan sorunun diğer alanları da etkilemesi beklenen bir sonuçtur. Birden fazla alanda sorun yaşadığını ifade eden bireylerin çok büyük bir bölümü (%70), hem bedensel hem de duygusal alanda sorun yaşadıklarını ifade etmektedir. Fiziksel alandaki sorunlar duygusal alanda da sıkıntıya yol açabildiği gibi, duygusal alanda yaşanan sıkıntıların fizyolojik belirtiler olarak da ortaya çıkabildiği bilinmektedir^{3,86}.

Kanser gibi bir hastalık tanısı almış olmanın, kişilerde inançlarıyla ilgili değişimlere yol açabileceği, özellikle yüksek distress seviyesinde, daha önceden mevcut olan ve kişiyi huzurlu hissettiren dini inançlarını ve imanını sorgulama gibi durumların görülebileceği bilinmektedir^{87,51,52}. Çalışmada en az sorun bildirilen alan, %1,0 ile inançla ilgili sorunlar alanıdır (Tablo 3). İnançla ilgili alanda sorun yaşadığını bildiren yalnızca 2 hasta vardır. Bu iki hasta da sadece inançla ilgili sorun yaşadıklarını belirtirken alt başlıkları oluşturan maddeleri işaretlememiştir. Müslüman kültürlerde hastalık ve sağlıkla ilgili konularda tanrının rolü olduğu inancı, kadercilik, inanç ve dinle ilgili sorgulamanın hoş karşılanmaması gibi nedenlerle, örnekleme alınan hastalar inançla ilgili alanda yaşadıkları sıkıntıdan bahsetmemiş olabilirler.

Benzer şekilde meme kanseri hastaları, cinsel sorunları distress kaynağı olarak çok az oranda (%14.4) belirtmiştir (Tablo 3). Meme kanserinin hastaların cinsel yaşantılarını olumsuz olarak etkilediği bilinmektedir^{88,14,57}. İnançla ilgili sorunlar alanını distress kaynağı olarak belirtmemeye benzer şekilde, hastaların cinsellik konusunda yaşadıkları sıkıntıları ifade etmede zorluk yaşadıkları düşünülebilir. Akyüz ve ark. Jinekolojik kanseri olan hastalarla yapmış oldukları çalışmada, hastaların cinsel sorunlarını sağlık çalışanları ile konuşmada sıkıntı yaşadıkları ortaya çıkmıştır⁸⁹.

Çalışma sonuçlarına bakıldığında, en fazla distress yaşama durumunun 35 yaşından daha genç olan bireylerden oluşan grupta olduğu görülmektedir (Tablo 4). Literatürde genç yaşta olan hastaların daha fazla distress yaşadığını gösteren çalışmalar mevcuttur^{32,34,88,90}. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde en fazla distress oranı genç hastalarda bulunmuştur. Ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Yaş ve distress seviyeleri arasında korelasyon bulunmamıştır ($p>0.05$; $r = -0.067$). Bu bulgulardan yola çıkarak, meme kanserinin her yaşta kadında distress nedeni olduğu söylenebilir.

Medeni duruma göre distress yaşama oranı değerlendirildiğinde, en fazla distress yaşama oranına sahip grubun evli olan hastalardan oluştuğu (%73.1), en az distress yaşayan grubun ise eşini kaybetmiş hastalardan oluşan grup (%50.0) olduğu görülmektedir (Tablo 4). Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.08$, $X^2=3.00$). Literatürde distressi etkileyen sosyodemografik verilerin çalışıldığı çalışmalar mevcuttur^{1,91,61,31}. Ancak medeni durumun distress yaşantısı ile ilişkili olduğunu gösteren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Literatür bulguları çalışmamızı destekler niteliktedir.

Yalnız yaşayan hastaların % 46,2'si distress yaşarken, aile üyelerinden biri ya da birkaçı ile beraber yaşayan hastaların %72'si distress yaşamaktadır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.04$; $X^2=3.91$) (Tablo 4). Yalnız yaşayan hastaların daha az distress yaşıyor olması ilgi çekici bir durumdur. Yalnız yaşayan meme kanseri hastalarının bakmakla yükümlü olduğu kişilerin olmaması, yalnızca kendilerinden sorumlu olmaları gibi durumlar söz konusu olabilir. Bakımı aksatmış olma, geride bıraktıkları kişilerle ilgili distress yaşama gibi durumlardan soyutlanmış olabilirler. Geleceğe ve sorumluluklarına ilişkin distress yaşamamalarından dolayı, yalnız yaşayan bireyler daha az distress yaşamakta olabilirler.

Hastaların çalışma durumları ve eğitim seviyeleri ile distress yaşama durumları incelendiğinde distress yaşama durumu ile ilişkili bulunmamıştır ($p=0.59$; $X^2=0.28$, $p=0.10$; $X^2=4.53$;) (Tablo 4). Literatürde hastaların distress yaşama durumlarını sosyodemografik özelliklerin (eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durum) etkilemediğini gösteren çalışmalar mevcuttur ^{40,21,51,88}. Bahsi geçen çalışmalar, çalışmamız sonuçlarını destekler niteliktedir.

Araştırmaya katılan hastaların, tanılarını ifade etme şekline göre distress yaşama durumları değerlendirildiğinde, tanısını “kanser” olarak ifade eden hastalardan oluşan grupta, distress yaşama oranı %63.3 iken tanısını farklı kelimelerle ifade eden hastalarda distress yaşama oranının %75.9 olduğu görülmüştür. İki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0.05$; $X^2=3.81$) (Tablo 4).

Çalışma sonuçlarına göre, total mastektomi uygulanan hastalarla, koruyucu cerrahi uygulanan hastaların distress yaşama oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0.61$; $X^2=0.96$) (Tablo 5). Boehmke ve ark. yaptığı çalışmada da kadınların yaşadığı distresste ameliyat tipinin önemi olmadığı sonucuna ulaşılmıştır⁹¹. Aynı şekilde Rowland ve ark. yapmış olduğu çalışmada, mastektomi, rekonstruktif cerrahi ve lumpektomi yapılan kadınlar arasında duygusal, sosyal ve rol fonksiyonları açısından hiç bir fark bulamamışlardır. Tüm gruplarda meme kanserinin yaşam kalitesini ve seks yaşantısını olumsuz etkilediği belirlenmiştir⁸⁸.

