



T.C.

**HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ONKOLOJİ KLİNİKLERİNDE TEDAVİ GÖREN
HASTALARDA YALNIZLIK VE SOSYAL DESTEK
DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**ALEV ARSLAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**DANIŞMAN
Yar. Doç. Dr. MAKBULE BATMAZ**

İSTANBUL-2016



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ONKOLOJİ KLİNİKLERİNDE TEDAVİ GÖREN
HASTALARDA YALNIZLIK VE SOSYAL DESTEK
DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**ALEV ARSLAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**DANIŞMAN
Yar. Doç. Dr. MAKBULE BATMAZ**

İSTANBUL-2016

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

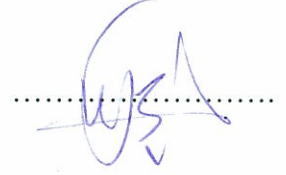
Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Alev ARSLAN tarafından hazırlanan *“Onkoloji Kliniklerinde Tedavi Gören Hastalarda Yalnızlık ve Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişki”* konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi :22.06.2016

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

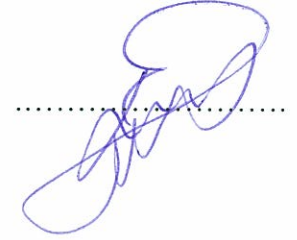
Jüri Üyesi :Yrd.Doç.Dr.Makbule BATMAZ
:Haliç Üniversitesi
(Danışmanı)



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Özlem IŞIL
: Biruni Üniversitesi



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Leman KUTLU
: Haliç Üniversitesi



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Güneş YAVUZER
Sağlık Bilimleri Ens. Müdür V.



Turnitin Orijinallik Raporu

Alev Tez 13.06.2016 Alev Arslan
tarafından

ONKOLOJİ KLİNİKLERİNDE YATAN VE
AYAKLI KEMOTERAPİ ÜNİTESİNDE
GÜNÜBİRLİK TEDAVİ GÖREN (Hemşirelik)
den

Benzerlik Endeksi

%19

Kaynağa göre Benzerlik

Internet Sources:	%17
Yayınlar:	%11
Öğrenci Ödevleri:	%5

13-Haz-2016 13:22 EEST' de işleme
kondu

NUMARA: 683679264

Kelime Sayısı: 19382

kaynaklar:

1

1% match (06-Haz-2014 tarihli internet)

http://www.jasstudies.com/Makaleler/330691533_argont%c3%bcrcan-%c3%87i%c4%9fdemSelvi_S-179-206.pdf

2

1% match (27-May-2016 tarihli internet)

<http://docplayer.biz.tr/6022336-Universite-ogrencilerinin-sosyal-destek-ve-valnizlik-duzeylerinin-incelenmesi.html>

3

1% match (16-Ara-2015 tarihli internet)

http://www.eab.org.tr/eab/media/kitap/EAB_Kongre_Kitap_2014.pdf

4

1% match (06-Tem-2015 tarihli internet)

<http://dspace.trakya.edu.tr/jspui/bitstream/1/1364/1/21.pdf>

5

1% match (16-Eyl-2010 tarihli internet)

http://www.polemik.com/secim_anketi_sonucu1.asp

6

1% match (16-Mar-2015 tarihli internet)

<http://dspace.trakya.edu.tr/jspui/bitstream/1/637/1/MEL%C4%B0KE%20DEM%C4%B0R.pdf>

7

1% match (01-Haz-2014 tarihli internet)

<http://www.noropsikiyatrisi.com/sayilar/419/buyuk/202-208.pdf>

8

1% match (30-Tem-2014 tarihli internet)

<http://www.scribd.com/doc/72081854/22-1923>

9

< 1% match (07-Oca-2016 tarihli internet)

<http://acikarsiv.ankara.edu.tr/browse/26728/tez.pdf>

10

< 1% match (26-Ağu-2015 tarihli internet)

<http://dspace.trakya.edu.tr:8080/jspui/bitstream/1/846/1/Z%C3%BCllive%20BİKMAZ.pdf>

11

< 1% match (20-Ağu-2013 tarihli internet)

<http://hemsirelik.ege.edu.tr/files/cilt27sayi2-2011.pdf>

12

< 1% match (12-Ara-2014 tarihli internet)

<http://ejercongress.org/pdf/EJERCongress2014-BildiriKitabi.pdf>

13

< 1% match (14-Ağu-2013 tarihli internet)

<http://www.dersindir.net/indir/onkoloji-hastasina-evde-bakim-verenlerin-bakim-yukunun-incelenmesi-study-the-burden-of-home-care-providers-of-oncology-patients.pdf>

14

< 1% match (25-Tem-2012 tarihli internet)

http://mersin.mitosweb.com/browse/78204/tugba_karakoc_tez.pdf

15

< 1% match (10-Şub-2011 tarihli internet)

<http://www.bayburtism.gov.tr/haberoku44/kanser-haftasi-saglik-m-uuml-d-uuml-r-uuml-m-uuml-z-dr-kkadri-karaoglu-01-07042010-tarihleri-arasi-kanser-haftasi-olmasi-nedeniyle-kanserle-ilgili-ouml-nemli-a-ccediliklamalarda-bulundu>

16

< 1% match (24-May-2016 tarihli internet)

<http://docplayer.biz.tr/8495915-Ege-universitesi-hemsirelik-fakultesi-dergisi-journal-of-ege-university-nursing-faculty.html>

17

< 1% match (18-May-2015 tarihli öğrenci ödevleri)

Submitted to Bahcesehir University on 2015-05-18

I. TEŞEKKÜR

Çalışmanın planlanmasını ve yürütülmesini yönlendiren, her aşamasında sağladığı katkılardan ve sonsuz sabrından ötürü kıymetli hocam, danışmanım Sayın Yrd.Doç.Dr. Makbule BATMAZ'a,

Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'ne,

Tıbbi Onkoloji Klinik Şefi Doç.Dr. Mehmet ALİUSTAOĞLU'na,

Radyasyon Onkoloji Klinik şefi Dr.cengiz GEMİCİ'ye,

Araştırmaya katılarak duygu ve düşüncelerini paylaşan hastalarımıza,

Tıbbi onkoloji kliniğinde çalışan hemşire arkadaşlarıma,

Tez çalışmamda bana destek olan Uzm.Dr. Deniz IŞIK'a, Uzm.Dr. Fırat ASLANBAŞ'a

Araştırma boyunca benden desteğini esirgemeyen hem mesleki hem de özel yaşamımda ayrı yere sahip sevgili arkadaşlarım Canan ÖZ, Meryem BAYRAM ve Nazlı YILDIZ'a

Her zaman ve her koşulda yanımda olan kıymetli ailem, anne ve babama sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

II. İÇİNDEKİLER

I. TEŞEKKÜR	I
II. İÇİNDEKİLER	II
III. KISALTMALAR ve SİMGELER	V
IV. TABLOLARIN LİSTESİ.....	IV
1.ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ	3
4.GENEL BİLGİLER	5
4.1 KANSER VE PSİKOSOSYAL DURUM	5
4.1.1 Kanser Tanımı	5
4.1.2 Kanser Sınıflandırılması	6
4.1.3 Kanser Belirtileri	7
4.1.4 Tanı Yöntemleri	7
4.1.5 Kanser Tedavisi	7
4.1.5.1 Cerrahi	8
4.1.5.2 Radyoterapi	8
4.1.5.3 Kemoterapi	8
4.1.5.4 İmmünoterapi	9
4.1.6 Kanserli Bireylerin Psikososyal Özellikleri	9
4.1.7 Kanserli Hastalarda Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı	12
4.2 SOSYAL DESTEK	13
4.2.1 Tanımlar, Açıklamalar ve İlgili Kavramlar	13
4.2.2 Sosyal Destek Türleri ve İşlevleri	15
4.2.2.1 Araçsal (Yardım) Destek (Instrumental Support)	15
4.2.2.2 Duygusal Destek (Emotional Support)	15
4.2.2.3 Bilgisel Destek (Informational Support).....	15
4.2.2.4 Değerlemesal Destek (Apparaisal support)	16
4.2.3 Sosyal Desteğin Alıcının Ruhsal ve Fiziksel Sağlığını İyileştirerek İyilik Durumunu Arttırma Nedenlerine İlişkin Görüşler	16
4.2.3.1 Bağlılık Gereksiniminin Doyurulması	16
4.2.3.2 Kimlik Duygusunun Korunması ve Güçlendirilmesi	16

4.2.3.3 Kendine Güvenin Artması	16
4.2.4 Sosyal Desteğin Etkisi	16
4.2.4.1 Temel veya Doğrudan Etki Modeli	17
4.2.4.2 Tampon Etkisi Modeli	17
4.2.5 Sosyal Desteğin Olumsuz Sonuçları ve Korunma	19
4.2.5.1 Destek Miktarı	19
4.2.5.2 Desteğin Zamanlaması	19
4.2.5.3 Destek Kaynağı	19
4.2.5.4 Desteğin Yapı ve İşlevi	19
4.2.6 Sosyal Ağ ve Algılanan Sosyal Destek	19
4.2.7 Sosyal Desteğin Sağlanmasında Hemşirenin Rolü	22
4.3 YALNIZLIK	24
4.3.1 Yalnızlık Tanımlamaları ve İlgili Kavramlar	24
4.3.2 Yalnızlığın Çeşitleri	26
4.3.3 Yalnızlığın Nedenleri	29
4.3.4 Yalnızlığın Boyutları	29
4.3.4.1 Yalnızlığın Fiziksel Boyutu	29
4.3.4.2 Yalnızlığın Emosyonel Boyutu	30
4.3.4.3 Yalnızlığın Entellektüel Boyutu	30
4.3.4.4 Yalnızlığın Sosyal Boyutu	30
4.3.4.5 Yalnızlığın Spiritüel Boyutu	31
4.3.5 Yalnızlığın Özellikleri	31
4.3.5.1 Duygulanım Özellikleri	31
4.3.5.2 Bilişsel Özellikler	31
4.3.5.3 Davranışsal Özellikler	31
4.3.6 Yalnızlığın Gelişimini Etkileyen Faktörler	31
4.3.7 Yalnızlığın Belirtileri	32
4.3.8 Yalnızlıkta Hemşirenin Rolü	32
5.GEREÇ ve YÖNTEM	35
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	35
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	35
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	35

5.4 Araştırmaya Alınma Kriterleri	35
5.5. Veri Toplama Araçları	35
5.5.1 Anket Formu	36
5.5.2 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support-MSPSS)	36
5.5.3 UCLA Yalnızlık Ölçeği	36
5.6 Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi	37
5.7 Etik Yönü	38
5.8 Araştırmanın Sınırlılıkları	38
6.BULGULAR	39
7. TARTIŞMA	61
7.1 Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	61
7.2 Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre UCLA Yalnızlık Ölçeği'nden Aldıkları Puan Ortalamalarına İlişkin Sonuçların Tartışılması..	61
7.3 Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalığa ilişkin Özelliklerine Göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarına İlişkin Sonuçların Tartışılması	64
7.4 Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği ve Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nden Aldıkları Puan Ortalamalarına İlişkin Sonuçların Tartışılması	68
8. SONUÇ ve ÖNERİLER	70
8.1 Sonuç	70
8.2 Öneriler.....	74
9.KAYNAKLAR	75
10.EKLER.....	84
Ek.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	84
Ek.2 Anket Soruları	85
Ek.3 ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ	88
Ek.4 UCLA-LS	89
Ek. 5 Kurum İzin Yazısı	91
Ek. 6 Etik Kurul Uygunluk Belgesi	92
11.ÖZGEÇMİŞ	93

III. KISALTMALAR ve SİMGELER

SPSS : Statistical Package For Social Sciences

UCLA : University of California Los Angeles

WHO : Dünya Sağlık Örgütü

BCG : Verem Aşısı



IV. TABLOLARIN LİSTESİ

Tablo 5.2 Pearson Kolerasyon Katsayısı (r) Değerlerinin Yorumu.....	38
Tablo 1 – Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	40
Tablo 2 – Hastaların, Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	42
Tablo 3 – Doğum Yerine Göre Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği’nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	43
Tablo 4 – Yaş Gruplarına Göre Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği’nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	43
Tablo 5 – Cinsiyete Göre Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği’nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	37
Tablo 6 – Medeni Duruma Göre Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği’nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	44
Tablo 7 – Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği’nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	44
Tablo 8 –Sahip Olunan Çocuk Sayısına Göre Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği’nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	45
Tablo 9 – Eğitim Düzeyine Göre Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği’nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	45
Tablo 10 – Çalışma Durumuna Göre Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği’nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	46
Tablo 11 – Ailenin Gelir Düzeyine Göre Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği’nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	46
Tablo 12 – İkamet Yerine Göre Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği’nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	46
Tablo 13 – Aile Yapısına Göre Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği’nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	47
Tablo 14 – Ailede Kanser Öyküsü Olma Durumuna Göre Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği’nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	47
Tablo 15 – Kanser Tanısına Göre Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği’nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	47

Tablo 16 – Tıbbi Tanının Konma Zamanına Göre Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği’nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	48
Tablo 17 – Kanser Tedavisi Görme Süresine Göre Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği’nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	48
Tablo 18 – Doğum Yerine Göre Hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	49
Tablo 19 – Yaş Gruplarına Göre Hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	50
Tablo 20 – Cinsiyete Göre Hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	51
Tablo 21 – Medeni Duruma Göre Hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	51
Tablo 22 – Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	52
Tablo 23 – Sahip Olunan Çocuk Sayısına Göre Hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	52
Tablo 24 – Eğitim Düzeyine Göre Hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	53
Tablo 25 – Çalışma Durumuna Göre Hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	54
Tablo 26 – Ailenin Gelir Düzeyine Göre Hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	54
Tablo 27 – İkamet Yerine Göre Hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	55
Tablo 28 – Aile Yapısına Göre Hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	55
Tablo 29 – Ailede Kanser Öyküsü Olma Durumuna Göre Hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	56
Tablo 30 – Kanser Tanısına Göre Hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	57

Tablo 31 – Tıbbi Tanının Konma Zamanına Göre Hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	58
Tablo 32 – Kansere Tedavisi Görme Süresine Göre Hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	59
Tablo 33 – Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği ve Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nden Aldıkları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki	60



1.ÖZET

Bu çalışma, onkoloji kliniklerinde tedavi gören hastalarda yalnızlık ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla ilişki arayıcı ve kesitsel araştırma deseninde yapıldı. Araştırma İstanbul ili Anadolu yakasında sağlık bakanlığına bağlı bir eğitim ve araştırma hastanesinde 2014 Kasım -2015 Şubat tarihleri arasında Tıbbi Onkoloji ve Radyasyon Onkoloji kliniklerinde yatan ve ayaklı kemoterapi ünitesinde gününbirlik tedavi gören 121 kanser hastası ile yapıldı. Veriler araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan Sosyo-Demografik özellikler formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve UCLA yalnızlık ölçeği kullanılarak toplandı. Elde edilen veriler SPSS programında yüzdelik Kolmogorov Simirnov, ortalama, standart sapma ve frekans analizi, Bağımsız Örneklem t-Testi, Tek Yönlü Varyans Analizi, Pearson Korelasyon Analizi testleri ile değerlendirildi. Veriler %95’lik güven aralığında, $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi. Hastaların sahip oldukları çocuk sayısına göre UCLA Yalnızlık Ölçeği’nden aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı ($p<0,05$). Hastaların eğitim düzeylerine göre UCLA Yalnızlık Ölçeği’nden aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0,05$). Geniş aileye sahip bireylerin UCLA Yalnızlık Ölçeği’nden aldıkları puanların, çekirdek aileye sahip olan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi($p<0,05$). Araştırmaya katılan hastalarda UCLA Yalnızlık Ölçeği ile Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin “Algılanan Özel İnsan Desteği” alt boyutu arasında negatif yönde orta güçte anlamlı bir ilişki “Algılanan Aile Desteği” alt boyutu ile negatif yönde orta güçte anlamlı bir ilişki; “Algılanan Arkadaş Desteği” ile negatif yönde orta güçte ve anlamlı bir ilişki ve “Algılanan Toplam Destek” toplam puanı ile negatif yönde orta güçte ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi.

