

T. C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TERMİNAL DÖNEM KANSER HASTASINA BAKIM VEREN
EŞLERİN DUYGUSAL VE SOSYAL GEREKSİNİMLERİ

Elçin BABAOĞLU

108323

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Psikiyatri Hemşireliği Programı İçin Öngördüğü
BİLİM UZMANLIĞI TEZİ

Olarak Hazırlanmıştır.

108323

T.C. YÖKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Fatma ÖZ

ANKARA

2001

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Psikiyatri Hemşireliği Programında Bilim Uzmanlığı tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Fatma Öz
(Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu)

Üye : Prof. Dr. Gülümser Kubilay
(Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu)

Üye : Prof. Dr. Tülin Bedük
(Ankara Üniversitesi Cebeci Sağlık Yüksekokulu)

Üye : Doç. Dr. Selma Görgülü
(Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu)

Üye : Doç. Dr. Nurhan Bayraktar
(Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu)

ONAY:

Bu tez, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. N. Sezgin İLGI
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Çalışmanın planlanması ve yürütülmesinde yönlendiren ve her aşamasında destek veren Sayın Doç. Dr. Fatma Öz'e, istatistiksel analizlerine yardımcı olan Sayın Arş. Gör. Ahmet Sinan Türkyılmaz'a ve manevi desteklerini esirgemeyen aileme teşekkür ederim.

Hacettepe Üniversitesi Hastanesi, Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Doktor Abdurrahman Yurtarslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde araştırmamı uygulamama izin veren sorumlulara, araştırmanın yapıldığı kliniklerde çalışan tüm sağlık personeline, araştırmaya katılan hasta ve eşlerine teşekkür ederim.

ÖZET

Babaoğlu, E., Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal gereksinimleri, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programı Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 2001. Bu araştırma, terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal gereksinimlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, Hacettepe Üniversitesi Hastanesi, Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Doktor Abdurrahman Yurtarslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 01. 08. 2000 ile 01. 04. 2001 tarihleri arasında terminal dönem kanser hastasına bakım veren 103 eş oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak "Kişisel Bilgi Formu" ve araştırmacı tarafından geliştirilen "Duygusal ve Sosyal Sorunları Belirleme Formu" kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tek yönlü varyans analizi ve korelasyon analizi kullanılmıştır.

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre; terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşin duygusal sorunlarını etkileyen değişkenler hastanın yaşı, kanser türü, cinsiyet, yaş, gelir düzeyi, çocuk sayısı, evlilik süresi, evlilikte algılanan paylaşım durumu, bakıma destek veren kişi sayısı, bakım verme süresi olarak belirlenmiştir. Bakım veren eşin sosyal sorunları ise hastanın yaşı, kanser türü, kanser tanısı aldığı süre, hastanın hastanede kalış süresi, yaş, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi, çocuk sayısı, evlilik süresi, evlilikte algılanan paylaşım durumu, günlük bakım süresi, bakıma destek veren kişi sayısından etkilenmiştir. Aynı zamanda duygusal ve sosyal sorunların karşılıklı olarak birbirini etkilediği belirlenmiştir. Bu bulgular doğrultusunda, terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşin duygusal ve sosyal gereksinimlerinde önemli farklılıklar olduğu saptanmış ve sonuçlara uygun öneriler geliştirilmiştir.

Anahtar kelimeler: Kanser, terminal dönem, hastanın eşi, duygusal ve sosyal gereksinimler, bakım verme

ABSTRACT

Babaoğlu, E., The psychological and social needs of the spouses who cared for the patients with the terminally ill cancer, Hacettepe University Health Sciences Institute Master Thesis in Psychiatric Nursing, Ankara, 2001. The aim of this study is to determine the psychological and social needs of the spouses who cared for the patients with the terminally ill cancer. The sample of the study, which consists of 103 spouses, was randomly selected from the patients with the terminally ill cancer who stayed in four hospitals of Ankara in between 1.8.2000 and 1.4.2001. These hospitals are University of Ankara İbn-i Sina Hospital, Demetevler Oncology Hospital, University of Hacettepe Hospital and Numune Hospital. The data of this study were collected by applying a “personnel information form” and “physiological and social problems inventory”. The descriptive statistics, variance analysis and correlation matrices were used for the analyses of the study.

The findings of the study showed that; the age of the patient, the type of the cancer, sex, age, income level, the number of children, the duration of marriage, the number of persons who give assistance for care giving, the daily duration of care giving are the variables that determine the psychological problems. In addition to this, the age of the patient, the type of the cancer, the duration of the cancer diagnosis, duration of hospital stay, age, educational level, occupation, income level, the number of children, the duration of marriage, emotional sharing of the marriage, the number of persons who give assistance for care giving, the daily duration of care giving are the variables that determine the social problems. It was also concluded that the and social problems are correlated and effecting each other mutually. According to these findings, some notable changes were founded for the psychological and social needs of the spouses who cared for the patients with terminally ill cancer and some suggestion were developed interrelation to these changes.

Key words: Cancer, Terminal Stage, Spouse of the patient, Physiological and Social Needs, Caring for the patient.

İÇİNDEKİLER

ONAY	III
TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT	VI
İÇİNDEKİLER	VII
SİMGELER VE KISALTMALAR	X
ÇİZELGELER	XI

GİRİŞ	1
1.1 Problem Tanımı	1
1.2 Araştırmanın Amacı	7
KONUyla İLGİLİ YAYINLAR VE ÇALIŞMALAR	8
2.1. Kanserle İlişkin Genel Bilgiler	8
2.1.1. Kanserle Evrelendirme	9
2.1.2. Kanser Tedavisi	11
2.1.3. Kanserle Psikososyal Boyut	12
2.2. Kanserle Terminal Dönem	15
2.2.1. Terminal Dönemle Bulunan Kanser Hastası	15
2.2.2. Palyatif Tedavi ve Bakım	17
2.3. Terminal Dönem Kanser Hastasına Sahip Eş	19
2.3.1. Aile ve Evlilik Kavramı	19
2.3.2. Terminal Dönemin Eşle Etkisi	21
2.4. Terminal Dönemle Palyatif Bakım ve Hemşirelik	23
2.4.1. Hemşirelik ve Kanser	24
2.4.2. Terminal Dönem ve Hemşirelik	25
2.4.3. Terminal Dönemdeki Hastaya Bakım Veren Aile Üyesine Yönelik	27
Hemşirelik Müdahaleleri	

GEREÇ VE YÖNTEM	31
3.1. Araştırmanın Şekli	31
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	31
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	36
3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	37
3.5. Verilerin Toplanması	37
3.5.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması	37
3.5.2. Veri Toplama Formlarının Uygulanması	40
3.6. Verilerin Değerlendirmesi	40
 BULGULAR VE TARTIŞMA	 42
4.1. Terminal Dönemde Bulunan Kanser Hastasının Tanıtıcı Özellikleri	42
4.2. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Tanıtıcı Özellikleri	44
4.3. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal Sorunları	47
4.4. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal Sorunları ile Hastanın Tanıtıcı Özellikleri Arasındaki İlişki	50
4.5. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal Sorunları ile Tanıtıcı Özellikleri Arasındaki İlişki	55
4.6. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Sosyal Sorunları	78
4.7. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Sosyal Sorunları ile Hastanın Tanıtıcı Özellikleri Arasındaki İlişki	80
4.8. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Sosyal Sorunları ile Tanıtıcı Özellikleri Arasındaki İlişki	87
4.9. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal ve Sosyal Sorunları Arasındaki İlişki	107

SONUÇLAR	112
ÖNERİLER	118
KAYNAKLAR	121
ÖZGEÇMİŞ	
EKLER	
Ek 1. Kişisel Bilgi Formu	
Ek 2. Duygusal ve Sosyal Sorunları Belirleme Formu	



SİMGELER VE KISALTMALAR

Demetevler	Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi
F	Tek yönlü varyans analizinde F değeri
Hospis	Ölmek üzere olan hastalar için bakımevi
Ort.	Ortalama
p	Tek yönlü varyans analizinde test olasılığı
s.s.	Standart sapma
TNM	Amerikan Kanseri Ortak Komisyonunun önerdiği kanser sınıflandırması

ÇİZELGELER

Çizelge 4.1. Terminal Dönemde Bulunan Kanser Hastalarının Tanıtıcı Özellikleri	42
Çizelge 4.2. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Tanıtıcı Özellikleri	44
Çizelge 4.3. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal Sorunları	47
Çizelge 4.4.1. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Hastanın Yaşı İle Duygusal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları	50
Çizelge 4.4.2. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Kanser Türü İle Duygusal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları	51
Çizelge 4.4.3. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Kanser Tanısı Alınan Süre İle Duygusal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları	52
Çizelge 4.4.4. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Hastanın Hastanede Kalış Süresi İle Duygusal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları	54
Çizelge 4.5.1. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Cinsiyeti İle Duygusal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları	55
Çizelge 4.5.2. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Yaşı İle Duygusal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları	57
Çizelge 4.5.3. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Eğitim Durumları İle Duygusal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları	60
Çizelge 4.5.4. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Meslekleri İle Duygusal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları	62
Çizelge 4.5.5. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin İşe Devam Durumu İle Duygusal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları	63
Çizelge 4.5.6. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Algıladıkları Gelir Düzeyi İle Duygusal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları	64

Çizelge 4.5.7. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Çocuk Sayısı İle Duygusal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları	66
Çizelge 4.5.8. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Evlilik Süresi İle Duygusal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları	68
Çizelge 4.5.9. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Evliliklerinde Algıladıkları Paylaşım Durumu İle Duygusal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları	69
Çizelge 4.5.10. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Ölümünden Sonra Yaşam İnancı İle Duygusal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları	72
Çizelge 4.5.11. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Ölüme Verdikleri Anlam İle Duygusal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları	73
Çizelge 4.5.12. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Günlük Bakım Süresi İle Duygusal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları	74
Çizelge 4.5.13. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Destek Veren Kişi Sayısı İle Duygusal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları	76
Çizelge 4.6. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşin Sosyal Sorunları	78
Çizelge 4.7.1. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Hastanın Yaşı İle Sosyal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları	80
Çizelge 4.7.2. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Kansere Türü İle Sosyal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları	81
Çizelge 4.7.3. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Hastanın Kansere Tanısı Aldığı Süre İle Sosyal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları	83
Çizelge 4.7.4. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Hastanın Hastanede Kalış Süresi İle Sosyal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları	85
Çizelge 4.8.1. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Cinsiyeti İle Sosyal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları	87

Çizelge 4.8.2. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Yaşı İle Sosyal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları	89
Çizelge 4.8.3. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Eğitim Durumları İle Sosyal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları	91
Çizelge 4.8.4. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Meslekleri İle Sosyal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları	92
Çizelge 4.8.5. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin İşe Devam Durumları İle Sosyal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları	95
Çizelge 4.8.6. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Algıladıkları Gelir Düzeyi İle Sosyal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları	95
Çizelge 4.8.7. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Çocuk Sayısı İle Sosyal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları	98
Çizelge 4.8.8. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Evlilik Süresi İle Sosyal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları	100
Çizelge 4.8.9. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Evliliklerinde Algıladıkları Paylaşım Durumu İle Sosyal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları	101
Çizelge 4.8.10. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Günlük Bakım Süresi İle Sosyal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları	103
Çizelge 4.8.11. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Destek Veren Kişi Sayısı İle Sosyal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları	104
Çizelge 4.9. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal ve Sosyal Sorunları Arasındaki İlişki	107

GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı

Hastalık, iç ortamdaki dengenin bozulması ve bazı uyum mekanizmaları ile bozulan bu dengenin düzeltilmesi çabasıdır. Bu durum bireyin fiziksel, duygusal, entellektüel, sosyal ve ruhsal fonksiyonlarını azaltır; çevresiyle uyumunu, etkileşimini, üretkenliğini, kendi içindeki denge durumlarını bozabilmektedir (12).

Hastalıklar akut ve kronik olarak iki grupta incelenir. Akut hastalıklar aniden semptom veren ve tıbbi müdahale ile semptomların ortadan kalktığı ve geriye dönüşün olduğu hastalıklardır. Kronik hastalıklar ise, uzun bir zamanda çeşitli dönemlerde belirtiler ve bulgular üreten tıbbi tedavi ile düzelemeyen, uzun süreli bakım gerektiren hastalıklardır. Kronik hastalıkların insidansi ve prevalansi 20.y.y. başlarından bu yana artmakta ve kronik hastalıklar bütün ölümlerin % 52'sini oluşturmaktadır (19, 61). Bu tür etkileri olan kronik hastalıklar aynı zamanda bireyin ve ailenin duygusal ve sosyal yaşantısını etkileyerek çevreyle olan ilişkilerinde bozulmaya neden olurken bireyin ve ailenin bağımlılık düzeyini artırarak aile dinamiklerinde denge durumunun bozulmasını kolaylaştırmaktadır (86, 117).

Günümüz çağdaş tıbbının ve insanın önemli ve güncel sorunlarından olan kanser hastalığı da tanı, teşhis ve tedavi sürecinin uzun olması nedeniyle kronik hastalıklar sınıflamasında yer almakta; birey ve aileye getirdiği çeşitli yükler nedeni ile duygusal ve sosyal sorunlara yol açmaktadır. Bir çok gelişmeye karşın kanser hala kötü prognozu olan, hasta ve aileye sıkıntı veren kronik bir hastalıktır (9).

Kanser gelişmiş olan ülkelerde olduğu kadar gelişmekte olan ülkelerde de giderek büyüyen; her ülkede, her yaştaki insanın yakalanabileceği, coğrafi sınır tanımayan evrensel bir sorun niteliğindedir. Bu nedenle kanser dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (106).

Anderson ve arkadaşlarının (1996) belirttiğine göre gelecek yıllarda Amerika Birleşik Devletlerinde her 5 ölümden birinin kanser nedeni ile olacağı tahmin edilmektedir (6). 1993 yılı verilerine göre Amerika Birleşik Devletlerinde kanser tanısı olan 8 milyon kişi bulunmaktadır (53).

Gelişmekte olan diğer ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de kanser vakalarında artış gözlenmektedir. Türkiye’de bütün ölüm nedenleri arasında 1970’li yıllarda dördüncü sırada yer alan kanser Devlet İstatistik Enstitüsü 1997 verilerine göre beş ve daha yukarı yaşlarda gerçekleşen ölümlerin yaklaşık yarısını içeren kalp hastalıklarından sonra (%43.53) ikinci sırayı izlemektedir. (%21.75) (105).

Kanser gibi yaşamı tehdit eden bir hastalığa yakalanmış olma bireylerde ciddi bir psikolojik zorlanma yaratmaktadır. Çünkü kanser günümüzde hala umutsuzluk, dayanılmaz ağrılar, korku ve ölümlle eş tutulmaktadır. Bu algının yoğunluğu kanserin tanı, tedavi ve terminal dönemlerine doğru artarak birey ve ailenin psikik dengesinde bozulmaya yol açmaktadır. Bu konuyla ilgili yapılan araştırmalar da kanser hastalarının önemli bir bölümünde normal reaksiyonların ötesinde psikiyatrik bozukluk olarak nitelendirilebilecek bulgular olduğunu ortaya koymaktadır (26, 73, 81, 86).

Devrimci (1996) çalışmasında, yatarak tedavi gören kanser hastalarının %30’unda klinik bakımdan önemli kabul edilebilecek düzeyde psikiyatrik bozukluk olduğunu belirtmiştir (27). Maguire (1985) ise aynı bulgulara 126 kanser hastasıyla yaptığı çalışmasında ulaşmış ve psikiyatrik bozukluğun yaygınlığını %29 olarak bulmuştur (73).

Araştırmalar kanserin, bireyin ve ailenin duygusal ve sosyal fonksiyonlarını etkilediğini; bunun da hem hastanın hem de aile üyelerinin fiziksel durumuna etkisi olduğunu belirtmişlerdir. Aynı çalışmalarca bu etkilenmenin kanserin son aşaması olan terminal dönemde daha da arttığı eklenmiştir (13, 17, 27, 70). Massie ve arkadaşları (1995) da kanserin terminal döneminde hastalarda depresyon

yaygınlığını ve buna bağlı olarak da psikosomatik semptomları yüksek bulmuştur. Aynı araştırmada hastanın yakınlarında da benzer bulgulara rastlanmıştır (75).

Terminal dönem kanser hastaları medikal-küratif tedavilerin sonuç vermediği ancak palyatif olarak tedavisi mümkün olan hasta grubudur. Bu hastalığın tedavisinde kullanılan palyatif bakım da medikal-küratif tedavilerle sonuç alınamayan hastaların aldığı bütüncül bir bakımdır. Hastanın semptomlarının rahatsızlığını azaltarak huzur içinde ölmesini sağlamak amacıyla yapılan bakımda hasta yakınlarının da fiziksel, duygusal ve sosyal iyilik halinin sağlanması esastır (9, 57, 86, 92).

Terminal dönemde bulunan kanser hastaları ile yapılan çalışmalarda hastaların anlaşılama, aile üyelerinden yeterli destek alamama ve iletişimde zorluk yaşama ile ilgili duygusal ve sosyal sorunlarının olduğu ortaya çıkmıştır (9). Kanserli hasta ve aileleriyle yapılan bir araştırmada da, kanserin tanı ve tedavi aşamasında hastalar ve yakınlarının karşılanmamış gereksinimlerinin oranı %21-33 arasında değişirken terminal fazda bu oranın %61-79'a çıktığı belirtilmektedir (101). Tüm kanser hastalarının %50 si tedavi edilemediğine göre terminal dönemin hasta ve ailelerinin fiziksel, duygusal ve sosyal sağlıkları açısından ayrı bir önemi bulunmaktadır.

Fiziksel, duygusal ve sosyal olarak kanserden etkilenen hastanın hastalığına uyumunda bir takım psikososyal faktörler mevcuttur. Hastalığın kendisi, tedavi biçimleri, daha önceki hastalığa uyum düzeyi, tıbbi hastalıklara ilişkin deneyim ve düşünceleri, hastanın sosyal destek sistemleri bunlar arasında yer almaktadır (34).

Hastanın en büyük sosyal destek sistemi olan aile de kanserden en az hasta kadar etkilenmektedir. Çünkü aile birarada yaşayan insanlardan oluşan bir grup değil; karmaşık, güçlü ve dinamik bir sistemdir. Sosyal Sistem Teorisine göre, sistemdeki herhangi bir üyenin yaşadığı bir stres sistemin tüm üyelerini etkilediğinden ailenin kanser deneyiminden etkilenmemesi olası değildir (30, 86, 87).

Yayınlanan bazı araştırmalarda ölmekte olan kanser hastalarının gereksinimlerinin ancak aile üyeleri tarafından karşılanabileceği belirtilmiştir (76, 86). Sevdikleri ve yakınları hastanın iyilik halini ve psikolojik rahatını sağlayan yegane kişilerdir. Bu kişiler kendileri de en az hasta kadar etkilenmekle birlikte, kritik zamanlarda hastanın bakımını da sağlayan kişilerdir.

Araştırmalar ailenin kanserden etkilenme düzeyinin roller, iletişim, problem çözme gibi duygusal ve sosyal alanlarda ortaya çıktığını belirtmiştir (13, 21). Atlı (1997), kanserin aile içindeki sorun alanlarını belirlemeye yönelik yaptığı çalışmasında ailede kanser nedeniyle sosyal olarak birçok sorun ortaya çıktığını vurgulamıştır (8). Konu ile ilgili farklı araştırmalarda da aile üyelerinin kaynakların kullanımı, bakıp büyütme, destekleme ve kişisel gelişim sağlama, aile sistemini idare etme gibi konularda üyelerinin gereksinimlerini tam olarak karşılayamadığı ve bu nedenle de ümitsizlik, yalnızlık, kaygı (anksiyete) gibi duygusal sorunlarla karşı karşıya kaldığı belirtilmiştir (1, 30).

Ailenin temeli olan eşlerle yapılan araştırmalarda kanser hastasına bakım veren kişilerin %70'inin eşler, %20'sinin çocuklar ve %10'unun arkadaşlar ve diğer yakınlar olduğu ortaya çıkmıştır (14). AIDS, demans ve kanser hastalarına bakım verenlerle yapılmış olan diğer bir çalışmada da kanser hastalarına bakım verenlerin %80'inin eşler olduğu ortaya çıkmıştır (43).

Eşlerin hastaya duygusal ve somut destek vermede önemli katkıları olduğu literatüre de yansımıştır. Ailenin günlük yaşamının ve rutinlerinin devamını sağlamada odak kişiler olan eşlerin bunlar dışında kendi gereksinimlerini karşılama sorumluluğu da vardır. Kanserle birlikte eşlerin var olan sorumlulukları değişirken bunlara hasta olan eşin bakım sorumluluğu da eklenmektedir. Konu ile ilgili yapılan araştırmalarda bakım verme sırasında eşlerden yarısının meslek hayatları, evde ve çocuk bakımında ve diğer aktivitelerde sorumluluklarını yerine getirmekte sorun yaşadıkları belirtilmiştir (13, 17, 24, 86). Aynı araştırmalarda eşlerin, sözü edilen sorun alanları dışında bakım vermekte olduğu eşinin fiziksel ve duygusal gereksinimlerini karşılamada da sorunları olduğu ortaya çıkmıştır.

Eşlerin duygusal ve sosyal alandaki sorunları kanserin tanı, tedavi ve terminal aşamalarında ayrı ayrı incelenmiş ve her birinde farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bu sorunların şiddeti ve çeşidi hastalığın terminal döneminde diğer dönemlere oranla daha yüksek çıkmıştır (80, 98) .

Yapılan araştırmalarda kanser hastasının eşinin duygusal alanda yaşadığı sorunlardan en sık gözlenenin ümitsizlik, anksiyete ve ölüm korkusu olduğu belirtilmiştir. Bu sorunların kanserin prognozu kötüleştikçe; yani terminal aşamaya geçildiğinde ise şiddeti artarak psikiyatrik bir tanıya dönüşebilmektedir (43, 51). Bu bozuklukların eşlerde görülme oranı ise %20 ile %30 arasında değişmektedir (13).

Duygusal ve sosyal alandaki bu sorunlar kanserin terminal döneminde hastalarda ölümü yakınlştırabilmektedir. Bu sorunlara müdahale hastanın duygusal acılarını azaltırken buna bağlı olarak hastanın yaşam süresini ve kalitesi artırmakta; sevdikleri ile daha fazla ve etkin bir şekilde kalan zamanını geçirmesini sağlamaktadır. Bu müdahaleler yalnız hastanın değil; aynı zamanda hastasına bakım veren eşin ve ailenin yas sürecini daha rahat geçirmesini sağlamaktadır (51).

Terminal dönemdeki kanser hastası ve eşinin gereksinimlerini karşılayabilmek için öncelikle bu gereksinimlerin farkına varmak gerekmektedir. Yapılan araştırmalar sağlık çalışanlarının bu gereksinimleri fark edemediklerini ve dolayısıyla karşılayamadıklarını göstermektedir (27, 90). Özellikle Blanchard ve arkadaşları (1997) kanserli hastaların eşleri ile yaptıkları çalışmalarında eşlerin hastaya bakım verirken ortaya çıkan gereksinim ve sorunlarının karşılanmasında bir takım engellerden bahsetmiştir. Bu engellerden biri de sağlık çalışanlarının bu gereksinim ve sorunların farkında olmamalarıdır (13). Bu konu ile ilgili yapılan diğer bir araştırmada da eşler sağlık çalışanlarının kendilerine verdiği desteği doyurucu bulmadıklarını; komşu ve arkadaşlarından aldıkları desteği daha etkin bulduklarını belirtmişlerdir (29).

Sağlık bakım çalışanları, aile üyeleri arasında iletişimi güçlendirmede önemli rol oynamaktadır. Kanserin terminal döneminde, aile üyeleri -özellikle eşler- hastalığın getirdiği sorunları aşabilmek için daha fazla desteğe gereksinim duymaktadırlar. Öte yandan hasta ve ailesinin duygusal ve sosyal alandaki sorunları ile baş edebilmesi için gerekli desteğin sağlanmasında farklı ve önemli bir konuma sahip olan hemşireler üzerinde yapılan çalışmalarda da hemşirelerin hasta ailelerini kendileri için bir stresör olarak gördükleri ortaya konulmuştur (76, 95).

Smeenk ve arkadaşlarının (1998) yaptıkları çalışmada kanser hasta ve ailesine psikososyal alanda bakım veren hemşirelerin kullandıkları 25 müdahaleden 20'sinin yararlı olduğu ortaya çıkmıştır. Hollanda ve Almanya'da kanser hastalarını ve aile üyelerini desteklemek amacıyla onkoloji kliniklerinde bu çalışma sonuçlarına göre hemşirelik müdahaleleri alanında bakım programları düzenlenmiş ve bu programla hasta ve ona bakım veren gerek eş gerek başkası olsun, bu müdahaleler aracılığıyla desteklenmiştir. Bu program sonrasında yapılan değerlendirmelerde hasta ve bakım verende duygusal ve sosyal sorunların dağılım ve şiddetinde bir düşüş gözlenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre Almanya ve Hollanda hükümeti programa destek vermiştir (101).

Wilkinson (1996), onkoloji alanında hemşirenin rollerinden birinin hasta ve ailesinin hastalığa uyum sağlamasına yardım etme olduğunu vurgulamaktadır (123). Uluslararası Hemşirelik Konseyi de (1994) tüm hemşirelik faaliyetlerinin ana temasını "aile" olarak belirlemiş ve "sağlıklı toplumlar için sağlıklı aileler" sloganıyla tüm hemşireleri bu konuya duyarlı olmaya davet etmiştir (38).

Tedavinin amaç olmadığı terminal dönemde kanser hastalarının bakımında hemşirelik fonksiyonları birincil durumdadır. Bu alanda hemşirelerin müdahalelerini, hasta ve eşlerinin gereksinim ve sorunlarının farkında olarak planlaması gerekmektedir. Hastanın fiziksel, duygusal ve sosyal alanlarına girişimde bulunan hemşirelerin buna ek olarak hastanın eşinin duygusal ve sosyal gereksinimlerini de ele almalarında bütüncül yaklaşım beklenmektedir (9, 34, 38).

Bu alanda yapılmış olan araştırmaların çoğu hasta odaklı olup onlara bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal gereksinimleri ile ilgili araştırmalar ise sınırlıdır. Gereksinimler kanserin her evresinde farklılık gösterdiğinden terminal dönemdeki kanser hastalarına bakım veren eşlerin de gereksinimlerinde de farklılıklar ortaya çıkmaktadır. Kanserın terminal dönemi ile ilgili araştırmalara ise henüz ağırlık verilmeye başlandığından bu dönemle ilgili araştırmalar diğer dönemlere göre daha da sınırlı kalmaktadır .

Araştırmalar kanser bakımında hastanın yakınlarından aldığı desteğin iyilik halinde oldukça etkili olduğunu ortaya koymaktadır (25, 90, 93, 101). Kanser hastaları bu bakımı daha çok eşlerinden almakta olduğundan öncelikle eşlerin duygusal ve sosyal iyilik hallerinin düzenlenmesi gerekmektedir. Bu düzenlemede aktif rolü olan hemşirelerin eşe, hastayı desteklemesi ve hastanın ölümünden sonra yas sürecini daha rahat geçirebilmesi için yeterli kapasiteyi kazandırma sorumluluğu vardır. Bu kapasiteyi kazandırmak için hemşirelerin öncelikle terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşin duygusal ve sosyal gereksinimlerinin farkında olması gerekir. Bu gereksinimler doğrutusunda planlanan hemşirelik müdahaleleri aracılığıyla hastanın eşinde ve kendisinde planlanan hedeflere ulaşılacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal gereksinimlerini saptamak amacıyla yapılmıştır.

KONU İLE İLGİLİ YAYIN VE ÇALIŞMALAR

2.1. Kansere İlişkin Genel Bilgiler

Kanser kontrolsüz büyüme ve anormal hücre yayılım özelliği gösteren hastalıklar grubudur. Hücre DNA'sında meydana gelen değişimler kanserleşmenin çok aşamalı sürecini oluştururlar (32, 71, 99). 100'den fazla çeşidi olan kanser vücut hücrelerinin farklı yönde yapılaşması ve çoğalması sonucunda oluşur. Tümör olarak adlandırılan bu dokular benign ve malign olarak ikiye ayrılırlar. Benign tümörler vücudun diğer bölümlerine yayılmaz, cerrahi operasyonla çıkarılırlar; genelde zararsızdırlar. Malign tümörler ise primer odaklarında büyüyerek vücudun doku ve organlarına zarar vererek işlevlerini bozarlar. Buna metastaz denir ve metastazın tipi kanserin yapısına göre değişir. Bu metastazlar tedavi edilmediği takdirde öldürücü olabilmekte; tedavisinde cerrahi, kemoterapi, radyoterapi ve immünoterapi kullanılmaktadır (78, 114).

Kanserden ölümler bölgesel büyüme, uzak dokulara metastaz ve hastalığın sistemik etkileri ile meydana gelmektedir. Kanserden ölüme ait bilgiler kayıtlardan elde edilen bilgiler olup yetersiz kayıt sistemi nedeniyle bu konu ile ilgili geçerli ve güvenilir bilgi bulunmamaktadır (32, 36).

Geçen 10 yıl içinde kanser alanındaki önemli gelişmelere karşın kansere neden olan faktörler tam olarak belirlenememiş bu konudaki araştırmalar ise hızla sürmektedir. Kanserleşmeyi başlatan faktörler karsinojen olarak tanımlanmakta olup çevresel, genetik, viral olabilmektedir. İyonize ve ultraviyole radyasyon, kimyasal maddeler, beslenme alışkanlıkları, genetik, ilaçlar, hormonlar, alkol ve tütün kullanımı, parazitler, virüsler karsinojen faktörler arasında yer almaktadır. Psikolojik durumda fizyolojik dengeyi etkilediğinden sürekli ve uzun süre stresörlere maruz kalmanın da karsinojen etkisi üzerine yapılmış çalışmalar bulunmaktadır (68, 71).

2. 1. 1. Kanserde Evrelendirme

Kanser hücrelerin büyümesi ile ilişkili olduğundan kanser birdenbire gelişip belli bir aşamada kalmamaktadır. Büyüme hastalığın derecesine göre yavaş veya hızlı gerçekleşip farklı dokuları da etkisi altına alabilmektedir. Bu da uygulanacak olan tedavinin çeşidini, prognozu ve değişik tedavi yaklaşımlarının farklılaşmasını sağlamaktadır. Böyle bir durumda tedaviye geçmeden önce kanserin yayılımını değerlendirmek gerekmektedir. Bu değerlendirme işlemi ise evrelendirme olarak tanımlanmakta ve tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi, uygun tedavinin seçilmesi ve tedavi yöntemlerinin karşılaştırılmasına olanak vermektedir (44, 47, 48, 68).

Kanserin doğal gidişinin evreleri konusunda en yaygın kabul gören evrelendirme; başlama-gelişme-ilerleme evreleridir. İnvazyon ve metastaz olayları ilerlemenin bir bölümü olarak ya da ayrı evreler olarak nitelendirilebilmektedir. İlerleme geri dönüşümsüz bir evre olduğundan kanserin doğal gidişinde ayrı bir evre olarak ele alınmaktadır. Bu evrede kanserli dokuların büyümesi sonucu çevredeki normal dokular harabiyete uğrayarak fonksiyonları bozulur, sakatlığa ve ağrıya neden olur. Karaciğer, akciğer, beyin ve kemik iliği gibi yaşamsal organlara çok sayıda metastaz bu organların fonksiyonlarını bozarak hastanın yaşam süresini hızla kısaltır (32, 36, 44, 68).

Amerikan Kanser Ortak Komisyonu'nun önerdiği TNM sınıflandırması, hastalığın boyutlarını belirlemede en sık kullanılan sınıflama şekli olup aşağıda yer almaktadır (32, 47, 52, 99):

T : Primer tümör

T x: primer tümör değerlendirilememiştir.

T 0: primer tümör bulgusu yok.

T 1-2-3-4: tümörün artan boyutu ve lokal yayılımı.

N: Bölgesel lenf bezleri

N x: değerlendirilememiştir.

N 0: bölgesel lenf nodu tutulumu yok.

N 1-2-3: lenf bezlerinin artan tutulum oranı.

M:Uzak metastaz

M x: metastaz araştırması yapılmamıştır.

M 0: metastaz yoktur.

M 1: uzak metastaz vardır.

Romen rakamlarının kullanıldığı diğer bir sistem ise şöyledir: (32, 45, 82)

Evre I: en düşük aşama

Evre II: orta aşama

Evre III: ileri aşama

Evre IV: en ileri aşama, terminal- palyatif dönem

Literatürde 100'ü aşkın kanser türü belirtilmektedir. her kanser türü için genel olarak bu evrelendirme sistemi kullanılmakta ancak kanser türlerine göre evrelendirmede kısmen farklılıklar gözlenebilmektedir. Hemen hemen her kanser türü için aynı olan evreleme sistemi aşağıda verilmiştir. Bu sistem diğer 2 sistemin birleşmesi ile oluşmuş metastaz ve nodül tutulumlarını ayrı olarak göstermektedir. Bunlar:

Evre I	T I	N 0	M 0
Evre II	T 1-2-3	N 1	M 0
Evre III	T 1-2-3	N 1-2-3	M 0
Evre IV	T 4	N 3	M 1

Bu evrelendirme sisteminde prognoz, evre ilerledikçe kötüleşmekte ve terminal dönem en son evrede (evre IV) başlamış bulunmaktadır. Evre IV'de geriye dönüşsüz olarak hayati organlara metastaz başlamış olup artık aktif tedavi kesilerek palyatif tedavi ve bakıma geçilmektedir (22, 47, 66, 72, 82, 115).

2. 1. 2. Kanser Tedavisi

Tedavinin amacı tam bir iyileşme ya da semptomların azaltılması (palyasyon) olarak tanımlanabilir. Tümörün histolojik yapısına, hastalığın evresine ve metastaz olup olmamasına göre bu amaçlardan birine karar verilir. Kanser tedavisinde 4 çeşit tedavi türü bulunmaktadır (30, 44, 78). Bunlar:

Cerrahi Tedavi: Cerrahi girişim, kanser tedavisinin en eski yöntemlerinden olup kanserin lokalize olduğu hastalarda iyileştirici olabilir. Ancak tanı konulduğunda hastaların %70'inde mikrometastaz belirtileri gözlemlendiğinden daha iyi sonuca ulaşmak için cerrahi tedavinin diğer tedavi yöntemleri ile birlikte kullanılması gerekmektedir. Tanı ve evrelendirme, tedavi edici ve palyatif amaçlı yapılmaktadır (28, 32, 44).

Radyoterapi: Kanser tedavisinde kullanılan temel yöntemlerden biridir. Kanserli hastaların %60'ı hastalığın bir aşamasında radyoterapi ile karşılaşmaktadır. Radyoterapi koruyucu, tedavi edici ve palyatif amaçlı olarak 3 şekilde verilirken; amacı kanserli hücrelerin yayılımını durdurarak kanser semptomlarını geriletmektir (44, 58).

Kemoterapi: Malign tümörlerin tedavisinde kanser hücrelerinin yok edilmesi için kemoterapi ya da kimyasal maddelerin kullanımı temel yöntemdir. Bu ilaçlar hastalığın bulgularını hafifletmekten iyileştirmeye doğru bir gidiş gösterir. Cerrahi ve radyoterapi hastalığın lokalize olduğu durumlarda etkili olurken kemoterapinin en büyük avantajı metastaz ya da hastalığın yaygın olduğu durumlarda kullanılmasıdır. Kullanılan ilaçlar doğal ürünler, fermantasyon ürünlerinden veya hayvanlardan elde edilen ürünler olup bugün Amerikada 50 tür kemoterapi ilacı bulunmaktadır. Kemoterapide diğer tedavi türleri gibi koruyucu, tedavi edici ve palyatif amaçlı kullanılmaktadır (32, 82, 91).

Hormon Tedavisi: Bazı tümörlerin büyümesi kısmen de olsa hormonlara bağlı olduğundan endokrin sistemle ilgili kanserlerin tedavisinde hastanın hormonal düzeyinde değişiklik yapılabilir. Bu tedavinin amacı hücre bölünmesini engellemektedir;

iyileştirici değil durdurucu özellikleri vardır. En sık olarak kanserin yerleştiği metastaz yaptığı yerlerde kullanılır. (58, 82, 91)

2. 1. 3. Kanserde Psikososyal Boyut

Kanser bu yüzyılın ikinci yarısından sonraki dönemde damgasını vurmuş, morbidite ve mortalite oranlarının yüksekliğinden ziyade halk arasında çağrıştırdığı anlamlarla zihnimize yer edinmiş bir hastalıktır. Ölüme neden olan hastalıklar arasında ilk sırada yer alan kanser, AIDS'in artan oranda ilgi odağı olmasına rağmen hala halk arasında en fazla korku yaratan hastalıktır. İnsan ölümlü bir varlık olduğunun bilincinde olmasına rağmen kansere bağlı ölümler daha sıradışı olarak algılanmakta ve bundan aşırı derecede korkulmaktadır. Sonuçta kanser tüm dünya için neredeyse toplumsal fobiye neden olmaktadır. Kanser gibi yaşamı tehdit eden bir hastalığa yakalanmış olmanın insanlarda ciddi bir psikolojik zorlanma yaratması beklendik bir sonuçtur; çünkü kanser günümüzde hala umutsuzluk dolu, ağrı ve ölümlle eş tutulan bir hastalık olarak algılanmaktadır (42, 108, 113).

Kanser tanısı insanlarda genellikle negatif duygular uyandırmakta kaos ve kaygıyı çağrıştırmaktadır. Hers'in belirttiğine göre (1991) Anuk, kanserin psikolojik boyutlarının toplumun hastalığa yüklediği anlamlarla büyük ilişkisi olduğunu bildirmiştir (7). Yani kanser tanısı alan bir birey bir yandan hastalıkla bir yandan toplumun bu sözcüğe yüklediği anlamla yüzleşmek zorunda kalabilmektedir.