Literatürde mastektomi ile koruyucu cerrahinin hastaları etkileme durumlarını araştıran pek çok çalışma olmasına rağmen, ameliyat tipinin kişileri psikososyal olarak farklı etkilediğini gösteren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yukarıda bahsi geçen çalışmaların tümü bulgumuzu destekler niteliktedir. Meme kanserine yakalanan kadınların tümünün memelerini kaybetmek istememeleri olasıdır. Bu açıdan bakıldığında koruyucu cerrahi uygulaması hastalarda distress yaşantısının azalmasını sağlayabilir. Ancak lumpektomi ya da koruyucu cerrahi uygulanmış hastalar ameliyatları ile ilgili sürekli endişe yaşamakta ve kanser hücrelerinin tümünün alınıp alınamadığı ile ilgili korkuları olmaktadır. Bu durum da distressi artırabilir⁹².

Çalışmamızda, cerrahi tedavi dışında uygulanan tedavi türlerinin distress yaşantısını etkilemediği görülmüştür ($p=0.05$; $X^2=4.67$) (Tablo 5). Çalışmamızın yapıldığı hastanede Soygur ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada da hastaların almış oldukları tedavi tiplerinin ve aşamalarının psikiyatrik mortaliteyi etkilemediği ortaya çıkmıştır⁹². Literatürde kemoterapi sırasında ortaya çıkan fiziksel belirtilerin,

kemoterapiye maruz kalmanın distress kaynağı olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur ^{91,88}. Çalışmamızda örnekleme alınan grupta aktif olarak kemoterapi alan hastanın olmaması, hastaların kemoterapinin yan etkilerinden kaynaklı distress yaşama durumunu ortadan kaldırmış olabilir.

Tedavi masraflarının bütçesini etkilediğini ifade eden hastaların distress yaşama oranı, diğer hastalardan önemli derecede yüksektir ($p=0.00$; $X^2=11.21$) (Tablo 5). Literatürde çalışmamızın bu bulgusunu destekleyen pek çok çalışma bulunmaktadır ^{26,51,94}. Araştırmamıza katılan bireylerin bir tanesi hariç tümünün sosyal güvencesi vardır ve tedavi masraflarını karşılama açısından sosyal güvence türleri arasında bir fark yoktur. Ancak kanser tedavisinin pahalı bir tedavi olduğu bilinmektedir. Hastane masrafları dışında hastaneye ulaşım, iş gücünden yoksun kalma, hasta hastaneye gelirken yanında ona refakat eden yakının iş kaybı vb. etkenler hastaların bütçelerini etkileyebilir. Örnekleme katılan hastaların hemen hemen yarısı (%49) tedavi ve kontroller için Ankara dışından gelmektedir. Hastaların büyük bir çoğunluğuna da (%82) hastaneye gelirken bir yakını eşlik etmektedir. Bu durumda gidiş geliş ve hastaneye geldiklerinde kalacak yer bulma gibi durumların hastaların bütçelerini farklı etkilediği düşünülebilir.

Çalışma sonuçlarına göre, kanser tanısı alma süresi ile DT puanı arasında korelasyon bulunmamıştır ($p>0.05$; $r=0.036$;). Literatürde tanı alma süresi ile distress yaşama durumu arasındaki ilişkiyi inceleyen bazı çalışmalar vardır. Ancak bulunan sonuçlar çelişkilidir. Bazı çalışmalar distress yaşama durumunun ilk bir yılda yüksek olduğunu göstermiştir. ^{94,92}. Özalp ve ark., kanser tanısı alma süresi ile distress puanları arasında bir korelasyon olduğu, kanser alma süresi arttıkça distress yaşama oranının da arttığı sonucuna varmışlardır ³⁰. Ancak, Baider ve ark.

tanı alma süresine göre distress düzeyinde düşük seviyede değişiklik olduğu ve bu değişikliğin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüşündedir⁶. Aynı şekilde Evline ve ark.'nın yaptığı çalışmada tanı alma süresi distressle ilişkili bulunmamıştır⁶².

Örnekleme alınan grupta, kanser tanısı dışında kronik hastalığı olan bireylerin, daha fazla distress yaşadığı bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,00$; $X^2=7.69$). NCCN'e göre kanser dışı kronik hastalığı olan kişiler distress yaşama açısından riskli grubu oluşturmaktadır. Literatür çalışmamızın bu bulgusunu destekler niteliktedir^{51, 97, 98}.

Araştırmaya katılan grubun ÇBSDÖ puan ortalaması 66.3'dür. Aydın ve ark.'nın kanser hastaları üzerinde aynı ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmada bu oran 72.06 bulunmuştur²¹. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarla yapılan çalışmada evde yaşayan yaşlıların aldıkları ölçek puanları; 74.29 olarak bulunmuştur⁴². Eker ve ark. tarafından yapılan, ÇBSDÖ geçerlilik ve güvenirlilik çalışmasında normal popülasyonda sosyal destek toplam puanı 66.42, cerrahi kliniklerinde yatan hastaların ÇBSDÖ toplam puanı 65.89, psikiyatri kliniklerinde yatan hastaların ÇBSDÖ toplam puanı da 53.56 olarak bulunmuştur⁴⁶. Tan ve ark. tarafından hemodiyaliz hastaları üzerinde yapılan çalışmada da grubun ÇBSDÖ toplam puanı 59.3 olarak bulunmuştur⁹⁹. Bu sonuçlar göz önüne alınarak yapılan değerlendirmede örnekleme alınan meme kanseri hastalarının algıladıkları sosyal destek puanının çok düşük olmamakla birlikte yüksek de olmadığı söylenebilir^{46,42,99}.

Literatürde kanser hastalarının yakınlarından daha çok duygusal destek bekledikleri belirtilmektedir ^{100,101,102}. Ateşçi ve ark.'nın 2003'de yaptığı çalışmada hastaların %68'inin çevresindeki insanların kendilerine yeterince destek olduğunu düşündüğü ortaya çıkmıştır²². Özyurt tarafından yapılan çalışmada da kanser hastalarının yakınları tarafından verilen sosyal desteğin, yeterli olmadığı sonucuna ulaşılmıştır¹⁰³. Baider ve ark. İsrail ve Avusturya'dan seçtikleri gruplarla yaptıkları çalışmada her iki grupta da, hastalara yakınları tarafından sağlanan sosyal desteğin yeterli olmadığı sonucuna varmışlardır ²⁶.

Araştırmaya katılan grubun ÇBSDÖ alt ölçeklerinden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde grubun en yüksek puanı aile alt ölçeğinden aldığı görülmektedir (26.0). ÇBSDÖ aile alt ölçeği ile arkadaş alt ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. ÇBSDÖ aile alt ölçeği puanları, arkadaş alt ölçeği puanlarından daha yüksektir. Literatürde çalışmamızın bu bulgusunu destekleyen çok sayıda çalışma vardır^{46,103,104}. Işıkhani ve ark. tarafından 1997'de Gülhane Tıp Akademisi Hastanesinde yapılan bir çalışmaya göre, meme kanseri hastaları en çok sosyal desteği ailelerinden, eş ve çocuklarından almaktadır¹⁰⁴. Özyurt tarafından 2007'de kanser hastaları üzerinde yapılan çalışmada da benzer şekilde en fazla düzeyde destek sağlanan kişiler, eşler ve çocuklar olarak bulunmuştur. Destek sağlanan kişilerde ikinci sırada ise kardeşler gelmektedir ¹⁰³.