Anahtar Sözcükler: Kanser, Sosyal Destek, Yalnızlık

2.SUMMARY

THE RELATION BETWEEN LONELINESS AND LEVEL OF SOCIAL SUPPORT IN THE PATIENTS TREATED IN ONCOLOGY CLINICS

This study was done cross-sectionally to see the relationship between loneliness and social support level on the patients who were treated in oncology clinics. It (the study) was conducted in the Anatolian side of Istanbul from November 2014 to February 2015 with 121 cancer patients who had daily outpatient or inpatient treatment in medical oncology or radiation oncology clinics at a research hospital which was connected to the Ministry of Health. The data was collected via using socio-demographic features questionnaire, multi-dimensional perceived social support scale and UCLA loneliness scale that were prepared by reviewing the literature. The data obtained was evaluated with SPSS program percentage Kolmogorov Smirnov, mean standard deviation and frequency analysis, independent sample t-test, one-way analysis of variance, Pearson correlation analysis. The data was specified 95% reliability range and $p < 0,05$ significance level. It was determined that the average point patients took from UCLA loneliness scale according to their number of children showed statistically significant distribution. ($p < 0,05$) It was determined that the average point patients took from UCLA loneliness scale according to their education level showed statistically significant distribution. ($p < 0,05$) From UCLA loneliness scale, the points of the patients with extended family were significantly higher from the statistical way compared to the points of the patients with nuclear family. ($p < 0,05$) For patients who took part in the research, it was found that; between UCLA loneliness scale and "perceived special person support" which was the sub-dimension of "perceived social support scale" there was a significant correlation with moderate strength in a negative way, between UCLA loneliness scale and "perceived friend support" there was a strong significant correlation in a moderate way, between UCLA loneliness scale and "perceived total support" there was a strong significant correlation in a moderate way.

Key Words : Cancer, loneliness, social support,

3.GİRİŞ ve AMAÇ

Kanser dünyanın bütün ülkelerinde, yaş sınırı olmaksızın her insanın karşılaşılabileceği evrensel bir hastalık haline gelmiştir. Dünyada ve ülkemizde kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır. Bilinmeyen bir tehlikenin, acının, suçluluk ve utanç duygusunun, izolasyonun, karmaşa ve kaygının sembolüdür (Altuğ ve arkadaşlarının 1995; Anuk ve arkadaşlarının 1999; Oflaz ve Hatipoğlu 1999; Özkan 1999).

Anuk ve ark. (1999) belirttiğine göre, Gyllensköld'e göre kanser; doğrudan ölümle bağlantılı, sinsice ilerleyen, sebepleri tam olarak belli olmayan, kontrol etmesi güç, bireyi sosyal açıdan damgalaması sebebiyle diğer hastalıklardan çok daha ürkütücü olduğu düşünülmektedir. Kanser bireylerin zihninde umutsuzluk, çaresizlik, korku, yalnızlık, suçluluk ve ölüm gibi korkunç çağrışımlar uyandırmakta, bu sebepten dolayı kişide psikolojik bir yıkım ve krize neden olmaktadır. Kanser sadece fiziksel bir hastalık değil, aynı zamanda ruhsal açıdan da birçok sorunu kapsar (Altuğ ve ark. 1995; Özkan 1999).

Kanserin tanı ve tedavi yöntemleri, bunlara yüklenen anlamlar kişilerde anksiyete yaratmaktadır (Özkan 1999). Hastanın kansere yüklediği anlam derin keder hissine sebep olmaktadır. Kanser ile karşı karşıya gelen bireyin hayatında meydana gelen büyük değişimler ile geleceğe yönelik belirsizlikler, kaygı ve korkular, yaşam tarzındaki değişimlerin hepsi kişide ve ailesinde oluşabilecek depresyon için potansiyel oluşturmaktadır (Turan 1992).

Hayatı tehtit eden bir hastalıkla karşılaşmak bireyde birtakım psikolojik zorluklara sebep olmaktadır. (Babaoğlu ve Öz 2003). Kanserin psikolojik süreçlerini Elizabeth Kübler Ross inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme olarak sıralamıştır (Kübler Ross 1975, Özmen 2002). Katlanılması zor durumlarda inkar savunma mekanizması olarak devreye girer. Bu süreçte kişiye sosyal destek sağlanması önemlidir. Tedaviye uyum aşamaları ve yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik psikososyal destek kaçınılmazdır (Özmen 2002, Ateşçi ve ark. 2003).

Hastalığa yönelik duygu ve düşüncelerin ifade edilmesi için hastayı cesaretlendirmek, psikososyal uyumu sağlamakta hastanın ailesi ve çevresiyle olan sosyal bağlarını güçlendirmektedir (Özkan 1999).

Hastaların yaşam sürelerinin uzatılması ve daha kaliteli yaşamaları için tedavi yöntemleri geliştirilmektedir. Fakat kullanılan bu yöntemler sonucunda bazı istenmeyen yan etkiler görülmektedir. Bu da hastaların uyum mekanizmalarını bozmakta gelecekte beklenen olumsuz yönde etkilemektedir. Kanseri hasta yakınları da bu süreçten en az hastalar kadar etkilenmektedir. Kanser hastanın geri kalan yaşamını da etkilediğinden bireyin ailesinin ve yakın çevresinin de hastalığı kabullenebilmesi önemlidir. Yalnızlık duygusuna kapılan hasta negatif yönde düşüncelere odaklanmaktadır. İnsanlara karşı güvensizlik, öfke, depresif duygular hastaları zamanla toplumdan soyutlamakta ve gündün güne yalnızlaşmasına sebep olmaktadır. Zamanla yalnızlaşmaya başlayan bireylerde depresif özelliklerin artmasıyla sosyal destekte azalmalar görülmektedir. Sosyal desteğin fiziksel ve ruhsal sağlığı olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir (Cassel 1974, Brownell & Shumacher, 1984).

Onkoloji hastaları ile çalışan hemşirelerin özellikle hasta ve ailelerinin durumlarına özel yaklaşım teknikleri kullanmaları gerekmektedir. Kişilerin sosyal destek kaynakları belirlenmeli, negatif düşüncelerini ifade etmesi sağlanmalı bununla birlikte mevcut sorunlarını çözme yöntemleri anlatılmalıdır. Hemşirelerin bu girişimlerdeki amacı kişilerin hastalık sürecindeki deneyimleriyle başa çıkmada ve hayatında anlam bulmasına yardımcı olmayı sağlamaktır (Kelleci 2005, Elbi Mete 2004).

Bu araştırma, onkoloji kliniklerinde tedavi gören hastalarda yalnızlık ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapıldı.

Araştırmanın soruları;

Kanser hastalarında;

- 1.Sosyodemografik özellikler ile yalnızlık arasında bir ilişki var mıdır?
- 2.Sosyodemografik özellikler ile sosyal destek arasında bir ilişki var mıdır?
- 3.Yalnızlık ve sosyal destek arasında bir ilişki var mıdır?

4.GENEL BİLGİLER

4.1 KANSER VE PSİKOSOSYAL DURUM

4.1.1 Kanserin Tanımı

Latince “cancer” Yunanca’da “corcinos” kelimelerinden temel alan, yengeç anlamına gelen kanser, hücrelerin kontrolsüz bir şekilde büyümesi ve anormal hücre yayılımı ile karakterize hastalık grubuna verilen isimdir. Epitelial kökenli malign tümörler için kullanılmaktadır (Birol ve ark., 1997; Kutluk ve Kars, 2001; Gürel, 2007; American Cancer Society, 2010 akt: Ökten 2012).

Doğma, büyüme ve ölüm sıralaması olarak tanımlanan bir döngüdür yaşam. Bu döngüye dahil olan organizma, sistematik ve kontrollü biçimde çoğalan hücreler ise büyüme süreci olarak tanımlanmaktadır. Bu süreçte ortaya çıkan düzensizlikler, kontrolsüz hücre çoğalmaları ve organizmadaki kontrolsüz çoğalma süreci tümörlerin oluşmasına sebep olmaktadır (Savcı 2006).

Kontrolsüz hücre çoğalmaları ile oluşan bu tümörler benign ve malign tümörler olarak iki sınıfta toplanmıştır. Kanser, malign tümör olarak adlandırılan, sınırsız hücre büyümesi ile karakterize bir hastalıktır. Kontrolsüz hücre çoğalması sırasında kanser hücresinde, normal hücrelerden yapısal ve işlevsel açılardan da farklılıklar görülmektedir. Kanserli hücre bazen normalde yaptığı işlevleri yapmazken, bazen de normalin dışında yeni işlevleri yapmaya başlayabilir. Anormal bir şekilde çoğalan kanser hücreleri bulunduğu yerdeki doku ve organlara ulaşarak, yada uzaktaki organlara kadar yayılarak buradaki organların işlevlerini yerine getirmelerine engel olmaktadır. Kanserler köken aldıkları doku ve organlara göre isim alırlar. (Savcı 2006; Taşkiran 2010).

Önemi giderek artan kanser hastalığı dünyada neredeyse her ülkede mortalite ve morbidite oranları açısından önde gelen sağlık ve yaşam sorunu durumundadır. Kanser yüzyılın başlarında ölüme sebep olan hastalıklar arasında 7- 8. sıralarda yer alırken, bugün dünyanın birçok ülkesinde kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer almaktadır (Deniz, 2011). Her yıl 250- 350 kişiden biri batı toplumlarında kansere yakalanmaktadır. kanserin sıklığı 60 ve üzeri yaş gruplarında daha çok artmakta ve 300 kişide 4-5 civarına yükselmektedir. Türkiye’de istatistiklere ait kesin sonuçların olmamasıyla birlikte insidansın sadece yarısı kadar olduğu tahmin edilmektedir. Kanser türlerinin dağılımı ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre her

ülkede farklılıklar göstermekle birlikte, aynı ülke sınırları içinde farklı şehirlerde kanser türlerinin dağılımının değişebildiği görülmektedir (Deniz, 2011). Türkiye’de en sık görülen kanser türleri erkeklerde genellikle akciğer, prostat, kalın barsak, rektum, mide ve pankreas; kadınlarda ise meme, akciğer, kalın barsak, rektum, serviks, over, mide ve pankreas kanserleridir. Cilt kanserinin görülme sıklığı kadın ve erkeklerde de yüksek olmakla birlikte, malign melanom dışındaki cilt kanserleri tedaviye olumlu cevap verdiklerinden dolayı ölüm oranları çok daha düşük olduğu bildirilmektedir (İkde Önder, 2012).

4.1.2 Kanser Sınıflandırılması

Dünyadaki en karmaşık hastalıklardan biri olan kanserin iki yüzden fazla çeşidi olduğu belirtilmektedir (Savcı, 2006; akt: Taşkiran 2010). Ancak genelde 4 grup altında toplanmaktadır:

Karsinomalar; uzanan ya da iç organları saran, doku ve deride başlayan türdür. Kanserlerin %85’ini oluşturur (NCI, 2005b; akt: Maramaldi ve Jonghyun, 2007: 8, Kızıler, 2007: 7; akt: Taşkiran, 2010).

Sarkomalar; kemikte, kartilajda (kıkırdak dokusu), yağda, kasta, kan hücreleri veya diğer bağ dokularda başlar (Taşkiran, 2010).

Lösemiler; kemik iliği gibi kan oluşturunca dokularda başlar ve kan dolaşım sistemini anormal hücreleriyle besler (Taşkiran, 2010).

Lenfomalar; bağışıklık sisteminde başlayan bir türdür (NCI, 2005b; akt: Taşkiran, 2010).

Kanser tek bir yerde oluşan bir hastalık değil, aksine insan vücudunun bütün anatomik organlarını etkileyen bir hastalıktır (Cohen, 2003). Fakat kanserler köken aldıkları doku ve organlara göre isimlendirilirler. Belirti, bulgu ve tedavileri de kanserin cinsine göre değişmektedir (Kutluk, 1996). Kanser sınıflandırılması ise bu anlamda önem kazanmaktadır. Ülkemizde kanser olgularına bakıldığında solunum sistemi kanserlerinin ilk sırada, sindirim sistemi kanserlerinin ikinci sırada, ürogenital sistem kanserlerinin üçüncü, meme kanserlerinin ise dördüncü sırada olduğu görülmektedir (Türkiye Sağlık İstatistiği, 2006; akt: Taşkiran, 2010).

4.1.3 Kanserin Belirtileri

Kanserde belirtiler oldukça çeşitlidir. İlk önce hastalığın bulunduğu doku ve organa sonra vücuttaki yayılım derecesine göre değişiklikler gösterir. Kanser belirtilerinin çeşitliliğine karşın bazı ortak bulgular görülebilir (Savcı, 2006).

- Vücudun herhangi bir bölgesinde oluşan şişlik
- İyileşmeyen yada iyileşmesi geciken yaralar
- Ben ve siğillerdeki değişiklikler
- Olağan dışı kanama
- Yutma güçlüğü
- Ses kısıklığı ve sürekli öksürük
- İdrar ve dışkılama alışkanlıklarında değişiklikler
- Nedeni bilinmeyen ateş ve zayıflama (Savcı, 2006; Bayraktar, 2008; İkde Önder, 2012).

4.1.4 Tanı Yöntemleri

Kanserde tanı yöntemleri anamnez, fizik muayene, tam kan sayımı, kan biyokimyası, akciğer grafisi, tümör belirteçleri, görüntüleme yöntemleri (ultrason, tomografi, manyetik rezonans imaging), mamografi, sintigrafi, endoskopi, sitolojik incelemeler, patolojik incelemeler, kemik iliği incelemeleri ve genetik incelemelerdir (İkde Önder, 2012; Ökten, 2012).

4.1.5 Kanser Tedavisi

Kanser, insan vücudunda evreler halinde ilerlemektedir. Tanı aşamasında kanserin evresinin saptanması tedavi seçeneklerinin ve niteliğinin belirlenmesinde önem taşımaktadır. Birinci evrede, tümörlerin incelenmesiyle kanser saptanır. Bu evrede tümör küçüktür ve henüz vücuda yayılmış değildir. İkinci evrede tümörün boyutu artmış olmakla birlikte henüz yayılma (metastaz) söz konusu değildir. Üçüncü evrede ise tümör büyümüştür ve artık vücuda yayılmış durumdadır. Bu evrede tümörün birbirinden farklı iç organlarda varlığı ve hareketi gözlemlenir (Greenwald, 1997:25; akt: Taşkın, 2010). Kanser ne kadar erken evrede tespit edilirse, vücuttaki diğer doku ve organlara metastaz yapmadan önce tedavi edilme olasılığı bir o kadar yüksektir. Günümüzdeki mevcut kanser tarama metotları ile birçok kanser türü, tedavi olanaklarını sağlama konusunda hastalara yeterli şansı verebilecek düzeyde erken teşhis edilmektedir. Kanserın teşhis edilme amacı, kanserin çeşidini ve yerleştiği bölgeyi saptamaktır. Her

kanser çeşidinin kendine has büyüme oranı, metastaz eğilimi gösteren hedef niteliği taşıyan özel doku ve organ grupları vardır (Güni, 2005: 2-3; akt: Taşkın, 2010). Kanser tedavisi hastalığın iyileştirilmesinden ziyade yönetilebilir hale getirilmesi ve kontrol edilebilir olması amacına yöneliktir. Tedavi ekibinin temel hedefi, hastaların işlevselliğinin ve yaşam kalitesinin korunarak yaşamının olabildiğince uzatılmasıdır. Hastalıkta erken tanı, tedavinin etkililiğinde son derece önemlidir (Işıksan, 2007; Cousins, 2003; Greenwald, 1997; akt: Taşkın, 2010).

Kanser tedavisinde genellikle izlenen üç yöntem vardır. Bunlar, ilaçlı tedavi yöntemi olan “kemoterapi”, doku içine nüfuz eden yüksek enerjili dalgalar demeti veya iyonlaştırıcı radyasyon enerjisinin kullanıldığı “radyoterapi” ve “cerrahi müdahale işlemleri”dir. Bu yöntemlerin hepsi birden aynı hastaya uygulanabileceği gibi, tek olarak da hastaya uygulanabilmektedir (Taşkın, 2010).

4.1.5.1 Cerrahi

Bugün kanserden iyileşen çoğu hastaların (%75-80) ilk tedavi aşamasını cerrahi işlemler oluşturmaktadır. Kanserde değişik amaçlarla cerrahi işlemler kullanılmaktadır. Bunlar önleyici cerrahi, küratif (radikal) cerrahi ve palyatif cerrahi olmak üzere üç grupta toplanmıştır. Cerrahi girişim kanser tedavisinin en eski yöntemlerindendir. özellikle metastaz (yayılma) yapmamış olan büyük kanser hücreleri kümelerinin ortadan kaldırılmasında kullanılmaktadır. Solid tümör tedavisinde önemli etkiye sahiptir. Kanser tek başına lokalize olduğu hastalarda iyileştirici özelliği olabilmektedir.