Özkan'ın (1993) belirttiğine göre kanseri ciddi ve kronik bir hastalık olmasının ötesinde ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran suçluluk, terk edilme, kaos ve panik uyandıran bir hastalık olarak algılanmaktadır. Karamsarlık ve ümitsizlik duygusunun yaygınlığı kanserin bir yıkım gibi algılanmasına ve kişinin psikososyal dengesinin bozulmasına neden olmaktadır (87). Kızılcı'nın (1996) belirttiğine Bailey ve Clark, kanser tanısı alanların hastada sıklıkla bir kriz başlattığını ve kansere duygusal yanıtın genellikle ölümü algılamak olduğunu bildirmiştir (67).

Daha hastalanmadan önce büyük endişeler uyandıran kanser hastalığına yakalandıktan sonra ruhsal denge daha da bozulmakta, en az kanserin kendisi kadar yaşam kalitesini etkileyen farklı psikososyal sorun alanları da ortaya çıkmaktadır. Bu hastalık ile insanlarda yalnızlık, bağımlılık, beden fonksiyonları ve imajında değişimler yaşanırken aynı zamanda çevrelerinin onları terk edeceği ve bedensel kayıpları olacağı korkusu da yoğun olarak yaşanmaktadır. Böylece kanserin gelişimi bireyin biyolojik ve kişisel varlığını , kimliğini ve güvenlik hissini tehdit eden bir kriz oluşturur. Kanser hastanın gelecekteki yaşamını tehdit ettiği gibi çevresiyle kurduğu uyumlu ilişkilerini de etkileyerek psikolojik, toplumsal ve mesleki hayatında olumsuz değişimlere neden olabilir (33, 42, 48, 50, 114).

Araştırmalar kanser tanısı almanın bireyde çoğu zaman kriz reaksiyonuna yol açtığını; bireylerin şok, tepki, direnme ve uyum aşamalarını yaşadktan sonra hastalığa uyumlarının gerçekleştiğini belirtmektedirler (7, 108). Farklı araştırmalarda da bireyin kansere uyumunun inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme aşamalarından sonra gerçekleştiği belirtilmektedir (67, 114, 116).

Gerek hastalığa bağlı ortaya çıkan fonksiyon kayıpları ve ağrı gibi semptomlar, gerekse toplumda kansere karşı olan ön yargılar hastanın uyumunu güçleştirmekte; bir takım psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkmasına katkıda bulunmaktadır. Konu ile ilgili yapılan bir çalışmada kanser hastalarının %47'sinde teşhis edilebilir bir psikiyatrik bozukluk saptanmıştır (8). 226 kanser hastası ile yapılan farklı bir çalışmada da hastalarda %51.6 oranında psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. Bu bozuklukların %42'sini de depresyon oluşturmaktadır (99).

Bireyin kanser tanısı ile baş etmesini sağlayan bir çok faktör vardır. Hastalığın yeri, evresi, prognozu gibi tıbbi faktörler; baş etme örüntüleri , geleceğe ilişkin planları gibi psikolojik faktörler ile demografik özellikler, duygusal ve sosyal destek yapısı gibi bireysel ve sosyal faktörler bunların arasında yer almaktadır. Bu faktörler kansere

verilen duygusal ve sosyal yanıtların şiddetini, derecesini ve kişinin hastalığa uyumunu etkileyebilmektedir. Eğer bu alanlarda yetersizlikler var ise kişide duygusal ve sosyal sorun alanları oluşmaktadır (7, 27, 99, 113).

Gelişmeler diğer bir çok hastalık da olduğu gibi kanser ve tedavisinde önemli ölçüde ilerlemelere neden olmuştur. Bunun doğal sonucu olarak da kanser tanısı ve ölüm arasındaki süre giderek uzamıştır. Bu sürenin uzaması ile bakım verme gündeme gelmiş ve böylece de salt hasta değil ailesi de işe karışmıştır. Araştırmalar eğer bir hastaya kanser tanısı konulmuş ise ailesinin de hasta gibi pek çok değişimle karşı karşıya kalacağını belirtmektedir (46, 75, 108, 116). Bu durumda kanser yalnızca hastayı değil tüm aile sistemini etkileyip dengesini bozabilmektedir. Hatta hasta ile birlikte yaşamayan yakınların bile gerginlik ve stresleri artabilmektedir. Hasta ve aile üyelerinde hastalık sürecinin her aşamasında farklı duygusal ve sosyal sorun alanları ve gereksinimleri ortaya çıkabilmektedir

Hastalığın başlangıç dönemlerinde hasta ve ailesi tanıya yönelik çeşitli duygusal süreçlerden geçerler. Ardından hastalığın tedavisi başlar. Bu aşamada hastalığın prognozu ve tedavinin yan etkileri ile ilgili sorunlar yaşanmakta, ayrıca ekonomik zorlanmalar, zaman ve enerji kaybı gibi sosyal faktörler de eklenmektedir. Terminal aşamada da bakım gündeme gelmekte ve aileler kendi gereksinimlerini göz ardı ederek hastaya bakma eyleminde bulunmaktadır. Bu da daha önceden var olan duygusal ve sosyal sorunları artırmaktadır. Araştırmalar hastalığın seyri ve alınan tedavinin amacının gerek hasta gerekse aile açısından ruhsal duruma etkileri üzerinde durmaktadır. Çalışmalar yüksek doz kemoterapi, radyoterapi ya da palyatif amaçlı tedavi alan hasta ve yakınlarında psikiyatrik morbiditenin daha yüksek çıktığını belirtmiştir (27, 75, 87). Bu durumda bütüncül yaklaşım dikkate alınarak sağlık çalışanlarından tedavi ve bakıma aile üyelerini de katmaları beklenmektedir.

2. 2. Kanserde Terminal Dönem

Kanser tedavisinde son yıllarda görülen umut verici gelişmelere rağmen her yıl 4 milyon kişi kansere bağlı olarak yaşamını yitirmektedir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde de önemli bir ölüm nedeni olan kanser hastalarının bugün hala %50'si tedavi edilememektedir. Medikal tedavilerin cevap vermediği terminal aşamada hastaların yaşamlarının son günlerini şiddetli ağrı ve acılar içinde geçirdikleri bilinen bir gerçektir (101, 102, 105).

2. 2. 1 Terminal Dönemde Bulunan Kanser Hastası

Terminal dönem hastası bazı özelliklere sahiptir. Bunlar (35, 36, 87, 115, 124, 125):

- Kanser son aşamasındadır,
- Yiyecek ve içeceklerle karşı isteksizdir,
- İlaçları yutmakta ve diğer tedavileri almakta güçlük çeker,
- Çoğu zaman halsiz ve güçsüzdür,
- Genellikle yatağa bağımlıdır,
- Kısa aralıklarla da olsa yer ve zaman oryantasyonu bozulabilmektedir,
- Ağrı, bulantı-kusma, anoreksiya, solunum ve idrar yolları gibi sistemlerde rahatsızlık verici semptomlar bulunmaktadır.

Hastalar bu dönemde yalnızca yaşamı tehdit edici hastalık ve semptomları ile değil, bunu izleyen bir çok psikososyal zorlanma ile karşılaşmakta ve acı çekmektedirler. Acı çekme psikolojik ve sosyal boyutları olan bir süreç olup fiziksel, spiritual (tinsel, manevi), psikolojik ve sosyal nedenlerle bağlantılı olabilir. Bu problemler hastalığın terminal dönemde bireysel rahatsızlığa neden olarak ölümü yakınlaştırmaktadır. Bu kritik noktaya müdahale en az hasta kadar kanserden etkilenen ailenin de yas sürecini daha rahat geçirmesini sağlamaktadır (4, 115, 118).

Kanserin terminal döneminde psikolojik sorunların prevalansı genel kanser popülasyonuna göre daha yüksektir. Breitbart ve arkadaşlarının (1999) belirttiğine göre terminal dönem kanser hastasında yaşanan psikolojik zorlanma %61-79 arasında değişirken genel kanser popülasyonun da bu oran % 18-34 arasında değişmektedir (16). Terminal dönemdeki bu zorlanmalar fiziksel durum ve yeterlik, duygusal iyilik hali, sosyal ilişkiler, hastalık uyumu ve rollerle ilişkili bulunmuştur. Organik mental durumlar, depresyon, intihar, anksiyete gibi psikiyatrik semptomlar terminal dönem kanserlerinde en sık rastlanan psikiyatrik sorunlar olup hasta kadar aileyi de etkisi altına almaktadır.

Twycross ve Lichter'in (1999) belirttiğine göre, terminal dönemde bulunan kanser hastalarının diğer dönemlerde bulunan kanser hastalarına göre daha fazla depresif semptomları bulunmaktadır (115). Bu şaşırtıcı olmayıp yalnızlık, ümitsizlik, bu dönemde baskın olduğundan hastanın yaşam kalitesi düşmekte; düşen yaşam kalitesi de depresyonu beraberinde getirmektedir. Vachon (1999) da çalışmasında tüm kanser hastalarında psikiyatrik semptomların %25 oranında görüldüğünü ve bu oranın da terminal dönemde %77'ye kadar çıktığını belirtmiştir (118). Aynı çalışmada hastaya rahatsızlık veren semptomlardan biri olan ağrının psikiyatrik tanı alan kanser hastalarının %39'unda, almayanların ise %19'unda olduğu saptanmıştır. Bu bulgulara göre fiziksel yakınmalarla psikiyatrik semptom arasında ilişki olduğu düşünülmektedir.

Araştırmacılar kanser hastasının psikososyal iyilik halinin sosyal destek sistemlerine bağlı olduğunu savunmaktadır (56, 60, 93). Kanserin tanı ve terminal döneminde ise hastaların sosyal destek gereksinimleri artmakta ve bu gereksinimler yakınları ve sağlık personeli tarafından karşılanmaktadır. Literatürde sıklıkla bireye yardımın destek ağları olan eşler, aile ve arkadaşlar, sağlık çalışanları ve sosyal destek grupları ile sağlandığı belirtilmiştir. (4, 115, 118). Parker ve Bellis'in (1999) belirttiğine göre hastaların sosyal destek kaynaklarını aile üyeleri, arkadaşları, akrabaları ve komşuları oluşturmaktadır (89).

Ferrell'in (1999) çalışmasında ölmek üzere olan hastanın gereksinimlerinin ancak ailesi tarafından karşılanacağını belirtmektedir (40). Aynı çalışmada evde ölen hastaların ailelerinden aldıkları sosyal desteği %72 oranında memnun edici olarak algıladıkları ortaya konmuştur. Hospislerde bu oran % 56 ya düşerken, hastanelerde %23 olarak bulunmuştur. Primomo da (1997) çalışmasında terminal dönemde bulunan kanser hastalarının en fazla ailelerini destek olarak algıladıklarını ancak bu desteği yeterli bulmadıklarını belirtmiştir (92).

Yukarıda belirtilmiş olan araştırma sonuçları ailelerin hastanın psikososyal iyilik halinde önemli yer tuttuğunu göstermektedir .O halde bütüncül sağlık felsefesine göre aile ve diğer yakınları da bakıma katmak terminal dönemde palyatif bakımın temel öğelerinden birini oluşturmaktadır.

2. 2. 2. Palyatif Tedavi ve Bakım

Yukarıda da belirtildiği gibi terminal dönemde yalnızca fiziksel değil psikososyal alanda da sorun alanları bulunmaktadır. Böyle bir dönem amaçların yeniden belirlenip hali hazırda devam eden tedavinin kesilmesi gerektiği bir dönemdir. Bu dönemdeki tedavi amaçlarından biri hastaya rahatsızlık veren semptomları kontrol altına alarak rahatsızlığını azaltmak ve hastanın huzur içinde ölmesini sağlamaktır. Bu amacı karşılayan palyatif bakım, günleri sayılı olan bu hasta ve aile üyelerinin yaşamını nitelik yönünden geliştirmeye çalışır (16, 22, 83).

Palyatif sözcüğü Latince de örtü ya da perde anlamına gelen “pallium” dan türetilmiş olup kesin tedavi ve ya uzun süreli kontrolün imkansızlığının kabul edildiği dönemde devreye girer. Dünya Sağlık Örgütü kanserde palyatif bakımın yaygınlaşması için 1987 yılında başlayan bir hazırlık sonucu 1989 yılında kanserde palyatif bakım kampanyasını başlatmıştır. Bu kampanya başlangıcından beri ülkemizde Algolesi Derneği tarafından yürütülmektedir (35, 36, 56, 60, 89, 93, 115).

Dünya Sağlık Örgütü (1987) palyatif bakım, hasta küratif tedavilere cevap vermediği zaman, hastanın aldığı aktif total bakım olarak tanımlamaktadır. Bu bakım ağrı ve diğer rahatsızlık verici semptomların kontrolü ile psikolojik, sosyal ve spiritual sorunların ele alınmasını sağlamaktadır. Amacı hasta ve ailesinin yaşam kalitesini mümkün olduğunca en iyi seviyeye getirmek olan palyatif bakım:

- Yaşamı ve ölümü normal bir süreç olarak tanımlar.
- Ölümü ne erteler ne de hızlandırır.
- Ağrı ve diğer rahatsızlık verici semptomları azaltmayı veya ortadan kaldırmayı hedefler
- Hasta bakımına psikolojik ve spiritual alanları da entegre eder.
- Hastayı ölümüne kadar mümkün olan en fazla aktiviteyi yapması için destekler
- Hastalık boyunca aileyi durumla baş etmesi ve yas sürecini rahat geçirmesi için destekler (47, 48, 60, 107, 127).

Temelini hospis (terminal dönemdeki hastalar için bakımevi) hareketlerinden alan palyatif bakım İngiltere’de 1960’lı yıllarda ilk hospisin kurulması ile gündeme gelmiştir. Hospisler yaşamlarının sonuna hızla yaklaşmakta olan bireylerin ve yakınlarının palyatif bakım aldığı yerler olup bugün İngiltere’de 100’ü aşkın hospis bulunmaktadır. Hastanın ve yakınlarının psikososyal gereksinimlerinin daha ağırlık verildiği bu özel bakımevlerinde multidisipliner ekip anlayışı ile hasta ve ailesine bakım verilmektedir. Böylece hasta yaşamının son günlerini ağrı ve acıdan uzak, huzur içinde tamamlayabilmekte; aile de hastanın kaybindan sonra bu girişimler aracılığı ile yas sürecini daha rahat geçirebilmektedir. Palyatif bakımda hemşireliğin diğer ekip üyelerinden ayrı bir konumu olup palyatif bakımın özünü oluşturmaktadır (56, 77, 93).

Palyatif bakım hastanın rahat ve huzur içinde ölüm sürecini yaşamasını amaç edindiğinden hastaya rahatsızlık veren fiziksel, duygusal ve sosyal semptomların giderilmesine çalışmaktadır. Bu semptomların hastaya verdiği rahatsızlığı hafifletebilmek için iyi bir organizasyon gereklidir. Bu hastalarda mümkün olan en fazla

rahatlama ve iyileşmeyi sağlayabilmek için tedavi stratejilerinin önceden saptanması gerekmektedir. Multidisipliner ekip anlayışı ile hasta ve ailesinin yaşam kalitesinin yükseltilmesi için hekim, hemşire, psikolog, psikiyatrist, sosyal çalışmacı, gönüllüler, din görevlileri hasta ve ailesine "bütüncül tedavi ve bakım" felsefesini göz önünde tutarak bakım vermektedir (56, 107, 122).

Ekip çalışmasının hakim olduğu palyatif bakımda bakımdan sorumlu olan hemşirelerin temel rolleri bulunmaktadır. Bunlar bilgi sağlama-eğitim-danışmanlık-bakım verme rolleri olup hasta ve ailesinin iyilik durumunda doğrudan etkili olan işlevleridir. Hemşireler bu rollerini evde bakım, danışmanlık servisleri, hastane ya da hospis benzeri kurumlarda gerçekleştirebilmektedirler (77, 122).

2. 3. Terminal Dönem Kanser Hastasına Sahip Eş

2. 3. 1. Aile ve Evlilik Kavramı

Aile kan, evlenme ve ya evlat edinme yoluyla birbirlerine bağlı, aynı evde yaşayan, aynı geliri paylaşan, çeşitli roller çerçevesinde birbirlerine etki yapan insanlardan meydana gelmiş topluluk olarak tanımlanmaktadır (47, 48, 88, 98, 112).

Açık bir sistem olan aile alt sistemlerden oluşmakta ve bu alt sistemler de bir araya gelerek aileyi oluşturmaktadır. Tufan'ın (1983) belirttiğine göre Minuchin, ailenin ebeveyn, evlilik, kardeş ve aile dışı alt sistemlerden oluştuğunu bildirmiştir (111).

Aile bu alt sistemlerin bir araya gelmesinden oluşmakta ve bu alt sistemlerdeki herhangi bir değişiklik tüm aile sistemini etkilemektedir. Alt sistemler sınırlarla ayrılmış olup sisteme katılımın nasıl olacağını belirleyen kuralları içerir. Bu kurallar alt sistemlere bir zarar gelmeden diğer alt sistemlerin katılımına izin vererek sistemler arası iletişim ve etkileşimi sağlar. Hastalık, ölüm gibi bir takım yaşam olayları ailenin bu alt

sistemlerinde değişimler meydana getirebilmekte; ailenin temel taşlarından olan bağlılık ve uyumun sarsılmasına neden olabilmektedir (67, 112).

Kanser de tanı, teşhis ve tedavi sürecinin uzun olması ve toplumda ölümcül bir hastalık olarak algılanmasından dolayı ailenin uyumunu bozabilmekte ve kriz reaksiyonuna yol açabilmektedir. Kanser yaşantısında hastanın olduğu kadar ailenin de fiziksel, duygusal ve sosyal alanlarında bozulmalar oluşabilmektedir. Ailelerin tedavi ve bakıma katılmasıyla bu durum daha da ağırlaşabilmektedir. (8, 51, 111)

Gürel'in (1996) belirttiğine göre evlilik de aile sisteminin bir alt sistemi olup aileyi oluşturan temel unsurdur. Bu alt sistem oluştuktan sonra kardeş, ebeveyn gibi diğer alt sistemler evlilik alt sisteminin üzerine şekillenmektedir (54). Anuk'un (1997) belirttiğine göre evlilikte temel nokta kadın ve erkeğin bağımsız, eşit ve özgür koşullarda birbirlerine bağlanmaları, bulundukları sosyal durum ve rollerine göre iletişim ve etkileşimde bulunmalarıdır (7).

Bu konu ile ilgili yapılan çalışmalarda aile olarak sistemin devamı için eşlerin uyumu ve fonksiyonunun önemli olduğu vurgulanmıştır. Eşlerden biri herhangi bir durum nedeni ile fonksiyonları kesintiye uğradığında veya bozulduğunda diğer eş aile sisteminin devamını sağlama sorumluluğu ve yetisini taşımaktadır. Özellikle hastalık ve ölüm gibi durumlar buna örnek teşkil etmektedir. Aksi takdirde aile sisteminin iyilik hali bozulmaktadır (97, 98, 112).

Hastalık durumlarında hastaya en kaliteli desteğin informal destek kaynağı olan eşlerden geldiği yapılan araştırmalarca ortaya konmuştur (21, 98, 112). Anderson ve arkadaşları (1996) hastalık sürecinde eşlerin durumunu inceleyen araştırmalarında evlenmemiş olan bireylerin hastalık süresince daha stresli olduklarını ortaya koymuştur (6). Blomm (1996) konu ile ilgili bir çalışmada ise sıkıntılı ve anlaşmazlıkları fazla olan evliliklerde bireylerin hissettiği duygusal sorunların evli olmayanlara oranla 25 kat daha fazla olduğunu belirtmiştir (14). Germino ve arkadaşları da (1996) Anderson'un

çalışmasındaki benzer sonuçlara ulaşmış ve duygusal sorunların şiddetinin evli olmayanlarda normal popülasyondan 3 kat daha fazla olduğunu belirtmişlerdir (47). Bu çalışmalara göre, sosyal ve duygusal destek kaynağı olarak önemli bir yer teşkil eden evlilik kurumunun bireylerin iyilik halini artırdığı ancak kurum içindeki memnuniyetsizliğin de var olan sorunların şiddetlendirdiği söylenebilmektedir.

Gürel'in (1996) belirttiğine göre Holmes ve Rahe tarafından geliştirilen Sosyal Uyum Ölçeği'nde, bireyin yaşamında ilk sırada etkili olan olayın eşin ölümü olduğunu bildirmiştir (54). Bu durum aile sistemi içinde eşlerin öneminin büyük olduğunu; hastalık, ölüm, sakatlık gibi bireyin iyilik halini etkileyen yaşam olaylarında evlilik sistemi ve bu sistemi oluşturan eşlerin birbirlerini karşılıklı olarak etkilediğini göstermektedir.

2. 3. 2. Terminal Dönemin Eş Etkisi

Kanserli hastaya bakım verme formal ve informal kaynaklar aracılığıyla gerçekleşmektedir. Formal bakım sisteminde konu ile ilgili uzmanlaşmış sağlık profesyonellerinin hastaya verdiği bakımdan bahsedilmektedir. Informal bakım da ise profesyoneller dışında hasta yakınlarının verdiği bakım anlaşılmaktadır. Informal bakım sistemi içinde bulunan aile de hastaya yardım etme ve bakım vermede önemli bir rol oynamaktadır.

Yapılan çalışmalar informal destek kaynaklarının formal kaynaklardan daha etkin olduğunu ortaya koymaktadır (42, 47, 48, 98). Bu desteğin kanser gibi yaşamı tehdit eden hastalık durumlarında bireyin duygusal sorunlarını azaltmada olumlu etkileri vardır ki bu da hastanın fiziksel sağlığını iyileştirmektedir. Hasta uygun şekilde desteklenmediği takdirde ise fiziksel semptomlar ağırlaşmakta ve bu duruma psikiyatrik semptomlar da eşlik etmektedir.

De Nour ve arkadaşları (1996) araştırmalarında kanserli hastaların destek kaynaklarını eşler, ebeveynler, arkadaşlar, komşular ve çocuklar olarak belirlemişlerdir (24). Ferrell (1999) de çalışmasında hastanın yanında bulunan ve bakım veren bireylerin %70'ini eşlerin, %20'sini çocukların ve %10'unu diğer yakınların oluşturduğunu belirtmektedir (40). Konu ile ilgili yapılmış farklı çalışmalarda da kanser gibi yaşamı tehdit eden bir hastalık suresince eşlerden alınan desteğin oneminin buyek olduğu ve zor durumlarında birbirlerine destek olan eşlerin hastalık suresince de duygusal ve sosyal alanlarda birbirlerini destekledikleri belirtilmiştir (16, 66, 94, 115).

Yapılan araştırmalar kanserin her doneminde eşlerin hastalarını desteklemede farklı ve eşitleri rolleri bulunduğunu belirtmektedir. Bu destek sırasında eşlerin fiziksel, duygusal ve sosyal iyilik hallerinde de bozulmalar olduğu ve bu bozulmaların en fazla yaşandığı donemin ise hastanın fonksiyonel ve bilişsel yetilerinin giderek bozulduğu kanserin son aşaması olan terminal donem olduğu belirtilmektedir (10, 15, 20, 49, 94).

Haddad ve arkadaşları (1996) eşlerin, hastaların gereksinimlerini karşılamak amacıyla terminal donemde 24 saat hasta bakımı ile uğraştıklarını ve bunun sonucunda da kendi duygusal ve sosyal gereksinim ve sorunlarının hızla arttığını belirlemişlerdir (55). Literatürde, eşlerin bu donemde yalnızca hasta bakımı değil ailenin günlük yaşamını devam ettirme, diğer aile üyelerinin ve kendisinin gereksinimlerini karşılama gibi sorumlulukları olduğu da belirtilmektedir. Tüm bunları karşılayabilmek için eş zamanın ve enerjisinin tümünü kullandığından bakım suresi uzadıķa tükenmişlik oranları da artmaktadır. Yalnızlık, korku, ümitsizlik, depresyon, belirsizlik eşlerin bu donemde duygusal alanda yaşadığı sorunlar olup sosyal alanlarda da ocuk bakımı, ev ile ilgili günlük işler, mesleki ve ekonomik konularda sorunlar yaşamaktadırlar (6, 24, 84, 97). Lunney de (2000) alışmasında terminal donem kanser hastasına bakım veren eşlerin hastanın gereksinimlerini karşılayamamaya, hastanın ölüm anı karşısında ne yapacaklarını bilememelerine ve eşin ölümünden sonra yaşamlarının nasıl olacağına ilişkin duygusal ve sosyal alanlarda kaygılarının olduğunu belirtmiştir (72).

Anderson ve arkadaşlarının (1996) belirttiğine göre Lewis, terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunlarını şu şekilde bildirmiştir (6):

- Hastayı kaybetme korkusu
- Cinsel yaşamı kaybetme korkusu
- Emosyonel sıkıntı
- İletişim sorunları
- Var olan rollerin değişimi ve yeni rollerin eklenmesi
- Acı ve keder
- Eğlence faaliyetlerinde azalma
- Sağlık profesyonellerinden alınan bilgi ve destek azlığı
- Hastanın değişen durumu ile ilgili endişe
- Ekonomik sorunlar

Kellner ve arkadaşları (1996) terminal dönemdeki hastaya bakım veren eşin gereksinimlerinin giderek artarken karşılanma oranında düşme olduğunu ve bunu da hem bakım kalitesinde hem de eşin iyilik halinde bozulmalara neden olduğunu belirtmişlerdir (66). Ostwald (2000) da araştırmasında terminal dönemdeki hastasına bakım veren eşlerde %25-30 oranında duygu durum bozukluğu tespit etmiştir (84). Tolle ve arkadaşlarının (2000) belirttiğine göre Alman Araştırma ve Teknoloji Bakanlığı, Almanya'daki onkoloji kliniklerinde hastalarına bakım veren eşlerden %67'sinde duygu durum bozukluğu saptandığını bildirmiştir. Aynı çalışmada tanıdan itibaren bu bozuklukların giderek arttığı ve yaklaşık 3 yıl kadar sonra psikiyatrik semptomlara dönüştüğü bildirilmiştir (110).

2. 4. Terminal Dönemde Palyatif Bakım ve Hemşirelik

Hemşirelerin çoğu kanserli hastalarla mesleki yaşamlarının bir aşamasında karşılaşır. Kanser tedavisi ve bakımının her düzeyinde yer alan hemşireler ister kanser bakımında özelleşmiş olsun ister kanserli bir hastaya onkoloji dışı bir serviste

bakım veriyor olsun bu alana önemli katkıları vardır. Hemşireler diğer sağlık çalışanlarına göre hasta ve yakınlarına daha yakın olduklarından ya da onlarla daha sık ve sürekli iletişim kurduklarından hasta bakımında önemli ve eşsiz bir konuma sahiptirler (30, 31).

2.4.1. Hemşirelik ve Kanser

Kanser tanısı hemşireleri belki diğer hastalıklardan daha fazla ilgilendirmektedir. Bu tanı ile birlikte vücudun tüm sistemleri güçlü bir biçimde etkilenmekte kanserin ve tedavisinin neden olduğu semptomlar hasta ve yakınlarının yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir. Hastalığın tanı, tedavi, terminal döneminde kanserin evre ya da bölgesini dikkate almaksızın hasta ve yakınlarına bakım veren hemşireler, bu alanda diğer sağlık çalışanları ile birlikte hastanın iyilik halini ve yaşam kalitesini yükseltmeye çalışmaktadır (39, 41, 42, 72, 80, 100).

Hastanın ailesinin hastaya fiziksel, duygusal ve sosyal olarak destek sağlamada önemli katkıları bulunmaktadır. Literatürde sıklıkla bireye yardımcı olan destek ağlarının aile üyeleri, arkadaşlar ve sağlık çalışanlarının olduğunu vurgulanmaktadır (6, 55, 97, 119). Kanseri hastalarda da hemşirelik müdahaleleri bu destek ağlarının etkileşimini ve fonksiyonlarını artırmada önemli bir role sahiptir. Bu müdahaleler hastanın ve ailenin destek kaynaklarını harekete geçirerek hastalık sürecine uyumu kolaylaştırmaktadır.

Ostwald (2000) aile üyelerinin hastaya bakım verirken, yeni yaşam durumlarına uyum yapma, hastayı destekleme ve ailenin rutinlerinin devamını sağlama gibi rol ve sorumlulukları olduğunu belirtmektedir (84). Kanserin her döneminde üyelerin daha fazla duygusal, sosyal ve somut desteğe gereksinimi olmaktadır. Konu ile ilgili yapılan araştırmalarda ise hastalar tarafından en fazla doyum verici olarak algılanan aile desteğini sağlamada yakınların sorunları olduğu belirtilmiştir (10, 64, 65). Sağlık

Çalışanları arasında farklı bir konumu olan hemşireler de bu sorunları azaltmada ve aile üyelerini desteklemede önemli müdahalelerde bulunabilmektedir.

Yapılan alışmalar hasta ve ailesine etkili bir şekilde destek olabilmek için hemşirelik müdahalelerinin fiziksel, duygusal ve sosyal alandaki gereksinim ve sorunları karşılayacak biçimde düzenlenmesi gerektiğini belirtmiştir (20, 23, 121, 126). Hemşirelerin hasta ve yakınları ile kurdukları ilişkide kanserle yaşamın onlara getirdiğı günlük streslere yardımcı olabilmek için ellerinde bir çok olanak vardır. Fiziksel bakımı sağlamak için yardım ve bilgi verme, emosyonel destek, finansal ve günlük işlerde yardımcı olma bazı hemşirelik müdahalelerinden olup bireylerin kendi destek sistemlerini harekete geçirmesini kolaylaştırmaktadır.

2. 4. 2. Terminal Dönem ve Hemşirelik

Normal hayat içinde bireye ölümü hatırlatacak pek çok şey vardır. Bu bağlamda insanlarda ölüm düşüncesini ortaya çıkaran en güçlü faktör kanser , AIDS gibi kronik ve ölümcül hastalıklardır. Toplumun kansere verdiğı anlam ölümle eş tutulmakta bu da kanser hastasında ve ailesinde spiritual alanla ilgili bir çok kaygının oluşmasını sağlamaktadır. Özellikle bu kaygılar ölüme oldukça yakınlaşılmış olan terminal dönemde hasta ve ailesi için ana sorun haline gelmektedir. Diğerk sorunlar da bu kaygının üstüne şekillenmektedir.

Bazı yazarlarca spiritüallik (tinsellik) güven, umut, dürüstlük, sevgi ve yaşam anlamı ile eş tutulmakta ve yaşamın anlamını oluşturduğı savunulmaktadır. Bu alandaki kayıp ve yetersizlikler de kişinin ruhsal durumunu etkilemektedir (3, 23, 45, 56, 63, 109). Konu ile ilgili yapılmış olan diğerk çalışmalarda da spiritual sorunların ölümü bilinçli ve derinden düşünme ile oluştuğı belirtilmiştir (77, 83, 93, 127). Bunun üzerine şekillenen ölüm kaygısı da ölümle ilgili bazı görünümlerin önceden sezilmesi ve düşünülmesi ile oluşan sübjektif bir kaygı ve hoşnutsuzluk duygularını içermektedir.

Yazarlara göre bu kaygılar bedenın çürümesi, belirsizlik, ölümden sonra bedenine ve önem verdiği kimselere ne olacağına ilişkin olabilmektedir (22, 115).

Toplum yapısındaki ve sağlık bakım sistemindeki değişimler insanların ölüm biçimlerini değiştirmiştir. Bu değişim aracılığı ile bugün ölümlerin büyük çoğunluğu sağlık kurumlarında olmakta ve semptomlara müdahale sayesinde ölüm süreci daha uzun zaman almaktadır. Bu da hastaya bakımı gündeme getirmekte formal ve informal bakım vericiler için ayrı bir müdahale alanı oluşturmaktadır.

Kanserin son aşaması olan terminal dönemde de hastanın iyileşme olasılığı ortadan kalkmış ölüm sürecine girilmiştir. Bu dönemde hasta ve ailesinin fiziksel ve psikososyal gereksinimlerini karşılamayı amaç edinen palyatif bakımda ölümü ele alma temel ilkelerden biridir (23, 45, 56). Tedaviden öte semptomların verdiği rahatsızlığı azaltmaya çalışan palyatif bakımda hastanın huzur içinde ölüm sürecini yaşaması sağlanmaktadır. Jodrell'e (1999) göre ölüm süreci tıbbi değil bir hemşirelik tanısı olduğundan ve tanıdan ölüm sürecine kadar hasta ve ailesi ile birlikte olan hemşirelerin bu süreçte oluşacak fiziksel, duygusal ve sosyal sorunları karşılama sorumluluğu vardır (59).

Konu ile ilgili yapılan araştırmalar, terminal dönemdeki kanser hastasına bakım veren eşler ve aile üyelerinin bu dönemde giderek artan gereksinim ve sorunlarının hemşirelik müdahaleleri ile ele alınması gerektiğini belirtmektedir (10, 35, 64). Hastaya bakım veren bu üyelerin sorunlarını ele alan hemşirelik müdahaleleri ise hasta ve ailenin iyilik halini arttırmaktadır. Bu müdahaleler bağlamında kanserin terminal dönem bakımı için Amerikan Hemşireler Derneği'nin (1997) belirlediği hemşirelik rolleri ise şöyledir (123):

- Hastanın rahatsızlık veren semptomlarını azaltarak rahatını sağlama,
- Aile, hasta ve sağlık çalışanları arasında en kaliteli iletişimi sağlama,
- Hastanın beslenme, boşaltım, solunum gibi temel gereksinimlerini karşılamasına yardımcı olma,

- Hasta ve ailesinin yaşam kalitesini artırma,
- Ölüm sürecinde hasta ve yakınını destekleme,
- Yakınlarını ve hastanın duygusal gereksinimlerini karşılama,
- Aile üyelerinin sosyal yaşamlarında meydana gelen değişikliklere uyumunu sağlama,
- Alanda çalışan diğer sağlık profesyonellerini değerlendirme ve desteklemedir.

Terminal dönemde bakım verme, eğitim, danışmanlık gibi sorumlulukları olan hemşire, hasta ve ailesinin kayıpla yüzleşmesini sağlayarak baş etme becerilerini ve destek kaynaklarını aktive eder. Sevdikleri bireyin kaybı aile -özellikle de eşler- için oldukça zor bir durumdur. Bu durumda bireylerin olaylarla baş edebilmesi için bireysel gereksinim ve sorunlarının incelenmesi gerekmektedir. Terminal dönemde kanser hastasına aile üyelerinden sıklıkla eşler bakım vermektedir. Hastaya bakım veren eşin de mümkün olduğunca bakıma katılması duygusal alandaki sorunları ile baş etmesi için yararlı olacaktır. Bakıma katılmış olan eşlerin hastanın ölümünden sonra yas sürecini bakıma katılmayanlara oranla daha rahat geçirdiği bazı araştırmalarla ortaya konmuştur (36, 60, 77, 114). Aynı zaman da bakım vermenin eşe duygusal ve sosyal alanda getirdiği yükler ve sorunlar ile baş etmesinde hemşireler eşsiz bir konuma sahiptir. Tüm bu katkılar hemşireler tarafından akut bakım kliniklerinde, hastanelerde veya hastanın kendi evinde yürütülen evde bakım hizmetleri aracılığıyla verilebilmektedir (72, 84, 100).

2. 4. 3. Terminal Dönemdeki Hastaya Bakım Veren Aile Üyesine Yönelik

Hemşirelik Müdahaleleri

Terminal döneme özel olan hemşirelik müdahaleleri yalnızca hastaların değil; bakım veren eşlerin veya diğer aile üyelerinin duygusal ve sosyal sorunlarını karşılayacak şekilde düzenlenmiştir (121, 126).

Duygusal Sorunlara Yönelik Müdahaleler: Literatürde belirtildiğine göre hastaya bakım veren aile üyesine duygusal destek sağlamak bireyin duruma uyumunu

kolaylaştırmaktadır. Bu desteğin içinde psikoterapi, psikofarmakoloji, danışmanlık gibi girişimler bulunmaktadır (23, 85, 110).

Bu dönemde hastaya bakım veren aile üyesinde çoğu zaman depresyon, ümitsizlik, anksiyete, yalnızlık, spiritual sıkıntılar gibi olumsuz duygulanımlar olduğundan hemşirelik girişimleri bu duygulanımlarla baş etmeye yönelik olmalıdır. Terapi ve danışmanlık bu alanda yardım edici girişimlerdir. Aile üyesinin psikososyal, kültürel gereksinimlerine göre terapi hizmeti hemşirelerce verilebilir. Bu hizmeti vermede öncelikle hemşirenin konu ile ilgi uzmanlık eğitiminin bulunması gerekmektedir (16, 31).

Danışmanlık hizmeti hasta ve bakım veren aile üyesine birime kabul edilişlerinden itibaren verilmeye başlanmalıdır. Danışmanlık hizmetinde bilişsel ve davranışsal yöntemler kullanılmaktadır. Karşıdakinin rolünü alma, bakım vermenin anlamını açıklama, relaksasyon, dikkati başka yöne çekme, geribildirim verme, zaman yönetimi gibi teknikler kullanılmaktadır. Aynı zamanda bakım veren yakının donanım, yetenek ve sorunlarına yönelik kendini geliştirme programları, olumlu yapıcı davranış modelleri de uygun olan diğer teknikler arasındadır (37, 121).

Duygusal destek alanında diğer yardım edici hemşirelik müdahalesi psikofarmakoloji alanındadır. Burada sıkıntı veren duygulanımı ortadan kaldırmak için psikotrop ilaçlardan yararlanılmaktadır. Yakınların anksiyete düzeyi öğrenmeye engel teşkil etmeyecek düzeye geldiğinde de diğer bilişsel ve davranışsal tekniklere geçilmektedir. Hemşirelerin buradaki fonksiyonu bireyin bilişsel ve duygusal durumunu değerlendirmek ve ilaçlara uyumunu sağlamaktır (16, 31, 37, 74).

Breitbart ve arkadaşları (1999) terminal dönemde duygusal anlamda aileyi desteklemede anahtar noktanın ölümün nasıl ve ne zaman olacağı konusunda konuşmanın ve belirsizlikleri ortadan kaldırmanın olduğunu vurgulamaktadır (16). Eğer gelecek belirsiz ve çelişkilerle dolu ise hasta ve yakınlarının duygusal sorunlarının

şiddetlenmesinin kaçınılmaz olduğunu belirtmektedir. Bu durum hemşirelerin hastaların duygusal bir sorunu olan spiritual boyutu ele almalarını da gerektirmektedir. Hemşireler bu konuyu ele alırken konuya ilişkin uzmanlık eğitiminden geçmelidirler. Ancak spiritual boyut dini inanışlarla da ilgili bir alan olduğundan, bu konuyla ilgili görevliler olan din adamlarından bireyin dini inanışı doğrultusunda yardım alınmalıdır.