Özel bir insan alt ölçeğinden alınan puan (25.00) aile alt ölçeğinden alınan puanla (26.0) benzerdir. Eker ve ark. ÇBASDÖ geçerlilik güvenilirlik çalışmasında da normal popülasyonda, cerrahi kliniklerinde yatan hastaların oluşturduğu grupta ve psikiyatri kliniklerinde yatan hastaların oluşturduğu grupta en fazla puan alınan alt ölçek, aile alt

ölçeğidir ve alınan puan özel bir insan alt ölçeği ile benzerdir. Aynı çalışmada Eker ve ark., bekar olan bireylerin özel bir insanı kız/erkek arkadaş olarak algıladıklarını, evli olanların ise hem aile hem özel bir insan ölçeklerinde benzer destek ifade ettiklerini belirtmişlerdir. Özel insan alt ölçeğinin eşi içerebildiği belirtilmiştir ⁴⁶. Özel bir insan ve aile alt ölçekleri puanlarını benzer olması bu durumla açıklanabilir.

Distress yaşayan grup ile yaşamayan grubun ÇBASDÖ puanları değerlendirildiğinde, arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. ($p=0.00$). Distress yaşamayan hastalardan oluşan grubun ÇBASDÖ puanı, distress yaşayan grubun ÇBASDÖ puanından anlamlı şekilde daha yüksektir. DT puanları ve ÇBASDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif bir korelasyon bulunmuştur ($r=-0,308$; $P=0.00$). Aynı şekilde aile alt ölçeği, arkadaş alt ölçeği ve özel bir insan alt ölçeği ile DT puanı arasında da negatif korelasyon bulunmuştur ($r= - 0.27$; $p<0.05$, $r=-0.21$; $p<0.05$, $r=-0.24$, $p<0.05$). Hastaların ÇBASDÖ puanları arttıkça, DT'den almış oldukları puan düşmektedir. Bu durum ÇBASDÖ alt ölçekleri için de geçerlidir. Bu sonuçlara dayanarak, örnekleme alınan hastalarda algılanan sosyal desteğin, distress yaşama üzerinde etkili olduğu ve algılanan sosyal destek arttıkça, distress seviyesinin azaldığını söyleyebiliriz. Aileden, özel bir insandan ve arkadaştan algılan sosyal desteğin tümü hastaların distress seviyelerini etkilemektedir.

Aydın ve ark.'nın çalışmasına göre hastaların stresle baş etmede en sık kullandıkları yöntem sosyal destek aramadır ve sosyal desteği fazla olan kanser hastalarında post travmatik stres bozukluğu görülme oranı daha azdır²¹. Ateşçi ve ark.'nın yaptığı çalışmada da etrafındaki insanların kendilerine yeterince destek olmadığını düşünen, aile alanında sorun yaşayan bireylerde özyıkım düşüncesinin yüksek

olduğu bulunmuştur. Yine aynı çalışmada eşden alınan sosyal desteğin hastanın distressi üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır²². Kanseri hastalarının algıladıkları sosyal desteğin distressleri ve hastaların kendilerini iyi hissetmeleri üzerinde etkili olduğunu gösteren daha pek çok çalışma vardır^{6,2,40,41,43,102,105,106}. Dirksen ve ark.'na göre, meme kanseri hastalarında sosyal destek, kişileri hastalıklarını yönetmede daha becerikli kılmakta ve benlik saygılarının yükselmesine neden olmaktadır. Bu da hastaların iyiye gidişi üzerinde etkilidir¹⁰⁵. Farklı kültürlerde de benzer sonuçlar alınmıştır^{6,2,40,41,43,102,106}. Parker ve ark.'nın çalışma sonucuna göre, kanser hastalarının sosyal destek düzeylerinin ölçümü distress risklerinin belirlenmesinde kullanılabilir⁴⁰.

6. SONUÇ

Çalışmanın sonuçları üç bölümde sunulmuştur. Birinci bölümde, örnekleme alınan meme kanseri hastalarının distress düzeyleri ve ditress düzeylerini etkileyen sosyodemografik özellikler sunulmuştur. Bu bölüm hastaların DT'nden aldıkları puanları ve distress yaşama oranlarını içermekte ve araştırmacı tarafından geliştirilen hasta bilgi formundaki değişkenlere yönelik analiz sonuçlarını vermektedir. İkinci bölümde örnekleme alınan meme kanseri hastalarının ÇBASDÖ puanları yer almaktadır. Üçüncü bölümde de hastaların DT'nden almış oldukları puanlar ile ÇBASDÖ'nden almış oldukları puanlar arasındaki ilişki yer almaktadır.

6.1. Meme Kanseri Hastalarının Distress Düzeyleri ve İlişkili Etmenler:

Örnekleme alınan grupta distress yaşama oranı %70.4'tür. Grubun ortalama distress puanı ise 5.29'dur. En fazla distress yaşanan alan, duygusal sorunlar alanıdır. Araştırmaya katılan hastaların %76.7'si duygusal sorunlar alanında distress yaşadığını belirtmiştir.

Hastaların yaşlarına göre yapılan değerlendirmede en fazla distress yaşayan grup, 35 yaşından daha genç olan bireylerden oluşan gruptur (%90). Ancak diğer yaş grupları ile aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Ayrıca hastaların yaşları ile DT puanları arasında kolerasyon yoktur. Araştırmaya katılan bireylerin medeni durumları, eğitim seviyeleri ve çalışma durumları ile distress yaşama durumları arasında bir ilişki bulunmamıştır. Yalnız yaşayan meme kanseri hastalarının yalnız yaşamayan hastalara göre daha fazla distress yaşadığı saptanmıştır. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.04$; $X^2=3.91$).

Örnekleme dahil edilen meme kanseri hastalarının geçirmiş oldukları ameliyat tipi ile distress yaşama durumları arasında anlamlı bir fark yoktur ($p = 0.61$; $X^2 = 0.96$). Tedavi masraflarının birey bütçesini etkileme düzeyi arttıkça yaşanan distress oranı da artmaktadır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p = 0,00$; $X^2 = 11,21$). Hastalığı ile ilgili bilgi alan katılımcılar ile bilgi almayan katılımcıların distress yaşama oranlarında fark yoktur. Meme kanseri dışında herhangi bir kronik hastalığa sahip olan bireyler, diğer katılımcılara göre daha fazla distress yaşamaktadır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p = 0,00$; $X^2 = 7,69$).

