

159920

**KANSERLİ BİREY VE AİLELERİNİN SOSYAL DESTEK ALGILARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Öznur (ÖZBEK) GÜNİ

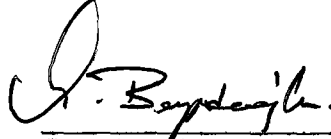
**Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sosyal Hizmetler Anabilim Dalı**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ankara /2005

KABUL VE ONAY

Öznur ÖZBEK GÜNİ tarafından hazırlanan "Kanserli Birey ve Ailelerinin Sosyal Destek Algılarının Değerlendirilmesi" başlıklı bu çalışma, 03/06/05 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



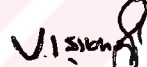
Doç. Dr. Murat BEYZADEOĞLU (Başkan)



Doç. Dr. Aliye MAVİLİ AKTAŞ (Danışman)



Doç. Dr. Veli DUYAN



Doç. Dr. Vedat IŞIKHAN



Doç. Dr. Nilgün KÜÇÜKKARACA

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.



Prof. Dr. Nuran ÖZYER
Enstitü Müdürü

Eşime,

Aileme,

Arkadaşlarıma,

Onkoloji Hastalarına

ve

Onların Ailelerine...

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin/raporun tamamen kendi çalışmam olduğunu her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin /raporumun kağıt ve elektronik kopyalarının Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.:

(X) Tezimin /Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

() Tezimin /Raporumun sadece Hacettepe Üniversitesi yerleşkelerinde erişime açılabilir.

() Tezimin /Raporumun ... yıl süre ile erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin /raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

03.06.2005



Öznur (ÖZBEK) GÜNİ

TEŞEKKÜR SAYFASI

Yaklaşık olarak bir yılda tamamlanmaya çalışan bu çalışma zorlu bir süreçte beraberinde getirmiştir. Onkoloji alanında sosyal hizmet mesleğinin hak ettiği yeri almasına katkıda bulunmak inancıyla bu zorluklar çözülerek ortaya bu çalışmanın çıkması için çalışılmıştır.

Çalışmamda kullandığım sosyal destek ölçeklerinin güvenilirlik geçerlilik çalışmalarını yapan ve araştırmamda kullanmam için gerekli izni veren Uludağ Üniversitesi Öğretim Üyelerinden Berrin EYLEN'e çok teşekkür ederim.

Bu çalışmamın başlangıcından itibaren gerek anket uygulamasında gerekse veri girişimde yardımını ve desteğini benden esirgemeyen arkadaşlarım Hülya ALKOÇ'a, Zuhâl BALTACI'ya, Fuat ÖZŞENOLA'a ve Eyüp BORAZANA'a teşekkürü boynuma bir borç bilirim. Yardımları, destekleri ve bana gösterdikleri özveri için teşekkür ederim.

Çalışma sırasında gerek anket çözümlemelerinde gerekse istatistiksel yorumlarımda bana kendi emeğini ve zamanını ayıran arkadaşım Burcu AKYUNAK ÖZDEMİR'e ayrıca teşekkür ederim

Bu çalışmanın anketini uygulayabilmem için bana uygun koşulları sağlamaya çalışan GATA Radyasyon Onkolojisi ve Tıbbi Onkoloji klinikleri, Sağlık Bakanlığı'na bağlı Ahmet Andıçen ve Abdurrahman Yurtarslan Onkoloji Hastaneleriyle Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesinde çalışan tüm hemşire arkadaşlara, izin yazımın çıkartılması için ellerinden gelen tüm kolaylığı sağlayan Sağlık Bakanlığı Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü Kamu Hastaneleri Bölüm şefi nezdinde tüm personele içten teşekkür etmek istiyorum.

Çalışmam için gerekli esnekliği gösteren GATA Radyasyon Onkolojisi kliniğindeki Doç.Dr. Murat BEYZADEOĞLU'na ve çalışmamda yardımcı olan Doç. Dr. Cüneyt ULUTİN'e, Dr. Gökem Aksu'ya, Dr.Merdan FAYDA'ya, Dr.Oğuz ÇETİNAYAK'a, yardımlarını esirgemeyen hemşire arkadaşlarıma ve GATA Radyasyon Onkolojisi kliniğinde çalışmaktan mutluluk duymamı sağlayan herkese ayrıca burada teşekkür etmek istiyorum

Bu çalışmanın gerçekleşmesinde ilk aşamadan itibaren beni destekleyen, yorumları ile önüme yeni pencereler açan, en az benim kadar çalışmanın sonuçları hakkında heyecan duyan, lisans dönemimde dahil olmak üzere her zaman, benim için örnek insan olacak olan hocam sayın Doç. Dr. Aliye MAVİLİ AKTAŞ'a çok teşekkür ederim.

Son olarak benimle beraber aynı heyecanı duyan, ömrümü birlikte geçireceğim için kendimi şanslı hissetmemi sağlayan biricik eşim Ömer Güni'ye ve onunla birlikte bugünlerime katkı sağlayan, desteklerini hep arkamda hissettiğim başta annem olmak üzere tüm aileme binlerce teşekkürlerimi sunuyorum.

ÖZET

Bu çalışma kanserli birey ve ailelerinin sosyal destek algılarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma verileri Kasım 2004- Ocak 2005 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışmanın örneklemini Ankara'daki resmi ve üniversite hastanelerinde tedavi gören 150 hasta ve 150 hasta ailesi oluşturmuştur. Kanserli hastaların ve ailelerinin sahip oldukları özellikleri açısından sosyal destek algılarının farklı olup olmadığı belirlenmeye çalışılmıştır. Hastalara araştırmacı tarafından hazırlanan görüşme formu ve Kanser hastaları Sosyal Destek Ölçeği uygulanarak araştırma verileri elde edilmiştir. Hasta ailelerine de araştırmacı tarafından hazırlanan görüşme formu ve Kanserli Hasta Aileleri Sosyal Destek Ölçeği (KHASDÖ) uygulanmıştır.

Bu çalışmada kanserli bireylerle ailelerinin sosyal destek algıları arasında güçlü bir ilişki olduğu, hastalarla ailelerinin karşılıklı olarak bilgisel sosyal destek algılarında farklılık olduğu; eğitim, medeni durum, gelir düzeyi ve aile üyesiyle yakınlık derecesinin hastanın sosyal destek algılamasında etkili olduğu; hastalarla ailelerin tanıyı ilk öğrendiklerinde benzer duygusal tepkiler verdiği; sosyal hizmet uzmanından duygusal ve bilgisel destek sağlandığı; sosyal hizmet mesleğinin ve meslek elemanının tanınmadığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler:

- 1.Kanser,
- 2.Kanserli Birey,
- 3.Kanserli Birey Ailesi,
- 4.Sosyal Destek Algısı,
- 5.Sosyal Hizmet Uzmanı

ABSTRACT

In this study, we try to find out social support perceptions of both cancer patients and their families. A total of 150 patients and their families were evaluated between November 2004 and January 2005 in the various governmental and university hospitals in Ankara, Turkey. The differences of social support perception associated with characteristics of patients and their families were studied. The data obtained from interviewer form and cancer patients' social support scale were used in this study. For the patient's family, both interviewer form and cancer patients' family social support scale were used.

In this study, a powerful relationship of the social support perception and the mutual difference in the informational social support perception has been noted between the patients and their family. Educational status, marital status, average income and the degree of relationship of the family member were found to be significant determinants on social support perception. Both patients and families have exhibited similar emotional reactions when they first learned the diagnosis of cancer. The emotional and informational support has been furnished by the social workers although the profession of social work and workers is not widely recognized by the patients and families in our trial.

Key Words:

- 1.Cancer,
- 2.Cancer Patients,
- 3.Cancer Patient's Family,
- 4.Social Support Perception,
- 5.Social Worker

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	i
BİLDİRİM.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	ix
TABLolar LİSTESİ.....	x

BÖLÜM I

GİRİŞ.....	1
1.1. KANSERİN TANIMI, OLUŞUMU, TEŞHİS VE TEDAVİ YOLLARI.....	2
1.2. DÜNYADA VE TÜRKİYE’DE KANSER EPİDEMİYOLOJİSİ	4
1.3. KANSERLİ BİREYİN PSİKOSOSYAL ÖZELLİKLERİ	8
1.4. KANSERLİ BİREY VE AİLESİ.....	16
1.4.1.Kanserin Aile İçinde Yaratdığı Değişiklikler	20
1.5. SOSYAL HİZMET VE KANSER.....	23
1.5.1. Bireylerle Çalışma Açısından Kansere Bakış	29
1.5.2. Ailelerle ve Gruplarla Çalışma Açısından Kansere Bakış	30
1.5.3. Toplum ve Organizasyon Çalışması Açısından Kansere Bakış	30
1.6. KANSER VE SOSYAL DESTEK.....	31
1.6.1. Sosyal Destek	31
1.6.2. Kanser ve Sosyal Destek.....	33
1.6.3. Sosyal Destek Kaynakları	37
1.7. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ.....	38
1.8. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	40
1.9. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ.....	42

1.10. ARAŞTIRMANIN SAYILTILARI.....	43
1.11. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	44
1.12. TANIMLAR.....	45

BÖLÜM II

ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	47
2.1. ARAŞTIRMA MODELİ	47
2.2. ARAŞTIRMA EVRENİ.....	48
2.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	49
2.3.1.Hasta Görüşme Formu	50
2.3.2.Kanserli Hasta Sosyal Destek Ölçeği	50
2.3.3.Aile Görüşme Formu	51
2.3.4.Kanserli Hasta Ailesi Sosyal Destek Ölçeği	51
2.4. VERİ TOPLAMA SÜRECİ.....	52
2.5. VERİLERİN ÇÖZÜMLENMESİ	53

BÖLÜM III

BULGULAR VE YORUM	55
3.1. ARAŞTIRMAYA KATILAN KANSERLİ BİREYLERİ TANITICI BULGULAR.....	57
3.2. KANSERLİ BİREYLERİN ÖZELLİKLERİ İLE SOSYAL DESTEK ALGILARI ARASINDAKİ İLİŞKİYE YÖNELİK BULGULAR.....	71
3.3. ARAŞTIRMAYA KATILAN KANSERLİ BİREY AİLELERİNİ TANITICI BULGULAR	98
3.4. KANSERLİ BİREY AİLELERİNİN ÖZELLİKLERİ İLE SOSYAL DESTEK ALGILARI ARASINDAKİ İLİŞKİYE YÖNELİK BULGULAR.....	107

BÖLÜM IV

SONUÇ VE ÖNERİLER	121
4.1. SONUÇLAR.....	121
4.1.1 Kanserli Bireylerin Özellikleri ile İlgili Sonuçlar	121
4.1.2. Kanserli Bireylerin Özellikleri ile Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar.....	122
4.1.3.Kanserli Birey Ailelerinin Sahip Olduğu Özelliklerle İlgili Sonuçlar....	123
4.1.4. Kanserli Birey Ailelerinin Özellikleri ile Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar	123
4.2. ÖNERİLER.....	124

YARARLANILAN KAYNAKLAR.....	128
------------------------------------	------------

EKLER

EK 1 KANSERLİ BİREY GÖRÜŞME FORMU.....	139
EK 2 KANSER HASTALARI SOSYAL DESTEK ALGI ÖLÇEĞİ.....	143
EK 3 KANSER HASTALARI SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİNİN (KHSDÖ) PUANLAMASI.....	145
EK 4 KANSERLİ BİREY AİLESİ GÖRÜŞME FORMU.....	146
EK 5 KANSERLİ HASTA AİLESİ SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ (KHSDÖ) .	149
EK 6 KANSERLİ HASTA AİLESİ SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİNİN (KHSDÖ) PUANLAMASI	151
EK 7 Kanserli Bireylerin Yaş Grupları ile Sosyal Destek Algıları Arasındaki Farklılığa Ait Ortalamalar.....	152
EK 8 Kanserli Bireylerin sahip Olduğu Meslek ile Sosyal Destek Algıları Arasındaki Farkın Karşılaştırılması	153
EK 9 Ailelerin Medeni Durumu ile Sosyal Destek Algıları Arasındaki Farklılığa Ait Ortalamalar.....	154
EK 10 ÇALIŞMA İZİNLERİ	155
ÖZGEÇMİŞ	159

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1:	Kanser Vakalarının Yıllara ve Cinsiyete Göre Dağılımı.....	6
Şekil 2 :	Kanserli Birey ve Ailelerinin Ölçeklerden Aldıkları Puanların Dağılımı	56



TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1:	Kanserli Bireylerin Cinsiyete Göre Dağılımı.....	57
Tablo 2:	Kanserli Bireylerin Yaş gruplarına Göre Dağılımı	58
Tablo 3:	Kanserli Bireylerin Medeni Durumlarına Göre Dağılımı.....	58
Tablo 4:	Kanserli Bireylerin Sahip Oldukları Çocuk Sayısına Göre Dağılımı.....	59
Tablo 5:	Kanserli Bireylerin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı	60
Tablo 6:	Kanserli Bireylerin Mesleki Durumlarına Göre Dağılımı	61
Tablo 7:	Kanserli Bireylerin Sahip Olduğu Gelir Durumuna Göre Dağılımı.....	62
Tablo 8:	Kanserli Bireylerin En Uzun Süre Yaşadığı Yerleşim Tipine Göre Dağılımı	62
Tablo 9:	Hastalığın Tanısına Göre Etkilenen Organ ve Sistemlerin Dağılımı	63
Tablo 10:	Hastalığın Teşhis Zamanına Göre Dağılımı.....	63
Tablo 11:	Kanserli Bireylerin Tedavi İçin Şehir Dışından Gelme Durumlarına Göre Dağılımı.....	64
Tablo 12:	Kanserli Bireylerin Uygulanan Tedavi Türüne Göre Dağılımı.....	65
Tablo 13:	Kanserli Bireylerin Tanıyı İlk Öğrendiklerinde Yaşadıkları Duygulara Göre Dağılımı	66
Tablo 14:	Ailede Aynı Türden Hastalık Görülmesine Göre Dağılımı	67
Tablo 15:	Kanserli Bireylerin Sosyal Güvenceye Sahip Olma Durumuna Göre Dağılımı	67
Tablo 16:	Kanserli Bireylerin Sahip Oldukları Sosyal Güvence Türüne Göre Dağılımı	68
Tablo 17:	Kanserli Bireylerin Tedavi Süresince Shu İle Karşılaşma Durumuna Göre Dağılımı.....	68
Tablo 18:	Kanserli Bireylerin Shu'dan Yardım Alma Durumuna Göre Dağılımı.....	69
Tablo 19:	Kanserli Bireylerin Shu'dan Aldıkları Yardım Türlerinin Dağılımı	70
Tablo 20:	Kanserli Bireylerin Cinsiyeti İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki Farklılık.....	72
Tablo 21:	Kanserli Bireylerin Yaş Grupları İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki	74

Tablo 22: Kanserli Bireylerin Yaşı ve Sosyal Destek Algısı Arasındaki Farklılık	75
Tablo 23: Kanserli Bireylerin Medeni Durumları ile Sosyal Destek Algılarının Karşılaştırılması.....	77
Tablo 24: Kanserli Bireylerin Sahip Olduğu Çocuk Sayısı İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki	80
Tablo 25: Sahip Olunan Çocuk Sayısı İle Sosyal Destek Algısı Arasındaki Farklılık.....	81
Tablo 26: Kanserli Bireylerin Eğitim Durumları İle Sosyal Destek Algısı Arasındaki İlişki	82
Tablo 27: Kanserli Bireylerin Eğitim Durumu İle Sosyal Destek Algısındaki Farklılık.....	83
Tablo 28: Kanserli Bireylerin Sahip Olduğu Meslek İle Sosyal Destek Algılarının Karşılaştırılması.....	85
Tablo 29: Kanserli Bireylerin Gelir Düzeyi ile Sosyal Destek Algısı Arasındaki Farklılık.....	87
Tablo 30: Kanserli Bireylere Uygulanan Tedavi Türü İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki Farklılık	90
Tablo 31: Kanserli Bireylerin Tanıyı İlk Öğrendiklerinde Yaşadıkları Duygu Ortalamaları İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki	91
Tablo 32: Kanserli Bireylerin Sosyal Hizmet Uzmanından Yardım Alma Durumu İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki Farklılık	92
Tablo 33: Ailelerin Cinsiyete Göre Dağılımı.....	98
Tablo 34: Ailelerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	99
Tablo 35: Ailelerin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı	99
Tablo 36: Ailelerin En Uzun Süre Yaşadığı Yerleşim Tipine Göre Dağılımı	100
Tablo 37: Ailelerin Kanserli Bireye İle Yakınlık DerecesineAile Üyesinin Göre Dağılımı.....	100
Tablo 38: Aile Üyesinin Çalışam Durumlarına Göre Dağılımları	101
Tablo 39: Çalışan Aile Üyelerinin Karşılaştığı İş Problemlerine Göre Dağılımları	102

Tablo 40: Ailelerin Evdeki İşlerini Yürüten Birinin Olma Durumuna Göre Dağılımları	102
Tablo 41: Ailenin Sorumluluğunu Paylaşan Kişinin Aile İle Yakınlık Durumuna Göre Dağılımı	103
Tablo 42: Ailelerin Evdeki Sorumluluğunun Paylaşılmamasından Dolayı Yaşadığı Sıkıntıların Dağılımı	104
Tablo 43: Ailelerin hastalığı Öğrendiğinde Yaşadığı Duyguların Dağılımı	105
Tablo 44: Ailelerin Cinsiyeti ve Sosyal Destek Algısı Arasındaki Farklılık.....	107
Tablo 45: Aile Üyesinin Yaş Grubu ile Sosyal Destek Algısı Arasındaki İlişki	109
Tablo 46: Ailelerin Eğitim Durumu ile Sosyal destek Algıları Arasındaki İlişki.....	110
Tablo 47: Ailelerin Medeni Durumu ve Sosyal Destek Algıları Arasındaki Farklılık	111
Tablo 48: Ailelerin Çalışma Durumu ve Sosyal Destek Algısı Arasındaki Farklılık.....	112
Tablo 49: Aileye Yardımcı Birinin Varlığı İle Sosyal Destek Algısı Arasındaki Farklılık.....	113
Tablo 50: Kanseri Birey ve Ailelerinin Yakınlık Derecesi ile Sosyal Destek Algıları Arasındaki Farklılık.....	115
Tablo 51: Ailelerin Tanıyı İlk Öğrendiğinde Yaşadığı Duygu Ortalamaları ile Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki	117

BÖLÜM I

GİRİŞ

Bir hastalık toplumda ne kadar sık görülüyorsa, ne kadar çok ölüme, iş ve güç kaybına yol açıyorsa toplumsal açıdan o ölçüde sağlık sorunudur. Bu açıdan bakıldığında kanser, son dönemlerde ülkemizin önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Onkoloji alandaki ilerlemeler yaşam süresinin uzamasını sağlarken aynı zamanda kanser hastalarının sosyal açıdan desteklenmesini ve sahip oldukları yaşam kalitesinin artırılması sağlanmaktadır. Bu nedenle, sosyal destek ayrı olarak ele alınan ve son yıllarda yoğun olarak ilgilenilen bir kavrama dönüşmüştür.

Kanser, kronik bir hastalık olması nedeniyle bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlar yaşamasına neden olmaktadır. Ayrıca bireyin fiziksel, duygusal ve sosyal fonksiyonlarını kısıtlamakta ve yaşamdan doyum almasını engellemektedir. Hastalığın neden olduğu sorunlar sadece bireysel düzeyde hasta ile sınırlı olmayıp, hasta yakınlarını da etkilemektedir. Ayrıca hasta ve yakınlarının hastalıkla ilgili geliştirdikleri duygusal tepkiler ve yaşadıkları sosyal ve ekonomik güçlükler, hastalığın tedavisini etkileyerek tedavinin tam olarak gerçekleştirilmesini güçleştirebilmektedir.

Kanser hem birey ve yakınlarının yaşadığı sorunlar boyutu hem de tıbbi tedavideki boyutu ile ele alındığında, “genelci sosyal hizmet” yaklaşımı önem kazanmaktadır. Bu durum, hastalığın tedavisinde birçok disiplinin bir arada çalışmasını gerekli kılmaktadır. Hastalığın tedavisinde, bireyle ilgili olabilecek tüm faktörleri içine alan bir müdahalenin yapılması bireyin hastalıkla başetmesine yardımcı olacaktır. Hasta bireyin tedavi sürecinde; kişilik özelliği, sosyo-demografik özellikleri, sosyal destek sistemleri, hastalığı ve tedaviyi nasıl algıladığı gibi çeşitli faktörler, yapılacak müdahalenin nasıl gerçekleştirileceğinde önemli rol oynamaktadır.

Bu arařtırmada, kanserli bireyle ailesinin hastalıktan tüm yařamlarının etkilendiđi, deđiřikliđe uğradıđı, bu deđiřimin sahip oldukları sosyal desteđi de etkilediđi kabul edilmiř ve kanserli bireyin ailesinden algıladıđı sosyal destek ile ailenin kanserli bireye verdiđini dūřındūđu sosyal desteđin saptanarak deđerlendirilmesinin, tıbbi sosyal hizmet ve ailelere yōnelik sosyal hizmet alanları aēısından yararlı olacađı dūřūnūlmūřtur.

1.1. KANSERİN TANIMI, OLUşUMU, TEşHİS VE TEDAVİ YOLLARI

Kanser, organizmada meydana gelen ve hūcreleri kontrolsūz būyūyen kōtū huylu tūmōrlere verilen genel addır. Kanser, genellikle kontrolden ēıkan hūcrelerin sūrekli ēođalmalarıdır. Kanserler, malign (kōtū huylu) tūmōrlerdir; yani benign (iyi huylu) tūmōrlerin aksine bařka dokulara sızma ve yayılma (metastaz) özelliđi gōstermektedirler. Kanserlerin yaklařık %80-90'ı ēevresel ve/veya davranıř faktōrleri tarafından meydana gelir ve ōnlenebilme potansiyeli vardır. Kalıtım yoluyla kanser meydana gelme olasılıđı, ēevresel faktōrlere oranla ēok daha azdır. X-ıřınları, uv (ultraviyole-morōtesi) ıřınları gibi fiziksel faktōrler, bazı ilaēlar ve kimyasal faktōrlerin yanı sıra, virūslar de biyolojik olarak normal karaktere sahip bir hūcre kūltūrūnū transforme ederek kanser oluřturabilirler. Kimyasal karsinojenler, tūmōrū ya uygulandıđı yerde (ōrn: cilt) veya absorbe edildiđi yerde (ōrn: bađırsak) ya da metabolizmanın durumuna gōre karaciđer, bōbrek gibi organlarda, bazen de direkt olarak alakası olmayan bir yerde meydana getirirler. Fakat, karsinojene maruz kalma kanser oluřturmak iēin tek bařına bir sebep deđildir. Karsinojenler ancak uygun yer ve zamanda kanser oluřturabilirler (Ekinci 2004).

Kanserin en iyi teřhisi, erken yapılan teřhistir. Kanser ne kadar erken belirlenirse, vūcutta diđer organ veya dokulara yayılmadan ōnce tedavi edilebilme řansı da o kadar yūksektir. Gūnūmūzde varolan kanser tarama

metotlar ile artık birçok kanser türü, tedavi için hastaya yeterli şansı verecek şekilde erken teşhis edilmektedir.

Kanser teşhisinde amaç, kanserin çeşidini ve yerleştiği yeri belirlemektir. Her kanser çeşidinin kendine özgü büyüme oranı, yayılma eğilimi ve yayılma eğilimi gösteren hedef niteliğinde özel doku veya organ grupları vardır.

Kanserin çeşidinin belirlenmesi ile doktor, bunun nasıl gelişeceğini bilimsel veriler ile tahmin ederek uygun tedavi işlemlerini planlayabilecek duruma gelir. Kanserinin şimdiki durumda ne kadar yayılmış olduğunu (evreleme) belirlemek de, teşhis aşamasının içinde yer alan bir süreçtir. Evreleme; kötü huylu tümörleri, tedaviye yön verme amacıyla, klinik belirtileri ve yayılma derecelerine göre evrelere ayırmadır. Sonuçta doktorun kanserleşme eğiliminin ne yönde olacağını veya sağlığın nasıl etkileneceğini değerlendirmesi gerekmektedir (www.hekimce.com sitesinden 31.01.2003 tarihli makale).

Bu türden belirlemeler kanser çeşidine uygun tedavi biçiminin belirlenmesi açısından doktora yol göstermektedir. Kesin bir teşhis, genellikle laboratuarda bir doku numunesinin incelenmesini (biyopsi), röntgen ve diğer laboratuvar işlemlerini gerektirmektedir (www.hekimce.com sitesinden 31.01.2003 tarihli makale).

Kanser tedavisinde genel yaygınlıkla kullanılan üç yol vardır. İlaç tedavisini içeren kemoterapi, doku içine nüfuz eden yüksek enerjili dalgalar demetini veya iyonlaştırıcı radyasyon enerjisinin kullanıldığı radyoterapi ve cerrahi müdahale (ameliyat). Bu üç yöntemin hepsi birden aynı hastaya uygulanacağı gibi bu yöntemler hastaya tek olarak da kullanılabilir.

Kemoterapi, kanser hücrelerini yok etmek için anti-kanser (sitotoksik) ilaçların kullanılmasıdır. Kemoterapi, kimyasal madde (ilaç) ve tedavi kelimelerinin birleşiminden oluşmuştur. Kemoterapi, kanser tipine ve kullanılan ilaçlara göre çok çeşitli yollarla verilebilir. En yaygın yolları, damara enjekte etmek ve ağız yoluyla vermektir. Hangi yolla verilirse verilsin ilaçlar kana karışarak vücudun

her tarafına ve kanser hücrelerine de ulaşmaktadır (www.kansertedavileri.com/kemoterapi1.asp).

Radyoterapi (Radyasyon tedavisi), Co-60 ya da Lineer Akseleratör gibi cihazlar aracılığıyla vücudun dışından (eksternal radyoterapi) veya vücut boşlukları ya da doku içine radyoaktif maddelerin yerleştirilmesi yoluyla içerden (internal radyoterapi) gerçekleştirilmektedir. Tedavilerin şekli hastanın yaşı, genel sağlık durumu, teşhis edilen kanserin türü, evresi, yerleşim yeri gibi birçok önemli faktöre bağlıdır (Güni, Oysul ve Beyzadeoğlu 2003:1-5)

Cerrahi müdahale uzun zamandan beri kanser tedavisinin temelini oluşturmuştur. Cerrahi müdahale kanserin ölümcül olup olmadığının belirlenmesi, kanserli bir kitlenin vücuttan alınması veya kötü huylu (ölümcül) hücrelerin vücudun diğer taraflarına yayılıp yayılmadığının öğrenilmesi için yapılabilir. Cerrahi müdahale bazen, kanserli tümöral kitlenin hepsinin alınması mümkün değilse, doktorun kemoterapi veya radyoterapi uygulamasını daha etkili hale getirmek için bu kitlenin mümkün olduğunca fazla bölümünü alması şeklinde de uygulanmaktadır (www.hekimce.com sitesinden 31.01.2003 tarihli makale).

1.2. DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE KANSER EPİDEMİYOLOJİSİ

Dünyada kanser hastaları ile ilgili sayım yapma ve veri toplama isteği 1728 yılında Londra'da genel nüfus sayımı idaresince yapılan bir çalışma ile başlamış ve bu tarihten itibaren çeşitli ülkelerde çalışmalar devam etmiştir. Kanser 20.yüzyılda insan sağlığını tehdit eden hastalıklar arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Parkin ve arkadaşları, 1990 yılında dünyada 8.1 milyon yeni kanser olgusu tahmin etmiştir (non-melanoma deri kanserleri hariç). En sık görülen

kanser türü olarak akciğer kanseri bütün dünyadaki erkeklerde görülen kanserlerin %18'ini, gelişmiş olan ülkelerdeki kanserin ise %21'ini oluştururken; ikinci sırada yeni kanser vakalarının %10'unu mide kanseri, üçüncü sırada ise kadınlarda %21 ile meme kanseri gelmiştir (Parkin ve arkadaşları 1999 : 34).

Bray ve arkadaşları, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) mortalite verilerini ve ulusal kanser kayıtlarından elde edilen insidans hesaplarını kullanarak 38 Avrupa ülkesi için 1995 yılı tahminlerini yayınlamışlardır. 2.6 milyon olarak tahmin edilen yeni kanser vaka sayısı, dünya kanser yükünün dörtte birinin üzerindedir. Kanserden ölüm sayısı ise 1.6 milyondur (Bray ve arkadaşları 2002 139).

Her iki cinste en sık görülen kanser sırasıyla akciğer, mide, meme ve kolorektal (bağırsak ve ilgili organlar) kanserleridir. Dünyada kanser insidansı, çeşitli bölgelerde coğrafi farklılıklar göstermektedir. A.B.D.'de kanserden ölüm kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır (Özet 2000:7).

Ülkemizde kanser, 1982 yılında 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nun 57. Maddesi gereğince "bildirimi zorunlu hastalıklar" listesine alınmıştır. Buna rağmen mevcut kayıt sisteminin yeterli olmaması nedeniyle ülkemizdeki kanser insidansı hakkında yeterli bilgiye sahip değiliz. Gelişmiş ülkelerde bir yılda görülen kanser insidansı yüz binde 400'ler civarında iken ülkemiz Sağlık Bakanlığı kanser kayıt merkezine bildirilen kanser oranı yüz binde 30-40 civarındadır. Ülkemizdeki kanser olgularının cinsiyete göre dağılımına bakıldığında erkeklerde en sık akciğer, lösemi-lenfoma ve mide kanserine daha sık rastlanırken, kadınlarda daha çok meme, lösemi-lenfoma ve uterus kanserlerine daha sık rastlanmaktadır (Özet 2000:1-4).

Türkiye'de en sık görülen 5 ölüm sebebinin 1965'ten başlayarak yıllar içindeki seyri incelendiğinde kanserin 1990'a kadar kalp ve damar hastalıkları ile enfeksiyon hastalıklarından sonra en sık görülen 3.ölüm sebebi iken 1990 yılından itibaren kontrol altına alınan enfeksiyon hastalıklarının önüne geçerek en sık görülen 2.ölüm sebebi haline geldiği görülmektedir (www.kanser.org/toplum/index/htm).

Gelişmiş ülkelerde de kanser en sık karşılaşılan ölüm sebepleri içinde kardiovasküler hastalıklardan sonra ölüm sebebi olarak ikinci sırada yer almaktadır (Özet 2000:5).

Türkiye’de 1998 yılında en sık görülen ölüm sebepleri arasında kanser %15’e yükselmiş ve en çok görülen 2. ölüm sebebi olmuştur (www.kanser.org/toplum/index/htlm).

Türkiye genelinde bildirilen kanser olgularının cinsiyete ve yıllara göre dağılımı aşağıda Şekil 1’de verildiği gibidir.

Şekil 1: Kanser Vakalarının Yıllara ve Cinsiyete Göre Dağılımı

YILLAR	Bildirilen Toplam Olgu Sayısı	Kadın Hasta Sayısı	Erkek Hasta Sayısı
1984	9.292	3.570	2.946
1985	13.754	5.293	8.461
1986	16.129	6.164	9.965
1987	19.304	6.946	12.358
1988	17.067	6.145	10.992
1989	17.905	7.149	10.756
1990	25.362	9.762	15.600
1991	28.015	11.001	17.014
1992	21.962	8.478	13.484
1993	22.079	8.479	13.600
1994	20.100	7.976	12.124
1995	32.772	12.652	20.120
1996	39.806	16.086	23.720
1997	33.611	12.727	20.884
1998	36.082	13.707	22.375
1999	25.942	9.919	16.023
2000	33.419	13.437	19.982
2001	41.014	16.950	24.064

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi tarafından hazırlanan 1., 2.,3. ve 4.CD ve www.saglik.gov.tr sitesinden alınan bilgiler.

Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi ile Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Kanser Kayıt İstatistik ve Eğitim Birimi’nin ortaklaşa gerçekleştirdiği 2003 yılındaki kanser araştırmasında Türkiye’deki toplam kanser vakası 12 bin 772 olarak tespit edilmiştir (www.burasiturkiye.com sitesinde 29 Ağustos 2004 tarihinde yayınlanan makale).

Yıllara göre bildirilen kanser vakalarında belirgin bir artış olduğu görülmektedir. Bu artışta artan nüfus sayısının, kanser vakalarına ilişkin kayıtlarda belirli bir düzenin sağlanabilmiş olması ya da çevresel, biyolojik faktörlerle modern zamanın beraberinde getirmiş olduğu stres faktörlerinin etkili olduğu söylenebilir.

Kanser olgularının cinsiyet ayrımı yapılmaksızın yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında 1984 -2001 yılları arasında 45-64 yaş grubu ön plana çıkmaktadır (Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Dairesi tarafından hazırlanan 1., 2.,3. ve 4.CD ve www.saglik.gov.tr).

Kanser bildirimlerin yapıldığı bölgeler arasında büyük bir fark bulunmaktadır. Bunun nedenleri aşağıdaki şekilde sıralanabilir (Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Dairesi tarafından hazırlanan 1., 2.,3. ve 4.CD ve www.saglik.gov.tr):

1. Büyük hastanelerin olduğu merkezlere çeşitli bölgelerden hasta akının olması,
2. Teşhis açısından gelişmiş bölgelerde yaşayan halk kitlesinin daha kolaylıkla hastalığına teşhis konması,
3. Onkoloji birimlerinde doldurması gereken kanser bildirim formlarının düzenli olarak tutulmasında yaşanan aksaklıklar,
4. Kanser olgularının ihbarlarının yapıldığı kanser bildirim formu doldurulan vakaların yaşadığı bölgeden ziyade teşhis ve tedavi olduğu bölgenin vakanın “yaşadığı yer” olarak gösterilmesi

Yukarıdaki nedenlere bağlı olarak ülkemizde kanser ile ilgili olarak elde edilen verilerin gerçeği ne kadar yansıttığı konusu netlik kazanamamaktadır.

1.3. KANSERLİ BİREYİN PSİKOSOSYAL ÖZELLİKLERİ

Tıbbi hastalık ve hastaneye yatırılma bireyi acayip, stres yüklü, beklenmedik, istenmeyen ve yorucu bir çevreye, fazla geçmiş deneyim yaşamadan iter. Bireyin normal psikolojik ortamında hemostatik ve uygun olan kişilik işlevleri hastane ortamında çözülebilir (Wise ve Rundell 1994 : 137).

Yaşam, kolayca kestirilebilen, kontrol edilebilen olaylardan oluşan bir bütündür. İnsan yaşamı için her zaman bir belirsizlik söz konusudur. İnsanın bedensel iyilik halinin bozulması yeterince zorlayıcı bir yaşantıdır. Bu zorlayıcı yaşantıyı daha stresli hale getiren ise insanların olayın üzerinde kontrolü olmadığı inancıdır (Palabıyıkoglu (a) 2000 : 103).

Sahip olunan sosyo ekonomik düzey, dini inanış, cinsel kimlik ve buna atfedilen roller, kültürel köken ve yaş gibi değişkenlerle birlikte kişinin diğer insanlarla kurduğu ilişki ağı, sahip olunan sosyal destek sistemi, aile yapısı, köy ya da kent kökenli olma, ilgi ve uğraşı alanları, ruhsal ve fiziksel sağlığı ile zeka ve eğitim düzeyi gibi bir çok etkene bağlı olarak insanlar arasında farklılık ve çeşitlilikler ortaya çıkmaktadır (Cowles 2003 : 14).

Sosyal hizmet açısından, kişisel farklılıkları ortaya çıkaran bu faktörler önemli bir yere sahiptir. Sahip olunan bu farklılıklara bağlı olarak her kişinin *sağlık davranışı*, *hastalık davranışı* ve *hasta davranışında* değişik özellikler söz konusu olabilir. *Sağlık davranışı*, sağlıkla ilgili herhangi bir problem ortaya çıkmadan önce bireyin iyilik halini devam ettirmek için sergilediği davranışlar bütünüdür. *Hastalık davranışı*, herhangi bir sağlık problemi olabileceğine ilişkin belirtileri nasıl yorumladığına ilişkin olarak sergilediği davranış olarak tanımlanabilirken, *Hasta davranışı* birey bir hastalık tanısı aldığı anda sergilediği davranışlar olarak tanımlanabilir (Cowles 2003:15). Hangi türden olursa olsun hastalıkla karşı karşıya kalındığında ortaya koyulan davranış örüntüsünde yukarıda bahsedilen faktörlerin etkisi tartışmasız olarak kabul edilmektedir. Hastalığa ilişkin olarak gösterilen psiko sosyal tepkiler, hastalığın ve hastalığın

tedavi süresine, bireyin yaşamında nasıl bir değişiklik yaptığına ve bireyin hastalığa nasıl bir anlam attığına bağlı olarak değişiklik göstermektedir.

Bedensel hastalık yaşantısına tepkileri hastalığın cinsi, şiddeti, etkilenen sistem, beden işlevi, genetik yüklülük gibi biyolojik; bireyin kişilik yapısı, yaşam döngüsünün hangi evresinde olduğu, geçmiş hastalık deneyimleri gibi psikolojik; aile içi dinamikler, ailenin tutumları, bireyin kişiler arası ilişkilerdeki becerileri ve kültürel tutumlar gibi sosyal etkenler belirlemektedir. Bireyin psikososyal profili ne olursa olsun hastalanmak zorlayıcı bir yaşam olayı, bireyin yaşam dengesi için bir tehdit, bir engellenme ve emosyonel bir krize neden olabilecek bir nedendir (Palabıyıköğlu (b) 2000 : 137).

Kronik hastalıkları diğer hastalıklardan ayıran belli başlı bazı özellikler bulunmaktadır. Bu özellikler şunlardır (Miller ve Nygren 1978:105-107) :

1. Sürekli dirler
2. Geride özür bırakabilirler
3. Geri dönüşün olmayabileceği patolojik değişiklikler oluşabilir
4. Uzun bir gözlem, denetim veya bakım süresi gerekebilir.

Kronik ya da ölümcül bir hastalık tanısı bireyin o güne kadar getirdiği yaşamı sürdürmekte kullandığı tüm başa çıkma mekanizmalarının, gelecek beklentilerinin, planlarının sarsılması, yaşam dengesinin bozulması gibi bir tehdit oluşturur. Okyauz bunu (1999) “bu tehdit bireyin olağan yaşamından belki sadece belli bir miktar ekonomik gücü, işi yitirmek gibi bir durum olabileceği gibi herhangi bir organını ya da işlevini tümüyle yitirmek yani ölmekle yüz yüze gelmek anlamına da gelir” biçiminde açıklamıştır. Hastalık durumu ister geçici ve hafif ister süregen ve ağır olsun, insanlar hastalığı genellikle bir “kayıp” olarak yaşar ve yas tepkileri ortaya çıkar (Palabıyıköğlu (b) 2000 :139-140). Bu nedenle hastalıklar aile ve hasta için sürekli uyum sağlamayı gerektirmektedir.

Hastalık durumu fizyolojik ya da ruhsal yapıyı, işlevleri ve organizmanın süre giden yaşam dengesini değiştiren, engelleyen ve çeşitli belirtilerle kendini

gösteren bir bozukluktur. Hastalık durumu iyi oluş halinin geçici bozulmasından, yeti yitimine, beden bütünlüğünün ve işlevselliğinin bozulmasına neden olabilecek hatta yaşamını yitirmesi ile sonuçlanabilecek düzey ve derecelerde olabilmektedir (Palabıyıkoglu (b) 2000 : 137).

Hastalanmak yalnızca biyolojik bir süreç olmayıp, aynı zamanda psikolojik, sosyal ve kültürel bir olgudur. İnsanların hastalığı algılamaları farklı olduğu gibi sağlığın bozulması karşısında da yaşanan duygularda farklılık söz konusu olabilmektedir. Bu farklılığın oluşmasına neden olan etkenler yukarıda kısaca belirtilmiştir. Kanser gibi kronik hastalıklarda da bireyler benzer süreçlerden geçerek durumları ve sahip oldukları temellere dayalı olarak bir davranış örüntüsü sergilemektedir(Erözenci 2003:24).

Kanser gibi bir hastalıkta standart, şaşmaz, herkeste kendini aynı şekilde gösteren bir duygusal seyir haritası yoktur (Erözenci 2003: 26). Her hastanın hangi evrede ne kadar süre kalacağı da bilinmez. Bunu kişinin karakter yapısı kadar, geçmiş deneyimleri de belirlemektedir.

Bireyin hastalığa ilişkin olarak tepkilerini belirleyen başlıca etkenler aşağıdaki şekilde sıralanabilir (Erözenci 2003: 27-36):

1. **Geçmiş deneyimler:** Kanserli bireyin bir yakını kanserden ölmüşse ve bu ölüm uzun ve sancılı bir süreç sonunda olmuşsa, hasta kendini onunla özdeşleştirebilmektedir. Bu durum kişinin hastalığı kabullenmesini geciktirebilmektedir.
2. **Yaş:** Genç yaşta kanser tanısı alan birey korku isyan, panikleme, depresyon gibi evrelere daha kolay girerler ancak, ileriye dönük planların olması yaşama bağlayıcı güç olarak hastaya yardımcı olur ve genç hastalar hastalığa daha çabuk bir şekilde uyum gösterebilmektedirler. Buna karşın, ileri yaştakiler kendilerini ununu eleyip eleğini asmış gibi görebilirler ve bu nedenle kabullenme aşaması daha kolay gerçekleşebilmektedir.
3. **Kültür düzeyi ve sosyo ekonomik durum:** Kültür düzeyi yüksek biri hastalığının yaşamında nasıl bir değişiklik oluşturacağı hakkında olanakları

(internet, kitaplar, dergiler) ile gerekli alt yapıya sahip olmadan elde ettiği bilgiler nedeniyle; kültür düzeyi yüksek hastalarda daha fazla panikleme, korkma, depresyona girme, reddetme aşamalarını daha uzun yaşamalarına yol açabilmektedir. Benzer tepkilere sosyo ekonomik düzeyi yüksek bireylerde de görmek mümkündür. Kültür düzeyi düşük kişiler ise kaderci bir tutum sergiledikleri, hastalıkla ilgili bilgi edinmek için kişisel bir çaba sarf etmedikleri ve kendini tamamen doktora teslim ettikleri için hastalıklarını daha rahat kabul edebilmektedir.