4.1.5.2 Radyoterapi

Kanser tedavisinde kullanılan radyoterapi yöntemi; X-ışınları, gamma ışınları, elektronlar gibi iyonize ışınların kullanılmasıdır. Radyoterapide amaç, yüksek dozda verilen ışın ile kanserli hücrelerin yok edilmesi ya da üreyemeyecek hale getirilmesi sağlanarak, ortadan kaldırılmasıdır.

4.1.5.3 Kemoterapi

Kanser tedavisinde kullanılan kemoterapi, hastalığın ilerlemesini yavaşlatmak, geriletmek veya durdurmak amacıyla antineoplastik ilaç kullanımını içermektedir. Kemoterapi tedavisinin asıl hedefi hastanın sağlıklı hücrelerine zarar vermeden tümörlü hücrelerinin büyümesini ve çoğalmasını durdurmak ya da yok etmektir. Kemoterapi tedavisinde hedef tam anlamıyla yanıt elde etmek ya da hastanın tedavi edilemeyeceği durumlarda yaşam kalitesini arttırmak, yaşam süresini kısmen uzatmak ve hastalığın

tedavisi ya da kontrol altına alınmasının imkansızlaştığı durumlarda hastanın rahatlığını sağlamayı amaçlamıştır. Radyoterapi ve cerrahi kanserin lokalize olduğu durumlarda kullanılırken kemoterapi metastaz durumlarında kullanıldığından dolayı bu yönüyle daha avantajlı olduğu belirtilmektedir (Bayraktar, 2008; İkte Öner, 2012; Ökten, 2012).

4.1.5.4 İmmünoterapi

İmmünoterapi; vücudun bağışıklık sisteminin uyarılmasıyla kanser hücresinin yok edilmesi işlemidir. Bu amaçla BCG aşısı gibi bağışıklık sistemini uyaranlar, interlökin, interferon gibi biyolojik moleküller kullanılmaktadır (Can, 1995; Kutluk ve Kars, 2001; akt: İkte Öner, 2012).

Son yıllarda uygulanan bu tedaviler ile birçok kanser hastasının iyileşmesi sağlanmış veya hastaların yaşam süreleri uzamıştır. Bununla birlikte özellikle kemoterapi ve radyoterapinin normal hücrelere de zarar vermeleri sonucu çok ciddi yan etkiler yaşanmaktadır. Radyoterapi; yorgunluk, deride kızarıklık ve emosyonel rahatsızlıklara neden olurken, kemoterapi ise daha sıkıntı verici olup; saçlarda dökülme, bulantı, kusma, bitkinlik ve duygusal problemlere neden olmaktadır (Fleming 1995, Love 1992, Olsen ve Stromburg, 1996; akt: Aydın, 2004: 11). Kanser gibi kanserin tedavisinin de çoğu zaman fiziksel ve psikososyal iyilik haline zarar verdiği, tedavilerin zararlı etkilerinden de anlaşılabilir. Ancak tedavinin gerekliliği, hastalığın görülme sıklığı ve şu an için geçerli olan tedavi yöntemleri bu zor süreçlere katlanmayı gerektirmektedir.

4.1.6 Kanserli Bireylerin Psikososyal Özellikleri

Dünya Sağlık Örgütü WHO (1946) sağlığı, sadece bir hastalığın veya mağlubiyetin olmayışı değil, aynı zamanda beden, zihnen ve sosyal yönden tam bir huzur ve iyilik içinde olmak olarak tanımlamaktadır. Psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler tarafından yordanan bir değişkendir. Dolayısıyla sosyal ilişkiler ile fiziksel ve psikolojik sağlığımız arasında bağlantılar vardır (Annak, 2005).

Sağlıklı olarak günlük yaşamını sürdüren birey, sağlığın bozulması ile birlikte hasta rolüne bürünmektedir. Büründüğü hasta rolü hastalığın kendisine özel anlamları sebebiyle gerek fizyolojik gerekse kişinin psikolojik durumunun etkilenmesine de sebep olmaktadır(Kelleci 1998; Özmen 1997). Hastalık kavramı basit yada tehlikeli nitelikte de olsa, bireyde başkalarına bağımlı olma kaygısı, bağımsızlığını kaybetme korkusu,

geleceğe yönelik endişeler, ölüm korkusu, ayrılık korkusu, pişmanlık yada suçluluk duygusu gibi değişik etkiler yaratabilmektedir (Arslantaş ve ark., 2010).

Kanser hastalığı bireyler üzerinde psikolojik bozukluklara sebep olma potansiyeli açısından yüksek hastalık grupları arasında yer almaktadır (Özkan, 1999). Kanser bilinmeyen bir tehlikenin, acı, suçluluk, ızdırap, utanç, kaygı, kaos ve sosyal izolasyon gibi duyguların sembolü haline gelmiştir. İnsanların zihinlerinde yalnızlık, çaresizlik terkedilmişlik çağrışımlarını oluşturur. Bu sebepten ötürü kanser, fizyolojik bir hastalık olmanın yanı sıra, psikolojik açıdan da birçok sorunu kapsayan bir olgudur (Savcı, 2006). Kanser tanısı alan bireylerin yaşam tarzlarındaki değişiklikler, rol değişikliği, ekonomik güçlükler, geleceğe yönelik belirsizliklerin olması ile karşı karşıya kalan hasta ve hasta yakınlarında oluşacak kaygı, depresyon adına potansiyel kaynakları harekete geçirmektedir (Turan, 1992). Birey ve aile için kanser tanısının konulması travmatik bir deneyimdir. Diğer hastalıklara oranla kanser, hem kişiyi hem de ailesini fiziksel, ruhsal, sosyal ve ekonomik alanlarda ciddi anlamda etkilemektedir.

Kanser, hastalık kavramının ötesinde etkilere sahip, psikososyal acıdan bakıldığında kişiyi bütün bağlantılarından kopartan bir yük taşır (Elbi, 2001; Deniz, 2011). Sağlığını yitiren kişi bu durum karşısında şaşırır, olan bitenlere inanamaz, öfkelenmeye başlar bununla birlikte kederlenir. Karma karışık duyguların olduğu yas dönemi kısa bir süre sonra yerini uyum gösterme ve hastalıkla savaşma çabalarına, sonrasında da umutlanmaya bırakır. Çoğu zaman hastalık, kişinin toparlanmasına müsaade etmeyecek kadar çok daha ağır seyreder. Ya da kişi psikolojik açıdan toparlanamayacak kadar güçsüz kalır böylece yas dönemi uzar, sıkıntı ve endişe yerini, depresyona bırakır (Deniz, 2011).

Kanser hastası olduğunu öğrenen kişilerde gelişen duygusal tepkiler Kübler-Ross tarafından 500 kanser hastası üzerinde yapılan çalışmada belirlenmiştir. Bu tepkiler sırasıyla; ümit, inkar, öfke ve düşmanlık, pazarlık, depresyon ve kabullenme olarak tanımlanmıştır.

Ümit: Ölmekte olan her hastanın bazen iyileşemeyeceği kendisine söylenmiş olsa bile iyileşebileceğine dair bir ümidi vardır.

İnkâr: Birçok hasta, tüm belirtilere karşın ölmekte olduğunu inkar eder. "Hayır bunlar gerçek olamaz", "hayır ben kanser değilim" gibi tepkilerde bulunur. Şüphcilik ve sosyal ilişkilerin en aza indirilmesi dikkati çeken tepkilerdir.

Öfke ve düşmanlık: Hasta ciddi bir hastalıkla karşı karşıya kaldığında "neden ben?", "bu haksızlık" gibi tepkilerde bulunur. Hastanın öfke dolayısı ile tepkisi aile üyelerine ve tedavi ekibine yönelir. Geleceğe yönelik planlarının bozulması, hastalık karşısında çaresiz kalması, tedavi uygulayanlara karşı bağımlı hale gelme korkusu, sağlıklı bireylerle kendini kıyaslama eğilimi hastayı öfke ve reddetme davranışlarına yöneltmektedir.

Pazarlık: Hastanın fizyolojik durumundaki bozulmalara karşı, ulaşmak istediği hedefler saptayabilir. Bu evrede Allah'la, doktorla ya da başkalarıyla pazarlık edilerek ölüm ertelenmeye çalışılmaktadır. Bu evre kısa sürelide olsa hasta için kısmen yardımcı bir evredir.

Depresyon: Kişinin bedensel yetilerinin kaybıyla birlikte, tedaviye rağmen iyileşmenin olmamasına, aileden kopmaya, ekonomik güçlüklerle karşı geliştirilen bir tepkidir. Harcanan çabaların durumu düzeltmeye yetmediği görüldüğünde depresyon yerleşir. Hasta sevdiği herkesi ve her şeyi bırakma sürecine girmiştir.

Kabullenme: Hastanın tepkilerinde genel olarak bir yatışma gözlenir. Hastanın çevre ile ilişkisi gittikçe azalmaktadır (Savcı, 2006).

Psikiyatrik morbidite de kanser hastaları arasında artış olduğu ve psikiyatrik hastalıkların yaygınlığının %9-60 gibi oldukça geniş bir aralıkta değişen oranlarda saptandığı bildirilmiştir. Hastaların %90'ında psikiyatrik bozukluk hastalığa ya da tedaviye tepki olarak ortaya çıkmış iken, yalnızca %10'unda kişilik ya da anksiyete bozuklukları gibi kanser öncesinde de bozukluklar vardır. Hastalar ve aileleri ölüm korkusu, hastalığın doğası, gelişimi ve sonlanımı hakkında belirsizlikler gibi ıstırap verici bir duygu ve tecrübe ile karşı karşıya kalırlar (Deniz, 2011).

Günümüzde, kanser hastalığının tedavisinde önemli adım atılmış olmasına karşılık hastalık; sinsi gelişen, nedeni yeterince bilinmeyen ve sınırlı ölçüde kontrol edilebilen bir hastalıktır. Kanser, ölümün yanı sıra ölüme ağır içinde yavaş yavaş yaklaşmayı, hastalığın gidişine ya da tedaviye bağlı organ kaybını, sakatlıkları, ağır bir maddi yükü, çok uzun süren tedavi yöntemlerini çağrıştırmaktadır. Bu nedenle hastaları ve ailelerini, tanının konulmasından itibaren her aşamada farklı ruhsal çöküntülere sürüklemekte ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (Savcı, 2006).

4.1.7 Kanserli Hastalarda Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı

Kanser tedavisindeki hemşirelik bakımı, birçok yönden diğer hastalıkların tedavisindeki bakıma benzer. Bunun yanı sıra hastaların bakımında görev alacak hemşirelerin hasta gereksinimlerini saptama, bakımı hastayla birlikte planlama ve uygulamada yeterli bilgi ve beceriye sahip olması gerekmektedir. Ayrıca terminal dönemdeki hastalarda tedavinin yanı sıra kalan yaşam süresinin kalitesinin artırılması da sağlanmalıdır. Yaşam kalitesi, memnuniyet, mutluluk, bağımsızlık, saygı, moral, iyilik hali gibi kavramları içerir; zamana, yere ve kişilere göre değişiklik gösterebilir.

Genel olarak bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlığına yönelik subjektif görüşleri olarak tanımlanır. Kanser kelimesi, anksiyete ve korku gibi olumsuz duygular uyandıran bir kavram olarak görülmektedir. Hastanın ölüm korkusu, gelecek endişesi, yorgunluk, bulantı-kusma, ağrı çekme gibi yaşam kalitesini etkileyen fiziksel ve psikolojik birçok olumsuz deneyimler yaşamasına neden olmaktadır.

Kanser tanısını alan birey, o güne kadar yaşamını sürdürmekte ve sorunları çözmekte kullandığı başa çıkma mekanizmalarının yeterli olmadığını fark eder. Güçsüzlük, korku, kaygı ve çaresizlik gibi duygular yaşar. Kanserli hastalarda tedavi ve bakımın temel amacı hastalığa yönelik olduğu kadar yaşam kalitesinin yükseltilmesine de yöneliktir. Bu nedenle sağlık personelinin tedavi edici yaklaşımları yaşam kalitesini yükseltmek açısından önem kazanmaktadır (Decosse ve Cennerazzo, 1997; Kapucu, 2004; Ünsar ve ark., 2007; Bahar, 2007; Gürel, 2007; Kim ve Kwon, 2007; akt: Ökten, 2012).

4.2 SOSYAL DESTEK

4.2.1 Tanımlar, Açıklamalar ve İlgili Kavramlar

Sosyal destek kavramı, bütüncül hemşirelik yaklaşımı içinde ele alınır ve Florence Nightingale'den beri üzerinde durulmuştur(Karakoç, 2008; Tansı, 2009). Florence Nightingale (1860) hemşirelerin hasta ve ailelere destek vermelerinin önemini vurgulamasıyla sosyal destek hemşirelik bakımında yer almış ve sağlık üzerindeki olumlu etkisi nedeniyle hemşirelik girişimlerinin birincil işlevlerinden biri olduğunu ifade etmiştir (Aktaran: Kes, 2009).

Onkoloji alanındaki 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 (Guni, 2005).

Cassel (1976), sosyal destek kavramını sağlıkta önemli bir psiko-sosyal faktör olarak ele almış ve bu noktadan tanımlamıştır. Sosyal desteği, bireyi stresin olumsuz etkilerine karşı “koruyan” bir faktör olarak ifade eder.

Cohen ve Wills (1985), sosyal desteğin stres ile ilişkisine vurgu yapmışlar ve sosyal desteği tanımlarken stresli olayların kişilerdeki etkisini azaltan, kişiler arasında yararlı etkileşim olarak kavramlaştırmışlardır.

Cobb (1976) sosyal desteği bilgi olarak tanımlamıştır. Bu bilgi bireyin “bakılıp, sevilmesine, saygı duyulmasına, kişiler arası ilişkilerine ve karşılıklı yükümlülüklerinin varlığına ” neden olan bilgidir. Barrera ve Ainlay (1983) sosyal desteği bireyin ihtiyacı olduğunda kişinin kendisine yardımcı olabilecek kişi sayısı olarak açıklamıştır (Aktaran: Karakoç, 2008).

Sorias (1988) bireye yakın çevresi tarafından sağlanan maddi ve manevi yardımı ‘sosyal destek’ olarak tanımlamıştır. Sosyal desteğin bireyin temel sosyal gereksinimlerini karşılar; bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığını olumlu yönde etkiler. Bireyin hastalığa uyumuna ve oluşabilecek güçlüklerle karşı mücadele etmesinde yardımcı olur (Aras ve Tel 2002, Sorias 1988, Marino et al, 2008). Marino et al (2008) Sosyal destek bireyin benlik saygısını artırır ve depresyon durumunda kişinin iyileşmesine olumlu katkı da bulunmaktadır (Marino et al, 2008; Aktaran: Tel ve Korkmaz, 2010).

Hayatımızın zor ve stresli dönemlerinde daha çok desteğe ihtiyacımızın olduğu ve bu dönemleri sosyal destek sayesinde daha kolay atlatılabildiğimiz de bir gerçektir (Özkan, 2001). Özellikle kronik hastalığı olan bireyde, sosyal desteğin önemi büyüktür. Bireyin sıkıntıları giderek artmakta, sağlık koşulları bozulmakta ve hastalıkla ilgili strese sebep olan durumlar artmaktadır. Ağrı, yorgunluk ve günlük aktiviteleri yapamama durumu bireyin çevresindeki rollerinin gereğini yerine getirmesini engellemekte ve depresyona, kontrolünü yitirme duygusuna yol açabilmektedir (Özbaş, 2008).

Sosyal destek, hasta olan bireyler kadar, sağlıklı bireyler için de önemlidir. Sarason, Levine, Basham (1983) sosyal desteği, bireyin ilişkilerinin içeriğinden çok, ihtiyaç duyduğu sırada destek alabileceği kişilerin var olduğunu hissetmesi olarak belirtmişlerdir (Aktaran: Özkan, 2001)

Literatürde, algılanan (perceived) ve sağlanan (received) sosyal destek kavramları görülmektedir. Algılanan sosyal destek, kişinin diğer bireylerle güvenilir ilişkileri olduğuna ve ihtiyaç duyduğunda desteğin sağlanacağına yönelik algılamasıdır. Sağlanan sosyal destek ise, desteğin davranışsal olarak değerlendirilmesidir (Keff,1997). Sosyal desteğin bireyin sağlığı açısından yararları bilinmesine rağmen, özellikle algılanan sosyal desteğin daha etkili olduğunu kabul edilmektedir (Helgeson, 1993; Norris, Kaniasty, 1996; Sarason, Sarason, Gurung, 2001). Algılanan sosyal destek psikolojik rahatsızlıklarda ve düşük düzey anksiyete durumlarında sağlığı olumlu yönde etkiler (Matud, Ibanez, Bethencourt, Carbelleira 2003; Aktaran: Karakoç, 2008).