6.2. Meme Kanseri Hastalarının Algıladıkları Sosyal Destek Seviyeleri:

Araştırmaya katılan grubun ÇBASDÖ puan ortalaması 66.3'dür. Distress yaşamayan grupta bu sayı 71.90 iken, distress yaşayan grupta 64.54'dür. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p = 0.00$). Aynı durum ÇBASDÖ'nün tüm alt ölçekleri için de geçerlidir (aile alt ölçeği; $p = 0.00$, arkadaş alt ölçeği; $p = 0.01$, özel bir insan alt ölçeği; $p = 0.00$).

6.3. Meme Kanseri Hastalarının Distress ve Algılanan Sosyal Destek Seviyeleri Arasındaki Kolerasyon:

ÇBASDÖ toplam puanı ve DT puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif bir kolerasyon bulunmuştur ($r = -0.307$; $p < 0.05$). Benzer şekilde negatif yönlü kolerasyon, tüm ÇBASDÖ alt ölçekleri ile DT puanları arasında mevcuttur. Aile alt ölçeği ve DT puanı arasında negatif yönlü kolerasyon vardır ($r = -0.27$; $p < 0.05$). Arkadaş alt ölçeği puanı ve DT puanı arasında negatif yönlü, anlamlı bir ilişki vardır ($r = -0.215$; $p < 0.05$).

Özel bir insan alt ölçeği puanı ve DT puanı arasında negatif yönlü kolerasyon vardır ($r=-0.24$; $p< 0.05$).

Çalışmanın sonucunda; çok boyutlu algılanan sosyal destek, distress yaşama arasında kolerasyon olduğu ve algılanan sosyal destek arttıkça distress seviyesinin azaldığı söylenebilir. Aileden, özel bir insandan ve arkadaştan algılanan sosyal destek türlerinin tümü ile hastaların distress seviyeleri arasında kolerasyon vardır ve bu kişilerden yüksek düzeyde destek aldığını hisseden meme kanseri hastaları daha az oranda distress yaşamaktadır.

6.3. Öneriler :

Çalışmamız, DT'nin geçerlilik güvenirlik çalışmasından sonra ülkemizde kullanıldığı ilk çalışmadır. DT uygulanırken, distress seviyesinin, termometre üzerinde giderek koyulaşan renk gösterilerek, hastanın içinin karanlığı ya da aydınlığı şeklinde ifade edildiğinde hastaların daha rahat anlayabildikleri düşünülmektedir.

Bu çalışmada ortaya çıkan sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki düşünceler önerilmektedir;

- ✓ Çalışmanın daha geniş bir örnekleme ve farklı kanser türlerinde de uygulanması,
- ✓ Meme kanseri hastalarının tedavi ve bakımından sorumlu sağlık profesyonellerinin, özellikle duygusal ve bedensel sorunlar alanında distress yaşandığının farkında olmaları ve girişimlerini bu doğrultuda planlamaları,

- ✓ Meme kanseri hastalarının distressleri ile baş etmelerine yardımcı olacak hemşirelik girişimlerinin planlanması uygulanması ve etkinliğinin değerlendirilmesi,
- ✓ Hasta yakınlarına, hastalarına sosyal destek sağlayabilme konusunda danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin planlanması

7. ÖZET

Meme Kanseri Hastalarının Distress Ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi

Tüm dünyada önemli ve güncel sağlık sorunlarından birisi olan kanser, günümüzde hala insanlara korku veren bir hastalıktır. Kanser in kişide oluşturduğu etkilerden biri de distress yaşanma durumudur. Kanser hastalarındaki yüksek distress seviyesi dünya çapında bir sorundur.

Çalışmanın amacı, meme kanseri tanısı almış olan bireylerin, distress düzeyleri algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve distress düzeyleri ile algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesidir.

Araştırma, Dr. Abdurrahman Yurtarslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yürütülmüş, cerrahi polikliniklerine, tedavi için başvuran meme kanseri tanısı almış 206 hasta örnekleme alınmıştır. Veriler, distress termometresi ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği ve araştırmacı tarafından geliştirilen hasta bilgi formu kullanarak toplanmış, SPSS 11.0 programında, değerlendirilmiştir.

Örnekleme alınan grupta, distress yaşama oranı %70.4'tür. Tedavi masraflarından bütçelerinin etkilenme durumu ($p=0.00$; $X^2=11.21$),

yalnız yaşama durumu ($p=0.04$; $X^2=3.91$) ve meme kanseri dışında herhangi kronik bir hastalığa sahip olma durumu ($p=0.00$; $X^2=7.69$) hastaların distress yaşama durumlarını etkilemektedir.

Araştırmaya katılan grubun ÇBASDÖ puan ortalaması 66.3'dür. ÇBASDÖ toplam puanı ve DT puanı arasında, negatif kolerasyon bulunmuştur ($r=-0.307$; $p< 0.05$). Benzer şekilde negatif yönlü kolerasyon, tüm ÇBASDÖ alt ölçekleri ile DT puanları arasında mevcuttur. Aile alt ölçeği ve DT puanı arasında negatif yönlü kolerasyon vardır ($r=-0.27$; $p< 0.05$). Arkadaş alt ölçeği puanı ve DT puanı arasında negatif yönlü kolerasyon vardır ($r=-0.21$; $p< 0.05$). Özel bir insan alt ölçeği puanı ve DT puanı arasında negatif yönlü kolerasyon vardır ($r=-0.24$; $p< 0.05$).

8. SUMMARY

Determination Of The Level Of Distress And Perceived Social Support Of The Breast Cancer Patients

Cancer, one of the most important current health problem in the world, is still a disease fearing the people today. One of the effects of cancer in individual is having distress. Increased distress level in cancer patients is a problem all over the world.

The aim of this study, is determination of the level of distress and perceived social support of breast cancer patients and the association between these.

This research has been done in Dr. Abdurrahman Yurtarslan Ankara Oncology Education and Research Hospital, sampling was done from 206 patients applied to the surgery clinics for diagnosis and treatment as breast cancer. Data were collected by using distress thermometer, measure of multidimensionally perceived social support, patient information form which is developed by the researcher and analysed by the SPSS 11.0 programme.

The level of having distress in the sample group was found to be 70.4 %. Influence of their budget by the cost of treatment ($p=0.00$; $X^2=11.21$), living alone ($p=0.04$; $X^2=3.91$), having another health chronic disease other than breast cancer ($p=0.00$; $X^2=7.69$) are effecting the distress level of patients.