4. **Cinsiyet- kişilik:** Gerçekte tepkileri belirleyen cinsiyet değil kişilik özellikleridir. Kadın veya erkek tüm insanlarda ortak payda, duyguların ve bencillik, umursamazlık, özveri gibi karakter özelliklerinin olmasıdır. Bu duyguların nasıl ve ne şekilde ifade edildiği kişiler arasında farklılığı ortaya çıkarmaktadır. “Yıkılmaz” rolünü oynayan kadın veya erkek hasta hastalığını duyduğu anda yaşadığı duyguları içine atabilir ve bu durum depresyon tablosunun daha ağır bir şekilde gelişmesine neden olabilmektedir.
5. **Kanserin yeri:** Kadınlarda meme, erkeklerde prostat gibi cinsellikle birlikte anılan organlardaki kanserlerde, tedavi genellikle cerrahi yoldan organ veya işlev kaybına neden olacağından ve bu kayıp vücut bütünlüğünü bozacağından hastanın kabullenme aşamasına kadar, kansere karşı ortaya çıkan tepkilerin uzaması söz konusu olacaktır.
6. **Doktorun rolü:** Doktor hastaya hastalığı ile ilgili gerekli bilgileri ne kadar ayrıntılı ve anlayabileceği şekilde anlatırsa, bireyin hastalığına ilişkin korkuları o oranda azalacaktır.

Kanser halen yüzyılımızın en tehlikeli hastalığı olma özelliğini devam ettirmektedir. Tıp alanında elde edilen ilerlemeler ve tedavi yöntemlerinde sağlanan gelişmeler doğrultusunda hastaların beklenen yaşam sürelerinde bir artış elde edilmiştir. Bu durum beklenen yaşam süresinde sayısal bir iyileşmeyi değil aynı zamanda yaşam kalitesinde de bir artış sağlamaktadır. Bu durum, kanser hastalığına kronik bir hastalık kimliği kazandırmıştır (Üre 1987:86).

Kanser, günümüzde iyileşme ve şiddetlenme dönemleriyle kronik bir hastalık olarak düşünülmektedir. Kanser, yaşam dengelerini, psikolojik, sosyal, ekonomik vb. her türlü alanda alt üst edebilen bir hastalıktır. Kanser tanısı alan bireyin yaşadığı duygular travmatik niteliğe sahiptir. Bu hastalık, birey için, bugüne kadar kullanmış olduğu uyum mekanizmalarının tümünün sarsılması, geleceğe yönelik beklentilerinin ve planlarının bozulması ve sahip olma gücünün yitirilmesi anlamını taşımaktadır. (Işıkhah 2001 : 171).

Akut hastalığın tedavisi olumlu ya da olumsuz yönden belirgin bir sonuç ortaya çıkarırken, kanser gibi kronik bir hastalığın tedavisinde ise sonuç çoğu zaman daha az belirgindir (Beyzadeoğlu 1996: 39).

Hayatı tehdit eden bir hastalık olarak kanserde kişinin bireysel, fiziksel ve sosyal sorunlarla karşılaşması kaçınılmazdır. Çoğu kişi için kanser; çaresizlik, belirsizlik, suçluluk, terk edilme, fiziksel acı, ölüm gibi duygu ve düşünceleri akla getirmektedir. Kanser birey yoğun korku içindedir, geleceği hakkında kaygılıdır. Bu nedenle kanser hastası korku ve çelişkilerini yenmek için, emosyonel onarıma; psikososyal adaptasyon için, psikososyal desteğe çok fazla gereksinim duymaktadır (Türkbıkmaz 1994).

Onkolojide teşhis ve tedavi yöntemlerinde sağlanan gelişmeler sonucunda yaşam süresi eskiye göre uzamıştır. Buna paralel olarak bireyin psiko-sosyal uyum sorunları daha yoğun biçimde gündeme gelmeye başlamıştır. Bu nedenle hastalığın ve bireyin tedavisinde tıbbi-psikolojik-sosyal yaklaşımın gerekliliği önem kazanmaktadır (Türkbıkmaz 1994). Bazı kanserli bireyler toplum tarafından dışlanmak, farklı davranılmak ya da yanlış anlaşılmaktan korktuklarından hastalıklarını bir sır gibi saklamanın psikolojik yükünü taşırlar (Güner 1999:87 ; Bosch ve Coleman 1999:61). Hala herkesin korkulu rüyası olan kanserin duygusal açıdan birçok soruna yol açması beklenen bir sonuçtur (Işıkhah 2001:178). Bu nedenle hastaya verilen tıbbi tedavinin yanında yapılacak olan psiko-sosyal desteğin profesyonel düzeyde verilmesinin daha somut ve istenen sonuçları ortaya koyacağı açıktır.

Kanserli bireylerin yaşadığı evrensel korkular vardır. Aynı zamanda 6 D olarak da tanımlanabilen bu evrensel korkular aşağıdaki gibi sıralanabilir (Özkan (a)1993: 220-230).:

1. Ölüm (Death)
2. Aile, eş ve doktora bağımlı olma (Dependency)
3. Vücut görünümünde kötüleşme (Disfigurement)
4. İş, okul ve sosyal yaşamda özürlülük (Disability)
5. Sosyal ilişkilerde bozulma (Disruption)
6. Rahatsızlık ve ağrı (Discomfort)

Kubler Ross kanserli bireylerde duygusal davranış süreçlerini aşağıdaki şekilde tanımlamıştır (Ross 1997: 61-168) :

- ✓ Şok,
- ✓ İnkar,
- ✓ Öfke ve düşmanlık,
- ✓ Pazarlık,
- ✓ Depresyon,
- ✓ Kabullenme

Kanserli birey için en büyük sıkıntı ve stres yaratan zamanlar; tanı anı, yeni bir tedavi uygulama öncesi, tedavi sonrası bekleme süresi ve tedavinin başarısız kaldığı dönemlerdir. Genellikle beklenen duygusal tepki başlangıçta bir şok ve tanıya inanmama, takiben iştahsızlık, konsantrasyon azlığı gibi semptomlarla kendini gösteren anksiyete ve depresyondur. Bu stres ve semptomlar genellikle 7-10 gün içerisinde çözülür. Ancak iki haftada geçmeyen anksiyete ve depresyonun varlığı psikiyatrik müdahaleyi gerektirir (Akmansu 1995:20).

Bireyin kansere karşı tutumunu içinde yaşadığı toplumun kültürel, sosyal yapısı, kişinin eğitim seviyesi ve ekonomik durumu ile yakından ilgilidir. Bireylerin en belirgin ve yoğun duygu korkudur. Kanseri korkusu, ölüm korkusu, sakatlığa neden olabilecek ameliyat korkusu, şiddetli ağrıların kaçınılmaz olacağı korkusu, tedavini yan etkilerinden korku her bireyde değişik derecelerde görülebilen belli başlı korkulardandır (Akmansu 1995:21). Kanseri gibi kronik bir hastalığa farklı kişiler farklı tepkilerde bulunur. Bu tepkiler hastalığın doğası, bireyin kişilik özellikleri, başa çıkma becerileri, çevreden alınan destek, hastalığın seyri ve sonuçları ile bireyin günlük işlevselliği üzerindeki etkileri gibi çeşitli faktörlere bağlıdır. Hastalık en azında bireyi ve aileyi sıklıkla yeni durum ve taleplerle karşı karşıya getirir ve hem bireyi hem de aileyi hastalığa uyum için zorlar (Palabıyıkoglu (b) 2000 : 140).

Kanserli bireyin en büyük kaygılarından biri, tedavi süresince hastalığın tekrarlama olasılığıdır. İlâç tedavisi yapılmasına rağmen, tekrarlama görüldüğünde kanserli bireylerde depresyonun gelişme riski artmaktadır. Bu durumdaki kişide umut kaybı, çaresizlik, karamsarlık ve vazgeçme tavrı ortaya çıkmaktadır.

Kanser tanısı alan ya da kanseri ihtimali belirlenen her bireyde tedaviye başlanıldığında, aynı anda psikolojik tedaviyle de destek vermek gerekir. Çünkü kansere yakalanmış olan bireyler, ölüm korkusu ve telaşı taşırlar. Bu durumun sebep olduğu depresyonun, kanserin seyrini olumsuz etkilediğini ortaya koyan çalışmalar literatürde yer almaktadır (Özkan 2004).

Kanserli bireyler çoğunlukla ailesini üzmemek için ya da ailesi hasta bireyin üzülmemesi için var olan sorunu birbirlerinden saklarlar (Özkan 2004). Bu durum birey ve ailesinin birbirlerinden alabilecekleri destek ve yardımı olumsuz yönde etkileyecek iletişim problemlerine neden olabilir.

Kanserli bireylerde hastalığın özelliği ve yaşamda meydana getirdiği değişikliğe bağlı olarak üzüntü ve yas duygularının yaşanması normaldir. Ancak bu duyguların hastalığı kabullenilmesine ve tedaviye uyuma engel olacak düzeylerde olmamasına dikkat edilmelidir. Normal olarak kabul edilebilen üzüntü ve yas duygularının yanı sıra kanserle yüzleşen bireylerde, hastalıkla

bağılantılı olarak bir takım psikiyatrik problemler de ortaya çıkabilmektedir. Kanserli bireylerin %47'sinin teşhis edilebilir psikiyatrik bir bozukluğu olduğu tespit edilmiştir (Spiegel 1995:124)

Kanserli bireylerde görülen psikiyatrik problemler ve bunların görülme oranları aşağıdaki şekilde sıralanabilir (Özpoyraz 2003; Wise ve Rundell 1997:183-187; Devita, Hellman, Rosenberg 1993: 2451-2455; Elbi 1991 : 62):

- Depresif ve ansiyöz mizaçla giden uyum bozukluğu (%50)
- Majör depresif bozukluk (%25)
- Anksiyete bozukluğu (23)
- Deliryum (%8)
- Davranış bozukluğu (%4)

Ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklarla ilgili olarak birey ve ailesinin gerekli yardımı almasının sağlanması, var olan problemlerin içinden çıkılmaz boyutlara gelmeden çözülmesi açısından önemlidir.

Kanser sadece bireyin duygusal yaşamında krize neden olmamaktadır. Bununla bağlantılı olarak iş yaşamında, aile yaşamında ve diğer insanlarla olan ilişkilerinde de bir takım kriz durumlarına neden olabilir. Hastalığa bağlı olarak uzun süren tedavi ve hastanede yatış süresi hasta bireyin iş yaşamında bir takım değişikliklere gitmesine neden olabilir. Hasta birey işinde aktif bir role sahipse daha pasif bir role geçmek zorunda kalabilir ve durum kişinin kendi özdeğerine ilişkin sarsıntılara neden olabilir.

Hastalıkla birlikte bireyin duygusal dünyasında ve iş yaşamında meydana gelen değişikliklerin yanı sıra aile yaşamında da bir takım değişiklikler ortaya çıkabilmektedir. Aile içinde sahip olunan rollerin uzun süren ve yıpratıcı olan tedaviler sırasında değişikliğe uğramak zorunda olması; bireyin aile içinde sahip olduğu rol ve statüden gönüllü olarak vazgeçmemiş olması birey ve ailesi açısından ortaya yeni stres kaynaklarının çıkmasına neden olabilmektedir. Hasta

birey vazgeçtiği rol ve statüsü nedeniyle kendisinin aile içinde sahip olduğu yerini kaybetmenin sıkıntısını yaşarken, hasta birey yerine ailede onun rol ve statüsünü üstlenen aile üyesi de yeni durumla birlikte artan sorumluluğun ve görevlerinin yükü altında kalmanın zorlukları ile baş etmek zorunda kalabilmektedir.

Hastalık nedeniyle bireyin sahip olduğu rollerdeki değişimi kabul edebilmek ve yeni duruma uyum sağlamak hastalık yaşantısı içinde zorlu bir yaşam deneyimi olarak aşması gereken bir problemdir. Bu durum bireyi ve dolayısıyla aileyi olumsuz yönde etkileyebilecektir. Ortaya çıkan bu tablo hasta bireylerin ve onlarla birlikte ailelerinin de bir desteğe ne kadar çok ihtiyaç duyduklarını açıkça ortaya koymaktadır.

1.4. KANSERLİ BİREY VE AİLESİ

Aile dünya üzerindeki bir çok toplulukta olduğu gibi toplumumuzun vazgeçilmez yapı taşlarından birini oluşturmaktadır. Aile, bireylerin gelişmesinde birinci derecede rol oynayan bir varlıktır.

Aile birbirleri ile biyolojik, psikolojik ve sosyal ilişkilerle bağlı duygusal etkileşim içinde olan bireylerden oluşur. Açık bir sistem olan ailenin her bir üyesi diğer üyelere ilişkileri yolu ile bağlıdır. İkili ve üçlü ilişkilerle, karşılıklı ve dönüşümlü olarak birbirini etkileyen karmaşık bir ilişkiler ağının oluşturduğu bu durum bir sosyal yapıyı ortaya çıkarmaktadır (Özgüven 2001: 65; Satir 2001 : 110).

Toplumun temel birimi olarak aile, üyelerinin barınma ve bakım gibi fiziksel; sevgi, güven, şefkat gibi duygusal; toplumsallaşma, öğrenme gibi sosyal ve zihinsel; seks ve üreme gibi cinsel ihtiyaçlarını karşılar. Bunlar kişilerin kendi başlarına aileden başka hiçbir yerde bulamayacakları imkanlardır. Bir toplumun gelişmişlik düzeyinde ve güçlü bir toplum oluşturmasında ailenin sağlıklı bir yapıya sahip olması önemli bir etkidir. Bu nedenle de her toplum içinde

barındırdığı ailenin devamlılığını sağlamak ve aile birliğini sağlıklı bir şekilde devam ettirebilmek için bir takım önlemler alır. Bütüncül yaklaşıma göre; her aile daha karmaşık ve geniş bir sistemin, toplumun işleyen bir parçasıdır. Aile ve toplum arasında karşılıklı bir ilişki vardır. Aile çeşitli destekler için topluma dayandığı gibi, kişide ihtiyaçlarının karşılanması için aileye yönelir. Ailenin başarısı kişinin ihtiyacını karşıladığı orandadır. Toplum sistemi, kişiyi hem birey hem de ailenin bir üyesi olarak etkiler ve karşılığında her bir kişinin başarı ya da başarısızlığı ile etkilenir (Koşar 1989; Duyan 2003).

Her birey iki aileye bağlıdır. Biri içinde doğduğu büyüdüğü aile iken diğer aile kendi kurduğu, eş ve ana baba olarak katıldığı ailedir (Ergil 1988). Her iki ailede de kişi sahip olduğu statü açısından farklı rollere sahiptir. Aile üyeleri arasında ilişkiler bireyin kendisine güvenmesini, bir kimlik ve sosyal beceriler kazanmasına olanak sağlamaktadır. Aile birliğinde, üyeler birbirlerinden karşılıklı etkilenirler. Aile birlikteliğinin sürdürülmesinde yerine getirilmesi gereken bazı fonksiyonlar vardır. Bu fonksiyonlar: ekonomik ihtiyaçları karşılamak, statü sağlamak, çocukların eğitimini planlamak, din eğitimi vermek, boş zaman faaliyetlerini gerçekleştirmek, aile üyelerinin birbirini koruması ve karşılıklı sevgi ortamı yaratmak şeklinde sıralanabilir (Duyan, 2003).

Ailenin bir sistem ve denge içinde belli bir yapıya sahip olması ve aile fonksiyonlarının yürütülmesi için (Atlı 1997: 28);

- Üyelerin bazı kurallara uyması,
- Roller üstlenmesi,
- Yetkileri paylaşması gerekmektedir.

Aile yaşamında çocuk sahibi olma, çocukların okula başlaması, evlenip evden ayrılması, emeklilik ve kronik bir hastalığa yakalanma gibi durumlarda meydana gelen değişimlere karşı aile kurallarının gözden geçirilmesi aile içi dengeyi koruyabilmek için önemlidir. Bu denge durumunun sağlanması bir kriz durumu oluşturan hastalıkla baş etmede ve çözüme yönelik olarak harekete geçme de hem bireye hem de aileye yardımcı olacaktır (Palabıyıköğlu 2000:105).

Aile üyelerinden birinin yaşamında meydana gelen değişme, diğerlerinin de yaşamını kaçınılmaz bir şekilde etkiler. Kanser gibi kronik bir hastalığa yakalanan aile üyesinin diğer aile üyelerine bağımlılığı artar (Taylor 1986: Akt.Duyan 2002:152).

Hem birey hem ailesi hastalıkla baş etme sürecinde çeşitli davranışlar sergilerler. Bunların bazıları çevreye saldırgan, düşmanca davranma olarak ortaya koyulabilmektedir. Diğerleri ise uzaklaşma ya da sorunu çevreden gizleme ve küçümseyerek başa çıkma tarzında görülebilir. Ancak böyle bir durumla bağlantılı olarak ortaya çıkan kriz durumunda geri çekilme ve bireyin hoşlanarak yaptığı etkinliklerden vazgeçmesi sıklıkla gözlenen davranış değişiklikleridir (Palabıyıköğlu (a) 2000 : 105).

Aile içinde veya dışında meydana gelen bazı olayların (işsizlik ya da kronik bir hastalık) geçici de olsa aile işlevlerinde bir takım bozulmalara neden olmaktadır. Çünkü içinde bulunulan durum, aile üyelerin alışa geldiklerini uyumlarını bozabilir veya bir takım rol değişimlerinin ortaya çıkmasına neden olabilir. Aile grubu içinde rol alan kişilerin eksilme ve ilavesi, kişinin yaşamında esas olan rollerde değişiklik olması veya kendisine uygun olmayan bir rolü üzerine almak zorunda kalması bazı sorunları da beraberinde getirecektir (Palabıyıköğlu (a) 2000 : 105). Bu durum bireylerin sağlıklı davranışlar sergilemesine neden olabilir. Kanser gibi kronik bir hastalıkta bu türden değişimlerin ve istenmeden gerçekleşen rol değişimlerin sıklıkla görülebildiği, buna bağlı olarak da ailenin tümünün var olan hastalıktan etkilenmesi gibi bir durumun ortaya çıktığı görülmektedir.

Kanser denilen bilinmez sadece hastayı değil, onun çevresinde olan kişileri de etkilemektedir. Hastayla ve hastanın durumuyla ilgili etkileşim, hastaya olan yakınlığa göre değişmektedir. Hasta uzaktan tanılanan biri ise, ilgi ve etkilenme sadece sözel düzeyde kalır. Aileden biriye tanının öğrenildiği gün itibarıyla gündemi tümüyle işgal eden çaresizliğin, bilinmezliğin, üzüntünün dışa vurumu olan göz yaşlarıyla devam eder. Aileden biri hastalandığında değişik dışavurumlarla ortaya çıkan reaksiyonların ortak bir paydası vardır: Hasta olan kişiye ulaşamamak. O ayrı bir boyuttadır artık, hastadır (Erözenci 2003 : 20-21).

Hastalıkla birlikte ailelerde de bazı değişiklikler görülür. Bu değişiklikler hastaya gösterilen davranışlarda görülebileceği gibi hastanın kaybıyla birlikte aile yaşamında da görülebilir. Kanseri hasta ailelerinde meydana gelebilecek değişiklikler (Kömürcü 2004; Özkan (b) 1993):

- Aile içi rol değişimi,
- Yaşanan yoksunluklarla başa çıkma,
- Bilinmezlik korkusu,
- Hastaya yetersiz veya aşırı ilgi şeklinde kendini gösterebilmektedir.

Kanser tanısı birey için olduğu kadar onun yakın çevresi, ailesi ve arkadaşları içinde başa çıkılması zor bir olaydır. Hastalığın başlangıç aşamasından itibaren her önemli devrede hastanın yakınları da o devre ile ilgili korkuyu, kaygıyı ve kızgınlığı yaşarlar (Akyolcu 1991:32). Aile bireylerinin kanser tanısı almaya ilişkin oluşturdıkları stres reaksiyonu başlıca üç dönemde ele alınabilir. Bunlar sırasıyla; akut dönem, kronik dönem ve mücadele dönemi olarak adlandırılabilir.

Aniden çok sevdikleri birini kanser nedeniyle kaybedebileceği gerçeği ile karşı karşıya kalan aile üyeleri mahrumiyet olarak bilinen keder süreci içinde girerler, ancak çok sevdikleri bu birey henüz hayatta olsa da aile bireyleri yoksunluğun herhangi bir boyutuyla sevdikleri birey daha hayattayken karşı karşıya kalırlar. Çaresizlik, suçluluk, kızgınlık, inkar, korku, konfüzyon ve öfke gibi farklı duygu ve emosyonel durumları deneyimleyebilirler. Aile üyesi olan bireyin kedere karşı yanıtı, süresi ve yoğunluğu, yaşına, dini inanışına, başa çıkma yeteneğine, destek sistemlerine, ölümü algılayış biçimine ve yaşamındaki değişikliklere bağlılık olarak farklılık göstermektedir (Olgun 1998:128).

Bireyin hastalığı nedeniyle yaşam biçiminin değişmesi, günlük yapılması gereken birçok işi aksatabilmekte, ekonomik yönden güçlükler oluşturabilmekte, hastaya yönelik bakım ve ilginin artmasıyla birlikte birçok günlük işler aksayabilmekte ve geleceğe yönelik belirsiz korku ve düşünceler hem hastayı hem de ailesini rahatsız edebilmektedir. Bunun nedeni kanserin yalnızca bireyi

değil onun yakın çevresini, ailesini, arkadaşlarını da olumsuz biçimde etkilemesi olarak gösterilebilir.

Hastalığın başlangıç aşamasından itibaren her önemli dönemde hasta bireyin yakınları da o devreyle ilgili korkuyu, kaygıyı ve kızgınlığı yaşarlar. Birçok nedenin yanı sıra, kanser hastalığının bulaşacağından korkmaları nedeniyle aile üyelerinin ve arkadaşların hasta bireyden uzak durmaya çalıştıkları görülmektedir. Aile üyeleri ve arkadaşlar bireye karşı daha iyimser ve güler yüzlü olmayı istedikleri halde, aynı zamanda çok üzgün olduklarından çelişkiler yaşamaktadırlar. Hasta bireyin bakımıyla uğraşmak aile üyelerinde depresyon, bağışıklık sisteminin zayıflaması, hastalanma olasılığında artma gibi etkilere yol açmakta ve aile üyelerini de desteğe gereksinim duyar duruma getirmektedir (Eylen 2001 : 23-24).

1.4.1.Kanserin Aile İçinde Yarattığı Değişiklikler

Kanser sadece bireyi etkileyen ve sadece bireyde zorlu bir takım yaşam deneyimlerini ortaya çıkaran bir hastalık değildir. Hastalık bireyin aile içindeki tutumunu, rollerini, statüsünü etkilemekte üzerine düşen sorumluluklarını yerine getirmesini güçleştirmekte ya da bunu tamamen imkansız hale dönüştürebilmektedir. Kanser, bireye ve aileye fiziksel, ruhsal, sosyal ve ekonomik sınırlılıklar getiren bir hastalıktır (Atlı 1997 : 43).

Kanser tanısının öğrenildiği zaman süreci , hastanın yakınlarıyla iletişime en çok gereksinim duyduğu, paylaşımın en fazla olması gereken süreçtir. Hasta kadar ailelerde hastalık öğrenildiğinde benzer duygusal tepkiler gösterebilirler. Ancak hasta yakınlarının kendi kızgınlıklarını ve duygularını kontrol altına almaları zorunluluğu vardır (Erözenci 2003 : 20).

Kanser hastalığının teşhis ve tedavisinin bir tüm aileyi ilgilendiren bir durum olduğu ve hastalığın sadece onunla mücadele den bireyi değil onunla birlikte ailesini de etkilediği kesinlik kazanmıştır. Kanserli birey, tedavi sırasında gerekli bakım ve yardımı almak için ailelerine yönelmektedirler (Mor, Allen ve Malin 1994:87)

Kanser hastalığının aile içinde yaptığı etkiler şu şekilde belirginleşmektedir:

1.Hasta ve yakınlarının teşhisi öğrenmesiyle birlikte birbirlerinden tanıyı saklama çabaları, güvensizlik olarak algılanıp, aile içi iletişimin bozulmasına ve kişilerin kendilerini kötü hissetmesine neden olmaktadır. Pensiore (1995) hasta birey ile aile üyeleri arasındaki yetersiz iletişimin, hastayla birlikte aile üyelerini yalnızlığa ve kimsesizliğe sürüklediğini, hastanın yanında olmadığı ortamlarda aile üyelerinin sağlık personeliyle sevdiklerinin ilerleyen hastalığı hakkında konuştuklarını, böyle bir gizlilik yaratmaktansa konunun; ailenin hastayla tartışabileceği bir şey olup olmadığının sorulmasının daha yararlılığı olduğunu ortaya koymuştur (Aktaran: Atlı 1997:44-45).

2. Hasta yakınlarının hastayla ilişkilerinde davranış ve tutumlarında bir takım değişiklikler ortaya çıkmaktadır.Bu alanda yapılan çalışmalarda hasta yakınlarının hasta bireye karşı çelişkili davrandıklarını ortaya koymuştur. Sergilenen bu davranışlar:

- Hastalık kapma endişesi ile hastadan uzaklaşma,
- Eskiye kıyasla aşırı ilgi ve yakınlık göstererek hastayı rahatsız etme,
- Hastaya bakmayı pazarlık konusu yapma veya onu terk etmekle tehdit etme gibi durumlar, kanser hastalarının ailelerinde meydana gelen davranış değişikliklerinde yakındığı konular arasındadır (Atlı 1997:45, Özbek ve diğerleri 2003:15; Güni ve diğerleri 2005:33).

3. Hasta ve ailesinin yaşamlarında yer alan ilişki sorunları tekrar görülebilmektedir. Kronik hastalık durumunda hasta ve ailesinin yaşamlarında yer alan ilişki sorunlarının tekrarladığı yapılan araştırmalar ile ortaya koyulmuştur. Böylece eski problemler sağlık sorunu ile birleşerek ciddi boyutlara ulaşmakta, hasta ve ailesi için yaşamı katlanması zor bir noktaya getirmektedir. Bazen çok yoğun olan kızma, suçlama, suçluluk ve pişmanlık duyma biçimindeki tepkiler, ailenin

hastalığa, yerine göre hastanın ölümüne uyum sağlamasını azaltabilir. Buna rağmen birçok hasta hastalığın muhtemel kötü sonucuyla karşı karşıyken bile ailevi ve kişisel ilişkilerini sürdürmek için ihtiyaç duyulan değişiklikleri yapabilmeyi başarmıştır (Atlı, 1997).

4. Aile üyelerinde görülen endişenin temelinde hastaya karşı görevini yerine getirememesi, kendi geleceğinden emin olamama ve hastanın gerçeği bilmemesi yatmaktadır.

5. Hastanın ölümü söz konusu ise ailenin durumu: Ölüm olayı, ailenin maddi manevi kaynaklarını yıprattığı, aile üyelerinin rollerini değiştirdiği ve her bir aile üyesi tarafından farklı algılanıp yorumlandığı için var olan ya da ailenin alışageldiği problem çözme yöntemleri ile üstesinden gelebileceği bir durum değildir. Bu nedenle çoğunlukla bir bunalıma yol açar ve kriz durumunu ortaya çıkarır.

Lindeman hastanın ölme ihtimaline karşı aile üyelerinin:

- a) Yalnızlığa kendini alıştırmak için hastadan kopma,
- b) Değişik koşullarda yaşamaya kendini hazırlama
- c) Yeni sosyal ilişkiler kurma aşamalarından geçtiklerine işaret etmektedir (Aktaran:Turan 1987)

Hastalık hali kişide olduğu kadar ailede de krize neden olur. Hasta ve aile arasındaki ilişkilerde güçlükler çıkar. Hastanın uyumunu bozan dört farklı tip aile yapısı vardır. Bunlar (Özkan(a), 1993):

- 1. Aşırı koruyucu ve aşırı kaygılı aile,
- 2. Aşırı hoşgörölü ve teslimiyetçi aile,
- 3. Mükemmeliyetçi ve denetleyici aile,
- 4. İlgisiz ve reddedici aile

İlişkilerde dengeli, duyguların rahatça ifade edilebildiği, çatışmaların az, işbirliğinin fazla olduğu sağlıklı aile yapısına sahip bir aileye üye olan hasta

bireyin hastalığa uyumu en iyi olmaktadır. Ailenin tutumu ilgili ancak kaygılı olmamalıdır. Aile içi rollerin net olmaması, aşırı koruyuculuğun egemen olduğu ve çatışmaları göz ardı eden aile ortamları, hastanın hastalığa olan uyumunu güçleştirmektedir. Olası çatışmaların görmezden gelinmesi, duyguların inkar edilmesi çatışmaların çözümünü güçleştirmektedir (Özkan(a) 1993)

Kanserli bireyin bakımı ile ilgilenen aile üyesine hastanın duygusal sorunları ve hastalıkla beraber ortaya çıkan sorunlarla baş etmesine yardımcı olmak; aile üyesinde tükenmişliğin görülmemesi için ailenin bilgilendirilmesi ve eğitimi önemlidir. Bu bilgilendirmede hastalık sürecinin ağır olması ve ailenin omuzlarındaki yükün ağırlığı dikkate alınarak gereksiz bilgilerden arındırılmış, anlayabileceği sade bir dil kullanılmalıdır. Hasta ailesine yönelik bilgilendirme ve eğitim:

- Hastanın prognozu.
- Semptomların sebepleri, önemi ve kontrolü.
- Hasta bakım yöntemleri.
- Olası ani değişiklikler ve nasıl davranılacağı.
- Yardım istenebilecek mevcut kaynaklar hakkında gerekli bilgiyi içerecek şekilde olmalıdır (Kömürcü 2004; Özkan(b) 1993).

1.5. SOSYAL HİZMET VE KANSER

Kanserli bireylerin tıbbi tedaviden en iyi faydayı elde etmelerinde ve hastalık sürecinde yaşanan psiko-sosyal ve ekonomik sorunları en aza indirmede sosyal destek önemli bir role sahiptir (Işıkhan 2005:79). Hastanın sahip olduğu sosyal destek kaynaklarının harekete geçirmede sosyal hizmet mesleğinin önemli bir fonksiyonu bulunmaktadır.

Sosyal hizmet mesleği; insanların problem çözme kapasitelerini arttırmayı; kaynak, hizmet ve olanak sağlayacak sistemlere müracaatçıları sevk etmeyi; bu sistemlerin etkili ve insancıl olarak işlev görmesini sağlamayı; sosyal politikaların gelişimi ve ilerlemesi için katılımında bulunmayı amaçlayan bir meslektir (Aktaş 2004)

Buna bağlı olarak sosyal hizmetler profesyonel olarak aşağıdaki amaçları gerçekleştirmeye yönelmiştir (Aktaş 2005):

1. Birey, grup, topluluk, toplum ve organizasyonların amaçlarını gerçekleştirmeye yardım ederek onların zor koşullarla baş etmesini kolaylaştırmak ve kaynakları etkili kullanarak sosyal fonksiyonların rehabilitasyonu, zenginleştirilmesi ve sürdürülmesini temin etmek,
2. Sosyal politikaların, hizmetlerin, kaynakların ve programların planlanması ve geliştirilmesi yoluyla temel insan ihtiyaçlarının karşılanması ve insan potansiyelinin gerçekleştirilmesi ve geliştirilmesini temin etmek,
3. Sosyal ve ekonomik adaletin temininin sağlanması için idari ve kurumsal sorumluluk üstlenerek risk altındaki grupların psikolojik ve sosyal aktivitelerinin devamını sağlamak
4. Bu amaçlar ile beceri, bilgi ve potansiyelini gerçekleştirip test etmek

Sosyal hizmet mesleğinin yukarıda gerçekleştirmeye yöneldiği amaçları temel olarak tüm sosyal hizmet uygulamaları için geçerli olan amaçlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bağlamda tıbbi sosyal hizmetin genel amacı ise; hastanın tıbbi bakımı ve tedaviyi kabul etmesi ve bakımın etkili bir şekilde kullanılmasını kolaylaştırmak; sağlık problemleri nedeniyle hasta ve ailesinin yaşadığı stresi azaltmak ve hastanın hastalığı ve içinde bulunduğu koşullar nedeniyle ortaya çıkan problemleri çözmektir.

Sağlık alanındaki sosyal hizmet uygulamaları ilk kez 1880'lerde İngiltere'de akıl hastalıkları hastanelerinden taburcu olan hastaların hastalığının tekrarlamaması amacıyla yapılan çalışmalarla başlamıştır. Ülkemizde ise bu yönde sosyal

hizmet uygulamaları ilk kez 1966 yılında Hacettepe Üniversitesi Hastanesi bünyesinde Sosyal Hizmet Bölümü kurulması ile başlamıştır (Duyan 1999).

Tıbbi sosyal hizmet; hastanede ayaktan ya da yatarak muayene, tetkik ve tedavisi yapılan hastaların tıbbi tedaviden etkin şekilde yararlanmaları amacıyla sosyal hizmet uzmanlarınca yürütülecek sosyal, psikolojik, ekonomik, eğitici, destekleyici ve geliştirici hizmetlerin yanında hastanın ailesi ve çevresi ile ilişkilerinin düzenlenmesi, hastaneden taburcu olduktan sonra kişisel ve ailevi sorunların çözülmesi gibi hizmetler bütünü şeklindedir (Duyan 1999).

Profesyonel bir sosyal hizmet uygulaması için gerekli olan tüm aşamalar (başlangıç aşaması, planlama, v.s.) tıbbi sosyal hizmet ve ailelere yönelik sosyal hizmet alanındaki uygulamalar için de geçerlidir.

Kanser, kişiyi bağımlı kılabilen bir hastalıktır. Kansere bağlı olarak ortaya çıkan kriz durumlarında hastanın sahip olduğu bireysel ve çevresel özellikleri tutum ve davranışlarını önemli ölçüde etkilemektedir. Bu hastalığı genelde sosyal hizmet yaklaşımı açısından ele aldığımızda hastayı ve hastalığı sosyal faktörlerden soyutlamanın imkansız olduğu görülecektir. Hastanın tedavisi devam ederken yaşadığı duygular ve karşılaşılabileceği sorunlar göz önüne alındığında ailesi, yakın çevresi ve hastaya destek sağlayacak çeşitli sosyal sistemlerin bir bütün olarak düşünülmesi gerekir.

Kanser tanısı ailede kriz yaratır. Hastanın ve ailenin o zamana kadar kullandığı başa çıkma metotları ve olaylar üzerinde kontrol kurabilme gücü azalmış hatta tamamen ortadan kalkmıştır (Işıkhani 2005:80). Bu nedenle sosyal hizmet kriz tedavisi yaklaşımı ile hasta ve aileye müdahalede bulunulmalıdır.

Müdahalede bulunacak olan sosyal hizmet uzmanı krize müdahalenin aşamalarını göz önünde bulundurarak profesyonel çalışmasını başlatmalıdır. Sosyal hizmette kriz müdahalesinin aşamaları aşağıdaki gibi sıralanmaktadır (Aktaş 2005:61):

1. Aşama: Bunalıma yol açan sorun durumu değerlendirme

2. Aşama: Kriz durumu hakkında başvurayı güçlendirme

3. Aşama: Sorunun bölümlere ayrılarak çözümlenmesi

4. Aşama: Tedavi sürecinin uygulanması

Krize müdahale yaklaşımı, birey ile çalışma uygulamalarında sorunların kısa sürede çözümlenmesini bekleyen, uzun süreli tedavi çalışmasını kaldıramayacak kısa süre önce rol ilişkilerine bağlı sorunları nedeniyle bunalıma giren kimselere uygulanmalıdır (Aktaş 2005:61-62).

Kanserin neden olduğu kriz durumuna müdahale ederken izlenecek süreç; sorunun incelenmesi, duygu, düşünce ve davranışlarda meydana gelen değişimlerin belirlenmesi, bunların yol açtığı diğer sorunların gözden geçirilmesi ve bireyin şu anda yaşadığı gerginliği, huzursuzluğu gidermek için ilişkilerinin düzene sokulması ve çevresel baskıların azaltılması şeklindedir. İnsanların birçoğu duygu, düşünce ve davranışlardan kolay kolay vazgeçemezler (Aktaş 2005:62). Buna karşın yaşadıkları gerginlikten, üzüntü ve huzursuzluktan bir an önce kurtulmaya hazır oldukları gerçeği müdahale sürecinde unutulmamalıdır.

Kanserin yarattığı kriz durumu birey ve ailelerin sahip olduğu gücünü kullanmasına engel olmaktadır. Kanserli birey ve ailesi ile çalışan sosyal hizmet uzmanı için genelci uygulamada güçlendirme ilkesi oldukça önemlidir. Kriz durumuna yönelik sosyal hizmet müdahalesinde ikinci aşamayı oluşturan ve genelci uygulamada yer alan güçlendirme yaklaşımını aşağıdaki maddeler ile tanımlayabiliriz (Aktaş, 2005):

1. Her birey, grup, aile ve topluluğun kendi gücü vardır
2. Travma, istismar, hastalık mücadele fırsatları ve kaynakları riske eder.
3. Birey, grup ve toplulukların özellikleri ve kapasiteleriyle gelişim sınırları hakkında dahi en üst sınırın bilinemeyeceğini varsaymak

4. Sosyal hizmet uzmanı müracaatçılarına onların işbirliğini sağlayarak hizmet eder,
5. Bütün çevreler kaynaklar ile doludur.

Kanserli hastalarla çalışan sosyal hizmet uzmanı hastalığın oluşumuna neden olan psikososyal faktörler ile hastalığın neden olduğu psikososyal faktörlerle ilgilenir (Işıkhah 2004). Genelci sosyal hizmet uygulaması ışığında sosyal hizmet uzmanının rol ve görevleri temel olarak aşağıdaki şekilde sıralanabilir (Aktaş, 2005):

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| 1. Danışmanlık Rolü | 7. Kolaylaştırıcılık Rolü |
| 2. Eğitici Rolü | 8. Davranış Değiştirici Rolü |
| 3. Aracılık Rolü | 9. Bakım Sağlayıcı Rolü |
| 4. Vaka Yöneticisi Rolü | 10. Ulaştırıcılık Rolü |
| 5. Harekete geçiricilik Rolü | 11.Vaka Yöneticisi |
| 6. Savunuculuk Rolü | 12.Toplum Planlayıcısı Rolü |

Kanser sadece bireyi değil aileyi de derinden etkileyen ve aile sisteminde krize neden olan bir hastalık olduğundan sosyal hizmet uzmanı aileye yönelik olarak da bir müdahale planı oluşturmaldır. Kanserli hasta ve ailesine bu açıdan bakıldığında, aile sistemine müdahale etme gereği sosyal hizmet mesleği açısından ortaya çıkmaktadır. **“Aile sistemine müdahale”**, gereğini yerine getirmek için yapılanları ifade eden bir kavramdır (Aktaş 2005 34).

Sosyal hizmet kanserli bireyin sahip olduğu aile sisteminin yaşam içindeki doğal sürecini anlayarak bu sürece katılır. Aile sistemi içindeki bütün sistemlerle ilişkiye geçmek, onların kapasitelerini anlamak ve kendilerinde var olan kaynakları harekete geçirmek üzere işbirliği yapmak ve uygun değişiklikleri kendi özgür seçimleriyle yapmalarını desteklemek, kolaylaştırmak aile sistemine müdahalenin temel hedefidir (Aktaş 2004:34-35). Bu hedefi gerçekleştirmek için

sosyal hizmet uzmanının sahip olduğu mesleki sorumluluğunu yerine getirmesi gerekmektedir.

Gerek kanserli birey gerekse kanserli birey ailesi birbirlerini üzmemek için var olan sorunu birbirlerinden saklama eğilimi gösterirler (Özkan 2004). Bu durum hasta ve ailesinin birbirlerinden alabilecekleri destek ve yardımı olumsuz yönde etkileyerek iletişim problemlerine neden olmaktadır. İletişim problemlerinin ortaya çıkması, yanlış anlaşılmalara, duygusal açıdan sevgi ve yakınlığa en fazla ihtiyaç duyulan bu dönemde birey ve ailesinin birbirinden uzaklaşmasına ve sözlü ya da sözsüz mesajlarla tavır ve davranışların farklı yorumlanmasına neden olarak hastayla ailenin arasına kalın bir duvar ve kapanmaz yaralar açılmasına neden olmaktadır. Sosyal hizmet uzmanı aile ve hasta arasında iletişim problemlerinin aşılması için köprü görevi yaparak müdahalede bulunmalıdır.

Kanser tanısı alan birey ve aileye profesyonel düzeyde psikososyal destek sağlanması, bireyin ve ailenin var olan durumun şokunu atlatarak tedaviye uyumlarını sağlamak açısından önemlidir. Psikososyal destek sağlama aşamasında sosyal hizmet uzmanına bazı rol ve görevler düşmektedir. Bunlar:

1. Hastaneye yatmasına ya da tedaviye başlamasına karar verilen birey ve ailesiyle görüşerek inceleme ve tedavi yöntemleri hakkında bilgi vermek (Turan 1984:15),
2. Hastalığın tetkik ve tedavisinde bireyin ve ailenin uyumlarını kolaylaştırmak (Kennedy 1996: 36),
3. Birey ve ailesinin psikolojik olarak eski durumlarına dönmelerini ve rehabilitasyonlarını sağlamak, psikososyal bakım planı geliştirmek(Kennedy 1996: 37),
4. Sağlık bakım olanaklarının ve kaynaklarının kullanımı kolaylaştırmak, tedavi masraflarını karşılamaya ilişkin sorunlara birey, ailesi, hastane ve varsa toplum olanakları ile çözüm aramak (Özet, Işıksan, Erdoğan 1999:104),

5. Bireylerin hastalıkları, tedavinin planı gibi konularda seçenekler sunmada danışman olmak (Kennedy 1996: 37), tedavi sonrasında birey ve ailesinde gelişen dirençleri gidermek için tıbbi uygulamanın amacını, yararlarını ve muhtemel sonuçlarını açıklamak (Turan 1984:16),
6. Bireyin hastaneye yatmasının oluşturduğu olumsuz havayı yumuşatmak ve boş zamanları değerlendirmek için faaliyetler düzenlemek (Özet, Işıkhani, Erdoğan 1999:104) şeklinde sıranalabilir.