Son yıllarda sıklıkla kullanılan diğer bir yöntem de sıkıntı veren duygulanımı ortadan kaldırmak için meditasyon, gevşeme, egzersiz gibi alternatifler metotlardır. Bunu gerçekleştirmek için yurt dışında bu tekniği kazandırmada özel uzmanlığı olan ruh sağlığı hemşireleri bulunmaktadır (107, 118).

Sosyal Sorunlara Yönelik Müdahaleler: Sosyal sorunlar da hastaya bakım veren aile üyesine yük veren ve karşılanmadığı takdirde duygusal sorunların çeşidini ve şiddetini artıran sorunlardır. Özellikle eşler sosyal alanda sorunları en fazla olan gruptur çünkü ailenin bir ferdi eksildiğinde ailenin günlük yaşamının devam sorumluluğu ona kalmıştır (51, 96).

Terminal dönemde hastaya bakım veren eş günün büyük çoğunu hastanede hasta ile birlikte geçirmektedir. Ev işi, çocuk bakımı, ulaşım, alışveriş, meslek yaşamı ve ekonomik konularla ilgilenmeye zaman ve enerjisi kalmayan bireyin terminal dönemde sosyal destek alanında gereksinimleri daha da artmaktadır. Bu alanlarda yardım gereksinimi olan bireye hemşirelik müdahalesi olarak bilgi ve danışmanlık hizmeti verme gereksinimlerin karşılanmasında katkısı olacaktır. Yapılan çalışmalar göre ailelerin sosyal konularda ve hastanın bakımını sağlama konusunda bilgi gereksinimlerinin fazla olduğunu ve bu gereksinimlerinin karşılanmadığını belirtmektedir (20, 31, 37, 51, 66, 83, 121).

Bilgi desteğinde aile üyesine hastaya nasıl bakım vereceği konusunda bilgi ve beceri kazandırma yer almaktadır. Tedaviye ve semptomlara ilişkin hastanın bilgi

ihtiyacı karşılanmalıdır. Aynı zamanda hastaya bakım verirken günlük yaşamı devam ettirmeye ilişkin yararlanabileceği hizmet ve kurumlar hakkında da danışmanlık hizmeti verilmesi gerekmektedir. Hemşireler diğer sağlık çalışanları ile iletişim kurarak hasta ve bakım veren üyenin gereksinimlerine yönelik müdahale planlanmalı ve bu profesyonellerin desteğini aktive etmelidirler.

Konu ile ilgili yapılan araştırmalarda duygusal ve sosyal alandaki hemşirelik müdahalelerinin gerçekleşmesi mümkün olmasa bile bireyi ele almada onlarla ilgilenererek değerli oldukları hissini verme de önemli bir destek kaynağı olarak belirtilmektedir (31, 115, 121). Ancak yapılan araştırmalar hemşirelerin bu duygusal ve sosyal gereksinim ve sorunları karşılayamadığını belirtmektedir (40, 100). Reimer ve arkadaşlarının (1991) bunları karşılamada hemşirelerin yetersiz kalmalarının hemşirelerin ailelerin sorunları için zamana ihtiyaçları olduğunu ve bu sorunların hemşirelik müdahaleleri ile çözülemeyeceğini düşünmelerinden kaynaklandığını belirtmişlerdir (93).

Duygusal ve sosyal alandaki hemşirelik müdahalelerinin aile üyesine salt o andaki bakım verme yükü ve sorunları ile baş etmesinde yararı bulunmamaktadır. Bu müdahaleler ile hastanın ölümünden sonra bakım veren aile üyesinin yas sürecini daha rahat geçirmesi sağlanmaktadır. Bakım veren aile üyesinin ve diğer aile üyelerinin hastaya yardımcı olduklarını hissetmeye ihtiyaçları vardır. Bu dönemde ailenin hasta için herhangi bir fedakarlığı yapmalarını engellemek bireye yarar değil çoğunlukla sıkıntı vermektedir. Bu yüzden hasta yakınına hastanede davetsiz misafir gibi davranmak yerine verdiği bakımı desteklemek ve yardımcı olmak gerekmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM

3. 1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal gereksinimlerini saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Ankara Büyükşehir Belediyesi sınırları içinde yatarak tedavi gören kanser hastalarının bulunduğu hastanelerde yapılmıştır. Araştırmanın planlama aşamasında uygulama yerlerine Gazi Üniversitesi Hastanesi ve Gülhane Askeri Tıp Akademisi de dahil edilmiştir. Yapılan görüşmeler sırasında Gazi Üniversitesi Hastanesinde yalnızca 1 kliniğe kanser hastası yatışının olduğu ve kliniğe terminal dönemde bulunan hastayı kabul etmedikleri belirlenmiştir. Yapılan ön uygulamada da 2 hafta süresince kriterlere uygun 2 hasta bulunabilmiş ve bu nedenle hastane araştırma kapsamından çıkarılmıştır. Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nde de prosedürler nedeni ile araştırma için izin alınamamış ve araştırma kapsamından çıkarılmıştır. Aşağıda araştırmanın yapıldığı hastanelerin isimleri ve özelliklerine ilişkin bilgiler verilmiştir:

- Hacettepe Üniversitesi Hastanesi
- Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi
- Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Doktor.Abdurrahman Yurtarslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Hacettepe Üniversitesi Hastanesi: Hacettepe Üniversitesi hastaneleri erişkin ve çocuk hastanesi olarak 2 bölümden oluşmaktadır. Erişkin bölümünde toplam 33 klinik bulunmaktadır ve bu kliniklerden 9 tanesi kanserli hastaya bakım vermektedir. Aşağıda araştırmanın yapıldığı klinikler ve özellikleri belirtilmiştir:

Bölüm 43: Kulak–Burun –Boğaz kliniği olup baş ve boyun kanserleri olan hastalara hizmet vermektedir. 38 yatak kapasitesi olan klinikte 4 özel oda bulunmaktadır. 7 hemşire ve 9 hekimin görev yaptığı klinikte alana özel diğer sağlık çalışanları bulunmamaktadır. Hastaların yanında yakınları refakatçi olarak bulunmamakta ancak terminal dönemde bulunan bir hastaya fiziksel durumu kötü ise yakını refakat edebilmektedir.

Bölüm 53: Genel cerrahi kliniği olup sıklıkla kanserli hastaların cerrahi müdahalesi ile ilgili hizmet vermektedir. 34 yatak kapasiteli olan bölümde 7 hemşire ve 8 hekim görev yapmaktadır. Genel durumu kötü ve kanserin terminal döneminde bulunuyorsa yakınlar hastaya refakat edebilmekte; bunun haricinde olan hasta grubuna refakatçi kabul edilmemektedir.

Bölüm 63: Genel cerrahi kliniği olup içinde bir de bu alana özel yoğun bakım servisi vardır. 1 odadan oluşan bu yoğun bakım servisinde 4 yatak kapasitesi bulunmaktadır. Servis yoğun bakım servisi hariç 23 yatak kapasiteli olup yoğun bakımla birlikte toplam 4 hemşire ve 16 hekim çalışmanı vardır. Bu serviste de sıklıkla kanserli hastalara hizmet verilmekte fakat kanser hastalığı dışında da hasta yatmaktadır. Bölüm 43 ve 53'de olduğu gibi bu serviste de yakınların hastaya refakat etme durumu hastanın prognozu ile ilişkilidir.

Bölüm 73: Genel cerrahi servisi olup 27 yatak kapasitelidir. 5 tane özel odası olan klinikte 15 hekim ve 7 hemşire görev yapmaktadır. İşleyiş özelliği bölüm 63 gibi olup farkı yoğun bakım servisinin olmayışıdır.

Bölüm 75: İç hastalıkları servisi olup 27 yatak kapasitelidir. 6 tane özel odası bulunan klinikte 8 hekim ve 7 hemşire görev yapmaktadır. Klinikte çoğunlukla kanserli hastalar bulunmakta ve hasta yakınları hastanın genel durumuna göre yanlarında refakat edebilmektedir.

Bölüm 76: Dahiliye servisi olup işleyiş özellikleri ile bölüm 75 ile benzeşmektedir. 26 yatak kapasiteli olan klinikte 4 hekim ve 7 hemşire görev

yapmaktadır. Klinikte kanser hastaları ağırlıkta olduğu kadar kanser hastası dışında da hasta bulunmakta ve hasta yakınları hastanın genel durumuna göre yanlarında refakat edebilmektedir.

Bölüm 83: Jinekolojik hastalıklar kliniği olup sıklıkla jinekolojik kanserler bulunmaktadır. Ancak kanserin terminal döneminde olan hasta ender bulunmaktadır; bunun nedeni ise jinekolojik kanserlerin terminal döneminde metastazların sıklıkla üreme organları dışında olması ve hastaların metastazlarının bulunduğu bölge ile ilgili kliniklerde tedaviye alınması ile ilişkilidir.

Bölüm 84: Üroloji servisi olup 48 yatak kapasiteli olan bölümde 12 hemşire ve 10 hekim görev yapmaktadır. Bölümde sıklıkla böbrek ve üriner sisteme ait kanserlerle prostat, testis kanseri gibi erkek üreme sistemine özel kanser türleri olan hastalar bulunmaktadır. Hasta yakınları hastanın genel durumu kötü ve terminal dönemde ise yanlarında refakat edebilmektedir.

Bölüm 85: Genel dahiliye kliniği olup 52 yatak kapasiteli olan bölümde 6 hekim ve 8 hemşire görev yapmaktadır. Kanser hastalarının çoğunlukta olduğu klinikte hastanın yanında yakınlarının bulunma durumu diğer servislerde olduğu gibi hastanın genel durumuna göre değişiklik göstermektedir.

Bölüm 86: Tıbbi onkoloji kliniği olup 59 yatak kapasiteli olan bölümde toplam 6 hekim ve 4 hemşire çalışmaktadır. Kanserli hastaların yatışının olduğu bölümde Hastaların yanında yakınlarının refakat etme durumu da diğer servislerde olduğu gibi hastanın genel durumu ile ilgilidir. Ancak klinikte tüm hastalar kanser hastası olduğundan ve sıklıkla rekürrens ve terminal dönemde bulunduğundan hastaya refakat eden yakınlarının sayısı diğer servislere göre daha fazladır.

Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi: 1985 yılında hizmete açılan Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi'nde 20 klinik hizmet vermekte olup kanser hastaları için hastanede ayrı bir klinik bulunmaktadır. Araştırmanın

yapıldığı tıbbi onkoloji servisi, kanserin her türü ve evresindeki hastalara bakım ve tedavi vermektedir. 9. katta bulunan klinikte 8 hekim ve hemşire görev yapmaktadır. Klinikte 4 özel oda, bir agoni odası ve bir nötropeni odası olup klinikteki toplam yatak kapasitesi 25'dir. Hastaların yanında refakat eden en az bir yakınları bulunmakta ve yakının refakat edebilmesi için hastanın genel durumunun bozulmuş olması gerekmemektedir.

Ankara Numune ve Eğitim ve Araştırma Hastanesi: 1924 yılında kurulan hastane acil servis binası hariç 4 bloktan oluşmaktadır. Toplam 43 kliniğin olduğu hastanede kanser hastaları ağırlıklı olarak hematoloji ve tıbbi onkoloji kliniğinde bulunmaktadır. Ayrıca kanser hastalarının hem yatarak hem de ayaktan tedavi aldıkları bir radyasyon onkolojisi birimi bulunmaktadır. Bu birimlere ilişkin bilgiler aşağıda verilmiştir.

Hematoloji Kliniği: 18 yatak kapasiteli olan klinikte homeopetik sisteme ait kanseri olan hastalar bakım ve tedavi almaktadır. 7 hekim ve 6 hemşirenin görev yaptığı klinikte yakınlar hastanın yanında kalabilmektedir.

Tıbbi Onkoloji (5. Dahiliye): 33 yataklı bir klinik olup kanserli hastaların bakım ve tedavi hizmetini yürütmektedir. 7 hemşire ve 5 hekimin görev yaptığı klinikte tüm hastaların yanında onların bakımı ile ilgilenen bir yakını bulunmaktadır.

Radyasyon Onkolojisi Kliniği: Bu klinik 2 kattan oluşmakta olup 1 katta poliklinik hizmeti verilmektedir. Bu katta radyoterapi için 3 tedavi odası bulunmakta ancak bunlardan biri aktif olarak hizmet görmektedir. Poliklinik hizmeti 10 hekim, 1 hemşire, 1 klinik psikolog, 2 fizik mühendis ve 6 teknisyen tarafından verilmektedir. Buraya gelenler kanser hastaları olup internal ve external radyoterapi almaktadırlar.

2.katta yatarak radyoterapi alan hastalar için 37 yatak kapasiteli bir klinik bulunmaktadır. Klinikte 3 hekim, 6 hemşire görev yapmakta olup radyoterapi küratif veya palyatif amaçlı kullanılmaktadır. Hasta yanında hastanın hangi

dönemde olduğu gözetilmeksizin yakınları refakat edebilmektedir. Poliklinikte hizmet veren klinik psikolog ekip tarafından talep geldiğinde hastaların duygusal sorunlarını ele almaktadır.

Doktor Abdurrahman Yurtarslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi: 4 ayrı blokdan oluşan hastanede toplam 16 servis bulunmaktadır. Kanserli hastalara bakım ve tedavi hizmeti veren kuruluşda medikal onkoloji, hematoloji ve radyasyon onkolojisi için ayrı bloklar ayrılmıştır. Ana blok ise 8 katlı olup şu klinikleri içermektedir:

1. kat: üroloji kliniği
1. kat: KBB, jinekoloji kliniği
2. kat: cerrahi kliniği (1. Cerrahi)
3. kat: cerrahi kliniği (2. Cerrahi)
4. kat: cerrahi kliniği: (3. Cerrahi)
5. kat: cerrahi kliniği: (4. Cerrahi)
6. kat: Genel cerrahi
7. kat: radyoterapi (pediatri)

Hastanede klinik hizmeti veren toplam 84 hemşire ve 95 hekim bulunmaktadır. Hastaların yanında hastaya bakım veren bir yakını bulunmaktadır. Diğer hastanelerde olduğu gibi hastaya refakat durumu hastanın genel durumu ile ilişkili değildir.

3. 3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ankara Büyükşehir Belediyesi sınırları içinde kalan ve bu çalışmanın gerçekleştirildiği hastanelerde bulunan terminal dönemde palyatif tedavi ve bakım alan kanser hastalarının eşleri oluşturmuştur. Ankara Büyükşehir sınırları içerisinde bulunan hastaneler arasında sadece Hacettepe Üniversitesi Hastanesinin kayıtlarından son bir yılda kanserden ölen hasta sayısına ulaşılmış fakat diğer hastanelerde konu ile ilgili yeterli kayıt bulunmadığından, kanserden ölen veya terminal dönem içerisinde kabul edilebilecek hasta kayıtlarına ulaşılamamıştır. Bu nedenle evreni temsil edecek ve örneklem seçiminin yapılmasına imkan verecek bir çerçeve oluşturmak mümkün olmamıştır.

Araştırma evrenini temsil eden bir çerçeve olmamasından dolayı, araştırma örneklemini, çalışmanın gerçekleştiği 1.08. 2000 ile 01. 04. 2001 tarihleri arasında yukarıda adı geçen hastanelerde bulunan palyatif bakım almakta olan kanser hastalarının eşleri arasından ulaşılabilen ve görüşmeyi kabul eden hasta eşleri arasından seçilmiştir.

Bu araştırmada yapılacak olan istatistikî analizler tanımlayıcı analizler olacağından ve ileri analizlere girilmeyeceğinden dolayı örneklem büyüklüğünün uygun parametrik testlerin yapılmasına imkan verecek bir sayıda olması gerekmektedir. Bu nedenle parametrik testlerinin yapılmasına imkan verecek büyüklükte, literatürde belirtildiği ve daha öncede benzer çalışmalarda denendiği üzere yaklaşık 100 hasta eşi yeterli olarak görülmüştür (5, 11, 69, 103, 104). Araştırmada dağılımın normal dağılıma uygun olmadığı görüldüğü takdirde örneklem büyüklüğü, parametrik olmayan testlerinde uygulanmasına da imkan verecek bir büyüklüktedir. Belirtilen tarihler arasında 122 hastaya ulaşılmış ancak 13 görüşmeyi reddetmiş; 6'sıda görüşmeyi yarıda bıraktığından araştırma örneklemini 103 eşten oluşmuştur.

3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya katılacak olan hasta eşinin;

1. Görüşmeye istekli olması ve kabul etmesi,
2. 18-70 yaş sınırları içinde olması,
3. Örneklemi oluşturan bireylerin mental retardasyon, organik beyin sendromu, fiziksel- gelişimsel bir bozukluk ya da majör psikolojik bozukluklarının olmaması,
4. Formları sağlıklı doldurabilmek için en az ilkokul mezunu olması,

3. 5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, hastaların tanıtıcı bilgilerini içeren "Hasta Bilgi Formu"(EK1-A), "Eş Bilgi Formu" (EK1-B) ve "Duygusal ve Sosyal Sorunları Belirleme Formu" (EK-11) aracılığıyla toplanmıştır.

3. 5. 1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması

Hasta Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak oluşturulmuştur. Bu form, terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşin duygusal ve sosyal gereksinimlerini etkilediği düşünülen hastanın yaşı, cinsiyeti, tanısı, tanıdan bu yana geçen süre, hastanın genel durumuna ilişkin bilgileri içermektedir.

Eş Bilgi Formu: eşin cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, mesleği, evlilik süresi, çocuk durumu, ekonomik düzey, evlilikteki paylaşım, ölüme ilişkin inançlar, eşin yanında refakat etme ve destek veren kişilerin varlığına ilişkin

bilgileri içermektedir. Bu bilgiler araştırmada bağımlı değişken olarak alınarak hastanın eşinin duygusal ve sosyal gereksinimlerini etkilediği düşünülmüş ve ilgili literatür taranarak oluşturulmuştur.

Duygusal ve Sosyal Gereksinimleri Belirleme Formu: Bu formun maddeleri konu ile ilgili literatürün incelenmesi ile oluşturulmuştur. Maddelerin gruplanmasında ve tanımladığı gereksinimleri belirlemek amacıyla 1982 yılında Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Derneği (NANDA) tarafından yayımlanan hemşirelik tanı listesinden faydalanılmıştır (18, 38). Elde edilen formun iç geçerlik ve iç güvenirlik çalışmaları araştırmacı tarafından yapılmıştır.

İç geçerlilik çalışması: Literatür taranarak oluşturulmuş form konuyla ilgili 9 öğretim üyesine sunularak anlaşılabilirlik, açıklık, uygulanabilirlik ve cümlelerin ifade ettiği gereksinimleri tanımlaması ve değerlendirilebilirlik yönünden uzman görüşü alınmıştır. Sonuçların değerlendirilmesinde 5 uzmanın verdiği ortak yanıt ölçüt alınarak o cümlenin hangi gereksinimi karşıladığı saptanmıştır. Bu uzman görüşüne göre 68 madde olan formdan 10 madde çıkartılmış veya diğer maddelerle birleştirilerek form 58 maddeye inmiştir.

İç güvenirlik çalışması: Gazi Üniversitesi Hastanesi, Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesindeki terminal dönemde olan ve palyatif tedavi alan 30 kanser hastasının eşlerine ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonuçlarına göre formdaki maddelere güvenirlik analizi yapılmıştır. 6 adet maddenin toplam korelasyonları 0.20'nin altında bulunduğundan bu maddeler çıkarılmış ve uzman görüşüyle çıkan maddelerle birlikte form 52 maddeye inmiştir. Uygulanan güvenirlilik (reliability analysis- scale alpha) testlerinde alfa değeri tüm maddeler için ortalama 0.8715 olarak bulunmuştur. Bu değer 0.01 düzeyinde anlamlıdır.

Formun puanlaması denekler "evet" yanıtını vermişlerse 1 puan; "hayır" yanıtını vermişlerse 0 puan olarak belirlenmiştir. Formda yer alan her bir gereksinim için alınan puanlar 0 ile 4 arasında değişmektedir.

Formda terminal dönemde bulunan ve palyatif bakım almakta olan kanser hastalarının eşlerinin duygusal ve sosyal sorunlarına yönelik 7 alt grup duygusal sorunları; 6 alt grup da sosyal sorunları belirlemek amacıyla toplam 13 alt grup bulunmaktadır. Toplam 52 maddeden oluşan formda her bir sorun 4 madde ile belirlenmiştir. Bunlar:

Duygusal Sorunlar:

1. Spiritual sıkıntı: 9, 10, 13, 19.
2. Ümitsizlik: 3, 8, 11, 15.
3. Kaygı (anksiyete): 2, 6, 16, 18.
4. Etkisiz bireysel baş etme: 17, 25, 31, 52.
5. Karar vermede çatışma: 20, 21, 22, 23.
6. Korku: 4, 14, 24, 38.
7. Depresif duygulanım: 1, 5, 7, 12.

Sosyal Sorunlar:

8. Bakım verici rolünde zorlanma: 18, 29, 36, 37.
9. Günlük işleri sürdürmede yetersizlik: 26, 30, 32, 33.
10. Sosyal etkileşimde değişim: 34, 35, 42, 50.
11. Eğlence faaliyetlerinde değişim: 45, 46, 48, 49.
12. Rol performansında değişim: 27, 39, 40, 41.
13. Sosyal izolasyon: 43, 44, 47, 51.

3. 5. 2. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Formların uygulanmasına başlanmadan önce kriterlere uygun denek için hastanın durumu hakkında bilgi alınmıştır. Araştırmanın yapıldığı hastanelerde hastanın terminal dönemde olduğunu belirten bir kayıt sistemi bulunmadığından hem hekim hem de dosya bilgilerine göre ilgili kriterlere uygun hastalar belirlenmiştir. Araştırma kapsamına giren hastalara refakat eden eşlere, araştırmaya ilişkin bilgi verildikten ve sözel izin alındıktan sonra formlar uygulanmıştır. Veri toplama formları hasta odası dışında eş ile birlikte karar verilerek araştırmacı tarafından görüşme yoluyla uygulanmıştır. 1 denekle görüşme yaklaşık 20 dakika sürmüştür. Deneklerden 13 tanesi görüşmeyi reddetmiş, 6 tanesi de görüşmeyi yarıda bırakmıştır. Form toplam 103 hastaya uygulanmıştır. Görüşmeyi yarıda bırakan eşler sorulan sorular nedeni ile kendilerini kötü hissettiklerini ifade ettiklerinden Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesi'nde bulunan Ruh sağlığı Birimine yönlendirilmiştir. Birimde araştırmacı tarafından bu eşlere danışmanlık hizmeti verilmiştir.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde hastanın ve eşin tanıtıcı özellikleri bağımsız; duygusal ve sosyal gereksinimlere yönelik verilerde bağımlı değişkenler olarak ele alınmıştır. Veriler toplandıktan sonra araştırmacı tarafından SPSS (Statistical Package for Social Sciences) İstatistik Yazılım Programında bilgisayara kaydedilmiş ve bu programda analizler gerçekleştirilmiştir.

Gereksinim formunun değerlendirilmesinde deneklerin her bir maddeye verdiği "evet" cevabı için 1 puan; "hayır" cevabı için 0 puan verilmiştir. Daha sonra her bir gereksinimi belirlemek amacıyla daha önce gruplanmış olan ilgili maddelerin toplam puanları bulunmuştur.

Örnek:

Rol performansında değişim 27, 39, 40, 41

Verilen cevaplar E, H, E, E

Alınan puan $1 + 0 + 1 + 1 = 3$

103 deneğin maddelere verdiği yanıtlar alınan puan üzerinden değerlendirilerek, her bir gereksinim için puanlar elde edilmiştir. İstatistiki değerlendirmelerde bağımlı değişkenler için elde edilen bu puanların ortalamaları karşılaştırılmıştır. Analizlerde yapılan karşılaştırmalar tek yönlü varyans analizi (one-way ANOVA) ile yapılmıştır. Bu analizde bağımlı değişkenlerin puan ortalamaları bağımsız değişkenlerle karşılaştırılmış ve bu değişkenler arasında anlamlı farklar olup olmadığı %5 anlamlılık düzeyinde test edilmiştir. Buna ek olarak tüm bağımlı değişkenlerin birbirleri arasındaki ilişkilere korelasyon analizi ile bakılmış ve bu ilişkilerin düzeyleri ilgili bölümde korelasyon matrisinde tartışılmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmada elde edilen bulgular, terminal dönemde bulunan kanser hastası ve eşinin tanıtıcı özellikleri, hastanın eşinin duygusal ve sosyal alandaki sorunları ve bu sorunların eşin ve hastanın tanıtıcı özellikleri ile ilişkisini içermektedir.

4.1. Terminal Dönemde Bulunan Kanser Hastasının Tanıtıcı Özellikleri

Bu bölümde terminal dönemde bulunan kanser hastasının tanıtıcı özellikleri sunulmaktadır. Terminal dönemde bulunan kanser hastasına ilişkin veriler Çizelge 4.1.'de sunulmaktadır.

Çizelge 4. 1. Terminal Dönemde Bulunan Kanser Hastalarının Tanıtıcı Özellikleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastane Adı		
Demetevler	33	32.0
İbn-i Sina	25	24.3
Hacettepe	25	24.3
Numune	22	21.4
Hastanın Cinsiyeti		
Erkek	68	66.0
Kadın	35	34.0
Hastanın Yaşı		
35'den az	13	12.6
35-44	24	23.3
45-54	20	19.4
55-64	29	28.2
65 ve daha fazla	17	16.5
Toplam	103	100.0

Çizelge 4. 1. Terminal Dönemde Bulunan Kanser Hastalarının Tanıtıcı Özellikleri
(Devam)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kanser Türü		
GIS	33	32.0
Akciğer	18	17.5
Larinks-Farinks	16	15.5
Hemopoietik	14	13.6
Meme	12	11.7
Böbrek ve üriner	5	4.9
Prostat	3	2.9
Üreme	2	1.9
Tanı Süresi		
6 ay ve daha az	31	30,1
7-12 ay	28	27,2
13-24 ay	27	26,2
25-36 ay	9	8,7
3 yıl ve daha çok	8	7,8
Yatış Süresi		
1 hafta ve daha az	30	29.1
1-2 hafta	26	25.2
2 hafta 1 ay	20	19.4
1 ay - 2 ay	18	17.6
2 aydan çok	9	8.7
Toplam	103	100.0

Çizelge 4.1.'de görüldüğü üzere hastaların %32'sine Demetevler Onkoloji Hastanesi'nde ulaşılmıştır. Hastaların yatış süreleri sınıflandırıldığında % 30'unun bir hafta veya daha az sürede klinikte bulundukları görülmektedir. Hastaların % 28.2'si 55-64 yaşları arasında olup hasta grubunun %66'sını da erkek hastalar oluşturmaktadır. Hasta grubunda en sık rastlanan kanser türü %32'lik oranıyla Gastrointestinal sisteme ait kanserler olup bunu ikinci sırada % 17.5 oranıyla akciğer kanserleri izlemektedir.

4.2. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Tanıtıcı Özellikleri

Bu bölümde terminal dönemde kanser hastasına bakım veren eşlerin tanıtıcı özellikleri bulunmakta ve bulgular Çizelge 4.2'de gösterilmektedir.

Çizelge 4.2. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Tanıtıcı Özellikleri

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Erkek	35	34.0
Kadın	68	66.0
Yaş		
35'den az	15	14.6
35-44	26	25.2
45-54	28	27.1
55-64	22	21.4
65 ve daha fazla	12	11.7
Eğitim		
İlkokul	58	56.3
Ortaokul	20	19.4
Lise	17	16.5
Üniversite	8	7.8
Meslek		
Ev hanımı	57	55.3
Serbest	18	17.5
Memur	8	7.8
Çiftçi	8	7.7
İşçi	7	6.8
Emekli	4	3.9
Çalışmıyor	1	1.0
İşe devam durumu		
Çalışmayan	63	61.2
İşe devam eden	20	19.4
Ücretsiz izin	14	13.6
Ücretli izin	6	5.8
Gelir Düzeyi		
İyi	16	15.5
Orta	55	53.4
Kötü	32	31.1
Toplam	103	100.0

Çizelge 4.2. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Tanıtıcı Özellikleri (Devam)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çocuk Sayısı		
Yok	6	5.8
1	11	10.7
2	28	27.2
3	24	23.3
4	16	15.5
5 ve daha fazla	18	17.5
Evlilik Süresi		
10 yıldan az	11	10.7
10-19	18	17.5
20-29	26	25.2
30-39	29	28.2
40 ve daha fazla	19	18.4
Evlilikteki Paylaşım Durumu		
Destekleyen paylaşım	35	34.0
Mutsuz paylaşım	27	26.2
Neşeli paylaşım	18	17.5
Habersiz paylaşım	23	22.3
Ölümden Sonra Yaşam İnancı		
Var	62	60.2
Kararsız	25	24.3
Yok	16	15.5
Ölümün Anlamı		
Başlangıç	55	53.4
Bitiş	48	46.6
Günlük Bakım Süresi		
6 saatten az	22	21.4
6 - 12 saat	24	23.3
12 saat	11	10.7
12 -24 saat	6	5.8
24 saat	40	38.8
Destek veren kişi sayısı		
Kendisi	24	23.3
1	39	37.9
2	24	23.3
3 ve daha fazla	16	15.5
Eşe Destek Verenler		
Çocukları	47	45.7
Kendisi	24	23.3
Kardeşleri	19	18.4
Ebeveyni	9	8.7
Diğer yakınlar	4	3.9
Toplam	103	100.0

Çizelge 4.2.'de görüldüğü gibi, bakım veren eşlerin % 66' sını kadınlar oluşturmaktadır. Eşlerin yaş dağılımlarına bakıldığında birinci sırayı %27.1'lik oranı ile 45-54 yaş arası eşler oluşturmaktadır. Eşlerin %56.3'ü ilkokul mezunu olup mesleklerine bakıldığında % 55.3'ünün ev hanımı olduğu görülmektedir. Herhangi bir işte çalışan eşlerin %61.2'si işe devam etmezken %19.4'ü hem eşine bakım verip hem de işine devam etmektedir. Eşlerin çoğunluğu (%28.2) 30-39 yıl arası evli olup bunu ikinci sırada %25.2'lik oranı ile 20-29 yıl arası evliler izlemektedir. 10 yıldan daha az evlilik süresi olan eşler de % 10.7'lik orana sahiptirler. Eşlerin %27.2'sinin iki çocuğu bulunmakta ve bunu ikinci sırada %23.3'lük oranı ile üç çocuklu eşler oluşturmaktadır. Eşlerin % 5.8'inin ise hiç çocuğu bulunmamaktadır. Eşlerin %53.4'ü gelir düzeylerini orta seviyede, %31.1'i kötü olarak algılamaktadır. Gelir düzeyini iyi olarak tanımlayan eşlerin oranı ise %15.5'tir.

Eşlerden %34'ü evliliklerinde birbirini destekleyen, koruyan ve kollayan paylaşımları olduğunu belirtirken %26.2'si ise çoğu zaman anlaşmazlıkları ve tartışmaları olan mutsuz paylaşımları olduğunu belirtmiştir. Bunları %22.3'lük oranı ile birbirinden habersiz, soğuk ve iletişimi bozuk paylaşım izlemektedir. Eşlerin %17.5'inde ise evliliklerinde neşeli, keyifli ve ortak karar verebilen paylaşımları bulunmaktadır.

Eşlerden %60.2'si ölümden sonra yaşamın varlığına inanmakta ve ölümü yeni bir hayata başlangıç olarak tanımlamaktadırlar (%53.4). %15.5'i de ölümden sonra yaşamın var olmadığını düşünmekte ve ölümü yaşamın sonu, yok olma olarak algılamaktadırlar (% 46.6). Ölümün anlamı konusunda kararsız olan eşlerin oranı ise %24.3'dür. Hastanın yanında eşlerin %38.8'i sürekli kalmakta (24 saat), bunu %23.3'lük oranla 6-12 saat bakım veren eşler oluşturmaktadır. Eşlerin %10.7'si de hastaya yarım gün bakım vermektedirler (12 saat). Eşlerden %23.3'ü hastanın bakımını tek başına sürdürürken, %37.9'una hastaya bakım verirken en az bir kişi tarafından bakım veya günlük uğraşlarda destek verilmektedir. Eşe bakımda destek veren yakınların %45.7'sini çocukları (gelin ve damatları dahil) oluşturmaktadır. Bunu takiben %18.4'lük oranla kardeşler gelmektedir.

4. 3. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal Sorunları

Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşin duygusal olarak en fazla yaşadıkları sorunların ortalama puanları sırasıyla Çizelge 4.3.'de gösterilmiştir.

Çizelge 4.3. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal Sorunları

Duygusal Sorunlar	Ort	S.S.
Spiritual sıkıntı	2,05	1,32
Ümitsizlik	1,82	1,28
Anksiyete	2,51	0,98
Etkisiz bireysel baş etme	2,46	1,03
Karar vermede çatışma	1,59	1,04
Korku	2,60	1,02
Depresif duygulanım	2,65	1,14

Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal sorunlarındaki değişim Çizelge 4.3.'de gösterilmiştir. Buna göre en fazla değişim 2.65 ± 1.14 ortalama ile depresif duygulanımda gözlenmektedir. Korku (2.60 ± 1.02) ve anksiyete de (2.51 ± 0.98) eşlerin bu dönemde en sık yaşadığı duygusal sorunlardır.

Literatür incelendiğinde kanserli hastaya bakım veren eşlerde depresyonun en sık rastlanan duygusal sorun olduğu vurgulanmaktadır (15, 48, 55, 108, 114). Northouse da (1996) konu ile ilgili çalışmalarında da depresif duygulanımın şiddetinin terminal dönemde daha da arttığı belirtilmiştir (80). Bu dönemde eşler hastayı içinde bulunduğu fiziksel ve emosyonel durumda görmeye hazırlıklı olmadıkları ve değişen rolleri nedeni ile problem çözmede ve durumla baş etmede

zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Bunun sonucunda da eşlerin depresif duygulanımlarında artış olmaktadır.

Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda eşlerde görülen depresyonun nedeni yüksek düzeyde algılanan belirsizlik duygusuna bağlanmaktadır (21, 85, 108, 113, 114). Bu belirsizlik her aşamada görülmekle birlikte, kanserin tanı ve terminal döneminde daha fazla algılanmakta ve sonucu da depresyon olarak ortaya çıkmaktadır. Eşlerdeki bu belirsizlik duygusu geleceğe ilişkin hedeflerin kaybolması ve bundan sonraki yaşamlarını eşleri olmadan nasıl devam ettireceklerine ilişkin olup kaçınma, içe kapanma, rutin olarak sürdürülen aktivitelerde azalma, çökkünlük, zevk alma duygusunun azalması, ölüm ve intihar düşüncelerinin artması gibi depresyon semptomları ile karakterizedir. Farklı kaynaklarda da depresyonun nedeni doğrudan hastaya bakım vermenin eşlerin günlük yaşamlarını kesintiye uğratıp duygusal ve sosyal alanlarda yüklerini artırmasına bağlanmaktadır (15, 80). Tıbbi tedaviler, ilaçlar, prosedürler, hastanın günlük fiziksel bakımı, hastane dışında sürdürülmek durumunda kalınan sorumluluklar hastanın bakım süresi uzadıkça eşlerin tükenmişlik hissetmesine yol açmakta ve depresyon kaçınılmaz olmaktadır.

Bu bulguların aksine Carmen ve arkadaşları (1999) çalışmalarında terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin depresyon düzeyini daha düşük bulmuşlar ve bunun nedenini ise bireylerin artık durumla nasıl baş edeceklerine ilişkin bilgi ve beceriyi kazanmalarına bağlamışlardır (17). Given ve arkadaşları da (1993) çalışmalarında bakım vermenin birey üzerinde pozitif etkileri olduğunu belirtirken bunu hastaya yarar sağlama ile oluşan memnuniyet ve yeterli duygusuna bağlamışlardır (49).

Araştırmada eşlerde en sık rastlanılan diğer duygusal sorun ise korku (2.60 ± 1.02) ve anksiyetedir (2.51 ± 0.98). Anksiyete ve korku çoğu zaman depresyonun semptomu olarak görülse de Breitbart ve arkadaşlarına (1999) göre depresif duygulanımdan daha farklı özelliklere sahiptirler (16). Anksiyete ve korku duygularının semptomları çoğu zaman örtüşmekte olup bu iki duygu birbirinin yerine de kullanılmaktadır. Anuk (1997), anksiyeteyi gelecekte oluşabilecek kötü bir olayı

korku içinde beklemek şeklinde kendini gösteren evrensel bir yaşantı olarak tanımlarken (7); konu ile ilgili diğer kaynaklar korkunun belli bir dış tehditle ilgili olduğunu; oysa anksiyetede tehditten daha çok ortada belli bir neden yokken içten gelen bir duygulanım olduğu vurgulamaktadır (21, 40, 108, 113). Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerde de anksiyete hastanın durumunun ne olacağına, hastaya rahatsızlık veren semptomların nasıl giderileceğine ve duygusal olarak etkilenilen olaylarla nasıl baş edileceğine ilişkin yaşanmaktadır. Aynı zamanda çoğu eş hastanın gereksinimlerini karşılarken ailenin diğer üyelerinin de gereksinimlerini karşılama sorumluluğu olduğundan bu ihtiyaçların tümünün nasıl karşılanacağına ilişkin anksiyete ve korku yaşamaktadırlar. Yukarıdaki belirtilenlere göre eşlerin korkularının nedeni ise, anksiyete nedeni ile benzerlik göstermekte olup hastaya yeterli fiziksel ve duygusal desteği verememe, hastalığın neden olduğu aile içi ve kendi bireysel yaşamlarındaki bozulmaya ilişkin yaşanmaktadır. Schulz ve arkadaşlarının (1996) yaptıkları çalışmada da rol, cinsellik ve sevilen eşin kaybı gibi nedenler ile korkunun en sık yaşanan duygusal gereksinim olduğu belirtilmiştir (98).