The average score of multidimensionally perceived social support of the sample group is 66.3 the relationship between the total score of multidimensionally perceived social support and distress thermometer was found statistically significant and negative ($r=-0.307$; $p<0.05$). Similarly negative relationship was also found between all subscales of multidimensionally perceived social support scale and the score of distress thermometer. There are a negative relationship between the score of family subscale and distress thermometer ($r=-0.27$; $p<0.05$). There are a statistically significant negative relationship between the score of friend subscale and distress thermometer ($r=-0.21$; $p<0.05$). The relationship between the score of a special person subscale and distress thermometer is also negative and statistically significant ($r=-0.24$; $p<0.05$).

9. KAYNAKLAR

1. Bultz B D, Holland J C. Emotional distress in patients with cancer: The sixth vital sign. Community Oncology 2006; 3 (5) 311-314.
2. Kartoğlu M, Saraçoğlu F. Kanseri hastanın psikolojik desteği. Kadındoğum Dergisi 2005; 3(3) : 528-532.
3. Özkan S. Psikiyatrik Tıp, Psikiyatrik Ve Psikososyal Açıdan Kanseri. İstanbul:1993; 153-174
4. Öz F. Hastalık yaşantısında belirsizlik. Türk Psikiyatri Dergisi 2001; 12(1): 61-68.
5. Arıkan N. Travmatik bir yaşantı: Meme kanseri ve mastektomi. Meme Sağlığı Dergisi 2000; 9(1) : 39-46.
6. Ashing Giwa K, Padilla G, Tejero J, Kraemer J, Wright K, Coscarelli A, Clayton S, Williams I, Hills D. Understanding the breast cancer experience of women: A qualitative study of African American, Asian American, Latina and Caucasian cancer survivors. Psycho-oncology. 2004 13(6) : 408–428.
7. http://www.who.int/ncd_surveillance/infobase/web/infobasepolicymaker/reports/reporterfullview.aspx?id=5. Erişim tarihi: 16.11.2007

8. American Cancer Society. *Breast Cancer Facts & Figures 2007-2008*. Atlanta: <http://www.cancer.org/downloads/STT/BCFF-Final.pdf>. Erişim Tarihi; 02.06.2008
9. Devlet İstatistik Esntitüsü
<http://www.die.gov.tr/wwwyayin.htm>
10. Brewster A, Helzlsouer K. Breast cancer epidemiology, prevention, and early detection. *Curr Opin İn Oncol* 2001;13 (6) 420-5.
11. Key T, Verkasalo P, Banks E. Epidemiology of breast cancer. *Lancet Oncol*. 2001; 2(3) : 133-40.
12. Kadınlarda en çok görülen on kanser türü. 2006.
<http://www.saglik.gov.tr/tr/belgegoster.aspx?f6e10f8892433cff71be64510f6c8bc98f9873a8e009da42>. Erişim Tarihi:27.03.2007
13. Türkiye Sağlık İstatistikleri 2006.
<http://www.ttb.org.tr/kutuphane/istatistik2006.pdf>.
Erişim Tarihi: 17.11.2007
14. Sertöz Ö, Elbi Mete H, Noyan A, Alper M, Kapkaç M. Meme kanserinde ameliyat tipinin beden algısı, cinsel işlevler, benlik saygısı ve eş uyumuna etkileri: Kontrollü bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004; 15(4): 264–275.
15. Devrimci Özgüven H D, Ünlüoğlu G. Kanser hastaları ve yakınlarında psikiyatrik morbidite. *3P Dergisi* 1998; 6(3): 196-206.

16. Arıkan N. Kanser hastalarında psikolojik destek. Klinik Gelişim 2004; 17: 77-86.
17. Şener Ş, Günel N, Akçalı Z, Şenol S, Koçkar A İ, Meme kanserinin ruhsal ve sosyal etkileri üzerine bir çalışma. Klinik Psikiyatri 1999; 2: 254–260.
18. Öztekin D. Meme kanserinde tanı ve tedavi sürecinde karşılaşılan sorunlarla mücadele yolları. Meme Sağlığı Dergisi 2006; 2(2) :67–70.
19. Babacan Gümüş A. Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. Meme Sağlığı Dergisi 2006; 2(3) 108-114.
20. Okanlı A. Kadınlarda mastektominin psikososyal etkileri. Uluslararası İnsanbilimleri Dergisi 2004; Issn 1303-51-34.
21. Aydın D. Kanser hastalarında post travmatik stres bozukluğu, sosyal destek ve stresle başa çıkma arasındaki ilişki. Yüksek Lisans. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi; 2004.
22. Ateşci F Ç, Oğuzhanoğlu N K, Baltarlı B, Karadağ F, Özdel O, Karagöz N. Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi 2003; 14(2): 145-152.
23. Kelly C, Ghazi F, Caldwell K. Psychological distress of cancer and clinical trial participation: A review of the literature. European Journal Of Cancer Care 2002; 11:6-15

24. Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A. Depression and anxiety in women with early breast cancer: Five year observational cohort study. *BMJ* 2005 March 26; 330(7493): 702. Doi: 10.1136/Bmj.38343.670868.D3. Copyright © 2005, Bmj Publishing Group Ltd.
25. Elbi H. Kanser ve depresyon. *Psikiyatri Dünyası* 2001; 5: 5-10.
26. Baider L, Andritsch E, Goldzweig G, Uziely B, Ever-Hadani P, Hofman G, Krenn G, Samonigg H. Changes in psychological distress of women with breast cancer in long-term remission and their husbands. *Psychosomatics* 2004; 45: 58-68.
27. Baider L, Andritsch E, Uziely B, Ever-Hadani P, Goldzweig G, Hoffman G, Samonigg H, Do different cultural settings affect the psychological distress of women with breast cancer? A randomized study. *European Journal Of Cancer Care* 2003; 12: 263–273.
28. Bultz B D, Carlson L E. Emotional distress: The sixth vital sign-future directions in cancer care. *Psycho-Oncology* 2005; 15: 93–95.
29. Bultz B D. Carlson L E. Emotional distress: The sixth vital sign in cancer care. *Journal of Clinical Oncology* 2005; 23(26) 6440–6441.
30. Özalp E, Cankurtaran E S, Soygür H. Geyik Özdemir P, Jacobsen P B, Screening for psychological distress in Turkish cancer patients. *Psycho-Oncology* 2007; 16(4): 304–11.