Çağdaş sosyal hizmet uygulamalarında bireye ve üyesi olduğu aile sistemine yaklaşımda değişiklik ve farklı bir bakış açısı meydana gelmiştir. Bu noktada sosyal hizmet aile sistemini içinde bulunduğu koşullar altında yaşamın doğal akışını dikkate alarak ve ailenin doğal sürecini anlayarak hastalık sürecini yaşayan aileye ve bireye yardımcı olmayı hedefleyen bir disiplindir (Aktaş 2004: 35). Sosyal hizmet mesleğinin uygulayıcılarının sahip oldukları mesleki rol ve fonksiyonlarına bağlı olarak kanserli hasta ve ailesine yönelik olarak bireylere; ailelere ve gruplara; toplum ve organizasyonlara verebileceği hizmetlerin neler olabileceğine aşağıdaki bölümlerde kısaca değinilmektedir.

1.5.1. Bireylerle Çalışma Açısından Kansere Bakış

Kanser hastası olma durumu bireysel açıdan ele alındığında hasta kişinin bilinçsiz olarak sağlıklı insanları kıskanması, durumundan başkalarını sorumlu tutan olumsuz duyguları abartarak dışa yansıttıkları saptanmıştır. Bu olumsuz duygularını fark eden birey suçluluk duyar ve yalnız bırakılmaktan korkarak duygusal bocalama yaşar (Özet, Işıkhani ve Erdoğan 1999:104). Tedavi boyunca bireyin çevresinde sıkıntı ve reaksiyonlarını anlayışla karşılayan yakınları ve aynı zamanda tedavi ekip elemanları bulunması hastalıkla mücadele ve yaşama isteğini olumlu yönde etkileyecektir. Kanser hastası olma şokunu atlatmak ve hastalığı yenebilmek için hastanın duygusal ve sosyal açıdan desteklenmesi önemlidir. Bu nedenle birey ile bire bir yapılacak çalışmada bireysellik, duyguların anlamlı şekilde ifade edilmesi, kabul etme,

müracaatçının kendisi ile ilgili kararı kendisinin vermesi ve gizlilik ilkesi önemli birer etik kural olarak dikkat edilecek prensipler arasındadır (Turan 1984:15).

1.5.2. Ailelerle ve Gruplarla Çalışma Açısından Kansere Bakış

Hasta yakınlarının hasta bireye karşı çelişkili davranışlar sergiledikleri araştırmalar ile ortaya koyulmuştur (hastalık kapma endişesi ile hastadan uzaklaşma ya da eskiye nazaran aşırı ilgi ve yakınlık göstererek hastayı rahatsız etme gibi) (Atlı 1997:48). Kronik hastalık durumunda olan birey ve ailesinin yaşamlarında yer alan ilişki sorunlarının bu dönemde de öncesindeki gibi tekrarladığı görülmüştür. Aile üyelerinde gözlenen endişenin temelinde hastaya karşı görevini yerine getirememesi, kendi geleceğinden emin olamama ve hastanın gerçeği bilmemesi gibi nedenler yatmaktadır. Aile ile yapılacak çalışmalarda bu durumlar göz önünde bulundurularak bir müdahale gerçekleştirilmelidir (Turan 1984:17).

Kanserli bireyler ile sosyal grup çalışması yapılabilir. Bu grup çalışması ile hastaların hastalıkla ilgili duygu ve düşüncelerini birbirlerine aktarmaları, birbirlerinin deneyimlerinden yararlanmaları sağlanabilir (Turan 1984:18).

1.5.3. Toplum ve Organizasyon Çalışması Açısından Kansere Bakış

Sağlık ve hastalık durumları sosyal sistemlerde yer alan olgulardır. Hastalık durumunda kişinin bazı rol ve fonksiyonları sınırlanır, sosyal ilişkileri daralır. Her toplumda hastalığın nasıl algılandığı ile hasta kişiye karşı gelişen tutumlar birbiriyle yakından ilgilidir. Hasta bireyin kanser hastalığına uyumunda bireysel özelliklerinin yanı sıra toplumsal normlarda etkilidir (Turan 1984:19).

Hastanın tedavi sonrası topluma yeniden katılımı, özellikle meslek ve aile yaşamına tekrar girişi, büyük ölçüde bireyin hastalığı nasıl yaşadığına bağlıdır. Dullar, boşanmışlar ve bekarlar çevresinde dostu ve yakını olanlara göre hastalık şokuna daha az dayanıklıdırlar (Turan 1984:19).

Toplum ve organizasyonlarla açısından kanser hastalığına ilişkin olarak yapılacak sosyal hizmet müdahalesinde hastalık hakkında toplumu bilinçlendirmek, kanserli hastalara hizmet veren kuruluşlara maddi kaynak

oluşumunu sağlamak, bu alandaki gönüllü çalışmaları özendirmek ve organize etmek gibi çalışmalar yapılmalıdır (Turan 1984:19).

1.6. KANSER VE SOSYAL DESTEK

Bireyin yaşamın zorlayıcı yönleriyle başa çıkmasında ve stresin olumsuz etkilerine direnç göstermesinde başkalarıyla olan sosyal ilişkileri önemli rol oynamaktadır. Bu zor durum ya da sıkıntı içinde olan bireye aile üyelerinin, akrabalarının, arkadaşlarının sağladığı olanaklar karşımıza sosyal destek kavramını çıkartmaktadır (Akyunak Özdemir 2005 22). Birçok sosyal destek modeline göre sosyal desteğin en önemli fonksiyonu sosyal desteği alan kişinin iyi olma halini güçlendirmektir. Bu aynı zamanda bireyin fiziksel ve mental sağlığını güçlendirmek anlamına gelmektedir (Işıkhan 2005 78; Özbesler 2001 13). Bu nedenle kanser hastaları için sosyal destek önemli bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır.

1.6.1. Sosyal Destek

Bireyler arası ilişkilerin destekleyici yönleri 1950'lerin sosyoloji literatüründe çok sıklıkla tanımlanmıştır. Carl Roger 1950'lerde sosyal desteği, terapötik ilişkilerinin ana içeriğine benzeterek empati, dürüstlük, pozitif bakış ve yargısız yaklaşım olarak ifade etmiştir (Aras 2001 : 20)

1974'de Cassel insan sağlığının devamı için bireyler arası ilişkilerin önemli olduğunu ve hastalığın etyolojisinde psiko-sosyal süreçlerin önemli bir rol oynadığını belirterek; bireyin yaşamında ortaya çıkabilecek zorlanmalı çevresel koşullarda, var olan ilişkilerdeki zayıflamanın hastalanma riskini arttırabileceği hipotezini ortaya koymuştur (Özbesler 2001 : 8).

1980'li yıllardan itibaren sosyal destek "stres altındaki ya da güç durumdaki bireye çevresindeki insanlar tarafından sağlanan yardım" olarak ifade edilmeye başlanmıştır (Akyunak Özdemir 2005 : 23).

Günümüzde sosyal destek “güç durumdaki bireye yakından bağlı olduğu eş, aile, arkadaş gibi insanlar tarafından sağlanan maddi ve manevi yardım” olarak kabul edilmektedir (Coleman 1994 : 118; Aras 2001 : 22).

Sosyal destek, sosyal ilişkinin algılanış biçimi, yani sosyal ağın kişi üzerinde bıraktığı etkiyle de yakından bağlantılı bulunmuştur. Heller'e göre bir sosyal aktivite, bu aktivitenin alıcı kişi tarafından, benlik saygısını zenginleştirici olarak algılanıyor ya da stresi azaltıyorsa sosyal desteği içerdiği söylenebilir. Algılanan sosyal destek, bir anlamda, kişinin kendine biçtiği genel değerdir. Başkaları tarafından sevildiğini, sayıldığını, gerektiği zaman yardım bulacağını, ilişkilerinin doyum verici olduğunu düşünen kişinin algıladığı destek fazladır (Heller 1986 : 466-470). Yapılan çalışmalarda, algılanan destek ile sosyal ağ üyeleri tarafından verilen desteğin her zaman birbirinin aynı olmadığı görülmüştür (Cankurtaran Öntaş 1999 : 148).

Sosyal desteğin cinsiyet ve yaşa göre farklı olup olmadığını ortaya koyan çalışmalarda, erkeklerin kadınlara göre sosyalleşme sürecinde daha düşük sosyal destek bildirdikleri ve yaş ilerledikçe sosyal ağlardaki azalma ve sosyal destek sistemlerinin değişikliğe uğramasıyla sosyal destek ilişkisinde alıcı rolden verici role geçtikleri belirtilmektedir (Burke ve Weir 1978: Aktaran Banaz 1992:9; Hays ve Oxley 1986:305; Sorias 1988:26; Banaz1992:44-45; Çakır 1993:72; Bayram 1999:154; Helsen ve diğerleri 1999:326; Elbir 2000:59; Bal ve diğerleri 2003:1384).

Hays ve Oxley (1986:305-311) yaptıkları çalışmada, kadınların erkeklere oranla daha çok bilgisel ve duygusal destek aldıklarını ortaya koymuşlardır. Yine Ülkemizde yapılan benzer bir çalışmada kadınların erkeklere göre daha fazla yakın ilişkiye sahip oldukları, ilgi ve duygularını başkalarıyla daha rahat paylaştıkları yani sosyal destek kaynaklarını daha çok kullandıkları ve kadınların erkeklere göre algıladıkları destekten daha az hoşnut oldukları ortaya koyulmuştur (Sorias 1988:26).

Wang ve diğerleri de (1997:245) kişilik özellikleri, problem çözme becerileri ve algılanan sosyal destek ile cinsiyet arasındaki ilişkiye yönelik olarak yaptıkları

çalışmada algılanan sosyal desteğin cinsiyete göre kadınlar lehine farklılık gösterdiğini ortaya koymuşlardır.

Sosyo-ekonomik ve kültürel düzey ile sosyal destek arasındaki ilişkiyi ortaya koymayı amaçlayan çalışmalarda ise gelir düzeyinin ve öğrenim düzeyinin yükselmesine bağlı olarak algılanan sosyal desteğin yükseldiği bulgusuna ulaşılmıştır. Gelir ve öğrenim düzeyinin yüksekliği, sosyal desteğinde yükselmesinde olumlu etkiye sahip olduğu yapılan çalışmalarda ortaya konulmuştur (Banaz 1992:67; Bayram:1999:154; Elbir 2000:96-102).

1.6.2. Kanser ve Sosyal Destek

1970'lerin başında "sosyal destek" kavramı sağlık alanı çalışanları ve araştırmacılar tarafından kanserle ilgili çalışmalarda kullanılmaya başlanmıştır. Ancak son 20 yıldır kavram bu alanda önemli bir yer tutmaktadır. Sosyal destek kanserli bireylere korku ve şüpheleri ile baş etmede yardımcı olabilecek bir kaynak olarak karşımıza çıkmaktadır (Eylen 2002:110).

Sağlık koşullarının giderek bozulması, sıkıntıların süreklilik kazanması ve hastalıkla ilgili sıkıntı yaratan koşulların gittikçe artması özellikle kronik hastalığı olan bireylerin sosyal desteğe daha çok gereksinim duyar hale getirmektedir (Şahin 1999 85).

Kanserli bireylerin içinde bulundukları durumdan dolayı yarar sağlayabilecekleri sosyal destek sistemlerinden ilk akla gelenler sağlık personeli, aile ve akraba çevresi, arkadaşlar gibi informal ya da formal destek sistemleridir. Ancak burada önemli olan bireyin sağlığı ve iyiliği açısından bu destek sistemlerinin niteliği, verdiği doyum ve desteğin gücü çok önemlidir (Işıksan 2005 78; Özbesler 2001: 16).

Sosyal desteğin birey açısından yerine getirdiği dört işlev bulunmaktadır. Bu işlevler *yardım desteği*, *duygusal destek*, *bilgi desteği* ve *güven desteği*dir. Bu dört çeşit sosyal destek şöyle verilen tanımlanabilir:

1. *Duygusal destek:* Empatinin, bakımın ve bireye olan ilginin ifade edilmesidir. Kaygılı bireye ait olma, sevilme, rahatlık, şefkat, yakınlık ve ilgi gibi duyguları verir. Bu davranışlar bireyin kaygı yaratıcı olayların sonuçları ile duygusal yönden baş edebilmesini sağlar. Duygusal destek içeren davranışlar bireyin çevresindekiler tarafından sevildiği, sayıldığı ve anlaşıldığı duygularını uyandırır. Bunun sonucu olarak, kişilerde özgüven artışı ve sorunlarla baş etmede güdülenmeyi artırma gibi olumlu etkilere neden olur (Eylen 2001 27; Duyan 2001 10; Ünsal 1996 317). Bu destek genellikle yüz yüze etkileşim yoluyla birincil gruplar tarafından sağlanır (Tufan 1994 49).
2. *Bilgi sağlayıcı destek ya da bilişsel rehberlik:* Başkalarının bireyin yaşamını kolaylaştırıcı nitelikte öğütler verme, önerilerde bulunma, kişisel geri bildirim verme ve bilgilendirme gibi güncel güçlüklerle yönelik düşünce ya da olguların iletilmesi ile sağlamaya yöneliktir. En önemli yararı bireyin stres yaratan durumla baş etmesinde kendisinin göremediği çözüm yolları konusunda çevre tarafından bilgilendirilmesidir (Eylen 2001 27; Ünsal 1996 317).
3. *Araçsal destek, somut yardım ya da maddesel destek:* Hizmet verme, malzeme temin etme ve maddesel yardım sağlayan destektir. Diğer sosyal destek türlerinden farklı olarak bireyin sorununu doğrudan onun adına çözmek gibi bir yararı vardır (Eylen 2001 27; Ünsal 1996 317).
4. *Güven desteği:* Çevresindekilerin bireye olumlu duygularını ifade ederek onu desteklemesi, onun duygu ve düşünceleri ile aynı fikirde olduğunu bildirmesi ya da kişiyi kendisinden daha kötü durumda olanlarla karşılaştırması gibi davranışları içerir. Bu türden destek bireyin kendini güvende hissetmesine, rekabet edebileceği ve değerli olduğu duygularını geliştirmesine yardımcı olacaktır. Güven desteği özellikle çevrenin beklentilerinin, bireyin kişisel kaynaklarını aştığı durumlarda ortaya çıkan, kaygı gibi duygularla baş edebilmesinde çok önemli ve olumlu sonuçlar doğurmaktadır (Eylen 2001 27-28; Ünsal 1996 317).

Dakof ve Taylor(1990), kanserli bireylerin hangi desteği kimlerden aldıklarında daha yararlı bulduklarını inceleyen bir çalışma yapmış ve bireyin kendini yakın hissettiği kişilerden aldığı duygusal desteğin çok önemli olduğu sonucuna ulaşmışlardır. (Aktaran :Eylen 2001:38).

Sosyal desteğin kanserli bireyler için yararlı olduğunu ve aile üyelerinden alınan duygusal destek ile kansere psikolojik ve fiziksel uyum derecesi arasında olumlu bir ilişki olduğunu belirten birçok çalışma vardır (Eylen 2002:110).

Sosyal desteğin, alıcının ruhsal ve fiziksel sağlığını iyileştirerek iyilik durumunu arttırdığına ilişkin görüşler ve bunun nedenleri şöyle açıklanmaktadır (Cutrona, Baron, Hicklin, Russell, Lubaroff 1990 348-349):

Bağlılık gereksiniminin doyurulması: destek bireylerin başkalarıyla yakın ilişki ve iletişim kurma gereksinimlerini karşılayarak onları yalnızlığın olumsuz etkilerinden kurtarmaktadır. Bu işlevle ilgili kaynaklar sevginin, ilginin, anlayışın, bağlılığın ve ait olma duygusunun ifadesi biçiminde özetlenebilir.

Kimlik duygusunun korunması ve güçlendirilmesi: destek bireyin kimlik imgesi ile ilgilidir. Diğer insanlarla kurulan ilişkiler yoluyla kişilikler gelişir. Desteğin, kimlik imgesini geliştirici işlevi ile ilgili kaynaklar, bireye ait geri bildirimler ya da kuşku ve stres yaratan ortamlar için sunulabilecek davranış modelleri olarak sıralanabilir.

Kendine güvenin artması: Desteğin kimlik belirlenmesine ilişkin işlevi kim olduğumuzla ilişkilidir. Aynı zamanda destekleyici davranışlar bireyin kendi değeri ve uygunluğuna ilişkin düşüncelerini geçerli kılmaya da yardımcı olur. Onaylama, ödüllendirme, saygının ifade edilmesi gibi davranışlar kendine güven işlevi ile ilgili destekleyici davranışlardır.

Sosyal desteğin yerine getirdiği işlevlerin bireyin sosyal çevresinden ve sahip olduğu sosyal ağdan sağlanması veya potansiyel olarak mevcut olması bireylere yaşam zorlukları ile başa çıkmada kaynak sağlar (Akyunak Özdemir 2005 : 30; Ünsal 1998 : 286).

Kanser tanısı, var olan sosyal destek ağının sarsılmasına ve bu ağ içinde yeni düzenlemeler yapılmasına neden olmaktadır. Hasta tarafından gerek duyulan desteğin tipi kişiye, zamana ve koşullara göre değişmektedir (Eylen 2002:110).

Kanser tanısı alan bireyin yaşadığı belirsizlik ve korkular sosyal destek ihtiyacının artmasıyla sonuçlanır. Fiziksel değişiklikler, acı veren tedaviler ve yenilenme hakkında hasta anksiyete duyduğunda, hastanın destek ihtiyacı şiddetle artar. Hastalığın getirdiği yoğun korkular ve kötü durum nedeniyle kanser hastaları uygun desteği alarak da bir takım sorunlar yaşayabilirler. İletişim sorunlarından sık sık bahsedilmesi, özellikle kanser literatüründe önemlidir. Fiziksel değişime maruz kalanlar ve kanserli bireyler için özellikle duygusal destek önemlidir (Atlı 1997:48-49).

Sosyal çevreden alınan yardım, içeriği ne olursa olsun kişilerin çaresizlik duygularını azaltmakta ve stresle baş etme konusunda kendilerine duydukları güveni artırmaktadır. Sosyal destek, kaygı yaratan etmenleri ortadan kaldırmasa bile kişilerin endişe düzeylerini azaltarak onların daha iyimser, daha fazla kontrol duygusuna sahip, stresle başa çıkmada yeni yollar deneme konusunda daha istekli olmalarına yardım eder (Baltaş 2000)

Sosyal desteğin kanserli bireyler için yararlı olduğunu ve aile üyelerinden alınan duygusal destek ile kansere fiziksel ve psikolojik uyum derecesi arasında olumlu bir ilişki olduğunu belirten birçok çalışma vardır. Bunun da ötesinde tanı koyma aşamasında verilen sosyal destek ile uzun yaşam arasındaki ilişkiyi gösteren boylamsal araştırmalar sosyal destek ile psikolojik uyum arasında nedensel bir ilişki bulunduğunu göstermektedir (Taylor ve Dakof 1987 :110).

Sosyal destek konusunun henüz çok iyi anlaşılamamasına rağmen, sosyal desteğin sağlık üzerinde olumlu etkisi olduğu düşünülmektedir. Coyne ve Dawney (1991). Son yıllarda yapılan sosyal destek araştırmalarında ağırlığın sosyal ilişkilerin yeterince destekleyici olup olmadığı konusunda kişinin genel izlenimlerine yani, yani algılarına sosyal desteğe kaydığını belirtmişlerdir (Atlı 1997: 47, Eker,D.,Arkar,H. 1995)

1.6.3. Sosyal Destek Kaynakları

Sosyal destek kaynakları *formal* ve *informal* destek kaynakları olarak iki ana başlık altında toplanmaktadır. Resmi kurum ve kuruluşlar ile yasal bir çerçevede hizmet veren sivil toplum kuruluşları, gönüllü kuruluşlar *formal sosyal destek kaynaklarıdır*. Aile, akraba, komşu, arkadaş gibi çevremizde bulunan ve yakın ilişki içinde olduğumuz bireyler ile herhangi bir biçimde destek olan ve katkı sağlayan diğer bireyler ise *informal sosyal destek kaynaklarıdır* (Akyunak Özdemir 2005 : 29; Özbesler 2001 : 11).

Sosyal desteğin gerçekleşmesinde bireyin algıladığı desteğin niteliği kadar kimler tarafından verildiği de önemlidir. Fizyolojik ve psikolojik acıyı bir arada yaşayan kanser hastasının tedavi boyunca çevresinde sıkıntı ve reaksiyonlarını anlayışla karşılayan, paylaşan ve aynı zamanda güven duyacağı bir yakının olması, hastalıkla mücadele etme becerisine olumlu yönde katkıda bulunacaktır.

Kanser şokunu atlattmak ve hastalığı yenebilmek için birey duygusal ve sosyal desteklere sahip olmalıdır (Atlı 1997:50, Turan 1984:38). Sosyal temasın olumlu duygusal etkileri olduğu açık ve kesindir. Sosyal bağlar ve destek önemlidir. Hastalığa toleransın hayatın bütün yükünü taşıyan yalnız insanlarda çok daha düşük olduğu saptanmıştır(Atlı 1997:53). Jou ve Fukada (1995) tarafından yapılan bir araştırma sosyal desteği yüksek olan bireylerin uyum düzeylerinin de yüksek olduğunu ortaya koymuştur (Aktaran :Eylen 2001:50).

Birey tarafından gereksinim duyulan desteğin tipi kişiye, zamana ve koşullara göre değişim gösterir. Değişik sosyal destek kaynakları hastaya değişik açılardan sosyal destek sağlamaktadır. Farklı kaynaklar hastaya aynı tip desteği verseler bile bireyin bu duruma göstereceği tepki farklıdır. Burada önemli olan hastanın kendisine yakın hissettiği kişilerden aldığı duygusal destektir (Eylen 2001 : 38).

Destek verecek en önemli kişi bir eş ya da aile üyelerinden birisi olup, gerçekte ve sevdiğinin hastalığı ile mücadelede bastırılması güç bir meydan okumayla karşı karşıyadır. Bireyle en sağlam ve sürekli teması aile üyeleri kurdukları için aileler genellikle, destek verirken duydukları acıya katlanırlar. Tipik olarak aile

üyeleri; hasta bireyin fiziksel durumu, reaksiyonları ve ruh durumuyla ilgili hızlı değişimlere ayak uydurmaya çalışırken , duygusal açıdan son damlalarına dek tükenirler. Aile üyelerinin kendi ihtiyaçları, istenilen durumun en yüksek mertebesinde kalmaya çabalarken geri plana itilmek zorunda kalabilir. Aile üyelerinin hasta bireye destek olabilmesi kendisinin aldığı desteğin derecesine bağlıdır (Wortman 1984).

1.7. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ

Kanser gibi kronik hastalıklar, iyileşme ve şiddetlenme dönemlerini içeren ve buna bağlı olarak yaşamın uzun bir dönemini kapsayan ve pek çok olumsuzluğu beraberinde getiren ciddi hastalıklardır. Bu tip hastalıklar birey için bugüne kadar kullanmış olduğu uyum mekanizmalarının tümünün sarsılması, geleceğe yönelik beklentilerin ve planların bozulması ve sahip olma gücünün yitirilmesi anlamını taşır.

Tıp alanında elde edilen baş döndürücü ilerlemeler, çevre koşullarında oluşan olumlu değişiklikler hastalıkla ilgili olarak tedavide seçilebilecek yöntemler içinde farklı alternatifleri yakalamamıza fırsat vermiştir. Bu durum aynı zamanda hastalığın ve hastanın tedavisinde tıbbi-psikolojik-sosyal yaklaşımın gerekliliğini ön plana çıkarmaktadır.

Sağlık alanında kat edilen mesafe ile insanların sahip olduğu hastalığa ilişkin müdahaleler farklılaşırken bu durum hasta bireyin ruhsal ve duygusal dünyasında, beklentilerinde ve eksikliğini ya da var olduğunu hissettiği desteğin de niteliğini zamana ve duruma göre farklılaştırmaktadır. Bu nedenle kanser gibi kronik hastalığa sahip olan bir birey tek başına hastalığın fiziksel etkileri açısından ele alınmamalı; hastalıktan etkilendiği öngörülen tüm yönleri dikkate alınarak bir müdahale gerçekleştirilmelidir.

Aile, akraba, arkadaş ve komşu gibi çevrelerinde bulunan ve yakın ilişkide bulunduğu kişilerin yanı sıra herhangi bir biçimde hastaya destek olan ve katkı

sağlayan kişilerin hasta bireye sağladığı sosyal desteğin niteliği ve nasıl bir destek sağladığı da bu bütüncül yaklaşım içinde önem kazanmaktadır. Hasta bireyin aldığı sosyal desteği nasıl algıladığı ve bu duruma nasıl bir anlam yüklediği sosyal desteğin tedavi sürecinde etkin bir şekilde kullanımını etkileyen bir durumdur.

Sosyal destek kanserli birey için gerektiğinde yaşamlarını uzatıcı etkilere neden olabilecek kadar önemli bir kaynaktır. Bu nedenle kanserli bireylerin algıladığı sosyal destek düzeyini belirlemek önemlidir. Benzer şekilde kanserli bireye verilen sosyal destek hasta bireyin yaşama bağlanması ve tedavisinde sağlık ekibi ile olumlu işbirliği kurmasında önemli bir role sahip olabilecek bir unsurdur.

Ortaya çıkan bu sonuçtan hareketle kanserli bireylerin sosyal destek algısının belirlenmesi ve bu algılamasından hareketle bireyin ihtiyaç duyduğu desteğin özellikle ailesi tarafından sağlanması sosyal hizmet mesleği açısından önemlidir.

Kanserin birey ve yakınları üzerinde olumsuz etkileri vardır. Ayrıca tedavi sürecinde verilen hizmetlerde yaşanan yetersizlikler de hasta bireyin ihtiyacı olan sosyal desteğe etki etmektedir. Aile üyelerinden birisinin işsizliği, maddi sorunları hastaya verilen ya da verilmesi beklenen sosyal desteği etkileyebilmektedir. Bu alanlarda yaşanan sorunlar, hasta birey ve ailelerine uygulanacak görüşme formu ile tespit edilmeye çalışılmış; sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanlarıyla ilişkileri ortaya koymaya çalışılmıştır. Bu çalışmada sadece kanserli bireylerin ve ailelerinin sosyal destek algısı üzerinde durulmuştur. Kanserli Hasta Sosyal Destek Ölçeği (KHSDÖ) ve Kanserli Hasta Ailesi Sosyal Destek Ölçeği (KHASDÖ) ile örneklem grubu tanımlanmaya çalışılmıştır. Bu nedenle de kanserli birey ve ailelerinin sosyal destek algıları ve bu algılamalarını etki eden faktörlerin neler olduğu araştırmanın sorununu oluşturmaktadır.

1.8. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın genel amacı; kanserli birey ve ailelerinin sahip olduğu sosyal destek algılarının saptanması ve buna etki eden faktörlerin incelenmesidir. Araştırmanın alt amaçları aşağıdaki soru cümleleri ile ifade edilmiştir:

1. Kanserli bireyleri tanımlamayı amaçlayan sorular

1.1. Kanserli bireylerin, sosyodemografik özellikleri nelerdir?

1.2. Kanserli bireylerin, sosyal güvenlik sistemlerine göre dağılımları nedir?

1.3. Kanserli bireylerin, hastalığı ile ilgili duygu ve düşünceleri (şok, çaresizlik, öfke, korku, pazarlık, kabullenme v.b.) nelerdir?

1.4. Kanserli bireyler, sosyal hizmet uzmanından tedavi süresince yardım almışlar mıdır?

1.5. Kanserli bireyler, sosyal hizmet uzmanından hangi konularda yardım almaktadır?

2. Kanserli bireylerin sosyodemografik özellikleri, beklentileri ile sosyal destek algısı arasındaki ilişkiyi belirlemeyi amaçlayan sorular

2.1. Kanserli bireylerin, sosyodemografik özellikleri ile sosyal destek algıları arasında bir farklılık var mıdır?

2.1.1. Kanserli bireylerin, yaş, çocuk sayısı, eğitim durumu ve tanı ilk öğrenildiğinde yaşanan duygular gibi sosyodemografik özellikleri ile sosyal destek algıları arasında bir ilişki var mıdır?

2.2. Kanserli bireylerin, hastalığı ile ilgili duygu ve düşünceleri ile sosyal destek algıları arasında bir farklılık mıdır?

2.3. Kanserli bireylerin, sahip olduğu sosyal destek algısı sosyal hizmet müdahalesi açısından farklılık göstermekte midir?

2.4. Sahip olunan hastalık türüne göre sosyal destek algılamasında farklılık görölmekte midir?

2.5. Hastalığın teşhis zamanı ile kanserli bireylerin yaşadığı duygular arasında bir farklılık var mıdır?

2.6. Hastalık türü ile hastanın sosyal destek algısı arasında bir farklılık ve ilişki var mıdır?

2.7. Uygulanan tedavi türü ile sosyal destek algısı arasında bir farklılık görölmekte midir?

2.8. Hastanın yaş grubuna göre sosyal destek algısında farklılık görölmekte midir?

3. Kanserli birey ailelerini tanımlamayı amaçlayan sorular

3.1. Kanserli birey ailelerinin sosyo-demografik özellikleri nelerdir?

3.2. Kanserli birey ailelerinin herhangi bir işte çalışma durumlarına göre dağılımları nelerdir?

3.3. Kanserli birey ailelerinin evinde işlerini koordine eden ve yardımcı olan biri bulunmakta mıdır?

3.4. Kanserli birey ailelerinin hasta ile yakınlık dereceleri nedir?

3.5. Kanserli birey ailelerinin hastalık ilk öğrenildiğinde yaşadığı duygular (şok, çaresizlik, öfke, korku, pazarlık, kabullenme v.b.) nelerdir?

4. Kanserli birey ailelerinin sosyo-demografik özellikleri ile sosyal destek algısı arasındaki ilişkiyi belirlemeyi amaçlayan sorular

4.1. Kanserli birey ailelerinin sosyodemografik özellikleri ile sosyal destek algıları arasında bir farklılık var mıdır?

4.1.1. Kanserli birey ailelerinin yaş, eğitim durumu ve tanı ilk öğrenildiğinde yaşanan duygular gibi sosyodemografik özellikleri ile sosyal destek algıları arasında bir ilişki var mıdır?

4.2. Kanserli birey ailelerinin çalışma durumu ile sosyal destek algıları arasında bir farklılık oluşmakta mıdır?

4.3. Kanserli birey ailelerinin evde sorumluluk paylaşan aile üyelerinin olması ile sosyal destek algıları arasında bir farklılık var mıdır?

4.4. Hastalığı teşhis zamanıyla ailenin yaşadığı duygular arasında bir ilişki var mıdır?

4.5. Hastalık türü ile ailenin sosyal destek algısı arasında bir ilişki var mıdır?

4.6. Ailenin yaş grubu ile hastalık öğrenildiğinde yaşanan duygular arasında bir farklılık görülmekte midir?

4.7. Ailenin yaş grubu ile sosyal destek algısı farklılık göstermekte midir?

4.8. Kanserli birey ile aile üyesinin yakınlık derecesi sosyal destek algısında bir farklılık oluşturmakta mıdır?

1.9. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Kanser, ülkemizdeki ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır. Ancak hastalığın erken teşhis süreci kanser hastalığının seyrini önemli ölçüde etkileyen ve beklenen yaşam süresinde artış kaydedilmesini sağlayan bir süreçtir. Bu ve bu süreci takip eden uygulamalarda kanser tanısı alan bireyin desteklenmesi hastanın hastalığa, tedaviye ve tedavi ekibine uyum sağlamasında ve hastalıkla bağlantılı olarak ortaya çıkabilecek kriz durumlarının

ve kanser tanısı almayla birlikte ortaya çıkabilecek ruhsal tepkilerin daha sağlıklı bir şekilde atlatılmasını sağlayacaktır.

Literatür incelendiğinde, kanserli bireylerin sosyal destek algılarının genel bir bakış açısı ile hazırlanmış sosyal destek ölçekleriyle değerlendirildiği görülmektedir. Bu nedenle, Eylon (2002) tarafından geliştirilen kanser hastası sosyal destek ölçeği (KHSDÖ) ve kanserli hasta ailesi sosyal destek ölçeği (KHASDÖ), spesifik olarak kanserli bireylerin algıladığı sosyal desteği ve hasta birey ailesinin verdiği düşündüğü sosyal destek algısını ortaya koymaya yönelik bir ölçek olarak karşımıza çıkmaktadır. Kanserli birey ve aileleriyle ilgili olarak geliştirilen bu ölçeklerin kullanımı ile bu gruba dahil olan bireylerin ve onların ailelerinin gereksinimleri daha spesifik olarak saptanmakta, bu saptamayla bağlantılı olarak verilecek hizmetin yönü belirlenebilmektedir. Hasta bireyin maksimum yarar sağlamasının amaçlandığı bütüncül yaklaşımli bir tedavi ve sosyal hizmet sunumu, bireyin elde edeceği fiziksel ve emosyonel durumunda en üst düzeyde ilerleme sağlamaya yardımcı olmaktadır.

Bu çalışma, ayrıca kanserli birey ve ailesinin güçlendirilmesi için sosyal hizmet müdahalesine bir sistem kazandırmak açısından da önemli veriler elde etmeye yardımcı olmaktadır.

1.10. ARAŞTIRMANIN SAYILTI LARI

Bu araştırmada;

1. Araştırmanın nüfusu GATA Tıbbi Onkoloji ve Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dallarında, Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanesinde, Sağlık Bakanlığı Ahmet Andıçen ve Abdurrahman Yurtarslan Onkoloji Hastanelerinde kanser nedeniyle tedavi gören bireyleri temsil ettiği,

2. Kullanılacak görüşme formunun ve ölçme aracının araştırmanın amacına uygun olduğu,
3. Araştırmaya katılan kanserli birey ve ailelerinin soruları içtenlikle cevapladığı varsayılmıştır.

1.11. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmada ekonomik imkanların kısıtlılığı, evrenin geniş ve dağınık yerleşim merkezlerinde bulunması nedeniyle Ankara il sınırlarında bulunan Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hastanesi Tıbbi Onkoloji ve Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dallarında, Sağlık Bakanlığı Ahmet Andiçen ve Abdurrahman Yurtarslan Onkoloji Hastaneleri ile Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanelerinde kanser nedeniyle tedavi görmekte olan hastalar uygulama için seçilmiştir.

Tedavisine ayaktan devam eden hastalarla etkili bir görüşmenin yapılması çalışmanın tamamlanabilmesi için yeterli süre bulunmayacağı düşüncesinden hareketle araştırma, ayaktan tedavi gören hastalar ile yatarak tedavi alan hastalar ve aileleri ile sınırlandırılmıştır.

1.12. TANIMLAR

Bu araştırma kapsamında yer alan kavramların işlevsel olarak tanımlanmasında kullanılacak terimler aşağıdaki şekilde yer almaktadır.

Sosyal Hizmet Uzmanı: Kanseri hastaların hastanede yatışı ve tedavisi sürecinde ihtiyaç duydukları psikososyal desteği sağlayan, toplum kaynakları ve hastalık hakkında hastaya ve ailelere bilgilendirici destek sağlayan, hastanın tedavi ekibine ve tedaviye uyumuna yardımcı olan meslek elemanı.

Sosyal Destek: Kanser hastası bireylerin ve hasta bireyin ailelerinin birbirlerinden aldıklarını düşündükleri bilgi, güven desteği sağlanarak hastalık sürecinin hasta ve ailesi tarafından sağlıklı biçimde geçirmelerine yardımcı olan bir süreçtir.

Hastanın bilgisel sosyal destek algısı: Hasta bireyin hastalığı ve yapılacak işlemler hakkında bilgi alarak stres yaratan hastalık süreci ile baş etmesine yardımcı olan destek algısıdır.

Hastanın duygusal sosyal destek algısı: Hasta kişinin ilişki ve dostluk gibi gereksinimlerinin karşılanarak ilgi, sevgi, anlayış, dostluk ve ait olma duygularının yardımıyla yalnızlık duygusunun azalmasıdır.

Hastanın güven sosyal destek algısı: Hasta bireyin kendisine ve hastalıkla, hastalığın beraberinde getirdiği sorunlarla ve tedavi güçlükleriyle baş edebileceğine olan güveninin artması ve değerli olduğu duygusunu geliştirmesidir.

Ailenin bilgisel sosyal destek algısı: Ailenin öğüt, geri bildirim gibi hasta bireye ne yapması gerektiğine yönelik bilgiler vermesidir.

Ailenin duygusal sosyal destek algısı: hasta yakınının hastaya ilgi ve sevgi göstermesi, hastanın gereksinimlerine duyarlı olması, hastanın yaşadığı kaygı

ve korkularını paylaşması, hastanın hastalıkla ilgili olarak yaşadığı güçlükleri ve duyguları anlamaya ve paylaşmaya açık olmasıdır.

Ailenin güven sosyal destek algısı:Ailenin hasta bireye olumlu duygularını ifade etmesi, hasta bireyin duygu ve düşünceleri ile aynı görüşte olduğunu bildirmesidir.



BÖLÜM II

ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu bölümde araştırmanın modeli, araştırma nüfusu, veri toplama araçları ve verilerin analizi ile ilgili bilgilere yer verilmiştir.

2.1. ARAŞTIRMA MODELİ

Bu araştırmada, kanser hastası bireylerin ailelerinden algıladıkları sosyal destek ve sosyal desteği etkileyen faktörler, hastaların algılamalarına dayalı olarak betimlenmeye çalışılmıştır. Bu özelliği ile araştırma Karasar'ın (1995:77) sınıflamasına göre "Tarama Modeli" içinde yer almaktadır. Ayrıca bu araştırmada, kanser hastalarının sosyal desteklerinin bazı etkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinden çalışma, tarama modellerinden "İlişkisel Tarama Modeli" olarak tanımlanabilir. İlişkisel tarama modelinde, iki ya da daha çok sayıdaki değişken arasında , birlikte değişim varlığı ve/veya derecesi belirlenmeye çalışılmaktadır (Karasar 1995:81).

Red ve Smith (1989)'nin sınıflamasına göre de bu araştırma, "alan araştırması" kapsamında ele alınmaktadır. Bilindiği gibi alan araştırması evreni tanımlamak için orijinal verilerin evrenden ya da evreni temsil ettiği düşünülen bir örneklem üzerinden anketler aracılığıyla toplanmasıdır.

2.2. ARAŞTIRMA EVRENİ

Araştırmada, kanserli bireylerin ve ailelerinin sahip oldukları sosyal destek algılamaları ve sosyal desteği etkileyen faktörleri inceleyip tanımlayabilmek amacıyla Red ve Smith (1989) ile Rubin ve Babie (1997)'nin sınıfladığı gibi incelenen fenomenden “kesit alma” (cross-sectional studies) yoluna gidilmiştir. Kesit alma; bir fenomeni, bu fenomenden kesitler alarak belli bir zaman süresinde inceleyen ve bu kesiti dikkatli bir şekilde analiz eden çalışmalardır (Rubin ve Babie 1997:112).

Araştırma süresinin ve ekonomik imkanların kısıtlılığı ile incelenen evrenin geniş ve dağınık olması nedeniyle “kesit alma” yaklaşımı ile Ağustos 2004 – Ocak 2005 tarihleri arasında, Ankara İli sınırları içerisinde kanserli bireylerin hem ayaktan hem de yatarak tedavi görebildiği tüm hastaneler uygulama için seçilmiştir. Araştırma uygulaması sırasında 150 kanserli bireye ulaşılması planlanmıştır. Uygulamada örnekleme oluşturacak hasta bireylerin ve aile yakınlarının sahip olması gereken bir takım kriterler belirlenmiştir. Araştırma grubunda yer alan kanserli bireylerin sahip olması gereken özellikler:

1. En az 18 yaşında olmak (yetişkinlerle çalışmanın sağladığı yararı azami düzeyde sağlayabilmek için) ,
2. Kanser hastalığı olan kişinin bu durumla ilgili herhangi bir tedaviye halen devam ediyor olmak,
3. Tedaviye bağlı olarak yan etkilerden dolayı iletişim kurma problemi yaşamıyor olmak,
4. Tedavilerine bağlı olarak beklenen yaşam süresi en az bir yıl ve üzeri süre olduğu doktor tarafından onaylanmış olmak,
5. Tedavi esnasında yanında refakatçisi bulunuyor olmak,
6. Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak.

Araştırmaya katılan aile üyelerinin sahip olması gereken özellikler:

1. En az 20 yaşında olmak,
2. Kanseri tanısı almış, hastanede ayaktan ya da yatarak tedavi gören ve yukarıdaki ölçütlere uygun hastası olmak,
3. Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak.

Kanser tanısı ile tedavisi devam eden bireyler ve aileleri araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Hasta bireylerin ve yakınlarının her biri ile yüz yüze görüşülerek görüşme formu ile kanser hastası sosyal destek ölçeği (KHSDÖ) ve kanserli hasta ailesi sosyal destek ölçeği (KHASDÖ) cevaplandırılarak araştırma gerçekleştirilmiştir.

2.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bu araştırmada örnekleme oluşturan kanserli bireylere ve ailelerine cinsiyet, eğitim, yaş, en uzun süre yaşanan yer, aylık gelir dağılımı ve sahip oldukları sosyal güvence tipi gibi sosyodemografik özelliklerini ortaya koyabilecek sorulardan oluşan ve araştırmacı tarafından geliştirilen bir görüşme formu kullanılmıştır.

Görüşme formu ile birlikte Eylon(2002) tarafından güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmış olan Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği (KHSDÖ) ile Kanserli Hasta Ailesi Sosyal Destek Ölçeği (KHASDÖ) de uygulanmıştır.

Hasta bireylerle ve ailelerle yapılan çalışmada yer alan görüşme formu ve ölçeklerle ilgili bilgiler aşağıda yer almıştır.