Araştırmada terminal dönemde bulunan kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal sorunlarındaki en az değişim 1.82 ± 1.28 oranı ile ümitsizlik de gözlenmektedir. Bu bulgunun aksine konu ile ilgili çalışmalarda terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerden %98'inin ümitsizlik yaşadığı vurgulanmaktadır. Aynı çalışmalarda eşlerde bu dönemde artık ümidin tükendiği; çünkü durumu "oyun bitti" olarak algıladıkları belirtilmiştir (66, 80, 98). Terminal dönemde bakım veren bireyin tedavi ve bakım, hastanın duygusal ve fiziksel iyilik halini sağlama üzerindeki kontrolünün giderek azalması da ümitsizliği artırmaktadır. Ümitsizlik; anksiyete ve korkuda olduğu gibi geleceğe ilişkin de olabilmektedir.

4. 4. Terminal Dönem Kansere Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal Sorunları ile Hastanın Tanıtıcı Özellikleri Arasındaki İlişki

Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal sorunları ile hastanın yaşı, kanserin türü, tanı süresi ve hastanın hastanede kalış süresi gibi hastanın tanıtıcı özellikleri arasında bir ilişki olup olmadığı incelenmiş ve bulgular Çizelge 4.4.1., 4.4.2., 4.4.3. ve 4.4.4.'de gösterilmiştir.

Çizelge 4.4.1. Terminal Dönem Kansere Hastasına Bakım Veren Eşlerin Hastanın Yaşı İle Duygusal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları

Duygusal Sorunlar	Hastanın Yaşı													
	35'den az		35-44		45-54		55-64		65 ve daha fazla					
	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	F	p		
Spiritual sıkıntı	2.62	1.45	2.88	0.95	1.90	1.29	1.79	1.35	1.06	0.83	6.96	0.00	p<0.05	*
Ümitsizlik	2.62	1.04	1.88	1.03	1.40	1.10	1.93	1.49	1.41	1.37	2.41	0.05	p>0.05	
Anksiyete	2.46	0.66	2.21	1.06	2.95	1.05	2.31	0.81	2.82	1.07	2.46	0.05	p>0.05	
Etkisiz bireysel başetme	2.31	0.85	2.58	0.97	2.55	1.15	2.72	1.03	1.82	0.88	2.44	0.05	p>0.05	
Karar vermede çatışma	1.77	1.01	1.71	1.16	1.65	1.18	1.59	0.87	1.24	1.03	0.67	0.61	p>0.05	
Korku	3.23	0.93	2.58	1.21	2.75	0.72	2.31	1.04	2.47	0.94	2.08	0.09	p>0.05	
Depresif duygulanım	2.69	1.18	2.63	1.24	2.85	1.04	2.62	1.12	2.47	1.18	0.27	0.90	p>0.05	

Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal sorunları ile hastanın yaşı arasındaki ilişki incelenmiş ve spiritual sıkıntıda değişim olması açısından anlamlı bulunmuştur ve bulgular Çizelge 4.4.1.'de gösterilmiştir.

Hasta 35 yaşın altında ise eşler spiritual sıkıntıyı en fazla hissetmekte (2.62 ± 1.45); en az spiritual sıkıntı ise bakım verilen hastanın yaşı 65 ve daha fazla ise hissedilmektedir (1.06 ± 0.83). Bu bulgulara bakıldığında yaş arttıkça spiritual sıkıntının azaldığı söylenebilmektedir. Bulgular Çizelge 4.5.2'de verilen eşin yaşı bulguları ile birlikte tartışılmıştır.

Çizelge 4.4.2. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Kanser Türü İle Duygusal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları

Duygusal Sorunlar	Kanser Türü																	
	Akciğer			Böbrek ve Ürener sistem.			Meme			Prostat			Larinks-Farinks			Hemopoietik		
	Ort	S.S.	Ort	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort
Spiritual sıkıntı	2.28	1.45	2.00	1.22	2.25	1.29	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	2.63	1.02	2.21	1.53	1.55	1.23	3.00
Ümitsizlik	1.67	1.37	2.00	1.58	1.33	0.78	1.67	1.53	1.53	2.25	1.34	2.43	1.16	1.58	1.30	2.00	1.41	1.21
Anksiyete	2.61	0.98	2.40	0.89	1.58	0.51	2.67	1.15	2.81	0.75	2.57	0.94	2.61	1.12	3.00	0.00	2.07	0.05
Etkisiz bireysel baş etme	2.61	1.24	2.80	1.79	2.42	0.67	2.33	1.53	2.19	0.75	2.79	0.89	2.27	1.01	3.50	0.71	0.95	0.47
Karar vermede çatişma	1.67	1.08	1.60	0.89	1.25	0.87	2.00	1.00	1.69	0.87	2.29	1.20	1.27	1.04	2.00	0.00	1.74	0.11
Korku	2.44	0.78	3.00	0.71	2.25	1.22	3.00	1.00	2.69	0.70	2.57	1.40	2.64	1.08	3.50	0.71	0.66	0.70
Depresif duygulanım	2.61	1.04	3.40	0.55	2.58	1.24	2.00	1.00	3.19	0.75	2.43	1.34	2.58	1.20	1.00	0.00	1.76	0.10

Çizelge 4.4.2.'de görüldüğü gibi, terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal sorunları ile kanserin türü arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır. Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda ise bunun tersi bulgulara rastlanmıştır (24, 40, 98). Bloom ve arkadaşlarının (1996) kanser hastasına bakım veren eşlerle yaptıkları çalışmalarında, akciğer kanserlerinde diğer kanser türlerine göre eşin duygusal sorunlarının daha fazla olduğu belirtilirken bunun nedeni akciğer kanserlerinde hastaya rahatsızlık veren semptomların şiddetinin diğer kanser türlerine göre daha fazla olması ile açıklanmıştır (14). Semptomlar şiddetlendikçe eşler tarafından bakım verme yük olarak algılanmakta bu da duygusal sorunların şiddetinin artmasına neden olmaktadır. Blanchard ve arkadaşlarının (1997) yaptıkları çalışmada da akciğer ve gastrointestinal sisteme ait olan kanserlerde semptomların şiddetinin daha fazla olduğu ve bunun da eşin duygusal sorunlarını ağırlaştırdığı belirtilmiştir (13). Çalışmalarda testis kanserli hasta ve hastaya bakım veren eşlerin diğer kanser türlerine göre duygusal sorunlarındaki değişimin daha fazla olduğu belirtilmiştir (66, 97, 118). Aynı çalışmalarda cinsel gereksinimlerin karşılanamaması ve bakım veren eşin cinsiyetinin kadın olması duygusal sorunları artıran nedenler arasında gösterilmiştir.

Çizelge 4.4.3. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Kanser Tanısı Alınan Süre İle Duygusal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları

Duygusal Sorunlar	Tanı Süresi												
	6 ay ve daha az		7-12 ay		13-24 ay		25-36 ay		3 yıl ve daha çok		F	p	
	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.			
Spiritual sıkıntı	2.32	1.38	2.11	1.34	1.93	1.33	1.44	1.33	1.88	0.99	0.90	0.47	p>0.05
Ümitsizlik	2.39	1.28	1.32	1.28	1.81	1.24	1.33	0.71	1.88	1.25	3.15	0.02	p<0.05 *
Anksiyete	2.65	1.08	2.64	0.95	2.48	0.94	2.44	0.88	1.75	0.71	1.53	0.20	p>0.05
Etkisiz bireysel başatme	2.65	1.23	2.32	1.02	2.44	0.89	2.33	0.87	2.38	0.92	0.42	0.79	p>0.05
Karar vermede çatışma	1.74	1.12	1.36	0.99	1.52	1.12	1.78	0.83	1.88	0.83	0.76	0.55	p>0.05
Korku	2.74	0.93	2.68	0.67	2.48	1.28	2.78	0.97	2.00	1.41	1.04	0.39	p>0.05
Depresif duygulanım	2.65	1.08	3.00	0.82	2.26	1.38	2.56	1.13	2.88	1.25	1.60	0.18	p>0.05

Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal sorunları ile hastanın kanser tanısı aldığı süre arasındaki ilişki incelenmiş ve ümitsizlik yaşamaları açısından anlamlı ilişki bulunmuştur. Bulgular Çizelge 4.4.3.'de gösterilmiştir.

Araştırmanın bulguları incelendiğinde, ümitsizliğin en fazla 6 ay ve daha az zaman önce (2.39 ± 1.28) kanser tanısı almış hastaların eşlerinde yaşandığı görülmektedir. Bunu ikinci sırada 3 yıl ve daha uzun süredir kanser hastalığı ile yaşayan hastaların eşleri izlemektedir (1.88 ± 1.25). 7-12 ay arası kanserle yaşamakta olan hastaların eşleri ise ümitsizliği en az yaşamaktadır (1.32 ± 1.28).

Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda araştırma bulguları ile benzer bulgulara rastlanmakta ve hastalarına bakım veren eşlerin 3 yıldan fazla sürede ümitsizlik ve depresif duygulanımın arttığı ve %25'inin psikiyatrik bir tanı alacak kadar bu alanda problemlerinin olduğu belirtilmiştir (17, 55, 57, 65, 66, 121, 126). Tolle ve arkadaşları (2000), kanser hastasına bakım veren eşlerin kronik psikiyatrik bir hastalığa sahip hastalara bakım veren eşlerden daha az ümitsizlik ve depresyon yaşadıklarını ancak ümitsizlik ve depresyonun şiddetinin normal popülasyona göre daha fazla olduğunu belirtmektedirler (110). Bu sonuçlara göre tanı süresinin uzaması ile bakım süresi de artmakta ve eşler uzun süre bakım vermeleri nedeni ile tükenmişlik hissetmektedirler. Bunun sonucu olarak da olumsuz duygulanımlar ortaya çıkmakta ve en sık rastlanan olumsuz duygulanım depresyon olmaktadır.

Araştırma bulgularında yukarıdaki literatür bilgilerinden farklı olarak ümitsizlik en fazla 6 ay ve 6 aydan daha kısa sürede kanser tanısı almış olan hastaya bakım veren eşlerde rastlanmaktadır (2.39 ± 1.28). Bu bulgu tanı ve terminal dönem arasındaki zamanın kısa oluşu ile eşlerin hızla gelişen olaylara karşı yoğun olarak anlamsızlık ve belirsizlik yaşamaları ile açıklanabilmektedir. Çalışmalarda ölüm sürecine kısa bir zaman dilimi içinde geçilmiş olmasının eşlerde ölüme karşı hazır oluşluk düzeyini düşürdüğü ve bunun sonucunda da eşlerin yaşamın anlamına ilişkin kayıplar yaşadıkları belirtilmiştir (22, 79, 83, 89, 96, 102). Tüm bu değişimler ile

nasıl baş edeceğini bilemeyen eşlerde, bu durumun ne kadar süreceğine ilişkin belirsizlik ümitsizliğin artmasını sağlamaktadır.

Çizelge 4.4.4. Terminal Dönem Kansere Hastasına Bakım Veren Eşlerin Hastanın Hastanede Kalış süresi İle Duygusal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları

Duygusal Sorunlar	Yatış Süresi													
	1 hafta ve daha az		1-2 hafta		2 hafta		1 ay		1 ay - 2 ay		2 aydan çok			
	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	F	p		
Spiritual sıkıntı	2.13	1.46	1.62	1.36	2.20	1.24	2.28	1.18	2.22	1.20	0.96	0.43	p>0.05	
Ümitsizlik	1.83	1.23	1.46	1.45	2.00	1.12	1.83	0.92	2.33	1.80	0.97	0.43	p>0.05	
Anksiyete	2.57	0.90	2.65	0.98	2.45	1.19	2.28	1.02	2.56	0.73	0.43	0.79	p>0.05	
Etkisiz bireysel başetme	2.53	1.01	2.23	1.18	2.40	1.10	2.83	0.86	2.22	0.67	1.10	0.36	p>0.05	
Karar vermede çatışma	1.43	1.10	1.42	1.10	1.75	1.21	1.83	0.79	1.78	0.67	0.76	0.55	p>0.05	
Korku	2.30	0.99	2.88	0.77	2.75	1.16	2.56	1.15	2.56	1.13	1.28	0.28	p>0.05	
Depresif duygulanım	2.80	0.92	2.62	1.17	2.50	1.19	2.39	1.46	3.11	0.78	0.83	0.51	p>0.05	

Çizelge 4.4.4.'de görüldüğü gibi, terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal sorunları arasında hastanın hastanede kalış süresi ile anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak konuyla ilgili yapılan çalışmalarda araştırma bulgularının aksine hastanın hastanede kalış süresinin uzaması ile eşin duygusal gereksinimlerinde değişim olduğu ve bu değişimin ümitsizlik ve depresyon alanında yaşandığı belirtilmiştir (20, 54, 80, 126). Bu bilgiden yola çıkarak hastanın hastanede kalış süresinin uzamasıyla eşin de bakımın süresi uzamakta ve sürekli hastanın bakımı ile uğraşan eşin yorgunluk ve tükenmişlik hissetmesinin kaçınılmaz olacağı söylenebilmektedir. Aynı zamanda uzun süredir hastaya bakım vermesi nedeni ile eşin yaşama verdiği amaç ve anlam kaybolmakta; bunun sonucunda da eşlerin depresyon ve spiritual sıkıntılarının arttığı görülmektedir. Vachon (1999) da çalışmasında, bu sonuçların zıttı olarak hastanın hastanede kalış süresinin uzaması ile eşlerin bakımı yürütme ile ilgili olarak bilgi ve becerilerinin geliştiği ve böylece de bakım vermenin getirdiği olumsuzluklarla daha etkin baş eden eşlerin depresyon ve diğer olumsuz duygulanımlarında düşüş olduğunu belirtmiştir (118).

4.5. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal Sorunları ile Eşlerin Tanıtıcı Özellikleri Arasındaki İlişki

Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal sorunları ile eşin cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, mesleği, işe devam durumu, algılanan gelir düzeyi, çocuk sayısı, evlilik süresi, evlilikte algılanan paylaşım durumu, ölümden sonra yaşamın varlığına ilişkin inancı, ölüme verdiği anlam, bakım süresi, destek veren kişi sayısı arasında bir ilişki olup olmadığı incelenmiştir. Bulgular Çizelge 4.5.1., 4.5.2., 4.5.3., 4.5.4., 4.5.5., 4.5.6., 4.5.7., 4.5.8., 4.5.9., 4.5.10., 4.5.11., 4.5.12. ve 4.5. 13.'de gösterilmiştir.

Çizelge 4. 5. 1. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Cinsiyeti İle Duygusal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları

Duygusal Sorunlar	Erkek		Kadın		F	p	
	Ort	S.S.	Ort	S.S.			
Spiritual sıkıntı	2.26	1.26	1.94	1.35	1.36	0.25	p>0.05
Ümitsizlik	1.76	1.05	1.84	1.39	0.08	0.78	p>0.05
Anksiyete	2.29	1.00	2.62	0.96	2.62	0.11	p>0.05
Etkisiz bireysel başetme	2.41	0.86	2.48	1.11	0.09	0.76	p>0.05
Karar vermede çatışma	1.35	1.04	1.71	1.03	2.72	0.10	p>0.05
Korku	2.62	1.13	2.59	0.97	0.01	0.91	p>0.05
Depresif duygulanım	2.32	1.25	2.81	1.05	4.35	0.04	p<0.05

Çizelge 4.5.1.'de görüldüğü gibi terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal sorunları ile cinsiyet arasındaki ilişki incelendiğinde depresif duygulanım arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Sonuçlara göre kadınların (2.81±1.05) depresif duygulanıma ilişkin puan ortalamaları erkeklerden (2.32±1.25) daha yüksek çıkmıştır.

Literatür bilgilerine bakıldığında, kadınların depresif duygulanıma erkeklerden daha yatkın oldukları görülmektedir (37, 55, 76, 100). Öz (1998), kadınların toplumsal olarak üstlendikleri rollerin fazla olması ve bakım verme sırasında bu rollerin çeşitlenmesi nedeniyle kadınların stres ve duygusal çatışmaları sıkça yaşadıklarını ve bunun sonucunda da yorgunluk, bitkinlik, tükenmişlik gibi depresif duygulanıma ait semptomlardan dolayı sıkıntı hissettiklerini belirtmiştir (85).

Literatür bilgilerinin belirttiğine göre, kadınlar tarih boyunca toplumun kendilerine atfettiği rollerden ötürü bakım verici rolünü üstlendiklerinden depresif duygulanım dahil olmak üzere diğer duygulanım bozuklukları için erkeklere oranla daha riskli gruptur (24, 48, 49). Kellner ve arkadaşlarının (1996) konu ile ilgili yaptığı çalışmalarında da depresif duygulanımın en fazla kadın olan eşlerde ; bunu takiben ise kız çocuklarda ve diğer kadın yakınlarda yaşandığı görülmektedir (66). Kadınların duygusal gereksinimlerinin fazla olmasını kültürün kadın ve erkeğe yüklediği farklı roller ile açıklayan Anuk (1997)' un bildirdiğine göre, kadın hayata duygu ve sevgiyle bakarken; erkek ise akla ve güce dayanan sistemli bir davranış tarzı göstermektedir (7). Tümer de kadın ve erkek ilişkilerinde ercil ve dişil karakterlerden söz etmekte; ercil karakterin hükmedici, yol gösterici, hareketli ve disiplinli olduğunu dişil karakterin ise uysal, koruyucu, bakım verici, sevgi ve şefkatli bir karaktere sahip olduğunu bildirmektedir (112). Bulgular bu bağlamda incelendiğinde kadınların duygusal algılarının daha etkin olduğu ve terminal dönemde bulunan eşinin durumundan duygusal olarak erkeklere oranla daha fazla etkilendiği görülmektedir.

Kronik psikiyatrik bir hastalığa sahip olan bireye bakım veren eşlerle yapılan bir çalışmada da kadınların depresif duygulanımı erkeklere oranla daha fazla yaşadıkları bulunmuştur (1). Bu da gösteriyor ki depresif duygulanım salt kanser de değil; diğer bakım gerektiren kronik hastalıklarda da en fazla kadınları etkilemektedir.

Yukarıdaki bulgulardan farklı olarak Roberts ve arkadaşları (1999), bakım verme rolü ile kadının kendine güven geliştirdiğini ve bir memnuniyet duyduğunu; bunun sonucunda ise kadının duygusal ve sosyal iyilik halinde artış olduğunu belirtmektedirler (94). Haddad ve arkadaşları da (1996) konu ile ilgili yaptığı çalışmalarında erkeklerin depresif duygulanımlarını kadınlardan daha fazla bulmuştur. Ancak bu çalışmaya getirilen eleştiri örneklemin, semptomları en kötü olan kanser türlerinden olan akciğer ve GIS kanserlerinden seçildiğine yönelik olmuştur (55).

Schulz ve arkadaşları (1996) çalışmalarında cinsiyetin kansere uyumda önemli bir faktör olduğunu vurgulamakta; kadın hasta ise erkek eşin duygusal gereksinimlerinin daha fazla olduğunu belirtmektedirler (98). Çünkü kadın ev ve aile üyelerinin bakımı gibi konularda üstlenmiş olduğu bir çok rol ve sorumluluklarını yerine getiremezken bunları erkek eş devir almak zorunda kalır. Kadın eşlerin cinsiyetinin getirdiği rol ve sorumluluklarından olan bu işler yaşamlarında değişikliğe yol açmazken erkek eşler bunun aksine yeni rol ve sorumluluklarına uyum yapmakta güçlük çekmekte ve bunun sonucu olarak da duygusal alanda kadın eşlere oranla daha fazla sorun yaşamaktadırlar.

Çizelge 4.5.2. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Yaşı İle Duygusal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları

Duygusal Sorunlar	Yaş													
	35'den az		35-44		45-54		55-64		65 ve daha fazla					
	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	F	p		
Spiritual sıkıntı	2.80	1.42	2.54	1.07	1.89	1.26	1.73	1.42	1.00	0.74	5.11	0.00	p<0.05	*
Ümitsizlik	2.40	1.24	2.00	1.02	1.75	1.32	1.41	1.44	1.58	1.31	1.62	0.17	p>0.05	
Anksiyete	2.60	0.74	2.35	1.16	2.64	0.83	2.41	0.85	2.67	1.37	0.47	0.76	p>0.05	
Etkisiz bireysel başatme	2.33	0.82	2.65	1.09	2.46	1.04	2.50	1.14	2.08	0.90	0.69	0.60	p>0.05	
Karar vermede çatışma	1.60	1.06	1.85	1.19	1.54	0.96	1.68	0.99	1.00	0.85	1.44	0.23	p>0.05	
Korku	3.40	0.83	2.35	1.16	2.71	0.76	2.45	0.96	2.17	1.11	3.81	0.01	p<0.05	*
Depresif duygulanım	2.60	1.18	2.85	1.29	2.82	1.09	2.36	0.90	2.42	1.24	0.83	0.51	p>0.05	

Çizelge 4.5.2.'de görüldüğü gibi terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal sorunları ile yaşları arasındaki ilişki incelendiğinde, spiritual sıkıntı ve korku ile eşin yaşı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu bulgular Çizelge 4.4.1.'deki hastanın yaşı bulguları ile birlikte tartışılmıştır.

Çizelge 4.4.1. ve 4.5.2.'deki bulgulara göre 35 yaşın altındaki hasta (2.62 ± 1.45) ve eşlerinde (2.80 ± 1.42) spiritual sıkıntının ortalama puanı en yüksek bulunmuştur. Bu bulgulardan yola çıkarak, 35 yaşdan daha küçük hasta ve bu hastaya bakım veren eşlerin spiritual gereksinimlerinin diğer yaş gruplarına göre daha fazla olduğu; bu sorunların yaş arttıkça giderek azaldığı ve 65 yaştan sonra gerek hasta (1.35 ± 1.06) gerekse eş de (1.00 ± 0.74) en az yaşandığı söylenebilir.

Konu ile ilgili yapılmış olan çalışmalar da araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir (2, 22, 65, 66, 82, 94, 96, 102, 122). Yaşın artması ile birlikte ölüme yaklaşma gündeme geldiğinden bireyler hastalık durumu olmasa bile buna daha hazırlıklı bulunmaktadır. Oysa yaş azaldıkça bireyler spiritual boyuttan öte daha çok günlük yaşamsal aktivitelerle uğraşmaktadırlar. Yeung ve arkadaşlarının (1999) belirttiğine göre spiritual sıkıntı genç yaştaki hasta ve eşlerinde yaşlılara oranla daha fazla hissedilmektedir (127). Aynı çalışmada yaşın artması ile birlikte hastalarda ölüme hazır oluşluk düzeyinin arttığı; bunun sonucu olarak da spiritual gereksinimlerin azaldığı belirtilmektedir. Hastanın duygusal durumunun bakım veren eşin duygusal durumunu etkilediği göz önünde bulundurulduğunda, buna bağlı olarak eşin spiritual gereksinimleri de azaltmaktadır. Yaş azaldıkça ise hasta ve eşlerinin ölümü kabul etmeleri daha zor olmakta ve bu da spiritual gereksinimleri artırmaktadır.

Spiritual sıkıntıda olduğu gibi korku da 35 yaşın altındaki eşlerde en yüksek (3.40 ± 0.83) ; 65 yaş ve üzerindeki eşlerde ise en düşük düzeydedir (2.17 ± 1.11). Bu bulgulara dayalı olarak korkunun 35 yaşın altındaki eşlerde daha fazla; 65 yaş ve üzerindeki eşlerde ise daha az yaşandığı ve yaşın azalması ile korku oranında artış görüldüğü söylenebilmektedir.

Araştırmanın bulguları daha önce konu ile ilgili yapılmış çalışmaların bulguları ile uygunluk göstermektedir. Bu çalışmalarda 35 yaş altı genç ve genç yetişkinlerin gelecek beklentilerinin ve hedeflerinin kesintiye uğrayacağını düşüncelerinden kaynaklanan korkularının spiritual sıkıntıdan daha fazla olduğu ve bunların yaşıyla artması ile birlikte azaldığı belirtilmiştir (6, 14, 20, 54, 55, 100).

Flaskerud ve arkadaşlarının (2000) AIDS, demans ve kanser hastalarına bakım veren eşler ile yaptıkları çalışmalarında en az duygusal gereksinimin demans hastasına bakım veren eşlerde olduğu ortaya çıkmıştır. Araştırmada bunun nedeni demanslı hastaya bakım veren eşlerin 60 yaşından büyük oluşuna ve uzun süre bakım verdiklerinden dolayı durum ile nasıl baş edeceklerini öğrenmiş olmalarına bağlanmıştır (43). Bloom'un (1996) çalışmasında da yaş arttıkça bireylerin stresli yaşam olayları ile daha etkin baş ettikleri; yaş azaldıkça ise etkisiz baş etmenin arttığı belirtilmiştir (14).

Given ve Given' in (1996) belirttiğine göre 35 yaş altında yetişkinler hastalık süreci boyunca rol performansında değişimi oldukça yoğun yaşamaktadırlar (48). Bu yaşlarda çiftler çocuk sahibi ise hem çocukların bakım gereksinimleri hem de eşlerin meslek yaşamlarının sürekliliğini sağlamaya ilişkin sorumlulukları vardır. Oysa yaş arttıkça çocuk bakımı ve mesleki yaşamı sürdürmeye ilişkin sorumluluklar olmadığından eşler yalnızca hastanın bakımı ile ilgilenebilmekte ve diğer roller konusunda belirsizlik ve korku hissetmemektedirler. Öte yandan yaşıyla artması ile birlikte, bakıma çoğu zaman çocukların destek verdiği gözlenmektedir. Bu da yaşlı bireyin duygusal sıkıntısını azaltmakta ve bu alanda daha az gereksinim oluşmasını sağlamaktadır. Genç bakım verenlerde ise bakıma destek veren kişi sayısı yaşlılara oranla daha az olduğundan bu eşlerde sosyal destek azlığı nedeni ile gereksinimler artmaktadır.

Schover'a (1996) göre 35 yaş altı eşlerde korkunun diğer bir sebebi de cinsellik alanında kayıp yaşamlarından ileri gelmektedir (97). Bu yaşlarda cinsel olarak aktif olan bireylerin, hasta olan cinsel partnerin bu alandaki fonksiyonlarını yerine getirememesi nedeniyle cinsellik kaybına ilişkin korkuları daha fazla

yaşadıkları belirtilirken; 60 yaş üstü eşlerde ise cinsel rol kaybına ilişkin sıkıntıya rastlanmamaktadır.

Çizelge 4.5.3. Terminal Dönem Kansere Hastasına Bakım Veren Eşlerin Eğitim Durumları İle Duygusal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları

Duygusal Sorunlar	Eğitim Durumu										
	İlkokul		Ortaokul		Lise		Üniversite				
	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	F	p	
Spiritual sıkıntı	1.79	1.22	2.20	1.28	2.41	1.62	2.75	1.16	2.04	0.11	p>0.05
Ümitsizlik	1.66	1.21	1.95	1.43	2.00	1.37	2.25	1.28	0.80	0.50	p>0.05
Anksiyete	2.66	0.91	2.20	1.20	2.59	0.87	2.13	0.99	1.57	0.20	p>0.05
Etkisiz bireysel başetme	2.60	1.01	2.45	1.05	2.24	1.15	1.88	0.64	1.54	0.21	p>0.05
Karar vermede çatışma	1.48	1.08	1.75	1.12	2.00	0.71	1.13	0.99	1.81	0.15	p>0.05
Korku	2.53	0.98	2.35	1.18	3.12	0.70	2.63	1.30	1.99	0.12	p>0.05
Depresif duygulanım	2.50	1.14	2.85	1.27	2.88	0.99	2.75	1.04	0.80	0.50	p>0.05

Çizelge 4.5.3.'de görüldüğü gibi terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal sorunları ile eğitim durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Araştırma bulgularının aksine Chan ve Chang'ın (1999) çalışmalarında terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşin eğitim seviyesi düştükçe duygusal sorunlarında artış olduğu ve eğitim seviyesinin yükselmesiyle de bu sorunlarda azalma olduğu görülmektedir (20). Farklı çalışmalar eğitim seviyesinin sorunları etkilediği üzerinde dururken bunu eğitim seviyesi ile baş etme becerileri arasındaki ilişkiye dayandırmaktadırlar (17, 54, 70, 92). Bu çalışmalara göre eğitim seviyesi yükseldikçe bireylerin bilgi alma oranı arttığından olaylar üzerinde daha fazla kontrol sağlamakta ve buna bağlı olarak da stresli yaşam olayları ile daha etkin baş etmektedirler. Ayrıca eğitim düzeyi yükseldikçe bireylerin sosyoekonomik düzeyinin de yükseldiği göz önünde bulundurulduğunda bakıma destek verecek sosyal kaynaklara ulaşım kolaylaşmaktadır. Sosyal destek kaynakları da hastaya bakım verirken eşin yükünü hafifleterek duygusal sorunları azaltmaktadır.

Bu araştırmada ise terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal sorunlarının eēitim düzeyinden çok diēer faktörlerden etkilendiēi düşünülmektedir. Gözlemlere göre ülkemizde verilen eēitimin bireylerin baş etme becerilerine katkıda bulunacak bir eēitim olmadığı, aynı zamanda eēitim seviyesi ve ekonomik durum arasında da doēru orantılı bir ilişki bulunmadıēından gereksinimlerin eēitim seviyesine göre deēiřmediēi söylenebilir. Aynı zamanda yukarıdaki araştırma sonuçlarına göre ekonomik durumu iyi olan eşlerin sosyal destek kaynaklarından yararlandıkları ve bu destek kaynaklarının da bakım yükünü hafiflettiēi üzerinde durulmuştur. Ancak  lkemizde bu tür sosyal destek kaynaklarının bulunmayışı ve az sayıda var olanlarda da toplum tarafından "hastasına bakamadı" şeklindeki yargılanma kaygısı nedeni ile faydalanılmadıēı da bilinmektedir.



Çizelge 4.5.4.'de görüldüğü gibi terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal sorunları ile meslekleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Araştırmada eşlerin büyük çoğunluğunu ev hanımları oluşturmaktadır (%55.3). Bu bulgu, ev hanımlarının duygusal gereksinimlerinin daha fazla olmasının kadınların duygusal gereksinimlerinin fazla oluşuna ve karar verme sürecine katılımlarının yeterli düzeyde olmamasına bağlı olabileceğini düşündürmektedir. Konu ile ilgili araştırmalarda da, çalışmayan eşlerde mesleki rollerde bir değişim olmamakta ancak kanser hastalığının tedavi ve bakımının aileye getirdiği ekonomik zorlanmalar nedeniyle eşlerin duygusal gereksinimlerinde artış olduğu görülmektedir (20, 24, 48, 49, 120).

Çizelge 4.5.5. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin İşe Devam Durumu İle Duygusal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları

Duygusal Sorunlar	İşe Devam Durumu						F	p	
	Ücretli izin Ort	S.S.	Ücretsiz izin Ort	S.S.	İşe devam Ort	S.S.			
Spiritual sıkıntı	2.17	1.60	1.71	1.49	2.85	1.14	3.03	0.06	p>0.05
Ümitsizlik	1.50	1.05	1.64	1.34	1.90	0.97	0.39	0.68	p>0.05
Anksiyete	2.33	0.82	2.21	0.89	2.45	1.00	0.26	0.77	p>0.05
Etkisiz bireysel başetme	2.33	0.82	2.43	0.76	2.40	0.68	0.04	0.96	p>0.05
Karar vermede çatışma	1.83	0.75	1.71	1.38	1.35	0.93	0.69	0.51	p>0.05
Korku	2.17	1.72	3.07	0.83	2.50	1.10	1.72	0.19	p>0.05
Depresif duygulanım	2.50	1.38	2.86	1.10	2.35	1.27	0.71	0.50	p>0.05

Çizelge 4.5.5.'de görüldüğü gibi terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal sorunları ile çalışmakta olan eşlerin işe devam durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bulgular Çizelge 4.5.6.'daki algılanan gelir düzeyi bulguları ile birlikte tartışılmıştır.

Çizelge 4.5.6. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Algıladıkları Gelir Düzeyi İle Duygusal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları

Duygusal Sorunlar	Gelir Düzeyi								
	İyi		Orta		Kötü		F	P	
	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.			
Spiritual sıkıntı	2.06	1.29	1.96	1.36	2.19	1.31	0.29	0.75	p>0.05
Ümitsizlik	1.94	1.24	1.71	1.27	1.94	1.34	0.40	0.67	p>0.05
Anksiyete	2.19	1.05	2.60	1.01	2.53	0.88	1.11	0.33	p>0.05
Etkisiz bireysel baş etme	1.88	0.81	2.42	1.07	2.81	0.93	4.87	0.01	p<0.05 *
Karar vermede çatışma	1.44	0.81	1.65	1.11	1.56	1.05	0.28	0.75	p>0.05
Korku	2.69	0.87	2.62	0.97	2.53	1.19	0.14	0.87	p>0.05
Depresif duygulanım	2.81	0.98	2.64	1.08	2.59	1.32	0.20	0.82	p>0.05

Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal sorunları ile algıladıkları gelir düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde, etkisiz bireysel baş etme açısından anlamlı ilişki bulunmuştur. Bulgular Çizelge 4.5.6.'da gösterilmiştir.

Araştırma bulgularına göre gelir düzeyi kötüleştikçe eşlerin baş etme durumlarında azalma olmaktadır. Bu bulgulara göre gelir düzeyini iyi olarak algılayan eşlerin (1.88 ± 0.81), ekonomik durumunu kötü olarak algılayanlara (2.81 ± 0.93) göre stresli yaşam olayları ile daha etkin baş edebildikleri söylenebilmektedir.

Konuyla ilgili literatür bilgileri araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Araştırmalarda gelir düzeyi düştükçe kanser hastasına bakım veren eşlerin bakım ve diğer yaşantıları ile ilgili stresörlere uyum sağlayamadığı; kendine ve başkalarına karşı yıkıcı davranışlarda bulunduğu, yüksek düzeyde anksiyete yaşadığı ve çevresinden kendini izole ettiği vurgulanmaktadır (15, 17, 54, 55, 76, 121, 126). Özellikle işten ayrılma veya ücretsiz izin durumlarında eşlerin ekonomik sorunlarının arttığı göz önünde bulundurulduğunda geleceğe ilişkin belirsizlikler

artmakta ve bu da eşlerde depresyon, anksiyete, ümitsizlik gibi olumsuz duygulanımları beraberinde getirmektedir.

Öz'e (1998) göre kanser pahalı ve sürekli bakımı zorunlu kılan kronik bir hastalık olmasından ötürü ailenin ekonomik kaynaklarını da beraberinde tüketmektedir (85). Terminal dönemde ise tedavi ve bakım daha yoğun olduğundan harcamalar artmakta, bu da bakım ve ailenin günlük yaşamının devamını sağlama zorunluluğu olan eşlerin yüklerini artırmaktadır. Ekonomik zorlanmalar ile eşler gerek hastanın gereksinimlerini gerekse ailenin diğer üyelerinin gereksinimlerini karşılamada zorlanmaktadır. Bu gereksinimler arasında giyim, beslenme, ulaşım, çocuk bakımı, hastanın tedavi masrafları yer almaktadır. Bu gereksinimleri karşılayamayan eşler sorunlarla artık baş edemediklerini sözel olarak ifade ederken kimisi de bunu kendine ve çevresindekilere karşı yıkıcı davranışlar olarak göstermektedir. Eşin öfkesi hastaya olabildiği gibi aile üyelerine ve sıklıkla da sağlık personeline olmaktadır. Kellner'e göre (1996) bu öfke duygusunun altında yatan temel neden geleceğe ve içinde bulunduğu durumdan kurtulamayacağına ilişkin bireyin yaşadığı ümitsizlik duygusudur (49).

Konuyla ilgili yapılmış olan farklı çalışmalarda gelir düzeyinin iyi olması ile birlikte eşlerin bakım verme sırasında destek alabilecekleri kaynaklara ulaşımının kolaylaştığı ve bu destek kaynakları ile bakım yükünü daha az hissettikleri belirtilmiştir (6, 20, 77, 100). Sosyal destek kaynaklarının bireylerin stresörlerle etkin olarak baş edebilmesine olumlu etkileri bulunduğundan, gelir düzeyinin iyi olması dolaylı olarak bireylerin stresörlerle etkin olarak baş etmesini sağlayabilmektedir.

Çizelge 4.5.7. Terminal Dönem Kansere Hastasına Bakım Veren Eşlerin Çocuk Sayısı İle Duygusal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları

Duygusal Sorunlar	Çocuk sayısı															
	0		1		2		3		4		5 +					
	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	F	p		
Spiritual sıkıntı	2.00	1.41	2.64	1.50	2.46	1.07	1.88	1.36	1.88	1.15	1.44	1.46	1.96	0.09	p>0.05	
Ümitsizlik	3.00	0.89	2.18	1.33	2.04	1.23	1.75	1.33	1.25	1.06	1.44	1.29	2.47	0.04	p<0.05	
Anksiyete	2.83	0.75	2.55	0.52	2.54	0.96	2.38	1.06	2.38	1.26	2.67	0.97	0.37	0.87	p>0.05	
Etkisiz bireysel başetme	2.67	1.03	2.09	0.54	2.54	1.20	2.33	1.05	2.56	1.03	2.56	0.98	0.49	0.79	p>0.05	
Karar vermede çalışma	1.50	1.05	1.64	0.92	1.68	0.94	1.83	1.01	1.25	1.18	1.44	1.20	0.72	0.61	p>0.05	
Korku	2.83	1.17	2.82	0.87	2.71	0.90	2.83	0.92	2.00	1.21	2.44	1.10	1.73	0.14	p>0.05	
Depresif duygulanım	2.67	1.21	2.82	1.33	2.46	1.26	2.75	1.03	2.38	1.09	2.94	1.00	0.65	0.66	p>0.05	

Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal sorunları ile çocuk sayısı arasındaki ilişki incelendiğinde eşlerin ümitsizlik yaşamaları açısından ilişki anlamlı bulunmuş ve bulgular Çizelge 4.5.7.'de gösterilmiştir.