31. Greenwood B. Breast cancer: Causes of patients' distress identified by qualitative analysis. British Journal Of General Practice 1993; 44: 370-371.
32. Vachon M. Psychosocial distress and coping after cancer treatment. Aja 2006; 106 (3) : 26-31
33. Carlson L E, Bultz B D. Efficacy and medical cost offset of psychosocial interventions in cancer care: Making the case for economic analyses. Psychooncology 2004; 13: 837-849
34. Ryan H, Schofield P, Cockburn J, Butow P, Tattersall M, Turner J, Girgis A, Bandaranayake D, Bowman D. How to recognize and manage psychological distress in cancer patient. European Journal Of Cancer Care 2003; 14: 7-15.
35. Iwamitsu Y, Shimoda K, Abe H, Tani T., Okawa M, Buck R. The relation between negative emotional suppression and emotional distress in breast cancer diagnosis and treatment. Health Communication 2005; 18(3) : 201-215.
36. National Comprehensive Cancer Network. Distress management clinical practice guidelines in oncology. American Cancer Society 2003; 1(3) : 344-74.
37. Özbaş A. Meme kanserli ailelerde sorunlar ve çözümler. Meme Sağlığı Dergisi 2006; 2(3): 115-117.

38. Eylen B. Bilgi verici danışmanlığın kanser hastalarının ailelerinin sosyal destek becerileri üzerine etkisi. Doktora. Ankara Üniversitesi; 2001.
39. Ress C E, Bath P A. Meeting the information needs of adult daughters of women with early breast cancer: Patients and health care professionals as information providers. *Cancer Nurs* 2000; 23(1) : 71-79.
40. Parker P A, Baile W F, De Moor C, Cohen L. Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psycho-Oncology* 2003; 12: 183–193.
41. Hann D, Baker F, Denniston M, Gesme D, Reding D, Flynn T, Kennedy J, Kieltyka RL. The influence of social support on depressive symptoms in cancer patients: age and gender differences. *J Psychosom Res* 2002; 52: 279–283.
42. Aksüllü N, Doğan S. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatr Derg.* 2004; 5: 76-84.
43. Kaymakçioğlu Ç. Effect of perceived stress, social support, expectancies and coping style on depression and anxiety. Yüksek Lisans. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi; 2001.
44. Sorias O. Hasta ve sağlıklı öğrencilerde yaşam stresi, sosyal destek ve ruhsal hastalık ilişkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları* 1992; 9 : 33-49.

45. Şahin D. Sosyal Destek ve Sağlık. Okyayüz Ü H. Sağlık Psikolojisi. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, No:19, İsbm:975-95760-9-0, 1999 Ankara, Sayfa:79-106
46. 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.
47. Taner E, Coşar B. Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi'ne bakış. Psychiatry in Türkiye 2006; 8(1): 39-49
48. Özcan A. Konsültasyon liyazon psikiyatrisi hemşireliği ve geleceği. 5.Ulusal Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi Kongresi., İstanbul;1998.
49. DeMarco R F, Ricard C, Agreteli J. Nurse experiences as cancer survivors: Part I personal. Oncol Nurs Forum 2004; 31(3): 523-30.
50. Kocaman N. Genel hastane uygulamasında psikososyal bakım ve konsültasyon liyazon psikiyatrisi hemşireliği. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 9(1): 49-54
51. Clinical Practice Guidelines In Oncology, Distress Management. Version 1 2008. National Comprehensive Cancer Network. Erişim tarihi; 08-10-2006.
52. İtano K J, Taoka K N, Core Curriculum For Oncology Nursing. 4. Edition. Elsevier Saunders. United States of America.

53. Fukui S, Ogawa K, Ohtsuka M, Fukui N. A randomized study assessing the efficacy of communication skill training on patients' psychologic distresss and coping. Cancer 2008 Published Online: 25 Jul 2008.

54. Wengström Y, Haggmark C, Strander H, Forsberg C. Effects of a nursing intervention on subjective distress, side effects and quality of life of breast cancer patients receiving radiation therapy - A randomized study. Acta Oncologica 1999; 38(6): 763-770.

55. Karanlık H, Özmen V, Asoğlu O, İğci A, Keçer M, Tuzlalı S, Müslümanoğlu M, Aslay I, Erkan Topuz. Meme kanseri cerrahi tedavisinin uzun dönem sonuçları. Meme Sağlığı Dergisi 2006; 2(2) : 89-95

56. Aygın D, Eti Aslan F. Meme kanserli kadınlarda cinsel işlev bozukluklarının incelenmesi. Meme Sağlığı Dergisi 2008; 4 (2): 105-114.

57. Çavdar İ. Meme kanserli hastalarda cinsel sorunlar. Meme Sağlığı Dergisi 2006; 2(2): 64-66.

58. Distress Treatment Guidelines For Patients Version II/July 2005, National Comprehensive Cancer Network (NCCN), American Cancer Society.

59. Güneş Tıp Sözlüğü. 1. Baskı. Ankara: Grafiker Ofset Matbaacılık; 1999.

60. Sessizözlük. <http://www.seslisozluk.com/?word=distress>.

Erişim Tarihi: 08.10.2008

61. Holland J C, Anderson B, NCCN Guidelines for Distress Management. JNCCN 2007; 5: 66-98.

62. Bleiker E M A, Pouwer F, Ploeg H M, Leer J W H, Ader H J. Psychological distress two years after diagnosis of breast cancer: Frequency and prediction. Patient Education and Counseling 2000; 40 (3): 209–217.

63. İwamitsu Y, Shimoda K, Abe H, Tanı T, Okawa M, Buck R. Anxiety, emotional suppression, and psychological distress before and after breast cancer diagnosis. Psychosomatics 2005; 46:19-24.

64. Zabora J, Brintzenhofeszoc K, Jacobsen P, Curbow B, Piantadosı S, Hooker C, Owens A, Derogatis L. A new psychosocial screening instrument for use with cancer patients. Psychosomatics 2001; 42(3): 241-246.

65. Fawzy F. Psychosocial interventions for patients with cancer: What works and what doesn't. Eur J Cancer 1999; 35(11): 1559-64.

66. Sorias O. Sosyal destek kavramı. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 1988; 27(1): 353-357.

67. Sorias O. Hasta ve sağlıklı öğrencilerde yaşam stresi, sosyal destek ve ruhsal hastalık ilişkisinin incelenmesi. Psikoloji-Seminer. Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları 1992; 9: 33-49.
68. Gürkan A. İlkokul Çağı Çocuğu Olan Annelerin, Anksiyeteleri Algıladıkları Sosyal Destek İle Çocukların Ruhsal Sorunları. Doktora. İzmir: Ege Üniversitesi;1998.
69. Sorias O. Sosyal destek ve ruh sağlığı. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 1988; 27(1): 359-363.
70. Procidano M E, Heller K. Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. Am J Community Psychol. 1983 Feb;11(1): 1-24
71. Özgür G. Bornova Bölgesinde Oturan Emeklilerde, Emeklilik, Sağlık Ve Sosyal Destek İlişkisinin İncelenmesi. Doktora. İzmir: Ege Üniversitesi; 1991.
72. Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. Atatürk Üni HYO Derg. 2006; 9(2): 68-75.
73. Güngör A. Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Destek, Negatif Yaşam Olayları, Öfkenin İfade Biçimiyle, Kendini Suçlamanın Fiziksel Sağlık Ve Sosyal Uyumla Olan İlişkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans. Ankara: Hacettepe Üniversitesi;1996.
74. Dakof G A, Taylor S E. Victims' perceptions of social support: What is helpful from whom? Journal of personality and social psychology 1990; 58(1): 80-89.