2.3.1. Hasta Görüşme Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen ve kanserli bireyin sosyo demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, mesleki durumu, gelir durumu), hastalığa ilişkin bilgileri, hastalık ilk öğrenildiğinde yaşanan duyguları, sahip olunan sosyal güvence tipinin ve sosyal hizmet uzmanından varsa ne tür bir yardım aldıklarını ortaya koymaya çalışan toplam 23 sorudan oluşmaktadır.

Kanserli birey görüşme formunda hastalık öğrenildiğinde yaşanan duygular başlığı altında yer alan sorunun alt başlıklarını oluşturan şok, kabul edememe, inkar etme, suçluluk, inanamama, çaresizlik, isyan etme, ne yapacağını bilememe duyguları için araştırmacı tarafından Likert tipi beş basamaklı bir derecelendirme ölçeği geliştirilmiştir. Likert tipi ölçek üzerinden yaşanan duygular (1) çok yoğun yaşadım, (2) yoğun yaşadım, (3) yaşadım, (4) biraz yaşadım ve (5) hiç yaşamadım seçeneklerinden kendi durumuna uygun olanı işaretleyerek belirtmeleri istenmiştir. Verilen cevaplar doğrultusunda elde edilen puanlar toplanmıştır. Yaşanan duygu puan toplamı düşük olması kanserli bireyin, olumsuz duyguları yoğun yaşadığını; yüksek puan ise bireylerin ise olumsuz duyguları yaşamadığını göstermektedir.

2.3.2. Kanserli Hasta Sosyal Destek Ölçeği (KHSDÖ)

Kanserli bireylerin ailelerinden aldığını düşündüğü sosyal destek türünü ve düzeyini belirlemek amacıyla Eylon (2001) tarafından Likert tipi 5 basamaklı bir derecelendirme ölçeği geliştirilmiştir.

35 maddeden oluşan KHSDÖ'nin yapılan faktör analizi ve madde analizi sonucunda duygusal, güven ve bilgisel destek gibi sosyal destek tiplerini içerecek biçimde olduğu bulunmuştur (Eylon 2001 85-89). Otuz beş sorunun 13'ü (5, 9, 13, 14, 21, 22, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33) olumsuz, 22'si olumlu ifadeden oluşmaktadır. Deneklerin her bir ifadeye ilişkin yanıtlarını Likert tipi ölçek üzerinde (5) benim durumuma çok uygun, (4) benim durumuma uygun, (3) benim durumuma kısmen uyuyor, (2) benim durumuma uygun değil ve (1) benim durumuma hiç uygun değil seçeneklerinden kendi durumuna uygun olanı

işaretleyerek belirtmeleri istenmiştir. Maddelere verilen yanıtlar olumlu maddelerde “benim durumuma çok uygun”dan,”benim durumuma hiç uygun değil” seçeneklerine 5’den 1’e; olumsuz maddelerde ise aynı seçenekler için 1’den 5’e doğru puan verilerek kodlanmıştır. Algılanan sosyal destek puanı, olumlu maddelerden alınan puanların toplamı ile olumsuz maddelerin puanlarının ters çevrilip toplanmasından elde edilen puanların toplamına eşittir. Ölçekte yüksek puan kanser hastasının ailesinden algıladığı sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir.

2.3.3. Aile Görüşme Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen ve kanserli birey ailesinin sosyo demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, mesleki durumu, gelir durumu, hastayla yakınlık derecesi) ile hastalık öğrenildiğinde ilk yaşanan duyguları ve hasta bireye destek olan aile üyesinin herhangi bir aile desteği görüp görmediğine ilişkin bilgilere ulaşmayı hedefleyen toplam 14 sorudan oluşmaktadır.

Aile görüşme formunda hastalık öğrenildiğinde yaşanan duygular başlığı altında yer alan sorunun alt başlıklarını oluşturan şok, kabul edememe, inkar etme, suçluluk, inanamama, çaresizlik, isyan etme, ne yapacağını bilememe duyguları için araştırmacı tarafından Likert tipi beş basamaklı bir derecelendirme ölçeği geliştirilmiştir. Likert tipi ölçek üzerinden yaşanan duygular (1) çok yoğun yaşadım, (2) yoğun yaşadım, (3) yaşadım, (4) biraz yaşadım ve (5) hiç yaşamadım seçeneklerinden kendi durumuna uygun olanı işaretleyerek belirtmeleri istenmiştir. Verilen cevaplar doğrultusunda elde edilen puanlar toplanmıştır. Yaşanan duygu puan toplamının düşük olması hasta yakınının, olumsuz duyguları yoğun yaşadığını; yüksek puan olması hasta yakınının ise olumsuz duyguları yaşamadığını göstermektedir.

2.3.4. Kanserli Hasta Ailesi Sosyal Destek Ölçeği (KHASDAÖ)

Kanserli birey ailelerinin hastaya sağladıklarını düşündüğü sosyal destek türü ve düzeyini belirlemek amacıyla Eylon (2001) tarafından Likert tipi 5 basamaklı bir derecelendirme kullanılan ölçektir.

30 maddeden oluşan KHSDÖ'nin yapılan faktör analizi ve madde analizi sonucunda duygusal, güven ve bilgisel destek gibi sosyal destek tiplerini içerecek biçimde olduğu bulunmuştur (Eylen 2001 90-94). Otuz sorunun 13'ü (1,4,5,7,8,9,10,11,13,15,22,25,29) olumsuz, 17'si olumlu ifadeden oluşmaktadır. Deneklerin her bir ifadeye ilişkin yanıtlarını Likert tipi ölçek üzerinde (5) benim durumuma çok uygun, (4) benim durumuma uygun, (3) benim durumuma kısmen uyuyor, (2) benim durumuma uygun değil ve (1) benim durumuma hiç uygun değil seçeneklerinden kendi durumuna uygun olanı işaretleyerek belirtmeleri istenmiştir. Maddelere verilen yanıtlar olumlu maddelerde "benim durumuma çok uygun"dan,"benim durumuma hiç uygun değil" seçeneklerine 5'den 1'e; olumsuz maddelerde ise aynı seçenekler için 1'den 5'e doğru puan verilerek kodlanmıştır. Algılanan sosyal destek puanı, olumlu maddelerden alınan puanların toplamı ile olumsuz maddelerin puanlarının ters çevrilip toplanmasından elde edilen puanların toplamına eşittir. Ölçekte yüksek puan ailelerin hastalarına sundukları sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir.

2.4. VERİ TOPLAMA SÜRECİ

Kanserli birey görüşme formu ve KHSDÖ ile kanserli birey ailesi görüşme formu ve KHSDÖ aracılığı ile gerçekleştirilen ön deneme çalışmaları, Ankara İli içindeki Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hastanesi Tıbbi Onkoloji ve Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dallarında, Sağlık Bakanlığı Ahmet Andiçen ve Abdurrahman Yurtarslan Onkoloji Hastaneleri ile Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Hastanelerinde kanser nedeniyle tedavi görmekte olan bireyler ve aileleri ile yapılmıştır.

Bu amaçla, 1 Ağustos – 30 Ağustos 2004 tarihleri arasında kanser hastalarına hizmet veren hastanelerde uygulama yapabilmek için gerekli olan izin yazısı alınmıştır. İzin yazıları EK 10'da verilmiştir.

Bu süreç sonunda hasta birey ve aileleri için ayrı ayrı yapılandırılan görüşme formu ile KHSDÖ ve KHASDÖ araştırma nüfusunu oluşturan hasta birey ve ailelerine uygulanmıştır. Bu uygulama 9 Kasım 2004 tarihinde başlatılmış, veri toplama süreci 15 Ocak 2005 tarihinde sona erdirilmiştir. Verilerin toplanması aşamasında hastalarla önce bir ön görüşme yapılmış ve daha sonra araştırmacı tarafından hasta birey ve ailelerden araştırmayı kabul edenlere sorular sorulmuştur.

Toplanan veriler 16 Ocak 2005 – 10 Şubat 2005 tarihleri arasında bilgisayar ortamına aktarılmıştır. İstatistiksel analizler, 11 Şubat – 10 Mart 2005 tarihleri arasında yapılmıştır. 15 Mart – 30 Mayıs 2005 tarihleri arasında bulgular yorumlandıktan sonra teze son şekli verilerek cilt işlemleri gerçekleştirilmiştir.

2.5. VERİLERİN ÇÖZÜMLENMESİ

Görüşme formu ve KHSDÖ kullanarak toplanan veriler kodlama yönergesi yardımıyla bilgisayar ortamına aktarılmış ve S.P.S.S. 10 paket istatistik programı kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırma evreni, araştırma süresinin ve ekonomik imkanların kısıtlılığı ile incelenen evrenin geniş ve dağınık olması nedeniyle “yargısal olarak” seçilmiştir. Bu nedenle de araştırma nüfusundan toplanan verilerin analizinde “betimleyici istatistikler” kullanılmıştır.

Niteliksel veriler için frekans dağılımları, sürekli veriler için (örneğin puanlar) ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanmıştır. Puanların çeşitli özellik düzeyleri için karşılaştırılmalarında “t Testi” kullanılmıştır. Puanlar arası ilişkiler Pearson Kolerasyon katsayısı ya da Kısmi Kolerasyon katsayısı ile belirlenmiştir. Ankete verilen cevaplar arasında güvenirlilik katsayısı için “Cronbach Alpha” katsayısı hesaplanmıştır. İki den çok grup ortalamasının karşılaştırılmasında Varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Tek yönlü varyans

analizinde farklılığın anlamlı bulunduğu durumlarda LSD testi (Fisher's Least Significant Difference Test) yapılmıştır. Aralarında ilişki olduğu düşünülen değişkenler arasındaki ilişki için Kolerasyon analizi yapılmıştır.

Tüm değerlendirmelere yanılma düzeyi olarak $\alpha = 0.05$ olarak seçilmiştir. Bu değer eşit ya da küçük p değerleri için "istatistiksel olarak önemli farklılığın olduğu" yorumu yapılmıştır. Elde edilen verilerin yorumlamak için tablolardan yararlanılmıştır.

Eğer bir katılımcı, ölçeğin herhangi bir alt ölçeğinde yer alan bir maddeyi cevaplamamışsa o alt ölçek için denek kayıp (missing) değer olarak kabul edilerek analiz dışında tutulmuştur.



BÖLÜM III

BULGULAR VE YORUM

Bu bölümde, araştırmanın amaçları doğrultusunda uygulama yapılan kanserli birey ve ailelerinden elde edilen bulgularla, bunlara ilişkin tablolar ve yorumlar yer almaktadır.

Araştırma bulguları, kanser bireylerle ailelerini tanıtıcı bulguları ve kanser hastalarıyla ailelerinin sahip oldukları özellikleri ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiye yönelik bulguları ve yorumları içermektedir.

Araştırmada elde edilen bulgular ve bulgulara ilişkin yorumlar dört başlık altında ele alınmıştır.

Kanserli bireyleri tanıtıcı bulgular başlığı altında; sosyo demografik özelliklere ilişkin bulgular, hastalık sürecine ilişkin bulgular, hastalık öğrenildiğinde yaşanan duygulara ilişkin bulgular, sosyal hizmet müdahalesine ilişkin bulgular, sosyal destek algılarına ilişkin bulgular ve yorumlara yer verilmiştir.

Kanserli bireyin özellikleri ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular başlığı altında ise; sosyo-demografik özellikler ile sosyal destek algısı arasındaki ilişkiye yönelik bulgular, hastalık süreci ile sosyal destek algısı arasındaki ilişkiye yönelik bulgular, yaşanan duygular ile sosyal destek algısı arasındaki ilişkiye yönelik bulgular ve yorumlar yer almıştır.

Kanser tedavisi gören bireyin yanında bulunan aile yakınına tanıtıcı bulgular başlığı altında; sosyo demografik özelliklere ilişkin bulgular, hastalık sürecine ilişkin bulgular, hastalık öğrenildiğinde yaşanan duygulara ilişkin bulgular , sosyal destek algılarına ilişkin bulgular ve yorumlara yer verilmiştir.

Kanser tedavisi gören bireyin yanında bulunan aile yakınının sahip olduğu özellikler ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular başlığı altında ise; sosyo-demografik özellikler ile sosyal destek algısı arasındaki ilişkiye yönelik bulgular, hastalık süreci ile sosyal destek algısı arasındaki ilişkiye yönelik bulgular, yaşanan duygular ile sosyal destek algısı arasındaki ilişkiye yönelik bulgular ve yorumlar yer almıştır.

Hastalara ve ailelere yönelik olarak elde edilen bulgulara ve yorumlara geçmeden önce araştırma evrenini oluşturan kanserli birey ve ailelerin tüm ölçekten ve alt ölçeklerden aldıkları puanlar toplu olarak Şekil 2’de verilmiştir.

Şekil 2: Kanserli Birey ve Ailelerin Ölçeklerden Aldığı Puanların Dağılımı

Kanserli Birey ve Ailelerinin Sosyal Destek Puanları	$\bar{X}$	S.s.	Maksimum puan	Minimum puan
Ailelerin Sosyal Destek Algısı				
Duygusal destek puanı	55.63	9.11	70	21
Bilgisel destek Puanı	32.59	10.42	50	14
Güven Destek Puanı	24.40	4.15	30	6
Toplam ölçek puanı	112.63	19.96	150	41
Hastaların Sosyal Destek Algısı				
Duygusal destek puanı	46.99	9.10	60	19
Bilgisel destek Puanı	34.07	10.54	50	13
Güven Destek Puanı	54.96	9.97	65	21
Toplam ölçek puanı	136.03	26.28	175	55

Şekil 2’de kanserli birey ve ailelerinin sahip oldukları sosyo-demografik özelliklerinden bağımsız olarak elde edilen dağılıma bakıldığında birey ve ailelerinin sosyal destek algılarının paralellik gösterdiği görülmektedir. Ancak bu paralellik güven sosyal desteğinde belirgin bir farklılık oluşturmaktadır. Birey ve ailesinin güven desteği puanları arasındaki bu farkın ailelerin bireye olumlu duygularını ifade edememesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

3.1. ARAŞTIRMAYA KATILAN KANSERLİ BİREYLERİ TANITICI BULGULAR

Bu bölümde araştırma evrenini oluşturan kanserli bireylerin yaşa, cinsiyete, medeni durumuna, sahip olduğu çocuk sayısına, çalışma durumuna, gelir durumuna, sahip olduğu sosyal güvence durumuna göre dağılımları yer almaktadır.

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyete göre dağılımı Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1: Kanserli Bireylerin Cinsiyete Göre Dağılımı

Cinsiyet	n	%
Kadın	89	59.3
Erkek	61	40.7
Toplam	150	100.0

Tablo 1'deki bulgulara bakıldığında araştırmaya katılan bireylerin %59.3'ünü kadın bireyler oluşturmaktadır. Türkiye'de kanserin cinsiyete göre dağılımı göz önünde bulundurulduğunda bu durumun genel dağılım ile paralellik göstermemektedir. Türkiye'de cinsiyete göre kanser vakalarının dağılımına (Şekil 2) bakıldığında erkek kanser hasta sayısının daha fazla olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan hastaların içinde bulundukları yaş grubuna göre dağılımları Tablo2'de yer almaktadır.

Tablo 2: Kanserli Bireylerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş Grupları	n	%
18-30 yaş arası	22	14.7
31-40 yaş arası	22	14.7
41-50 yaş arası	33	22.0
51-60 yaş arası	30	20.0
61-70 yaş arası	18	12.0
70 yaş ve üstü	25	16.7
Toplam	150	100.0

Tablo 2'de araştırmaya katılan hasta bireylerin %22'sini 41-50 yaş grubundakiler oluştururken, %12'sini 61-70 yaş grubundaki bireyler oluşturmaktadır. Eylem tarafından yapılan çalışmada (2001) yer alan bireylerin %32.7'si 50-60 yaş grubunda yer almaktadır. Türkiye'de kanserin yaş grubuna göre dağılımı göz önünde bulundurulduğunda bu durumun genel dağılım ile paralellik gösterdiği öne sürülebilir. Türkiye'de kanserin en sık görüldüğü yaş grubu 1984-1992 yılları arasında 25-44 yaş grubu ile 45-64 yaş grubu içinde yoğunlaşmaktadır (Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi tarafından hazırlanan C.D.ler). Türkiye'de yaşa göre kanser vakalarının dağılımı göz önüne alındığında araştırmaya katılan bireylerin yaş gruplarına göre Ülkemizdeki genel dağılım ile paralellik gösterdiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin medeni durumlarına göre dağılımları Tablo3'de yer almaktadır

Tablo 3: Bireylerin Medeni Durumuna Göre Dağılımı

Medeni Durumu	n	%
Evli	108	72.0
Bekar	19	12.7
Dul ve boşanmış	23	15.3
Toplam	150	100.0

Tablo 3'de araştırmaya katılan kanserli bireylerin medeni durumuna ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Bireylerin büyük bir çoğunluğunun evli (%72) olduğu Tablo 3'de görülmektedir. Özbek ve arkadaşları tarafından 2003 yılında yapılan

araştırmada yer alan hastaların medeni durumu ise %64.6 oranında bekar olarak ortaya koyulurken Umurtak'ın 1991 yılında yaptığı çalışmada hastaların %76 oranında evli olduğu ortaya koyulmuştur. Benzer şekilde Eylon (2001) tarafından yapılan çalışmaya katılan hastaların %78.3'ünün evli olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuçlar Tablo 3'de elde edilen veri ile paralellik göstermektedir. Bu sonuçlar arası farklılıkların araştırmacı tarafından yapılan çalışma döneminde hasta popülasyonundaki farklılıktan kaynaklandığı düşünülmektedir. Kuramsal kısımda da belirtildiği gibi Türkiye genelindeki istatistiksel bilgileri ve kayıt sisteminde aksaklıklar olsa da bu istatistikler temel olarak alınmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin sahip oldukları çocuk sayısına göre dağılımları Tablo 4'de yer almaktadır

Tablo 4: Kansersiz Bireylerin Sahip oldukları Çocuk Sayısına Göre Dağılımı

Sahip Olduğu Çocuk Sayısı	n	%
Çocuğu yok	26	17.3
1 çocuk	15	10.0
2 çocuk	29	19.3
3 çocuk	30	20.0
4 çocuk	28	18.7
5 çocuk ve üstü	22	14.7
Toplam	150	100.0

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998'e göre, Türkiye'de yaşayan çocuk sayısı ortalaması 1.80'dir. Ülkemizde en fazla iki çocuk sahibi olmanın ideal bulunduğu bilinmektedir (Akyunak Özdemir, 2005)

Tablo 4'de bakıldığında araştırmaya katılan bireylerin üç çocuk sahibi oldukları görülmektedir (%20.0). Bu grubu %19.3 ile iki çocuk sahibi olan bireyler takip etmektedir. Bu sonuç kansersiz bireylerin sahip olduğu çocuk sayısının Ülkemizdeki ideal çocuk sayısı olan ikiden fazla olduğunu göstermektedir. Bu durumun bireylerin sosyo-ekonomik düzeyi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumlarına göre dağılımları Tablo 5'de yer almaktadır

Tablo 5:Kanserli Bireylerin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	n	%
Okur yazar değil	23	15.3
Okur yazar	11	7.4
İlköğretim mezunu	50	33.3
Lise	40	26.7
Yüksekokul ve üniversite	26	17.3
Toplam	150	100.0

Tablo 5'de araştırmaya katılan bireylerin %33.3'ünün ilköğretim mezunu oldukları görülmektedir. Araştırmaya katılan bireylerin %7.4'ü ise okur yazar seviyesinde oldukları araştırmada elde edilen veriler içinde yer almaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin özellikleri, yukarıda belirtilen kanımızı; çoğunluğunun düşük sosyo-ekonomik düzey grubunda olduğunu destekler niteliktedir.

Türkiye genelinde 2003 yılı verilerine göre okur yazar olmayanların oranı %11.7, ilköğretim mezunlarının oranı %91.95 iken Lise mezunlarının oranı %46.47 oranındadır (www.die.gov.tr).

Türkiye'de 2000 yılında cinsiyetlere göre eğitim düzeyine bakıldığında kadınların % 19.4'ü erkeklerin %6.1'i okur yazar değilken; Kadın nüfusun %80.6'sı, erkek nüfusun %93.9'u okur yazar; kadınların %37.2'si, erkeklerin %36.9'u ilköğretim; kadınların %10.6'sı ve erkeklerin %16.1'inin lise ve dengi okul mezunu olduğu DİE tarafından yapılan çalışmalar ile ortaya koyulmuştur (www.die.gov.tr/tkba/t100.xls)

Eğitim düzeyiyle ilgili olarak elde edilen sonuçlar, Türkiye genelindeki eğitim düzeyi ile paralellik göstermektedir. Bu paralellikte araştırma evreni içinde kadın bireylerin fazla olmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin mesleki durumlarına göre dağılımları Tablo 6'da yer almaktadır.

Tablo 6: Kanserli Bireylerin Mesleki Durumlarına Göre Dağılımı

Mesleki Durum	n	%
Ev Hanımı	58	38.7
İşçi	5	3.3
Emekli	23	15.3
Memur	22	14.7
Serbest meslek	16	10.7
İşsiz	6	4.0
Öğrenci	11	7.3
Diğer	9	6.0
Toplam	150	100.0

Tablo 6'ya bakıldığında araştırmaya katılan bireylerin %38.7'sinin ev hanımı, %15.3'ünün emekli ve % 3.3'ünün işçi olduğu bulgusu görülmektedir.

Araştırmaya katılan hasta bireylerin çoğunluğunu kadınlar oluşturduğu için mesleki duruma göre dağılımda %38.7 oranında ev hanımlarının ilk sırada yer aldığı düşünülmektedir. Atlı tarafından 1997'de yapılan çalışmada da araştırmaya katılan bireylerin % 33.3'ünü kadınlar oluşturmaktadır.

Benzer şekilde araştırmaya katılan bireylerin çoğunluğunun (%48.7'sinin) 51 yaş ve üstü yaş grubunda olduğundan araştırma grubu içinde mesleki dağılımlar göz önüne alındığında, emekli bireylerin ikinci sırada yer aldığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin sahip oldukları aylık gelir durumuna göre dağılımları Tablo 7’de yer almaktadır

Tablo 7: Hasta Bireylerin Sahip Olduğu Gelir Durumuna Göre Dağılımı

Sahip Olunan Aylık Gelir	n	%
150-800 T.L	91	60.7
801-1.400. T.L.	34	22.7
1.401 T.L. ve üzeri	11	7.3
Düzenli geliri yok	14	9.3
Toplam	150	100.0

Tablo 7’de araştırmaya katılan bireylerin %60.7’sinin 150-800YTL arası gelire sahip iken %7.3’ünün 1.401 YTL ve üzeri gelire sahip oldukları görülmektedir.

KESK’in yaptığı araştırmaya göre Şubat 2005 yılında göre bir kişi için yoksulluk sınırı 849.96 YTL, dört kişilik bir aile için ise yoksulluk sınırı 1765.82 YTL’dir (www.anadolujansi.gov.tr). Araştırmaya katılan hastaların sahip olduğu gelir düzeyi ve çocuk sayısı göz önüne alındığında hastaların yoksulluk sınırının altında gelire sahip oldukları ve alt sosyo ekonomik düzeyde yer aldıkları söylenebilir. Burada elde edilen bulgu daha önceden elde edilen sonuçlar ile paralel bir bulgudur.

Araştırmaya katılan bireylerin en uzun süre yaşadığı yerleşim tipine göre dağılımı Tablo 8’de verilmiştir

Tablo 8: Kanserli Bireylerin En Uzun Süre Yaşadığı Yerleşim Tipine Göre Dağılımı

Bireyin En Uzun Süre Yaşadığı Yerleşim Tipi	n	%
Köy	14	9.3
Kasaba	35	23.3
Kent- şehir merkezi	101	67.4
Toplam	150	100.0

Tablo 8’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan bireylerin %67.4’ü şehir merkezinde oturmaktadır. 2000 yılına ait istatistiksel verilere göre Türkiye’de

şehirleşme oranı %64.9'dur (www.die.gov.tr). Araştırmada elde edilen sonuç Türkiye genelindeki şehirleşme oranı ile paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetine göre hastalığın etkilediği organ ve sistemlerin dağılımları Tablo 9'da yer almaktadır

Tablo 9: Hastalığın Tanısına Göre Etkilenen Organ ve Sistemlerin Dağılımı

Hastalığın Etkilediği Organ ve Sistem	Kadın	Erkek	n	%
Baş-boyun tümörleri	3	14	17	11.3
Lenfomalar	4	9	13	8.8
Akciğer kanserleri	3	14	17	11.3
Genito-üriner sistem kanserleri	3	4	7	4.7
Beyin tümörleri	8	7	15	10.0
Primeri belli olmayan tümörler	-	1	1	0.6
Lösemiler	3	2	5	3.3
Meme kanserleri	29	-	29	19.5
Gastro-intestinal sistem kanserleri (GIS)	8	9	17	11.3
Kemik yumuşak doku kanserleri	8	1	9	6.0
Jinekolojik kanserler	20	-	20	13.2
Toplam	89	61	150	100.0

Araştırmaya katılan bireylerin %19.5'ini meme kanserli iken, %0.6'sının primeri belli olmayan kanserli bireyler olduğu Tablo 9'da belirtilmiştir. Araştırmaya katılan bireyler içinde kadınların çoğunlukta olmasından dolayı çoğunlukla kadınlarda görülen meme kanserlerinin oranının yüksek olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin teşhis zamanına göre dağılımları Tablo 10'da yer almaktadır

Tablo 10: Hastalığın Teşhis Zamanına Göre Dağılımı

Teşhis Zamanı	n	%
1 ay önce	6	4.0
2-3 ay önce	16	10.7
3-4 ay önce	19	12.7
5 –11 ay	74	49.3
Bir yıl ve üzeri	25	16.7
Daha önce vardı tekrarladı	10	6.7
Toplam	150	100.0

Tablo 10'da bireylerin %49.3'ünün beş- on bir ay süredir tanıya ilişkin teşhisin koyulduğu, %4'ünün ise 1 ay önce hastalığa ilişkin tanıyı aldıkları görülmektedir. Hastalığın tanısının ilk öğrenildiği zamanlar hastalığa ilişkin olarak karmaşık duyguların en yoğun yaşandığı, geleceğe ilişkin kaygıların en yoğun olduğu dönem olduğu konuyla ilgili olarak yapılan bir çok çalışmada belirtilmektedir (Özkan 1993:159,Özpoyraz 2001, Ross 1997:82, Özet ve arkadaşları 1999:103). Bu dönem bireylerin sosyal desteğe, sevdikleri tarafından en fazla ilgi ve desteğe ihtiyaç duydukları dönem olarak değerlendirilebilir.

Araştırmaya katılan bireylerin tedavi için şehir dışından gelme durumlarına göre dağılımları Tablo 11'de yer almaktadır

Tablo 11: Kanserli Bireylerin Tedavi İçin Şehir Dışından Gelme Durumlarına Göre Dağılımı

Tedavi İçin Şehir Dışından Gelme Durumu	n	%
Evet	116	77.3
Hayır	34	22.7
Toplam	150	100.0

Tablo 11'de araştırmaya katılan bireylerin %77.3'ünün hastalığına ilişkin tedaviyi görmek için şehir dışından geldiği bulgusuna yer verilmiştir. Araştırmanın yapıldığı hastane ve kliniklerin kanser tedavisinde Türkiye'nin önde gelen sağlık kuruluşları arasında yer alması ve kanser hastalığını tedavi için ileri tetkik ve tedavilerin yapılması gerektiğinden araştırmaya katılan bireylerin büyük çoğunluğunun şehir dışından geldikleri düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin uygulanan tedavi türüne göre dağılımları Tablo 12'de yer almaktadır

Tablo 12: Kanseri Bireylerin Uygulanan Tedavi Türüne Göre Dağılımı

Uygulanan Tedavi Türü	n	%
Radyoterapi (RT)	14	9.3
Kemoterapi (KT)	22	14.7
R.T-K.T	20	13.3
Ameliyat-K.T	17	11.3
Ameliyat-R.T.	24	16.0
Ameliyat-R.T.-K.T.	47	31.4
Ameliyat	6	4.0
Toplam	150	100.0

Tablo 12'de araştırmaya katılan bireylerin %31.4'ünün tanısı koyulduktan sonra ameliyat radyoterapi ve kemoterapi tedavisi aldığı %4'ünün ise yalnızca tedaviye yönelik olarak ameliyat oldukları bulgusu yer almaktadır.

Kanser tedavisinde olumlu sonuca ulaşmak, hasta bireyin yaşam kalitesine ve yaşam süresine olumlu katkıda bulunmak için sıklıkla kullanılan tedavi yöntemlerinin üçü (Ameliyat, radyoterapi, kemoterapi) bir arada kullanılmaktadır. Araştırma evrenini oluşturan bireylerin %49.3'ünün hastalık teşhisinin 5-11 ay önce koyulmuş olmasının da kullanılan tedavi yöntemleri üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Kanser hızla diğer organ ve sistemlere yayılma özelliği göstermesinden dolayı tanı koyulduktan sonraki zaman diliminde hastalığın tipine ve yayılım (metastaz) yapabileceği bölgelere bağlı olarak kanser tedavisinde baş rol oynayan bu tedavi yöntemlerinin üçü kullanılabilir. Bu nedenle araştırmada elde edilen veriler genel tıbbi uygulama ile paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin tanıyı ilk öğrendiklerinde yaşadıkları duyguların yoğunluğuna göre dağılımları Tablo 13'de yer almaktadır

Tablo 13:Kanserli Bireylerin Tanıyı İlk Öğrendiklerinde Yaşadıkları Duygulara Göre Dağılımı*

Yaşanılan duygular	Çok Yoğun Yaşadım		Yoğun Yaşadım		Yaşadım		Biraz Yaşadım		Hiç Yaşamadım	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Şok	51	34.0	34	22.7	16	10.6	10	6.7	39	26.0
Kabullenememe	16	10.7	22	14.7	23	15.3	17	11.3	72	48.0
İnkar etme	5	3.4	17	11.3	13	8.7	17	11.3	98	65.3
İnanamama	22	14.7	36	24	23	15.3	11	7.3	58	38.7
Suçluluk	7	4.7	5	3.3	9	6.0	7	4.7	122	81.3
Çaresizlik	23	15.3	21	14.0	14	9.3	21	14.0	71	47.3
İsyan etme	3	2.0	9	6.0	11	7.3	17	11.4	110	73.3
Ne yapacağını bilememe	21	14.0	19	12.7	18	12.0	22	14.7	70	46.6

*Satır yüzdesi kullanılmıştır

Araştırmaya katılan bireylerin büyük çoğunluğunun hastalığı ilk öğrendiğinde şok, inanamama ve çaresizlik duygularını daha yoğun yaşadıkları tablo 13'de yer alan bulgular arasındadır. Elde edilen bulgular Okyauz (1999), Elbi (1991) ve Ross(1997) tarafından bildirilen duygular ile paralellik göstermektedir. Özbek ve arkadaşları(2003), Güni ve arkadaşları tarafından (2005) yapılan çalışmalarda kanserli hastaların şok duygusunu yoğun yaşadıkları belirlenmiştir. Kamuoyunda kanser ölümcül olma olasılığı yüksek bir hastalık grubu olduğuna yönelik yaygın bir anlayışın olmasından dolayı hastalık öğrenildiğinde şok, kabul edememe gibi olumsuz duygular genel tepkiler ve beklentilere uygun bir sonuçtur. Ayrıca araştırma evrenini oluşturan hasta bireylerin çoğunluğunun hastalığı öğrenme zamanı ile tedavi süreci arasındaki sürenin beş – on iki ay arasında olmasının hastaların bu duyguları yoğun olarak yaşamalarında etkili olduğu söylenebilir.

Bireylerin tanıyı ilk öğrendiklerinde yaşadıkları duyguların beşli likert tipi cevapları üzerinden aldıkları puan ortalaması hesaplanmış ve bireylerin yaşadığı duygu ortalamaları 30.29 (± 7.30) olarak bulunmuştur.

Araştırmaya katılan bireylerin daha önceden birinci dereceden kanserli aile üyesinin olup olmama durumuna göre dağılımları Tablo 14'de yer almaktadır

Tablo 14: Ailede Aynı Türden Hastalık Görülmesine Göre Dağılımı

Ailede Kanser Görülme Durumu	n	%
Evet	27	18.0
Hayır	107	71.3
Bilmiyor	16	10.7
Toplam	150	100.0

Tablo 14'de araştırmaya katılan bireylerin %18'inin birinci dereceden yakın akrabalarında herhangi bir kanser türüne sahip olduğu görülmektedir. Kanser türlerin %10'u kalıtsaldır (Cancer: Principles and Practice of Oncology,2001). Bu oranın kanser olma olasılığı üzerindeki etkisi düşük olsa da araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda genetik yatkınlığın (kalıtsal özelliklerin) kanser hastası olma üzerinde etkisi olduğu düşünülmektedir. Ancak hasta bireylerin birinci dereceden yakın akrabalarında ve ailesinde kanserli hasta olmadığını (%71.3) söylemesi, 2000'li yılların başından itibaren ülkemizdeki kanser görülme oranının yükselmesinde etkili olan biopsikososyal faktörlerin de hastalık üzerindeki etkisini düşündürmektedir. Stres, işsizlik, aile içi sorunların hastalığın oluşumu üzerinde ne denli etkili olduğu araştırılmalıdır.

Araştırmaya katılan bireylerin herhangi bir sosyal güvenceye sahip olma durumuna göre dağılımı Tablo 15'de yer almaktadır

Tablo 15: Kanserli Bireylerin Sosyal Güvenceye Sahip Olma Durumlarına Göre Dağılımı

Sosyal Güvence Durumu	n	%
Güvence var	147	98.0
Güvence yok	3	2.0
Toplam	150	100.0

Araştırmaya katılan bireylerin %98'inin bir sağlık güvencesine sahip olduğu tablo 15'de yer almaktadır. Araştırma evrenini oluşturan bireylerin çoğunluğunun kadın (%59.3) ve ev hanımı (%38.7) olmasından dolayı evreni

oluşturan bireylerin üyesi oldukları ailede çalışan kişinin (eşinin) sosyal güvencesinden yararlandığını düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin sahip olduğu sosyal güvence türüne göre dağılımı Tablo 16'da yer almaktadır

Tablo 16: Kanserli Bireylerin Sahip Oldukları Sosyal Güvence Türüne Göre Dağılımı

Sosyal Güvence Türü	n	%
Emekli Sandığı	73	49.6
S.S.K.	29	19.3
Bağ-Kur	23	15.7
Devlet	18	12.2
Askerliğini Yapıyor	4	3.2
Toplam	147	100.0

Araştırmaya katılan bireylerin %48.7'si Emekli Sandığına bağlı iken %2'sinin herhangi bir sağlık güvencesi olmadığı bulgusu tablo 16'da belirtilen veriler arasında yer almaktadır. Bu bulgu araştırmaya katılan bireylerin tedavi masraflarının devlet tarafından karşılandığını ve bu durumun hasta bireyler ve aileler için avantaj sağladığı şeklinde düşünülmektedir. Çünkü bir sosyal güvenceye sahip olmak tedavisi oldukça pahalı ve uzun süren kanser tedavisinde birey ve ailesi için büyük bir avantaj sağlamaktadır.

Araştırmaya katılan bireylerin tedavi süresince sosyal hizmet uzmanı ile karşılaşma durumlarına göre dağılımı Tablo 17'de yer almaktadır

Tablo 17: Kanserli Bireylerin Tedavi Süresince Shu İle Karşılaşma Durumuna Göre Dağılımı

Shu İle Karşılaşma Durumu	n	%
Evet	44	29.3
Hayır	106	70.7
Toplam	150	100.0

Araştırmaya katılan bireylerin % 29.3'ü sosyal hizmet uzmanı ile karşılaştığı Tablo 17'de yer almaktadır. Yurtdışında (Örneğin Kanada'da) hastanelerde her

iki hastaya bir sosyal hizmet uzmanı düşmektedir. 2004 yılı verilerine göre tıp fakülteleri hastanelerinde ve mediko sosyal servislerinde çalışan sosyal hizmet uzmanı sayısı 80'dir(www.shudernegi.org sitesinde 25.12.04 tarihinde yayınlanan makale). Türkiye genelinde 44 Tıp fakültesi olduğu göz önüne alındığında araştırmada hastaların tedavi süresince sosyal hizmet uzmanı karşılaşma oranındaki düşüklüğün nedeni anlaşılmaktadır (Azanpa 2005).

Ülkemizdeki hastanelerde istihdam edilen sosyal hizmet uzmanının sayısı yeterli düzeyde olmadığı için araştırmaya katılan kanserli bireylerin sosyal hizmet uzmanı ile karşılaşmasının düşük oranlarda kaldığı düşünülmektedir. Bu durumun ülkemizde 40 yıllık geçmişi olan sosyal hizmet mesleğinin profesyonelleşme sürecinin gelişmiş ülkelerdeki sosyal refah anlayışı düzeyine gelmesiyle ilişkili olduğu da açıktır.

Araştırmaya katılan bireylerin tedavi süresince sosyal hizmet uzmanından yardım alma durumlarına göre dağılımı Tablo 18'de yer almaktadır.

Tablo 18: Kanserli Bireylerin Shu'dan Yardım Alma Durumuna Göre Dağılımı

Shu'dan Yardım Alma	n	%
Yardım aldım	32	21.3
Yardım almadım	118	78.7
Toplam	150	100.0

Tablo 18'de de görüldüğü gibi bireylerin yalnızca %21.3'ünün sosyal hizmet uzmanından mesleki yardım almışlardır. Türkiye'de onkoloji alanıyla ilgili hastane ve kliniklerde sosyal hizmet uzmanı istihdamı yaygın değildir. Ancak sosyal servisi bulunan hastanelere gidenler sosyal hizmet uzmanından destek ve yardım alabilmektedirler. Bir hastanın sosyal servise başvurup yardım alabilmesi için mesleğin işlevini bilmesi ve tanınması gerekmektedir. Bu çalışma ile ortaya çıkan sonuca bağlı olarak mesleğin tanınması ve bilinmesini zor olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan bireylerin tedavi süresince sosyal hizmet uzmanından ne tür bir yardım aldıklarına göre dağılımı Tablo 19'da yer almaktadır. Araştırmaya

katılan hastaların sosyal hizmet uzmanından aldığı yardım türü için birden fazla seçenek belirtildiğinden, var olan durum aşağıdaki şekilde tabloya yansıtılmıştır.

Tablo 19: Kanserli Bireylerin Shu'dan Aldıkları Yardım Türlerinin Dağılımı (n:32)

Shu'dan Alınan Yardım	n	%
Hastanede Yürütülen İşlemler	6	9.2
Aile ile Yaşanan Sorunlar	7	10.8
Duygusal Destek Yardımı	23	35.4
Hastanedeyken Yaşanılan Ekonomik Sorunlar	7	10.8
Uygulanan Tedavi	17	26.2
Sağlık Personeli ile İlişkileri Düzenleme	5	7.4

Araştırmaya katılan bireylerden sosyal hizmet uzmanından yardım alanların % 35.4'ü sosyal hizmet uzmanından duygusal destek alırken %7.4'ünün sağlı personeli ile ilişkilerini düzenleyebilmek için sosyal hizmet uzmanından yardım aldıkları Tablo 19'da ortaya koyulmuştur. Araştırmaya katılan hastaların çoğunluğunun (%49.3) tanıyı 5-11 ay gibi kısa bir zaman önce almış olmalarından dolayı yaşanan olumsuz duyguların yoğunluğu hasta bireylerin sosyal hizmet uzmanından duygusal destek yardımı almasında daha etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özelliklerini genel olarak ifade edecek olursak:

Çoğunluğunun,

- Kadın (%59.3)
- 41-55 yaş grubunda (%22)
- Evli (%72.0)
- Üç çocuk sahibi(%20.0)
- İlköğretim mezunu (%33.3)
- Ev hanımı (%38.7)

- 150-800 YTL gelire sahip (%60.7)
- Emekli sandığı güvencesi altında (%48.7)
- Meme kanserli (%19.5)
- Tedavi için şehir dışından gelen (%77.3)
- Kanser tanısını 5-11 ay içinde almış (%49.3)
- Ameliyat-radyoterapi-kemoterapi tedavisi gören (%31.4)
- Hastalığı ilk duyduklarında şok (%34), inanamama (%14.7), çaresizlik (%15.3) duygularını yoğun olarak yaşayan bireylerden oluşmaktadır

Genel yorum olarak araştırmaya katılan bireylerin alt sosyo ekonomik düzey ailelerinden gelen kadın hastalardan oluştuğu; tedavi için Ankara dışından gelenlerin ve ailelerinde kanser tanısı olmayanların çoğunlukta olduğu göz önüne alındığında kanserin epidemiolojisinde sosyal faktörlerin ve sorunların (işsizlik, yoksulluk, fazla çocuk sayısı gibi) hastalığın oluşumuna yatkınlık yaratabileceği düşünülmektedir.

3.2. KANSERLİ BİREYLERİN ÖZELLİKLERİ İLE SOSYAL DESTEK ALGILARI ARASINDAKİ İLİŞKİYE YÖNELİK BULGULAR

Bu bölümde kanserli bireylerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin olarak elde edilen bulguların sosyal destek algı düzeyleriyle aralarındaki ilişkiyi ortaya koymaya yönelik bulgular sunulacaktır.

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyetlerine göre sosyal destek algılamalarında fark olup olmadığı konusu tablo 20’de ele alınmıştır.

Tablo 20: Kanserli Bireylerin Cinsiyeti ile Sosyal Destek Algısı Arasındaki Farklılık

Sosyal Destek Alanları	Cinsiyet	n	$\bar{X}$	S.s.	t	f	p
Toplam Sosyal Destek	Kadın	89	137.65	26.77	0.914	1.674	0.198
	Erkek	61	133.66	25.59	0.922		
Güven Sosyal Destek	Kadın	89	55.53	9.29	0.842	0.796	0.374
	Erkek	61	54.13	10.91	0.817		
Bilgisel Sosyal Destek	Kadın	89	34.65	10.56	0.811	0.233	0.630
	Erkek	61	33.23	10.53	0.812		
Duygusal Sosyal Destek	Kadın	89	47.47	9.16	0.777	0.845	0.360
	Erkek	61	46.30	9.05	0.778		

Tablo 20’de bireylerin cinsiyetlerine göre sosyal destek algılamaları puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olup olmadığına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Bu ilişkilerin saptanması ve ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını tespit etmek için de t testi uygulanmıştır.