Sosyodemografik özelliklere göre sosyal destek algısı da değişiklik gösterebilmektedir. Yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, kültür gibi özelliklerin sosyal destek üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Sosyal destek türlerinden özellikle duygusal desteği, kadınların erkeklere oranla daha çok kullandığı görülmüştür. Kendler ve ark. (2005) karşıt cinslerden oluşan ikizler üzerinde yaptıkları çalışmada, kadınların erkek ikizlerine göre sosyal desteği daha fazla algıladıklarını ayrıca sosyal ağlarının daha kapsamlı olduğunu belirlemişlerdir (Aktaran: Karakoç, 2008).

4.2.2 Sosyal Destek Türleri ve İşlevleri

Kurumlarla insanların birbirine karşılıklı olarak bağlanmasına Sosyal bağlanma denir. Bireyin çevresinden destek alabileceği kimsenin olmadığı durumda desteğin benzer sorunu yaşayanlardan oluşan destek gruplarından gelmesi düşünülmektedir. Benzer sorunları yaşayan kişiler birbirlerinden bilgi alış verişi yaparak, güven bulurlar böylece yalnızlık ve izole olma duygularıda azalır (Mutlu, 2007).

Dakof ve Taylor (1990) sosyal desteğin işlevleri için her birinin diğerinden farklı özelliği bulunduğunu söylemişlerdir. İşlevlerin hangi türünün daha yararlı olduğu bireyin kullanım duruma göre değişmektedir. Sosyal desteğin olumlu etkisinden bahsedebilmek için, bireyin gereksinimi ile ona verilecek destek türünün ve verecek kişinin niteliğinin örtüşmesi gerekmektedir. Ancak bu örtüşme gerçekleştiğinde etkili sosyal desteğin oluşabileceği belirtilmektedir. Sosyal desteği açıklayan dört işlev üzerinde durulmaktadır (Kozaklı, 2006).

4.2.2.1 Araçsal (Yardım) Destek (İnstrumental Support)

Araçsal destek somut ve maddi desteği ifade etmektedir (Kozaklı, 2006). Bireyin rutinde yaptığı günlük işleri (alışveriş, fatura ödemesi, çocuk bakımı vb) , borç para vermek gibi doğrudan yardımları içerir. Diğer sosyal destek çeşitlerinden farkı bireyin sorununu doğrudan onun adına çözer (Savcı, 2006; Polat, 2008).

4.2.2.2 Duygusal Destek (Emotional Support)

Bireyin hastalığına dair duygu ve düşüncelerini dile getirmesi için cesaretlendirme, empati, değer verme gibi duyguların bireye açıklanmasıdır. Bu işlev karşısındakini aktif dinleme, duygularını paylaşma, bireyi kabullenme ve empati yapma becerilerini etkin kullanılmasını içerir (Eliüşük 2008). Duygusal desteğin işlevi, bireylerin psikolojik sağlığı ile doğrudan ilgilidir. Söz konusu davranışların kişide çevresindekiler tarafından sevildiği, sayıldığı ve anlaşıldığı duygusunu uyandırmaktadır. (Kozaklı, 2006). Zor durumlarda bireyi cesaretlendirerek direnme gücü sağlar, aynı zamanda sorunlarla başa çıkma sürecinde kişinin yalnız olmadığı duygusunu uyandırır. (Mutlu, 2007). Duygusal destek, kişide özgüven artışı ve sorunlarla başa çıkmada kişiyi motive etme gibi olumlu değişikliklerin ortaya çıkmasını sağlar (Savcı, 2006).

4.2.2.3 Bilgisel Destek (Informational Support)

Bireyin sorunlarıyla ilgili olarak bilgi, öğüt verme, geri bildirimler, önerilerde bulunma ve rehberlik etme gibi davranışları kapsar (Kozaklı, 2006; Köse, 2006; Mutlu,

2007). Bireyin ailesinden ya da doktorundan hastalık ve tedavi sürecine ilişkin bilgi alması; hastalığı tanımasını, sebep ve sürecini algılamasını, bunun sonucu olası stres kaynaklarını daha kolay tanımlamasını ve sunulan destekten yüksek tatmin sağlayacaktır. Bireyin özellikle inkar olarak tanımlanan duygusal tepkisini ortadan kaldıracabileceği düşünüldüğünde, bilgi desteğinin kanserle yaşamayı öğrenmede önemli bir işlevi olduğu yadsınamaz bir gerçektir (Savcı, 2006).

4.2.2.4 Değerlemesal Destek (Apparaisal support)

Bireyin duygu, düşünce ve davranışları konusunda geri bildirim sağlayan davranışlardır. Bireyler yeni ve belirsiz ortamlarda, kendi davranış, duygu ve düşüncelerini benzer buldukları başkaları ile karşılaştırarak, bir değerlendirme gerçekleştirirler. Bireyin kendisini değerlendirmesinde ve davranışlarını kendi menfaatine olabilecek şekilde değiştirmesine yardımcı olmaktadır (Kozaklı, 2006).

4.2.3 Sosyal Desteğin Alıcının Ruhsal ve Fiziksel Sağlığını İyileştirerek İyilik Durumunu Arttırma Nedenlerine İlişkin Görüşler

4.2.3.1Bağıllık Gereksiniminin Doyurulması

Bireylerin ilişki ve iletişim kurma ihtiyaçlarını karşılayarak onları yalnızlığın olumsuz etkilerinden kurtarır.

4.2.3.2 Kimlik Duygusunun Korunması ve Güçlendirilmesi

Bireyin kimlik imgesi ile ilgilidir. Diğer bireylerle kurulan ilişkiler sayesinde kişilik gelişir.Yapılan araştırmalara göre insanlar kendi inanç sistemlerini, fikirlerini, tutum ve inançlarını başkalarınıninkilerle karşılaştırarak değerlendirir ve netleştirirler.

4.2.3.3 Kendine Güvenin Artması

Bireylerin kendine güvenlerini ve kimliklerini destekleyecek davranışlarla karşılaşmaları, stres yaratan durumlar karşısında destek almayanlara oranla daha güçlü olmalarını sağlayacaktır (Güni, 2005; Karakoç 2008; Yenihayat 2008; Gündüz Sütçü 2010)

4.2.4 Sosyal Desteğin Etkisi

Sosyal destek, bireyi stresin olumsuz sonuçlarından koruyabildiği gibi, aynı zamanda kişinin kendine güven, ait olma, benlik saygısı gibi duygularını olumlu açıdan destekleyerek her koşulda sağlıklı kalmasını ve kendini iyi hissetmesini sağlamaktadır. Sosyal ilişkilerin yetersiz veya bozuk olduğu durumlarda anksiyete ve değersizlik duyguları sık yaşanır. Her insan gereksinim duyduğu sosyal desteği alamamakta ya da

aldığı sosyal destekten beklentisi ölçüsünde tatmin sağlayamamaktadır. Sosyal destek kavramının sağlık ile ilişkisini açıklayan iki modelden bahsedilmektedir (Savcı, 2006).

4.2.4.1 Temel veya Doğrudan Etki Modeli

Bireyin sosyal ağında yer alan insanlarla etkileşiminde, onlardan maddi, pratik veya duygusal yardımlar aldığını, bu yardımların bireyi olumlu etkilediğini ileri sürmektedir. Bu olumlu etkiler bireyde pozitif destek, ait olma duygusu ve stresin azalması şeklinde ortaya çıkabilir. Alınan yardım yani sosyal desteğin etkisi ile bireyler fiziksel ve psikolojik problemlerini daha az yaşarlar (Alemi, Stephens, Llorens, Schafer, Nemes, Arendt 2003).

Cohen ve Wills (1985) bu model de sosyal destek ile sağlık arasında doğrudan bir ilişki olduğunu açıklamıştır. Bu yaklaşıma göre, sosyal destek, fiziksel ve ruhsal yönlerden olumlu etkiye sahiptir. Temel etki modeline göre, sosyal desteğin olmaması bireyde olumsuz etki yaratabilmektedir.

Cohen (2004), sosyal destek kavramının temel etki modelini sosyal bütünleşme olgusu ile birlikte açıklamıştır. Açıklamasına göre, bireyin sosyal ilişkilerindeki genişliğe yani sosyal ağı katılımı olarak tanımladığı sosyal bütünleşme, çok boyutlu bir yapı oluşturmaktadır. Sosyal bütünleşmeyi Sağlayan birey, yaşadığı sosyal etkileşim ve baskıların etkisiyle, sorumluluk hissetme, kendine değer verme gibi pozitif psikolojik durumları yaşamaktadır.

Temel etki modelinde, sosyal desteğin insanlarda oluşan stres düzeyinden bağımsız, her zaman yararlı olduğu savunulmaktadır. Bu model sosyal desteğin bireyin sağlığı üzerinde direkt etkisi olduğunu ileri süren tek modeldir (Aktaran: Kozaklı, 2006)

4.2.4.2 Tampon Etkisi Modeli

Modelin varsayımına göre, bireylerin düşük sosyal bağları, geri bildirimleri azaltmaktadır, bu durum ise bireylerde duygusal karışıklıklar ve çeşitli hastalıkların yükselmesine karşı hassasiyet oluşturmaktadır (Caplan, Caplan, 2000; Cassel, 1976; Coyne, Downey, 1991). Bu model, hassasiyetlerin olduğu bu tür süreçlerin, sevilen birinin kaybı ya da boşanma gibi olumsuz yaşam olaylarının veya çevresel faktörlerin oluşturduğu strese karşı sosyal desteğin bireyi koruduğunu, tampon etkisi yaptığını öne sürmektedir (Alemi, Stephens, Llorens, Schafer, Nemes, Arendt, 2003; Aktaran: Kozaklı, 2006).

Araştırmalar, sosyal desteğin stres yaratan olayların psikolojik etkilerini azalttığını ortaya koymuştur. Sosyal destek bireyi, yüksek düzeyde stresin olumsuz etkilerine karşı korumakta, sağlığı olumlu yönde etkilemektedir. Bireyin ihtiyaç duyduğu ve aldığı sosyal destek, stres yaratan olaylara bağlıdır. Kişinin sosyal çevresinden aldığı yardım, ne şekilde olursa olsun bireylerin olumsuz duygularını azaltmakta ve stresle baş etmesinde kendisine olan güvenini artırmaktadır. Yapılan çalışmalarda ciddi stres yaratan bir durum ortaya çıktığında, sosyal destek alan bireylerin, az destek alanlara göre, içinde bulundukları ortamı daha az stres verici olarak algıladıkları saptanmıştır (Savcı, 2006).

Cohen ve Willis (1985) , tampon etki modelini, sosyal desteğin stres altındaki bireyin iyi olmasıyla ilgili olduğunu ifade etmiştir. Tampon etki modeline göre, sosyal desteğin bireyi strese neden olan olaylarda potansiyel patolojik etkilerinden koruduğunu ifade etmektedir (Akt: Kozaklı, 2006; Köse, 2006).

Cohen (2004), sosyal desteğin tampon etkisinin yardımıyla bireylerin stresin etkisini daha az yaşadıklarını, olumsuz olayları daha az tehdit edici olarak yorumladıklarını ve etkili başa çıkma yöntemlerini daha kolay kullandıklarını belirtmiştir.

Sosyal destek kavramı son yıllarda büyük ilgi uyandırmakta ve yapılan çalışmalarda sosyal desteğin sağlık ile ilişkisine yoğun vurgu yapılmaktadır. Pugliesi ve Shook (1998)'a göre bireyin sağlığı ve özellikle duygusal iyi olma durumu üzerinde sosyal desteğin olumlu yönde etkisi bulunmaktadır.

Fakat bazı çalışmaların sonuçlarında sosyal desteğin tampon etkisinin kanıtlanamadığı açıklanmıştır (Ensel, Lin,1991; Thoits, 1984). Çalışmalarda, yaşamdaki olayların çoğunlukla sosyal ilişkiler ve sosyal kaynaklardaki değişikliklerine karşı açık olduğu ve bu değişikliklerin her türlü etkilerinden bireylerinde etkilendiği (Thoits, 1982), bireyin genel sağlık ve öznel iyi olma yapısındaki, yaşam olaylarının kronik özellikleri ve olumsuz etkisini sosyal desteğin tampon etkisinin azalttığı ileri sürülmektedir (La Rocca, House, French, 1980; Lin, Woelpl, Light, Turner, Noh, 1983; Pugliesi, Shook, 1998). Orford (1992) ise sosyal desteğin tampon etki modelinin, bireyin yaşantısında stres olduğu zaman etkili olduğunu, diğer durumlarda ise bu etkisinin görülmediğini belirtmektedir (Akt: Kozaklı, 2006).

4.2.5 Sosyal Desteğin Olumsuz Sonuçları ve Korunma

Sosyal destek sağlamada dikkat edilmesi gereken beş boyut; desteğin miktarı, zamanlaması, kaynağı, yapısı ve işlevi olarak ifade edilmiştir (Berivan Savcı 2006).

4.2.5.1 Destek Miktarı

Sunulan desteğin yetersiz olmasının yanı sıra çok fazla destek de zaman zaman sorun oluşturabilmektedir. Yüksek düzeyde destek, hastaların bağımlılık ve zayıflık hissetmelerine neden olabilmektedir.

4.2.5.2 Desteğin Zamanlaması

Zor durumda olan birey açısından en yararlı destek biçimi ve miktarı zaman içinde değişiklik gösterebilir.

4.2.5.3 Destek Kaynağı

Farklı destek kaynakları, farklı koşullarda etkinlik açısından değişiklik göstermektedirler. Bazı ortamlarda bazı destek kaynakları (aile, meslek elemanları vb.) diğerlerine oranla daha etkilidir. Kanseri hastalarının sağlık personelinin aldığı bilgi ve tavsiyeleri daha yararlı bulduğu belirlenmiştir. Aynı sosyal destek aileden arkadaşlardan geldiğinde bunu yararsız olarak algılamışlardır. Genel olarak aile bireylerinin destek sağlayıcı olması, arkadaşların destek grubu olmasına göre daha tercih edilen ve daha çok tatmin sağlayan bir durumdur.

4.2.5.4 Desteğin Yapı ve İşlevi

Desteğin yapı ve işlevi bireyin durumuna uygun olması ya da olmaması olarak tanımlanabilir. Duygusal destek, bilgi desteği ya da güven desteği her zaman birbirinin yerini tutmamaktadır. Bireyin gereksinim duyduğu destek türü o desteğin işlevini yerine getirmesine yardımcı olmaktadır, aksi halde destek işlevini yitirebilmektedir. Duygusal destek, tüm stres yaratan durumlar karşısında etkili bir destek türü olarak gösterilmektedir (Çapraz, 2011).

4.2.6 Sosyal Ağ ve Algılanan Sosyal Destek

Algılanan sosyal destek, kişinin kendine biçtiği değerdir (Dalak, 2010). Diğer bir ifadeyle, sosyal ağın yeterince destekleyiciliği konusunda kişinin genel izlenimi olarak ifade edilir. Bu izlenim kişinin yaşam tecrübesi ve mevcut duygu ve biliş durumu tarafından şekillendirilir. Çevresi tarafından sevilip, sayıldığını, ihtiyacı olduğunda yardım bulacağını düşünen kişinin algıladığı destek fazladır. Algılanan destek, tutum ve mizaç gibi özelliklerden de etkilenebilmektedir. Sağlık ile ilgili olarak sadece sosyal

aktivitenin değil, algılanma ve yorumlanma biçiminin de sağlığı olumlu yönde etkilediği değerlendirilmektedir (Atlı Özbaş, 2008).

Sosyal ağ sosyal destek süreçleri içerisinde önemli bir kavram olarak kabul edilmektedir (Sorias; 1988; Akt: Savcı, 2006). Sosyal destek kavramına niceliksel açıdan yaklaşanlar (yapısal yaklaşım) daha çok "Sosyal Ağ" (social network) terimini kullanmışlardır. Sosyal ağ, genellikle kişinin insanlarla olan bağlarını ve ilişkilerini göstermek için kullanılan bir terimdir (Atlı Özbaş, 2008).