75. Hill C A. Seeking emotional support: The influence of affiliative need and partner warmth. *Journal of Personality and Social Psychology* 1991; 60: 112-121.
76. Özgür G. Sosyal destek ve sağlık. *Türk Hemşireler Dergisi* 1993; 43(2): 25-26.
77. Solak M, Başer G. Meme ve meme dışı kanserli kadın hastaların umutsuzluk ve yaşam kalitesi düzeylerinin incelenmesi. *Hemşirelik Forumu* 2003; 6(6): 39-46.
78. Ross I, Johanson C. Psychosocial home visit in cancer treatment. *Cancer Nursing* 2002; 25(5): 350-351
79. Hogue C G. Social Support, Distributive Nursing Practice: A Systems Approach. Second Edition, J.B. Lippincott Company 1985, 58-75.
80. Hurdle D E. Social support: A critical factor in womens' health and health promotion. *Health and Social Work* 2001; 26(2): 72-79
81. <http://www.onkoloji.gov.tr/index.php?id=onkm13dkm&doksec=kusr&partid=dkp10>. Erişim Tarihi: 16.11.2007
82. Sümbüloğlu V, Sümbüloğlu K. Klinik ve Saha Araştırmalarında Örneklem Yöntemleri Ve Örneklem Büyüklüğü. Alp Ofset Matbaacılık Ltd. Şti., Ankara. 2005, 132.

83. Roth A J, Kornblith A B, Batel-Copel L, Peabody E, Scher H I, Holland J C. Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma: A pilot study. *Cancer* 1998; 82: 1904–1908.
84. Sümbüloğlu K, Sümbuoğlu V. Biyoistatistik. 11. Baskı Ankara: Hatipoğlu Yayınevi; 2005
85. Zabora J, Brintzenhofeszc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology* 2001; 10: 19–28.
86. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 5. Basım. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1994.
87. Levine E G, Yoo G, Aviv C, Ewing C, Au A. Ethnicity and spirituality in breast cancer survivors. *Cancer Surviv.* 2007 Sep;1(3): 212-25.
88. Rowland J H, Desmond K A, Meyerowitz B E, Belin T R, Wyatt G E, Ganz P A, Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *Journal of the National Cancer Institute* 2000; 92(17): 1422-1429.
89. Brain K, Williams B, Iredale R, France L, Gray J. Psychological distress in men with breast cancer. *J Clin Oncol.* 2006 Jan 1;24(1): 95-101.

90. Boehmke M, Dickerson S. Sypmtom, symptom experiences and symptom distress encountered by women wiht breast cancer undergoing current tretment modalities. Cancer Nursing 2005; 28(5): 382-389.

91. Fallowfield L J, Baum M, Maguire G P. Effects of breast conservation on psychological morbidity associated with diagnosis and treatment of early breast cancer. Br Med J (Clin Res Ed). 1986 Nov 22;293(6558): 1331-4.

92. Soygur H, Özalp E, Şahin Cankurtaran E, Turhan L, Işık U, Alagöl H, Altınok M. Meme Kanseri Hastalarında Uygulanan Tedavinin Türü Psikiyatrik Dağılımı Etkiliyor Mu? 40. Ulusal Psikiyatri Kongresi Ankara:2004

93. Schag C A, Ganz P A, Polinsky M L, Fred C, Hirji K, Petersen L. Characteristics of women at risk for psychosocial distress in the year after breast cancer. Clin Oncol. 1993 Apr;11(4): 783-93

94. Gordon T. Doktor-Hasta İşbirliği. 3. Basım. İstanbul: Sistem Yayıncılık; 1997.

95. Steginga S, Occhipinti S, Wilson K, Dunn J. (Domains of stress: The experience of breast cancer in Australia, Oncological Nursing Forum 1998; 25(6): 1063-1070.

96. Holland JC. IPOS Sutherland Memorial Lecture: an international perspective on the development of psychosocial oncology: overcoming cultural and attitudinal barriers to improve psychosocial care. *Psychooncology* 2004; 13(7): 445-59.
97. Breitbart W. Identifying patients at risk for, and treatment of major psychiatric complications of cancer. *Support Care Cancer*. 1995 Jan;3(1):45.
98. Tan M, Okanlı A, Karabulutlu E, Erdem N. hemodiyaliz hastalarında sosyal destek ve umutsuzluk arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Atatürk Üniv. HYO Derg.* 2005; 8(2): 32-39.
99. Bloom J R, Stewart S L, Johnston M, Banks P, Fobair P. Sources of support and the physical and mental well-being of young women with breast cancer. *Soc Sci Med.* 2001 Dec; 53(11): 1513-24
100. Berterö M C. Types and sources of social support for people afflicted with cancer. *Nursing And Health Sciencies.* 2000; 2: 93-101.
101. Northouse L, Templin T, Mood D. Couple's adjustment to breast disease during the first year following diagnosis. *J Behav Med* 2001; 24: 115–136.
102. Özyurt B E. Kanser hastalarının algıladıkları sosyal destek düzeyine ilişkin betimsel bir çalışma. *Kriz Dergisi* 2007; 15(1): 1-15.

103. Işıkhah V, Kömürçü Ş, Özet A, Arpacı F, Öztürk B, Yalçın A. Meme kanserli hastaların sosyal destek sistemleri ve benlik saygıları. Gata Bülten 1997; 39: 364-368.

104. Dirksen SR. Predicting well-being among breast cancer survivors. J Adv Nurs. 2000 Oct; 32(4): 937-43.

105. Pistrang N, Barker C. The partner relationship in psychological response to breast cancer. Soc Sci Med 1995; 40:789–797.