Her iki cinste de kanser hastası olmak yaşamlarında bir takım değişimlerin meydana gelmesine neden olmaktadır. Bu durum hasta bireylerin sosyal destek algılarında da meydana gelmektedir. Tablo 20’ye bakıldığında, kadın ve erkek hastaların toplam sosyal destek puanı, bilgisel sosyal destek puanı, duygusal sosyal destek puanı ve güven sosyal destek puanlarının etkilendiği ve bu etkilenmenin kadınlarda erkeklerden daha fazla olduğu görülmüştür. Ancak etkilenme bakımından her iki cins arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın bulunmadığı da saptanmıştır ($p>0.05$). Kadınların sosyal destek ortalamaları hem genel toplamda hem de bilgisel, duygusal ve güven destek ortalamalarında erkeklere oranla daha yüksektir. Ancak bu yükseklik istatistiksel olarak anlamlı bir yükseklik oluşturmamaktadır.

Sosyal desteğin cinsiyet ve yaşa göre farklı olup olmadığını ortaya koyan çalışmalarda, erkeklerin kadınlara göre sosyalleşme sürecinde daha düşük sosyal destek bildirdikleri belirtilmektedir (Banaz 1992:9; Sorias 1988:26; Banaz 1992:44-45; Çakır 1993:72; Bayram 1999:154; Elbir 2000:59; Bal ve diğerleri 2003:1384). Ancak bu araştırmada sosyal destek algısı cinsiyete göre farklılık göstermemektedir. Kadın ve erkek hastaların sahip oldukları sosyal destek algılamalarında bir farklılık saptanmamasının; kadın ve erkek hastaların sosyal destek algılamalarının ölümle eş değer tutulan aynı hastalığa sahip olmaktan dolayı benzer biçimde hastalıktan etkilendiklerini düşündürmektedir.

Cinsiyete ilişkin özellikleri ortaya koymayı amaçlayan çalışmalarda kadınların fizyolojik olarak daha işbirlikçi, duygusal, edilgin, saldırgan olmayan, empati kurmaya yatkın, rasyonel akıldan yoksun, entelektüel yönelimi bulunmayan bir kurguya sahip oldukları; erkeklerin ise cesur, duygusal olmayan, akılcı, çözüme yönelik rasyonel gerçeklerle ilgilenen bir kurguya sahip oldukları ileri sürülmektedir (Onur 1997:196; Timisi 1996:28 ; Aktaş 1997:50). Bu doğrultuda her iki cinsiyet arasında destek algılarında farklılık beklenmiştir. İstatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmasa da kadın hastaların toplam sosyal destek algı ortalamaları ($\bar{X}=137.65$) ile erkek hastaların sosyal destek algı ortalamaları ($\bar{X}=133.66$) arasında belirgin bir fark ortaya çıkmaktadır. Bu durum cinsiyet ile sosyal destek algısı ilişkisinde olduğu gibi hastalığa ilişkin olarak kamuoyunda var olan olumsuz yargıların etki ettiğini düşündürmektedir.

Kanser, hasta bireye ölümü, yalnızlığı ve diğer aile üyelerine bağımlı kalmayı çağrıştırdığından cinsiyete göre sosyal destek algılarında kadın ya da erkek olma ile sosyal destek algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin yaşları gruplandırılmıştır. Yaş grupları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişki tablo 21’de verilmiştir.

Tablo 21: Kanserli Bireylerin Yaş Grupları İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki

Yaş Grupları İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki	n	r	p
Tüm ölçek puanı	150	-0.134*	p<0.05
Güven desteği puanı	150	-0.129*	p<0.05
Bilgisel destek puanı	150	-0.162*	p<0.05
Duygusal destek puanı	150	-0.096*	p<0.05

Yukarıda tablo 21’de bireylerin yaş grupları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiye yer verilmiştir. Kanserli bireylerin yaş grupları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla Kendall’s tau_b kolerasyon katsayısı hesaplanmıştır. Genel olarak bakıldığında bireylerin yaş grupları ile sosyal destek algıları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Negatif yönde ilişkinin, araştırmaya katılan bireylerin büyük çoğunluğunun (%70.7’sinin) 40 yaş ve üstü grupta yer almasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Yaş ile sosyal destek algısını ortaya koyan çalışmalarda ilerleyen yaşlarda bireyler sosyal destek alan konumundan sosyal destek veren kişi rolüne geçtiği belirtilmiştir (Banaz1992 44-45; Bayram 1999 154; Elbir 2000 59; Erözenci 2003 24). Bu bilgiden hareket ile elde edilen bu bulgunun literatür verileri ile paralellik gösterdiği söylenebilmektedir. Buna ek olarak araştırma grubu içinde yer alan bireylerin yaş ilerledikçe sosyal destek algıları arasında negatif bir ilişkinin ortaya çıkması, hasta bireylerin ciddi bir hastalığa sahip olmaktan dolayı çevrelerinden daha fazla destek alır hale gelmiş olabileceklerini de düşündürmektedir. Araştırma katılan bireyler Erikson’un Gelişim kuramına (Onur 1997:68-69) son dört evre içinde yer almış olmalarının (kimliğe karşı rol karmaşası, yakınlığa karşı yalıtılmışlık, üretkenliğe karşı durgunluk, bütünleşmeye karşı umutsuzluk), yaşla birlikte yaşam döngüsünün beraberinde getirdiği sorunlarla boğuşan birey, hastalığın beraberinde getirdiği sıkıntıları da yaşamasının ortaya çıkan bu negatif yöndeki ilişkide etkili olduğu söylenebilir.

Hastaların yaş grupları sınıflamasına göre güven, bilisel, duygusal ve toplam sosyal destek algı düzeyleri arasındaki farkın anlamlı olup olmadığına ilişkin bulgular Tablo 22’de verilmiştir.

Tablo 22: Kanserli Bireylerin Yaşı ve Sosyal Destek Algısı Arasındaki Farklılık

Sosyal Destek/ Yaş Grupları	n	$\bar{X}$	Ss.	f	p
Toplam Sosyal Destek					
18-30 yaş	22	142.73	29.33	1.315	0.261
31-40 yaş	22	145.32	24.52		
41-50 yaş	33	134.55	31.64		
51-60 yaş	30	132.03	27.62		
61 –70 yaş	18	128.78	16.78		
71 yaş ve üstü	25	133.92	19.14		
Güven Sosyal Destek					
18-30 yaş	22	59.09	10.18	2.376	0.042
31-40 yaş	22	57.82	8.51		
41-50 yaş	33	51.36	13.04		
51-60 yaş	30	53.07	8.88		
61–70 yaş	18	54.50	8.93		
71 yaş ve üstü	25	56.16	6.15		
Bilgisel Sosyal Destek					
18-30 yaş	22	35.64	11.73	2.262	0.050
31-40 yaş	22	37.27	11.62		
41-50 yaş	33	36.52	10.31		
51-60 yaş	30	33.40	10.83		
61–70 yaş	18	28.61	7.90		
71 yaş ve üstü	25	31.40	8.56		
Duygusal Sosyal Destek					
18-30 yaş	22	48.00	10.39	0.862	0.509
31-40 yaş	22	50.23	8.48		
41-50 yaş	33	46.67	10.82		
51-60 yaş	30	45.57	9.30		
61–70 yaş	18	45.67	5.86		
71 yaş ve üstü	25	46.36	7.55		

Kanser bireylerin yer aldığı yaş grubuna göre sosyal destek algısı puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olup olmadığına ilişkin bulgulara tablo 22’de yer verilmiştir. Bu değişkenlerin ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını tespit etmek için Varyans analizi uygulanmıştır.

Varyans analizi sonucu içinde bulunulan yaş grubuna göre bireylerin ölçekteki güven puanı ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0.05$); kanserli bireylerin ölçek toplam puanı, bilgisel destek puanı ve

duygusal destek puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Toplam sosyal destek algısında ortalama puanlar incelendiğinde en yüksek destek algısının 31-40 yaş grubunda görüldüğü ($\bar{X}=145.32$) dikkati çekmektedir. Bu yaş dönemi olgunlaşma açısından en belirgin özelliklere sahip grup olarak nitelendirilebilir. Psikososyal açıdan belirli bir olgunluğa ulaşıldığı, iş yaşamında bir takım amaçların gerçekleştiği ve özel hayatta dinginliğin sağlandığı bir dönemi ifade etmesi (Onur 1997 :59) ile araştırmada elde edilen veriler ile paralellik göstermektedir.

Benzer şekilde en düşük sosyal destek algı ortalamasının ($\bar{X}=128.78$) 61-70 yaş grubunda olduğu sonucu elde edilmiştir. Ülkemizin genel kültürel değerlerine göre 60'lı yaşlar bireylerin yalnızlaştığı; çocukların evden ayrıldığı; eşin, yakın akraba ve arkadaş kayıplarının yaşandığı; isteklerinin göz ardı edildiği; ölümün sıklıkla düşünüldüğü bir dönemi kapsamamasından dolayı sosyal destek algı ortalamasının diğer yaş gruplarına göre düşük olduğu düşünülmektedir.

Söz konusu farklılığın hangi yaş grubundan kaynaklandığını araştırmak üzere LSD testi yapılmıştır (Bkz Tablo 22b, EK: 7).

Tablo 22b'den de (Bkz. EK: 1) anlaşılabacağı gibi araştırmaya katılan bireylerden 31-40 yaş ile 60-70 grubundakilerin toplam sosyal destek algıları; 18-30 yaş grubundakiler ile 41-50 ve 51-60 yaş grubundakilerin, 31-40 yaş ile 41-50 yaş grubundakilerin güven sosyal destek algıları; 18-30, 31-40 ve 41-50 yaş grubundaki bireyler ile 60-70 yaş grubundakilerin bilgisel sosyal destek algıları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0.05$).

Araştırmaya katılan kanserli bireylerin yaş grupları ile bilgisel sosyal destek ve güven sosyal destek algılarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu görülmektedir. Kanser tanısının öğrenilmesiyle birlikte aile yaşamında da birtakım değişiklikler meydana gelmektedir. Aile kanserli bireyi üzmemek adına hastalığa ilişkin bazı gerçekleri saklama ya da yeterli bilgi vermeme davranışına yönelebilmektedir. Kanserli bireyin hastalığı ve yapılacak işlemler hakkında bilgi

olarak stres yaratan hastalık süreci ile baş etmesine yardımcı olan bilisel sosyal desteğin bireye sağlanmaması; kanserli bireyin ailesine duyduğu güveni ve onlardan alabileceği güven desteğini olumsuz yönde etkiler. Güven desteği hastanın kendisine, hastalıkla ve hastalığın beraberinde getirdiği sorunlarla tedavinin güçlükleriyle daha kolay baş etmesine yardımcı olmaktadır (Eylen 2001 146; Ünsal 1996 317). Araştırmaya katılan bireylerin konumları ve hastalıkları nedeniyle yanlarında bulunan kişinin sağlık durumlarıyla ilgili bilgileri tam ve net olarak açıklamadıklarını düşündükleri için, hastalıkları hakkında yeterli bilgisel desteği alamadıkları ve buna bağlı olarak güven desteği puanının olumsuz etkilendiği düşünülmektedir.

Bireylerin medeni durumları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkisi karşılaştırılmıştır. Elde edilen bulgular tablo 23'de verilmiştir.

Tablo 23: Kanserli Bireylerin Medeni Durumları ile Sosyal Destek Algılarının Karşılaştırılması

Sosyal Destek/ Medeni Durum	n	$\bar{X}$	Ss.	F	p
Toplam Sosyal Destek					
Evli	108	137.06	26.01	3.914	0.022
Bekar	19	145.11	30.63		
Dul ve boşanmış	23	123.65	19.63		
Toplam	150	136.03	26.28		
Güven Sosyal Destek					
Evli	108	55.05	9.73	3.809	0.024
Bekar	19	59.02	10.73		
Dul ve boşanmış	23	50.96	9.25		
Toplam	150	54.96	9.97		
Bilgisel Sosyal Destek					
Evli	108	34.31	10.47	1.862	0.159
Bekar	19	36.79	11.87		
Dul ve boşanmış	23	30.70	9.25		
Toplam	150	34.07	10.54		
Duygusal Sosyal Destek					
Evli	108	47.70	8.99	4.447	0.013
Bekar	19	49.00	10.76		
Dul ve boşanmış	23	42.00	6.41		
Toplam	150	46.99	9.10		

Bireylerin medeni durumları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular tablo 23'de verilmiştir. Bu değişkenler arasındaki ilişkinin tespit edilmesi için Varyans analizi yapılmıştır.

Bireylerin medeni durumları dikkate alınarak yapılan karşılaştırma sonuçlarına göre araştırmaya katılan kanserli bireylerin toplam destek, güven destek ve duygusal destek puanlarının medeni duruma göre farklı oldukları, buna karşılık bireylerin bilgisel destek puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık oluşturmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Aile ortamı üyelerinin fiziksel, duygusal ihtiyaçların karşılandığı bir birim olarak genel bir kabul görmektedir (Koşar 1989; Özgüven 2001; Satir2001) . Kendini bir yere ait hissetme, eş ile birlikte yaşama ve bir aileye sahip olma, yaşanan bütün olumsuzluklara rağmen birey açısından en önemli destek kaynağıdır. Çatışmalar, uzlaşmazlıklar ve problemler olsa da aile ortamı bireye ait olma, değer görme, sevildiğini ve güvende olduğunu hissetmesine olanak sağlayan bir ortam sunar. Geleneksel aile yapımızda üyeler arası çatışmalar olsa da hastalık gibi kriz durumlarında çoğunlukla, çatışmaların arka plana itilerek hastaya yardımcı olma davranışı gösterme eğilimi vardır. Dul yada boşanmış olmak bireyin ailenin sunduğu ortamdan uzak kalmasına neden olabileceği gibi yalnız yaşamının zorluklarıyla da baş etmek zorunda bırakmaktadır (İl 2005: 19). Ülkemizde evlilik kurumunun kutsal sayılmasına ve devamlılığının korunması için geleneksel baskının olmasına rağmen eşinden ayrılmış olan birey, sahip olduğu konumun ağır yüküne ek olarak ciddi bir hastalıkla da baş etmek zorunda kalması, hasta birey için duygusal açıdan oldukça zorlu bir süreçte beraberinde getirmektedir.

Benzer durum eşini kaybetmiş ve sahip olduğu düzeni sarsıntıya uğramış olan bireyler içinde geçerlidir. Dul olmanın getirdiği zorluklarla birlikte ciddi bir hastalığa sahip olmak boşanmış olmakla benzer durumu ortaya çıkarmaktadır. Dul ve boşanmış bireyler hastalık sürecinde kendilerini yalnız, sevgi ve ilgisiyle kendilerini hayata bağlayacak nedenlerden yoksun, kimsenin değer vermediği ve yaşamak için fazla nedeni olmayan biri olarak değerlendirebilmektedirler.

Bekar, henüz kendi ailesinden duygusal anlamda ayrışmamış bireyler ise karşılıksız olarak kardeşlerinden ve ebeveynlerinden ilgi, sevgi ve yakınlığı daha kolay bulabilirken değerli olduğunu ve kendini güvende hissettiği bir aile ortamı içinde kanserle mücadele etmede dul ve boşanmış bireylere oranla daha fazla sosyal destek sağlayabileceklerdir.

Bekar ya da dul ve boşanmış bireylerin bu ihtiyaçlarını karşılanmasında bazı zorluklar ortaya çıkmaktadır. Bu çalışmada evli olan kanserli bireylerin büyük oranlarda olmasından dolayı evliler ile bekar ve dul/boşanmış hastalar arasında duygusal destek ve güven desteği algılamasında farklılık olduğu söylenebilmektedir. Bu farklılık evli bireylerin toplam sosyal destek algı ortalamaları ($\bar{X}=137.06$) ile bekar bireylerin toplam sosyal destek algı ortalamaları ($\bar{X}=145.11$), dul ve boşanmış bireylerin toplam sosyal destek ortalamaları ($\bar{X}=123.65$) arasında belirgin olarak ortaya çıkmaktadır. Benzer durum sosyal destek alt ölçeklerinde de söz konusudur. Elde edilen bu sonuç bekarlara oranla, evli, dul ve boşanmış olanların stres unsurları ve kendilik algılamalarında sorunlarının daha fazla olabileceğini düşünülmektedir. Buna bağlı olarak bekar bireylerin hastalıkla mücadele ederken yalnızca kendi sağlık sorunlarına odaklanabildikleri, ölüm durumunda arkada bırakacakları bir eş ya da çocuğa sahip olmadıkları için sosyal destek algı ortalamalarının yüksek olduğu düşünülmektedir.

Geleneksel aile bağları içinde evli olan bireyin eşinden destek görmesi evlilikle ilgili beklentiler içinde yer almaktadır. Evli bir birey hastalık sahibi olmasa da ihtiyaç duyduğunda eşinin yardımda bulunacağı öngörüsüne sahiptir. Ancak bekar bir birey için benzer bir durum söz konusu değildir. Hastalık ortaya çıktığı zaman bekar bireyin ailesinden, arkadaşlarından göreceği sosyal desteğin artacağı ve bu desteği sosyal ilişkileri içinde daha fazla hissedeceği düşünülmektedir de bekarların sosyal destek algı ortalamalarının yüksek çıktığı düşünülebilir.

Hastaların sahip olduğu çocuk sayısı ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiye ait veriler tablo 24'de verilmiştir.

Tablo 24: Kanseri Bireylerin Sahip Olduğu Çocuk Sayısı İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki

Sahip Olduğu Çocuk Sayısı İle Sosyal Destek Algısı Arasındaki İlişki	n	r	p
Tüm ölçek puanı	150	-0.167*	p<0.05
Güven desteği puanı	150	-0.169*	p<0.05
Bilgisel destek puanı	150	-0.197*	p<0.05
Duygusal destek puanı	150	-0.120*	p<0.05

Tablo 24'de kanser hastası bireylerin sahip olduğu çocuk sayısı ile sosyal destek algıları arasındaki ilişki verilmiştir. Sahip olunan çocuk sayısı ile sosyal destek algısı arasındaki ilişkiyi hesaplamak için Kendall's tau_b korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Genel olarak bakıldığında hastaların sahip oldukları çocuk sayısı ile sosyal destek algıları arasında negatif bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin tüm destek puanları ve alt ölçek puanlarıyla sahip olunan çocuk sayısı arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu bulunmuştur.

Çocuk sayısı arttıkça destek alınabilecek kişi sayısında da artış olması beklenen olası bir sonuçtur. Ancak algılanan desteğin niteliği ve hasta için taşıdığı anlamın ne olduğunun da ortaya koyulması gerekmektedir. Ailede çocuk sayısı arttıkça hastaya karşı sorumlulukların yerine getirilmesi kolaylaşabileceği ve bu durumda bulgulara yansıdığı söylenebilir.

Sahip olunan çocuk sayısı ile sosyal destek puanları arasındaki farkın anlamlı olup olmadığı test edilmiştir. Bu bulgular tablo 25'de verilmiştir.

Tablo 25: Sahip Olunan Çocuk Sayısı İle Sosyal Destek Algısı Arasındaki Farklılık

Sosyal Destek/ Çocuk Sayısı	n	$\bar{X}$	Ss.	f	P
Toplam Sosyal Destek					
çocuk yok	26	146.35	29.93		
1 çocuk	15	135.73	26.62		
2 çocuk	29	132.41	29.60		
3 çocuk	30	144.53	21.87		
4 çocuk	28	130.04	25.51		
5 ve üstü çocuk	22	124.82	16.28	2.789	0.02
Güven Sosyal Destek					
çocuk yok	26	58.77	11.11		
1 çocuk	15	55.80	8.19		
2 çocuk	29	52.48	11.84		
3 çocuk	30	56.63	8.86		
4 çocuk	28	52.14	10.01		
5 ve üstü çocuk	22	54.45	6.94	1.813	0.114
Bilgisel Sosyal Destek					
çocuk yok	26	37.88	11.90		
1 çocuk	15	33.60	12.12		
2 çocuk	29	34.34	9.54		
3 çocuk	30	37.50	9.27		
4 çocuk	28	32.93	10.47		
5 ve üstü çocuk	22	26.32	6.39	4.176	0.001
Duygusal Sosyal Destek					
çocuk yok	26	49.69	10.36		
1 çocuk	15	46.33	9.60		
2 çocuk	29	45.59	10.11		
3 çocuk	30	50.40	7.69		
4 çocuk	28	44.96	8.53		
5 ve üstü çocuk	22	44.05	6.65	2.286	0.049

* $p < 0.05$ düzeyinde farklılık anlamlıdır.

Kanserli bireylerin sahip olduğu çocuk sayısına göre sosyal destek algısı puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olup olmadığına ilişkin bulgulara tablo 25'de yer verilmiştir. Bu değişkenlerin ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını tespit etmek için Varyans analizi uygulanmıştır.

Bireylerin sahip olduğu çocuk sayısı ile algılanan sosyal destek puanları arasındaki farka bakıldığında bireylerin tüm ölçek sosyal destek puanları ile bilgisel sosyal destek puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p < 0.05$); bireylerin güven desteği ve duygusal desteği puanları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Bireyin sosyal destek ağı içinde informal destek sistemini oluşturan ailenin verdiği sosyal desteğin güçlü olması, bireyin tedaviye uyumu açısından önemlidir (Işıkkhan 200578; Özbesler 2001 16). Tablo 25'de ortaya çıkan bu farkın kolerasyon ilişkisinde elde edilen bulgular ile paralellik gösterdiği ve benzer sebeplerin bu sonucu ortaya çıkardığı düşünülmektedir. Bireylerin toplam sosyal destek algı ortalamaları ile tüm alt ölçek sosyal destek ortalamalarının çocuk sayısı artıkça düştüğü bulgularına ulaşılmıştır.

Kanser, ölümün soğukluğunu bireyin yakından hissetmesine neden olan bir hastalık olduğundan geride bırakılacak kişi sayısı artıkça ölüme ilişkin kaygılarda da artışa neden olmaktadır. Destek veren kişi sayısı artıkça hasta kendi ölümü durumunda geride bıraktıklarına ilişkin kaygıların artabileceği ve içe dönmelerin söz konusu olabileceği, destek alınacak kişi sayısı artıkça hasta bireyin çevresindekilerden de beklentileri artabileceği klinik deneyimler sonucunda elde edilen bir sonuçtur. Araştırmada elde edilen verilerde klinik deneyim ile paralellik göstermektedir.

Bireylerin eğitim durumları ile sosyal destek algılamaları arasındaki ilişki incelenerek elde edilen bulgular tablo 26'da verilmiştir.

Tablo 26: Kanserli Bireylerin Eğitim Durumları İle Sosyal Destek Algısı Arasındaki İlişki

Eğitim Durumları İle Sosyal Destek Algısı Arasındaki İlişki	n	r	p
Tüm ölçek puanı	150	0.184*	P<0.05
Güven desteği puanı	150	0.197*	P<0.05
Bilgisel destek puanı	150	0.153*	P<0.05
Duygusal destek puanı	150	0.157*	P<0.05

Tablo 26'da kanserli bireylerin eğitim durumları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişki verilmiştir. Eğitim durumları ile sosyal destek algısı arasındaki ilişkiyi hesaplamak için Kendall's tau_b kolerasyon katsayısı hesaplanmıştır. Genel olarak bakıldığında bireylerin eğitim durumları ile sosyal destek algıları arasında pozitif bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin toplam sosyal destek puanları ve alt ölçek puanlarıyla eğitim düzeyleri arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin çoğunluğunun ilköğretim mezunu

olduğu göz önüne alındığında bu sonucun genel dağılım ile uyumlu olduğu söylenebilir.

Eğitim düzeyi yükseldikçe bireylerin yaşamdan ve beraber zaman geçirdiği aile üyeleri ile kurduğu ilişkiden beklentileri artma eğilimi göstermektedir. Araştırma evrenini oluşturan bireylerin (%33.3'ünün) ilköğretim mezunu olmasından dolayı ilişkiden beklenen doyumun düşük olduğu ve bu nedenle eğitim durumu ile sosyal destek algısı arasında anlamlı bir ilişki olduğu düşünülmektedir.

Bireylerin eğitim düzeyleri ile sosyal destek algıları arasında bir fark olup olmadığı incelenmiş ve elde edilen veriler Tablo 27'de verilmiştir.

Tablo 27: Kanserli Bireylerin Eğitim Durumu İle Sosyal Destek Algısındaki Farklılık

Sosyal Destek/ Eğitim Durumu		n	$\bar{X}$	Ss.	f	p
Toplam Sosyal Destek	Okur yazar değil	23	127.57	21.30	2.619	0.037 *
	Okur yazar	11	131.00	21.06		
	İlköğretim	50	135.38	24.34		
	Lise	40	134.20	31.92		
	Yüksekokul ve Üniversite	26	149.69	22.62		
	Toplam	150	136.03	26.28		
Güven Sosyal Destek	Okur yazar değil	23	52.48	9.32	2.077	0.087
	Okur yazar	11	53.64	8.18		
	İlköğretim	50	53.96	9.28		
	Lise	40	54.90	12.34		
	Yüksekokul ve Üniversite	26	59.73	7.14		
	Toplam	150	54.96	9.97		
Bilgisel Sosyal Destek	Okur yazar değil	23	30.17	8.72	2.471	0.047 *
	Okur yazar	11	30.55	9.23		
	İlköğretim	50	35.06	10.06		
	Lise	40	33.23	11.18		
	Yüksekokul ve Üniversite	26	38.42	11.20		
	Toplam	150	34.07	10.54		
Duygusal Sosyal Destek	Okur yazar değil	23	44.91	7.12	2.148	0.078
	Okur yazar	11	46.82	7.08		
	İlköğretim	50	46.36	8.96		
	Lise	40	46.08	10.97		
	Yüksekokul ve Üniversite	26	51.54	7.51		
	Toplam	150	46.99	9.10		

*p<0.05 düzeyinde farklılık anlamlıdır.

Kanserli bireylerin eğitim durumuna göre sosyal destek algısı puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olup olmadığına ilişkin bulgulara tablo 27’de yer verilmiştir. Bu değişkenlerin ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını tespit etmek için Varyans analizi uygulanmıştır.

Eğitim durumuna göre gruplar arasında, bireylerin tüm ölçek puanları ile bilgisel destek puanları arasındaki fark anlamlı bulunurken ($p<0.05$); güven desteği puanları ve duygusal destek puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Eğitim düzeyi arttıkça algılanan sosyal destek düzeyinin de yükseldiği Banaz (1992), Bayram (1999) ve Elbir (2000) tarafından yapılan çalışmalarda belirtilmiştir. Nitekim bireylerin eğitim durumlarına göre toplam ölçek ortalamaları ve bütün alt ölçek ortalamaları eğitim düzeyi yükseldikçe yükselmektedir. Eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin hastalıklarını daha bilinçli olarak algılamaları, yapılan çeşitli tıbbi uygulama ve girişimleri daha iyi değerlendirebilmeleri, hastanede bulundukları süreyi ailelerine bağlı kalmadan koşullar ve hastalıkları izin verdiği müddetçe daha verimli değerlendirebilmeleri ve hastalığa ilişkin duygu ve düşüncelerini daha kolay ifade edebilmelerine bağlı olarak sosyal destek algılamalarının daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Tablo 27’de elde edilen verilerin eğitim düzeyi ile sosyal destek algısı arasındaki ilişkiyi ortaya koyan çalışmalar ile paralel olduğu söylenebilir.

Kanserli bireylerin sahip olunan meslek ile sosyal destek algıları Kruskal- Wallis testi ile karşılaştırılmıştır (Bkz. Tablo 28b, EK:8). Mesleki durumları göz önünde tutularak yapılan karşılaştırma sonuçlarına göre kanserli bireylerin toplam sosyal destek puanı ve güven sosyal destek puanlarının mesleki durumlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık oluşturdukları ($p\leq 0.05$), buna karşılık kanserli bireylerin duygusal sosyal destek ve bilgisel sosyal destek puanları arasında mesleki sınıflama açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık oluşmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Farklılığın olduğu sosyal destek puanlarında ortaya çıkan farklılıkların hangi meslek grubundan kaynaklandığı Man-Whitney testi ile araştırılmıştır. Elde edilen bulgular tablo 28’de verilmiştir.

Tabloda yalnızca aralarındaki karşılaştırmada fark elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 28: Kanserli Bireylerin Sahip Olduğu Meslek ile Sosyal Destek Algılarının Karşılaştırılması

		Hastaların Toplam Sosyal Destek Puanı			Hastaların Güven Sosyal Destek Puanı		
Karşılaştırmalar	n	$\bar{X}$	z	P	$\bar{X}$	z	p
Ev Hanımı	58	30.41	2.342	0.016	-	-	-
İşçi	5	50.40			-	-	-
Ev Hanımı	58	32.65	2.241	0.025	31.55	3.299	0.001
Öğrenci	11	47.41			53.18		
İşçi	5	15.80	1.986	0.05	-	-	-
Serbest Meslek	16	9.50			-	-	-
İşçi	5	8.20	2.018	0.05	-	-	-
İşsiz	6	4.17			-	-	-
Serbest Meslek	16	-	-	-	10.53	2.782	0.005
Öğrenci	11	-	-	-	19.05		
İşsiz	6	5.58	2.089	0.037	5.50	2.187	0.037
Öğrenci	11	10.86			10.91		
Öğrenci	11	-	-	-	13.59	2.624	0.007
Diğer	9	-	-	-	6.72		

*p<0.05 düzeyinde farklılık anlamlıdır.

Kanserli bireylerin sahip oldukları mesleklere göre sosyal destek algılarının ikili karşılaştırmalarda en büyük farklılıkların öğrenciler ile ev hanımları, işçiler, serbest meslek sahipleri işsizler ve diğer mesleklerle uğraşanlar arasında olduğu tablo 28’de görülmektedir.

Hastalık gibi zorlu yaşam deneyimlerinde aile bağları eğer güçlü ve olumlu ise, aile dışında sosyal çevreden de olumlu destek sağlanıyorsa, aile ve sosyal çevre içinde dayanışma oldukça kolay biçimde kendini gösterir (Dilek 2003:55).

Dayanışmanın ve bireye desteğin sağlandığı durumlarda bireyin kansere uyumu ve tedaviye gönüllü katılımı daha kolaylıkla sağlanabilmektedir. Öğrenciler ailelerinden sağladıkları sosyal destekten bağımsız olarak okuldaki

arkadaş çevresinden, öğretmenlerinden ve birlikte olduğu diğer insanlardan da destek aldıkları ve destek alınan kişi sayısı arttıkça öğrencinin aldığını düşündüğü desteğin niteliğinin de artırdığı düşünülmektedir.

Öğrencilik dönemi diğer mesleklerde çalışan bireylerden farklı olarak geleceğe yönelik planların yapıldığı, seçilen meslek ve eğitim görülen alanla ilgili olarak beklentilerin ve gerçekleştirilecek hayallerin yoğunlukta olduğu bir yaş dönemine, gençlik çağına denk gelmektedir. Bu yaş döneminde kanserle mücadele eden bireyin ileriye dönük plan ve beklentilerinin olması yaşama bağlayıcı bir güç olarak bireye yardımcı olur ve genç hastalar hastalığa daha kolay uyum gösterir (Erözenci 2003:30). Hem bekar olmanın hem de öğrenciliğinden dolayı aile ve arkadaş çevresi desteğini yoğun olarak sağlama şansına sahip olan öğrencilerin bu nedenle araştırmaya katılan diğer meslek gruplarına göre sosyal destek algılarının ikili karşılaştırmalarda yüksek bulunduğu düşünülmektedir.

Herhangi bir işte çalışmayan işsiz bireylerin ise bilgisel sosyal destek puan ortalaması dışındaki tüm ortalamaları diğer meslek gruplarına göre en düşük ortalamaya sahip olduğu görülmüştür. Bir mesleğe sahip olmak kişinin kendi özdeğerine ve güvenine olumlu yönde katkıda bulunmaktadır. Kanser gibi süregen ve sonucu net olarak ortaya koyulamayan bir hastalığa sahip olmanın bireyin sosyal destek algısını olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Bireylerin sahip olduğu gelir düzeyi ile sosyal destek algıları arasındaki farkın anlamlı olup olmadığı test edilmiş ve elde edilen bulgular tablo 29'da verilmiştir.

Tablo 29: Kanserli Bireylerin Gelir Düzeyi İle Sosyal Destek Algısı Arasındaki Farklılık

Sosyal Destek/ Gelir Durumu	n	$\bar{X}$	Ss.	f	P
Toplam Sosyal Destek					
150-800 YTL	91	133.03	28.37		
801-1.400 YTL	34	145.00	20.80		
1.401 YTL ve Üzeri	11	142.55	23.62	2.380	0.072
Düzenli geliri yok	14	128.57	21.64		
Toplam	150	136.03	28.28		
Güven Sosyal Destek					
150-800 YTL	91	53.68	11.04		
801-1.400 YTL	34	57.41	7.58		
1.401 YTL ve Üzeri	11	58.91	7.25	1.814	0.147
Düzenli geliri yok	14	54.21	8.26		
Toplam	150	54.96	9.97		
Bilgisel Sosyal Destek					
150-800 YTL	91	33.05	10.54		
801-1.400 YTL	34	38.44	8.88		
1.401 YTL ve Üzeri	11	34.36	12.82	3.107	0.028
Düzenli geliri yok	14	29.86	10.48		
Toplam	150	34.07	10.54		
Duygusal Sosyal Destek					
150-800 YTL	91	46.30	9.79		
801-1.400 YTL	34	49.15	7.86		
1.401 YTL ve Üzeri	11	49.27	7.82	1.403	0.244
Düzenli geliri yok	14	44.50	7.49		
Toplam	150	46.99	9.10		

* $p < 0.05$ düzeyinde farklılık anlamlıdır

Kanserli bireylerin sahip oldukları gelir düzeylerine göre sosyal destek algısı puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olup olmadığına ilişkin bulgulara tablo 29'da yer verilmiştir. Bu değişkenlerin ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını tespit etmek için Varyans analizi uygulanmıştır.

Kanserin son yıllardaki artışı bu hastalığın ölümcül olduğuna ilişkin kanının sürdüğü ve hemen hemen tüm sosyoekonomik düzeylerde yaygınlık gösterdiğini; Bu durumun makro sosyal koşullarla da ilişkisinin büyük oranlarda olduğunu düşündürmektedir. İşsizlik, ekonomik sorunlar ve dar boğazlar, gelir kaybı gibi sorunlar herkes için stres kaynağı oluşturmaktadır. Gelir düzeylerine göre gruplar arasında, hastaların bilgisel destek puanları arasındaki fark anlamlı bulunurken ($p < 0.05$); hastaların toplam ölçek puanı, güven desteği puanları ve

duygusal destek puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). İstatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmamış olmasına rağmen gelir durumuna göre en yüksek sosyal destek algı ortalaması 801-1400 YTL grubundadır ($\bar{X}=145.55$). Gelir düzeyi araştırma grubu içinde görece yüksek olan grubun (1.401 ve üzeri YTL) ise duygusal destek algı ortalaması ($\bar{X}=49.27$) yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir.

Gelir durumuna göre gruplar incelendiğinde hastaların genellikle 150-800 YTL (%60.7) gelire sahip olduğu görülmektedir. Gelir düzeyi düştükçe hastaların tüm sosyal destek algı ortalamalarında belirgin bir düşüş olduğu dikkat çekmektedir. 150-800 YTL gelire sahip olan hastaların toplam sosyal destek algı ortalamaları ($\bar{X}=133.03$) ve güven sosyal destek algı ortalamaları ($\bar{X}=53.68$) diğer alt ölçek ortalamalarından daha düşük olduğu, benzer şekilde düzenli gelire sahip olmayan hastaların bilgisel sosyal destek algı ortalamaları ($\bar{X}=29.86$) ve duygusal sosyal destek algı ortalamaları ($\bar{X}=44.50$) toplam ölçek ve diğer alt ölçek ortalamalarından daha düşük olduğu sonucu elde edilmiştir. Bu durum gelir düzeyi düşük olan hastaların tedavi ve tetkikleriyle ilgili olanaklara ulaşmalarının zor olması ve hastalığın meydana getirdiği ekonomik güçlükleri karşılamada sıkıntılar yaşamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Sosyal destek algısı ile gelir düzeyi arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda ekonomik düzey arttıkça sosyal destek algısının arttığı belirtilmektedir (Banaz 1992; Bayram 1999; Elbir 2000). Araştırma evreni içinde yer alan ve nispeten gelir düzeyi iyi konumda olan hastaların sosyal destek algıları, düzenli geliri olmayanlar ve 150-800 YTL arasında geliri olanlardan daha yüksek olması konuyla ilgili olarak yapılan çalışmalar ile araştırmada elde edilen bulgular arasında paralellik olduğunu düşündürmektedir.

Bireylerin sahip olduğu kanser türüne göre sosyal destek algıları arasında fark olup olmadığı kanserin etkilediği her organ ve sisteme göre incelenmiş ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Hastalığın teşhis zamanı ile sosyal destek algıları arasındaki ilişki incelenmiş ve yapılan Varyans analizi sonucunda teşhis zamanı ile sosyal destek algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan bireylerin gördükleri tedavi türü ile sosyal destek algıları arasındaki ilişki incelenmiş ve istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan hastaların gördükleri tedavi türü ile sosyal destek algıları arasında fark olup olmadığı incelenmiş ve elde edilen bulgular tablo 30'da verilmiştir.

Tablo 30: Kanserli Bireylere Uygulanan Tedavi Türü İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki Farklılık

Sosyal Destek/ Uygulanan Tedavi Türü	n	$\bar{X}$	Ss.	f	P*
Toplam Sosyal Destek					
Radyoterapi(R.T)	14	138.71	24.11	5.216	0.000
Kemoterapi(K.T)	22	153.86	21.95		
R.T. ve K.T.	20	140.45	21.35		
Ameliyat ve K.T.	17	147.41	20.99		
Ameliyat ve K.T.	24	134.04	32.03		
Ameliyat-R.T.-K.T	47	124.43	23.70		
Ameliyat	6	116.17	18.02		
Toplam	150	136.03	26.28		
Güven Sosyal Destek					
Radyoterapi(R.T)	14	55.43	11.39	2.775	0.014
Kemoterapi(K.T)	22	59.73	8.90		
R.T. ve K.T.	20	59.30	5.62		
Ameliyat ve K.T.	17	55.12	9.01		
Ameliyat ve K.T.	24	54.00	12.16		
Ameliyat-R.T.-K.T	47	51.94	9.37		
Ameliyat	6	49.00	10.77		
Toplam	150	54.96	9.97		
Bilgisel Sosyal Destek					
Radyoterapi(R.T)	14	34.43	8.81	6.929	0.000
Kemoterapi(K.T)	22	41.82	8.05		
R.T. ve K.T.	20	33.15	11.65		
Ameliyat ve K.T.	17	41.14	6.34		
Ameliyat ve K.T.	24	33.71	11.46		
Ameliyat-R.T.-K.T	47	29.32	9.25		
Ameliyat	6	25.83	7.44		
Toplam	150	34.07	10.54		
Duygusal Sosyal Destek					
Radyoterapi(R.T)	14	48.86	8.42	4.172	0.001
Kemoterapi(K.T)	22	52.32	7.12		
R.T. ve K.T.	20	48.00	8.02		
Ameliyat ve K.T.	17	50.88	7.40		
Ameliyat ve K.T.	24	46.33	11.45		
Ameliyat-R.T.-K.T	47	43.17	8.39		
Ameliyat	6	41.33	5.75		
Toplam	150	46.99	9.10		

*p<0.05 düzeyinde farklılık anlamlıdır.

Kanserli bireylerin gördükleri tedavi türüne göre sosyal destek algısı puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olup olmadığına ilişkin bulgulara tablo 30'da yer verilmiştir. Bu değişkenlerin ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını tespit etmek için Varyans analizi uygulanmıştır.

Uygulanan tedavi türüne göre gruplar arasında bireylerin toplam ölçek puanı, bilgisel destek puanları, güven desteği puanları ve duygusal destek puanları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Sosyal destek algı ortalamalarına bakıldığında ise sadece ameliyat olan bireylerin toplam sosyal destek ve tüm sosyal destek alt ölçek ortalamalarının grup içinde en düşük ortalamaya sahip olduğu, yalnızca kemoterapi alan bireylerin de toplam sosyal destek algı ortalamaları ve tüm alt ölçek sosyal destek algı ortalamalarının en yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir.

Kemoterapi sadece kanser hastalığının etkilediği organ veya dokuyu değil tüm vücut sisteminde harabiyete neden olabilecek, vücudun bağışıklık sistemini sarsan bir takım ilaçlar ile uygulanan bir tedavi türüdür. Kemoterapi uygulaması bireyde iştahsızlık, halsizlik, bulantı, kusma ve anemi (kansızlık) gibi birtakım fizyolojik ve biyolojik yan etkilerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Özet ve arkadaşları 2004:10). Kemoterapi uygulaması sırasında ortaya çıkan yan etkilerle mücadelede bireyin başkalarından destek ve yardım görmeye ihtiyaç duymaktadırlar. Bu nedenle, kemoterapi alan hastaların sosyal destek algı ortalamalarının diğer tedavi türlerine göre daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Bireyler istemeden dahil oldukları bu hastalıktan kurtulmak için gerekli olan tüm girişimleri kabul ettikleri düşünüldüğünde uygulanan tedavi ile bireylerin sosyal destek algıları arasında fark olduğu düşünülebilir.

Bireylerin hastalıklarını ilk öğrendiklerinde yaşadıkları duygular “çok yoğun yaşadım” ile “hiç yaşamadım” şeklinde beşli Likert tipi derecelendirme ile puanlandırılmıştır. Bireylerin duygu ortalamaları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiye bakılmış ve elde edilen bulgular Tablo 31’de verilmiştir.