Kişinin çevresindeki diğer insanlarla bağlarını ve bu insanların birbirleriyle olan ilişkilerini ifade eder. Sosyal ağ, bireyin yaşamında önemli yeri olan, yardım için başvurduğu aile, akraba, komşu ve meslektaşları gibi çevresindeki kişilerden oluşur (Sorias 1988d, Sorias 1988f). Dolayısıyla sosyal desteğin kaynağı konumundaki kişileri belirtir. Bireylere sosyal desteği iletmek için kullanılan bir araçtır (Akt: Selçuk, 2010)

Sosyal ağın yapısal özellikleri, ağın büyüklüğü (bireyin ilişkide olduğu insanlar), sosyal ilişkilerin gücü, ilişkilerin sıklığı, dağılımı (ilişkide olan bireylerin birbirlerine olan uzaklığı ya da yakınlığı), homojenlik (bireylerin yaşı, cinsiyeti, ırkı ve kültürel benzerlikleri), simetri (ilişkilerde aktiflik ve pasiflik durumu) gibi niceliksel özellikler üzerinde durulmuştur (Köse, 2006; Atlı Özbaş, 2008).

Bu değişkenler içerisinde en fazla sosyal ağın büyüklüğü üzerinde durulmaktadır. Sosyal ağın büyük olması, sosyal destek kaynakları açısından zengin olacağı düşünülmektedir. Ancak çok sayıda ilişkinin getirdiği sorumluluk ve baskı nedeniyle zararlı olma olasılığı da artmaktadır. Üzerinde önemle durulan bir diğer değişken ise ağın yoğunluğudur. Üyeleri birbirine yakından bağlı yani yoğun bağlar olan ağlarda, daha güçlü ve etkili destek sistemleri olması beklenir (Köse, 2006; Kozaklı, 2006; Atlı Özbaş, 2008).

Kahn ve Antonucci (1980), sosyal ağ yapısını “konvoy model” olarak tanımladıkları modelle açıklamışlardır. Bu modele göre, bireyler araçsal ve duygusal desteklerinin karşılayan kendileri için özel kişiler tarafından kuşatılmış durumdadırlar. Bu özel kişiler bireyin sosyal ağını meydana getirirler (Iecovich, Barash, Mirsky, Kaufman, Augar, Kol-Fogelson 2004). Özellikle evlilik ilişkilerindeki eş bu modele örnek gösterilmektedir ve bu ilişkilerin depresyon ve strese karşı bireyin kendisini iyi hissetmesine yardımcı olduğu belirtilmektedir (Litwin, 2000).

Sosyal ağ içindeki ilişkileri anlamada sunulan başka bir ifade ise sosyal desteği veren bireylerin hiyerarşik yapılanmasıdır. Buna göre, birey kendisine destek veren kişileri yakınlık derecesine göre sıralamaktadır. Ailesinden ve çocuklarından destek görmediğinde, komşularından veya arkadaşlarından destek sağlamaya çalışmaktadır (Litwin, 2000; Akt: Kozaklı, 2006).

Sosyal destek sosyal ağın kişiler üzerinde bıraktığı etki ile yakından ilişkilidir. Sosyal ağ, bireye sosyal desteği iletmek için kullanılan temel araçtır. Algılanan sosyal destek sosyal ağın destekleyici olup olmadığı konusunda kişinin genel izlenimi olarak tanımlanır (Kes, 2009).

Hayatın çeşitli alanlarında sevilen, değer verilen ve ihtiyaç halinde yardım bulan kişi, yakın çevresindeki ilişkilerinden daha çok doyum aldığı böylece başkaları tarafından desteklendiği duygusu öne sürülmüştür (Dalak, 2010). Bir başka deyişle algılanan sosyal destek, stresli yaşam durumları içerisinde olan bireyin gereksinimi olduğunda her zaman yanında yardıma hazır ve ona değer veren birilerinin olması ve bu kişilerle ilişkilerinden nitelikli yararlar elde etmiş olmanın bilincinde olarak bu durumu kendi yararına bir destek biçiminde yorumlaması şeklinde tanımlanmaktadır.

Wethington ve Kessler (1986), stresli olaylarda başa çıkmada, bireyin algıladığı sosyal desteğe göre aldığı sosyal desteğin daha önemli olduğunu ifade etmişlerdir (Akt: Kes, 2009).

Sosyal destekteki, cinsiyet, etnik köken, sosyal ağ özelliklerinin değerlendirildiği çalışmanın bulgularında Pugliesi, Shook (1998), bireylerin cinsiyete ve sosyal rollerine göre sosyal ağ büyüklüklerinde farklılıklar olduğunu görmüşlerdir. Kadınların, evli bireylerin, sosyal ağları daha geniş bulunmuştur. Çalışmasının sonucunda eğitim düzeyi, sınıf statüsü, gelir düzeyinin sosyal ağın sayı olarak büyüklüğünde etkili farklılaşma bulunmadığı ifade edilmiştir.

Litwin (2000) ise sosyal ağ türleri, fiziksel eksiklikler ve sosyo-demografik özellikleri konusunda yaptığı çalışmasının sonucunda şu bulguları belirtmiştir. Cinsiyet farklılığına göre, Litwin (2000) ise sosyal ağ türleri, fiziksel eksiklikler ve sosyo-demografik özellikleri konusunda yaptığı çalışmasının sonucunda şu bulguları belirtmiştir. Cinsiyet farklılığına göre, kadınlar da komşuluk ilişkileri, erkekler de ise arkadaş ilişkilerinin daha yoğun olduğu görülmüş. İleri yaşlarda arkadaşlık ilişkilerinin

azaldığı, eğitim düzeyi azaldıkça aile ilişkilerinin, eğitim düzeyi arttıkça da arkadaşlık ilişkilerinin arttığı bulunmuştur.

Iecovich, Barash, Mirsky, Kaufman, Augar, Kol-Fogelson (2004), sosyal ağ ve yalnızlık konulu çalışmalarında yalnız yaşayan, evli olmayan ve çocukları olmayan katılımcıların sosyal ağlarının küçük olduğu bulgulanmıştır. Yine yalnızlık ve sosyal ağ konusundaki başka bir çalışmada Green ve Lago (2001), sosyal ağ ve yalnızlık düzeyindeki değişiklikleri yaşa göre incelemişlerdir. Çalışmanın sonucunda, yaşlı-yetişkinlerin, büyüklük, yoğunluk, yakınlarının ve partnerin varlığı açısından sosyal ağlarının daha dar olduğu görülmüştür (Akt: Kozaklı, 2006).

4.2.7 Sosyal Desteğin Sağlanmasında Hemşirenin Rolü

Sosyal destekte hemşire önemli bir role sahiptir. Hemşire, sosyal destek hakkında bilmesi gereken bazı hususlar vardır. Bunlar;

- 1.Sosyal ağ ilişkilerinin özelliği, sosyal desteği almak ve vermektir.
- 2.Bireyin primer ilişkileri ile sosyal ağ ilişkileri her zaman gereklidir.
- 3.İlişkilerin destekleyici olabilmesi için sağlıklı olması gerekir.
- 4.Desteğin çeşidi ve kalitesi, kişisel özelliklere ve olayın gidişatına bağlı gereksinimlerdir.
- 5.Desteğin çeşidi ve kalitesi, bireyin durum ve kişisel özelliklerine göre değerlendirilmelidir.

Hemşirenin Sosyal destek sağlamadaki rollerinden biri de danışmanlıktır. Hemşire, öncelikle bireyin yaşadığı zorlukları tanımlamalıdır. Sonrasında, bireyin yaşadığı zorluğun nedenini belirlenip ortaya koyar ve hangi tür sosyal desteğin verileceğine karar verir. Yaşanan sorunun gelişmesinde, verilen sosyal desteğin etkisinin olup olmasını ortaya koymalıdır. Sosyal destek kişinin sorunun gelişmesinde etkili değilse, bireyin karakteristik özelliklerinin belirlenmesi ve sosyal desteğin yetersizliğinin sebebini ortaya koyması gerekir.

Kişiden veya dışarıdan kaynaklanan engeller sosyal desteğin etkisini azaltabilir. Sosyal desteğin etkisinin artırılması için kişiyi etkileyen bu engellerin saptanması önemlidir. Hemşire bütün faktörleri belirledikten sonra sosyal desteğin etkisini arttırmak için çalışmalıdır. Danışmanlık süreci boyunca hemşire oldukça sabırlı olmalı empatik yaklaşmalı ve kişiye güven verebilmelidir.

Sosyal desteğin, fizyolojik ve psikolojik olarak bireyin kendini iyi hissetmesinde ve kansere uyum göstermesinde etkili olduğu bilinen bir gerçektir. Algılanan sosyal destek bireyde strese karşı tampon rolünü üstlenmekte, kişinin bağlılık duygularını doyurmakta, kimlik duygularını korumakta ve güçlendirmektedir. Sosyal desteğin yetersizliği bireyin ruhsal durumunu olumsuz olarak etkilemektedir (Atlı Özbaş, 2008).



4.3 YALNIZLIK

4.3.1 Yalnızlık Tanımlamaları ve İlgili Kavramlar

Yalnızlık "sosyal ilişkilerin olmamasından veya yetersizliğinden kaynaklanan, bireyleri memnun etmeyen, psikolojik bir durum" olarak tanımlanır (Ceyhan, 2005).

Yalnızlıkla ilgili farklı tanımlamalar bulunmaktadır. Literatürde en çok Peplau ve Perlman (1982)'in tanımlamaları kullanılmaktadır. Onlara göre yalnızlık; bireyin mevcut sosyal ilişkileri ile istediği sosyal ilişkileri arasında farklılık olması ile yaşanan hoş olmayan bir duygudur (Akt: Köse, 2006; Kozaklı, 2006).

Yalnızlık birbirini etkileyen üç unsurdan kaynaklanmaktadır. Bunlar;

1. Hoş olmayan üzücü duygusal bir deneyim, yani gruptan ya da topluluktan dışlanmış olma yaşantısı.
2. Olumsuz bilişsel deneyim, kişni sevilmediğini hissetmesi.
3. Sosyal ilişkilerde yetersizlik. Sosyal ilişkileri kurmada ve bu ilişkileri devam ettirmede güçlük çekme (Köse, 2006).

Jones ve Hebb (2003), yalnızlığı kullanırken kullandığı temel noktalar;

- a) Sosyal ilişkilerdeki eksiklik yalnızlık ile ilgilidir.
- b) Bireylerin istek ve algılamalarına bağımlı ve subjektif süreçlerdir.
- c) İstenilmeyen bir durumdur.
- d) Bireyler yalnızlığın üstesinden gelebilmek için çaba sarfederler (Akt: Kozaklı, 2006).

Bir insanın tek başına yaşaması somut yalnızlık, çevresinden dışlanması sonucu oluşan yalnızlık, kişinin için önemli olan durumlarda ve sosyal yetersizlik durumlarında ortaya çıkan yalnızlık, insanın kendisini çevresindekiler tarafından anlaşılmamış ve kimsesiz hissettiği gerçek yalnızlık gibi farklı olan yaşantıların tümüne 'yalnızlık' adı verilebilir. Buna göre yalnızlık kişinin hayatında göreceli olarak yaşayabileceği duygulardandır (Ceyhan, 2005; Kurt Öncü, 2008).

Yalnızlığın bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde ve tek başına kalmayı tolere edebildiklerinde değil, yüksek stres değerleri ve düşük sosyal etkileşimde ortaya çıkmaktadır (Hawkley, Burleson, Berntson, Cacioppo, 2003).

Yalnızlık bireyin fiziksel ve psikolojik gelişimsel süreçleri, ruhsal sağlığı ve yaşadığı sosyal dünyası ile de ilişkilidir. Bu yönüyle yalnızlık, birçok yüzü olan bir fenomen olarak öne çıkmaktadır (Arkar, Sarı 2004). Bu anlamıyla yalnızlık, bireyin fiziki ve psikolojik sağlığı ile son derece ilgilidir. Örneğin; yalnızlığın, soğuk algınlığından kalp

hastalıklarına kadar bir çok fiziksel hastalıklar için risk faktörü olduğunu belirten Geller, Janson, Mc Govern ve Valdin (1999), kronik hastalıklar, yalnızlık düzeyi ve hastanenin acil servisini kullanma sıklığı arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmalarında, acil servisi kullanma toplamı ile yalnızlık düzeyi arasında anlamlı korelasyon bulunduğunu belirtmişlerdir (Akt: Kozaklı, 2006).

Aktif yaşam koşulları ve bireylerin yaşamındaki değişimler insanların dengesini bozmakta; bu da güvensizliği, yabancılaşmayı, ilişkilerde tek düzeliği getirmekte, giderek insanların yalnız olmaları ağırlık kazanmakta, sosyal çevreleri sınırlı olmakta, birbirlerine zaman ayırma ve bunun gerekliliği göz ardı edilmektedir ve buna bağlı olarak gelişen anksiyete, depresyon ve kişilerarası ilişkilerin bozulması sonucu yalnızlık gelişmekte bu da hastalıklara karşı savunmayı olumsuz yönde etkilemektedir. Bu sorunlar, ilişkilerin bozulmasına, ailesindeki ilişkilerden çevresindeki ilişkilerine kadar yansır (Alkan ve Sezgin,1998).

Kanser hastaları hastalıklarının çeşitli evrelerinde, ümitsizlik, yalnızlık, sosyal izolasyon, güçsüzlük, terk edilme, dayanılmaz ağrı, mutsuzluk ve suçluluk gibi ruhsal deneyimler yaşarlar. Kanser ile yaşamak yaşamlarında birçok değişiklik anlamına gelmektedir. Bireysel faktörler ve yaşantılarında strese sebep olan dış etkiler hastanın yalnızlık seviyesini arttırmaktadır. (Sevil ve ark.,2006; Kara ve Mirici, 2004; Rokach, 2000).

Kanser hastaları hastalıkları ile ilgili koşul ve sınırlılıklardan dolayı, kişiler arası ilişkilerde güçlükler yaşarlar. Hastaların hastalıklarıyla baş edebilme yeteneği, hastaların sosyal ilişkilerindeki iletişiminin kalitesini arttırmaktadır. Kanser aynı zamanda, hastayı rahatsız eden tedavi boyunca kas içi kanamalar, saç dökülmesi, ağız yaraları, çeşitli cilt reaksiyonları gibi fiziksel değişimlere de neden olur ve hastalar hastalığını diğer insanlara bulaştırabileceğini de düşünebilir ve buna bağlı olarak kendilerini toplumdan izole edebilirler.

Friedman ve arkadaşları 60 kanser hastasının yaklaşık %50'sinin direk hastalık ya da hastalığı ile ilgili durumlardan dolayı yalnızlık hissi yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Sevil ve arkadaşlarının jinekolojik kanserli hastalarla yapmış olduğu bir çalışmada ise sosyal desteğe ihtiyacı olan hastalarda yalnızlık düzeyi diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur. Bu yüzden, sosyal ve emosyonel destek almayan ve bunlara son derece ihtiyacı olan kanser hastalarında yalnızlık hissi görülmektedir (Sevil ve

ark.,2006). Alkan ve arkadaşının yapmış olduğu araştırmada hastaların %72'si yalnızlık yaşamadığı ve bunu aileleri ile görüşülmesine izin verilmesine bağlamışlardır (Alkan ve Sezgin,1998). Yine yapılan bir araştırmada sosyal destek eksikliğinin yalnızlık ve depresyonu arttırdığı ve yalnızlık yaşantısının depresyona yol açtığı yaşam kalitesini azalttığını vurgulanmıştır (Özkürkçügil,1998; Akt Kurt Öncü, 2008).

Stephoe, Owen ve Brydan (2004), yalnızlığın sinir sistemi, kalp hastalıkları ve stres tepkileri ile ilgisini araştırdıkları çalışmalarında, bireyin biyolojik stres süreçlerinin, genel sağlığı ile ilgili olduğunu ve yalnızlık yaşantılarının söz konusu sağlık üzerinde olumsuz yönde etkili olduğunu belirtmişlerdir.