Ümitsizliğe ilişkin puan ortalamalarına bakıldığında çocuğu olmayan eşlerde (3.00 ± 0.89) çocuğu olanlara göre daha yüksek düzeyde ümitsizlik yaşandığı ve çocuk sayısı arttıkça eşlerin ümitsizliğinin azaldığı görülmektedir. 5'den fazla çocuğa sahip olan eşlerde (1.44 ± 1.29) ümitsizlik; çocuk sayısı daha az olan eşlere göre daha az yaşanmaktadır

Sosyal desteğin bireylere stres verici yaşam olayları ile baş edebilmesinde yardımcı olduğu literatürdeki araştırmalarca desteklenmiştir (14, 20, 42, 55, 120). Araştırmada da Çizelge 6.2.'deki eşlerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular incelendiğinde, hastaya bakım verirken eşe sosyal destek veren kişiler arasında ilk sırayı çocuklar almaktadır (%45.7). Çocukların sağladığı bu sosyal destek kişilerin hastanın ve kendi gelecekleri ile kaygılarını azaltarak ümitsizliğin daha az yaşanmasını sağlarken çocuğu olmayan eşlerde sosyal destek kaynaklarının kısıtlı veya olmayışı eşin kendi ve ailesi ile ilgili ümitsizlik yaşamalarını artırmaktadır.

Bu bulguları Kağıtçıbaşı'nın (1990) çocuğa atfedilen değeri araştıran çalışması desteklemektedir. Yazara göre, geleneksel kültürlerde insanların çocukları büyüdükçe onlarda görmek istedikleri özellikler arasında yaşlılıklarında veya hastalıklarına çocuklarının kendilerine yakınlık, sadakat, vefakarlık göstererek gereksinimlerini karşılamaları vardır (62). Toplumumuzda çocuk sahibi olma ya da başka çocuk isteme nedeni olarak çocukları yaşlılık güvencesi olarak algılama mevcuttur. Çocuğa atfedilen bu değer modernleşme, kentleşme ve sosyoekonomik durumun artmasıyla gücünü kaybetmektedir. Ancak duygusal düzeyde bu gereksinim sürekli devam etmektedir. Araştırmadaki bu bulguların aksine konu ile ilgili farklı çalışmalarda terminal dönemdeki kanser hastasına bakım verirken çocuğun varlığı ve sayısının artması duygusal gereksinimlerde artış olduğu belirtilmiştir (22, 51, 102). Çocuğun yetişkin olmaması, ev ve iş ile ilgili sorumlulukların yanında çocuk bakımını gündeme getirmekte; bu da eşin yükünü daha da artırmaktadır. Ancak bu çalışmalar batı kültüründe yapıldığından, sonuçlar araştırma bulguları ile uyuşmamaktadır. Batı kültüründe aile içi bağlılık daha az olup otonomi ve bireysellik doğu kültürüne oranla daha fazladır. Batı kültüründe çocuğa yaşlılık güvencesi değeri atfedilmediğinden bireyler bakım verme sırasında çocuk varlığını stresör olarak algılamaktadırlar.

Çizelge 4.5.8. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Evlilik Süreleri İle Duygusal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları

Duygusal Sorunlar	Evlilik Süresi													
	10 yıldan az		10-19		20-29		30-39		40 yıl ve fazla					
	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	F	p		
Spiritual sıkıntı	3.00	1.34	2.44	0.98	2.31	1.23	1.62	1.45	1.42	1.07	4.42	0.00	p<0.05	*
Ümitsizlik	2.73	1.10	2.06	1.16	1.85	1.05	1.52	1.55	1.47	1.12	2.41	0.05	p>0.05	
Anksiyete	2.55	0.69	2.17	0.92	2.62	1.06	2.59	0.95	2.58	1.12	0.69	0.60	p>0.05	
Etkisiz bireysel başetme	2.27	0.90	2.72	0.67	2.54	1.17	2.34	1.08	2.37	1.12	0.54	0.71	p>0.05	
Karar vermede çatışma	1.91	0.94	1.28	1.13	1.96	1.22	1.52	0.74	1.32	1.06	1.92	0.11	p>0.05	
Korku	3.18	0.87	2.22	1.44	3.00	0.69	2.55	0.91	2.16	0.90	3.77	0.01	p<0.05	*
Depresif duygulanım	2.82	1.08	2.83	1.34	2.69	1.09	2.69	0.97	2.26	1.28	0.74	0.57	p>0.05	

Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal sorunları ile evlilik süresi arasındaki ilişki incelendiğinde, eşlerin spiritual sıkıntı ve korku yaşamaları açısından anlamlı ilişki bulunmuştur. Bulgular Çizelge 7.3.8'de gösterilmektedir.

Bulgulara göre 10 yıldan daha az evli olan eşler spiritual sıkıntı (3.00 ± 1.34) ve korkuyu (3.18 ± 0.87) diğer eşlere göre daha fazla yaşamaktadır. Evlilik süresi arttıkça bu duygusal sorunlarda azalma görülürken, 40 yıldan daha fazla süre evli olan eşlerde spiritual sıkıntı (1.42 ± 1.07) ve korku (2.16 ± 0.90) diğer evlilik sürelerine göre en az yaşanılmaktadır. Konu ile ilgili literatür bilgileri incelendiğinde, araştırmanın bulguları ile benzer bulgulara rastlanmaktadır. Northouse'un (1996) yaptığı çalışmada evlilik süresi 15 yıldan az olan bireylerde geleceğe ilişkin korku ve kaygıların daha fazla yaşandığı belirtilmiştir (80). Öz'ün belirttiğine göre de evlilik süresi 5 yıldan az olduğunda kanser hastalığı eşlerin duygusal alanda daha fazla sorun yaşamalarına yol açmakta; bunun sonucunda da boşanma veya ayrılmalar gündeme gelebilmektedir (85).

Given ve Given (1996) bakım sırasında eşlerin, hasta olan eş dışında ailenin diğer üyeleri ve çocuklarının geleceğine ilişkin belirsizlik yaşadıklarını bunun sonucunda da geleceğe ilişkin korkularının arttığını belirtmektedir. Aynı yazarlara göre evlilik süresi 10 yıldan daha az olan eşlerde geleceğe ilişkin olan bu korku daha sık yaşanmaktadır (48). 10 yıldan daha az evlilik süresi olan eşlerin evlilik süresi 40 yıldan fazla olanlara oranla daha genç oldukları dikkate alındığında, bu bulgunun nedeni daha önce yapılmış olan çalışmalarca, yaşlı bireylerin ölüme hazır oluşluk düzeyinin yüksek oluşu ve yaşla birlikte baş etme mekanizmalarının artması ile açıklanmaktadır (14, 20, 55, 100, 126). Araştırma bulguları incelendiğinde eşlerin spiritual sıkıntılarının da yaş ile birlikte azaldığı görülmektedir. Spiritual boyutun yaşamın her döneminde var olduğu ve bireyin duygusal iyilik halini artırdığı literatür bilgilerine yansımıştır (22, 82, 96, 102, 109). Konu ile ilgili çalışmalar yaşlı ilerlemiş olan eşlerin ölüm kavramına yaşı daha genç olanlara göre daha hazırlıklı olduğunu ve bunun da ölümü daha kolay kabullenmelerini sağladığını belirtmiştir (2, 122, 127). Bu bulgulara göre evlilik süresi azaldıkça eşlerin ölüme hazır oluş düzeyleri düşmekte ve böylece spiritual sıkıntıyı evlilik süresi daha uzun olan eşlere oranla daha fazla yaşamaktadırlar.

Çizelge 4.5.9. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Evliliklerinde Algıladıkları Paylaşım Durumu İle Duygusal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları

Duygusal Sorunlar	Evlilikteki Paylaşım									
	Destekleyen Paylaşım		Mutsuz Paylaşım		Neşeli Paylaşım		Habersiz Paylaşım		F	p
	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.		
Spiritual sıkıntı	1.89	1.25	2.15	1.10	2.44	1.69	1.87	1.36	0.90	0.44 p>0.05
Ümitsizlik	2.23	1.29	1.52	1.09	2.28	1.36	1.17	1.11	4.90	0.00 p<0.05 *
Anksiyete	2.71	1.02	2.48	1.01	2.50	0.79	2.26	1.01	1.01	0.39 p>0.05
Etkisiz bireysel baş etme	2.23	1.00	2.74	1.06	2.33	1.08	2.57	0.95	1.46	0.23 p>0.05
Karar vermede çatışma	1.83	1.07	1.52	1.09	1.61	0.78	1.30	1.11	1.24	0.30 p>0.05
Korku	2.89	0.99	2.19	0.96	2.50	1.04	2.74	1.01	2.72	0.05 p<0.05 *
Depresif duygulanım	3.03	1.01	2.41	1.22	2.83	1.10	2.22	1.09	3.17	0.03 p<0.05 *

Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal sorunları ile evliliklerinde algıladıkları paylaşım durumları arasındaki ilişki incelendiğinde eşlerin ümitsizlik , korku ve depresif duygulanım yaşamaları açısından ilişki anlamlı bulunmuş ve bulgular Çizelge 4.5.9.'da gösterilmiştir.

Birbiri ile neşeli, keyifli ve ortak karar verebilen paylaşımları olan eşlerde ümitsizlik en sık rastlanan duygusal sorundur (2.28 ± 1.36). Bunu ikinci sırada birbirini destekleyen ve koruyan paylaşımları olan evlilikler izlemektedir (2.23 ± 1.29). Ümitsizliğin en az yaşandığı evlilikler ise birbirinden habersiz, soğuk ve iletişimi bozuk paylaşımı olan evlilikler (1.17 ± 1.11) ile çoğu zaman anlaşmazlıkları ve tartışmaları olan mutsuz paylaşımı olan evliliklerdir (1.52 ± 1.09).

Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin evliliklerinde algıladıkları paylaşım durumuna göre yaşadıkları diğer duygusal sorun depresif duygulanımdır. Depresif duygulanım en fazla birbirini destekleyen ve koruyan paylaşımı olan evlilikler (3.03 ± 1.01) ile neşeli, keyifli ve ortak karar verebilen evliliklerde bulunmaktadır (2.83 ± 1.10). Bu duygulanıma ise en az, anlaşmazlıkları ve tartışmaları olan mutsuz paylaşımı olan evlilikler (2.41 ± 1.22) ile birbirinden habersiz, soğuk ve iletişimi bozuk paylaşımı olan evliliklerde rastlanmaktadır (2.22 ± 1.09). Bulgulardan anlaşıldığı üzere evlilikteki paylaşımlarını olumlu algılayan eşlerde ümitsizlik ve depresif duygulanım evliliklerini olumsuz olarak algılayan eşlere oranla daha fazla yaşanmaktadır.

Konu ile ilgili literatür incelendiğinde, bulguların araştırmanın bulguları ile ters düştüğü görülmektedir. Bu çalışmalarda evlilikteki uyum ne kadar yüksek ve çatışma ne kadar az ise duygusal gereksinimlerin daha az olduğu belirtilmiştir (13, 17, 29, 66, 120). Bu durum eşlerin evlilik uyumu yüksek olduğunda bakımı, uyumsuz evlilikleri olan eşlere oranla daha az yük verici olarak algılamalarından kaynaklanmaktadır. Acı çekmekte olan eşlerine yardımcı olabilmek onların bakımından doyum almasını sağlamakta bu da eşlerin depresyon ve ümitsizlik gibi olumsuz duygulanımlarını azaltmaktadır. Bakımı yük olarak algılayan eşlerde ise

depresif duygulanımın ve ümitsizliğin fazla olduğu ve bu eşlerin evliliklerindeki paylaşım durumlarından memnun olmadıkları görülmektedir. Carmen ve arkadaşlarına (1999) göre, evliliklerinde yüksek çatışmanın olduğu eşlerde ümitsizlik ve depresyon gibi olumsuz duygulanımların nedenlerinden biri de eşlerin geçmiş veya şu andaki yaşantılarına ilişkin suçluluk ve pişmanlık duygularıdır (17). Hastanın kanser olmasına neden olduğunu düşünme gibi yüksek düzeyde suçlanma ve pişmanlıkları olan eşler depresif duygulanımı diğer eşlere oranla daha yoğun yaşamaktadırlar. Eğer hastanın semptomları ağır ve bilinç durumunun kapalı olmasından dolayı iletişim kurma sınırlılığı da varsa bu eşlerin yaşadığı depresif duygulanım şiddetlenmektedir. Anuk da (1997) bu olumsuz duygulanımları eşlerin o ana kadar olan geçmiş yaşantısının tatmin edici olmamasıyla ve bu doyumsuzluğun sürekli olacağına ilişkin inancı ile ilişkili bulmuştur (7).

Konu ile ilgili literatür incelendiğinde araştırmanın bulgularını destekleyen bulgulara da rastlanmaktadır (14, 24, 40, 98). Evliliklerinde birbirlerine bağlı olan eşler sevdikleri bireyin kaybına hazır bulunmadığından eşlerini kaybetmiş olarak algılamakta ve erken yas sürecini yaşamaktadırlar. Böyle bir durumda ise birbirleri ile çatışma yaşamayan eşlerde depresif duygulanım, korku ve ümitsizlik gibi olumsuz duygulanımlara daha fazla rastlanmaktadır. Bu duygulanımların bir diğer nedeni de eşlerin hastanın kaybını yalnızca eş kaybı olarak değil; duygusal ve sosyal destek kaybı olarak algılamaları olup eşler bu algılarından dolayı ümitsizlik ve depresif duygulanımı daha yoğun yaşamaktadırlar.

Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerde evliliklerinde algıladıkları paylaşım durumuna göre yaşadıkları diğer bir duygusal sorun ise korkudur. Araştırma bulgularında korkuya en fazla birbirini destekleyen ve koruyan eşlerde rastlanmaktadır (2.89 ± 0.99). Bunu ikinci sırada birbirinden habersiz ve iletişimi bozuk paylaşım izlemektedir (2.74 ± 1.01). Çoğu zaman anlaşmazlıkları ve tartışmaları olan mutsuz paylaşımlarda ise korku en az hissedilmektedir (2.19 ± 0.96).

Yukarıdaki bulgulara göre evlilikte çatışma ne kadar az ve uyum ne kadar yüksek ise korkunun daha fazla hissedildiği görülmektedir. Farklı çalışmalarda bu

korkunun kaynağı olarak hastanın ölümünden sonra eşin yaşamının nasıl olacağına dair endişeler ile eşin aniden ölme ihtimali gösterilmektedir (22, 48, 109, 120). Birbirinden habersiz, soğuk ve iletişimi bozuk olan paylaşımlarda ise korkunun nedeni Northouse'a (1996) göre bilgi eksikliğinden kaynaklanmaktadır (80). Bu tür olumsuz paylaşımı olan eşlerde hasta ile iletişim olmamakta ve bu da hasta ile karşılıklı duygu paylaşımını azaltmaktadır. Bu eşler aynı zamanda sağlık çalışanlarından bilgi almaktan da kaçınmakta ve hastanın sadece fiziksel gereksinimlerini karşılayarak nihai sonu beklemektedirler. Böyle bir durumda duygusal paylaşım olmadığından bakım yük olarak algılanmakta ve durumun ne kadar daha süreceğine ilişkin kaygı ve korkular bulunmaktadır. Hastanın fiziksel ve duygusal durumuna ilişkin bilgi eksikliği de bu eşlerde belirsizlik duygusunun ve buna bağlı olarak duygusal sorunların artmasına neden olmaktadır .

Çizelge 4.5.10. Terminal Dönem Kansere Hastasına Bakım Veren Eşlerin Ölümünden Sonra Yaşam İnancı İle Duygusal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları

Duygusal Sorunlar	Var		Kararsız		Yok		F	p	
	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.			
Spiritual sıkıntı	2.00	1.24	2.20	1.44	2.00	1.51	0.21	0.81	p>0.05
Ümitsizlik	1.74	1.28	2.04	1.21	1.75	1.44	0.50	0.61	p>0.05
Anksiyete	2.44	0.99	2.56	1.04	2.75	0.86	0.69	0.51	p>0.05
Etkisiz bireysel başetme	2.44	1.05	2.32	1.03	2.75	0.93	0.89	0.42	p>0.05
Karar vermede çatışma	1.60	1.03	1.72	1.10	1.38	1.02	0.53	0.59	p>0.05
Korku	2.73	0.96	2.40	1.26	2.44	0.81	1.15	0.32	p>0.05
Depresif duygulanım	2.71	1.15	2.72	1.02	2.31	1.25	0.84	0.44	p>0.05

Çizelge 4.5.10.'da görüldüğü üzere terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşin duygusal sorunları ile ölümünden sonra yaşamın varlığına ilişkin inançları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bulgular Çizelge 4.5.11.'deki ölüme verilen anlam bulguları ile birlikte tartışılmıştır.

Çizelge 4.5.11. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Ölümüne Verdikleri Anlam İle Duygusal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları

Duygusal Sorunlar	Ölümün anlamı						p
	Bitiş		Başlangıç		F		
	Ort	S.S.	Ort	S.S.			
Spiritual sıkıntı	2.29	1.37	1.84	1.26	3.09	0.08	p>0.05
Ümitsizlik	1.83	1.33	1.80	1.25	0.02	0.90	p>0.05
Anksiyete	2.60	0.89	2.44	1.05	0.75	0.39	p>0.05
Etkisiz bireysel başetme	2.52	0.95	2.40	1.10	0.35	0.55	p>0.05
Karar vermede çatışma	1.63	1.10	1.56	1.00	0.09	0.77	p>0.05
Korku	2.54	1.05	2.65	1.00	0.31	0.58	p>0.05
Depresif duygulanım	2.73	1.03	2.58	1.23	0.43	0.51	p>0.05

Çizelge 4.5.11.'de görüldüğü gibi terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşin duygusal sorunları ile ölümüne verdikleri anlam arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ancak ölümü bir bitiş olarak algılayan eşlerin duygusal sorunları (korku hariç), ölümü başlangıç olarak algılayan eşlere göre daha yüksek bulunmuştur.

Literatüre göre ölüm korkusu, insan korkularının temellerinden biri olduğundan doğumdan itibaren tüm insanlarda bulunmaktadır (17, 63, 112). Bu bağlamda literatürde yer alan konu ile ilgili araştırmalar incelendiğinde, ölümüne verilen anlam ile ölümden sonra yaşamın varlığına ilişkin inançların bireylerin ölüm ile baş etmelerini etkilediği görülmektedir (82, 85, 109, 122, 127). Çalışmalarda ölümü yeni bir başlangıç olarak algılayan hasta ve hastaya bakım veren yakınlarında korku, anksiyete gibi olumsuz duygulanımların şiddeti ölümü bitiş, yok olma olarak algılayanlara oranla daha düşük bulunmuştur (2, 96).

Gotay'a (1996) göre ölümle baş etme biçimi kültürden kültüre çeşitlilik göstermektedir (51). Bireyler de kanseri ölümle eş tuttuklarından kanserle baş etme ölümle baş etme anlamına gelmekte ve kültürden kültüre çeşitlilik gösteren ölüm anlamı bireylerin baş etme biçimini etkilemektedir. Çalışmalar dinin de kültürün bir

parçası olduğunu ve ölüme verilen anlamı etkilediğini belirtmektedir (22, 102). İslamiyet'te ölüm yeni bir doğuş ve Allah'ın takdiri olarak görüldüğünden buna karşı çabalamanın yanlış olduğuna inanılmaktadır. Kültürümüzde dini inanışların güçlü olması nedeni ile araştırma kapsamındaki eşlerin de %60.2'si ölümden sonra yaşamın varlığına inanmakta ve ölümü bir başlangıç olarak görmektedir (%53.4). Ancak bulgulara göre bu durumun sevilen bireyin kaybı ve ona bakım verme gibi ağır stresörlerle baş etmeye yeterli olmadığı düşünülmektedir.

Literatürde araştırmanın bulgularına benzer çalışmalar da bulunmaktadır. Bu çalışmalarda ölüme verilen anlamın bireyin duygusal sorunlarına etkisi olmadığı belirtilmektedir (14, 24, 40, 64, 70, 77). Bunun nedeni olarak da terminal dönemde eşlerin rol ve sorumlulukları arttığından spiritual boyutla ilgili olarak düşünce ve algılarının öncelik teşkil etmediği ve bundan farklı olarak daha somut baş etme yöntemleri kullandıkları belirtilmiştir. Bu çalışmada ise kültürümüzün özelliklerinden olan dini inançlara bağlılık nedeni ile aynı yorumun geçerli olmadığı düşünülmektedir. Araştırma bulgularında 6 aydan daha az sürede terminal döneme giren hastaların oranı yüksek olduğundan (%30.1) eşlerin ölüme ilişkin hazırlıklı olmadıkları ve ölümü inkar ettikleri düşünülebilir (Çizelge 6.2.). Bu durumun ölüme verilen anlam ve ölümden sonra yaşam inancı bağlamında duygusal gereksinimleri farklılaştırmadığı söylenebilir.

Çizelge 4.5.12. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Günlük Bakım Süresi İle Duygusal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları

Duygusal Sorunlar	Günlük Bakım Süresi											
	6 saatten az		6 - 12 saat		12 saat		12 -24 saat		24 saat		F	p
	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.		
Spiritual sıkıntı	1.68	1.52	2.50	1.14	2.45	1.44	2.17	1.33	1.85	1.23	1.66	0.17 p>0.05
Ümitsizlik	1.55	1.18	1.50	0.93	2.09	1.51	1.50	1.64	2.13	1.36	1.43	0.23 p>0.05
Anksiyete	2.68	1.09	2.13	0.95	2.18	0.98	3.00	0.00	2.68	0.94	2.16	0.08 p>0.05
Etkisiz bireysel baş etme	2.09	1.11	2.71	0.91	2.27	1.27	3.17	0.41	2.45	0.99	1.93	0.11 p>0.05
Karar vermede çatışma	1.27	0.94	1.63	1.06	1.73	1.19	1.83	0.75	1.68	1.10	0.70	0.59 p>0.05
Korku	2.50	0.91	2.46	1.10	2.45	1.29	2.83	0.75	2.75	1.01	0.51	0.73 p>0.05
Depresif duygulanım	1.73	1.12	2.38	1.10	3.09	1.04	3.00	0.63	3.15	0.89	8.36	0.00 p<0.05 *

Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal sorunları ile bakım verme süresi arasındaki ilişki incelendiğinde bakım süresinin uzaması ile depresif duygulanım arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ve bulgular Çizelge 4.5.12.'de gösterilmiştir.

Çizelge 4.5.12. incelendiğinde, bakım verme süresi uzadıkça depresif duygulanıma ait puan ortalamalarının da yükseldiği görülmektedir. Günde 6 saatten (1.73 ± 1.12) daha az bakım veren eşlerde depresif duygulanıma daha az rastlanırken 24 saat (3.15 ± 0.89) bakım veren eşlerde depresif duygulanım en fazla çıkmıştır. Bu bulguya göre bakım süresi uzadıkça eşlerin depresif duygulanımında artış olduğunu söylenebilmektedir.

Bu konuyla ilgili literatür incelendiğinde benzer bulgulara rastlanmaktadır (43, 48, 113, 114). Chan ve Chang de (1999) kanserli hastaların eşleri ile yaptıkları çalışmalarında bakım verme günlük 6 ile 12 saat arasında olduğunda eşlerde yaşanan depresif duygulanımı 24 saat bakıma göre daha az bulmuştur (20). Bakım verme eyleminin içinde hastanın fiziksel, duygusal ve sosyal sorunlarını karşılama etkinken eşin aynı şekilde diğer aile üyelerinin ve kendisinin de bu gereksinimlerini karşılama sorumluluğu vardır. Bakım vermenin süresi uzadıkça ise hastanın gereksinimleri dışında diğer gereksinimler karşılanamamakta; eş bu durum karşısında hastaya ve hastalığına karşı bilinçli veya bilinçsiz öfke duyabilmektedir. Eşine karşı duymuş olduğu öfke sonucu bireyde kendini suçlama başlamakta ve hastanın klinikte kalış süresinin uzaması ile eşin depresif duygulanımında buna paralel olarak artış gözlenmektedir. Öz'ün (1998) belirttiğine göre de hastaya tüm gün ve sürekli bakım veriliyorsa eşin evdeki ve işteki sorumlulukları aksamakta bu da eşlerin yorgunluk, tükenmişlik yaşamalarına ve stres verici yaşam olayları ile etkisiz baş etmelerini sağlamaktadır (85). Bunun sonucu olarak da eşlerde depresyona rastlanmaktadır.

Yukarıdaki bulguların zıttı olarak Turan (1992), bakım vermenin süresi uzadıkça bireylerin duygusal problemlerinin azaldığını belirtilirken, bunun nedenini de bireylerin stres durumları ile daha sık ve uzun süre karşılaşarak bir duyarsızlaşma

yaşamalarına ve aynı zamanda da bu stresli olaylarla etkin olarak baş etmeyi öğrenmelerine bağlamaktadır (113).

Çizelge 4.5.13. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Destek Veren Kişi Sayısı İle Duygusal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları

Duygusal Sorunlar	Destek Veren Kişi Sayısı										
	Kendisi		1		2		3 ve daha fazla				
	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	F	p	
Spiritual sıkıntı	2.42	1.25	2.10	1.17	2.04	1.55	1.38	1.31	2.09	0.11	p>0.05
Ümitsizlik	2.38	1.47	1.72	1.23	1.79	1.22	1.25	0.93	2.78	0.05	p<0.05 *
Anksiyete	2.42	0.93	2.56	0.94	2.50	1.14	2.56	0.96	0.12	0.95	p>0.05
Etkisiz bireysel başetme	2.71	1.00	2.54	0.94	2.42	1.18	1.94	0.93	2.00	0.12	p>0.05
Karar vermede çatışma	1.71	1.20	1.49	0.91	1.58	1.02	1.69	1.20	0.27	0.85	p>0.05
Korku	2.71	0.75	2.54	1.29	2.67	0.82	2.50	0.97	0.22	0.88	p>0.05
Depresif duygulanım	3.13	0.90	2.67	1.06	2.54	1.25	2.06	1.24	3.08	0.03	p<0.05 *

Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal sorunları ile destek veren kişi sayısına bakıldığında, eşlerin ümitsizlik ve depresif duygulanımına sahip olmaları açısından anlamlı ilişki bulunmuş ve bulgular Çizelge 4.5.13.'de gösterilmiştir.

Eşlerin hastaya bakım verme sırasında kendilerine destek veren kişi sayısı arttıkça ümitsizlik ve depresif duygulanımlarının azaldığı görülmektedir. Bakımı destek almayıp tek başına sürdüren eşlerde ise ümitsizlik (2.38 ± 1.47) ve depresif duygulanım (3.13 ± 0.90) puan ortalamaları destek alanlara göre daha yüksek çıkmıştır.

Literatür bilgileri incelendiğinde, sosyal desteğin insanlara kanser gibi stresli yaşam olaylarını azaltmada olumlu etkilerinin olduğu belirtilmektedir (14, 24, 77). Kanserli hastaya bakım veren eşlerle yapılan çalışmalarda da hastaya bakım sırasında destek kaynaklarının varlığı ve sayısının baş etme mekanizmalarını harekete geçirdiği vurgulanmıştır (8, 12, 14, 32). Bu belirtilenlere göre anksiyete, depresif duygulanım ve ümitsizlik gibi olumsuz duygulanımlarla baş etmede de aile ve diğer

yakınlardan alınan desteğin olumlu etkisinin olduğu söylenebilmektedir. Özellikle terminal dönemde hastanın bağımlılık düzeyinin artması ve semptomların şiddetlenmesi nedeniyle bakım gereksinimi artmış bu da bakım verenlerin destek gereksinimlerini beraberinde artırmıştır.

Blanchard ve arkadaşları (1997) terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerle yaptığı çalışmalarında eşlerin en çok zorlandıkları alanın hastanın günlük bakımın sağlama olduğunu ileri sürmektedir (13). Konu ile ilgili araştırmalar da bu yazarlarla benzer şekilde eşlerin en fazla zorlandıkları işlerin hastanın bakımı ile ev işlerini bir arada yürütmek olduğunu belirtmektedirler (10, 24, 48, 77, 100). Bireyler bu sorumlulukları yerine getirebilmek için kendi bireysel gereksinimlerini göz ardı ederek çalışmaktadırlar. Bakım süresinin uzamasıyla da zamanla eşler yorgunluk ve tükenmişlik hissetmekte fiziksel gereksinimleri oluşmaktadır. Zorlandığı durumun hiç bitmeyecekmiş gibi algılanmasına bağlı olarak da belirsizlik yaşamakta ve geleceğe ilişkin ümitleri kaybolmaktadır. Bu dönemde eşlere zorlandıkları bu konularda destek verme eşin hem fiziksel hem de duygusal sağlığına katkı sağlamaktadır. Destek veren kişi sayısı arttıkça da eşin iş yükü azalarak depresyon, ümitsizlik ve anksiyete gibi duygulanımların şiddeti giderek azalmaktadır. Eşin iyilik halinin artması bakıma da yansımakta ve hastanın da iyilik haline katkıları bulunmaktadır.

4. 6. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Sosyal Sorunları

Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin sosyal olarak en fazla değişim yaşadıkları sorunların ortalama puanları Çizelge 4.6.' da gösterilmiştir.

Çizelge 4.6. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Sosyal Sorunları

Sosyal Sorunlar	Ort	S.S.
Bakım verici rolünde zorlanma	2,57	1,28
Günlük işleri sürdürmede yetersizlik	2,36	1,19
Sosyal etkileşimde değişim	2,71	0,99
Eğlence faaliyetlerinde değişim	2,70	1,17
Rol performansında değişim	2,19	1,02
Sosyal izolasyon	2,30	1,06

Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin sosyal sorunlarındaki değişim Çizelge 4.6.'da gösterilmiştir. Buna göre sosyal alandaki en fazla değişimin 2.71 ± 0.9 ortalama ile sosyal etkileşimde yaşandığı görülmektedir. Bunu ikinci sırada 2.70 ± 1.17 ortalama ile eşlerin eğlence faaliyetlerindeki değişim izlemektedir. Değişimin en az yaşandığı sorun ise 2.19 ± 1.02 'lik ortalama ile rol performansıdır.

Kanser hastasına bakım veren bireylerde bakım vermenin bireyin fiziksel, duygusal ve sosyal iyilik halinde olumsuz etkileri olduğu literatürde sıklıkla bildirilmiştir (48, 66, 98, 100). Terminal dönemde hastanın fiziksel ve kognitif durumlarında bozulmaların artması ile bakım veren eşin sosyal sorunları daha da artmaktadır. Terminal dönem kanser hastasına bakım verme sırasında eşlerin

üstlerine aldığı bir çok sorumluluk sosyal olarak içinde bulunduğu gruptan uzaklaşmasına ve yalnızlık hissetmesine neden olmaktadır. Eşlerin değişen sosyal etkileşim durumu bakımın süresi uzadıkça sosyal izolasyona neden olmaktadır. Üst üste gelen sorumluluklar ile ev ve iş yerindeki rol değişimleri de eşin bakım yükünü buna paralel olarak artırmaktadır.

Given ve arkadaşları (1993) çalışmalarında hastasına bakım veren eşlerin sosyal sorunlarında en fazla değişimin rol ilişkilerinde yaşandığını belirtmişlerdir (49). Bakım veren eşler hastanın yeterliliklerini kaybetmesi ile onun rollerini üstüne almakla birlikte aynı zamanda en zor rol olan bakım verme rolünü de aktif olarak yürütmektedirler. Öz (1998) ise özellikle kadınların bakım verici rolünde aldıkları rollerin fazlalığı nedeniyle sosyal ve duygusal olarak erkeklere oranla daha fazla gereksinimlerinin olduğunu belirtmiştir (85).

Konu ile ilgili çalışmalar kanser hastasına bakım veren eşlerde bakım verme sırasında rol performanslarında ve sosyal etkileşimlerinde değişimin en sık yaşanan sosyal sorunlar olduğunu belirtmişlerdir (15, 42, 49, 55, 66). Özellikle bu sorunlar eşler orta yaşta ise çocuk bakımı, ev işleri ve mesleki rollerin de devreye girmesiyle daha da artmaktadır. Rollerin farklılaşması ile bireylerin çevresiyle kurdukları iletişim ve etkileşimde eskiye oranla bir azalma olmakta bunun sonucunda da bireyler çevrelerindeki diğer kişilerden bilinçli veya bilinçsiz olarak kopmaktadırlar. Böylece de sosyal etkileşimlerinde, rol performanslarındaki farklılaşmaya bağlı olarak değişim yaşanmaktadır.

4. 7. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Sosyal Sorunları ile Hastanın Tanıtıcı Özellikleri Arasındaki İlişki

Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin sosyal sorunları ile hastanın yaşı, kanserin türü, tanı süresi ve hastanın hastanede kalış süresi gibi hastanın tanıtıcı özellikleri arasında bir ilişki olup olmadığı incelenmiştir. Sonuçlar Çizelge 4.7.1., 4.7.2., 4.7.3. ve 4.7.4.'de gösterilmiştir.

4.7.1. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Hastanın Yaşı İle Sosyal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları

Sosyal Sorunlar	Hastanın Yaşı												
	35'den az		35-44		45-54		55-64		65 ve daha fazla				
	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	F	p	
Bakım verici rolünde zorlanma	2.69	0.85	2.63	1.35	2.70	1.38	2.72	1.19	2.00	1.46	1.04	0.39	p=0.05
Günlük işleri sürdürmede yetersizlik	2.85	0.90	2.50	0.93	2.20	1.36	2.52	1.33	1.71	1.05	2.24	0.07	p=0.05
Sosyal etkileşimde değişim	2.85	1.07	2.92	0.83	2.90	1.07	2.52	1.06	2.41	0.87	1.18	0.32	p=0.05
Eğlence faaliyetlerinde değişim	2.69	1.18	2.88	1.30	2.75	1.02	2.72	1.19	2.35	1.17	0.51	0.73	p=0.05
Rol performansında değişim	2.62	0.65	2.71	0.91	2.05	0.89	2.17	0.97	1.35	1.11	6.08	0.00	p=0.05 *
Sosyal izolasyon	2.54	0.78	2.42	1.10	2.25	0.85	2.17	1.26	2.24	1.09	0.36	0.83	p=0.05

Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin sosyal sorunları ile hastanın yaşı arasındaki ilişki incelenmiş ve rol performansında değişim olması ile anlamlı ilişki bulunmuştur.

Bulgulara göre rol performansında değişimin yaşandığı en az grup 65 yaşından daha fazla olan hastalara bakım veren eşlerdir (1.35 ± 1.11). Bu bulgulara göre yaş azaldıkça rol performansında değişimin daha az yaşandığı söylenebilmektedir. Bulgular Çizelge 4.8.2.' de verilen eşin yaşı bulguları ile birlikte tartışılmıştır.

Çizelge 4. 7. 2. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Kanser Türü ile Sosyal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları

Sosyal Sorunlar	Kanser Türü																			
	Akciğer			Böbrek ve Üreter sistem.			Meme			Prostat			Larinks-Farinks		Homeopoitik		GIS		Üreme	
	Ort	S.S.		Ort	S.S.		Ort	S.S.		Ort	S.S.		Ort	S.S.		Ort	S.S.		F	p
Bakım verici rolünde zorlanma	2.72	1.36	2.60	1.34	1.34	2.58	1.16	2.67	0.58	2.63	1.31	2.79	1.37	2.39	1.37	2.00	0.00	0.23	0.98	p>0.05
Günlük işleri sürdürmede yetersizlik	1.94	1.51	2.60	1.67	2.08	0.79	3.33	0.58	2.50	1.21	2.93	1.21	2.24	1.00	2.50	0.71	1.29	0.26	p>0.05	
Sosyal etkileşimde değişim	2.17	1.04	2.80	0.84	2.83	0.72	3.67	0.58	2.94	1.00	2.71	0.99	2.73	1.04	3.00	0.00	1.40	0.21	p>0.05	
Eğlence faaliyetlerinde değişim	2.39	1.24	2.00	1.41	2.67	1.15	4.00	0.00	2.81	1.11	2.64	1.15	2.79	1.17	3.50	0.71	1.17	0.33	p>0.05	
Rol performansında değişim	2.06	0.94	3.00	0.71	2.00	0.60	2.67	0.58	2.50	0.73	2.57	1.16	1.79	1.14	3.50	0.71	2.60	0.02	p<0.05 *	
Sosyal izolasyon	2.50	0.99	2.60	1.14	1.67	0.98	2.00	1.00	2.63	0.81	2.07	1.21	2.36	1.03	2.00	2.83	1.17	0.33	p>0.05	

Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşin sosyal sorunları ile kanser türü arasındaki ilişki incelendiğinde rol performansında değişim ile kanser türleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ve bulgular Çizelge 4.7.2.'de gösterilmiştir.

Rol performansında değişimin en sık yaşandığı ilk 3 kanser türü sırasıyla üreme sistemine ait kanserler (3.50 ± 0.71), böbrek ve üriner sisteme ait kanserler (3.00 ± 0.71) ile prostat kanserleri (2.67 ± 0.58) olup bu hastalara bakım veren eşlerin rol performanslarındaki değişim diğer kanser türlerine göre daha fazla yaşanmaktadır.

Konu ile ilgili yapılmış olan çalışmalarda hastaların cinsel fonksiyonlarının ya da cinsellikle ilgili algısının direkt etkilendiği kanser türlerinde hem hasta hem de eşin rol performansında değişimin diğer kanser türlerine göre daha fazla olduğu ortaya belirtilmiştir (40, 48, 66, 97). Cinsellik hasta ve eşi açısından kritik özellikleri olan bir konu olup bugüne kadar kanser gibi kronik hastalıklarda sıklıkla göz ardı edilmiştir. Oysa çalışmalar cinselliğin gerek hasta gerekse eşi açısından en önemli gereksinimlerden biri olduğunu göstermektedir. Özellikle üreme sistemine ait kanserlerde hastalığın tanı, tedavi aşamalarında da cinsel fonksiyonlara hastalık semptomlarının şiddetlenmesi korkusundan dolayı ara verilmekte; bu da hastalar kanseri hasta tarafından cinselliğinin kaybı olarak algılanmaktadır. Hastanın ve eşin duygusal ve sosyal olarak birbirlerini etkiledikleri göz önünde bulundurulduğunda eşler de kanser tanısından itibaren benzer kayıpları yaşamaktadırlar. Eşlerin cinsellik ile ilgili gereksinimleri yeterince karşılanmadığı için bu alandaki sorunlara giderek artmaktadır. Hasta terminal döneme girdiğinde ise bu gereksinimin şiddeti artmakta ve eşlerin cinsel gereksinimlerini nasıl karşılayacaklarına dair endişeleri gündeme gelmektedir.

Araştırmalar cinselliğin tabu olarak algılanmasından dolayı konu ile ilgili endişelerin paylaşımının az olduğunu ve buna bağlı olarak eşlerin cinselliğe dair duygusal ve sosyal alandaki sorunların giderek arttığını belirtmektedir (18, 98, 101). Bu bulgulara paralel olarak Öz (1998), özellikle yaşı genç olanlarda ve evlilik

süreleri 5 yıldan az olan çiftlerde cinsel rollerin kaybının boşanma nedenlerinden biri olduğunu belirtmektedir (85).