Tablo 31: Kanserli Bireylerin Tanıyı İlk Öğrendiklerinde Yaşadıkları Duygu Ortalamaları İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki

Yaşanılan Duygular İle Sosyal Destek Arasındaki İlişki	n	r	p
Tüm ölçek puanı	150	0.261**	$p<0.001$
Güven desteği puanı	150	0.262**	$p<0.001$
Bilgisel destek puanı	150	0.176*	$p<0.05$
Duygusal destek puanı	150	0.299**	$p<0.001$

Tablo 31’de kanserli bireylerin tanıyı ilk öğrendiklerinde yaşadıkları duyguların ortalamaları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişki verilmiştir. Hastalık tanısı

ilk öğrenildiğinde hastaların yaşadığı şok, kabul edememe, inkar, inanamama, suçluluk, çaresizlik, isyan, ne yapacağını bilememe duyguları ile sosyal destek algısı arasındaki ilişkiyi hesaplamak için Kendall's tau_b kolerasyon katsayısı hesaplanmıştır. Genel olarak bakıldığında hastaların tanıyı ilk öğrendiklerinde yaşadıkları duygular ile sosyal destek algıları arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin tüm destek puanları ve alt ölçek puanlarıyla arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu bulunmuştur.

Hastalık ilk öğrenildiğinde yaşanan duyguların karmaşıklığı içinde kendini kaybeden bireyin çevresinden göreceği olumlu destek yaşadığı bu karmaşık duygulardan kolayca kurtularak tedavi için neler yapabileceğine sağlıklı bir biçimde yönelebilmesi ve hastalığını kabul etmesi açısından önem taşımaktadır. Bu nedenle bireylerin kanser olduklarını öğrendiklerinde yaşadıkları duygular ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Kanserin bireyler üzerindeki psikososyal etkileri ve hastaların sahip olduğu sosyal destek sistemlerinin tedavide olumlu rolü olduğu birçok çalışmada ortaya koyulmuştur (Eylen 2001: 131).

Araştırmaya katılan bireylerin sosyal hizmet uzmanından yardım almaları ile sosyal destek algıları arasında bir fark olup olmadığı incelenmiş ve elde edilen bulgular Tablo 32'de verilmiştir.

Tablo 32: Kanserli Bireylerin Sosyal Hizmet Uzmanından Yardım Alma Durumu İle Sosyal Destek Algısı Arasındaki Farklılık

Sosyal Destek Alanları	SHU.dan yardım	n	$\bar{X}$	S.s.	t	f	p
Toplam Sosyal Destek Puanına Göre	Evet	33	130.27	28.22	-1.429	0.008	0.931
	Hayır	117	137.65	25.60	-1.353		
Güven Sosyal Destek Puanına Göre	Evet	33	52.85	12.43	-1.382	6.978	0.009*
	Hayır	117	55.56	9.14	-1.166		
Bilgisel Sosyal Destek Puanına Göre	Evet	33	32.21	10.95	-1.150	0.426	0.515
	Hayır	117	34.60	10.41	-1.118		
Duygusal Sosyal Destek Puanına Göre	Evet	33	45.21	9.68	-1.275	0.025	0.875
	Hayır	117	47.50	8.91	-1.217		

*p<0.05 düzeyinde farklılık anlamlıdır.

Tablo 32'de bireylerin sosyal hizmet uzmanından yardım alma durumlarına göre sosyal destek algılamaları puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olup olmadığına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Bu ilişkilerin saptanması ve ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını tespit etmek için de t testi uygulanmıştır.

Tablo 32'ye bakıldığında, sosyal hizmet uzmanından yardım alan bireylerin toplam sosyal destek puanı, bilgisel sosyal destek puanı, duygusal sosyal destek puanlarının etkilenmediği ($p>0.05$); sosyal hizmet uzmanından yardım alan bireylerin güven desteği sosyal destek algılamasının ise etkilendiği görülmüştür ($p<0.05$). Ancak sosyal hizmet uzmanından yardım alanlar ile almayanların sosyal destek algı ortalamaları incelendiğinde, sosyal hizmet uzmanından yardım almayanların toplam sosyal destek algısı ve alt ölçek sosyal destek algıları ortalamalarının, sosyal hizmet uzmanından yardım alanların toplam sosyal destek algısı ve alt ölçekler sosyal destek algı ortalamalarından daha yüksek olması ise düşündürücü bir sonuç olarak dikkat çekmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin %32'si sosyal hizmet uzmanından yardım almışlardır. Bireylerin sosyal hizmet uzmanından en çok duygusal destek (%35.4) ve uygulanan tedavi hakkında bilgi (%26.2) aldıkları araştırmada elde edilen bulgular arasında yer almaktadır. Kanseri tanısı alan birey ve ailesine profesyonel desteği sağlayacak olan sosyal hizmet uzmanı tedaviye başlanmasına karar verildiği andan itibaren tedavi hakkında bilgilendirme ve danışmanlık vermesi, birey ve ailenin hastalığa uyumlarını kolaylaştırmak için yerine getirmesi gereken mesleki sorumlulukları arasında yer almaktadır (Özet, Işıksan, Erdoğan 1999:103; Kennedy 1996:36; Turan 1984: 17). Araştırmaya katılan bireylerin sosyal hizmet uzmanından bilgisel ve duygusal destek aldığına ilişkin olarak araştırmada elde edilen bu bulgu bireyin sosyal hizmet uzmanından aldığı yardımın, ailesiyle arasındaki ilişkiyi düzenleyici bir rolü olduğunu düşündürmektedir. Ancak bireyin güven desteği algılamasında fark olması ise bireyin şunu'dan aldığı duygusal destek ile ailesinin kendisine karşı

ikili bir tutum içinde olduğu düşüncesini devam ettirdiği anlamına geldiği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin tedavi için şehir dışından gelme durumları ile

sosyal destek algıları arasındaki ilişki incelenmiş ve yapılan Varyans analizine göre tedavi için şehir dışından gelmek ile sosyal destek algıları arasında istatistiksel anlamda bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan bireylerin daha önceden kanserli olan bir aile üyesinin var olması ile sosyal destek algıları arasında bir fark olup olmadığına bakmak için Varyans analizi yapılmış ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan bireylerin en uzun süre yaşadığı yerleşim yeri ile sosyal destek algıları arasında bir fark olup olmadığına bakmak için Varyans analizi uygulanmış ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan bireylere ilişkin olarak elde edilen veriler, sosyal destek algısına etkisi olabileceği düşünülen bazı sosyo-demografik özellikler açısından genel olarak incelendiğinde;

- Cinsiyetin sosyal destek algısına bakıldığında; cinsiyet ile sosyal destek

algı ortalamalarına bakıldığında 31-40 yaş grubunda en yüksek toplam sosyal destek algı ortalamasına sahip olduğu ($\bar{X}=145.32$); 61-70 yaş grubundaki hastaların ise en düşük sosyal destek algı ortalamasına ($\bar{X}= 133.92$) sahip olduğu,

- Bireylerin medeni durumu ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Medeni durumları ile sosyal destek algıları arasında bir fark olup olmadığına bakıldığında ise evli bireyler ile dul ve boşanmış bireylerin duygusal destek puanlarında, bekar ile dul ve boşanmış bireylerin duygusal destek puanlarında ve son olarak bekar bireylerin ile dul ve boşanmış bireylerin tüm sosyal destek puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bireylerin medeni durumlarına göre sosyal destek algı ortalamalarına bakıldığında bekarların en yüksek sosyal destek algı ortalamasına sahip iken, dul ve boşanmışların en düşük sosyal destek algı ortalamasına sahip olduğu,
- Sahip olunan çocuk sayısı ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Sahip olunan çocuk sayısı ile sosyal destek algıları arasındaki farka bakıldığında bireylerin tüm ölçek puanı ile bilgisel destek puanı arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Çocuk sayısına göre sosyal destek algı ortalamalarına bakıldığında ise, çocuğu olmayanların toplam sosyal destek algılarının en yüksek ($\bar{X}=146.35$), beş ve üstü çocuğa sahip olanların toplam sosyal destek algı ortalamalarının ise en düşük ($\bar{X}=124.82$) düzeyde olduğu,
- Eğitim düzeyi ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiye bakıldığında bu ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Eğitim düzeyi ile sosyal destek algıları arasındaki farka bakıldığında tüm ölçek puanı ile bilgisel destek puanı arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Yüksek okul ve

üniversite mezunu olanların toplam sosyal destek algı ortalamalarının ($\bar{X}=149.69$) en yüksek, okur yazar olmayanların toplam sosyal destek algı ortalamalarının ise ($\bar{X}=127.57$) en düşük düzeyde olduğu,

- Mesleki durum ile sosyal destek algıları arasındaki farka bakıldığında mesleki durumla toplam sosyal destek ve güven sosyal desteği arasındaki fark anlamlı bulunurken ($p<0.05$), tüm ölçek puanı, bilgisel destek puanı ve duygusal destek puanı arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Mesleki durumların ikili karşılaştırmalarına göre bireylerin sosyal destek algı ortalamalarına bakıldığında ise öğrencilerin diğer meslek gruplarında yer alan bireylerden daha yüksek sosyal destek algısına sahip olduğunu, işsizlerin ise ikili karşılaştırmalarda en düşük sosyal destek algısına sahip olduğu,
- Gelir düzeyi ile sosyal destek algıları arasındaki farka bakıldığında bireylerin bilgisel destek algısı ile gelir düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunurken ($p<0.05$), tüm ölçek puanı, duygusal destek puanı ve güven desteği puanı ile gelir düzeyi arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Gelir düzeyine göre hastaların sosyal destek algı ortalamalarına bakıldığında 801-1.400 YTL gelire sahip olan hastaların toplam sosyal destek algı ortalamalarının ($\bar{X}=145.00$) en yüksek, düzenli gelire sahip olmayan hastaların ise en düşük toplam sosyal destek algı ortalamasına ($\bar{X}=128.57$) sahip olduğu,
- Kanseri türü ve teşhis zamanı ile sosyal destek algıları arasındaki fark anlamlı bulunmadığı ($p>0.05$),
- Uygulanan tedavi türü ile sosyal destek algıları arasındaki farka bakıldığında puanlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Uygulanan tedavi türüne göre bireylerin sosyal destek algı ortalamalarına bakıldığında ise Kemoterapi alanların toplam sosyal destek algı

ortalamlarının ($\bar{X}=153.86$) en yüksek, yalnızca ameliyat olanların ise en düşük toplam sosyal destek algı ortalamasına ($\bar{X}=116.17$) sahip olduğu,

- Tedavi için şehir dışından gelmek ile sosyal destek algısı arasındaki farkın anlamsız olduğu ($p>0.05$),
- Hastalık ilk öğrenildiğinde yaşanan duygular ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiye bakılmış ve aralarındaki ilişki anlamlı olduğu ($p<0.05$),
- Sosyal hizmet uzmanından yardım alma ile sosyal destek algıları arasındaki farka bakıldığında hastaların güven desteği algılaması ile şunu'dan yardım alma arasında fark bulunurken ($p<0.05$); bireylerin tüm ölçek puanı, bilgisel destek algılaması ve duygusal destek algılaması ile anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Ancak bu farkın sosyal hizmet uzmanından yardım alanların toplam sosyal destek algı ortalamalarının ($\bar{X}=130.27$) düşük, sosyal hizmet uzmanından yardım almayanların toplam sosyal destek algı ortalamalarının ($\bar{X}=137.65$) ise yüksek olmasının ortaya çıkan farkta etkili olduğu düşünülmektedir.

Genel yorum olarak araştırmaya katılan kanserli bireylerin, yaş ilerledikçe sosyal destek algısında bir düşüş olduğu, bekar veya çocuğu olmayan bireylerin sosyal destek algısının diğer gruplara oranla daha yüksek olduğu, belirli bir eğitim düzeyinin üstünde olmanın, nispeten iyi bir gelire sahip olan ve bir işte çalışıyor olanların sosyal destek algılarının daha yüksek olduğu, kanser tedavisinde kullanılan tedavi yöntemleri içinde en sıkıntılı dönem olan kemoterapi uygulamaları sırasında en fazla sosyal destek algısının bildirilmesi ve sosyal hizmet uzmanından yardım almanın beklentilerin aksine sosyal destek algısında belirgin bir fark oluşturmadığı göz önüne alındığında, kanserin yalnızca vücutta bir takım olumsuz değişikliklere neden bir hastalık olmadığı, hasta bireyin sosyal çevresine, iş yaşamına ve duygusal yaşantısına da etki

eden bir hastalık olduğu söylenebilir. Bu durumda hasta bireylerin tedavisi sadece biyolojik açıdan ele alınmamalı, bireylerin eğitim düzeyine göre anlayabilecekleri şekilde bir bilgilendirmenin yapılmasının, hastalığa ilişkin olarak ortaya çıkan sorunların çözümünde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Sosyal hizmet mesleği açısından elde edilen bulgular değerlendirildiğinde ise onkoloji alanında çalışan meslek elemanlarının hem kanserli bireye karşı yerine getirmeleri gereken mesleki sorumlulukları hem de mesleğe karşı sorumlulukları açısından var olan durumun iç açıcı olmadığı düşünülmektedir. Onkoloji alanında çalışan uzman sayısının yeterli düzeyde olmamasının da bu sonuçların elde edilmesinde etkili olduğu düşünülmektedir.

3.3. ARAŞTIRMAYA KATILAN KANSERLİ BİREY AİLELERİNİ TANITICI BULGULAR

Bu bölümde araştırma evreni içinde yer alan kanserli birey ailelerinin yaşa, cinsiyete, hasta bireyle yakınlık derecesine, medeni durumuna, çalışma durumuna, evdeki işlerini yürüten bir yardımcıya sahip olma durumuna ve yakınının hastalığını ilk öğrendiğinde yaşadığı duygulara ilişkin bulgu ve yorumlar yer almaktadır.

Hasta ailelerinin cinsiyete göre dağılımları Tablo 33'de ele alınmıştır.

Tablo 33: Ailelerin Cinsiyete Göre Dağılımı

Aile Üyesinin Cinsiyeti	n	%
Kadın	82	54.7
Erkek	68	45.3
Toplam	150	100.0

Tablo 33'e bakıldığında hasta bireyin yanında bulunan aile üyelerinin %54.7'sini kadınlar oluşturmaktadır. Hasta bireylerin çoğunlukla bayan olmasıyla bağlantılı

olarak yanlarında bulunan aile üyesinin cinsiyete göre ayrımında çoğunluğunun bayan (% 54.7) olduğu düşünülmektedir. Geleneksel Türk aile yapısında kadınlar aile üyeleriyle ilgili olarak daha fazla sorumluluk almaktadırlar. Bu nedenle elde veriler beklentilerle paralellik göstermektedir.

Ailelerin içinde bulunduğu yaşa göre bulunduğu gruplara göre dağılımı Tablo 34'de ele alınmıştır.

Tablo 34: Ailelerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Aile Üyesinin Yaşı	n	%
20-29 Yaş	24	16.0
30-39 Yaş	40	26.7
40-49 Yaş	42	28.0
50 Yaş ve üstü	44	29.3
Toplam	150	100.0

Tablo 34'e bakıldığında aile üyelerinin %29.3'ünün 50 yaş ve üstü grupta yer aldığı %16'sının ise 20-29 yaş grubunda yer aldığı bulgusuna ulaşılmıştır. Araştırmada yer alan kanserli bireylerin %22'si'de 41-50 yaş grubunda yer almaktadır. Bu bulgular, kanserli birey ve aile üyesinin benzer yaş grubunda olduğunu göstermektedir.

Ailelerin eğitim durumlarına göre dağılımı Tablo 35'de verilmiştir

Tablo 35: Ailelerin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

Ailelerin Eğitim Durumu	n	%
Okur yazar değil	7	4.7
Okur yazar	13	8.7
İlköğretim mezunu	44	29.3
Lise	59	39.3
Yüksekokul ve üniversite	27	18.0
Toplam	150	100.0

Araştırmaya katılan ailelerin %39.3'ünün lise mezunu oldukları tablo 35'de görülmektedir. Araştırmaya katılan ailelerin %4.7'sinin ise okur yazar olmadıkları araştırmada elde edilen bulgular arasında yer almaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin %26.7'sinin lise, %15.3'ünün okur yazar olmayan

grupta yer aldığı ve bireylerin %72'sinin evli oldukları göz önüne alındığında, kanserli bireylerle ailelerin benzer eğitim düzeyinde oldukları söylenebilir.

Ailelerin eğitim düzeyiyle ilgili olarak elde edilen sonuçlar, Türkiye genelindeki eğitim düzeyiyle de paralellik göstermektedir.

Aile üyesinin en uzun süre oturduğu yerleşim tiplerine göre dağılımı Tablo 36'da verilmiştir.

Tablo 36: Ailelerin En Uzun Süre Yaşadığı Yerleşim Tipine Göre Dağılımı

Aile Üyesinin En Uzun Süre Yaşadığı Yerleşim Tipi	n	%
Köy	11	7.3
Kasaba	34	22.7
Kent-şehir merkezi	105	70.0
Toplam	150	100.0

Tablo 36'ya bakıldığında ailelerin büyük bir çoğunluğunun şehir merkezlerinde yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır. Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından açıklanan şehirleşme oranı % 64.9'dur (www.die.gov.tr). Ailelerin en uzun süre yaşadığı yerleşim tipinin Türkiye genelindeki şehirleşme oranı ile paralellik göstermektedir.

Aile üyesinin kanserli birey ile yakınlık derecesi Tablo 37'de ele alınmıştır.

Tablo 37: Ailelerin Kanserli Birey İle Yakınlık Derecesine Göre Dağılımı

Kanserli Birey İle Yakınlık Derecesi	n	%
Eşi	67	44.7
Çocuğu	16	10.6
Kardeşi	15	10.0
Anne-babası	40	26.7
Diğer (akraba veya arkadaş)	12	8.0
Toplam	150	100.0

Tablo 37'ye bakıldığında aile üyelerinin %44.7'ünün kanserli bireyin eşi olduğu, % 8 oranında ise akraba veya arkadaşı olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Bu durum aile üyelerinin yaşı ve cinsiyetiyle paralellik göstermektedir. Evlilik

birlikte iyi ve kötü günde hayatı paylaşma sözü informal olarak karşılıklı olarak verilen sözler içindedir. Kanser gibi süregen, geleceğe ilişkin kaygı ve korkuların yoğun yaşandığı ve ölümü çağrıştıran bir hastalıkla mücadelede eşler kanserle mücadele eden bireylerin en çok destek aldığı kişiler olduğu ve bu nedenle araştırmaya katılan aile üyelerinin hasta bireyin eşi olduğu düşünülmektedir.

Aile üyelerinden birinin hastanede yatarak ya da ayaktan tedavi görmesi gerekiyorsa eğer; yanında yardımcı olarak bulunan kişi, geleneksel aile bağları doğrultusunda eşi ya da anne babası olmaktadır. Eşle birlikte yaşamak, bütün olumsuzluklara, aile içinde sürtüşmelere ve çatışmalara rağmen, bireyin aileden sağladığı en önemli destek kaynağıdır. EYLEN tarafından yapılan araştırmada (2001) hasta bireyin yanında bulunan aile üyesi %42.5 oranında eşi olarak bulunmuştur Bu durum araştırmada elde edilen veriler ile doğru orantılıdır.

Aile üyesinin herhangi bir işte çalışıyor olma durumu Tablo 38’de ele alınmıştır.

Tablo 38: Aile Üyesinin Çalışma Durumlarına Göre Dağılımları

Ailelerin Çalışma Durumu	n	%
Çalışıyor	50	33.3
Çalışmıyor	100	66.7
Toplam	150	100.0

Tablo 38’e bakıldığında aile üyelerinin %66.7 oranında herhangi bir işte çalışmadığı bulgusuna ulaşılmıştır. Aile üyelerinin çoğunluğunun bayan olması (%54.7) ve yaş grubunun 50 yaş ve üstünde (%29.3) yer almış olmasından dolayı çalışmayan aile üyelerinin oranının yüksek olduğu düşünülmektedir.

Herhangi bir işte çalışan aile üyelerinin, hasta bireyin yanında bulunmasından dolayı işi ve işyeriyle ilgili yaşadığı sorunların dağılımı Tablo 39'da ele alınmıştır. Aile üyesinin işi ve iş yeriyle ilgili olarak yaşadığı problemler için birden fazla seçenek işaretleyebileceği belirtildiğinden var olan durum aşağıdaki şekilde tabloya yansıtılmıştır.

Tablo 39: Çalışan Aile Üyelerinin Karşılaştığı İş Problemlerine Göre Dağılımları

Aile Üyesinin İş Yaşamındaki Problemleri	n	%
Herhangi bir problem yaşamıyor	19	26.3
İşine odaklanamıyor	18	25.0
İzin almada problem yaşıyor	22	30.5
Dikkatini toparlayamıyor	13	18.2
Toplam	72	100.0

Tablo 39'a bakıldığında kanserli bireyin yanında bulunan ve bir işte çalışan aile üyelerinin % 30.5'nin izin alma problemi yaşarken %18.2'sinin ise dikkatini toparlayamama problemi yaşadıkları bulgusuna ulaşılmıştır.

Kanser tedavisinin uzun bir zaman sürecini gerektirmesi ve bu nedenle zaman açısından birtakım sıkıntıları da beraberinde getirmesi nedeniyle çalışan aile üyesi hem mesleki sorumlulukları hem de hastaya karşı sorumlulukları arasında sıkışıp kalmasına neden olabilir. İşini kaybetmek istemeyen ya da işyerinde sahip olduğu mesleki rolünü ve statüsünü korumak için mümkün olduğunca işinden ayrılmadan hasta bireyin işlerini yürütmeye ve hasta bireye karşı sorumluluklarını da yerine getirmeye çalışırken birbiriyle çelişen iki durum arasında sıkışıp kaldıkları ve bu nedenle işine odaklanamama ve dikkatini toparlayamama gibi problemler yaşadıkları düşünülmektedir.

Aile üyesine evdeki işlerine yardım eden birinin varlığına ilişkin veriler Tablo 40'da ele alınmıştır.

Tablo 40: Ailelerin Evdeki İşlerini Yürüten Birinin Olma Durumuna Göre Dağılımları

Evde Sorumluluk Paylaşan Birinin Varlığı	n	%
Var	78	52.0
Yok	72	48.0
Toplam	150	100.0

Tablo 40'a bakıldığında kanserli bireyin yanında bulunan aile üyesinin evdeki işlerini aile üyesi adına yürüten birinin var olup olmaması arasında belirgin bir farklılık olmamakla birlikte ailelerinin %52'sinin evindeki işlerini yürüten bir yardımcı kişinin olduğu bulgusuna ulaşılmıştır.

Türk geleneksel aile yapısında akraba bağları ile zor zamanlarda birbirine yardımcı olma geleneğinin paralelinde hastanın yanında bulunan aile üyesinin evindeki işlerini onun adına düzenleyen ve sorumluluklarını yerine getiren biri olduğu düşünülebilir. Ayrıca hastalığın ciddi bir seyir izlemesi ve ortaya çıkan bu kriz durumunu en az zararla atlatabilmek için aileyi oluşturan tüm üyelerin yapabilecekleri konusunda ellerinden geleni yapmaya çalıştıkları, bunun için kanserli bireyin ve onun yanında bulunan aile üyesinin evdeki işleri düşünmeyerek enerjilerini sadece tedaviye yönlendirmelerine yardımcı olmak amacıyla böyle bir sorumluluk paylaşımına gittikleri söylenebilir.

Hastanın yanında bulunan aile üyelerinin evdeki işlerini koordine eden kişi ile yakınlık derecesi Tablo 41'de ele alınmıştır.

Tablo 41: Ailenin Sorumluluğunu Paylaşan Kişinin Aile İle Yakınlık Durumuna Göre Dağılımı

Sorumluluğu Paylaşan Kişinin Aile İle Yakınlığı	n	%
Annem-babam	15	10.1
Kardeşlerim	17	11.3
Çocuklarım	26	17.3
Eşim	20	13.3
Toplam	78	100.0

Tablo 41'e bakıldığında hasta bireyin yanında bulunan aile üyesinin evdeki işlerini onun adına yürüten ve koordine eden kişilerin %17.3 oranında kendi çocukları olduğu %10.1 oranında ise anne ve babalarının olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Yukarıdaki dağılıma bakıldığında ailenin diğer üyelerinin hastalık gibi kriz durumlarında önce kendi iç kaynakları yardımıyla sorumlulukları paylaştıkları söylenebilir.

Evde işlerini yürütecek herhangi bir yakını olmayan ve hastanın yanında bulunan aile üyesinin yaşadığı sıkıntılar Tablo 42'de ele alınmıştır. Aile üyesinin

evindeki işlerini yürüten birinin olmamasından dolayı yaşadığı problemler için birden fazla seçenek işaretledebileceği belirtildiğinden var olan durum aşağıdaki şekilde tabloya yansıtılmıştır.

Tablo 42: Ailelerin Evdeki Sorumluluğunun Paylaşılmasından Dolayı Yaşadığı Sıkıntıların Dağılımı

Evde Sorumluluğun Paylaşılmasından Dolayı Yaşanan Sıkıntılar	n	%
Hastanede iken aklı hep evde	34	47.2
Aile kendini çaresiz ve stres altında hissediyor	32	44.4
Kendisiyle ve ailesiyle ilgili işleri ertelıyor	40	55.4

Tablo 42'ye bakıldığında evdeki işleri aile üyesi adına yürüten birinin olmamasından dolayı yaşanan sıkıntıların başında % 55.4 oranında aile üyesinin kendisiyle ve ailesiyle ilgili işleri ertelemek zorunda kalması sorunu gelirken %44.4'ünün kendini çaresiz ve stres altında hissettiği bulgusuna ulaşılmıştır. Aile üyesinin hastasının yanında iken işlerini yürütecek bir yardımcısının olmamasından dolayı kendisiyle ve ailesiyle ilgili işleri ertelemek zorunda olması; aile üyesinin tedavi süresince hasta bireye karşı sorumlulukları ve ailesinin diğer üyelerine karşı sorumlulukları arasında kendini sıkışmış olarak hissetmesine ve yeni bir kriz durumuna neden olabileceği düşünülebilir. Sosyal hizmet müdahalesi sadece bireyi değil, bireyle birlikte tüm çevresini ve ailesini de içine alan bir disiplin içinde çalışmayı gerektirmektedir. Sosyal hizmet mesleğinin odağı, bireylerin toplum içindeki işlevsellik yeteneğini etkileyen birey ve çevresi arasındaki etkileşimdir (Şahin 2000:113). Bu nedenle mesleki uygulamada yalnızca kanserli bireyin ve ailenin var olan durumlarına ilişkin problemlerine çözüme ilişkin çalışma yaparken, aile üyesi var olduğu sosyal çevresi içinde ele alınarak değerlendirilmeli ve uygun müdahale strateji güçlendirme yaklaşımı ile uygulanmalıdır.

Aile üyesi hastalığı ilk öğrendiği duyguların dağılımı Tablo 43'de ele alınmıştır.

Tablo 43: Ailelerin Hastalığı Öğrendiğinde Yaşadığı Duyguların Dağılımı*

Yaşanılan Duygular	Çok Yoğun Yaşadım		Yoğun Yaşadım		Yaşadım		Biraz Yaşadım		Hiç Yaşamadım	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Şok	66	44.0	33	22.0	13	8.7	11	7.3	27	18.0
Kabullenememe	19	12.7	33	22.0	17	11.3	11	7.3	70	46.7
İnkar etme	11	7.3	21	14.0	11	7.3	9	6.0	98	65.3
İnanamama	23	15.3	44	29.3	20	13.3	13	8.7	50	33.4
Suçluluk	2	1.3	17	11.3	14	9.3	6	4.0	111	74.1
Çaresizlik	10	6.7	31	20.7	17	11.3	14	9.3	78	52.0
İsyen etme	8	5.3	11	7.3	8	5.3	20	13.3	103	68.8
Ne yapacağını bilememe	18	12.0	31	20.7	21	14.0	24	16.0	56	37.3

*Satır yüzdesi kullanılmıştır.

Tablo 43'e bakıldığında ailelerin hastalığı ilk öğrendiğinde şok duygusunu çok yoğun yaşadığı (%44), ancak isyan etme duygusunu (%68.8) yaşamadığı bulgularına ulaşılmıştır. Kanseri hastası olduğunu öğrenen kanserli hasta ile aile üyesinin benzer tepkiler gösterdiği görülmektedir. Aile kişinin gelişiminde büyük bir etkiye sahiptir. Aile üyesinin hastalığı veya hastalığa bağlı olarak eş kaybının olduğu durumlara aile üyesi için en önemli stres faktörlerinden birini oluşturmaktadır (Aktaş ve Aktaş 1991: 156-161). Kanseri, aile üyelerinde travmatik bir etkiye sebep olmakta ve ailenin mevcut dengesini derinden sarsmaktadır (Dilek 2003: 59). Bu nedenle hastalık öğrenildiğinde aile üyelerinin hasta bireyler ile benzer tepkiler göstermesinde hastalığın tüm aileyi benzer şekilde etkilemesinin ve hastalığın "kaçınılmaz ölümü" çağrıştıran bir hastalık olarak düşünülmesinin etkili olduğu söylenebilir.

Aile üyesinin kanseri tanısını ilk öğrendiklerinde yaşadıkları duyguların beşli likert tipi cevapları üzerinden aldıkları puan ortalaması hesaplanmış ve yaşanan duygu ortalamaları 29.06 (±7.30) olarak bulunmuştur.

Kanserli birey ailelerine ait sosyo-demografik özellikleri genel olarak ifade edecek olursak:

Kanserli bireyin yanında bulunan aile üyesinin

- Kadın (%54.7)
- 50 yaş ve üstü yaş grubunda (%29.3)
- Hastanın eşi olduğu (%44.7)
- Herhangi bir işte çalışmadığı (%66.7)
- Çalışan aile üyelerinin en çok izin alma problemi yaşadıkları (%30.5)
- Evdeki sorumluluklarını yerine getiren birinin olduğu (%52)
- Evindeki sorumluluğun çocukları tarafından paylaşıldığı (%17.3)
- Yakınlarının kanser olduğunu ilk öğrendiklerinde şok (%44) duygusunu çok yoğun yaşadıkları bulgularına ulaşılmıştır.

Genel yorum olarak; çoğunluğunun 50 yaşın üstünde kanserli bireyin eşi olduğu, herhangi bir işte çalışmadığı ve evdeki işlerin planlamasında ve yürütülmesinde ailenin sahip olduğu çocukların görev paylaşımında yer aldığı göz önüne alındığında, kanser hastalığının sadece hasta bireyi fizyolojik ve biyolojik olarak etkilenmediği, hasta bireyle birlikte onun yanında bulunan aile üyesinin ve diğer aile üyelerinin de hastalığın psikolojik ve sosyal sorunlarına da etkiye bulunduğu ve bu nedenle sosyal hizmet müdahalesinin bu çerçevede içinde planlanması gerektiği düşünülmüştür.

3.4. KANSERLİ BİREY AİLELERİNİN ÖZELLİKLERİ İLE SOSYAL DESTEK ALGILARI ARASINDAKİ İLİŞKİYE YÖNELİK BULGULAR

Bu bölümde kanserli hasta ailelerinin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin olarak elde edilen verilerin ailelerin sosyal destek algı düzeyleriyle aralarındaki ilişkiyi ortaya koymaya yönelik veriler bu bölümde sunulacaktır.

Aile üyesinin cinsiyetine göre sosyal destek algılamalarında fark olup olmadığı incelenmiş ve elde edilen bulgular tablo 44'de ele alınmıştır.

Tablo 44: Ailelerin Cinsiyeti ve Sosyal Destek Algısı Arasındaki Farklılık

Sosyal Destek Alanları	Ailelerin Cinsiyeti	n	$\bar{X}$	S.s.	t	f	p
Toplam Sosyal Destek	Kadın	82	110.38	19.79	-1.521	1.960	0.164
	Erkek	68	115.34	19.99	-1.520		
Güven Sosyal Destek	Kadın	82	24.29	4.25	-0.148	0.135	0.714
	Erkek	68	24.53	4.05	-0.348		
Bilgisel Sosyal Destek	Kadın	82	31.23	9.60	-0.148	3.915	0.05
	Erkek	68	34.24	11.18	-1.745		
Duygusal Sosyal Destek	Kadın	82	9.21	9.21	-0.148	0.268	0.606
	Erkek	68	8.95	8.95	-1.156		

* $p < 0.05$ düzeyinde farklılık anlamlıdır.

Tablo 44'de aile üyelerinin cinsiyetine göre sosyal destek algılamaları arasındaki farkın anlamlı olup olmadığına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Bu ilişkilerin saptanması ve ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını tespit etmek için de t testi uygulanmıştır.

Her iki cinste de kanserli birey yakını olmak yaşamlarında bir takım değişimlerin meydana gelmesine neden olmaktadır. Bu durum aile üyelerinin sosyal destek algılarında da meydana gelmektedir. Tablo 44'e bakıldığında, kadın ve erkek aile üyelerinin toplam sosyal destek puanı, bilgisayarlı sosyal destek puanı,

duygusal sosyal destek puanı ve güven sosyal destek puanlarının etkilendiği ve bu etkilenmenin kadınlarda ve erkeklerde benzer düzeyde olduğu görülmüştür. Ancak etkilenme bakımından her iki cinsten aile üyelerinin toplam sosyal destek puanı, duygusal sosyal destek puanı ve güven sosyal destek puanlarının arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın bulunmadığı saptanırken ($p>0.05$), aile üyelerinin cinsiyete göre bilgisayar sosyal destek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Kanseri olan bireyin yanında bulunan aile üyesinin çoğunlukla kadın olması (%54.7) ve lise mezunu olması (%39.3) nedeniyle cinsiyete göre sosyal destek algısında bilgisayar destek puanlarında böyle bir farkın olduğu düşünülmektedir.

Aile üyelerinin bilgisayar sosyal destek alt ölçeklerine bakıldığında erkeklerin bilgisayar sosyal destek algı ortalamasının ($\bar{X}=34.24$) kadın aile üyesinin bilgisayar sosyal destek ortalamasından ($\bar{X}=31.23$) yüksek olduğu ve bilgisayar destek verme açısından kadınlara göre daha yetkin oldukları görülmüştür. Buna karşın kadın aile üyelerinin erkek aile üyelerine oranla duygusal sosyal destek algı ortalamalarının nispeten yüksek olduğu ancak, bu yüksekliğin istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Cinsiyete ilişkin özellikleri ortaya koymayı amaçlayan çalışmalarda kadınların fizyolojik olarak daha işbirlikçi, duygusal, edilgin, saldırgan olmayan, empati kurmaya yatkın, rasyonel akıldan yoksun, entellektüel yönelimi bulunmayan bir kurguya sahip oldukları; erkeklerin ise cesur, duygusal olmayan, akılcı, çözüme yönelik rasyonel gerçeklerle ilgilenen bir kurguya sahip oldukları ileri sürülmektedir (Onur 1997:196; Timisi 1996:28 ; Aktaş 1997:50). Bu doğrultuda her iki cinsiyet arasında destek algılarında meydana gelen farklılığın olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan ailelerin yaşları sınıflandırılmıştır. Bu sınıflamaya göre aile üyelerinin sosyal destek algısı puan ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamlı olup olmadığına ilişkin bulgular Tablo 45'de verilmiştir.

Tablo 45: Aile Üyesinin Yaş Grubu İle Sosyal Destek Algısı Arasındaki İlişki

Aile Üyesinin Yaş Grubu İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki	n	r	p
Tüm ölçek puanı	150	-0.056	p>0.05
Duygusal destek puanı	150	-0.012	p>0.05
Bilgisel destek puanı	150	-0.102	p>0.05
Güven desteği puanı	150	-0.001	p>0.05

Tablo 45'de ailelerin içinde bulunduğu yaş grubu ile sosyal destek algıları arasındaki ilişki verilmiştir. Ailelerin yaş grubu ile sosyal destek algısı arasındaki ilişkiyi hesaplamak için Kendall's tau_b kolerasyon katsayısı hesaplanmıştır.

Genel olarak bakıldığında ailelerin yaş grubu ile sosyal destek algıları arasında negatif bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin toplam destek puanı ve alt ölçek puanlarıyla arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı bulunmuştur. Bireylerin yaşı ilerledikçe sosyal destek alan konumundan sosyal destek veren konumuna geçmektedir (Banaz 1992:9; Bayram 1999:154; Elbir 2000 59). Hasta bireye sosyal destek veren aile üyelerinin 50 ve üstü (%29.3) yaş grubunda olmasına rağmen sosyal destek ile yaş grubu arasındaki negatif ilişkide, aile üyelerinin de içinde bulundukları durum nedeniyle sosyal desteğe ihtiyaç duymalarının etkili olduğu düşünülmektedir.

Elde edilen bu ilişki kanser hastalığının ölümü çağrıştıran bir hastalık olmasına ilişkin duygularından dolayı aile üyelerinin kendilerini kanserli bireyden ayırtmaya çalıştıkları ve kendilerini ölüm olayına hazırlamaya çalıştıklarını da düşündürmektedir.

Ailelerin eğitim durumları ile sosyal destek algılamaları arasındaki ilişki incelenerek elde edilen bulgular tablo 46'da verilmiştir.

Tablo 46: Ailelerin Eğitim Durumu İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki

Ailelerin Eğitim Düzeyi İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki	n	r	p
Tüm ölçek puanı	150	0.153*	p<0.05
Duygusal destek puanı	150	0.073**	p<0.001
Bilgisel destek puanı	150	0.149*	p<0.05
Güven desteği puanı	150	0.077	p>0.05

Tablo 46'da ailelerin sahip oldukları eğitim düzeyleri ile sosyal destek algıları arasındaki ilişki verilmiştir. Kanserli birey ailelerinin eğitim durumları ile sosyal destek algısı arasındaki ilişkiyi hesaplamak için Kendall's tau_b korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Genel olarak bakıldığında ailelerin eğitim düzeyi ile sosyal destek algıları arasında pozitif bir ilişki olduğu ve ailelerin tüm ölçek puanı, duygusal destek puanı ve bilgisel destek puanı açısından eğitim düzeyi ile sosyal destek algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunurken ailelerin güven desteği puanı ile eğitim düzeyleri arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Ailelerin eğitim düzeyinin kanserli bireylere oranla daha yüksek olmasının bu ilişki üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Eğitim düzeyi yükseldikçe bireylerin olayları değerlendirme kapasitelerinde, hasta bireye bilinçli yaklaşım sergilemelerinde ve içinde bulunulan durumun yaratacağı olumsuz duyguları anlamada olumlu etki olması beklenmektedir. Bu nedenle eğitim durumu ile sosyal destek algıları arasında pozitif bir ilişki olduğu düşünülmektedir.

Aile üyesinin medeni durumu ile sosyal destek algıları arasında bir fark olup olmadığına bakılmış ve elde edilen bulgular Tablo 47’de verilmiştir.

Tablo 47: Ailelerin Medeni Durumu ve Sosyal Destek Algısı Arasındaki Farklılık

Sosyal Destek/ Medeni Durum	n	$\bar{X}$	Ss.	f	p*	
Toplam Sosyal Destek	Evli	115	112.76	20.04	5.017	0.008
	Bekar	29	116.93	18.46		
	Dul ve boşanmış	6	89.33	7.42		
	Toplam	150	112.63	19.96		
Güven Sosyal Destek	Evli	115	24.63	4.06	3.673	0.028
	Bekar	29	24.41	4.35		
	Dul ve boşanmış	6	20.00	2.68		
	Toplam	150	24.40	4.15		
Bilgisel Sosyal Destek	Evli	115	32.13	10.73	2.650	0.074
	Bekar	29	35.76	9.04		
	Dul ve boşanmış	6	26.17	6.49		
	Toplam	150	32.59	10.42		
Duygusal Sosyal Destek	Evli	115	56.00	9.14	6.366	0.002
	Bekar	29	56.76	7.54		
	Dul ve boşanmış	6	43.17	7.00		
	Toplam	150	55.63	9.11		

*p<0.05 düzeyinde farklılık anlamlıdır.

Ailelerin medeni durumuna göre sosyal destek algısı puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olup olmadığına ilişkin bulgulara tablo 47’de yer verilmiştir. Bu değişkenlerin ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını tespit etmek için Varyans analizi uygulanmıştır.

Medeni durumuna göre gruplar arasında ailelerin tüm ölçek puanları, güven desteği puanları ve duygusal destek puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0.05$), bilgisel destek puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Bekar aile üyeleri güven sosyal destek algı ortalamaları dışında toplam sosyal destek algı ortalaması, duygusal sosyal destek algı ortalaması ve duygusal sosyal destek algı ortalaması evliler ile dul ve boşanmış aile üyelerine göre daha yüksek çıkmıştır. Bekar bir birey, bir eşe ya da çocuklara sahip olmamasından dolayı başkalarına karşı yerine getirmesi gereken sorumlulukları bulunmamaktadır. Bir eşe ya da çocuğa sahip olmayan

bireyin kanserli bireye daha fazla ilgi, sevgi ve alaka göstereceği ve bu durumun kanserli birey için olumlu etkide bulunduğu; bu nedenle de bekar aile üyelerinin sosyal destek algı ortalamalarının evli, dul ve boşanmışlara göre daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Söz konusu farklılığın hangi medeni durumdan kaynaklandığını araştırmak üzere LSD testi yapılmıştır (Bkz. Tablo 47b, EK:9) .