Başka bir çalışmada ciddi psikolojik hastalıklarında yalnızlığın önemli bir fenomen olduğu belirtilerek, özellikle depresyon ile ilişkisine vurgu yapılmıştır (Mc Innis, White, 2002). Booth (2000), depresyon ile yalnızlık arasındaki ilişki “ tüm yalnız insanlar depresyonda değildir, ama depresyonda olan tüm insanlar yalnızdır.” şeklinde tanımlamıştır. Bu açıklamalardan anlaşılabileceği üzere yalnızlık süreçleri birey açısından, duygusal, davranışsal ve sosyal problemleri içermektedir (Akt: Kozaklı, 2006)

4.3.2 Yalnızlığın Çeşitleri

Weiss (1973), yalnızlığın iki başlık altında toplamıştır.

Duygusal Yalnızlık

Kaygı ve boşluk duygularının görüldüğü başka kişilerle yakın bağların olmamasından kaynaklanır. Bu mevcut durum bir ilişkinin kurulabilmesi ile aşılabılır. Kurulacak ilişki samimiyete dayalı olmalı, yüzeysel olmamalıdır.

Sosyal Yalnızlık

Sosyal ağın olmamasından kaynaklanan, depresyonla birlikte görülen yalnızlık türüdür. Young (1982), üç tür yalnızlıktan söz etmiştir.

- 1. Geçici (transient) Yalnızlık:** Anlık ve belirli yalnızlık duygusudur. Üzerinde fazla durulmayan yalnızlık türüdür. Zaman zaman çoğu insan tarafından yaşanan yalnızlık duygusudur.
- 2. Durumsal (situational) Yalnızlık:** Önceki ilişkilerinde doyum alan birey, ilişkilerindeki değişiklikler nedeniyle doyum alamaması yada sosyal ilişki ağındaki oluşan kayıplar ile yaşadığı yalnızlık duygusunu ifade eder.
- 3. Kronik Yalnızlık :** (Buluş, 1997) Bireyin sosyal ilişkilerinden uzunca bir süre doyum alamama durumunu ifade eder. Kronik yalnızlık, uzun dönemde

yaşanan bilişsel ve davranışsal yetersizlikleri içerir. (Akt: Köse, 2006; Kozaklı, 2006; Kurt Öncü, 2008).

Peplau yalnızlığı yapayalnızlık, tek başınalık ve yalnızlık olarak ele almıştır (Öz, 2004; Akt: Kurt Öncü, 2008).

Lonesomeness (Yapayalnızlık): Başkalarıyla beraber olmayı isteme fakat onlardan uzak olmayı ifade eder. Birey bunu başkalarıyla ilişkisini kopardığı zaman hisseder, başkalarıyla yakın olmak istediğini bilir ve bunu sözelleştirebilir. Kişi ailesi, yakın arkadaşları ve çevresiyle birlikte olduğu halde, bazen hala yalnızlık hissetmeye devam eder (Öz, 2004; Ceyhan,2005; Kurt Öncü, 2008).

Aloneness (Tek başınalık): Tek başınalık; hayatı etkileyen belirli kararları verirken, yalnız olmak ya da birlikteliğin olmamasını anlatır. Yalnızlık bazen tercih edilebilir. Resim yapan, yazan, keşif yapan bireyler yalnızlığı tercih edebilirler. Bu nedenle, tek başınalık tercih edilen bir durumdur ve yapayalnız kalmadan tek başına olmak mümkündür. Hasta birey ailesinin dışında kendisiyle ilgili bir karar verirken, kendini tek başına hissedebilir. Bu tip kişisel kararlarda diğer insanların da rolü olabilir ancak olayı yaşayacak hasta birey tek başınadır (Öz, 2004; Ceyhan,2005; Kurt Öncü, 2008).

Loneliness (Yalnızlık): Yalnızlık kişinin kendisini boş hissetmesi ve kendini bırakmanın duygusal olarak ifade edilmesidir. Yalnızlık kişinin sosyal çevresiyle olan ilişkilerinde bozulmaların görülmesiyle karakterize bir duygudur. Peplau'ya göre yalnızlık kişinin tercih ettiği bir durum değildir. Kişi çoğunlukla yalnızlık nedeninin farkında değildir. Yalnızlık çoğu zaman bireyinde açıklayamadığı korku, sıkıntı ümitsizlik ya da yerinde duramama şeklinde yaşanır (Öz, 2004; Ceyhan, 2005; Kurt Öncü, 2008).

Yalnızlık; fiziksel yalnızlık, yabancılaşma, kınama, kendi isteği ile gerçekleşen yalnızlık ve gerçek yalnızlık olmak üzere beş boyutta sınıflandırılmıştır (Özodaşık, 1989).

Fiziksel yalnızlık (tek başına oluş): Bireyin tek yaşamasıdır. Uzun zaman fiziksel anlamda tek başına kalan bireylerde psikolojik çöküntüler, gerçek ve gerçek olmayanın ayırımını yapmada güçlük yaşama, dikkat dağınıklığı gibi durumlar sıklıkla görülmektedir.

Yabancılaşma (toplumu dışlayanlar): Bireyin içinde bulunduğu topluma yabancılaşma durumundaki yalnızlıktır. Toplumun standartlarını yetersiz veya yanlış olduğunu düşünen bireyler, içinde bulunduğu toplumu reddeder ve benimsediği hayat tarzını tek başına sürdürmek için çabalar.

Kınama (toplum tarafından dışlananlar): İçinde bulunduğu çevreden birçok yönüyle farklılaşan bireylerin toplumda dışlanması ile oluşan yalnızlıktır. Birtakım kişisel özellikler ya da hal ve tavırlarından ötürü bireyler zaman zaman toplum tarafından dışlanabilirler. Bu sebepten dolayı bireyler ruhsal açıdan sıkıntı yaşayabilmekte ve kendilerini yalnız hissedebilmektedirler.

Kendi tercihi ile gerçekleşen yalnızlık: Bireyin kendi tercihleri doğrultusunda, sosyal çevresiyle olan ilişkilerini sınırlaması ile gelişen yalnızlık türüdür.

Gerçek yalnızlık: Bireyin çevresindekiler tarafından anlaşılmadığını ve kendisini tek başına hissettiği yalnızlık çeşididir. Psikolojik türde bir yalnızlıktır. Birey duygu ve düşüncelerinin çevresindekiler tarafından önemsenmediğini, terk edildiğini, uyumlu olmadığını düşünür. Bu kişilikteki bireyler kendileri ile ilgili negatif düşüncelere sahip olduğundan çevresindekilerinin de kendisi hakkında olumsuz düşüncelere sahip olduğunu düşünür.

Yahyaoğlu (2007), yalnızlığı derin yalnızlık, sosyal durum yalnızlığı, duygusal yalnızlık, gizli yalnızlık ve triad yalnızlık olarak beş kategoriye ayırmıştır.

Derin Yalnızlık: Bireyin sosyal çevresi ile ilişkilerinin kesildiği depresif belirtilerin görülmesi ile karakterize yalnızlık türüdür. Bireyde çaresizlik ve intihar düşünceleri görülmektedir.

Sosyal Durum Yalnızlığı: Birey kendisini toplumda yalnız hisseder. Sosyal etkinliklerden kendini soyutlamış ve yaşadığı çevreye karşı yabancılaşmıştır. Kendi ülkesi dışında öğrenci olan bireyin kimseyi tanımaması ve bulunduğu yere yabancı olmasından ötürü hissettiği yalnızlık sosyal durum yalnızlığına örnek verilebilir.

Duygusal Yalnızlık: Bireyin iç dünyasındaki beklentilerine cevap alamadığı durumlarda görülen yalnızlık türüdür.

Gizli Yalnızlık: Bireyin yaşadığı üzüntülerle ortaya çıkan yalnızlık türüdür. Dışarıdan herhangi bir problem yokmuş gibi görülür çünkü birey duygularını çevresine yansıtmamaktadır.

Triad Yalnızlık : Korku ve depresyonun birbirine eşlik ettiği bir yalnızlık türüdür. Bireyin duygu durumunda dalgalanmalar görülmekte ve gün geçtikçe yalnızlaşmaktadır. Uzman kişilerden yardım alınması gerekir (Akt: Köse, 2009).

4.3.3 Yalnızlığın Nedenleri

Yalnızlığın nedenlerini Michela, Peplau ve Weeks, aşağıdaki gibi açıklamışlardır:

Kötümserlik: Kişi kendine yakın kimse bulamadığı için sosyal ilişkiler kurabilme ihtimalinin olmadığını düşünür..

Kendini Yansıtmaktan Korkma: Başka kişiler bireyin kendisi ile ilişki kurmak istediğinde kendisini olduğu gibi göstermek istemezler.

Çaba Gösterme: Yeni insanlarla kurulacak olan sosyal ilişkiler için yeterli çaba sarfetmezler.

Şanssızlık: Kurulabilecek iyi bir ilişki şanslarının olmadığını düşünürler.

Sıkılganlık: Genellikle sıkılmış şekilde davranışlar sergilerler, çevresindekilerden uzak durmayı tercih ederler.

Fiziksel Çekiciliği Olmama: Dış görünüşte çekici değillerdir.

İnsanların İçinde Bulundukları Grup Üyeleri İle İlgilenmeleri: Sahip olduğu arkadaş grupları ile ilişki halindedirler. Kendi grup üyeleri dışındakilerle ilişki kurmazlar..

Diğer İnsanlarla İlişkiye Girmeyi İstememe: Çevrelerindeki başka kişilerle ilişki içerisinde olmak istemezler.

Kişisel Olmayan Durumlar: Başka insanlarla bireysel olmayan ilişki içerisindedirler.

Fırsat Yoksunluğu: Çevresindeki kişilerle ilişki kurmak amacıyla kendilerine fırsat vermezler.

Diğer İnsanların İsteksizliği: İnsanlar, genellikle yalnız ve itici olarak nitelendirilen kişilerle ilişki kurmaya çalışmazlar. (Gümüş, 2000; Akt: Köse, 2006).

4.3.4 Yalnızlığın Boyutları

4.3.4.1 Yalnızlığın Fiziksel Boyutu

- Kronik bir hastalık sosyal izolasyona neden olabilir.
- Fiziksel hareket yetersizlikleri ve kayıplar yalnızlığın gelişimi için risk faktörü olabilir.
- Konuşma ve işitme engeli yalnızlığı besler (Ceyhan, 2005; Kurt Öncü, 2008).

4.3.4.2 Yalnızlığın Emosyonel Boyutu

- Kendi sorunlarından uzak dururken, diğerlerinin arkadaşlığına gömülmek bireyde yalnızlık anksiyetesi yaratabilir.
- Önemli bir şeyin kaybı yalnızlığı arttırabilir.
- Adölesanların hissettiği yalnızlık çocukluk dönemi ile ilişkilidir.
- Yalnızlık psikozlara neden olabilen, yapıcı olmayan emosyonel paralizilerdir.
- Olayların yıldönümü yalnızlık hislerini ortaya çıkartır.
- Yalnızlık çok ezicidir. Sürekli yaşanır.
- Bir sevdiğinin, sır arkadaşının ya da destek veren bir kişinin eksikliği emosyonel yalnızlıkla sonuçlanabilir (Ceyhan, 2005; Kurt Öncü, 2008).

4.3.4.3 Yalnızlığın Entellektüel Boyutu

- Birey yalnızlık hissettiğinde, bunun nedenini tanımlayamaz. Yalnızlık duygusu geçtikten sonra ise süresiz olarak acı dolu olan yalnızlık deneyimi hakkında görüşmeyi ve hatırlamayı istemez.
- Yalnız bireyde 2 tür düşünce gelişebilir. Birincisinde birey yalnızlık hissini tanımlayabilir ve bunu sözel olarak ifade edebilir. Diğerinde ise mantığa uygun olmayan ve gerçekte ilişkisiz otomatik düşünceler hakimdir. Bu tür algılamalarda bilişsel bozulmalardan söz edilir. Bunları tanımlamak birey için daha güçtür (Ceyhan, 2005; Kurt Öncü, 2008).

4.3.4.4 Yalnızlığın Sosyal Boyutu

- Yalnızlık psikolojik distresin eşlik ettiği, sosyal ilişkilerdeki doyumsuzluk ya da sosyal ilişkilerin yokluğudur.
- Yalnızlık, primer grup ilişkilerinin azlığından kaynaklanan modern toplumlara özgü bir olgudur.
- Yalnızlık yakınlık kuramama ile karakterizedir.
- Özgüven yetersizliği yalnızlık için bir risk faktörüdür.
- Düşük benlik saygısı yalnızlığın gelişimine katkıda bulunur (Ceyhan, 2005; Kurt Öncü, 2008).

4.3.4.5 Yalnızlığın Spiritüel Boyutu

- İnsanların çoğu yalnızlıktan korktuğundan dolayı, bütün değerlerden uzak kaldıklarını hissedebilir.
- Yalnızlık katkıda bulunamamadır.
- Güçlü bir dini inanç yalnızlığı önleyebilir. Diğer insanlara yardımcı olma hislerini sağlar (Ceyhan, 2005; Kurt Öncü, 2008).

4.3.5 Yalnızlığın Özellikleri

4.3.5.1 Duygulanım Özellikleri

- Boşluk hissi içinde olma
- Terk edilmiş hissetme
- Depresyon yaşama
- Ümitsizlik yaşama (Ceyhan, 2005; Kurt Öncü, 2008)

4.3.5.2 Bilişsel Özellikler

- Kendini suçlama
- Yanlış yorumlar yapma
- Benlik değerinde azalma (Ceyhan, 2005; Kurt Öncü, 2008)

4.3.5.3 Davranışsal Özellikler

- Kendini “yalnız insan” olarak kabul etme ve öyle davranma
- Grup aktiviteleri yerine bireysel aktiviteleri tercih etme (tek başına televizyon seyretme gibi)
- Sosyal içe kapanık davranış gösterme
- Madde bağımlılığına eğilim gösterme (sigara içme-alkol alma vb.) (Ceyhan, 2005; Kurt Öncü, 2008)

4.3.6 Yalnızlığın Gelişimini Etkileyen Faktörler

Peplau yalnızlığın gelişiminde üç faktörden bahseder.

Yalnızlığı hazırlayıcı faktörler: Sosyal ilişkiler, bireysel özellikler, kültürel özellikler ve ekonomik durum

Yalnızlığı ortaya çıkarıcı faktörler: Ayrılık, kayıp, boşanma, başka bir şehre taşınma yeni bir iş ya da herhangi bir hastalık,

Bilişsel faktörler: Bireyin yalnızlığı yaşama şekli, sosyal ilişkileri ve bu ilişkilerden olan beklentileri, yalnızlığın sebeplerine yönelik fikirleri gibi özellikler yalnızlığın yaşanmasında ve gelişiminde etkilidir (Akt: Ceyhan, 2005).

4.3.7 Yalnızlığın Belirtileri

Yalnızlığa ilişkin belirtiler her bireyde farklılıklar gösterir. Bunlar;

- 1.Yeme alışkanlığında değişim; aşırı yemek yeme sonucu kilo alma ya da iştah kaybı sonucu kilo kaybı,
2. Uyku değişimleri; aşırı uyuma ya da uyuyamama,
3. Önemsizlik duygusu; hiç kimse için hatta kendisi için de önemli olmama duygusu, kendine acıma,
4. Somatik ağrılar; sırtta, bacaklarda ağır yük taşımış gibi dirençsizlik tarzında ağrılar,
5. Yalnız başına yapılan aktivitelerde artma;sebepsiz ve aşırı derecede alış veriş yapma, sebepsiz bir şekilde TV izlemek,
6. İlaç ve alkol kullanma,
7. İntihar etme,
8. Yavaş ve acı çeker gibi yürüyüş, düşük omuzlar, aşağı kıvrılmış dudak çizgileri,
9. Umutsuzluk,
- 10.Kendini her şeyden çekmek, sessizliğe gömülmek, ilgisiz ve amaçsız olmaktır. (Ceyhan, 2005; Kurt Öncü, 2008).

Bu tip belirtilerin şiddeti ve süresi, yalnızlığa neden olan faktörün önem derecesi ile beraber, kişide yaptığı bedensel ve ruhsal streslere de bağlıdır. Yalnızlık hissini yaşayan kişiler yalnızlığı, yalnızlık aktivitesi içinde çözebileceklerine algıladıkları ve inandıkları için yalnızlığa maruz kalırlar. Bu nedenle de, günlük yaşamda yalnızlık sosyal sıkıntılarla beraberdir. (Ceyhan, 2005).