106. Meraviglia M. Effects of spirituality in breast cancer survivors. Oncol Nurs Forum. 2006 Jan 1; 33(1): E1-7.

10. EKLER:

10.1.EK- 1 Hasta Bilgi Formu

1) Yaşınız:

2) Medeni Durumunuz:

- (a) Evli (... Yıldır)
- (b) Bekar
- (c) Boşanmış (... Yıldır)
- (d) Eşi Ölmüş (... Yıldır)

3) Eğitim durumunuz:

- (a) İlkokul
- (b) Ortaokul
- (c) Lise
- (d) Üniversite
- (e) Yüksek lisans/Doktora

4) Sosyal güvenceniz:

- (a) Ücretli
- (b) Yeşil Kartlı
- (c) SSK
- (d) Emekli Sandığı
- (e) Bağ-kur

5) Yaşadığınız yerleşim birimi:

- (a) Köy
- (b) Kasaba
- (c) İlçe
- (d) Şehir

6) Şu an yaşadığınız yer:

- (a) Ankara (8. soruya geçiniz.)
- (b) Şehir dışı

7) Hastane için geldiğinizde kaldığınız yer:

- (a) Otel
- (b) Misafirhane
- (c) Akraba yanı
- (d) Diğer (açıklayınız):....

8) Çalışma durumunuz:

- (a) Çalışıyor
- (b) Ev hanımı (11. soruya geçiniz.)

9) Çalışma Statünüz nedir?

- (a) Memur
- (b) İşçi
- (c) Serbest
- (d) Emekli

10) İşe devam durumunuz nedir?

- (a) Ücretli İzinli
- (b) Ücretsiz İzinli
- (c) İşe Devam Ediyorum

11) Tedavi için gereken masraflar bütçenizi nasıl etkiliyor

- a) Oldukça etkiliyor
- b) Orta düzeyde etkiliyor
- c) Etkilemiyor

12) Ailede kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

13) Son altı ya içinde bir yakınınızı kaybettiniz mi?

- a) Evet
- b) Hayır

14) Şu anda hastanede bulunma sebebiniz nedir?

- a) Kontrol
- b) Rodyoterapi
- c) Kemoterapi
- d) Herhangi bir sorun nedeniyle (açıklayınız)

15) Tanınız nedir?

16) Bu tanıyı ne zaman aldınız?

17) Yakın çevrenizde (aile, akraba, arkadaş) sizin hastalığınıza sahip kimse var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

18) Hastalığınız nedeniyle ameliyat dışında hangi tedavileri aldınız?

- a) Kemoterapi
- b) Radyoterapi

19) Geçirmiş olduğunuz ameliyatta size ne yapıldı?

20) Tanı konmuş başka bir hastalığınız var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

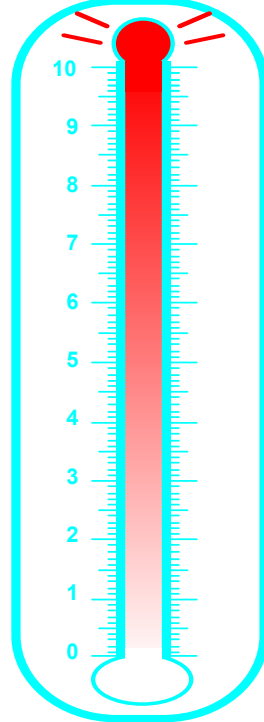
21) Menopoza girdiniz mi?

- a) Evet
- b) Hayır

10.2.EK- 2 Distress Termometresi

Geçtiğimiz hafta boyunca kendinizi ne kadar stresli hissettiniz? Lütfen termometre üzerinde stres düzeyinizi işaretleyiniz

Aşırı Stres



Stres yok

Aşağıdaki maddelerden hangisi/hangilerinin stresinizin ana nedeni/nedenleri olduğunu düşünüyorsunuz?

Günlük yaşam sorunları

Barınma
Sosyal güvence
İş/Okul
Ulaşım
Çocuk bakımı

Ailevi sorunlar

Eş
Çocuklar

Duygusal sorunlar

Üzüntü
Hüzün
Depresyon
Sinirlilik

İnançla ilgili sorunlar

Tanrı ile ilgili
İnanç yitimi
Diğer sorunlar

Bedensel Sorunlar

Ağrı
Bulantısı
Yorgunluk
Uyku
Gezinti
Banyo yapma/giyinme
Nefes darlığı
Ağız yaraları
Yemek yeme
Hazımsızlık
Kabızlık/ishal
İdrar sorunları
Ateş
Ciltte kuruma/kaşıntı
Burun tıkanıklığı
El/Ayakta karıncalanma
Şişkinlik hissi
Cinsel sorunlar

10.3.EK- 3 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Formu

Aşağıda 12 cümle ve her birinde de 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 birinde bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

1-İhtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

2-Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim özel bir insan var
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

3-Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

4-İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

5-Beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

6-Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olamaya 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 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-Yaşamımda duygularıma önem veren özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

11-Kararlarımı vermede ailem 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

10.3.EK-4 Araştırma İzin Yazısı



Dr.Abdurrahman Yurtarslan

ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM
ARAŞTIRMA HASTANESİ

SAYI : B104İSM4060019- / 8735
KONU : Esra SARAL
Azize ATLI ÖZBAŞ

11.05.2006

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE
ANKARA

İlgi: 11.05.2006 tarih ve 198 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınızda belirtilen Üniversiteniz Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri bölümü ile hastanemiz Psiko-onkoloji birimi ve Başhemşireliğimiz arasında, öğrencilerinizden Esra SARAL'ın "Kanser Teşhisi Alan Hastaların Kansere Tepki Tarzlarının Belirlenmesi" ile Azize ATLI ÖZBAŞ'ın "Meme Kanseri Hastalarının Sosyal Destek, Distress ve Benlik Saygısı Düzeylerinin Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmalarını Başhekimliğimizde yapmaları uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Uz.Dr.Cebrail ŞİMŞEK
Başhekim

Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Vatan Caddesi No.33.
Tel. 336.09.09.
Demetevler / ANKARA
Faks. 345.49.79

İrtibat İçin. Personel Şefi Talat AKTAS
e-posta. ankaraeah14@sağlik.gov.tr
e-posta. ozluk@onkoloji.gov.tr

11. ÖZGEÇMİŞ:

Azize Atlı Özbaş, 1978 yılında Denizli’de doğmuş, ilk ve orta öğrenimini Çıtak Kasabası İlköğretim Okulu’nda tamamlamıştır. 1991-1995 yılları arasında Balıkesir Sağlık Meslek Lisesi’nde öğrenim görmüştür. 1995 yılında Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu’nda eğitimine devam ederken, Ankara Zübeyde Hanım Doğumevi’nde hemşire olarak çalışmaya başlamıştır. 1997-2005 yılları arasında Zübeyde Hanım Doğumevi’nde, jinekoloji hemşireliği, supervisor hemşire ve ameliyathane hemşireliği görevlerini yürütmüştür.

2002 yılında Gazi Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu’nda lisans eğitimine başlamış, 2005 yılında mezun olmuştur. Aynı yıl Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü’nde yüksek lisan eğitimine başlamış, Gazi Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Psikiyatri Hemşireliği Bölümü’ne araştırma görevlisi olarak kabul edilmiş olup, halen buradaki görevine devam etmektedir.