Araştırmaya katılan aileler içinde yer alan ve evli olan aile üyelerinin sosyal destek algı ortalamalarına bakıldığında ise güven sosyal desteği ortalamasının

($\bar{X}=24.63$) yüksek olduğu görülmektedir. Kanserli birey ile aile üyesinin karı-koca ilişkisi içinde olmasından dolayı böyle bir farkın oluştuğu düşünülmektedir. Aile üyesinin vereceği duygusal destek, ailenin hastaya ilgi ve sevgi göstermesi, onun ihtiyaçlarına duyarlı olması, kaygı ve korkularını paylaşması, hastalıkla ilgili olarak hastanın yaşadığı güçlükleri ve duygularını anlaması anlamına gelmektedir (Eylen 2001 135). Kanser gibi bir hastalık ortaya çıktığında ailelerin hasta olan aile üyesinden uzaklaşma eğilimi göstermektedir (Atlı 1997:47). Aile üyesinin hastalıkla birlikte aile üyesinde uzaklaşma ve her şey yolundaymış gibi davranış gösterme eğilimine girmesinin fark üzerinde etkisi olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan ailelerin herhangi bir işte çalışma durumlarına göre sosyal destek algılamalarında fark olup olmadığı konusu Tablo 49'da ele alınmıştır.

Tablo 48: Ailelerin Çalışma Durumu ve Sosyal Destek Algıları Arasındaki Farklılık

Sosyal Destek Alanları		n	$\bar{X}$	S.s.	t	f	p
Toplam Sosyal Destek Puanı	Çalışıyor	50	112.00	17.20	0.271	2.091	0.150
	Çalışmıyor	100	112.94	21.29	0.291		
Güven Sosyal Destek Puanı	Çalışıyor	50	23.94	3.47	0.960	3.276	0.389
	Çalışmıyor	100	24.63	4.45	1.042		
Bilgisel Sosyal Destek Puanı	Çalışıyor	50	10.70	1.51	0.210	0.109	0.741
	Çalışmıyor	100	10.33	1.03	0.207		
Duygusal Sosyal Destek Puanı	Çalışıyor	50	55.72	8.32	0.082	0.746	0.072
	Çalışmıyor	100	55.59	9.51	0.086		

Tablo 48'de ailelerin çalışma durumlarına göre sosyal destek algılamaları puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olup olmadığına ilişkin bulgulara yer

verilmiştir. Bu ilişkilerin saptanması ve ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını tespit etmek için de t testi uygulanmıştır.

Tablo 48'e bakıldığında çalışan ve çalışmayan aile üyelerinde bu durumdan dolayı sosyal destek algılamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Aile üyesinin yanında bulunduğu kanserli bireyin sağlığına kavuşması için kendi önceliklerini arka plana atma eğiliminde olmasına bağlı olarak çalışma durumu ile sosyal destek algıları arasında farkın anlamlı olmadığı düşünülmektedir.

Hastanın yanında tedavi süresince bulunan aile üyesinin evdeki işlerini onu adına yürüten birinin olup olmaması göre sosyal destek algılamalarında fark olup olmadığı incelenmiş ve elde edilen veriler tablo 49'da verilmiştir.

Tablo 49: Aileye Yardımcı Birinin Varlığı ile Sosyal Destek Algısı Arasındaki Farklılık

Sosyal Destek Alanları	Yardımcının varlığı	n	$\bar{X}$	S.s.	t	f	p
Toplam Sosyal Destek Puanı	Var	78	114.65	18.61	1.297	0.456	0.501
	Yok	72	110.43	21.25	1.290		
Duygusal Sosyal Destek Puanı	Var	78	56.23	8.22	0.836	1.557	0.214
	Yok	72	54.99	9.99	0.829		
Bilgisel Sosyal Destek Puanı	Var	78	33.83	9.77	1.524	1.042	0.309
	Yok	72	31.25	10.99	1.517		
Güven Sosyal Destek Puanı	Var	78	24.59	3.92	0.582	0.053	0.819
	Yok	72	24.19	4.40	0.579		

Tablo 49'da ailelerinin evlerinde onların adına işlerini koordine eden ve düzenleyen birinin olması durumuna göre sosyal destek algılamaları puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olup olmadığına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Bu ilişkilerin saptanması ve ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını tespit etmek için de t testi uygulanmıştır.

Tablo 49'a bakıldığında işlerine yardımcı birisi olan ve olmayan hasta ailelerinde bu durumdan dolayı sosyal destek algılamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($p>0.05$). Yardımcı olan birinin var olup

olmama durumlarının oransal olarak birbirine çok yakın olmasından dolayı istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın oluşmamasına neden olduğu düşünülmektedir. Ancak bu durumda bile, yardımcının varlığı sosyal destek algı ortalaması yardımcısı olduğunu belirten aile üyelerinde artmıştır. Bu çerçevede istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmasa da aile üyesinin evdeki işlerine yardımcı olan birinin varlığı güven sosyal destek algı ortalaması hariç toplam sosyal destek algı ortalaması, bilgisel sosyal destek algı ortalaması ve duygusal sosyal destek algı ortalamaları yardımcı biri olmayan aile üyelerinin sosyal destek algı ortalamalarından yüksek bulunmuştur. Evde bir yardımcının varlığı ailenin de sosyal çevresinden ve yakınlarından belirli düzeyde de olsa sosyal destek sağlayabildiğini ve bu durumun hasta bireye verilen sosyal desteğin de olumlu yönde etkilediğini düşündürmektedir.



Aile üyesi ile hasta bireyin yakınlığının, ailenin ve kanserli bireyin sosyal destek algıları arasında bir fark olup olmadığı incelenmiş ve elde edilen veriler Tablo 50'de verilmiştir. Tabloda yalnızca farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu düzeyde p değerine sahip olan ($p<0.05$) verilere yer verilmiştir.

Tablo 50: Kanserli Birey ve Ailenin Yakınlık Derecesi İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki Farklılık

Sosyal Destek/ Hasta Bireyle Yakınlık Derecesi	n	$\bar{X}$	Ss.	f	p*
Aile Bilgisel Sosyal Destek Eşi	67	32.79	11.04	3.186	0.015
Çocuğu	16	26.38	11.04		
Kardeşim	15	31.13	5.94		
Annem-baba	40	33.10	8.87		
Akraba-arkadaş	12	39.92	11.41		
Toplam	150	32.59	10.42		
Hasta Toplam Sosyal Destek Eşi	67	138.21	27.70	3.535	0.009
Çocuğu	16	150.75	24.89		
Kardeşim	15	127.27	25.21		
Annem-baba	40	127.05	18.38		
Akraba-arkadaş	12	145.08	32.72		
Toplam	150	136.03	26.28		
Hasta Güven Sosyal Destek Eşi	67	55.78	10.16	3.101	0.017
Çocuğu	16	61.06	7.60		
Kardeşim	15	50.47	11.80		
Annem-baba	40	52.63	8.50		
Akraba-arkadaş	12	55.67	10.48		
Toplam	150	54.96	9.97		
Hasta Bilgisel Sosyal Destek Eşi	67	34.60	11.25	2.610	0.038
Çocuğu	16	38.38	11.51		
Kardeşim	15	33.20	7.32		
Annem-baba	40	30.43	8.12		
Akraba-arkadaş	12	38.67	12.67		
Toplam	150	34.07	10.54		
Hasta Duygusal Sosyal Destek Eşi	67	47.84	9.57	3.357	0.012
Çocuğu	16	51.31	8.48		
Kardeşim	15	43.60	9.23		
Annem-baba	40	44.00	6.60		
Akraba-arkadaş	12	50.75	10.81		
Toplam	150	46.99	9.10		

* $p<0.05$ düzeyinde farklılık anlamlıdır.

Kanserli bireyle yanında bulunan aile üyesinin yakınlığına göre sosyal destek algısı puanları arasındaki farkın anlamlı olup olmadığına ilişkin bulgulara tablo

50'de yer verilmiştir. Bu değişkenlerin ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını tespit etmek için Varyans analizi uygulanmıştır.

Ailelerin hasta bireye yakınlık derecesine göre bilgisayarlı sosyal destek algılamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunurken, benzer şekilde yakınlık derecesi ile hasta bireyin toplam sosyal destek ve alt ölçek sosyal destek algıları arasındaki fark da anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Aileler açısından yalnızca bilgisayarlı sosyal destek algı ortalamasında meydana gelen farklılık belirgin olarak ortaya çıkmıştır. Kanseri olan bireyin, aile üyesinin çocuğu olduğu grubun bilgisayarlı sosyal destek ortalaması ($\bar{X}=26.38$) en düşük iken; ailenin kanseri olan bireyin akraba ve arkadaşı olduğu grupta ailelerin bilgisayarlı sosyal destek algı ortalaması ($\bar{X}=39.32$) en yüksektir. Çocuk sahibi olmak, ailenin çocuğa atfettiği değerle ilişkili olarak yoğun duyguları da beraberinde getirir. Anne baba olmanın en önemli kuralı çocuğunu gelebilecek her türlü zarara ve tehlikeye karşı korumaktır. Yazılı olmayan bu kural ailelerin aşırı koruyucu ve kollayıcı olumsuz bir tutum içinde davranmalarına neden olabilmektedir (Özkan (a) 1993). Aşırı kollayıcı ve koruyucu tutum içinde olan aile, çocuğu hastalık hakkındaki olumsuz bilgileri saklayarak çocuğu adına karar verme eğiliminde oldukları ve bu nedenle de çocuklarıyla ilgili olarak bilgisayarlı sosyal destek puan ortalamalarının diğer gruplara göre düşük olduğu düşünülmektedir.

Kanseri olan bireyle yakınlık ne kadar yüksek ise hastalıktan etkilenme o derece yüksek orandadır (Erözenci 2003:24). Bu nedenle aile üyelerinin akraba ve arkadaşlarının hastalıkları hakkında daha rahat bilgilendirdikleri, tedaviyle ilgili bilgileri daha doğru ve net biçimde aktardıkları için ailelerin bilgisayarlı sosyal destek algılamasının akraba ve arkadaşlarda yüksek olduğu düşünülmektedir.

Ailelerin kanseri olan bireyle yakınlığı açısından sosyal destek algılarına ilişkin bu bulgu elde edilirken; kanseri olan bireyler için yanında bulunan aile üyesi ile yakınlık derecesine göre toplam sosyal destek ve tüm alt ölçek sosyal destek algı ortalamalarında yapılan istatistiksel incelemede farklılık olduğu görülmektedir.

Aile üyesi ile çocuk-ebeveyn ilişkisi içinde olan hastaların toplam sosyal destek algı ortalaması ($\bar{X}$ =150.75), güven sosyal destek algı ortalaması ($\bar{X}$ =61.06) ve duygusal sosyal destek algı ortalaması ($\bar{X}$ =51.31) araştırma evreni içinde en yüksek değere sahiptir. Klinik deneyimlerim boyunca kanserli hastaların belli bir işe yada kariyere; kendisine destek olacak bir eşe ve çocuklara sahip olsa da hastalık gibi zor ve sıkıntılı bir dönemde karşılıksız, herhangi bir beklentiden uzak, hoşgörüsünden ve sevgisinden en fazla yararlandığı kişilerin ebeveynleri olduğunu gözlemledim. Araştırmada elde edilen sonuçların klinik gözlemler ile uyumlu olduğu düşünülmektedir.

Sonuç olarak genel duruma bakıldığında kanserli bireyin yanında bulunan aile üyesi için verilen destekte yakınlık derecesinin çok fazla önemli olmadığı, ancak kanserli birey açısından yanında bulunan aile üyesi ile yakınlığın destek algılaması açısından önemli olduğu söylenebilir.

Hastaların ve ailelerin bilgisel destek puanları arasında bir benzerlik bulunmaktadır. Bu benzerlikte hastaların bilgisel destek ortalaması ($\bar{X}$ =34.07) ile ailelerin bilgisel destek puan ortalamasının ($\bar{X}$ =32.59) birbirine yakın olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir

Aile üyesi yakınının hastalığını (tanıyı) ilk öğrendiğinde yaşadığı duygular “çok yoğun yaşadım” ile “hiç yaşamadım” biçiminde beşli likert şeklinde puanlandırılmıştır. Bu puanlama ile sosyal destek algıları arasında ilişkiye bakılmış ve elde edilen bulgular Tablo 51’de verilmiştir.

Tablo 51: Ailelerin Tanıyı İlk Öğrendiğinde Yaşadığı Duygu Ortalamaları İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki

Aileler Tanıyı İlk Öğrendiğinde Yaşadığı Duyguların Ortalamalarıyla Sosyal Destek Algıları İlişkisi	n	r	p
Tüm ölçek puanı	150	0.104	p>0.05
Duygusal destek puanı	150	-0.035	p>0.05
Bilgisel destek puanı	150	0.231**	p<0.001
Güven desteği puanı	150	0.003	p>0.05

Tablo 51’de aile üyelerinin kanserli bireyle yakınlığı ile sosyal destek algıları arasındaki ilişki verilmiştir. Aile üyesinin bireye yakınlığı ile sosyal destek algısı arasındaki ilişkiyi hesaplamak için Spearman korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Hesaplama ailelerin duygusal destek algılamaları ile yaşanan duygular arasında pozitif yönde bir ilişki bulunurken ailelerin tüm ölçek puanı, duygusal destek puanı ve güven desteği puanları arasındaki ilişki anlamlı bulunamamıştır.

Araştırmaya katılan aile üyesinin eğitim durumunun yüksek olması ile hastalığın muhtemel sonuçları hakkında daha fazla bilgi sahibi olabileceği ve buna bağlı olarak hasta bireye yardımcı olmak için kendi bilgi donanımını arttırmaya yöneldiği için bilgisel destek puanı ile hastalık ilk öğrenildiğinde yaşadıkları duygular arasında ilişki olduğu düşünülmektedir.

Hastalığın teşhis zamanı ile ailelerin sosyal destek algıları arasındaki ilişki incelenmiş ve yapılan Varyans analizi sonucunda teşhis zamanı ile sosyal destek algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan aile üyelerinin en uzun süre yaşadıkları yerleşim tipi ile sosyal destek algıları arasında bir fark olup olmadığı Varyans analizi ile test edilmiştir. Yapılan istatistiksel karşılaştırmada ailenin en uzun süre yaşadığı yerleşim tipi ile sosyal destek algıları arasında anlamlı bir fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmada ailelerle ilgili olarak elde edilen veriler, sosyal destek algısına etkisi olabileceği düşünülen bazı sosyo-demografik özellikler açısından genel olarak incelendiğinde;

- Aile üyesinin kadın ya da erkek olması ile sosyal destek algıları arasında bir fark olup olmadığına bakıldığında bilgisel destek puanları ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunurken ($p>0.05$); ailelerin tüm ölçek puanı, duygusal destek puanı ve güven puanları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Hastanın yanında bulunan aile üyesinin

cinsiyete göre sosyal destek algı ortalamalarında farklılık bulunmaktadır.

Erkek aile üyelerinin bilgisel sosyal destek ortalaması ($\bar{X}$ =34.24), kadın aile üyelerinin bilgisel sosyal destek puan ortalamasından ($\bar{X}$ =31.23) yüksek bulunmuştur.

- Aile üyesinin içinde bulunduğu yaş grubu ile sosyal destek algıları arasındaki ilişki negatif yönde anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).
- Aile üyesinin eğitim düzeyi ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiye bakıldığında aile üyelerinin tüm ölçek, duygusal destek ve bilgisel destek puanları ile anlamlı bir ilişki bulunurken ($p<0.05$) aile üyesinin eğitim durumu ile güven desteği arasındaki ilişkinin anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0.05$).
- Aile üyesinin hastaya yakınlık derecesi ile sosyal destek algıları arasında fark olup olmadığına bakıldığında hastanın tüm ölçek puanında ve alt ölçek sosyal destek algılamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0.05$); ailenin hastaya yakınlığı ile bilgisel destek algılamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Ortalamalar açısından yakınlık derecesine bakıldığında ise hasta ile çocuk-ebeveyn ilişkisi içinde olanların toplam sosyal destek algı ortalamaları ($\bar{X}$ =150.75), güven sosyal destek algı ortalaması ($\bar{X}$ =61.06) ve duygusal sosyal destek algı ortalamaları ($\bar{X}$ =51.31) diğer gruplara göre en yüksek değere sahiptir.
- Aile üyesinin medeni durumu ile sosyal destek algısı arasında fark olup olmadığına bakıldığında ailelerin bilgisel desteği ile medeni durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Ortalamalar açısından aile üyelerinin medeni durumlarına bakıldığında bekar aile üyelerinin toplam sosyal destek algı ortalamaları ($\bar{X}$ = 116.93),

bilgisel sosyal destek algı ortalamaları ($\bar{X}=35.76$) ve duygusal sosyal destek algı ortalamaları diğer medeni durumlara göre yüksek bir değere sahip iken evli aile üyelerinin güven sosyal destek algı ortalamaları ($\bar{X}= 24.63$) diğer medeni durumdaki aile üyelerinin sosyal destek algı ortalamalarından yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

- Aile üyesinin çalışma durumu ile sosyal destek algıları arasında fark olup olmadığına bakılmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($p>0.05$). Ortalamalar açısından çalışma durumuna ilişkin olarak da belirgin bir fark bulunamamıştır.
- Aile üyesine yardımcı olan birinin varlığı ile sosyal destek algıları arasında fark olup olmadığına bakılmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($p>0.05$). Ortalamalar açısından aile üyesine yardımcı olan birinin varlığı değerlendirildiğinde yardımcı bir aile üyesi olan hasta yakınının duygusal sosyal destek algı ortalaması ($\bar{X}=56.23$) yardımcı biri olmayan aile üyelerinden yüksek olduğu bulunmuştur.
- Tanı öğrenildiğinde yaşanan duyguların puan ortalaması ile sosyal destek algılamaları arasındaki ilişkiye bakılmış ve ailelerin bilgisel sosyal destek ile yaşanan duygular arasında anlamlı bir ilişki bulunurken ($p<0.05$) aile üyelerin tüm ölçek, duygusal destek ve güven desteği puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır($p>0.05$).

BÖLÜM IV

SONUÇ VE ÖNERİLER

4.1. SONUÇLAR

Araştırmadan elde edilen sonuçlar dört ana başlık altında verilmiştir. Bunlar; kanserli bireylerin özellikleriyle ilgili sonuçlar, kanserli bireylerin sosyal destek algılarıyla sosyo-demografik özellikleriyle ilgili sonuçlar, kanserli birey ailelerinin özellikleriyle ilgili sonuçlar, kanserli birey ailelerinin sosyal destek algılarıyla sosyo-demografik özellikleriyle ilgili sonuçlardır.

4.1.1 Kanserli Bireylerin Özellikleri ile İlgili Sonuçlar

Bu bölümde kanserli bireylerin özellikleriyle ilgili olarak araştırmada elde edilen sonuçlar aşağıda ele alınmaktadır:

- Kanserli bireylerin çoğunluğu 41 yaş ve üstü grupta yer almaktadır.
- Bireylerin büyük bir kısmı okuma yazma bilmemekte ya da ilköğretim düzeyinde eğitim seviyesine sahiptir.
- Bireyler alt sosyo-ekonomik düzeyde gelire sahiptir.
- Cinsiyete göre kanser hastalığının dağılımı, ülke genelindeki dağılımla paralellik göstermektedir.

- Büyük bir çoğunluğu tedavi için şehir dışından gelmektedir.
- Bireyler tanıyı ilk öğrendiklerinde yoğun olarak şok, inanamama ve çaresizlik duygularını yaşarken ne yapacağını bilememe, isyan, çaresizlik ve suçluluk duygularını daha az yoğunlukta ya da hiç yaşamadıkları sonucuna ulaşmışlardır.
- Kanserli bireyler sorunlarının çözümü için profesyonel düzeyde yardım alamamaktadırlar.
- Sosyal hizmet mesleği ve işlevleri hastalarca bilinmemektedir.
- Kanserli bireyler sosyal hizmet uzmanından en çok duygusal destek sağlama ve tedavi hakkında bilgi alma şeklinde profesyonel yardım almaktadır.

4.1.2. Kanserli Bireyin Özellikleri ile Sosyal destek Algıları Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar

Araştırma sonucunda, kanserli bireylerin sosyal destek algılarının bir çok faktörden etkilendiği bulunmuştur. Bu faktörler hastanın bireysel özellikleri, hastalık öğrenildiğinde yaşanan duygular ve sosyal hizmet uzmanından profesyonel yardım alma şeklinde sıralanmaktadır.

Bunlar;

- Kanserli bireylerin yaş, medeni durum, sahip olunan çocuk sayısı, eğitim durumu, mesleki konumu, gelir düzeyi, uygulanan tedavi türü ve hastalık öğrenildiğinde yaşanan duygular gibi bireysel özellikleri sosyal destek algılarını etkilemektedir
- Sosyal hizmet uzmanından profesyonel yardım almak sosyal destek algısına etki etmektedir
- Kanserli bireylerin sahip oldukları özellikler ile sosyal destek algı puanları arasındaki farka bakıldığında hastaların toplam sosyal destek, güven

sosyal destek ve bilgisel sosyal destek alanlarında farklılıkların ortaya çıktığı sonucuna ulaşılmıştır.

4.1.3.Kanserli Birey Ailelerinin Sahip Olduğu Özelliklerle İlgili Sonuçlar

Bu bölümde kanserli birey ailelerinin özellikleriyle ilgili olarak elde edilen sonuçlar sıralanmaktadır.

Bunlar;

- Hasta yakınlarının çoğunluğu 20-49 yaş grubunda, lise ve üzeri düzeyde eğitim seviyesine sahiptirler.
- Kanserli birey, aile üyesinin eşi ya da anne-babasıdır.
- Ailelerin evdeki işlerine yardımcı olan herhangi bir yakını bulunmaktadır. Sorumluluk paylaşımında hasta yakının eşi ya da çocukları ön plana çıkmaktadır.
- Aileler tanıyı ilk öğrendiklerinde şok ve inanamama duygularını yoğun düzeylerde yaşarken inkar ve isyan duygularını hiç yaşamadıkları sonucuna ulaşılmıştır.

4.1.4. Kanserli Birey Ailelerinin Özellikleri İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişkiye Yönelik Sonuçlar

Araştırmada kanserli birey ailelerinin sosyal destek algısının birçok faktörden etkilendiği bulunmuştur. Bu faktörler kanserli bireye yakınları ile hastalık ilk öğrenildiğinde yaşanan duygulardır. Bu faktörlerin ayrıntıları sıralanacak olursa;

- Kanserli birey ailelerinin cinsiyet, kanserli bireye yakınlık derecesi, medeni durumu ve hastalık öğrenildiğinde yaşanan duygular gibi bireysel özellikleri ailelerin sosyal destek algısına etki etmektedir.

- Kanserli birey ailelerinin sahip olduğu özellikler ile sosyal destek algı puanları arasındaki farka bakıldığında ailelerin bilgisel sosyal destek ve duygusal sosyal destek algı alanlarında farklılıklar ortaya çıkmaktadır.
- Aile üyesi ile kanserli birey arasındaki yakınlık derecesi, ailenin verdiği düşündüğü sosyal destek algısında önemli bir farklılık oluşturmazken kanserli bireyin aldığı düşündüğü sosyal destek algısında farklılık oluşturmaktadır.

4.2. ÖNERİLER

Araştırmada elde edilen sonuçlar incelendiğinde kanserli bireylerin ve ailelerinin sosyal destek algılarına olumlu katkıda bulunmak, kanserli birey ve ailelerine verimli bir hizmet verilebilmesi için yapılması gerekenlere yönelik önerilere aşağıda yer verilmiştir.

- Kanserli bireylerin çoğunluğu 41 yaş ve üzeri olduğundan profesyonel anlamda aileye ve bireye destek sağlarken içinde bulunulan yaş döneminin özellikleri göz önünde bulundurulmalıdır. Bu ailenin hasta bireye vereceği destekte daha bilinçli davranmasını, kanserli birey tarafından sergilenen davranışın yaş dönemine mi yoksa hastalığı bağlı psikolojik kökenlere mi dayandığını anlamasına yardımcı olacaktır. Benzer şekilde kanserli bireyin içinde bulunduğu yaş döneminin psikolojik özelliklerini bilerek yardımcı olacak mesleki elemanına, bireyin sahip olduğu özelliklerden hangisini güçlendirebileceği hakkında bilgi sağlayarak kanserli bireyin destek algısını arttırmasına olumlu katkı sağlayacaktır.

- Göreceli olarak kanserli bireyin eğitim düzeyinin yanında bulunan aile üyesinden düşük olmasından dolayı birey ve ailenin anlamayacağı bir dille bilgilendirme; hastalık ve tedavisi hakkında aileyle birlikte kanserli bireyin bazı konuları yanlış anlaşılmalara neden olabilir. Sağlık ekibinin tüm üyeleri (doktor,

hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve diğerleri) bilgi aktarırken birey ve ailelerinin anlayabileceği sade bir dille, tıp terimleri kullanmamaya dikkat ederek uygun bir konuşma dili kullanmalıdır.

- Tedavinin uzun olması, çoğunluğunun tedavi için şehir dışından gelmesi ve ekonomik düzeylerinin düşük olmasından dolayı hastanede yatarak tedavi görme imkanı olamayan bireyler ve yanlarında bulunan aile üyesi için hastane içinde ya da ulaşımın rahatlıkla sağlanabileceği yakın çevresine yurtdışındaki örneklerinde olduğu gibi hastane otellerinin kurulması, bu otellerde verilecek yemek servisinin kanserli bireyin kalori ihtiyacına göre planlanması için gerekli çalışmalar yapılmalıdır. Böyle bir sistem sayesinde kanserli birey ve ailesinin hijyenik olmayan şartlarda kalması engellenirken kanserli bireyler için önemli ve tedavinin etkili bir unsuru olan sağlıklı beslenme koşulu da gerçekleştirilmiş olur.

- Kanser türlerinin görülme dağılımı cinsiyete göre farklılık gösterdiğinden, bireylerin ve toplumun kitle iletişim araçları ile bilgilendirilmesi sağlanmalıdır. Bu bilgilendirme kanserin oluşumu, belirtileri, erken teşhisin tedavi için ne kadar önemli olduğunu vurgulayacak şekilde olmalıdır. Bilgilendirmeye yönelik olarak hazırlanacak çalışmanın özellikle tüm ailenin bir arada televizyon seyrettiği saatlerde yayınlanabilmesi için tüm radyo televizyon kurumları ile bir protokol oluşturulmalıdır. Basılı yayın organlarına ilginin ülkemizdeki durumu göz önüne alındığında radyo ve televizyon bu konuda etkin olarak kullanılabilecek basın yayın organı konumundadır.

- Ekonomik sorun ve düşük gelire sahip olma, araştırmaya atkılan birey ve aileleri içinde yaygın olduğundan kanserli bireylere maddi kaynak sağlayabilecek gönüllü kuruluşların kurulması için teşvik edici girişimlerin başlatılması ve bu gönüllü kuruluşlarda sosyal hizmet uzmanının istihdam edilmesi yapılacak yardımın yerine ulaşabilmesi için gereklilik oluşturmaktadır.

- Birey ve ailelerin tanıyı ilk öğrendiklerinde yaşadıkları olumsuz duyguların yoğunluğunu azaltmak ve sağlıklı baş etme mekanizmaları geliştirmelerine yardımcı olabilmek için, tanıya ilişkin teşhis sürecinin başladığı andan itibaren birey ve ailelere profesyonel destek sunulmalıdır. Bireye destek

sunacak olan profesyonel sağlık ekibi içinde sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve gerektiği durumlarda ilaç kullanımı sağlamak ve danışmanlık almak için bir psikiyatristin onkolojik sağlık ekibine dahil edilmesi sağlanmalıdır.

- Hastanelerde istihdam edilen sosyal hizmet uzmanlarının ve psikologların konuyla ilgili olarak belirli bir eğitimden geçirilmiş olması hastaya ve aileye verilecek profesyonel desteğin kalitesini arttıracaktır.

- Onkoloji alanında çalışmak; psikolojik açıdan zorlayıcı bir iş alanı olduğundan sağlık ekibinin de belirli aralıklarla süpervizörlük alması, sağlık ekibinin duygusal modunun birey ve ailelerine verilecek hizmetin kalitesini olumsuz yönde etkilemeyecek düzeyde tutulmasının sağlanması için gereklilik oluşturmaktadır.

- Kanserli birey ve aileleri tarafından tanınmayan sosyal hizmet mesleği hakkında bilgilendirme yapılmalıdır. Bu amaçla gerekli etkinlikler düzenlenmelidir.

- Bireylerin sosyal hizmet uzmanından en çok duygusal ve bilgisel destek aldığı göz önünde bulundurul ise alanda çalışan sosyal hizmet uzmanlarının sayısı artırılması yönünde istihdam politikası geliştirilmelidir.

- Birey ve aileler verilecek profesyonel yardım planlanırken psikososyal özellikleri dikkate alınarak müdahale planı geliştirilmelidir.

- Kanserli birey ailelerinin verdiklerini düşündükleri sosyal desteğin kalitesini arttırmak için aileler ile grup çalışmasının planlanabilir. Böyle bir grup çalışması hem ailelerin bilgi düzeyinin artırılması yoluyla vereceği sosyal desteğin olumlu yönde gelişme göstermesine hem de ailelerin kendileriyle aynı durumdaki diğer insanlarla dayanışma ve işbirliğine gitmeleri ve kendilerine yeni bir sosyal destek kaynağı geliştirmelerine katkıda bulunacaktır.

- Kanserli birey, aile üyesinin birinci derece yakını olduğundan aile üyelerine verilecek profesyonel destekte, yakınıni kaybetme duygusu hafifletilmeye ve ailelerin olumlu yönlerini güçlendirmeye önem verilmelidir.

- Sağlık ekibi içinde yer alan sosyal hizmet uzmanı aileye yardımcı olan kişiyi hem hastalık hakkında bilgi sahibi olması hem de aileye ve hastaya

vereceği desteği arttırmasına yardımcı olabilmek için mümkünse aileye yardımcı olan kişi ile irtibata geçmelidir.

- Ailelerin ve bireylerin sosyal destek algıları arasındaki ilişi nedeniyle kanserli bireylerle aileleri için aile odaklı sosyal hizmet müdahaleleri kullanılmalıdır. Böyle bir müdahale planı oluşturarak aile yeleri ile birey arasında sağlıklı ve uygun iletişimin kurulmasına yardımcı olunmalıdır. Müdahale planı hazırlanırken güçlendirme yaklaşımı çerçevesinde ailenin ve bireyin sahip olduğu güçlü yönler temel alınarak mesleki müdahaleye yn verilmelidir.

- Bekar bireylerin sosyal destek algıları diğer medeni durumlara göre farklılık gösterdiğinden bu durum aile kurgusu açısından değerlendirmeli ve yapılacak profesyonel müdahale bu kurgu üzerinden sağlıklı ve doğru biçimde yapılandırılmalıdır.

- Araştırmada kullanılan sosyal destek ölçekleri güvenirlilik geçerlilik analizinden sonra ilk kez bu çalışmada kullanıldığından benzer çalışmalarla ile karşılaştırılamamıştır.

YARARLANILAN KAYNAKLAR

- AKMANSU, Müge. "Kanserin Psikososyal Yönü". *Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi*, 1,1995:20-22.
- AKTAŞ MAVİLİ, A. ve AKTAŞ, R. "İş Stresi". *Verimlilik Dergisi*. 1992/1: 153-170
- AKTAŞ MAVİLİ, Aliye. *Aile İçi Şiddet Ve Önleme Yolları*. 1997. Ankara
- AKTAŞ MAVİLİ, Aliye. Sosyal Hizmet Kuram Dersi Yayınlanmamış Ders Notları Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu.2004.Ankara
- AKTAŞ MAVİLİ, Aliye. "Aile Terapisinde Sosyal Hizmet". *Aile ve Toplum Dergisi*.Nisan- Haziran 2004:2:7;34-42
- AKTAŞ MAVİLİ, Aliye. Sosyal Hizmet Kuram Dersi Yayınlanmamış Ders Notları Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu.2005.Ankara
- AKTAŞ MAVİLİ, Aliye. "Müdahale Örnekleri". *Aile Danışmanlığı El Kitabı*. Başbakanlık SHÇEK Genel Müdürlüğü Eğitim Merkezi Başkanlığı ve Hacettepe Üniversitesi Aile Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü Ortak Yayını. Ankara, 2005.
- AKYOLCU Nilgün: "Ailenin Meme Kanseri İle Başa Çıkma Yolları". *Hemşirelik Bülteni*. 5:19. 1991:29-34.
- AKYUNAK ÖZDEMİR, Burcu. Kroner Kalp Hastalarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmetler Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara. 2005
- ARAS, Aliye. "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Sosyal Destek Gereksinimlerinin Belirlenmesi". Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü . Sivas. 2001

- ATLI, Hatice. "Sosyal Çalışma Açısından Kanserin Aile İçinde Yarattığı Sorun Alanlarının Belirlenmesi ve Sosyal Desteğin Gerçekleşmesinde Etkili Olan Unsurlar". İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikososyal Onkoloji Bilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 1997.
- AZANPA Mustafa. "Türkiye'deki Tıp Fakülteleri ve Hastanelerinin İsim Listesi" www.tip.uludag.edu.tr/linkler.htm
- BAL, S., CROMBEZ, G., OOST, P.V. and DEBOURDEAUDHUIJ, I.. "The Role of Social Support in Well-Being and Coping with Self-Reported, Stressful Events in Adolescent". *Child Abuse ve Neglect*, 27, 2003:1377-1395.
- BALTAŞ Zuhal. Sağlık Psikolojisi. 2000
- BANAZ, Mürvet. "Lise Öğrencilerinde Sosyal Destek Kaynakları ve Stres ile Ruh Arasındaki İlişki." (Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi), İzmir: Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı. 1992.
- BAYRAM, Derya. "Bir Grup Gençte Ruhsal Belirti ile Sosyal Destek İlişkisi." (Yayınlanmamış Doktora tezi), İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. 1999.
- BEYZADEOĞLU, Murat. "Kanser Tedavisi Esnasında Yaşam Kalitesi". *Türk Onkoloji Dergisi*, 11,4,1996: 39-42.
- BRAY, F., SANKILA, R., FERLAY, J., PARKIN, DM. "Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 1995". *Eur Journal of Cancer* 2002;38: 99-166.
- BOSCH, F.X. and COLEMAN, M.P. *Epidemiyoloji* (Çev:D. Fırat) Klinik Onkoloji(Çev Ed: D.Fırat, F.Sarılioğlu, A.Kars), 5. Basım , T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı ile Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Ortak Yayını. Ankara. 1992.

Cancers: Principles and Practice of Oncology. Sixth edition. LWW. 2001

CANKURTARAN ÖNTAŞ, Özlem. "Sosyal Hizmet Mesleğinde Sosyal Destek Kavramı". Prof. Dr. Sema Kut'a Armağan: Yaşam Boyu Sosyal Hizmet (Editör: Nesrin Koşar, Veli Duyan). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayını No: 4. Ankara. 1999

COLEMAN, Y.S. "Stress, Social Support and The Buffering Hypothesis" *American Journal Sociology*. 95. 1994: 115-120

COWLES Fort, L.A. *Social Work In The Health Field*. Second Edition. New York London Press . ss14-17. 2003

CUTRANA, C.E., BARON, R.S., HICKLIN, D., RUSSELL, D.W., LUBEROFF, D.M. "Social Support and Immune Function Among Spouse of Cancer Patients". *Journal of Personality and Social Psychology*. 59(2), 344-352. 1990.

ÇAKIR, H. Yelda. "12-22 Yaş Grubundaki Gençlerde Çok Yönlü Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Güvenirlilik ve Geçerlik Araştırması." (Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi), Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, 1993.

DAKOF, G.A., TAYLOR, S.E., "Victim's Perceptions of Social Support : What is Helpful from whom?". *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 : 80-89. 1990.

DEVITA V.T., HELLMAN S., ROSENBERG S.A. Supportive Care and Quality of life of Cancer Patient. *Cancer Principles and Practice of Oncology*. 4 Edition. Volume 2. J.B. Lippincott Company. Philadelphia. 1993

DİLEK, Lapidier. *Sağlık Alanında Sosyal Hizmet Uygulamaları*. Aydınlar matbaacılık. Ankara. 2003

DUYAN, Veli. *Sağlıkta Psiko-Sosyal Boyut (Tıbbi Sosyal Hizmet)*. Ankara : 72 TDFO Yayıncılık, 1996 : 1-123.

- DUYAN, Veli. "Sosyal desteğin Tanımı, Kaynakları, İşlevsel Boyutları, Yararları). *Sağlık ve Toplum Dergisi*.1 2001:8-11.
- DUYAN, Veli "Kentleşme, Kronik Hastalıklar ve Sosyal Hizmet". *Kentleşme Sürecinde Sosyal Hizmet. Sosyal Hizmet Sempozyumu 98*. Editör:Ydr.Doç.Dr. Ümit Onat. H. Ü. Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayınları,Ankara,2002.
- DUYAN Veli. H.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmetler Ana Bilim Dalı Sosyal Hizmet Kuram ve Uygulamaları Yüksek Lisans Dersi Yayınlanmamış Ders Notları. 2003.
- EKER, D., ARKAR,H.: "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği". *Türk Psikoloji Dergisi*. Haziran 1995. 10:35.
- EKİNCİ, Gürkan. "Kanser Nedir?" [www. genetikbilimi. com/ genbilimi/ kanser nedir. htm](http://www.genetikbilimi.com/genbilimi/kanser-nedir.htm)
- ELBİ, Hayriye. Kanser psikolojik yönleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2, 1,1991:60-66
- ELBİR, Nilgün. "Lise I. Sınıf Öğrencilerinin Sosyal Destek Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi." (Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi), Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikolojik Danışma ve Rehberlik Anabilim Dalı, 2000.
- ERGİL Doğu. *Toplum ve İnsan. Toplumbilimin Temelleri*. A.Ü. Siyasal Bilgiler Fakültesi . Turhan Kitapevi Yayınları. Ankara. 1988
- ERÖZENCİ Ahmet. *Bir Türk Filmi Olarak Kanser*. Yeni Yaz Yayınları. Birinci Basım. İstanbul.2003.
- EYLEN, Berrin. "Bilgi Verici Danışmanlığın Kanser Hastalarının Ailelerinin Sosyal Destek Becerileri Üzerine Etkisi". Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. 2001.

EYLEN, Berrin. "Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeğinin Geçerlilik, Güvenirlilik ve Faktör Yapısı Üzerine Bir Çalışma" *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1,1,2002: 109-117.

GÜNER, P.: "Evre I-II Meme Kanseri Tanısı Alan Hastalara Uygulanan Problem Çözme Eğitiminin Anksiyete Depresyon Umutsuzluk ve Başetme Biçimine Etkisi". H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.1999.

GÜNI ÖZBEK, Ö.; OYSUL, K., BEYZADEOĞLU, M., *Radyoterapi Hakkında Bilmek İstedikleriniz El Kitabı*. GATA Basımevi, Ankara.2003.

GÜNI Ö., ÖZŞENOL F.,OYSUL K., BEYZADEOĞLU M.: "Kanser Tedavisinde Radyoterapi Uygulanan Hastaların Psikosoyal Durumu İle Etkilenen Sistemler Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi". *Türk Onkoloji Dergisi*, Cilt 20, Sayı1:30-36. 2005

HAYS, R.B. ve D. OXLEY. "Social Network Development and Functioning During a Life Transition." *Journal of Personality and Social Psychology*,2, 1986:305-313.

HELSEN, M., W. VOLLEBERGH ve W. MEEUS. "Social Support from Parents and Friends and Emotional Problems in Adolescences." *Journal of Youth and Adolescence*,29,3, 2000:319-335.

HELLER K,R,W.SWINDLE,L. Dusenbury. "Component Social Support Processes: Comment and Integration", *Journal Consultan Clinical Psychology*.54,4:466-470.1986

IŞIKHAN, Vedat.: "Kanser ve Yaşam Kalitesi". *Nihal Turan'a Armağan : Sosyal Hizmetlerde Yeni Yaklaşımlar ve Sorun Alanları*. (Editör: Veli Duyan, Aliye Mavili Aktaş). S: 171-178. Ankara.2001.

IŞIKHAN,Vedat.: H.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmetler Ana Bilim Dalı Kanser ve Sosyal Hizmet Dersi Yayınlanmamış Ders Notları, 2004

IŞIKHAN,Vedat. "Kronik Hastalıklar ve Aile Bütünlüğü". *Aile Danışmanlığı El Kitabı*. Başbakanlık SHÇEK Genel Müdürlüğü Eğitim Merkezi Başkanlığı ve H.Ü. Aile Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü Yayını, Ankara, 2005.

İL, Sunay. "Aile Yaşam Döngüsü". *Aile Danışmanlığı El Kitabı*. Başbakanlık SHÇEK Genel Müdürlüğü Eğitim Merkezi Başkanlığı ve Hacettepe Üniversitesi Aile Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü Ortak Yayını. Ankara, 2005.

KARASAR, Niyazi. *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. Ankara : 1995.

Kanser Bildirimlerinin Değerlendirilmesi CD'leri.T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı. Ankara.2000.

KENNEDY, V.N., "Supportive Care of The Patients with Pancreatic Cancer : The Role of The Oncology Social Worker". *Oncology (Hunting)*. 1996 ; 10 (9 Suppl): 35-37

KOŞAR, Nesrin. *Sosyal Hizmetlerde Aile ve Çocuk Refahı Alanı*. Anakara, 1989

KÖMÜRCÜ Şeref.: "Kanserde Destek Tedavileri".GATA Tıbbi Onkoloji Ana Bilim Dalı Klinik –Hizmet İçi Eğitim Programı Ders Notları. Ekim,2004.

MILLER,W.M .; Nygren,C. "Living With Cancer Coping Behaviors", *Cancer Nursing*. 1978, 97- 302.

MOR,V., ALLEN,S., MALIN,M. "The Psychosocial Impact of Cancer Older Versus Younger Patient and Their Families".*Cancer Supplement*. October 1. Volume 74. Number 7. 1994:86-90

OKYAUZ, Ülgen. Kanser Hastası ve İletişim. (ed) Ü.Okyaüz. *Sağlık Psikolojisi*. Ankara Türk Psikologlar Derneği Yayını. Yayın No:19,221-236. 1999

OLGUN, Nermin. "Ölmek Üzere Bireyi Olan Aileye Ölümle Başetmede Yardım". *Sendrom Dergisi*. 1998: 128-131.