4.3.8 Yalnızlıkta Hemşirenin Rolü

Birey, bedensel, kültürel, psikik, sosyal çevre ve ailesi ile bir bütündür. Hemşirenin onu bir bütün olarak iyi değerlendirmesi ve ele almasıyla sorunları çözümlenebilir. Bu sorunlardan biri yalnızlık duygusu olduğunda, bireyin bu duyguyla başetmesi için yalnızlığa ilişkin tepki ve davranışlarının iyi değerlendirilmesi gerekmektedir. Çünkü yalnızlık her birey için farklı anlam taşıdığından; ‘’ Kendimi yalnız hissediyorum’’ diyen ya da konuşmasında yalnızlık mesajları olan hastaya daha açıklayıcı sorular sorularak değerlendirme yapılmalıdır.

Aynı zamanda her birey sözel olarak bunu doğrudan ifade edemeyebilir. Bu bakımdan hemşire hastanın yalnızlık duygusunu değerlendirirken;

- * Sosyo-demografik özelliklerini,
- * Sözel veya sözel olmayan tepkilerini,
- * Sosyal ve kişilerarası ilişkilerin nicelik ve niteliğini
- * Sosyal desteklerini kullanabilme düzeyini,
- * Ailede ve diğer kişiler arasında karar verme düzeyini,
- * Mesleki ve sosyal görevlerini,
- * Yaratıcılık, üretkenlik ve sosyal aktivitelerle meşgul olma ve bunlardan hoşnutsuzluk durumunu,
- * Hoşnutsuzluğunun sözel veya sözel olmayan ifadelerini incelemeli ve ileri veri toplamalıdır.

Hemşire;

- * Hasta bireye, hastalık ve tedavisi hakkındaki korkusunu yenmesi için bilgilendirme yapılmalıdır. “yansıtma aynılığı” denilen “ben de bu durum yalnızca ben de var zannediyordum. Oysa başkaları da bunu yaşıyormuş” şeklindeki düşünce, bu durumun olağandışı oluşunu azaltıp, normalleştirmeyi sağlayabilmektedir.

- * Bilgilendirmeye hasta bireyin aile üyeleri ve diğer sevdiği kişiler de katılabilir. Hastalığın algılanışı her birey için farklı olabileceği için, aileler de yalnızlık yaşayabilmektedir.

- * Aile üyelerinin hastayla beraber olmasına izin verilmelidir.
- * Hasta bireyin özel eşyalarını yanına almasına izin vermelidir.
- * Kişiler arası ilişkilerini arttırması için teşvik etmelidir.
- * Hastaya hangi isimle çağrılmaktan hoşlandığı sorularak moral verici, değerlilik katan hitaplarla konuşmalıdır.

- * Hasta ve ailesini bakıma katarak aile üyeleri arasındaki etkileşimi arttırmalıdır.
- * Hastalık konusunda duygu ifadesini sağlayarak korkusunu azaltmalıdır.
- * Güvenli ilişki kurmak için tedavi edici dokunmayı kullanmalıdır.
- * Hasta bireye, hem hemşiresi hem de duygularını paylaşan bir insan olarak yanında olduğunu hissettirmelidir.

- * Hastanın iletişimde süreklilik sağlanarak anksiyetesi, dolayısıyla yalnızlık duygusunu azaltmalıdır.

* Hastaneden taburcu olduktan sonraki yaşamında da bireyin kronik yalnızlık yaşamını engellemek için yardım etmelidir (Öz, 2004; Ceyhan, 2005; Polat, 2008; Kurt Öncü, 2008).

Yalnızlık ve izolasyon kavramları zaman zaman karışsa da arasında farklılıklar vardır. Yalnızlık ve depresyon da sıkça birbirine karıştırılan bir olgudur. Hemşire bu konudaki bilgileri doğrultusunda, hemşirelik tanılarını koyduktan sonra birey için amaçlarını iyi belirlemelidir. Yalnızlığın ele alınmasında hemşire girişimlerini belirlerken, öznel bir deneyim olan yalnızlığın, hasta için anlamına ve yaşamına olan etkisini araştırmalıdır. Yalnızlığın yaşanma biçimine bu tür bir anlayışla yaklaşmak, hemşirelik müdahalesinin yönünü belirlemek açısından önemlidir (Ceyhan, 2005).



5.GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, onkoloji kliniklerinde tedavi gören hastalarda yalnızlık ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla ilişki arayıcı ve kesitsel deseninde yapıldı.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İstanbul ili Anadolu yakasında bulunan sağlık bakanlığına bağlı bir eğitim ve araştırma hastanesinde 2014 Kasım – 2015 Şubat tarihleri arasında yapıldı.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini ; Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesinde kanser tanısı ile onkoloji kliniklerinde tedavi gören 198 hastadan oluşmaktadır, 77 hasta araştırma kriterlerini karşılamadığından çalışmaya dahil edilmemiştir. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyip , araştırma şartlarını karşılayan 121 hasta ile evrene ulaşıldı.

5.4 Araştırmaya Alınma Kriterleri

Araştırmanın yürütüleceği tarihler arasında Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesinde onkoloji kliniklerinde tedavi gören hastalardan;

- 18 yaşını doldurmuş ve ölçeklerdeki ifadeleri anlama yetisine sahip,
- Çalışma hakkında bilgi verildikten sonra kendi rızası ile araştırmaya katılmayı kabul eden sorulara eksiksiz ve doğru cevap veren tüm hastalar araştırmaya dahil edilmiştir.

5.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama araçları üç bölümden oluşmaktadır.

1.Anket Formu (Ek.2)

2.Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği(Ek.3)

3.UCLA yalnızlık ölçeği(Ek.4)

5.5.1 Anket Formu

Bu çalışmada kullanılan anket formunda katılımcının doğum yeri, yaşı, cinsiyeti, medeni durumu/çocuk sayısı, eğitim durumu iş/mesleği, sosyal güvencesi, aylık gelir tanımlaması, ikamet ettiği yer, aile yapısı, ailesinde kanser öyküsü, hastalığın tanısı, tanı süresi ve tedavi süresi hakkında bilgi alınmasını sağlayan toplam 16 soru bulunmaktadır. (EK.2)

5.5.2 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support-MSPSS)

Ölçek 1988’ de Zimmet ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve bireylerin algıladıkları sosyal destek unsurlarını belirlemeye yönelik olup Türkiye’de 1995 yılında Eker ve Arkar tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Bu çalışmalarda ölçeğin iç tutarlılığı ve güvenilirliği oldukça yüksek bulunmuş, Cronbach’s alpha katsayısı 0.78-0.92 olarak belirlenmiştir. Toplam 12 maddeden oluşan ölçek “kesinlikle hayır” ile “kesinlikle evet” arasında değişen 7 dereceli (1-7 puan), Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin aile, arkadaş, özel kişi desteğini belirlemek üzere dört maddeden oluşan üç alt ölçeği vardır. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28’dir. Ölçeğin tamamından elde edilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84’tür. Elde edilen puanın yüksek olması, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu gösterir (Eker ve Arkar 1995; Akt: Aydın, 2004). (Ek.3)

5.5.3 UCLA Yalnızlık Ölçeği

Russel, Peplau ve Ferguson tarafından geliştirilmiştir. 10’u düz, 10’u ters yönde kodlanmış 20 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçeğin her maddesinde sosyal ilişkilerle ilgili duygu ya da düşünce belirten bir durum sunulmakta ve bireylerden bu durumu ne sıklıkta yaşadıklarını dördümlü ölçek üzerinde belirtmeleri istenmektedir. Yüksek puan yalnızlığın daha yoğun yaşandığının belirtisi olarak kabul edilmektedir. Kuramsal olarak her madde için puanlar 1 ile 4 arasında değiştiği için, ölçekten alınacak puanlar en düşük 20, en yüksek 80’dir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Demir tarafından yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirliğine ilişkin bulgular ölçeğin iç tutarlık katsayısının yeterli (0.96) düzeyde olduğunu göstermiştir. Ölçeğin tekrar test katsayısı (0.94) diğer çalışmalarda elde edilen katsayılara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Elde edilen bulgulara göre UCLA yalnızlık ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği yeterli

düzeyde olduğu ve amaca hizmet edebileceği bildirilmiştir (Demir, 1989; Akt : Sömek, 2008). (Ek.4)

5.6 Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Araştırma kriterlerini karşılayan hastalara bilgilendirilmiş onam formu (Ek 1) imzalatılarak yüz yüze görüşme tekniği ile veriler toplandı.

Araştırmada elde edilen verilerin analizi bilgisayar ortamında SPSS programı (Statistical Package For Social Sciences) kullanarak yapıldı. Yüzdelik Kolmogorov Simirnov testi ile yapılan analizde verilerin normal dağılıma uygun olduğunun saptanmasının ardından, tanımlayıcı istatistiksel analizlerde ortalama, standart sapma ve frekans analizi yapıldı. Karşılaştırmalı analizlerde; ikili değişkenlerin karşılaştırılmasında Bağımsız Örneklem t-Testi, üç ve üzeri gruptan oluşan değişkenlerin karşılaştırılmasında ise Tek Yönlü Varyans Analizi kullanıldı. Sayısal değerler arasındaki ilişkinin incelenmesinde ise Pearson Korelasyon Analizi yapıldı. Veriler %95’lik güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

Tablo 5.1 Veri Toplama Araçlarının İç-Tutarlık Katsayıları

Ölçek Bilgileri	Chronbach’s Alpha Katsayısı
Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	
Algılanan Özel İnsan Desteği	0,878
Algılanan Aile Desteği	0,845
Algılanan Arkadaş Desteği	0,891
Algılanan Toplam Destek	0,918
UCLA Yalnızlık Ölçeği	
Ölçek Toplamı	0,871

Cronbach alfa katsayısı uyarlanan ölçek ve ölçeğin alt ölçekleri için hesaplanır ve bu katsayı maddelerin iç tutarlılığı/homojenliği hakkında bilgi verir. Tutarlılık derecesi güvenilirlik katsayısı 1’ e yaklaştıkça yükselir ve 0’ a yaklaştıkça da düşer.

Literatürde Cronbach alfa katsayısının 0-1 arasında değiştiği değerlendirme kriterlerine göre ‘‘ $0.00 \leq \alpha < 0.40$ ise ölçek ‘‘ güvenilir değil’’, $0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçek ‘‘düşük güvenilirlikte’’, $0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise ölçek ‘‘oldukça güvenilir’’ ve

$0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçek ‘‘yüksek derecede güvenilir bir ölçek ‘‘ olarak değerlendirildiği ifade edilmektedir (Öztürk, 2015).

Tablo 5.2 Pearson Kolerasyon Katsayısı (r) Değerlerinin Yorumu

r	İlişkinin derecesi
0.90-1.00	Çok Yüksek
0.70-0.89	Yüksek
0.50-0.69	Orta
0.30-0.49	Zayıf
0.00-0.29	Çok Zayıf

Pearson Kolerasyon Katsayısı (r) ölçümle belirtilen iki değişken arasındaki doğrusal ilişkinin kuvvetli (derecesi) ve yönü hakkında bilgi verir ve 1 ile +1 arasında değer alır (Öztürk, 2015).

5.7 Etik Yönü

Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesinden etik kurul izni alındı. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalarla yüz yüze görüşülerek aydınlatılmış onam alındı, araştırma süresince, “İnsan Hakları'na” ve araştırma etik ilkelerine saygı gösterilerek çalışıldı.

5.8 Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırma verilerin toplanacağı hastane ile sınırlıdır.
- Bu araştırma örneklemini oluşturan hastaların verdikleri yanıtlarla sınırlıdır.

6.BULGULAR

Onkoloji kliniklerinde tedavi gören hastalarda yalnızlık ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla ilişki arayıcı ve kesitsel araştırma deseninde, 121 onkoloji hastası ile gerçekleştirilen çalışmanın bulguları 4 bölüm halinde sunuldu.

6.1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

6.2. Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre UCLA Yalnızlık Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

6.3. Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

6.4. Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği ve Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

6.1. HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNİN DAĞILIMI

Tablo 1 – Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=121)

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%
Doğum Yeri		
Köy	42	34,7
İlçe	75	62,0
İl	3	2,5
Yurt Dışı	1	0,8
Toplam	121	100,0
Yaş Grupları		
18-29 yaş arası	13	10,7
30-39 yaş arası	23	19,0
40-49 yaş arası	34	28,1
50-59 yaş arası	42	34,7
65 yaş ve üzeri	9	7,4
Toplam	121	100,0
Cinsiyet		
Kadın	72	59,5
Erkek	49	40,5
Toplam		
Medeni Durum		
Bekar	13	10,7
Evli	97	80,2
Dul (<i>Eşini kaybetmiş</i>)	7	5,8
Dul (<i>Boşanmış</i>)	4	3,3
Toplam	121	100,0
Çocuk Sahibi Olma Durumu		
Var	106	87,6
Yok	15	12,4
Toplam	121	100,0
Sahip Olunan Çocuk Sayısı		
1-2 çocuk	18	17,0
3-4 çocuk	48	45,3
5 ve üzeri çocuk	40	37,7
Toplam	106	100,0
Eğitim Düzeyi		
Okuryazar değil	13	10,7
Okuryazar	4	3,3
İlköğretim	74	61,2
Lise	23	19,0
Üniversitesi	5	4,1
Diğer	2	1,7
Toplam	121	100,0
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	43	35,5
Çalışmıyor	78	64,5
Toplam	121	100,0

Tablo 1'in devamı

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%
Sosyal Güvence		
SGK	90	74,4
Emekli Sandığı	8	6,6
Bağ-Kur	20	16,5
Özel Sigorta	3	2,5
Toplam	121	100,0
Ailenin Gelir Düzeyi		
Kötü	8	6,6
Orta	109	90,1
İyi	3	2,5
Çok İyi	1	0,8
Toplam	121	100,0
İkamet Yeri		
Köy	5	4,1
İlçe	112	92,6
İl	4	3,3
Toplam	121	100,0
Aile Yapısı		
Çekirdek Aile	103	85,1
Geniş Aile	17	14,0
Diğer	1	0,8
Toplam	121	100,0

Tablo 1 incelendiğinde; örneklemin %62'sinin (n=75) doğum yerinin ilçe olduğu, %34,7'sinin (n=42) 50-59 yaş arasında olduğu, %59,5'inin (n=72) cinsiyetinin kadın olduğu, %80,2'sinin (n=97) evli olduğu, %87,6'sının (n=106) çocuk sahibi olduğu, %45,3'ünün (n=48) 3-4 çocuk sahibi olduğu, %61,2'sinin (n=74) eğitim düzeyinin ilköğretim olduğu, %64,5'ununun (n=78) çalışmadığı, %74,4'nün (n=90) sosyal güvencesinin SGK olduğu, %90,1'inin (n=109) aile gelir düzeyinin orta olduğu, %92,6'sının (n=112) ikamet yerinin ilçe olduğu, %85,1'inin (n=103) aile yapısının çekirdek aile olduğu görüldü.

Tablo 2 – Hastaların, Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (N=121)

Hastalığa İlişkin Özellikler	n	%
Ailede Kansere Öyküsü		
Var	71	58,7
Yok	50	41,3
Toplam	121	100,0
Hastanın Tanısı		
Meme Kanseri	36	29,8
Akciğer Kanseri	8	6,6
Prostat Kanseri	10	8,3
Mide Kanseri	12	9,9
Kolon Kanseri	16	13,2
Diğer Kansere Türleri	39	32,2
Toplam	121	100,0
Tıbbi Tanının Konma Zamanı		
0-1 yıl önce	70	57,9
2-5 yıl önce	43	35,5
6-10 yıl önce	8	6,6
Toplam	121	100,0
Kansere Tedavisi Görme Süresi		
0-1 yıldır	70	57,9
2-5 yıldır	43	35,5
6-10 yıldır	8	6,6
Toplam	121	100,0

Tablo 2 incelendiğinde; örnekleme oluşturan hastaların %58,7'sinin (n=71) ailesinde kansere öyküsü olduğu, %29,8'inin (n=36) tanısının meme kanseri olduğu, %57,9'una (n=70) 0-1 yıl önce tanı konduğu, %57,9'unun (n=70) 0-1 yıldır kansere tedavisi gördüğü saptandı.

6.2.HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFIK VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNE GÖRE UCLA YALNIZLIK ÖLÇEĞİ'NDEN ALDIKLARI PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 3 – Doğum Yerine Göre Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği'nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=121)

Doğum Yeri ^a	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Köy	42	37,19	6,13	0,632	0,529
İlçe	79	36,25	8,50		

t=Bağımsız Örneklem t-Testi

^a Doğum yeri il olan 3 kişi ile yurt dışı olan 1 kişi, istatistiksel analiz için “ilçe” grubuna katılmıştır.