Araştırma bulgularında da ilk 3 sıradaki kanser türlerinde hastanın cinselliği etkilenmekte; bu etkilenmeyle birlikte, beden imajı ve benlik saygısında azalmalar olmaktadır. Eşe de yansıyan bu durum eşin de cinsel rollerinde değişimlere neden olmaktadır. Bu bulgudan yola çıkarak cinselliğin doğrudan etkilendiği kanser türlerinde eşin sosyal iyilik halinin de olumsuz etkilendiği söylenebilmektedir.

4.7.3. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Hastanın Kanser Tanısı Aldığı Süre İle Sosyal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları

Sosyal Sorunlar	Tanı Süresi												
	6 ay ve daha az		7-12 ay		13-24 ay		25-36 ay		3 yıl ve daha çok				
	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	F	p	
Bakım verici rolünde Zorlanma	2.74	1.39	2.11	1.31	2.67	1.27	2.89	0.78	2.88	0.99	1.37	0.25	p>0.05
Günlük işleri sürdürmede yetersizlik	2.29	1.30	1.93	1.15	2.52	0.98	3.33	1.00	2.50	1.20	2.80	0.03	p<0.05 *
Sosyal etkileşimde değişim	2.52	1.03	2.93	0.94	2.67	1.00	2.67	0.87	2.88	1.13	0.71	0.59	p>0.05
Eğlence faaliyetlerinde değişim	2.58	1.31	2.29	0.90	3.11	1.09	3.33	1.12	2.50	1.31	2.67	0.04	p<0.05 *
Rol performansında değişim	2.26	0.89	2.04	1.17	2.07	1.07	2.22	0.83	2.88	0.83	1.19	0.32	p>0.05
Sosyal izolasyon	2.26	1.03	2.50	1.00	2.22	1.15	2.22	1.09	2.13	1.13	0.36	0.84	p>0.05

Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin sosyal sorunları ile hastanın kanser tanısı aldığı süre arasındaki ilişki incelendiğinde eşlerin günlük işleri sürdürmede yetersizlik ve eğlence faaliyetlerinde değişim yaşamaları açısından anlamlı ilişki bulunmuştur. Bulgular Çizelge 4.7.3.'de gösterilmiştir.

Bulgulara göre, 25 ile 36 ay arasında kanser tanısı ile izlenen terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerde günlük işleri sürdürmede yetersizlik (3.33 ± 1.00) ve eğlence faaliyetlerinde değişim (3.33 ± 1.12) en fazla yaşanmaktadır. Bu alanlardaki değişimin en az yaşandığı eş grubu ise 7 ile 12 ay arasında kanser tanısı ile izlenen hastaya bakım veren eşlerdir.

Konu ile ilgili yapılmış olan farklı çalışmalarda kanserle yaşamının süresi uzadıkça eşlerin hastane dışında günlük işleri sürdürmek için enerjilerinin kalmadığı ve yüksek düzeyde yetersizlik yaşadıkları belirtilmiştir (2, 13, 17, 54, 126). Bu sonuca göre eşlerin tükenmişlik yaşama nedeni de uzun süredir kanser hastası olan eşinin bakımı nedeniyle yaşadığı duygusal sorunları ile baş etmesini sağlayan eğlence faaliyetlerindeki azalmanın olduğu söylenebilmektedir.

Ancak araştırmanın bulguları incelendiğinde 3 yıl ve daha uzun süredir kanser tanısı ile izlenen terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin günlük işler ve eğlence faaliyetlerindeki değişim 25 ile 36 ay arasında kanser tanısı alan hastanın eşlerinden daha az düzeyde yaşanmaktadır. Konu ile ilgili literatür bilgileri incelendiğinde kanser tanısı ile terminal dönem arasındaki süre ne kadar uzunsa bireylerin ölüme kendilerini daha hazırlıklı hissettikleri ve ölüm kaygısını daha az yaşadıkları görülmektedir (20, 80). Bu durum hastaya verilen bakımın kalitesini artırarak bireylerin bu stresli durum ile daha kolay baş etmelerini sağlamaktadır. Araştırmadaki bulguda da 3 yıldan fazla kanser tanısı ile izlenen hastalarda terminal dönem ile tanı arasındaki zaman diliminin uzun olmasından dolayı eşlerin bu alanlardaki değişimleri daha az yaşadıkları söylenebilmektedir.

4.7.4. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Hastanın Hastanede Kalış Süresi İle Sosyal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları

Sosyal Sorunlar	Yatış Süresi												
	1 hafta ve daha az	1-2 hafta		2 hafta 1 ay		1 ay - 2 ay		2 aydan çok					
	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	F	p	
Bakım verici rolünde zorlanma	3.00	1.23	2.19	1.36	2.30	1.38	2.83	1.04	2.33	1.12	1.97	0.10	p>0.05
Günlük işleri sürdürmede yetersizlik	2.30	1.26	2.12	1.34	2.55	1.19	2.50	0.92	2.56	1.01	0.54	0.71	p>0.05
Sosyal etkileşimde değişim	2.37	0.89	2.54	0.99	3.10	0.97	3.06	0.87	2.78	1.20	2.60	0.04	p<0.05 *
Eğlence faaliyetlerinde değişim	2.70	1.12	2.27	1.08	3.15	1.14	2.56	1.20	3.22	1.30	2.24	0.07	p<0.05
Rol performansında değişim	2.23	0.82	1.88	1.28	2.05	1.10	2.56	0.92	2.56	0.53	1.59	0.18	p<0.05
Sosyal izolasyon	2.27	1.01	2.19	1.13	2.30	0.98	2.33	1.28	2.67	0.71	0.34	0.85	p<0.05

Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin sosyal sorunları ile hastanede kalış süresi arasındaki ilişki incelendiğinde sosyal etkileşimde değişim olması açısından anlamlı ilişki bulunmuştur. Bulgular Çizelge 4.7.4.'de gösterilmiştir.

Bulgulara göre, terminal dönem kanser hastasına 1 hafta ve 1 haftadan daha az (2.37 ± 0.89) sürede bakım veren eşlerde sosyal etkileşimde değişim en az yaşanmaktadır. Hastanede kalış süresi uzadıkça eşin sosyal etkileşimindeki değişim de artmaktadır.

Konu ile ilgili literatür bilgileri incelendiğinde hastanede kalış süresi ve dolayısıyla hastaya bakım süresi uzadıkça eşlerin yakınları ve sağlık çalışanları ile olan ilişkilerinde değişimler olduğu görülmektedir (48, 49, 66). Bu değişim ya insanlardan uzaklaşma ya da çevredekilere karşı agresif davranışlar tarzında kendini göstermektedir.

Ancak yukarıdaki çalışmaların aksine hastaya 2 aydan daha fazla bakım veren eşlerdeki sosyal etkileşimdeki değişim (2.78 ± 1.20) 1 ile 2 ay arasında bakım veren eşlerden daha düşük seviyededir (3.06 ± 0.87). Bu bulgu Wright ve arkadaşlarının (1999) araştırmalarındaki sonuçlarla benzeşmektedir (126). Bu araştırmacılara göre bakım süresi uzadıkça sosyal etkileşimde değişim artarken bu duruma uyum da buna paralel olarak artmakta ve bireylere bu stres verici olaylarla nasıl baş edeceklerine yönelik bilgi ve becerileri kazandırmaktadır (126). Bundan yola çıkarak eşlerin 2 aydan daha uzun süredir hasta bakımı ile uğraştıkları takdirde uyumlarının arttığı ve sosyal alanlardaki değişimi bakım süresi daha kısa olanlara oranla daha az yaşadıkları söylenebilmektedir.



4.8. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşin Sosyal Sorunları ile Tanıtıcı Özellikleri Arasındaki İlişki

Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşin sosyal sorunları ile eşin cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, mesleği, işe devam durumu, algılanan gelir düzeyi, çocuk sayısı, evlilik süresi, evlilikte algılanan paylaşım durumu, bakım süresi ve bakıma destek veren kişi sayısı arasında bir ilişki olup olmadığı incelenmiştir. Sonuçlar Çizelge 4.8.1., 4.8.2., 4.8.3., 4.8.4., 4.8.5., 4.8.6., 4.8.7., 4.8.8., 4.8.9., 4.8.10. ve 4.8.11.'de gösterilmiştir.

4.8.1. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Cinsiyeti İle Sosyal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları

Sosyal Sorunlar	Cinsiyet						
	Erkek		Kadın		F	p	
	Ort	S.S.	Ort	S.S.			
Bakım verici rolünde zorlanma	2.47	1.31	2.62	1.27	0.32	0.57	p>0.05
Günlük işleri sürdürmede yetersizlik	2.21	1.04	2.43	1.25	0.85	0.36	p>0.05
Sosyal etkileşimde değişim	2.88	0.77	2.62	1.07	1.58	0.21	p>0.05
Eğlence faaliyetlerinde değişim	2.71	1.17	2.70	1.18	0.00	0.97	p>0.05
Rol performansında değişim	2.21	1.01	2.19	1.03	0.01	0.94	p>0.05
Sosyal izolasyon	2.15	1.26	2.38	0.94	1.08	0.30	p>0.05

Çizelge 4.8.1.' de görüldüğü gibi, terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin sosyal sorunları ile cinsiyet arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır.

Bu konuda yapılmış olan diğer çalışmalara bakıldığında bakım veren eş eğer kadın ise ortamın ve hastanın bakımında zorluk yaşaması erkeklere oranla daha az olmaktadır (20, 21, 24, 42, 48, 49). Konu ile ilgili kaynaklar bakım vericilerin tarih boyunca sağaltıcı rollerinden ötürü kadınlar olduğunu ve toplumun kadınlara bu rolü

atfettiğini belirtmiştir (3, 21, 112). Bu nedenden dolayı kadınların bakım vermede erkeklerden daha az zorluk yaşaması şaşırtıcı olmamaktadır.

Araştırmalar kadınların bakım verme sırasında en fazla, değişen rollerine uyum yapmada zorlandıklarını ortaya koymuştur (13, 42, 49, 76). Bu değişimin ailede yetki yapısına göre farklılık gösterdiği görülmektedir. Diğer geleneksel kültürlerde olduğu gibi Türk kültüründe de erkeğin yetkisi kadından daha fazla olmaktadır. Bu farklılığın temel nedeni Atlı'ya göre (1997), erkeğin ailenin geçimini sağlama rolünde kadından daha etkin olmasından kaynaklanmaktadır (8). Erkek hastalandığında kadın ekonomik kararlar dahil olmak üzere bir çok konuda kararları kendi vermek durumunda kalmakta ve bu da rol performansında değişim yaşanmasına neden olmaktadır.

Kellner ve arkadaşlarına (1996) göre hasta olan eş eğer kadın ise erkeğin rol performansında değişim kadınlara oranla daha fazla yaşanmaktadır (66). Erkekler kadınlara oranla daha az bakım verme işi ile uğraştıklarından bu konudaki bilgi ve becerileri yetersiz kalmaktadır. Çünkü erkekler geleneksel rollerinden ötürü gerek ev gerek hasta bakımında yer almamaktadır. Bununla birlikte yapılan araştırmalar erkeklerin cinsel rollerindeki değişimin kadınlara oranla daha fazla olduğunu belirtmektedir (15, 77, 82, 96). Erkeklerin kadınlara oranla cinselliğe verdikleri anlam ve değer yaşamlarında daha önemli bir yer tutmaktadır. Cinsel partnerinin durumu, erkeğin cinsel fonksiyonlarında değişim yaratmakta ve erkekler bunu kadınlara oranla daha sıkıntı verici bir durum olarak tanımlamaktadır. Türk toplumunda cinselliğin bir tabu olduğu ve yakınlarla bile paylaşılmadığı düşünüldüğünde araştırma sonuçlarının bu bağlamda anlamsız çıkması olağandır.

4.8.2. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Yaşı İle Sosyal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları

Sosyal Sorunlar	Yaş												
	35'den az		35-44		45-54		55-64		65 ve daha fazla				
	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	F	p	
Bakım verici rolünde zorlanma	2.67	0.90	2.62	1.36	2.68	1.33	2.77	1.15	1.75	1.48	1.48	0.22	p>0.05
Günlük işleri sürdürmede yetersizlik	2.80	0.86	2.46	1.14	2.11	1.20	2.45	1.41	2.00	1.13	1.20	0.32	p>0.05
Sosyal etkileşimde değişim	2.80	1.01	3.00	0.85	2.82	1.02	2.23	1.02	2.58	0.90	2.14	0.08	p>0.05
Eğlence faaliyetlerinde değişim	2.80	1.15	3.15	1.16	2.43	1.10	2.77	1.19	2.08	1.08	2.35	0.06	p>0.05
Rol performansında değişim	2.60	0.74	2.54	0.76	2.25	1.08	2.09	0.97	1.00	0.95	6.77	0.00	p<0.05 *
Sosyal izolasyon	2.53	0.74	2.23	1.07	2.54	0.92	2.00	1.31	2.17	1.11	1.05	0.38	p>0.05

Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin sosyal sorunları ile yaş arasındaki ilişki incelendiğinde rol performansında değişim açısından ilişki anlamlı bulunmuştur. Bulgular Çizelge 4.8.2.'de gösterilmiş olup çizelge 4.7.2.'deki hastanın yaşı bulguları ile birlikte tartışılmıştır.

Çizelge 4.8.2.'deki bulgulara göre 35 yaşından az olan eşlerde rol performansında değişim en fazla yaşanmaktadır (2.60 ± 0.74). Rol performansında değişimin en az yaşandığı yaş grubu ise 65 yaş ve daha üstünde olan eşlerdir (1.00 ± 0.95). Bu bulgulara göre yaşı artması ile rol performansında değişimin azaldığı söylenebilmektedir. Çizelge 4.7.2.'deki bulgulara da en az değişimin yaşandığı grubun 65 yaşından daha fazla olan hastalara (1.35 ± 1.11) bakım veren eşler olduğu görülmektedir.

Araştırmanın bulguları literatür bilgileri ile benzerlik göstermektedir. Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda hasta ve buna bağlı olarak bakım veren eşin yaşı azaldıkça sosyal sorunlarının arttığı belirlenmiştir (6,14, 37, 49, 51, 55, 90, 121).

126). Kanser hastasına bakım veren bireyin hastanın fiziksel, duygusal ve sosyal gereksinimlerini karşılama gibi sorumlulukları bulunmaktadır. Terminal dönemde hastanın bağımlılık düzeyi artarken semptomlar şiddetlenmekte ve buna paralel olarak fiziksel, duygusal ve Sosyal Sorunlar da artmaktadır. Terminal dönemde eşler bu gereksinimleri karşılarken aile üyelerinin ve kendisinin de gereksinimlerine cevap vermek durumundadır. Eğer eş genç veya orta yaşlarda ise aynı zamanda mesleki sorumluluklar ve çocuk bakımı gibi yükümlülükler de devreye girmektedir. Bu rollerinin yanı sıra eşler hastanın da bağımlılık düzeyinin artmasından dolayı onların bazı rollerini de almaktadır. Bakım sorumluluğu dışında diğer artan roller genç ve orta yaşlı eşlerde sıkıntıya neden olmaktadır.

Shyu'nun (2000) belirttiğine göre de yaş arttıkça eşlerin rol değişimleri daha az olmaktadır. Rol değişimlerinin en az yaşandığı grup ise yaşlı eşlerdir. Çünkü yaştan artması ile çoğu eşin mesleki sorumlulukları ve çocuk bakımı gibi rolleri olmamakta veya azalmaktadır. Bu da eşlerin rol değişimlerini daha az yaşamasını sağlamaktadır (100). Bloom'a (1996) göre yaştan artması ile rol performansında değişimler azalmakta çünkü bireylerin sosyal destek kaynaklarında yaşla birlikte bir artış gözlenmektedir (14). Bu artış yaşlı eşlerin çocuklarının yetişkin yaşa gelip bakım ve ev ile ilgili konularda eşe destek vermesinden kaynaklanmaktadır.

Eriksson ve Lauri de (2000) yaptıkları çalışmalarında aynı sonuçlara ulaşmış ancak farklı olarak cinsel rollerin etkisini vurgulamışlardır. Bu araştırmacılara göre, yaş arttıkça cinsel fonksiyonlarda azalma olmaktadır. Ancak yaşı daha genç olan eşler cinsel olarak aktifken cinsel partnerlerinin hasta olmasından dolayı cinselliği yaşayamamakta bu da rol performansındaki değişimi yaşı daha büyük eşlere göre daha fazla yaşamalarını sağlamaktadır (37).

Ancak Çizelge 4.7.2.'deki araştırma bulgularına bakıldığında, 35- 44 yaş arası hastalara bakım veren eşlerde rol performansında değişim diğer yaştaki hastalara bakım veren eşlerdekinden daha fazla olduğu dikkat çekicidir (2.71 ± 0.91). Bu durum ailenin içinde bulunduğu gelişim basamağı ile açıklanabilmektedir. Eğer kanser dışında ailenin yaşantısını etkileyen çocuğun evden ayrılması, evlenmesi ile

hasta veya eşin ebeveyninin sağlık durumunun bozulması gibi yaşam olaylarında bakım veren eşin rol performansında değişim daha da artmaktadır. Çünkü ailenin bu tür yaşam olaylarına uyum yapabilmesi için hasta olan bireyin de rollerini üstüne alan eşin sorumlulukları değişmekte ve artmaktadır. Bu durum eşin rol performansındaki değişim ile ilgili gereksinimlerini artırmaktadır.

4.8.3. Terminal Dönem Kansere Hastasına Bakım Veren Eşlerin Eğitim Durumları İle Sosyal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları

Sosyal Sorunlar	Eğitim Durumu										
	İlkokul		Ortaokul		Lise		Üniversite		F	p	
	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.			
Bakım verici rolünde zorlanma	2.47	1.43	2.80	1.20	2.65	0.93	2.63	1.06	0.36	0.78	p>0.05
Günlük işleri sürdürmede yetersizlik	2.34	1.28	2.15	1.27	2.71	0.92	2.25	0.71	0.71	0.55	p>0.05
Sosyal etkileşimde değişim	2.67	0.96	2.50	1.15	3.06	0.97	2.75	0.71	1.04	0.38	p>0.05
Eğlence faaliyetlerinde değişim	2.48	1.17	2.80	1.15	3.18	1.19	3.00	0.93	1.88	0.14	p>0.05
Rol performansında değişim	1.97	1.03	2.30	1.13	2.76	0.83	2.38	0.52	3.08	0.03	p<0.05 *
Sosyal izolasyon	2.03	1.08	2.70	1.03	2.76	0.75	2.25	1.04	3.53	0.02	p<0.05 *

Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin sosyal sorunları ile eğitim durumları arasındaki ilişki incelenmiş ve rol performansında değişim ve sosyal izolasyon açısından anlamlı ilişkiye rastlanmıştır. Bulgular Çizelge 4.8.3.'de gösterilmektedir.

Araştırma bulgularına göre, eğitim seviyesi arttıkça rol performansında değişim ve sosyal izolasyonda da artış olmaktadır. Rol performansındaki değişim en az ilkokul mezunu eşlerde yaşanmakta iken (1.96 ± 1.03) en fazla lise mezunu eşlerde yaşanmaktadır (2.76 ± 0.83). Sosyal izolasyondaki değişim rol performansında olduğu gibi en az ilkokul mezunu olan eşlerde yaşanırken (2.03 ± 1.08) lise mezunu eşlerde ise en fazla yaşanmaktadır (2.76 ± 0.75). Bu bulgular 4.8.4.'deki meslek durumuna ilişkin bulgular ile birlikte tartışılmıştır.

Terminal dönem kanser hastalarına bakım veren eşlerin sosyal sorunları ile meslekleri arasındaki ilişki incelenmiş ve rol performansında değişim açısından anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bulgular Çizelge 4.8.4.'de gösterilmiştir.

Bulgulara göre, terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin meslekleri işçi (3.00 ± 1.00) ve memur ise (2.75 ± 0.89) rol performanslarındaki değişim diğer meslek grubunda bulunan eşlere oranla daha fazla olmaktadır. Rol performansındaki en az değişim ise emekli (2.25 ± 0.50) ve ev hanımı (2.02 ± 0.99) olan eşlerde bulunmuştur. Bu bulgular Çizelge 4.8.3.'deki eğitim durumuna ilişkin bulgular ile birlikte tartışılmış olup rol performansında değişim açısından benzer sonuçlara ulaşılmıştır.

Çizelge 4.8.4.'deki bulgulara ilişkin doğrudan bir çalışma bulunmamakla birlikte meslekler arasındaki farklılığın nedeni eğitim seviyesi ile açıklanabilmektedir. Konu ile ilgili yapılmış diğer çalışmalarda eğitim seviyesinin yükselmesi ile rol performansında olan değişimlerin daha fazla olduğu belirtilmektedir (14, 17, 48, 66). Eğitim seviyesinin yükselmesi ile bireylerin bir işte çalışma oranı artmakta ve bu durum bakım verme sorumluluğunun yanında mesleki sorumlulukları da gündeme getirmektedir. Hastaya bakım verme amacıyla eşler bu durumda iş ile ilgili sorumluluklarını azaltmakta ya da ara vermektedirler. Bu durumda üniversite mezunu olan eşlerin bu alandaki değişimi en fazla yaşaması beklenirken Çizelge 4.8.3.'deki bulgular incelendiğinde üniversite mezunu eşlerin (2.38 ± 0.52) lise mezunu eşlere göre rol performanslarındaki değişimi daha az yaşadıkları görülmektedir. Bu bulgunun yukarıda açıklanan araştırma sonuçları ile çakıştığı görülmektedir. Ancak eğitim seviyesi yükseldikçe ekonomik durum seviyesinin de yükseldiği göz önünde bulundurulursa, eşlerin bakım verme ve diğer sorumluluklarında sosyal destek kaynaklarını kullanma oranları da yükselmekte bu da üniversite mezunu eşlerde rol performansındaki değişimin daha az yaşanmasını sağlamaktadır.

Ev hanımları alışlagelmiş olan rolleri gereği olarak zaten aile üyeleri ve ortamın bakımı ile uğraştığından hasta bakımı duruma eklense bile rollerindeki

değişim diğer meslek gruplarına göre daha az olmaktadır (2.02 ± 0.99). Emeklilerde ise mesleki sorumlulukların olmaması eşlerine verdikleri bakıma daha fazla zaman ve enerji ayırabilmelerini sağlamaktadır. Literatür bilgilerinde emeklilerin ilerlemiş olan yaşlarının doğası gereği cinsel rollerinde ve çocuk bakımı gibi konularda sorumlulukların azaldığı veya olmadığı belirtilmektedir (40, 48). Bu durumda emeklilerin rol performansındaki değişimi çalışma yaşamına aktif olarak devam eden ve yaşı daha genç olan eşlerden daha az yaşamları olağandır.

Andersen'e, (1996) göre ise kanser hastasına bakım veren bireylerde işe devam durumu ve günlük çalışma süresi arttıkça rol performansındaki değişimler daha şiddetli yaşanmaktadır (6). Bu araştırmada da işçi ve memur olan eşlerin diğer meslek gruplarındaki eşlere göre işe devam mecburiyetleri ve günlük çalışma süresi daha fazla olduğundan rol performanslarındaki değişimi diğer meslek gruplarındaki eşlere oranla daha fazla yaşadıkları söylenebilmektedir. İşçiler ise gerek işe devam mecburiyetleri gerekse günlük çalışma sürelerinin fazla olması nedeni ile rol performansında değişimin en fazla yaşandığı gruptur.

Çizelge 4.8.3.'deki bulgulara göre eğitim seviyesi yükseldikçe eşlerin sosyal izolasyonun da arttığı görülmektedir. Ancak bulgulara üniversite mezunu olan eşlerin (2.25 ± 1.04) lise mezunu olan eşlere göre (2.76 ± 0.75) sosyal izolasyon puan ortalamalarının daha düşük olduğu görülmektedir. Bu bulgu Chan ve Chang'ın (1999) çalışması ile açıklanabilmektedir (20). Bu iki yazara göre eğitim seviyesinin yükselmesi ile bireylerin baş etme becerileri de artmaktadır. Baş etme becerileri gelişmiş olan eşlerde bakım verme gibi stres verici yaşam olayları ile daha etkin baş edebildiklerinden üniversite mezunu eşlerin bu gereksinimlerinin lise mezunun eşlere oranla daha az olması şaşırtıcı olmamaktadır.

4.8.5. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin İşe Devam Durumu İle Sosyal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları

Sosyal Sorunlar	İşe Devam Durumu						F	p	
	Ücretli izin Ort	S.S.	Ücretsiz izin Ort	S.S.	İşe devam Ort	S.S.			
Bakım verici rolünde zorlanma	2.83	0.75	3.00	1.11	2.60	1.31	0.48	0.62	p>0.05
Günlük işleri sürdürmede yetersizlik	3.17	1.17	2.07	1.07	2.30	0.92	2.50	0.10	p>0.05
Sosyal etkileşimde değişim	2.67	1.03	2.57	0.94	3.05	0.60	1.61	0.21	p>0.05
Eğlence faaliyetlerinde değişim	3.33	1.21	2.71	1.20	2.85	1.09	0.62	0.54	p>0.05
Rol performansında değişim	3.00	1.10	2.07	1.07	2.60	0.88	2.20	0.13	p>0.05
Sosyal izolasyon	2.67	1.03	2.43	1.34	2.00	1.17	0.93	0.41	p>0.05

Çizelge 4.8.5.de görüldüğü gibi, terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin sosyal sorunları ile eşin işe devam durumu arasında anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır. Bulgular Çizelge 4.8.6.'daki gelir düzeyine ilişkin bulgular ile birlikte tartışılmıştır.

4.8.6. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Algıladıkları Gelir Düzeyi İle Sosyal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları

Sosyal Sorunlar	Gelir düzeyi						F	p	
	İyi Ort	S.S.	Orta Ort	S.S.	Kötü Ort	S.S.			
Bakım verici rolünde zorlanma	2.44	1.15	2.29	1.40	3.13	0.94	4.72	0.01	p<0.05 *
Günlük işleri sürdürmede yetersizlik	1.81	1.11	2.15	1.13	3.00	1.08	8.29	0.00	p<0.05 *
Sosyal etkileşimde değişim	2.75	1.00	2.73	1.03	2.66	0.94	0.07	0.93	p>0.05
Eğlence faaliyetlerinde değişim	3.00	0.89	2.60	1.15	2.72	1.33	0.73	0.49	p>0.05
Rol performansında değişim	2.31	0.79	2.20	1.15	2.13	0.91	0.18	0.84	p>0.05
Sosyal izolasyon	2.25	1.13	2.44	1.00	2.09	1.12	1.09	0.34	p>0.05

Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin sosyal sorunları ile algıladıkları gelir düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde bakım verici rolünde zorlanma ile günlük işleri sürdürmede yetersizlik hissetme açısından anlamlı ilişkiye rastlanmış ve bulgular Çizelge 4.8.6.'da gösterilmiş olup Çizelge 4.8.5.'in bulguları ile birlikte tartışılmıştır.

Çizelge 4.8.6.'daki bulgular incelendiğinde gelir düzeyini kötü olarak algılayan eşlerde bakım verici rolünde zorlanma (3.13 ± 0.94) ve günlük işleri sürdürmede yetersizliğe (3.00 ± 1.08) diğer gelir düzeyindeki eşlere oranla daha fazla rastlanmaktadır. Bu bulgulara göre gelir düzeyi artıkça bakım verici rolünde zorlanma ve ortamın bakımını yönetmede yetersizliğin daha az yaşandığı söylenebilmektedir. Günlük işleri sürdürmede yetersizlik (1.81 ± 1.11) gelir durumu iyi olan eşlerde en az yaşanırken bakım verici rolünde zorlanmanın en az yaşandığı eş grubu ise gelir durumunu orta olarak tanımlayan eşlerdir (2.29 ± 1.40). Buradaki farklılığın kaynağı eğitim durumu ile açıklanabilmektedir. Konu ile ilgili çalışmalar gelir düzeyi ile eğitim düzeyinin doğru orantılı olduğunu; yüksek eğitim seviyesinde eşlerin eğitim seviyesi düşük olanlara göre bakım verme sırasında daha fazla bilgi ve teknik ihtiyacı hissettiklerini ortaya koymaktadır (13, 17, 20, 42, 49, 98). Aynı çalışmalarda terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin bilgi gereksinimlerinin artmasına karşın karşılanma oranında düşüşten bahsedilmektedir. Bilgi gereksinimi karşılanmayan eşler de hastaya etkin bakım verme konusunda yeterince bilgileri olmadığından bakımda çeşitli sorunlar yaşamaktadırlar. Bu sonuçlardan yola çıkıldığında üniversite mezunu eşlerin bakım verme sırasında lise mezunu eşlere oranla daha fazla sorun yaşaması şaşırtıcı olmamaktadır.

Literatür bilgileri incelendiğinde gelir düzeyi yükseldikçe eşlerin ev işleri ve diğer aile üyelerinin ihtiyaçlarını karşılamada aile ve yakınlar dışındaki informal destek kaynaklarını kullandığı ve böylece eşlerin bu alanlarda daha az sıkıntı yaşadıkları görülmektedir (48, 66, 76, 112). Ev işleri ve diğer konularda destek alan gelir düzeyi yüksek olan eşler, bu durumda zaman, enerji ve motivasyonunu sadece hasta bakımına aktarabilmekte ve böylece bakım verici rolünde daha az zorluk

yaşamaktadırlar. Gene bu eşler bakım verme sırasında da informal destek kaynaklarından yararlanabilmektedir. Ancak kültürümüzde hasta bakımı sırasında bu tür kaynaklardan yararlanma alışkanlığı bulunmamaktadır. Bunun da en büyük nedeni olarak hastaya bakım vermekten kaçınıldığının düşünülmesi ile toplum tarafından yargılanma korkusu gösterilebilmektedir.

Konuyla ilgili literatür bilgileri incelendiğinde ücretsiz izinde olan veya çalışmayan eşlerin hastalarına bakım verirken ekonomik alanda kaygıları olduğu görülmektedir (7, 14, 24). Ekonomik alanda yaşanan bu kaygılar eşlerin zaman ve enerjisinin çoğunu almaktadır. Bakım verme eşin duygusal ve sosyal alanda sorunlarını farklılaştırırken ekonomik zorluklar da bakım vermeyi daha sıkıntılı hale getirmektedir. Eşlerin aynı zamanda hasta eşi bakım verme dışında evin geçimi ve diğer aile üyelerinin bakımı ile ilgili sorumlulukları da bulunmakta ve ekonomik sıkıntılar eşlerin bu sorumluluklarını yerine getirmede yetersizlik yaşamasına sebep olmaktadır. Hem bakım verip hem de işe devam etmek zorunda kalan eşlerde ise ekonomik zorluklar yaşanmamakta ancak eşlerin kendi gereksinimlerini karşılayacak zaman ve enerjileri kalmamaktadır. Bu eşler daha önceleri kendilerini rahatlatacak eğlence faaliyetlerinde bulunabilmekte iken bakım vermenin dinamiğinden dolayı bu faaliyetlerini de yerine getirememektedir.

Ancak Çizelge 4.8.5.'de literatür bilgilerinin aksine eşlerin bu alanlardaki gereksinimlerinde farklılaşmaya rastlanmamaktadır. Araştırmada bakım veren eşlerin yarısından çoğu ev hanımı (%55.3) olduğundan evin ve ailenin geçimini sağlama sorumlulukları bulunmamaktadır. Bu durumdan dolayı eşlerin bu alanlardaki gereksinimlerinde farklılaşma olamadığı düşünülebilir.

4.8.7. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Çocuk Sayısı İle Sosyal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları

Sosyal Sorunlar	Çocuk sayısı														
	0		1		2		3		4		5 +		F	p	
	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.			
Bakım verici rolünde zorlanma	3.17	0.75	2.82	1.08	2.11	1.23	2.63	1.24	2.69	1.58	2.78	1.31	1.22	0.31	p>0.05
Günlük işleri sürdürmede yetersizlik	3.00	0.89	2.55	1.21	2.11	1.10	2.33	1.09	2.50	1.51	2.33	1.24	0.69	0.63	p>0.05
Sosyal etkileşimde değişim	2.50	0.84	3.18	0.60	2.93	1.09	2.88	1.03	2.38	0.81	2.22	0.94	2.36	0.05	p<0.05 *
Eğlence faaliyetlerinde değişim	3.33	1.63	3.27	0.90	2.96	0.96	2.54	1.22	2.13	1.36	2.44	0.98	2.34	0.05	p<0.05 *
Rol performansında değişim	2.67	0.52	2.45	0.69	2.43	0.84	2.38	1.01	1.69	1.25	1.72	1.13	2.60	0.03	p<0.05 *
Sosyal izolasyon	2.67	1.03	2.55	0.93	2.36	1.13	2.54	1.02	1.88	0.72	2.00	1.24	1.37	0.24	p>0.05

Terminal dönem kanser hastasına bakım eşlerin sosyal sorunları ile çocuk sayısı arasındaki ilişki incelendiğinde, sosyal etkileşimde, eğlence faaliyetlerinde ve rol performansında değişim bakımından anlamlı ilişki bulunmuştur. Bulgular Çizelge 4.8.7.'de gösterilmiştir.

Sosyal etkileşimde değişim çocuğu olmayan eşlerde diğer çocuk sahibi olan eşlere oranla daha az yaşanmaktadır (2.50 ± 0.84). Sosyal etkileşimdeki değişimin en fazla yaşandığı grup ise bir çocuğa sahip olan eşlerdir (3.18 ± 0.60). Bu bulgulardan yola çıkarak çocuk sayısının artması ile sosyal etkileşimdeki değişimin de arttığı söylenebilmektedir.

Bulgulara göre eğlence faaliyetinde değişim 4 çocuğu olan eşlerde en az yaşanırken, (2.44 ± 0.98) en fazla çocuğu olmayan eşlerde yaşanmaktadır (3.33 ± 1.63). Buna göre çocuk sayısının artması ile eğlence faaliyetlerindeki değişimin azaldığı söylenebilmektedir.

Terminal dönemde kanser hastasına bakım veren eşlerin rol performansındaki değişimde diğer sorunlarda olduğu gibi çocuğu olmayan eşlerde daha fazla yaşanırken (2.67 ± 0.52) çocuk sayısının artmasıyla bu değişimde azalma

gözlenmektedir. Bu alandaki en az değişim ise eğlence faaliyetlerinde olduğu gibi 4 çocuğu olanlarda yaşanmaktadır (1.69 ± 1.25).

Bu bulguları destekleyecek doğrudan bir literatür bilgisine ulaşamamakla birlikte Kağıtçıbaşı'nın (1990) çocuğa atfedilen değer ile ilgili yaptığı çalışma bulgulara açıklık getirmektedir (62). Yazara göre geleneksel kültürlerde çocuğa yaşlılık güvencesi değeri atfedilmekte ve çocuklar büyüdüklerinde sağlık ve hastalıkta ebeveynlerine koşulsuz destekleri beklenmektedir. Çocuk sahibi olma veya başka çocuk isteme nedeni olarak da bu değer önem kazanmaktadır (62). Bu değerle yetişmiş olan çocuklarda bakımda ebeveynine destek vermektedir. Araştırmada da ebeveyn destek veren kişiler içerisinde en yüksek oranı çocuklar oluşturmaktadır (%45.7) (Çizelge 4.2.). Çocuk sayısı arttıkça destek oranı da artmakta ve böylece bakım veren eşlerin sosyal etkileşimde, eğlence faaliyetlerinde ve rol performanslarında yaşadıkları değişim azalmaktadır. Konu ile ilgili yapılmış çalışmalarda da sosyal desteğin bireylerin duygusal ve sosyal iyilik haline olumlu etkileri olduğu sıklıkla belirtilmiştir (7, 14, 24, 42, 98). Çocuk sahibi olmayan eşlerde ise değişimin fazla yaşanmasının nedeni en büyük destek faktörü olan çocuğun olmaması ile açıklanabilmektedir.

Ancak yukarıdaki çalışma sonuçlarına göre araştırmada 5'den fazla çocuğu olanların bu alanlarda en az değişimi yaşamaları beklenirken 4 çocuğu olanların en az değişimi yaşadıkları ortaya çıkmıştır. Bunun nedeni çocuk sayısının artması ile ekonomik güçlüklerin daha fazla yaşanması ile açıklanabilmektedir. Bertöre'ye (2000) göre ekonomik alanlarda yaşanan sıkıntılar bireylerin sosyal ve duygusal alanlarda gereksinim ve sorunlarının artmasına neden olmaktadır (10). Bu bulgudan yola çıkarak çocuk sayısının artması ile de ekonomik sıkıntının artacağı ve sosyal sorunlardaki değişimlerin diğer gruplara göre daha fazla olacağı söylenebilmektedir.

Araştırmada çıkan bulguların tersi sonuçlara Weihs ve Reihs'in (1996) yaptığı çalışmada rastlanmaktadır (120). Bu araştırmacılar çocuk sayısının artması ile birlikte sosyal sorunlarda değişiminin daha yüksek olduğunu ve bunun nedenini de gereksinimlerinin karşılanması gereken birey sayısının artması ile açıklamışlardır. Bu

sonuç ile araştırmada çıkan bulguların farklılığı kültürün, duygusal ve sosyal gereksinim ve sorunlar üzerindeki etkisini düşündürmektedir.

4.8.8. Terminal Dönem Kansere Hastasına Bakım Veren Eşlerin Evlilik Süresi İle Sosyal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları

Sosyal Sorunlar	Evlilik Süresi													
	10 yıldan az		10-19		20-29		30-39		40 yıl ve daha fazla		F	p		
	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.				
Bakım verici rolünde zorlanma	2.73	0.79	2.78	1.17	2.62	1.44	2.62	1.12	2.16	1.61	0.66	0.62	p>0.05	
Günlük işleri sürdürmede yetersizlik	3.00	0.89	2.39	0.70	2.31	1.29	2.28	1.31	2.16	1.34	0.99	0.42	p>0.05	
Sosyal etkileşimde değişim	2.64	1.03	3.06	0.64	3.00	0.98	2.38	1.12	2.53	0.90	2.21	0.07	p>0.05	
Eğlence faaliyetlerinde değişim	2.82	1.25	3.06	1.00	2.96	1.28	2.72	1.13	1.89	0.88	3.29	0.01	p<0.05	*
Rol performansında değişim	2.64	0.67	2.44	0.78	2.58	0.95	2.03	0.98	1.42	1.12	5.41	0.00	p<0.05	*
Sosyal izolasyon	2.55	0.69	2.39	1.04	2.46	1.10	2.21	1.08	2.00	1.15	0.77	0.55	p>0.05	

Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin evlilik süreleri ile sosyal sorunları arasındaki ilişki incelenmiş ve eğlence faaliyetlerinde ve rol performansında değişim açısından anlamlı ilişki bulunmuştur. Bulgular Çizelge 4.8.8.'de gösterilmiştir.