ONUR, Bekir. *Gelişim Psikolojisi*. Imge yayınevi.4.baskı. 1997. Ankara

ÖZBEK, Ö., ÖZŞENOL,F., OYSUL, K., BEYZADEOĞLU,M., PAK, Y.
“Radyoterapi Uygulanan Kansere Hastalarının Psikososyal Yönden Değerlendirilmesi”. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 23,2003:189-194,

ÖZBESLER Cengiz. “Çocukluk Çağı Lösemileri Ve Sosyal Destek Sistemlerinin Aile İşlevlerine Etkileri. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmetler Anabilim Dalı Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara.2001.

ÖZET A., ARPACI F., KÖMÜRCÜ Ş.,IŞIKHAN H. *Kemoterapi ve Siz*. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ayın Kitabı. Sayı:2. Ankara .Ekim, 1999.

ÖZET, A., IŞIKHAN,H., ERDOĞDU, E. “Kanser Hastalarına Psikososyal Destek”. *Hematoloji-Onkoloji Güncel Derleme Dergisi*. 1,2,1999:101-106.

ÖZET,Ahmet. “ Türkiye’de ve Dünyada Kanser Epidemiyolojisi”. *Kanserden Korunma*. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ayın Kitabı. Sayı:5. ss1-10. Ankara .Ağustos, 2000

ÖZGÜVEN İ.E., Ailede İletişim ve Yaşam. Ankara. PDREM Yayınları.

ÖZKAN, Sedat. “Tıbbi Psikiyatrik ve Psikososyal Açıdan Kanser (Psikoonkoloji)”. *Kanserde Palyatif Bakım*. 1987: 211-235. İstanbul.

ÖZKAN, Sedat. *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi*. ss:153-174 Roche ve Müstehazaları Yayını. İstanbul.1993.

ÖZKAN, Sedat. “Tıbbi-Psikiyatrik ve Psikososyal Açıdan Kanser (Psikoonkoloji)” *Kanserde Palyatif Bakım*.Ed.: Serdar Edirne. Sandoz Ürünleri A.Ş. yayını. 1993, İstanbul.

ÖZKAN, Sedat "Depresyon, Kanseri Hızlandırıyor" [www.istanbul.edu.tr /iletim/76/haberler/saglik1.htm](http://www.istanbul.edu.tr/iletim/76/haberler/saglik1.htm). 2004.

ÖZPOYRAZ Nilgün. "Kanserli Hastalarda Psikososyal Sorunlar ve Tedavi yaklaşımları". Çukurova Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Seminer Dersi,2001. www.cu.lokman.edu.tr/psikiyatri/egitim/arsiv-seminer.htm

PALABIYIKOĞLU, Refia(a). "Durumsal Yaşam Krizleri : Travmatik Deneyimler". *Kriz ve Krize Müdahale*. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları. yayın No:6:97-123. Ankara,2000

PALABIYIKOĞLU, Refia(b). "Sağlığın Bozulmasına Bağlı Kriz Durumu: Başa Çıkma". *Kriz ve Krize Müdahale* Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları. yayın No:6:137-165. Ankara,2000

PARKIN DM, PISANI P, FERLAY J. "Estimates of The Worldwide Mortality From 25 Cancers in 1990". *Int J Cancer* 1999;83:18 29

RED , W.J.ve A. D. SMITH. *Research in Social Work*. New York.: 1989 : 64-93.

ROSS, Elizabeth Kubler. *Ölüm ve Ölmek Üzerine*. Çeviren: Abnu Büyükkal. Boyner Holding Yayınları. İstanbul. 1997.

RUBIN, A. ve E. BABBIE. *Research Methods for Social Work*. California, 1997 : 92-154.

SATIR,Wirgina. *İnsan Yaratmak, Aile Terapisinin Başyapıtı*. Türkçe'si: Selim Yeniçeri .Beyaz Yayıncılık. Mart 2001, İstanbul

SORİAS, Oya. "Sosyal Desteğin Değerlendirilmesi II: Toplumdan Seçilmiş Bir Örneklemde Sosyal Ağın Yapısal Özellikleri ve Algılanan Sosyal Destek." *Ege Üniversitesi Psikoloji Seminer Dergisi*, 6, 1988: 26-39.

- SPIEGEL,M.D. "Psychosocial support for patient with cancer". *Cancer Suppoment*.August 15. Volume 75. Number:4. 1995:102-126.
- ŞAHİN, Deniz. "Sosyal Destek ve Sağlık". *Sağlık Psikolojisi*.. Türk Psikologlar Derneği Yayınları. Edt.U.H. Okyauz. 1. Basım. Ankara.,1999 : 79-106
- ŞAHİN, Fatih. "Sosyal Reforma Karşı Bireysel Tedavi: Yüzyıllık Tartışmanın Nedenlerine İlişkin Bir Deneme".*Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi* 1/2000:111-122.
- TAYLOR,S.E., DAKOF, G.A. "Social Support and the Cancer Patient". In S. Spacapen and S. Oskamp (Eds.).*The Social Psychology of Health: The Cleremont Symposium on Applied Psychology*.(4.Ed.).ss 95-116.USA, Sage Publications.1987.
- TİMLİSİ, Nilüfer. *Medyada Cinsiyetçilik*. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü. Ankara, 1996.
- TUFAN, Beril. *Göçmen İşçilerde İş Kazaları*. Sosyal Sigortalar Kurumu Genel Müdürlüğü Yayınları. Ankara.1994.
- TURAN, Nihal. "Kanser Hastalığının Önlenmesinde Psikososyal Faktörlerin Önemi". *H.Ü. Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Dergisi*. 2, 1-3: 12-20. Ankara. 1984.
- TURAN Nihal. "Kanserli Hastalarla Karşılaştırmalı Psiko-Sosyal Bir Araştırma" *H.Ü. Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Dergisi*, 5/2-3 Mayıs-Eylül 1987
- TÜRKBIKMAZ, Ayşe. "Kanser Hastalarında Sosyal Kişisel Çalışmanın Önemi". *I.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psiko-Sosyal Onkoloji ve Eğitim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul. 1994.
- ÜNSAL, Pınar. "Bir İş Ortamında Algılanan Sosyal Desteğin İşlevlerine, Kaynaklarına, Cinsiyet ve Mesleğe Göre İncelenişi. IX. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları. *Türk Psikologlar Derneği*.ss315-326.1996, Ankara.

ÜNSAL, Pınar. "Algılanan İş Özellikleri, Güven ve İş Doyumunun Cinsiyet Ve Mesleğe Göre İncelenmesi". 9. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bilimsel Çalışma Raporu. *Türk Psikologlar Derneği Yayını*. 1998:283-292. Ankara.

ÜRE, Ö. 6. Ulusal Kanseri Kongresi Bildirileri. "Kanserli Hastalarla Grup Çalışması". Ed: Uzel,R.; Okkan,S.; Öbes,A. İstanbul, 1987, 83-88.

WANG, L., P.P. HEPPNER ve T.R. BERRY. "Role of Gender-Related Personality Traits, Problem Solving Aprasial and Perceived Socila Support in Developing a Mediatlional Model of Psychological Adjusment." *Journal of Counseling Psyhology*, 44,1997:245-255.

WISE, M.G., RUNDELL J.R.Concise Guide to Consultation Psychiatry. American Psychiatric Press,Inc. Washington, 1994.

WORTMAN, C.B. "Social Support and Cancer Patient" Conceptual and Methodologic Issues Cancer. May 15. Supplement.1984.

"Kanser Teşhisi". www.hekimce.com/konu.php?konu=786. sitesinin 31.01.2003 tarihli makale

www.kansertedavileri.com/kemoterapi1.asp

"Kanserde Cerrahi Müdahale" . www.hekimce.com/konu.php?konu=787. sitesinin 31.01.2003 tarihli makale

www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/apk2001/089.htm

www.kanser.org.

www.burasiturkiye.com/29 ağustos 2004

<http://nkg.die.gov.tr/goster.asp?aile=3>

www.anadolujansi.gov.tr/index.php?option=com_haber&Itemid=47-50k

www.die.gov.tr/tkba/t100.xls,

www.shudernegi.org/turkiyedesosyalhizmet.meslegi.htm25/12/04



EKLER**EK 1 KANSER HASTALARI GÖRÜŞME FORMU**

Sayın misafirimiz,

Hastalık sağlığınıza ilgili sıkıntıların yanı sıra iş yaşamınıza, çevrenizle ilişkilerinizde ve yaşamınıza ilgili herhangi bir alanda bazı sıkıntılara da neden olabilir. Sizinle aynı mücadele içinde olan ve size ellerinden geldiğince yardımcı olmaya çalışan ailenizle ilişkilerinizde de bazı sıkıntılar ortaya çıkabilir.

Hastalık sürecinde ailenizin size ne kadar yardımcı olabildiğini ortaya koyarak sizi daha yakından tanımak ve sizinle aynı mücadeleyi veren diğer hastalara yardımcı olacak bazı önerilerde bulunmak için hazırlanan bu sorulara içtenlikle doğru cevaplar vereceğiniz umuduyla katkılarınız için teşekkür ederiz.

*Lütfen İmzanızı atınız.....

1. Cinsiyetiniz?

1(). Kadın

2(). Erkek

2. Yaşınız? .

1(). 18-30

3().41-50 yaş

5(). 61-70 yaş

2().31-40

4().51-60yaş

6().71 yaş ve üstü

3. Doğum yeriniz (lütfen belirtiniz).....

4. Şu an yaşadığınız yer doğum yerinizden farklı ise lütfen belirtiniz.....

5. En uzun süre yaşadığınız yer?

1().Köy

2(). Kasaba

3(). Kent

6. Medeni durumunuz?

1(). Evli

2(). Bekar

3(). Dul ve Boşanmış

7. Sahip olduğunuz çocuk sayısı?

8. Eğitim durumunuz?

1(). Okur yazar değil

2(). Okur yazar

3(). İlköğretim

4(). Lise

5(). Yüksekokul / Fakülte

9. Mesleğiniz?

1(). Ev hanımı

5(). Serbest meslek

2(). İşçi

6(). İşsiz

3(). Emekli

7(). Öğrenci

4(). Memur

8(). Diğer (belirtiniz).....

10 . Hastalığınızın teşhisi (tanısı) ne zaman kondu?

1(). 1 ay önce

2(). 2-3 ay önce

3(). 3-4 ay önce

4(). 5+ ay

5(). Daha önce vardı, tekrarladı

6(). Diğer (belirtiniz).....

11.Hastalığınızın tanısı nedir?.....

1().Baş-boyun tümörleri

7(). Lösemiler

2().Lenfomalar

8(). Meme kanseri

3().Akciğer kanseri

9(). Gastrointestinal sistem Kanserleri

4().Genitoüriner sistem kanserleri

10().Kemik-yumuşak doku kanserleri

5().Beyin tümörleri

11(). Jinekolojik kanserler

6().Primeri belli olmayan tümörler

12. Rahatsızlığınızı öğrendiğinizde ilk olarak yaşadığınız duygular nelerdir? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

	Çok yoğun Yaşadım	Yoğun Yaşadım	Normal Yaşadım	Biraz yoğun Yaşadım	Hiç Yaşamadım
Şok	()	()	()	()	()
İnkar	()	()	()	()	()
Kabul edememe	()	()	()	()	()
İnanamama	()	()	()	()	0
Suçluluk	()	()	()	()	()
Çaresizlik	()	()	()	()	()
İsyan	()	()	()	()	()
Ne yapacağını bilerneme	()	()	()	()	()

13. Tedaviniz için şehir dışından mı geliyorsunuz?

1(). Evet 2(). Hayır

14. Şu anda size ne tür bir tedavi uygulanmaktadır?

1(). Radyoterapi 2(). Kemoterapi 3(). Radyoterapi-kemoterapi
4().Ameliyat-K.T. 5().Ameliyat-R.T 6().Ameliyat-K.T.-R.T 7().Ameliyat

15. Ailenizde bu hastalığı taşıyanlar var mı?

1(). Evet 2(). Hayır 3(). Bilmiyorum

16. Yanıtınız "Evet" ise başka kim veya kimlerde bu hastalık tespit edildi?

.....
.....

17.Evinize giren aylık gelir miktarı

1().150-800 YTL 2.(). 801-1400 YTL
3().1.401 YTL ve üzeri 4.(). Düzenli geliri yok

18. Sosyal güvenceniz var mı ?

1(). Evet 2(). Hayır(20.soruya geçiniz)

19. Yanıtınız "Evet" ise bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik sistemi nedir?

1(). Emekli sandığı 4().Devlet (Yeşil kart, gazi vb)
2(). SSK 5(). Askerliğini yapıyor
3(). Bağ-kur 6(). Diğer (belirtiniz)

(21.soruya geçiniz)

20. Sosyal güvencenizin olmamasından dolayı tedavinizle ilgili yaşadığınız sıkıntılar nelerdir?

1().Herhangi bir sorun yaşamıyorum

2().ilaçlar çok pahalı olduğu için gerekli ilacı önerilen şekilde kullanmada aksaklıklar yaşıyorum

3().Hastanede yatarken ihtiyaç duyduğum temel gereksinimlerimi(beslenme, temizlik maddesi temini vb.) karşılayamıyorum.

4().ihtiyacım olduğunda gerekli kan ve kan ürünlerini bulmada ailem sıkıntı yaşıyor

5().Tedavimin devamı niteliğindeki ilaçları teminde zorlanıyorum

6().Bana uygulanacak tedavi seçimini maddi durumuma göre yapmak zorunda kalıyorum.

7().Çevremden eskisine oranla daha fazla maddi destek bekler durumdayım

8().Refakatçimle birlikte kalacak yer problemi yaşıyorum

9().Diğer(belirtiniz).....

21. Tedaviniz süresince sosyal hizmet uzmanı ile karşılaştınız mı?

1().Evet

2 (). Hayır (arka sayfaya geçiniz)

22. Sosyal hizmet uzmanından herhangi bir yardım aldınız mı?

1().Evet

2 (). Hayır (arka sayfaya geçiniz)

23. Sosyal hizmet uzmanından nasıl bir yardım aldınız?

1(). Hastanede yürütülen işlemler hakkında bilgi aldım

2(). Ailemle ilgili sorunlarım hakkında yardım aldım

3(). Duygusal destek aldım

4(). Hastanede yattığım süre içinde karşılaştığım ekonomik sıkıntılarımı çözme konusunda yardım aldım

5(). Tedavimle ilgili bilgi aldım

6(). Sağlık personeliyle aramda bir ilişki kurabilmem konusunda yardımcı oldu

EK 2 KANSER HASTALARI SOSYAL DESTEK ALGI ÖLÇEĞİ

Aşağıda yer alan ölçek ailenizle aranızdaki ilişkileri belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Aşağıda sizin gibi birçok hastanın aileleri ile ilişkilerinde yaşadıkları duygu ve deneyimleri yansıtan ifadeler yer almaktadır Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyarak sizin durumunuzu en iyi anlattığını düşündüğünüz boşluğa bir işaret koyunuz. Tüm sorulara verdiğiniz içten yanıtlar için teşekkür eder sağlıklı günler dileriz

	Benim durumuma çok uygun	Benim durumuma uygun	Benim durumuma kısmen uygun	Benim durumuma uygun değil	Benim durumuma hiç uygun değil
1. Kendimi kötü hissettiğimde ailem beni teselli eder.					
2. Aileme kızgınlık, üzüntü, gibi duygularımı ifade edebilirim.					
3. Ailem aldığı kararları destekler.					
4. Ailemle hastalığım hakkında rahatça konuşabiliyorum.					
5. Sohbetlerde konu benim hastalığıma geldiğinde ailem konuyu hemen değiştirmeye çalışır.					
6. Ailemden ilgi ve yakınlık görüyorum.					
7. Bir sorunla karşılaştığımda ailem bu sorunu çözebilmem için önerilerde bulunur.					
8. Ailem bir sorunu çözmek için giriştiğim çabaları destekler.					
9. Bazen ailemin neler yaşadığını anlamadığım hissediyorum.					
10. Ailem uzun süren ve yıpratıcı olan tedavilerim sırasında acılarımı paylaştı.					
11. Ailem ilaçlarımı zamanında almam ve tedavilerime aksatmadan devam etmem konusunda bana yardımcı oldu.					
12. Ailem uzun süren ve yıpratıcı olan tedaviler sırasında işimi kolaylaştıracak önlemleri aldı.					
13. Ailem hastalandığımdan beri benden uzak durmaya çalışıyor.					
14. Gelecekle ilgili endişelerimi ailemle paylaşamıyorum.					
15. Ailem birine ihtiyaç duyduğumda dağınıla yanımdadır.					
16. Ailem beni dinlemek için daima zaman ayırır.					
17. Ailem benim neler hissettiğimi anlamaya çalışır.					
18. Ailem hastalığımla ilgili ya da hastalığımın yarattığı sorunlara daima uygun çözüm yolları bulur.					
19. Ailem ihtiyaç duyduğumda bana yeni seçenekler sunar, sorunumu nasıl çözebileceğimi gösterir.					

	Benim durumuma çok uygun	Benim durumuma uygun	Benim durumuma kısmen uygun	Benim durumuma uygun değil	Benim durumuma hiç uygun değil
20. Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.					
21. Ailemle hastalığım konusunda daha açık ve özgürce konuşabilmeyi isterdim					
22. Bazen aile üyelerinin bana neler olduğunu gerçekten anlamadıklarını düşünüyorum					
23. Ailemle aramızda kendimi duygusal açıdan güvenli ve iyi hissetmemi sağlayan yakın ilişkilerim var.					
24. Ailem bana maddi yönden destek olmaya çalışır.					
25. Ailemle sevinç ve kederlerimi paylaşıyorum.					
26. Hastalandığımdan bu yana ailemle olan sosyal ilişkilerim azaldı.					
27. Ailemle ilişkilerim bana hastalandığımdan önce olduğundan daha az doyum sağlıyor.					
28. Kaygılarımı ve korkularımı ailemden birisiyle rahatça paylaşabilirim					
29. Ailem hastalığımla ilgili bilgileri benden saklıyor.					
30. Hastalığıma ilişkin bilgileri ailemden tam ve doğru olarak alamıyorum					
31. Ailem hastalığım ile ilgili konuşmamamın daha iyi olduğunu hissetmemeneden oluyor.					
32. Hastalığımla ilgili bir konuşma başladığında ailem konuyu mümkün olduğunca çabuk değiştirir.					
33. Ailem hastalığımla ilgili şeyleri sonuna kadar dinlemeye asla sabır göstermez.					
34. Ailem bana hastalığım konusunda yol gösterir ve yararlı öğütler verir.					
35. Ailem hastalığımın yarattığı sorunların üstesinden gelebileceğim konusunda daima beni destekleyecek sözler söyler.					

EK 3

KANSER HASTALARI SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİNİN (KHSDÖ) PUANLAMASI

Hasta bireylerin ailelerinden aldıklarını düşündükleri sosyal destek türünü ve düzeyini belirlemek amacıyla Eylon (2001) tarafından Likert tipi 5 basamaklı bir derecelendirme ölçeği geliştirilmiştir.

35 maddeden oluşan KHSDÖ'nin yapılan faktör analizi ve madde analizi sonucunda duygusal, güven ve bilgisel destek gibi sosyal destek tiplerini içerecek biçimde olduğu bulunmuştur (Eylon 2001 85-89). Otuz beş sorunun 13'ü (5, 9, 13, 14, 21, 22, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33) olumsuz, 22'si olumlu ifadede oluşmaktadır. Deneklerin her bir ifadeye ilişkin yanıtlarını Likert tipi ölçek üzerinde (5) benim durumuma çok uygun, (4) benim durumuma uygun, (3) benim durumuma kısmen uyuyor, (2) benim durumuma uygun değil ve (1) benim durumuma hiç uygun değil seçeneklerinden kendi durumuna uygun olanı işaretleyerek belirtmeleri istenmiştir. Maddelere verilen yanıtlar olumlu maddelerde "benim durumuma çok uygun"dan,"benim durumuma hiç uygun değil" seçeneklerine 5'den 1'e; olumsuz maddelerde ise aynı seçenekler için 1'den 5'e doğru puan verilerek kodlanmıştır. Algılanan sosyal destek puanı, olumlu maddelerden alınan puanların toplamı ile olumsuz maddelerin puanlarının ters çevrilip toplanmasından elde edilen puanların toplamına eşittir. Ölçekte yüksek puan kanser hastasının ailesinden algıladığı sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir.

EK 4 KANSERLİ HASTA AİLESİ GÖRÜŞME FORMU

Sayın aile yakını,

İçinde hastalığa ilişkin tedavilerin ve girişimlerin yoğun olarak uygulandığı bu dönemde hastanızla birlikte sizde bir takım sıkıntı ve zorluklarla mücadele etmek zorunda kalmaktasınız. Bu mücadeleniz ve hastanıza verdiğiniz destekten dolayı size teşekkür ederiz. Hastanıza yardım etmek için gösterdiğiniz çabalar, bizim tedavimizin amacına ulaşması açısından önemlidir. Bu nedenle verdiğiniz desteği ölçmek amacıyla bir soru formu tarafımızdan oluşturulmuştur. Bu sorular bizlere sizi daha yakından tanıma fırsatı verirken, tüm tedaviler boyunca hastanıza destek olmak için gösterdiğiniz gayretlerin ortaya çıkarmaya yöneliktir.

Hastanızla aranızdaki ilişkiyi saptayabilmek için arkada verilen sorulara tüm içtenliğiniz ile doğru olarak cevap verdiğiniz ve çalışmaya gönüllü olarak katıldığınız için teşekkürler.

* Lütfen imzanızı atınız.....

1 , Cinsiyetiniz

1() Kadın 2(), Erkek

2. Yaşınız

1.() 20-29yaş 4.() 50_59 yaş
 2.() 30-39yaş 5.() 60_69 yaş
 3.() 40-49 yaş 6.() 70 yaş ve üstü

3. Doğum yeriniz (Lütfen belirtiniz).....

4. En uzun süre yaşadığınız yer

1() Köy 2() Kasaba 3.() Kent

5. Eğitim durumunuz nedir?

1().Okuma yazma bilmiyor
 2().Okuma yazma biliyor
 3(). İlköğretim
 4(). Lise
 5(). Yüksekokul ve Üniversite

6. Medeni durumunuz

1() Evli 2.() Bekar 3.() Dul ve Boşanmış

7. Hasta ile yakınlık dereceniz nedir?

1() Eşim 4.() Annem- babam
 2.() çocuğum 5.()Birinci dereceden akrabam
 3.() Kardeşim 6. () Diğer(lütfen belirtiniz).....

8. Herhangi bir kurum veya kuruluşta çalışıyor musunuz?

1.() Evet
 2.() Hayır (9. soruya geçiniz)

9. Halihazırda hastanıza bakmanızdan dolayı iş yaşamınızda yaşadığınız problemler nelerdir?

1.() Herhangi bir problem yaşamıyorum.
 2.() İşime odaklanamıyorum.
 3.() İzin almada problem yaşıyorum.
 4.() Dikkatimi toplayamıyorum.
 5. () Diğer(Lütfen belirtiniz)

.....

10. Siz hastanızın yanında iken sorumluluklarınızı sizin yerinize yerine getiren var mı?
 1.(). Evet
 2.(). Hayır(12. Soruya geçiniz)

- 11.Sizin yerinize evdeki sorumluluklarınızı yerine getiren ile yakınlık dereceniz nedir?
 1(). Annem –Babam
 2().Kardeşlerim
 3(). Akrabalarım
 4().Komşularım
 5(). Çocuklarım
 6().Eşim
 7.()Hiçkimse
 8(). Diğer (belirtiniz).....

13. Soruya Geçiniz

12. Evdeki sorumluluklarınızın bir başkası tarafından yüklenilmemesinden dolayı yaşadığınız sıkıntılar nelerdir ?

- 1.() Aklım hep evdeki işlerde olduğu için hastama yeterli ilgi gösteremiyorum
 2.() Kendimi çaresiz ve stres altında hissediyorum
 3.() Tedavi ekibine karşı sinirli ve kırılcı davranabiliyorum
 4.() Kendimle ve ailemle ilgili işleri ertelemek zorunda kalıyorum
 5.() Diğer (belirtiniz)

.....

13. Hastanızın rahatsızlılığı ne kadar süredir devam ediyor?

- 1() 1-6 ay
 2.() 7-12 ay
 3.() 1-2 yıl
 4.() 3yıl ve üzeri

14. Yakınınızın rahatsızlığını ilk olarak öğrendiğinizde yaşadığınız duygular nelerdir?(
 Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

	Çok yoğun Yaşadım	Yoğun Yaşadım	Normal Yaşadım	Biraz yoğun Yaşadım	Hiç Yaşamadım
Şok	()	()	()	()	()
İnkar	()	()	()	()	()
Kabul edememe	()	()	()	()	()
İnanamama	()	()	()	()	()
Suçluluk	()	()	()	()	()
Çaresizlik	()	()	()	()	()
İsyan	()	()	()	()	()
Ne yapacağını bilememe	()	()	()	()	()

EK 5 KANSERLİ HASTA AİLESİ SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ (KHASDÖ)

Aşağıda yer alan ölçek hastanızla aranızdaki ilişkileri belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Aşağıda sizin gibi birçok ailenin hastaları ile ilişkilerinde yaşadıkları duygu ve deneyimleri yansıtan ifadeler yer almaktadır. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyarak sizin durumunuzu en iyi anlattığını düşündüğünüz boşluğa bir işaret koyunuz. Tüm sorulara verdiğiniz içten yanıtlar için teşekkür eder sağlıklı günler dileriz

	Benim durumuma çok uygun	Benim durumuma uygun	Benim durumuma kısmen uygun	Benim durumuma uygun değil	Benim durumuma hiç uygun değil
1 Bazen ona neler olduğunu hiç anlamadığımı düşünüyorum					
2. Onunla aramızda kendini duygusal açıdan rahat ve güvenli hissetmesini sağlayan yakın ilişkilerimiz var					
3. Onun sevinç ve kederlerini paylaşıyoruz					
4. Hastalanmasından bugüne onunla sosyal ilişkilerimiz bozuldu					
5 Onunla ilişkilerimiz hastalığından öncekinden daha az doyum sağlayıcı					
6. Kaygı ve korkularını onunla rahat paylaşıyoruz					
7. Hastalığı ile ilgili bilgileri ondan saklıyoruz					
8. Hastalığı nedeniyle onunla ilgilenmemiz onun kendisini üzerimize yük oluyormuş gibi hissetmesine neden oluyor.					
9 Hastalığı ile ilgili bilgileri ona tam ve doğru olarak açıklayamıyoruz					
10. Hastalığı ile ilgili bir konuşma açıldığında mümkün olduğunca çabuk konuyu değiştirmeye çalışıyoruz					
11. Hastalığıyla ilgili konularda konuşmaya tahammül edemiyoruz					
12. Hastalığıyla nasıl baş edebileceği konusunda onu bilgilendirmeye çalışıyoruz					
13 Hastalığı hakkında konuşmaktan çekiniyoruz					
14. Hastalığı ile ilgili konularda yol göstermeye ve ona yardımcı olacağı m düşündüğümüz öğütler vermeye çalışıyoruz					
15 Gelecekle ilgili korku ve endişelerini tartışmaktan çekiniyor ve kaçınıyoruz					
16. Hastalığının tedavisiyle ilgili seçenekler konusunda onunda söz hakkı alabilmesi için onu destekliyor ve yardımcı olmaya çalışıyoruz					
17. Kararlarını kendisinin vermesi konusunda ona destek olmaya çalışıyoruz					
18. Yaşamıyla ilgili aldığı kararları destekliyoruz					
19. Ona ilgi ve yakınlık göstermeye çalışıyoruz					
20. Sorunlarını çözebilmesi için önerilerde bulunuyoruz					
21. Sorununu çözmek için gösterdiği çabalan destekliyoruz					
22. Onun neler yaşadığını anlamakta güçlük çekiyoruz					
23. Uzun süren ve yıpratıcı olan tedavileri sırasında yaşadığı acıları paylaşmaya, konuşmaya çalışıyoruz					
24. Uzun süren ve yıpratıcı olan tedavileri sırasında işini kolaylaştıracak önlemleri almaya çalışıyoruz					

	Benim durumuma çok uygun	Benim durumuma uygun	Benim durumuma kısmen uygun	Benim durumuma uygun değil	Benim durumuma hiç uygun değil
25. Hastalandığından bu yana birbirimizden uzaklaştık					
26. Birine ihtiyaç duyduğunda daima yanında olmaya çalışıyoruz					
27. Onu dinlemek için daima zaman ayırıyoruz					
28. Neler hissettiğini anlamaya çalışıyoruz					
29. Hastalığıyla ilgili ya da hastalığının yarattığı sorunlara uygun çözümler bulamıyoruz					
30. İhtiyaç duyduğunda yeni seçenekler sunmaya ve sorunlarına çözüm bulmaya çalışıyoruz					



EK 6**KANSERLİ HASTA AİLESİ SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİNİN (KHASDÖ) PUANLAMASI**

Hasta ailelerinin hastaya sağladıklarını düşündükleri sosyal destek türü ve düzeyini belirlemek amacıyla Eylen (2001) tarafından Likert tipi 5 basamaklı bir derecelendirme kullanılan ölçektir.

30 maddeden oluşan KHASDÖ'nin yapılan faktör analizi ve madde analizi sonucunda duygusal, güven ve bilgisel destek gibi sosyal destek tiplerini içerecek biçimde olduğu bulunmuştur (Eylen 2001 90-94). Otuz sorunun 13'ü (1,4,5,7,8,9,10,11,13,15,22,25,29) olumsuz, 17'si olumlu ifadede oluşmaktadır. Deneklerin her bir ifadeye ilişkin yanıtlarını Likert tipi ölçek üzerinde (5) benim durumuma çok uygun, (4) benim durumuma uygun, (3) benim durumuma kısmen uyuyor, (2) benim durumuma uygun değil ve (1) benim durumuma hiç uygun değil seçeneklerinden kendi durumuna uygun olanı işaretleyerek belirtmeleri istenmiştir. Maddelere verilen yanıtlar olumlu maddelerde “benim durumuma çok uygun”dan,”benim durumuma hiç uygun değil” seçeneklerine 5’den 1’e; olumsuz maddelerde ise aynı seçenekler için 1’den 5’e doğru puan verilerek kodlanmıştır. Algılanan sosyal destek puanı, olumlu maddelerden alınan puanların toplamı ile olumsuz maddelerin puanlarının ters çevrilip toplanmasından elde edilen puanların toplamına eşittir. Ölçekte yüksek puan ailelerin hastalarına sundukları sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir.

TABLO 22b: Kanserli Bireylerin Yaş Grupları İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki Farklılığa Ait Ortalamalar

	(I) Yaş grupları	(J) Yaş grupları	Farklılığı Yaratın Grup Ortalamaları (I-J)	Standart Hata	p
Toplam sosyal destek	31-40 yaş	18-30 yaş	2.59	7.883	0.743
		41-50 yaş	10.77	7.196	0.137
		51-60 yaş	13.28	7.339	0.072
		61-70 yaş	16.54*	8.309	0.048
		71 yaş ve üstü	11.40	7.643	0.138
	60-70 yaş	18-30 yaş	-13.95	8.309	0.095
		31-40 yaş	-16.54*	8.309	0.048
		41-50 yaş	-5.77	7.661	0.453
		51-60 yaş	-3.26	7.795	0.677
		71 yaş ve üstü	-5.14	8.082	0.526
Güven Sosyal Destek Algısı	18-30 yaş	31-40 yaş	1.27	2.939	0.666
		41-50 yaş	7.73*	2.683	0.005
		51-60 yaş	6.02*	2.736	0.029
		60-70 yaş	4.59	3.098	0.141
		71 yaş ve üstü	2.93	2.850	0.305
	31-40 yaş	18-30 yaş	-1.27	2.939	0.666
		41-50 yaş	6.45*	2.683	0.017
		51-60 yaş	4.75	2.736	0.085
		60-70 yaş	3.32	3.098	0.286
		71 yaş ve üstü	1.66	2.850	0.562
	41-50 yaş	18-30 yaş	-7.73*	2.683	0.005
		31-40 yaş	-6.45*	2.683	0.017
		51-60 yaş	-1.70	2.459	0.490
		60-70 yaş	-3.14	2.857	0.274
		71 yaş ve üstü	-4.80	2.585	0.066
	51-60 yaş	18-30 yaş	-6.02*	2.736	0.029
		31-40 yaş	-4.75	2.736	0.085
		41-50 yaş	1.70	2.459	0.490
		60-70 yaş	-1.43	2.907	0.623
		71 yaş ve üstü	-3.09	2.640	0.243
Bilgisel Sosyal Destek Algısı	18-30 yaş	31-40 yaş	-1.64	3.112	0.600
		41-50 yaş	-0.88	2.841	0.758
		51-60 yaş	2.24	2.897	0.441
		61-70 yaş	7.03*	3.280	0.034
		71 yaş ve üstü	4.24	3.017	0.162
	31-40 yaş	18-30 yaş	1.64	3.112	0.600
		41-50 yaş	0.76	2.841	0.790
		51-60 yaş	3.87	2.897	0.183
		60-70 yaş	8.66*	3.280	0.009
		71 yaş ve üstü	5.87	3.017	0.54
	61-70 yaş	18-30 yaş	-7.03*	3.280	0.034
		31-40 yaş	-8.66*	3.280	0.009
		41-50 yaş	-7.90*	3.024	0.010
		51-60 yaş	-4.79	3.077	0.122
		71 yaş ve üstü	-2.79	3.191	0.475

EK 8

TABLO 28b: Kanserli Bireylerin Sahip olduğu Meslek İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki Farkın Karşılaştırılması

	Meslek	n	Ortalamalar
Toplam Sosyal Destek Algısı	Ev hanımı	58	68.95
	İşçi	5	116.30
	Emekli	23	79.80
	Memur	22	81.68
	Serbest meslek	16	65.78
	İşsiz	6	53.08
	Öğrenci	11	103.55
	Diğer	9	66.89
Güven Sosyal Destek Algısı	Ev hanımı	58	66.13
	İşçi	5	83.80
	Emekli	23	84.37
	Memur	22	85.43
	Serbest meslek	16	64.91
	İşsiz	6	53.08
	Öğrenci	11	113.73
	Diğer	9	71.39
Bilgisel Sosyal Destek Algısı	Ev hanımı	58	70.97
	İşçi	5	127.90
	Emekli	23	74.00
	Memur	22	77.39
	Serbest meslek	16	71.34
	İşsiz	6	70.92
	Öğrenci	11	95.27
	Diğer	9	61.06
Duygusal Sosyal Destek Algısı	Ev hanımı	58	70.67
	İşçi	5	123.90
	Emekli	23	76.54
	Memur	22	81.05
	Serbest meslek	16	69.56
	İşsiz	6	53.42
	Öğrenci	11	95.77
	Diğer	9	64.00

	Hastaların sosyal destek puanları			
	Tüm ölçek top.	Güven desteği	Bilgisel destek	Duygusal destek
Chi-square	13.749	16.317	11.488	12.207
Asymp.Sig.	0.050	0.022	0.119	0.094

EK 9

TABLO 47b: Ailelerin Medeni Durumları İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki Farklılığa Ait Ortalamalar

	(I) Medeni Durum	(J) Medeni Durum	Farklılığı Yaratın Grup Ortalamaları (I-J)	Standart Hata	p
Toplam sosyal Destek algısı	Evli	Bekar Dul ve boşanmış	-4.17 23.42*	4.041 8.144	0.303 0.005
	Bekar	Evli Dul ve boşanmış	4.17 27.60*	4.041 8.722	0.303 0.002
	Dul ve boşanmış	Evli Bekar	-23.42* -27.60*	8.144 8.722	0.005 0.002
Duygusal Sosyal Destek Algısı	Evli	Bekar Dul ve boşanmış	-0.76 12.83*	1.827 3.683	0.679 0.001
	Bekar	Evli Dul ve boşanmış	0.76 13.59*	1.827 3.683	0.679 0.001
	Dul ve boşanmış	Evli Bekar	-12.83* -13.59*	3.683 3.944	0.001 0.001
Bilgisel Sosyal Destek Algısı	Evli	Bekar Dul ve boşanmış	-3.63 5.96	2.142 4.316	0.092 0.169
	Bekar	Evli Dul ve boşanmış	3.63 9.59*	2.142 4.622	0.092 0.040
	Dul ve boşanmış	Evli Bekar	-5.96 -9.59*	4.316 4.622	0.169 0.040
Güven Sosyal Destek Algısı	Evli	Bekar Dul ve boşanmış	0.21 4.63*	0.847 1.707	0.802 0.008
	Bekar	Evli Dul ve boşanmış	-0.21 4.41*	0.847 1.828	0.802 0.017
	Dul ve boşanmış	Evli Bekar	-4.63* -4.41*	1.707 1.828	0.008 0.017

EK 10

ÇALIŞMA İZİNLERİ





T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

SAYI : B100THG100002/2602
KONU : Anket Çalışması

03.11.04 • 18343

ANKARA VALİLİĞİNE (İl Sağlık Müdürlüğü)
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL HİZMETLER YÜKSEKOKULU
MÜDÜRLÜĞÜNE/ANKARA

İLGİ: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Müdürlüğünün
25.10.2004 tarih ve 980 sayılı yazısı.

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksek Okulu Yüksek Lisans öğrencisi Özgür GÜNLÜ'nün öğretim üyelerinden Doç.Dr.Aliye Mavili AKTAŞ'ın eğitsel danışmanlığında "Kanserli Hastaların ve Ailelerinin Algıladıkları Sosyal Destek Becerilerinin İncelenmesi ve Sosyal Hizmet Mesleği Açısından Değerlendirilmesi" konulu tezi ile ilgili anket uygulamasını 01-15.11.2004 tarihleri arasında Bakanlığımıza bağlı Ankara İli Dr.Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve bağlı birimi Ahmet Andiçen Bölümünde yapması ve sözkonusu çalışmanın bir suretinin Bakanlığımıza gönderilmesi kaydıyla alınan 02.11.2004 tarih ve 8143 sayılı makam onayı ilişikte gönderilmektedir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uzm.Süleyman DEMİREL
Bakan a.
Genel Müdür Yardımcısı

EKL: 1 Onay
1 Anket Formu

DAĞITIM/GEREĞİ:
-Ankara Valiliğine (İl Sağlık Müdürlüğü)

BİLGİ:
-Hacettepe Univ.Sosyal Hizmetler Y.O

**T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI 1000+200 YATAKLI EĞT.HST.BŞTBP.LİĞİ
A N K A R A**

RADONK.AD : 9025-695-04
KONU : Öznur GÜNİ Hkd.

22.12.2004

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL HİZMETLER YÜKSEKOKULU
MÜDÜRLÜĞÜNE**

Anabilim dalınız Yüksek Lisans öğrencilerinden Öznur GÜNİ'nin "Kanserli Hastalar ve Ailelerinin Algıladıkları Sosyal Destek Becerilerinin İncelenmesi ve Sosyal Hizmet Mesleği Açısından Değerlendirilmesi" konulu tez çalışması için yapılan inceleme sonucunda bir sakınca olmadığı değerlendirilmiştir.

Bilgilerinize saygıyla arz ederim.



Murat BEYZADEOĞLU
Doç.Hv.Tbp.Kd.Alb.
Radyasyon Onkolojisi AD.



HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
HASTANELERİ

158

• Erişkin Hastanesi
• İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi
• Onkoloji Hastanesi

Sayı : B 30.2.HAC.0.70.10.15/D-5 77

03.Kasım 2004

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL HİZMETLER YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ'NE,

ANKARA

İlgi : 08.10.2004 tarih ve 17 - 882 sayılı yazınız.

Okulunuz Yüksek Lisans öğrencisi Özgür GÜNTÜ'nün hastanemizde "Kanserli Hastaların ve Ailelerinin Algıladıkları Sosyal Destek Becerilerinin İncelenmesi Sosyal Hizmet Mesleği Açısından Değerlendirilmesi" konulu tez çalışması yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.

Prof.Dr.M.Tezer KUTLUK
Onkoloji Hastanesi Başhekimi

27.10.2004
304 41
50

EC/sç

5. yıl



HACETTEPE
ÜNİVERSİTESİ

Hacettepe Üniversitesi Merkez Kampusu Sıhhiye 06100 ANKARA
Tel: (312) 305 2931 - 2932 • Faks: (312) 309 2912

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Öznur (ÖZBEK) GÜNİ
Doğum Yeri ve Tarihi : Zonguldak 09.02.1976

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi : H.Ü. Sosyal Hizmetler Yüksekokulu
Yüksek Lisans Öğrenimi : H.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmetler
Anabilim Dalı
Bildiği Yabancı Diller :İngilizce
Bilimsel Faaliyetleri :

02 Haziran 2002 “III. Ulusal Meme Kanseri Tedavisinde Yenilikler ve
Konsensus Konferansı..GATA Fahrettin ALPASLAN
Anfisi
10-12 Nisan 2002 “Konsültasyon Lizeyon Psikiyatrisi Kursu. GATA ruh
Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
5-7 Eylül 2004 “I. Uluslar arası Onkolojide Evde Bakım Toplantısı”.7-9
Ekim 2004. İstanbul.

Yayınları

(GÜNİ) ÖZBEK, Ö.; Oysul,K.; Beyzadeoğlu,M. *Radyoterapi Hakkında Bilmek
İstedikleriniz El Kitabı*. GATA Basımevi, Ankara.(I. Basım 2003, II.Basım
2005).

GÜNİ Ö., ÖZŞENOL F.,OYSUL K., BEYZADEOĞLU M.: “Kanser Tedavisinde
Radyoterapi Uygulanan Hastaların Psikososyal Durumu İle Etkilenen Sistemler
Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi”. *Türk Onkoloji Dergisi*, Cilt 20,
Sayı1:30-36. 2005

(GÜNİ) ÖZBEK, Ö; ÖZŞENOL,F.; OYSUL, K.; BEYZADEOĞLU,M.; PAK, Y.
“Radyoterapi Uygulanan Kanser Hastalarının Psikososyal Yönden
Değerlendirilmesi”. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 23,2003:189-194,

İş Deneyimleri

Çalıştığı Kurum : Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp
Akademisi Hastanesi

İletişim

E- posta adresi : oznurguni@yahoo.com