Bulgulara göre 30 yıldan daha fazla evli olan eşlerde eğlence faaliyetleri ve rol performansında değişim diğer evlilik sürelerine göre daha az yaşanmaktadır. Bu bulguyu destekleyecek doğrudan bir çalışma bulunmamakla birlikte bulgu, eşlerin ilerleyen yaşı ile açıklanabilmektedir.

Eğer evlilik süresi uzun ise eşlerin yaşı da artmış olacaktır. Literatür bilgilerine yaşın artması ile birlikte mesleki sorumluluklar, çocuk bakımı ve cinsellik gibi rollerde doğal bir değişim olduğu yansımıştır (55, 100, 121). Hasta bakımı

sırasında yaşı daha genç olan dolayısıyla evlilik süresi daha kısa olan eşlerde eğlence faaliyetlerinde ve rol performansındaki değişim bakım vermenin dinamiğinden kaynaklanırken, evlilik süresi 30 yıldan fazla olan eşlerdeki rol değişimleri daha çok doğal bir süreç olan yaştan artmasından kaynaklanmaktadır. Bu durum 30 yıldan uzun süredir evli olan eşlerin rol performanslarında daha az değişim yaşamalarını sağlamaktadır.

Evlilik süresi 30 yıldan daha fazla olan çiftlerde evlilikteki uyum evlilik süresi az olan eşlere göre daha fazla olduğu konu ile ilgili çalışmalarda belirtilmiştir (37, 49). Bu bilgidan yola çıkarak uyum düzeyi yüksek olan eşlerde bakım vermenin yükü daha az yaşanmakta ve bu alanlardaki değişim somut olarak var olsa bile eş tarafından daha az algılanmaktadır.

4.8.9. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Evliliklerinde Algıladıkları Paylaşım Durumu İle Sosyal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları

Sosyal Sorunlar	Evlilikteki Paylaşım									
	Destekleyen Paylaşım		Mutsuz Paylaşım		Neşeli Paylaşım		Habersiz Paylaşım		F	p
	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.		
Bakım verici rolünde zorlanma	2.46	1.24	2.85	1.35	2.39	1.14	2.57	1.38	0.64	0.59 p>0.05
Günlük işleri sürdürmede yetersizlik	2.49	1.04	2.44	1.34	2.33	1.03	2.09	1.35	0.58	0.63 p>0.05
Sosyal etkileşimde değişim	2.83	1.07	2.56	0.93	2.72	0.96	2.70	0.97	0.38	0.76 p>0.05
Eğlence faaliyetlerinde değişim	2.91	1.20	2.52	1.22	2.83	1.10	2.48	1.12	0.96	0.41 p>0.05
Rol performansında değişim	2.57	1.01	2.19	1.04	2.22	0.81	1.61	0.94	4.56	0.00 p<0.05 *
Sosyal izolasyon	2.69	1.02	2.00	0.96	2.50	0.79	1.91	1.20	3.82	0.01 p<0.05 *

Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin sosyal sorunları ile evliliklerinde algıladıkları paylaşım durumları arasındaki ilişki incelenmiş ve rol performansında değişim ile sosyal izolasyon açısından anlamlı ilişki bulunmuştur. Bulgular Çizelge 4.8.9.'da gösterilmiştir.

Bulgulara göre birbirini destekleyen evlikler ile neşeli evliklerde rol performansında değişim (destekleyen paylaşım: 2.57 ± 1.01 ; neşeli paylaşım: 2.22 ± 0.81) ve sosyal izolasyon (destekleyen paylaşım: $2.69 \pm$; neşeli paylaşım: 2.50 ± 0.79) evliklerdeki diğer paylaşımlara oranla daha fazladır.

Konu ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda da evlilikte memnuniyetin artması ile eşlerin hasta bakımına daha fazla zaman ayırdıkları görülmektedir (7, 90, 98, 120). Sürekli olarak bakım vermeye bağlı olarak eşler ev işleri, mesleki roller ve diğer aile üyelerinin bakımı gibi rollerini ertelemekte ve günlük olarak sürdürdükleri alışagelmış rollerin dışına çıkmaktadırlar. Gene bu eşler sürekli hastanın yanında bulunmak istediklerinden diğer kişiler arası ilişkilerden kaçınmaktadırlar. Sevilen bireyin ölüm ihtimali duygusal sorunların şiddetini arttırmakta ve eşler depresif duygu durumu dahil bir çok olumsuz duygulanımla karşı karşıya kalabilmektedirler. Rol performansında olan değişimler ve depresif duygulanımlar da eşin daha çok kendi başına kalması ve yalnızlık hissetmesine sebep olmaktadır.

Konu ile ilgili yapılmış olan diğer çalışmalarda da mutsuz ve birbirinden habersiz paylaşımları olan evliliklerde eşler bakım rollerini daha çok, kendilerinden başka hastaya bakım verecek kimse olmaması veya bakım veren eş kadın ise toplumsal değerlerin kendisine atfettiği rollerden dolayı yerine getirmektedir (7, 48, 66, 80). Bu eşlerin hastayla maksimum sürede birlikte olma kaygıları olmadığından bakıma daha az süre ayırabilmektedirler. Bu da rol performansında değişimin bu eşlerde diğer eşlere oranla daha az yaşanmasını sağlamaktadır.

Eşlerin duygusal durumu da evlilik memnuniyetleri fazla olan eşlerden daha az olumsuz etkilenmekte ve eşler kişiler arası ilişkilerden kaçınma davranışı göstermemektedir. Bakıma ayrılan sürenin daha kısa oluşu ve duygusal sıkıntıların şiddetinin azlığı nedeni ile evlilik memnuniyeti az olan eşlerde rol performansında değişim ve sosyal izolasyon daha az yaşanmaktadır.

4.8.10. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Günlük Bakım Süresi İle Sosyal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları

Sosyal Sorunlar	Günlük Bakım Süresi												
	6 saatten az		6 - 12 saat		12 saat		12 -24 saat		24 saat		F	p	
	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.	Ort	S.S.			
Bakım verici rolünde zorlanma	1.55	1.34	2.71	1.30	2.73	1.27	3.50	0.55	2.88	1.02	5.96	0.00	p<0.05 *
Günlük işleri sürdürmede yetersizlik	1.50	1.37	2.58	1.02	2.82	1.08	2.83	1.17	2.50	1.01	4.41	0.00	p<0.05 *
Sosyal etkileşimde değişim	2.77	1.19	2.96	0.86	2.45	0.93	2.33	0.82	2.65	0.98	0.84	0.50	p>0.05
Eğlence faaliyetlerinde değişim	2.50	1.06	2.75	1.26	3.00	1.26	2.00	1.41	2.80	1.11	0.96	0.43	p>0.05
Rol performansında değişim	1.73	1.03	2.33	1.01	2.73	1.10	2.50	0.84	2.18	0.96	2.26	0.07	p>0.05
Sosyal izolasyon	1.77	1.15	2.50	1.06	2.09	1.04	2.50	1.38	2.50	0.88	2.21	0.07	p>0.05

Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin sosyal sorunları ile bakım süresi ile arasındaki ilişki incelendiğinde bakım verici rolünde zorlanma ile günlük işleri sürdürmede yetersizlik açısından anlamlı ilişki bulunmuş ve bulgular Çizelge 4.8.10.'de gösterilmiştir.

Bakım veren eşlerin hastaya verdikleri günlük bakım saati arttıkça bakım verici rollerinde ve günlük işleri sürdürmede zorlandıkları ortaya çıkmıştır. Günde 6 saatten daha az bakım veren eşlerde bakım verme ile ilgili sorunlar en az yaşanırken (1.55±1.34) ev işleri ve diğer aile üyelerinin bakımı ile ilgilenmede daha fazla zamanları kalan bu eşlerin günlük işleri sürdürme alanında da sorunları az olmaktadır (1.50±1.37). Bu bulgular Çizelge 4.8.11.'deki destek veren kişi sayısı bulguları ile birlikte tartışılmıştır.

4.8.11. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Destek Veren Kişi Sayısı İle Sosyal Sorunları Arasındaki İlişkinin Puan Ortalamaları

Sosyal Sorunlar	Destek Veren Kişi Sayısı								F	p	
	Kendisi Ort	S.S.	1 Ort	S.S.	2 Ort	S.S.	3 ve daha fazla Ort	S.S.			
Bakım verici rolünde zorlanma	3.21	0.93	2.64	1.20	2.50	1.35	1.56	1.26	6.17	0.00	p<0.05 *
Günlük işleri sürdürmede yetersizlik	2.38	1.06	2.69	1.10	2.38	1.13	1.50	1.32	4.18	0.01	p<0.05 *
Sosyal etkileşimde değişim	2.54	0.98	2.87	0.86	2.75	1.07	2.50	1.15	0.83	0.48	p>0.05
Eğlence faaliyetlerinde değişim	2.50	1.14	2.77	1.22	2.96	1.08	2.44	1.21	0.94	0.43	p>0.05
Rol performansında değişim	2.33	0.96	2.36	0.84	2.13	1.15	1.69	1.20	1.89	0.14	p>0.05
Sosyal izolasyon	2.42	0.97	2.46	0.94	2.04	1.23	2.13	1.15	1.03	0.38	p>0.05

Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin sosyal sorunları ile bakıma destek veren kişi sayısı arasındaki ilişki incelendiğinde bakım verici rolünde zorlanma ve günlük işleri sürdürmede yetersizlik açısından anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bulgular Çizelge 4.8.11.'de gösterilmiştir. Bu bulgular Çizelge 4.8.10.'daki günlük bakım süresi bulguları ile birlikte tartışılmıştır.

Bulgulara göre eşler bakımı hiç destek almadan yalnız kendileri sürdürüyorsa, bakım verici rolünde (3.21 ± 1.93) ve günlük işleri sürdürmede yetersizlik (2.38 ± 1.06) yaşamaları açısından sorunları destek alanlara oranla daha artmaktadır. Bu alanlardaki en az sorun 3 ve daha fazla kişiden destek alan bireylerde yaşanmaktadır. (1.56 ± 1.26 ; 1.50 ± 1.32). Bu bulgulara benzer olarak da Çizelge 4.8.10.'da da bakım veren eşlerin hastaya verdikleri günlük bakım saati arttıkça bakım verici rollerinde ve günlük işleri sürdürmede zorlandıkları ortaya çıkmıştır.

Bu konuda yapılmış olan çalışmaların sonuçları araştırmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir (13, 17, 20, 48, 49, 80, 126). Eğer terminal dönemde eş hastaya bakım veriyorsa hem hasta hem de ailenin diğer üyelerine fiziksel, sosyal ve duygusal desteği sağlama sorumluluğu vardır. Bu sorumlulukların içinde hasta

bakımı, ev işleri, ulaşımı sağlama, alışveriş, ekonomik ihtiyaçları karşılama ile hasta ve aileye duygusal destek sağlama vardır. Hasta bakımı ile birlikte bu sorumluluklarını etkin bir şekilde yerine getiremeyen eşlerde günlük işleri sürdürme ile ilişkili sorunlar artmaktadır. Araştırmalar eğer eşin hastaya bakım verirken ev ve ailenin diğer üyelerinin gereksinimlerini karşılayacak destek faktörü varsa bu alanlarda sorun yaşama düzeylerinin düştüğünü belirtmektedir (7, 66, 100). Destek veren kişi sayısının artması ile eşler sosyal olarak daha fazla desteklenirken duygusal olarak da destek hissetmektedirler. Eşlerin duygusal ve sosyal olarak hissettikleri bu destek hasta bakımına da yansımakta ve hastanın da duygusal ve fiziksel durumuna olumlu katkıları bulunmaktadır.

Bu sorumlulukların yanı sıra eğer eşler tüm gün boyunca hastalarına bakım veriyorsa bakımla ve evdeki sorumlulukları sürdürme ile ilgili gereksinimleri daha da artmaktadır. Konu ile ilgili yapılmış çalışmaların belirttiğine göre de eşlerin kendi bireysel gereksinimlerini karşılayacak ve rahatlamalarını sağlayacak eğlence faaliyetlerine ayıracak enerji ve zamanlarının olmaması, bu alandaki sorunların şiddetini artırmaktadır (14, 24). Eğer eşler tüm gün bakım vermek yerine yarım gün veya daha az sürede bakım verdiklerinde sorunların şiddeti azalmaktadır. Bu durumda eşlerin eve ve diğer aile üyelerine ayıracak enerji ve zamanları olmakta bu da günlük işleri sürdürmeye ilişkin sorunlarını azaltmaktadır. Eğer ev ve hasta bakımı ile ilgili eşe destek veren kişi varsa eşler kendilerini rahatlatmak uğraşlarına yönelebilmekte bu da eğlence faaliyetlerinde değişimi daha az yaşamalarını sağlamaktadır. Eriksson ve Lauri' nin (2000) yaptıkları çalışmalarında hastaya bakım verirken eşe destek veren kişi sayısının artması ile eşin aldığı sorumlulukların sayısının azaldığı ve bununla eşin kendini daha az yorgun ve tükenmiş hissetmesini sağladığı belirtilmektedir (37). Bu durumda bakımın getirdiği duygusal yükleri paylaşma imkanına kavuşan eşlerin bakım vermenin dinamiğinden kaynaklanan duygusal sorunlarında da azalma gözlenebilmektedir.

Çizelge 4.8.11.'deki bulgular incelendiğinde, eşe destek veren kişi sayısı 1 ise ortamın bakımını yönetme alanında yaşanan yetersizliğin diğerlerine oranla daha fazla olduğu görülmektedir (2.69 ± 1.10). Bu durum destek veren kişilerin büyük

çoğunluğunu eşlerin çocuklarının oluşturması ile açıklanabilmektedir (%45.7) (Çizelge 4.2.). Çocuklarının tek başlarına ev işi ve diğer aile üyelerinin bakımı ile ilgilenmeleri eşlerin, çocuklarının fiziksel ve duygusal iyilik hali için endişelerini artırmakta ve buna paralel olarak sorunları da artmaktadır. Eğer çocuğa bu işlerde destek veren kişiler var ise eşin sıkıntısı azalmaktadır.

Çizelge 4.8.10. incelendiğinde, tüm gün bakım veren eşlerde günlük işleri sürdürmede yetersizlik (2.50 ± 1.01) ve bakım verici rolünde zorlanma (2.88 ± 1.02) ile ilgili puan ortalamalarının, 12- 24 saat arası bakım verenlere oranla daha düşük çıktığı görülmektedir. Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda eşin hastaya verdiği bakımın süresi gün içinde ne kadar fazla ise eşlerin daha fazla bilgi ve beceri kazanmakta olduğu; bunun da bakımla ilişkili olan sorunlarla baş etmesinde olumlu etkilerinin olduğu belirtilmiştir (8, 42, 98). Farklı çalışmalarda da bu bulgular desteklenirken, tüm gün hasta bakımı nedeniyle ailenin diğer üyelerinin gereksinimlerini karşılamaya bağlı sorunların arttığı; ancak eş tüm gün bakım verirken bu sorumlulukları eş yerine karşılayacak bireyler var ise o durumda sorunların azalacağı belirtmektedir (10, 24, 42).

Çizelge 4.9. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal ve Sosyal Sorunları Arasındaki İlişki

		SPIRİT	UMİTSİZ	ANKSİYETE	ETKİSİZ	KARAR	KORKU	DEPRESİYF	BAKIM	GÜN	SOSYAL	EĞLEN	ROL	İZOLE
SPIRİTUAL	R													
	p													
UMİTSİZ	R	0.39												
	p	0.00												
ANKSİYETE	R	0.11	0.26											
	p	0.27	0.01											
ETKİSİZ	R	0.34	0.28	-0.05										
	p	0.00	0.00	0.61										
KARAR	R	0.13	0.33	0.08	0.14									
	p	0.20	0.00	0.41	0.16									
KORKU	R	0.10	0.10	0.23	-0.13	0.14								
	p	0.31	0.31	0.02	0.18	0.16								
DEPRESİYF	R	0.15	0.19	0.09	0.09	0.23	0.05							
	p	0.12	0.05	0.35	0.38	0.02	0.63							
BAKIM	R	0.15	0.10	-0.07	0.42	0.15	-0.09	0.28						
	p	0.13	0.31	0.46	0.00	0.14	0.35	0.02						
GÜNLÜK	R	0.14	0.24	0.03	0.35	0.29	-0.07	0.17	0.44					
	p	0.14	0.02	0.74	0.00	0.00	0.50	0.09	0.00					
SOSYAL	R	0.16	0.17	0.23	-0.09	-0.02	0.16	0.02	-0.14	-0.08				
	p	0.10	0.08	0.02	0.37	0.83	0.12	0.83	0.16	0.44				
EĞLENCE	R	-0.12	0.18	0.14	-0.09	0.12	0.01	0.14	0.04	0.11	0.25			
	p	0.24	0.07	0.17	0.37	0.25	0.89	0.15	0.66	0.25	0.01			
ROL	R	0.46	0.40	0.14	0.18	0.32	0.03	0.27	0.23	0.35	0.23	0.23		
	p	0.00	0.00	0.15	0.07	0.00	0.78	0.01	0.02	0.00	0.02	0.02		
İZOLE	R	0.26	0.26	0.15	0.05	0.32	0.26	0.43	0.12	0.09	0.22	-0.02	0.23	
	p	0.01	0.04	0.12	0.60	0.00	0.01	0.00	0.24	0.39	0.03	0.83	0.01	

**Korelasyon 0,01 seviyesinde anlamlıdır(iki yönlü)

* Korelasyon 0,05 seviyesinde anlamlıdır(iki yönlü)

4.9. Terminal Dönem Kanser Hastalarına Bakım Veren Eşlerin Duygusal ve Sosyal Sorunları Arasındaki İlişki

Terminal dönem kanser hastalarına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunlarının birbirleriyle ilişkisi korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Sonuçlar Çizelge 4.9.'da gösterilmiştir.

Çizelge 4.9.'da görüldüğü gibi terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunlarının birbirini karşılıklı olarak etkiledikleri görülmüş ve aralarındaki güçlü ve orta güçte ilişkisi olan gereksinimler aşağıda verilmiştir. Bunlar:

Spiritual sıkıntı ile:	ümitsizlik etkisiz bireysel baş etme rol performansında değişim sosyal izolasyon
Ümitsizlik ile:	anksiyete etkisiz bireysel baş etme karar vermede çatışma ortamı yönetmede yetersizlik rol performansında değişim sosyal izolasyon
Anksiyete ile:	korku sosyal etkileşimde değişim
Etkisiz bireysel baş etme ile:	bakım verici rolünde zorlanma günlük işleri sürdürmede yetersizlik

Karar vermede çatışma ile:	depresif duygulanım günlük işleri sürdürmede yetersizlik rol performansında değişim sosyal izolasyon
Korku ile:	sosyal izolasyon
Depresif duygulanım ile:	bakım verici rolünde zorlanma rol performansında değişim sosyal izolasyon
Bakım verici rolünde zorlanma ile:	rol performansında değişim
Ortamın bakımını yönetmede yetersizlik ile:	sosyal etkileşimde değişim rol performansında değişim
Sosyal etkileşimde değişim ile:	eğlence faaliyetlerinde değişim rol performansında değişim sosyal izolasyon
Eğlence faaliyetlerinde değişim ile:	rol performansında değişim
Rol performansında değişim ile:	sosyal izolasyon ilişkilidir.

Literatürde konu ile ilgili araştırmalar incelendiğinde duygusal ve sosyal sorunların birbirini karşılıklı olarak etkilediği görülmektedir (6, 40, 48, 54, 55, 66). İnsan fiziksel, duygusal, sosyal ve toplumsal bir varlık olduğundan bu alanlardaki herhangi bir değişim bireyin diğer alanlarda da değişim yaşamasını sağlamakta ve bireyin iyilik halini etkilemektedir. Buna göre sosyal alandaki değişimler bireyin duygusal durumunu etkilerken; duygusal alandaki değişimler de bireyin sosyal rol ve sorumluluklarının yerine getirmesini etkileyerek sosyal sorunları farklılaştırmaktadır.

Araştırma bulgularında da terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunlarının karşılıklı olarak birbirini etkilediği görülmektedir (Çizelge 4.9.)

Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin günlük yaşamları hastaya aktif bakım verme nedeni ile kesintiye uğramakta, rollerinde farklılaşmalar meydana gelmektedir. Var olan rollere eklenen yeni rol ve sorumluluklar eşlerin tüm enerji ve zamanını alarak bireylerde depresyon ve ümitsizlik gibi negatif duygulanımların oluşmasına neden olmaktadır. Ümitsizlik ve korku sevilen bireyin kaybının algılanmasına ve hastayı fiziksel, ve duygusal anlamda tükenmiş görmeye bağlı olarak gelişmektedir. Bununla birlikte eşler bakım verme sırasında hastanın yaşamını direkt etkileyen tedavi ve bakım gibi konularda da karar vermek durumunda kalmaktadırlar. Araştırmalar karar vermede yaşanan çatışmaların tedavi ve bakımla ilgili olabildiği gibi ailenin en az hasta kadar kanserden etkilen diğer üyeleri ve hastanın kendisiyle de ilgili olabildiğini belirtmektedir (66, 96). Kararların doğruluğundan emin olamayan ve çevresindeki sevdiği bireylerle çatışma yaşayan eşlerde bunun sonucu olarak ümitsizlik, depresyon, anksiyete gibi olumsuz duygulanımlar oluşabilmektedir.

Thomas ve Retsas (1999) tüm zamanını sevdiği bireyin bakımı ile geçiren eşlerde bakım süresinin ve sıklığının uzaması ile sosyal etkileşimlerinde bozulmaların oluştuğunu ve bunun sonucunda da eşlerin kendilerini desteksiz ve yalnız hissettiklerini belirtmektedirler (109). Araştırmalar artan sosyal izolasyon ve sosyal etkileşimdeki değişimin bireyin sürekli ölüm gerçeği ile yüz yüze kalmasından ve bunu paylaşamamasından dolayı oluştuğunu; böylece de spiritual alandaki sorunlarının arttığını belirtmektedir (22, 82, 96, 102). Spiritual alandaki bu değişimler ölmek üzere olan hastasına bakım veren eşlerin zamanla yaşamdan zevk almalarını azaltarak ümitsizlik ve depresif duygulanımlarının da artmasına neden olabilmektedir.

Kaunonen ve arkadaşları (1999) ölümün tüm korkuların kaynağı olduğunu belirtmişlerdir (64). Bu korku genelde eşlerin sevilen bireyin ölüm anı ile nasıl baş

edeceğine dair olmaktadır. Araştırmalar eşlerin hastanın ölümünden sonraki yaşamlarının nasıl olacağına ilişkin kaygı ve korkularının da sıklıkla yaşanan olumsuz duygulanımlar arasında olduğunu belirtmişlerdir (49, 51). Tüm bu negatif duygulanımlar eşlerin enerjisinin çoğunu tüketmekte geleceğe ilişkin ümitlerinde azalmaya yol açmaktadır. Bu azalan zaman ve enerji ile hastanın ve diğer aile üyelerinin fiziksel, duygusal ve sosyal gereksinimlerini karşılamaya çalışan eşler kendilerini rahatlatarak uğraşlara gereksinim duymaktadırlar. Ancak duygusal bir boşalım ve rahatlama sağlayacak eğlence faaliyetlerine vakit ayıramadıklarından dolayı zamanla tükenmişlik hissetmektedirler. Bu tükenmişliğin hem çevresiyle kurmuş oldukları sosyal etkileşimlerine hem de hasta bakımına olumsuz etkileri olmaktadır.

Hasta bireye bakım verme duygusal ve sosyal olarak kişilerde sorunlara neden olan bir süreçtir. Bakım vermenin dinamiğinden kaynaklanan duygusal ve sosyal alandaki bu sorunlar eşlerin hastadan daha fazla iyilik halinde bozulmalara yol açmaktadır. Bu durumun sağlık çalışanları tarafından göz önünde bulundurulması ve yalnızca hastanın değil bakım veren eşlerinde sağlık durumlarını bu gereksinimlere göre ele almanın eşlerin iyilik hallerine olumlu katkıları olacağı düşünülmektedir. İyilik hali artan eş de hasta ve diğer aile üyelerinin bakımını daha etkin bir şekilde yerine getirecek ve hastanın ölümünden sonra yas sürecini daha rahat geçirebilecektir.

SONUÇLAR

Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunlarının incelendiği araştırmada, eşlerin çoğuna (%32) Demetevler Onkoloji Hastanesi'nde ulaşılmıştır. Eşlerin bakım verdikleri hastaların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde hasta grubunun % 66'sının erkeklerden oluştuğu ve % 29' unun yaşlarının 55 ile 64 arasında değiştiği görülmektedir. Hastalarda en sık rastlanan kanser türü % 32'lik oranıyla gastrointestinal sisteme ait kanserler olup hastaların %30.1'i bu tanıyı 6 ay veya daha kısa bir zaman önce almışlardır. Hastaların % 29.1'i hastanede 1 hafta veya daha kısa bir süredir bulunmakta iken bir kısım hasta (%8.7) 2 aydan fazla aynı klinikte bulunmaktadır (Çizelge 4.1.).

Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin tanıtıcı özelliklerine bakıldığında eşlerin % 66'sını kadınların oluşturduğu görülmektedir. Eşlerin % 27.1' sinin yaşları 45 ile 54 arasında değişirken eğitim durumu açısından ilkökul mezunu olan eşlerin oranı diğer eğitim düzeylerindeki eşlere oranla en fazladır (%56.3). Eşlerden yarısından çoğu ev hanımı olup (% 55.3), meslek sahibi olan eşlerin % 19.2'si hastanın bakımı sırasında işlerine devam ederken geri kalanlar izinde veya çalışmayı bırakmış durumdadırlar. Eşlerden yarısından çoğu (%53.4) gelir durumlarını orta düzeyde algılarken kötü olarak algılayanların oranı ise % 31.1'dir. Eşlerden % 27.2'sinin en az iki çocuğu var iken hiç çocuğu olamayan eş oranı % 5.8'dir. Eşlerin % 28.2'si ortalama olarak 36 yıldır evli olup (30- 39 yıl) % 34'ü evliliklerinde birbirlerini destekleyen, koruyan ve kollayan paylaşımları olduğunu belirtmiştir. Eşlerden yarısından çoğu (% 60.2) ölümden sonra yaşamın varlığına inanmakta iken % 53.4'ü ise ölümü bir başlangıç olarak tanımlamaktadırlar. Bu konuda kararsız olanların oranı ise % 24.3'dür. Eşlerden % 38.8'i hastaya tüm gün bakım verirken, günde 12 ile 24 saat arası bakım veren eşlerin oranı ise % 5.8'dir. Eşlerden % 37.9'u hastaya bakım verme sırasında en az bir kişi tarafından destek almakta iken bakımı destek almadan tek başına sürdüren eşlerin oranı % 23.3'dür. Eşlere bakım sırasında verilen desteğin yaklaşık yarısı eşlerin çocuklarından gelmekte iken (% 45.7) bunu ikinci ve üçüncü sırayı kardeşleri (% 18.4) ve ebeveynleri (% 8.7) izlemektedir (Çizelge 4.2.).

Bu özelliklere sahip terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunları ile bunları etkileyen faktörler değerlendirildiğinde aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir. Bunlar:

1. Araştırma sonuçlarına göre terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin tüm duygusal ve sosyal sorunlarında bir değişim olduğu görülmektedir. Duygusal sorunlar alanında en fazla değişim depresif duygulanımda (Çizelge 4.3) yaşanırken, sosyal sorun alanında ise en fazla değişim sosyal etkileşim alanında yaşanmaktadır (Çizelge 4.6.).
2. Hastanın yaşının eşin duygusal ve sosyal sorunlarını etkilediği; yaşın artması duygusal sorunlardan biri olan spiritual sıkıntıda (Çizelge 4.4.1.) ve sosyal sorunlardan biri olan rol performansında değişimde bir azalma olduğu görülmektedir (Çizelge 4.7.1.).
3. Kanser türü ile eşlerin duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki incelendiğinde, eşlerin duygusal sorunlarında farklılaşmaya rastlanmazken; sosyal sorunlardan biri olan rol performansında değişimin kanser türlerinden etkilendiği bulunmuştur. Bu değişim sırasıyla üreme sistemlerine ait kanserler, böbrek ve üriner sisteme ait kanserler ile prostat kanserlerinde en fazla yaşanmaktadır (Çizelge 4.7.2.).
4. Hastanın kanser tanısını aldığı süre uzadıkça eşlerin duygusal ve sosyal sorunları değişmekte; bu değişim eşlerde duygusal sorunlar açısından ümitsizlik (Çizelge 4.4.3.) alanında yaşanırken, sosyal sorunlar açısından günlük işleri sürdürmede yetersizlik ve eğlence faaliyetlerinde değişim alanında yaşanmaktadır. Hastanın kanser tanısı aldığı süre ne kadar uzunsa eşlerin günlük işleri sürdürmede yetersizlik ve eğlence faaliyetlerinde değişim yaşamalarının o kadar arttığı bulunmuştur. Ancak 3 yıl ve daha uzun süreli kanserlerde bu değişimin 25 ile 36 aydır kanser tanısı ile izlenen hastanın sorunlarından daha az olduğu belirtilmiştir (Çizelge 4.7.3.). Hastanın kanser tanısı aldığı süre kısaldıkça da

eşlerin duygusal sorunları alanında ümitsizliklerinin arttığı görülmektedir (Çizelge 4.4.3.).

5. Hastanın hastanede kalış süresinin uzaması ile eşlerin duygusal sorunlarında farklılaşmaya rastlanmazken sosyal sorunları alanında sosyal etkileşimde değişim yaşadıkları bulunmuştur. Süre uzadıkça bu alandaki değişim artarken 2 aydan daha uzun süredir hastanede bulunan hastaların eşlerindeki sosyal etkileşimdeki değişim ile 1-2 ay arasında kalış süresi olan hastaların eşlerinden daha az yaşandığı bulunmuştur (Çizelge 4.7.4.).
6. Eşlerin tanıtıcı özellikleri ile duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki incelendiğinde, eşlerin cinsiyetinin duygusal sorunları etkilediği ve kadın olan eşlerde depresif duygulanımın erkeklere oranla daha fazla yaşandığı bulunmuştur (Çizelge 4.5.1.). Sosyal sorunlar açısından farklılaşmaya rastlanmamıştır (Çizelge 4.8.1.).
7. Eşin yaşının artması ile duygusal ve sosyal sorunların etkilendiği belirtilmiş ve bu etkilenmenin duygusal sorunlar açısından spiritual sıkıntı ve korku alanında olduğu; yaşın artması ile birlikte spiritual sıkıntı ve korkuda bir azalma olduğu bulunmuştur (Çizelge 4.5.2.). Sosyal sorunlar açısından da rol performansındaki değişimin yaşın artması ile azaldığı ve bu değişimin yaşı 35'den küçük olan eşlerde en az yaşandığı bulunmuştur (Çizelge 4.8.2.).
8. Eşin eğitim düzeyinin artması ile duygusal sorunlar açısından farklılaşmaya rastlanmazken sosyal sorunlar alanında rol performansında ve sosyal izolasyonda artış olduğu bulunmuştur. Üniversite mezunu olan eşlerin lise mezunu olan eşlere oranla bu alanlarda sorunlarının daha az olduğu bulunmuştur (Çizelge 4.8.3.).
9. Eşlerin meslekleri ile duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki incelendiğinde duygusal sorunlar açısından bir farklılaşmaya rastlanmazken (Çizelge 4.5.4.), sosyal sorunlarda mesleği memur ve işçi olan eşlerin rol

performansındaki değişimi diğer meslek gruplarında olan eşlere göre daha fazla yaşadıkları saptanmıştır (izelge 4.8.4.).

10. Eşlerin algıladıkları gelir düzeyi düştükçe duygusal ve sosyal sorunlarında değişim olduğu bulunmuştur. Eşlerin gelir düzeyi düştükçe duygusal alanda stres verici yaşam olayları ile baş etmesi etkisizleşmekte iken (izelge 4.5.6); sosyal alanda ise bakım verici rolünde ve günlük işleri sürdürmede zorluklarının arttığı bulunmuştur (izelge 4.8.6.).

11. Çocuğun varlığı ve sayısının duygusal ve sosyal sorunları etkilediği; ocuk sayısının artması ile eşlerde sosyal etkileşimde, eğlence faaliyetlerinde ve rol performansında değişimin azaldığı bulunmuştur. ocuk sahibi olmayan eşlerde bu alandaki sorun ocuk sahibi olanlara göre daha fazla olduğu (izelge 4.8.7.); duygusal sorunlardan da bu etkilenmenin eşlerin yaşadığı ümitsizlik alanında olduğu saptanmıştır. ocuk sayısının artması ile eşlerin mitsizlikleri azalmakta iken, en fazla mitsizliğin çocuğu olmayan eşlerde yaşandığı belirtilmiştir (izelge 4.5.7.).

12. Evlilik süresi ile eşlerin duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki incelendiğinde eşlerin duygusal sorunlar açısından spiritual sıkıntı ve korku alanında sorunlarının farklılaştığı bulunmuştur. Evlilik süresi uzadıķa eşlerin duygusal sorunlarından olan spiritual sıkıntı ve korkuda (izelge 4.4.8); sosyal sorunlar alanında ise eğlence faaliyetleri ve rol performanslarında değişimin azaldığı bulunmuştur. Evlilik süresi 30 yıldan fazla olan eşlerde ise bu değişim diğer evlilik sürelerine göre daha az yaşanmaktadır (izelge 4.8.8.).

13. Eşlerin evliliklerinde algıladıkları paylaşım durumu ile duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki incelendiğinde birbirini destekleyen ve neşeli paylaşımları olan evliliklerde eşlerin evlilikle ilgili memnuniyetlerinin arttığı ve buna bağlı olarak da duygusal alanda ümitsizlik, korku ve depresif duygulanımların azaldığı bulunmuştur (izelge 4.4.9.). Ancak evlilikteki memnuniyet arttıķa eşlerin duygusal sorunları azalırken, sosyal sorunlardan rol

performansı ve sosyal izolasyondaki değişimin diğer eşlere göre daha fazla olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.8.9.)

14. Günlük bakım verme süresi ile duygusal ve sosyal sorunlar arasındaki ilişki incelendiğinde, tüm gün boyunca bakım veren eşlerde duygusal alanda depresif duygulanımın daha fazla yaşandığı (Çizelge 4.5.12.); sosyal sorunlar alanında ise bakım süresi uzadıkça eşlerin bakım verici rollerinde ve günlük işleri sürdürmede zorlandıkları bulunmuştur (Çizelge 4.8.10.).

15. Terminal dönemde bulunan kanser hastasına bakım verme sırasında eşlere destek verecek kişinin varlığı ve sayısının eşlerin duygusal ve sosyal sorunlarını etkilediği bulunmuştur. Destek veren kişi bulunmadığı zaman eşlerin duygusal sorunlar alanında ümitsizlik ve depresif duygulanımları daha fazla yaşadıkları; destek veren kişi sayısı arttıkça da bu duygulanımları yaşama oranında azalma olduğu bulunmuştur (Çizelge 4.5.13.). Sosyal sorunlar açısından ise destek veren kişi sayısının artması ile eşlerin bakım verici rolünde ve günlük işleri sürdürmede daha az zorlandıkları; en fazla zorlanmanın ise hastaya tek başına bakım veren eşlerde olduğu bulunmuştur (Çizelge 4.8.11.).

16. Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki incelendiğinde, bu sorunların birbirini karşılıklı olarak etkilediği bulunmuş (Çizelge 4.9) ve aralarında ilişki olan sorunlar ve düzeyleri aşağıda belirtilmiştir. Buna göre:

- Spiritual sıkıntı ile ümitsizlik, etkisiz bireysel baş etme, rol performansında değişim ve sosyal izolasyon arasında güçlü bir ilişki,
- Ümitsizlik ile anksiyete, etkisiz bireysel baş etme, karar vermede çatışma, günlük işleri sürdürmede yetersizlik ve rol performansında değişim ile güçlü: sosyal izolasyon ile zayıf bir ilişki,
- Anksiyete ile sosyal etkileşimde değişim ve korku arasında zayıf bir ilişki,
- Etkisiz bireysel baş etme ile günlük işleri sürdürmede yetersizlik ve bakım verici rolünde zorlanma ile güçlü bir ilişki,

- Karar vermede çatışma ile günlük işleri sürdürmede yetersizlik, rol performansında değişim ve sosyal izolasyon ile güçlü; depresif duygulanım ile zayıf bir ilişki,
- Korku ile sosyal izolasyon arasında güçlü bir ilişki,
- Depresif duygulanım ile sosyal izolasyon ve rol performansında değişim ile güçlü; bakım verici rolünde zorlanma ile zayıf bir ilişki,
- Bakım verici rolünde zorlanma ile rol performansında değişim arasında zayıf bir ilişki,
- Günlük işleri sürdürmede yetersizlik ile sosyal etkileşimde değişim ve rol performansında değişim arasında güçlü bir ilişki,
- Sosyal etkileşimde değişim ile rol performansında değişim ve sosyal izolasyon arasında zayıf; eğlence faaliyetlerinde değişim ile güçlü bir ilişki,
- Eğlence faaliyetlerinde değişim ile rol performansı arasında zayıf bir ilişki,
- Rol performansında değişim ile sosyal izolasyon arasında zayıf bir ilişki saptanmıştır.

ÖNERİLER

Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunlarının incelendiği araştırma sonuçlarına dayalı olarak aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

1. Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin depresif duygulanım ve sosyal etkileşimde daha fazla değişim yaşamaları nedeni ile, hemşirelerin eşlerin bu sorunlarına yönelik yaklaşımlarının belirlenmesi,
2. Hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının,
 - Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşin cinsiyeti kadın ise duygusal sorunlarının erkek eşlere göre daha fazla olmasından dolayı kadınları,
 - Eşlerin yaşı azaldıkça duygusal ve sosyal sorunları diğer eşlere göre daha fazla olduğundan özellikle 35 yaş altı eşleri,
 - Ekonomik kaynakların kısıtlılığı eşlerin duygusal ve sosyal sorunları artırdığından gelir düzeyi düşük olan eşleri,
 - Kanser tanısı ile terminal dönem arasındaki süre kısaltıkça eşlerin duygusal sorunlarında daha fazla artış olduğundan özellikle 6 aydan daha kısa sürede terminal döneme girmiş olan hastalara bakım veren eşleri,
 - Çocuk varlığı eşlerin duygusal ve sosyal sorunlarını azalttığından çocuğu olmayan eşleri riskli grup olarak değerlendirmeleri önerilir.
3. Tanı ile terminal dönem arasındaki süre uzadıkça eşlerin hastasına bakım vermede zorlanmada ve eğlence faaliyetlerinde bozulmada artış olmaktadır. Aynı zamanda hastaya verilen günlük bakım süresinin uzaması ile eşlerin bakım verici rollerinde ve günlük işleri sürdürmede yetersizlikleri artmaktadır. Bunlar göz önünde tutulduğunda hemşirelerin,
 - Tanı süresi uzun olan hastaya bakım veren eşlerin hasta bakımlarına bilgi ve teknik açısından destek verme,
 - Klinik içerisinde eşleri duygusal olarak rahatlatacak uğraşlar için ortamın hazırlaması ve var olanların kullanılması konusunda eşleri motive etmesi,

- Eşi dinlenmesi için bakımı diğer destek veren kişilerin yürütmesi konusunda yönlendirmesi,
 - Sorunlarla baş etme becerileri kazandırmaları,
4. Bakıma destek veren kişi sayısı arttıkça duygusal ve sosyal sorunlarda azalma görülmektedir. Eşlere bakım verme sırasında destek veren kişinin bulunmaması eşlerin bakım verici rollerinde ve ortamı yönetmede yetersizlik yaşamalarına neden olurken, bunun sonucunda da eşlerin ümitsizlik ve depresif duygulanımlarında artış olmaktadır. Bu sonuçtan yola çıkarak;
- Hemşirelerin eşlerin hangi konularda desteğe gereksinimleri olduğunu değerlendirmesi ve bu gereksinimlere göre bakımda bilgi ve teknik konusunda eşe destek sağlaması,
 - Hemşirelerin eşlerin destek gereksinimlerine göre ev işi, çocuk bakımı gibi konularda informal destek kaynaklarını aktive etmeleri,
5. Evlilik süresi ve evlilikteki memnuniyet azaldıkça eşlerin duygusal ve sosyal sorunları artmaktadır. Bu sonuca dayalı olarak;
- Evlilikteki memnuniyet ve iletişim örüntülerinin terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşin duygusal ve sosyal sorunları nasıl etkilediğine ve bu etkilenmelere karşı nasıl müdahalede bulunacağına ilişkin ayrıntılı bir çalışma yapılması,
 - Eşler ile hasta arasındaki iletişimi düzenleyecek hemşirelik müdahalelerin geliştirilmesi,
 - Konu ile ilgili diğer sağlık çalışanları ile işbirliği yapılması,
6. Üreme sistemi, üriner sistem ve prostat kanseri olan hastaların rol performansındaki değişim diğer kanser türlerine göre daha fazla olduğundan cinsel rollerin etkilendiği bu kanser türlerinde hemşirelerin hasta ve eşin cinsel rollerle ilişkili gereksinim ve sorunlarını dikkate alması ve gerektiğinde danışmanlık yapması,

7. Eğitim seviyesinin düşmesi ile eşlerin duygusal ve sosyal sorunlarında değişim arttığından hemşirelerin bu eşlere bakım ile ilgili konularda bilgi ve beceri kazandırma çalışmaları yapmaları,
8. Memur, işçi gibi işe devam mecburiyetleri ve çalışma yükleri fazla olan eşlerin sosyal sorunlarında değişim diğer meslek grubunda olan eşlere oranla daha fazla yaşandığından hemşirelerin bu eşleri risk grubu olarak değerlendirip bakım konusunda daha fazla destek almaları için yönlendirmeleri,
9. Hemşirelerin ve diğer tedavi ekibinin de terminal dönem kanser hastası ve yakınları ile çalışmalarında yaşadıkları gereksinim ve sorunlarının planlanacak araştırmalarca saptanması önerilir.
10. Bu araştırmanın veri tabanı ve bulguları dikkate alınarak konuyla ilgili derinlemesine araştırmalar planlanması ve yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

1. Adam J., "Caring for the New Family in Palliative Care," **British Journal of Nursing**. Vol. 4, No.21, 1995.
2. Adershed B., Ternstedt B-M. "Being a Close Relative of a Dying Person," **Cancer Nursing**. Vol. 23, No. 2, 2000.
3. Akın B., "Selçuk Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Ölümçül Hastaya Yaklaşımlarının İncelenmesi," (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Konya, 1996).
4. Alexander D. "Psychosocial Research in Palliative Care," **Oxford Textbook of Palliative Medicine**. (Ed: Doyle D., Hanks G. W. C., MacDonald N), New York, Oxford University Press, 1999.
5. Alpar, R., **İstatistik ve Spor Bilimleri**. Ankara, Kültür Ofset, 1998.
6. Anderson B. L., Golden-Kreutz M. "Sexual Self-concept for The Woman with Cancer," **Cancer and The Family**. (Ed: Baider L., Cooper C. L., Kaplan De Nour), England, John Wiley & Sons, 1996.
7. Anuk D. "Kanser Hasta ve Eşlerinin Ankisiyete-Depresyon Düzeyleri ile Evlilik Niteliğinin Sosyal Çalışma Açısından Araştırılması," (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1997).
8. Atlı, H. "Sosyal Çalışma Açısından Kanserın Aile İçinde Yarattığı Sorun Alanlarının Belirlenmesi ve Sosyal Desteğin Gerçekleştirilmesinde Etkili Unsurlar,"(Yayımlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikososyal Onkoloji Bilim Dalı, 1997).
9. Barclay, V. **Kanser Hemşireliğinde Temel Kavramlar**. Ankara, Uluslararası Kanser Savaş Birliği, 1987.
10. Bertöre C. "Types and Sources of Social Support for People Afflicted with Cancer," **Nursing and Health Sciences**. Vol. 2, No. 2, 2000.
11. Besterfield, D.H. **Quality Control**. New Jersey, Prentice-Hall Press, 1990.
12. Birol, L. **Hemşirelik Süreci**. 3.bs., İzmir, Etki Matbaacılık, 1997.
13. Blanchard C., Albrecht T., Ruckduschel J., "The Crisis of Cancer: Psychological Impact on Family Caregivers," **Oncology**. Vol. 11, No. 2, 1997.
14. Bloom J. R. "Social Support of The Cancer Patient and The Role of the Family," **Cancer and The Family**. (Ed: Baider L., Cooper C. L., Kaplan De Nour), England, John Wiley & Sons, 1996.

15. Boyle D., Blodget L., Gnesdiloff S., White J., Bamford M., Sheridon M., Beveridge R. "Caregiver Quality of Life After Autologus Bone Marrow Transplantation," **Cancer Nursing**. Vol. 23, No. 3, 2000.
16. Breitbart W., Chochinov H. M., Passik S. "Psychiatric Aspects of Palliative Care," **Oxford Textbook of Palliative Medicine**. (Ed: Doyle D., Hanks G. W. C., MacDonald N), New York, Oxford University Press, 1999.
17. Carmen W.H., Chan R., Phil M., "Stress Associated with Tasks for Family Caregiver of Patients with Cancer in Hong Kong," **Cancer Nursing**. Vol. 22, No. 4, 1999.
18. Carpenito L. J. **Hemşirelik Tanıları El Kitabı**. (Çev. Erdemir F.) 7. Bs., İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 1999.
19. Çavuşoğlu H. **Kronik ve Ölümcül Hastalık Kavramları ile Hematolojik ve Onkolojik Sorunu Olan Çocuk ve Hemşirelik Bakımı**. Ankara, Hürbilek Matbaacılık, 1992.
20. Chan C., Chang A. "Managing Caregiver Tasks Among Family Caregivers of Cancer Patients in Hong Kong," **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 29, No. 2, 1999.
21. Çolak G., "Lösemili Çocukların Ailelerinde Teşhis-Tedavi Sürecinin Meydana Getirdiği Yapısal Değişiklikler ve Kaygı Düzeylerinin Psikososyal Açidan İncelenmesi," (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü, 1992).
22. Corr C., (1999) "Death in Modern Society, " **Oxford Textbook of Palliative Medicine**. (Ed: Doyle D., Hanks G. W. C., Mac Donald N), New York, Oxford University Press, 1999.
23. Cutcliffe J. R., Black C., Hanson E., Goward P. "The Commonality and Synchronicity of Mental Health Nurses and Palliative Care Nurses: Closer Than You Think?, " **Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing**. Vol. 8, No.1, 1999.
24. De Nour A. C., Manor O., Hadani P. E., Baider L., Kaufman B., Peretz T. "Mutuality of Fate: Adaptation and Psychological Distress in Cancer Patients and Their Partners," **Cancer and The Family**. (Ed: Baider L., Cooper C. L., Kaplan De Nour), England, John Wiley & Sons, 1996.
25. Degner L., Gow C., Thompson L., "Critical Nursing Behaviours in Care for the Dying," **Cancer Nursing**. Vol. 14, No. 5, 1991.
26. Derogatis L.R., Morrow G.R., Fetting J., Penman D., Piasetsky S., Schmale A.M., Henrichs M., Carniceke L.M. "The Prevalence of Psychiatric Disorders Among Cancer Patients," **JAMA**. Vol: 249, No: 6, 1983.

27. Devrimci. H., "İbn-i Sina Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniğinde Yatarak Tedavi Gören Kanser Hastaları ve Yakınlarında Psikiyatrik Morbidite,"(Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, 1996).
28. Dietrick M., Brasher E. " Kanser Cerrahisi," (Çev: Leman Birol), **Hemşireler İçin Kanser El Kitabı**. (Çev. Ed: Nurgün Platin). 1 B.s., Ankara, IV. Akşam Sanat Okulu Matbaası, 1996.
29. Doğaner İ., Mete L., "Tarihsel Gelişim İçinde Aile Terapisi," **Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi**. C. 2, No.1, 1994.
30. Donehower M.(1996)" Semptom Kontrolü". (çev: Lale Algier), **Hemşireler İçin Kanser El Kitabı**. (Çev. Ed: Nurgün Platin). 1 B.s., Ankara, IV. Akşam Sanat Okulu Matbaası, 1996.
31. Dunniece U., Slevin E. "Nurses' Experiences of Being Present with a Patient Receiving a Diagnosis of Cancer," **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 32, No.3, 2000.
32. Eckhardt S. "Tanı, Evrelendirme ve Tedavi İlkeleri," **Klinik Onkoloji**. (Ed: Hossfeld D., Sherman C. D), 5. Baskı , Ankara, Uluslararası Kanserle Savaş Birliği, 1992.
33. Elbi H. "Kanserli Hastada Depresyon". **Psikiyatrik Tıp; Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi**. (Düz: Özkan S., Ed: Özkan M.) İstanbul, Novartis İlaçları, 1997.
34. Eng, A.M. "The Hospice Interdisciplinary Team: A Synergistic Approach to the Care of Dying Patients and Their Families," **Holistic Nursing Practice**. Vol.7, No.4, 1993.
35. Erdine S. " Kanserde Palyatif Bakımın Organizasyonu," **Kanserde Palyatif Bakım**. (Ed: Erdine S.), İstanbul.Sandoz Ürünleri A.Ş., 1993.
36. Erdine S." Kanserde Palyatif Bakımın Genel İlkeleri," **Kanserde Palyatif Bakım**. (Ed: Erdine S.), İstanbul, Sandoz Ürünleri A.Ş., 1993.
37. Eriksson E., Lauri S. "Informational and Emotional Support for Cancer Patients' Relatives," **European Journal of Cancer Care**. Vol. 9, No. 1, 2000.
38. ESO Onkoloji Hemşireliği Kursu Notları, Ankara, Novartis İlaçları, 1999.
39. Fanslow J. "Ağrı,"(Çev: Nuran Akdemir), **Hemşireler İçin Kanser El Kitabı**. (Çev. Ed: Nurgün Platin). 1 B.s., Ankara, IV. Akşam Sanat Okulu Matbaası, 1996.

40. Ferrell B. R. "The Family," **Oxford Textbook of Palliative Medicine**. (Ed: Doyle D., Hanks G. W.C., Mac Donald N). New York, Oxford University Press. 1999.
41. Ferszt G., Barg F. "Psikososyal Destek," (Çev: Nuran Akdemir), **Hemşireler İçin Kanseri El Kitabı**. (Çev. Ed: Nurgün Platin). 1 B.s., Ankara, IV. Akşam Sanat Okulu Matbaası, 1996.
42. Flanagan J., Holmes S. "Social Perceptions of Cancer and Their Impacts: Implications for Nursing Practice Arising from the Literature," **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 32, No. 3, 2000.
43. Flaskerud J.C., Carter P.A., Lee P., "Distressing Emotions in Female Caregivers of People with AIDS, Age-related Dementions, and Advanced Stage Cancers," **Perspectives in Psychiatric Care**. Vol. 36, No. 4, 2000.
44. Fleming I., Brady L., Mieszkalski G., Cooper R., Cooper M. "Basis for Major Current Therapies for Cancer," **American Cancer Society Textbook of Clinical Oncology**. (Ed: Murphy G., Lawrence W., Lenhard R). Second edition, Atlanta, The American Cancer Society, 1995.
45. Ford G. "Multiprofessional Education". **Oxford Textbook of Palliative Medicine**. (Ed: Doyle D., Hanks G. W. C., MacDonald N), New York, Oxford University Press, 1999.
46. Frederick P. "Identification and Care of Cancer Families," **American Cancer Society Textbook of Clinical Oncology**. (Ed: Murphy G., Lawrence W., Lenhard R). Second edition, Atlanta, The American Cancer Society, 1995.
47. Germino B. B., O'Rourke M. E. "Cancer and The Family," **Cancer Nursing and Comprehensive Textbook**. (Ed: Mc Corcley R., Grant M., Stromsburg F., Bond S. B.), 2nd Edition, Philadelphia, WB Saunders, 1996.
48. Given B., Given C. W. "Family Caregiver Burden From Cancer Care," **Cancer Nursing and Comprehensive Textbook**. (Ed: Mc Corcley R., Grant M., Stromsburg F., Bond S. B.), 2nd Edition, Philadelphia, WB Saunders, 1996.
49. Given C., Stommel M., Given B., Osuch J., Kurtz M., Kurtz J. "The Influence of Cancer Patients' Symptoms and Functional States on Patients' Depression and Family Caregivers' Reaction and Depression," **Health Psychology**. Vol. 12, No. 4, 1993.
50. Göğüş, A. "Ruh Hastalığında Sosyal Uyum Bozukluğunun Saptanması Üzerine Karşılaştırmalı Bir Araştırma," (Yayımlanmamış Doçentlik Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü, Ankara, 1981).

51. Gotay C. C. "Cultural Variation in Family Adjustment to Cancer," **Cancer and The Family**. (Ed: Baider L., Cooper C. L., Kaplan De Nour), England, John Wiley & Sons, 1996.
52. Güllü İ., Çelik İ. **Kemoterapi El Kitabı**. Ankara, Hacettepe Doktorlar Yayınevi, 1997.
53. Güner, P. "Evre 1-2 Meme Kanseri Tanısı Alan Hastalara Uygulanan Problem Çözme Eğitiminin Ankisiyete Depresyon Umutsuzluk ve Başetme Biçimine Etkisi," (Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1999).
54. Gürel B. " Aile, Evlilik Türleri ve Akrabalık Yapısı Üzerine Bir Çalışma ve Kacerdoğanşanlı Köyünde Monografik Bir Uygulama Örneği," (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 1996).
55. Haddad P., Pitceathly C., Maguire P. "Psychological Morbidity in The Partners of Cancer Patients," **Cancer and The Family**. (Ed: Baider L., Cooper C. L., Kaplan De Nour), England, John Wiley & Sons, 1996.
56. Hanson B., Cullihall K. "Palliative Nursing Care of a Man With Terminal Cancer," **British Journal of Nursing**. Vol. 5, No. 8, 1996.
57. Hunt M., "The Truth about Terminal Cancer", **Nursing**. Vol. 4, No. 40, 1991.
58. Iwomoto R. " Radyoterapi,"(Çev.Leman Birol), **Hemşireler İçin Kanser El Kitabı**. (Çev. Ed: Nurgün Platin). 1 B.s., Ankara, IV. Akşam Sanat Okulu Matbaası, 1996.
59. Jodrell N. "Nurse Education," **Oxford Textbook of Palliative Medicine**. (Ed: Doyle D., Hanks G. W.C., Mac Donald N) New York, Oxford University Press, 1999.
60. Jones A. "A Bonding Between Strangers: a Palliative Model of Clinical Supervision", **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 26, No. 2, 1997.
61. Kaçmaz, N. "Böbrek Transplantasyonlu Hastaların Psikolojik Gereksinimleri," (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1997).
62. Kağıtçıbaşı, Ç. **İnsan-Aile-Kültür**. 3.Bs., İstanbul, Remzi Kitabevi, 1990.
63. Karaca, F. "Psikolojik Açıdan Ölüm ve Dini İnanç İlişkisi, " (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe ve Din Bilimleri Anabilim Dalı, Erzurum, 1997).

64. Kaunonen M., Tarkka M., Paunonen M., Laippala P., "Grief and Social Support After the Death of a Spouse," **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 30, No. 6, 1999.
65. Kellett U., Mannison J. "Meaning in Caring: Reconceptualizing The Nurse - Family Carer Relationship in Community Practice," **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 29, No. 3, 1999.
66. Kellner M., Henrich G., Sellschopp A., Beutel M. "Between Distress and Support of Cancer Patients", **Cancer and The Family**. (Ed: Baider L., Cooper C. L., Kaplan De Nour), England, John Wiley & Sons, 1996.
67. Kızılcı S. " Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler," (Yayımlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1996).
68. Knopp j., Croghan I. "Kitle Taramaları, Vaka Belirleme ve Tanılama,"(Çev: Süheyla Abaan), **Hemşireler İçin Kanser El Kitabı**. (Çev. Ed: Nurgün Platin). 1 B.s., Ankara, IV. Akşam Sanat Okulu Matbaası, 1996.
69. Larsen, J.R. **An Introduction to Mathematical Statistics and Its Application**. 2.bs., New Jersey, Prentice-Hall Press, 1986.
70. Lianag, l.p., Dunn, S.M., Gorman A., Stuart-Harris, R. "Identifying Priorities of Psychosocial Needs in Cancer Patients," **British Journal of Cancer**. Vol. 62, No. 3, 1990.
71. Love R. "İnsanlarda Kanserin Doğal Gidişi". **Klinik Onkoloji**. (Ed: Hossfeld D., Sherman C. D) 5. Baskı, Ankara, Uluslararası Kansere Savaş Birliği, 1992.
72. Lunney R. "Resources for Caregivers of Terminally III Cancer Patients", **Cancer Practice**. Vol. 8, No. 2, 2000.
73. Maguire. P. "The Psychological Impact of Cancer," **British Journal of Hospital Medicine**. Vol.8, No.8, 1985.
74. Mallinson R. "Grief Work of HIV-Positive Persons and Their Survivors." **The Nursing Clinics of North America**. Vol. 34, No. 1, 1999.
75. Massie M., Spiegel L., Lederberg M., Holland J. "Psychiatric Complications in Cancer Patients,"**American Cancer Society Textbook of Clinical Oncology**. (Ed: Murphy G., Lawrence W., Lenhard R). Second edition, Atlanta. The American Cancer Society, 1995.
76. Mc Carpon E.G., "Supporting The Families of Cancer Patients," **Nursing**. Vol. 17, No.1, 1995.

77. McCorcle R., Robinson L., Nuamah I., Lev E., Benoliel J. "The Effects of Home Nursing Care for Patients During Terminal Illness on The Bereaved's Psychological Distress," **Nursing Research**. Vol. 47, No. 1, 1998.
78. McKenna R., Wellish D., Fawzy I(1995). "Rehabilitation and Supportive Care of The Cancer Patient," **American Cancer Society Textbook of Clinical Oncology**. (Ed: Murphy G., Lawrence W., Lenhard R). Second edition, Atlanta, The American Cancer Society, 1995.
79. Neuberger J. " Cultural Issues in Palliative Care". **Oxford Textbook of Palliative Medicine**. (Ed: Doyle D., Hanks G. W. C., Mac Donald N), New York, Oxford University Press, 1999.
80. Northouse L. "Sharing the Cancer Experience: Husbands of Women with Initial and Recurrent Breast Cancer", **Cancer and The Family**. (Ed: Baider L., Cooper C. L., Kaplan De Nour), England, John Wiley & Sons, 1996.
81. Northouse L.L., "The Impact of Breast Cancer on Patients and Husbands", **Cancer Nursing**. Vol.12, No. 5, 1989.
82. Olsen S. J., Stromburg M. F. "Cancer Screening and Early Detection," **Cancer Nursing and Comprehensive Textbook**. (Ed: Mc Corcley R., Grant M., Stromsburg F., Bond S. B.), 2nd Edition, Philadelphia, WB Saunders, 1996.
83. Olweny C. L. M. "Cultural Issues in Sub-Saharan Africa", **Oxford Textbook of Palliative Medicine**. (Ed: Doyle D., Hanks G. W. C., Mac Donald N), New York, Oxford University Press, 1999.
84. Ostwald K. "Family Caregiver Research: Multidisciplinary Approaches to Reduce Family Stress", **Nursing and Health Sciences**. Vol. 2, No. 2, 2000.
85. Öz F., " Ailede Kanser Olgusu," **Hemşirelik Forumu**. Cilt. 1, Sayı. 5, 1998.
86. Özkan M. " Psikiyatrik Tıp; Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi. (Düz: Özkan S., Ed: Özkan M.). İstanbul, Novartis İlaçları, 1997.
87. Özkan S."Tıbbi-Psikiyatrik ve Psikososyal Açıdan Kanser," **Kanserde Palyatif Bakım**. (Ed: Erdine S.), İstanbul, Sandoz Ürünleri A.Ş., 1993.
88. Öztekin Z., Kubilay G. **Sağlık Meslek Liseleri İçin Toplum Sağlığı ve Hemşireliği**. Ankara, Somgür Yayıncılık, 1995.
89. Parker D., Bellis A. "A Profile of Dying Residents in South Australian Nursing Homes," **International Journal of Palliative Nursing**. Vol. 5, No. 4, 1999.
90. Persson L., Rasmusson M., "Spouses View During Their Partner's Illness and Treatments," **Cancer Nursing**. Vol. 21, No. 2, 1998.

91. Petersen J. "Kemoterapi,"(Çev: Leman Birol), **Hemşireler İçin Kanser El Kitabı**. (Çev. Ed: Nurgün Platin). 1 bBs., Ankara, IV. Akşam Sanat Okulu Matbaası, 1996.
92. Primomo J., "When a Family Member Has a Chronic, Fatal Illness", **American Journal of Nursing**. Vol. 97, No. 9, 1997.
93. Reimer J., Davies B., Martens N. "Palliative Care: The Nurses Role in Helping Families Through The Transition of Fading Away," **Cancer Nursing**. Vol. 14, No. 6, 1991.
94. Roberts C., Baile W., Bassett D. "When The Caregiver Needs Care". **Social Work in Health Care**. Vol. 30, No. 2, 1999.
95. Scalon C., "Defining Standards for End-of Life Care," **American Journal of Nursing**. Vol. 97, No.11, 1997.
96. Schnoll R., Harlow L., Brower L. "Spirituality, Demographic and Disease Factors, and Adjustment to Cancer", **Cancer Practice**. Vol. 8, No. 6, 2000.
97. Schover L. R. "The Impact of Cancer-related Sexual Problems in Men on Family Relationship," **Cancer and The Family**. (Ed: Baider L., Cooper C. L., Kaplan De Nour), England, John Wiley & Sons, 1996.
98. Schulz K. H., Schulz H., Schulz O., Kerkjarto M. "Family Structure and Psychosocial Stress in Families of Cancer Patients," **Cancer and The Family**. (Ed: Baider L., Cooper C. L., Kaplan De Nour), England, John Wiley & Sons, 1996.
99. Sherman C. D. "Psikososyal Yön," **Klinik Onkoloji**. (Ed: Hossfeld D., Sherman C. D) Uluslararası Kanserle Savaş Birliği, 5. Baskı , Ankara, 1992.
100. Shyu Y. L. "Patterns of Caregiving When Family Caregivers Face Competing Needs," **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 31, No. 1, 2000.
101. Smeenk F., Witte L.P., Haastregt J. C. M., Schipper R. M., Biezemans H.P.H., Crebolder H. J. M., "Transmural Care of Terminal Cancer Patients: Effects on the Quality of Life of Direct Caregivers," **Nursing Research**. Vol. 47, No.3, 1998.
102. Speck P. " Spiritual Issues in Palliative Care," **Oxford Textbook of Palliative Medicine**. (Ed: Doyle D., Hanks G. W. C., Mac Donald N), New York, Oxford University Press, 1999.
103. Sümbüloğlu K. ve Sümbüloğlu V. **Biyoistatistik**. 6.Bs., Ankara, Özdemir Yayıncılık, 1995.

104. Sümbüloğlu, K. ve Sümbüloğlu, V. **Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri**. 2. Bs., Ankara, Hatipoğlu Yayınevi, 1998.
105. T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü. **"İl ve İlçe Merkezlerinde lm İstatistikleri- 1997"**. Ankara, 1998.
106. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Daire Başkanlığı. **"Kanser Bildirimlerinin Değerlendirilmesi"**. 1. Bs., Ankara, 1997.
107. Tang S. T. "Meanings of Dying at Home for Chinese Patients in Taiwan with Terminal Cancer," **Cancer Nursing**. Vol. 23, No. 5, 2000
108. Tavil, A. "Kanserli Hastalarda Psikiyatrik Morbidite," (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, 1996).
109. Thomas J., Retsas A. "Transacting Self-preservation: a Grounded Theory of The Spiritual Dimensions of People with Terminal Cancer, " **International Journal of Nursing Studies**. Vol. 36, No. 1, 1999.
110. Tolle S., Tille V. Rosenfeld A., Hickman S. "Family Reports of Barriers to Optimal Care of The Dying," **Nursing Research**. Vol. 49, No. 6, 2000.
111. Tufan B., "Aile İçi İlişkilerin Ruh Sağlığına Etkisi zerine Bir İnceleme," **Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu Dergisi**. Cilt. 1, Sayı. 1, 1983.
112. Tümer A., B. "Evli Çiftlerde Gözlenebilen Çatışma Odakları ve İletişim Sorunları," (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 1998).
113. Turan, A., H. "Kanser Hastalarında Ankisiyete, Depresyon, Uyum Güçlüğü Prevelansı ve Bunların Psikososyal Durumla İlişkisinin İncelenmesi," (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsü, İstanbul, 1992).
114. Trkbıkmaş, A. "Kanser Hastasının Bakımında Sosyal Kişisel Çalışmanın nemi," (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1994).
115. Twycross R., Lichter I. "The Terminal Phase". **Oxford Textbook of Palliative Medicine**. (Ed: Doyle D., Hanks G. W. C., Mac Donald N), New York, Oxford University Press, 1999.
116. Umurtak G. " İstanbul Üniversitesi Onkoloji Enstitüsüne Kanser Tanısı Konarak Yatan Hastaların Tıbbi Sosyal Hizmet- Çalışma- Gereksinimlerinin Saptanması, "Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Prevanativ Onkolji Ana Bilim Dalı, İstanbul, 1991).

117. Uzun, Ö. "Astımlı Hastaların Sağlık Bakım Gereksinimlerinin Saptanması," (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1999).
118. Vachon M. L. S. "The Emotional Problems of The Patient," **Oxford Textbook of Palliative Medicine**. (Ed: Doyle D., Hanks G. W.C., Mac Donald N) New York, Oxford University Press, 1999.
119. Velioğlu P. **Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar**. 1.basım, İstanbul, Alaş Ofset, 1999.
120. Weihs K., Reiss D. " Family Reorganisation in Response to Cancer: A Developmental Perspective," **Cancer and The Family**. (Ed: Baider L., Cooper C. L., Kaplan De Nour), England, John Wiley & Sons, 1996.
121. White Y., Grenyer B. "The Biopsychosocial Impacts of End-stage Renal Disease: the Experience of Dialysis Patients and Their Partners," **Journal of Advanced Nursing**. Vol: 30, No: 6, 1999.
122. Whitte T. "Partners in Care," **Nursing Times**. Vol. 90, No. 44, 1994.
123. Wilkinson S. "Kanser Hemşireliğinin Felsefesi". **Onkoloji Hemşireliği Derneği ve Avrupa Onkoloji Okulu Kursu Notları**. Ankara, 1996.
124. World Health Organisation Regional Office For Europe. **Palliative Cancer Care**. Leeds, 1987.
125. World Health Organisation Regional Office for Europe. **Palliative Cancer Care**. Copenhagen, 1989.
126. Wright L. K., Hickey j. v., Buckwlter K. C., Hendrix S. A., Kelechi T. "Emotional and Health of Spouse Caregivers of Persons with Alzheimer's Disease and Stroke," **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 30, No. 3, 1999.
127. Yeung E., French P., Leung A. "The Impact of Hospice Inpatient Care on The Quality of Life of Patients Terminally Ill with Cancer Care," **Cancer Nursing**. Vol. 22, No. 5, 1999.

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1976 yılında İstanbul'da doğmuştur. İlk, orta ve lise öğrenimini İstanbul'da tamamlayan araştırmacı, 1994 yılında Üsküdar Anadolu Lisesi'nden mezun olmuştur. Aynı yıl Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Lisans programına başlamış ve bu programdan 1998 yılında mezun olmuştur. 1998 yılında Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programına başlayan araştırmacı, 1999 yılından beri bu Anabilim Dalında araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır.



EK I-A

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Bu bölüm araştırmacı tarafından doldurulacaktır.

Hastane Adı:

Bölüm:

Protokol no:

Yatış tarihi:

Hastanın:

1. Adı-soyadı :

2. Yaş :

3. Cinsiyet :

4. Tanısı :

5. Hastalık tanısı konduktan bu yana geçen süre: (ay cinsinden)

6. Aldığı ilaçlar ve uygulanan tedaviler:

7. Hastanın genel durumu:

-bilinç:

-aktivite:

-affekt:

8. Sosyal güvence:

9. Geldiği il- ilçe:

10. Tel no ve adres:

EK I-B

Bu bölüm hastanın eşi tarafından doldurulacaktır.

Tarih:

1. Ad- soyad:
2. Cinsiyet :
3. Yaş :
4. Eğitim durumunuz: a- okuryazar değil
b- ilkokul mezunu
c- ortaokul mezunu
d- lise mezunu
e- üniversite mezunu
5. Mesleğiniz: a- memur
b- işçi
c- serbest meslek
d- çiftçi
e- ev hanımı
f- emekli
g- çalışmıyor.

Cevabınız "g" şıkkı ise lütfen 7. soruya geçiniz. Değil ise 6. sorudan devam ediniz.

6. Şu an işe devam durumunuz aşağıdakilerden hangisine uymaktadır?
a- ücretli izindeyim
b- ücretsiz izindeyim
c- işime devam ediyorum.
7. Kaç yıldır evlisiniz?
8. Çocuğunuz var mı?
a- evet
b- hayır

Cevabınız "Evet" ise lütfen devam ediniz. "Hayır" ise 10. soruya gidiniz.

9. Çocuk sayısı:
Yaşları :
10. Sizce gelirinüz aşağıdakilerden hangi düzeye uymaktadır?
a- iyi; gelirimden tasarruf yapabiliyorum.
b- orta; borçlanmadan idare edebiliyoruz.
c- kötü; çoğu zaman giderim gelirimden fazla oluyor.

11. Size göre evliliğinizdeki paylaşım aşağıdakilerden hangisine uymaktadır?
- a- birbirini destekleyen, koruyan, kollayan paylaşım
 - b- çoğu zaman anlaşmazlıkları ve tartışmaları olan, mutsuz paylaşım
 - c- neşeli, keyifli, ortak karar verebilen, planlı paylaşım
 - d- herkes birbirinden habersiz, soğuk ve iletişimi bozuk paylaşım
12. Sizce ölümden sonra yaşam var mı?
- a- var olduğunu düşünüyorsunuz
 - b- bu konuda kararsızım
 - c- var olmadığını düşünüyorum.
13. Size göre ölümün anlamı aşağıdakilerden hangisine uymaktadır?
- a- yaşamın sonu, bitiş, yok olma
 - b- yeni bir başlangıç, varoluş, yeni bir hayat
14. Eşinizin yanında refakat etme durumunu yazınız.
- a- sıklık (haftada eşinizin yanında bulunduğunuz gün sayısı):
 - b- süre (1 gün içinde eşinizin yanında bulunduğunuz saat sayısı):
15. Eşinizin yanında sizin haricinizde refakat eden kişilerin durumunu yazınız.
- a- kişi sayısı:
 - b- yakınlık derecesi:
16. Siz hastanede kaldığınız sürece kim sizin yapmanız gereken işleri yapıyor?
- Kişi
- a- ev işi:
 - b- yemek.
 - c- ulaştırma.
 - d- çocuk bakımı.
 - e- alışveriş.

EK II

DUYGUSAL VE SOSYAL SORUNLARI BELİRLEME FORMU

Aşağıda sorulan soruları son bir ay içindeki bulunduğunuz durumu düşünerek cevaplayınız. Cevap seçenekleri EVET-HAYIR şeklinde olup yalnız birini seçiniz. Cevabınız "evet" ise "E"; "hayır" ise "H" harfi ile ilgili soruların başına işaret koyunuz.

E-H

1. Hastalıktan bu yana uyku ve yemek düzenimde değişiklikler oldu.
2. Eşimin durumu ile ilgili yeterli bilgim olmadığından kendimi gergin hissediyorum.
3. Hiç kimsenin bana yardım edemeyeceğini düşünüyorum.
4. İçinde bulunduğum durum beni korkutuyor.
5. Oldukça dalgın ve unutkan oldum.
6. Bir işe başlarken ve sürdürürken gerginlik hissediyorum.
7. Kolayca ağlar oldum.
8. Olup bitenleri artık kontrol edemediğimi düşünüyorum.
9. Yaşamın anlamını daha fazla gözden geçirir ve sorgular oldum.
10. Hayatı anlamsız buluyorum.
11. İleriye baktığımda yaşam boş geliyor.
12. Yaşama isteğim azaldı.
13. Dini inançlarımda azalma oldu.
14. Eşimin ölüm anından korkuyorum.
15. İçinde bulunduğum durumdan kurtulamayacağımı hissediyorum.
16. Her an kötü bir şey olacak diye bekliyorum.
17. Sorunlarım sanki üst üste yığılıyor, hiç birini çözemiyorum.

18. Ne yaparsam yapayom kendimi bir türlü rahat hissedemiyorum.
19. Tanrının beni cezalandırdığını düşünüyorum.
20. Kendim, ailem ve eşimle ilgili kararları artık üstlenmek istemiyorum.
21. Verdiğim kararların doğruluğundan emin olamıyorum.
22. Bir karar vermek zorunda kalmamak için ortamdan sürekli uzaklaşıyorum.
23. Bir karar vermem gerektiğinde gerginlik hissediyorum.
24. Eşim olmadan yaşamımın nasıl olacağından korkuyorum.
25. Eşıme ve aileme verdiğim bakımın takdir edilmesini bekliyorum.
26. Görevlerime (mesleki sorumluluklar ya da evdeki sorumluluklar) yeterli vakit ayıramıyorum.
27. Eşimin hastalığı ile o kadar meşgulum ki ailemin diğer üyeleriyle ilgilenemiyorum.
28. Eşimin bakımı ile ilgili yardıma ihtiyaç duyuyorum.
29. Eşimin bakımı bazen bana ağır geliyor; bunu kaldıramadığımı düşünüyorum.
30. Yemek, ev işi, alışveriş, ulaşım, çocuk bakımı gibi konularda yardıma ihtiyaç duyuyorum.
31. Eskiye oranla daha fazla yakınır oldum.
32. Günlük işlerle tek başıma ilgilenmek bana ağır geliyor.
33. Eşimin ve ailemin giderlerini karşılamada zorlanıyorum.
34. Aile olarak birbirimizle daha az konuşur olduk.
35. Aile olarak bu durum tüm düzenimizi alt üst etti.
36. Sağlık personelinin daha fazla yardım almaya ihtiyacım var.
37. Yakın çevrem veya arkadaşlarımdan daha fazla yardım almaya ihtiyacım var.
38. Yeni bir şehir, yeni bir çevrede yaşamak beni korkutuyor.

39. Şu an bir cinsel yaşamım olduğunu unutmuş durumdayım.
40. Hiç bir řeyi tam yapamadığımı, her şeyin eksik kaldığını dűřünüyorum.
41. Eřimin sađlıđında yűrűttűđű iřleri řu an ben devralmak zorunda kaldım.
42. Hastalık ۆncesine gۆre insanlarla beraber olmakta zorlanıyorum.
43. İnsanlarla birarada olmak yerine kendi başıma kalmayı tercih ediyorum.
44. Çevremdeki herkes yakınmalarımın dolayı benden uzaklaştı.
45. Hastalıktan bu yana kendim ve ailem sosyal etkinliklere katılamıyoruz.
46. Sinema, tiyatro, konu komşu-arkadaş ziyaretleri gibi sosyal etkinliklerimde eskiye oranla bir azalma oldu.
47. Hasta bakmam nedeni ile insanlardan giderek uzaklaşıyorum.
48. Hastam olduğu için eğlenceye para ve zaman ayırmanın hakkım olmadığını dűřünüyorum.
49. Zihnim eşimle dolu olduğundan eskiden sevdiğim uğraşlara vakit ayıramıyorum.
50. Konuşulan konular artık ilgimi çekmediğinden dolayı sohbetlere katılamıyorum.
51. Herkesten uzakta bir kۆřeye çekilip dűřűncelere dalıyorum.
52. Eskiye oranla daha çabuk ۆfkelenir oldum.