Tablo 3 incelendiğinde; doğum yerine göre hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği saptandı ($p>0,05$).

Tablo 4 – Yaş Gruplarına Göre Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği'nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=121)

Yaş Grupları	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
18-29 yaş arası	13	35,23	9,02	0,788	0,535
30-39 yaş arası	23	34,43	7,19		
40-49 yaş arası	34	37,03	9,15		
50-59 yaş arası	42	37,69	6,54		
65 yaş ve üzeri	9	37,11	6,90		

F=Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 4 incelendiğinde; yaş gruplarına göre hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği saptandı ($p>0,05$).

Tablo 5 – Cinsiyete Göre Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği’nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=121)

Cinsiyet	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Kadın	72	36,97	8,49	0,676	0,500
Erkek	49	36,00	6,55		

t=Bağımsız Örneklem t-Testi

Tablo 5 incelendiğinde; cinsiyete göre hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği’nden aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği saptandı ($p>0,05$).

Tablo 6 – Medeni Duruma Göre Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği’nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=121)

Medeni Durum ^a	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Bekar	24	34,08	7,24	-1,777	0,078
Evli	97	37,20	7,78		

t=Bağımsız Örneklem t-Testi

^a Boşanmış olan 4 dul ile eşini kaybetmiş 7 dul kişi, istatistiksel analiz için “bekar” grubuna katılmıştır.

Tablo 6 incelendiğinde; medeni duruma göre hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği’nden aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği saptandı ($p>0,05$).

Tablo 7 – Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği’nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=121)

Çocuk Sahibi Olma Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Var	106	37,09	7,78	1,969	0,051
Yok	15	32,93	6,61		

t=Bağımsız Örneklem t-Testi

Tablo 7 incelendiğinde; çocuk sahibi olma durumuna göre hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği’nden aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği saptandı ($p>0,05$).

Tablo 8 – Sahip Olunan Çocuk Sayısına Göre Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği’nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=106)

Sahip Olunan Çocuk Sayısı	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
1-2 çocuk	18	35,33	9,26	4,618	0,012*
3-4 çocuk	48	35,38	6,46		
5 ve üzeri çocuk	40	39,95	7,88		

F=Tek Yönlü Varyans Analizi

**p<0,05*

Tablo 8 incelendiğinde; sahip olunan çocuk sayısına göre hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği’nden aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterdiği saptandı ($p<0,05$). Post-Hoc LSD testi ile yapılan ileri analizde, bu anlamlı farkın 5 ve üzeri çocuğa sahip olan bireyler ile daha az sayıda çocuğa sahip olan bireyler arasındaki puan ortalamaları farkından kaynaklandığı görüldü.

Tablo 9 – Eğitim Düzeyine Göre Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği’nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=121)

Eğitim Düzeyi ^a	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Okuryazar değil	13	37,92	6,86	3,136	0,047*
İlköğretim	78	37,51	7,15		
Lise ve üzeri	30	33,57	8,97		

F=Tek Yönlü Varyans Analizi

^a İstatistiksel analiz için, üniversite mezunu 5 kişi ile diğer cevabını veren 2 kişi “lise ve üzeri” grubuna; okuryazar olan 4 kişi “ilköğretim” grubuna katılmıştır.

**p<0,05*

Tablo 9 incelendiğinde; eğitim düzeylerine göre hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği’nden aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterdiği saptandı ($p<0,05$). Post-Hoc LSD testi ile yapılan ileri analizde, bu anlamlı farkın lise mezunu olan bireyler ile ilköğretim mezunu olan ve okuryazar olmayan bireyler arasındaki puan ortalamaları farkından kaynaklandığı görüldü.

Tablo 10 – Çalışma Durumuna Göre Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği’nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=121)

Çalışma Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Çalışıyor	43	35,35	6,27	-1,300	0,196
Çalışmıyor	78	37,26	8,41		

t=Bağımsız Örneklem t-Testi

Tablo 10 incelendiğinde; çalışma durumuna göre hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği’nden aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği saptandı ($p>0,05$).

Tablo 11 – Ailenin Gelir Düzeyine Göre Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği’nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=121)

Ailenin Gelir Düzeyi ^a	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Kötü	8	46,00	10,39	3,746	0,000*
Orta	113	35,91	7,12		

t=Bağımsız Örneklem t-Testi

^a Gelir durumu çok iyi olan 1 kişi ile iyi olan 3 kişi istatistiksel analiz için “orta” grubuna katılmıştır.

* $p<0,001$

Tablo 11 incelendiğinde; ailesinin gelir düzeyini kötü olarak belirten hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği’nden aldıkları puan ortalamalarının, ailesinin gelir düzeyini orta olarak belirten hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,001$).

Tablo 12 – İkamet Yerine Göre Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği’nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=121)

İkamet Yeri	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Köy	5	38,20	7,98	0,115	0,892
İlçe	112	36,52	7,64		
İl	4	36,25	12,28		

F=Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 12 incelendiğinde; ikamet yerine göre hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği’nden aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği saptandı ($p>0,05$).

Tablo 13 – Aile Yapısına Göre Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği’nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=121)

Aile Yapısı ^a	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Çekirdek Aile	104	35,98	7,68	-2,129	0,035*
Geniş Aile	17	40,24	7,35		

t=Bağımsız Örneklem t-Testi

^a ‘Diğer’ cevabını veren 1 kişi, yalnız yaşadığı öngörülerek “çekirdek aile” grubuna katılmıştır.

* $p<0,05$

Tablo 13 incelendiğinde; geniş aileye sahip bireylerin UCLA Yalnızlık Ölçeği’nden aldıkları puanların, çekirdek aileye sahip olan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$).

Tablo 14 – Ailede Kanser Öyküsü Olma Durumuna Göre Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği’nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=121)

Ailede Kanser Öyküsü	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Var	71	36,62	8,28	0,069	0,945
Yok	50	36,52	7,00		

t=Bağımsız Örneklem t-Testi

Tablo 14 incelendiğinde; ailede kanser öyküsü olma durumuna göre hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği’nden aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği saptandı ($p>0,05$).

Tablo 15 – Kanser Tanısına Göre Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği’nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=121)

Kanser Tanısı	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Meme Kanseri	36	36,81	9,62	1,095	0,367
Akciğer Kanseri	8	38,25	5,87		
Prostat Kanseri	10	33,80	8,35		
Mide Kanseri	12	32,92	5,74		
Kolon Kanseri	16	36,56	4,32		
Diğer Kanser Türleri	39	37,87	7,48		

F=Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 15 incelendiğinde; kanser tanısına göre hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği’nden aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği saptandı ($p>0,05$).

Tablo 16 – Tıbbi Tanının Konma Zamanına Göre Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği’nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=121)

Tıbbi Tanının Konma Zamanı	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
0-1 yıl önce	70	38,06	8,52	3,419	0,036*
2-5 yıl önce	43	34,21	6,17		
6-10 yıl önce	8	36,38	5,29		

F=Tek Yönlü Varyans Analizi

**p<0,05*

Tablo 16 incelendiğinde; tıbbi tanının konma zamanına göre hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği’nden aldıkları puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Post-Hoc LSD testi ile yapılan ileri analizde, bu anlamlı farkın 0-1 yıl önce tanı konan hastalar ile 2-5 yıl önce ve 6-10 yıl önce tanı konan hastalar arasındaki puan ortalamaları farkından kaynaklandığı görüldü.

Tablo 17 – Kanser Tedavisi Görme Süresine Göre Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği’nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=121)

Kanser Tedavisi Görme Süresi	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
0-1 yıldır	70	38,06	8,52	3,419	0,036*
2-5 yıldır	43	34,21	6,17		
6-10 yıldır	8	36,38	5,29		

F=Tek Yönlü Varyans Analizi

**p<0,05*

Tablo 17 incelendiğinde; kanser tedavisi görme süresine göre hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği’nden aldıkları puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Post-Hoc LSD testi ile yapılan ileri analizde, bu anlamlı farkın kanser tedavisi görme süresi 0-1 yıl olan hastalar ile tedavi süresi 2-5 yıl ve 6-10 yıl arasında olan hastalar arasındaki puan ortalamaları farkından kaynaklandığı görüldü.

6.3. HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNE GÖRE ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ’NİN ALT BOYUTLARINDAN ALDIKLARI PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 18 – Doğum Yerine Göre Hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=121)

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Doğum Yeri ^a	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Algılanan Özel İnsan Desteği	Köy İlçe	42 79	18,52 20,15	4,16 4,59	-1,914	0,058
Algılanan Aile Desteği	Köy İlçe	42 79	18,64 19,49	4,64 4,13	-1,032	0,304
Algılanan Arkadaş Desteği	Köy İlçe	42 79	15,36 17,18	4,21 4,99	-2,011	0,047*
Algılanan Toplam Destek	Köy İlçe	42 79	52,52 56,82	11,12 11,65	-1,963	0,052

t=Bağımsız Örneklem t-Testi

^a Doğum yeri il olan 3 kişi ile yurt dışı olan 1 kişi, istatistiksel analiz için “ilçe” grubuna katılmıştır.

* $p<0,05$

Tablo 18 incelendiğinde; doğum yeri ilçe olan hastaların algıladığı arkadaş desteğinin, doğum yeri köy olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$). Diğer yandan, doğum yerine göre hastaların algıladıkları özel insan desteği, aile desteği ve toplam destek puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği görüldü ($p>0,05$).

Tablo 19 – Yaş Gruplarına Göre Hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=121)

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Yaş Grupları	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Algılanan Özel İnsan Desteği	18-29 yaş arası	13	23,77	4,06	4,364	0,003*
	30-39 yaş arası	23	19,70	4,54		
	40-49 yaş arası	34	19,65	3,89		
	50-59 yaş arası	42	18,74	4,25		
	65 yaş ve üzeri	9	17,00	5,24		
Algılanan Aile Desteği	18-29 yaş arası	13	22,15	3,26	1,990	0,101
	30-39 yaş arası	23	19,00	4,28		
	40-49 yaş arası	34	19,15	3,88		
	50-59 yaş arası	42	18,76	4,44		
	65 yaş ve üzeri	9	17,67	5,63		
Algılanan Arkadaş Desteği	18-29 yaş arası	13	18,85	4,63	2,312	0,062
	30-39 yaş arası	23	17,87	4,08		
	40-49 yaş arası	34	16,79	4,99		
	50-59 yaş arası	42	15,19	4,81		
	65 yaş ve üzeri	9	15,22	4,52		
Algılanan Toplam Destek	18-29 yaş arası	13	64,77	8,85	3,531	0,009*
	30-39 yaş arası	23	56,57	11,50		
	40-49 yaş arası	34	55,59	10,13		
	50-59 yaş arası	42	52,69	11,78		
	65 yaş ve üzeri	9	49,89	13,57		

F=Tek Yönlü Varyans Analizi

** p<0,01*

Tablo 19 incelendiğinde; yaş gruplarına göre hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin alt boyutlarından algılanan özel insan desteği ve algılanan toplam destek puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterdiği saptandı ($p<0,01$). Post-Hoc LSD testi ile yapılan ileri analizde 18-29 yaş arasında olan hastaların algıladığı özel insan desteği ve toplam sosyal desteğin, diğer yaş gruplarındaki hastalara göre daha fazla olduğu görüldü. Ölçeğin diğer alt boyutlarından algılanan aile desteği ve algılanan arkadaş desteği puan ortalamalarının yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği saptandı ($p>0,05$).

Tablo 20 – Cinsiyete Göre Hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=121)

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Cinsiyet	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Algılanan Özel İnsan Desteği	Kadın	72	19,56	4,54	0,676	0,500
	Erkek	49	19,63	4,48		
Algılanan Aile Desteği	Kadın	72	18,96	4,57	0,092	0,927
	Erkek	49	19,55	3,92		
Algılanan Arkadaş Desteği	Kadın	72	16,47	5,00	-0,203	0,840
	Erkek	49	16,65	4,53		
Algılanan Toplam Destek	Kadın	72	54,99	12,53	-0,394	0,694
	Erkek	49	55,84	10,20		

t=Bağımsız Örneklem t-Testi

Tablo 20 incelendiğinde; cinsiyete göre hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği saptandı ($p>0,05$).

Tablo 21 – Medeni Duruma Göre Hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=121)

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Medeni Durum ^a	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Algılanan Özel İnsan Desteği	Bekar	24	21,29	4,66	2,101	0,038*
	Evli	97	19,16	4,38		
Algılanan Aile Desteği	Bekar	24	20,88	4,32	2,157	0,033*
	Evli	97	18,78	4,23		
Algılanan Arkadaş Desteği	Bekar	24	18,83	5,02	2,674	0,009**
	Evli	97	15,98	4,59		
Algılanan Toplam Destek	Bekar	24	61,00	11,16	2,745	0,007**
	Evli	97	53,93	11,33		

t=Bağımsız Örneklem t-Testi

^a Boşanmış olan 4 dul ile eşini kaybetmiş 7 dul kişi, istatistiksel analiz için “bekar” grubuna katılmıştır.

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

Tablo 21 incelendiğinde; bekar olan bireylerin evliler göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin algılanan arkadaş desteği ($p<0,01$), algılanan toplam destek ($p<0,01$), algılanan özel insan desteği ($p<0,05$) ve algılanan aile desteği alt boyutlarında ($p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı saptandı.

Tablo 22 – Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=121)

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Çocuk Sahibi Olma Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Algılanan Özel İnsan Desteği	Var Yok	106 15	19,24 22,07	4,35 4,93	-2,320	0,022*
Algılanan Aile Desteği	Var Yok	106 15	18,79 22,07	4,25 3,73	-2,828	0,006**
Algılanan Arkadaş Desteği	Var Yok	106 15	16,16 19,27	4,70 4,74	-2,392	0,018*
Algılanan Toplam Destek	Var Yok	106 15	54,19 63,40	11,40 9,96	-2,969	0,004**

t=Bağımsız Örneklem t-Testi

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

Tablo 22 incelendiğinde; çocuk sahibi olmayan bireylerin, olanlara göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin algılanan aile desteği ($p<0,01$), algılanan toplam destek ($p<0,01$), algılanan özel insan desteği ($p<0,05$) ve algılanan arkadaş desteği alt boyutlarında ($p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puan aldığı saptandı.

Tablo 23 – Sahip Olunan Çocuk Sayısına Göre Hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=121)

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Sahip Olunan Çocuk Sayısı	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Algılanan Özel İnsan Desteği	1-2 çocuk 3-4 çocuk 5 ve üzeri çocuk	18 48 40	21,83 19,60 17,63	4,24 3,65 4,58	6,799	0,002**
Algılanan Aile Desteği	1-2 çocuk 3-4 çocuk 5 ve üzeri çocuk	18 48 40	19,22 19,90 17,28	3,54 3,90 4,58	4,534	0,013*
Algılanan Arkadaş Desteği	1-2 çocuk 3-4 çocuk 5 ve üzeri çocuk	18 48 40	18,33 17,21 13,93	5,13 3,80 4,68	8,760	0,000***
Algılanan Toplam Destek	1-2 çocuk 3-4 çocuk 5 ve üzeri çocuk	18 48 40	59,39 56,71 48,83	10,92 9,67 11,64	8,536	0,000***

F=Tek Yönlü Varyans Analizi

* $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

Tablo 23 incelendiğinde; sahip olunan çocuk sayısına göre hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin tüm alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterdiği saptandı ($p<0,05$; $p<0,001$). Post-Hoc LSD testi ile yapılan ileri analizde, tüm alt boyutlardaki bu anlamlı farkların, 5 ve üzeri sayıda çocuğa sahip olan hastalarla daha az sayıda çocuğu olan hastalar arasındaki puan ortalamaları farkından kaynaklandığı; 5 ve üzeri sayıda çocuğu olan hastaların algıladığı sosyal desteğin daha düşük olduğu görüldü.

Tablo 24 – Eğitim Düzeyine Göre Hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=121)

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Eğitim Düzeyi ^a	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Algılanan Özel İnsan Desteği	Okuryazar değil	13	15,85	4,22	13,350	0,000**
	İlköğretim	78	19,10	3,98		
	Lise ve üzeri	30	22,47	4,34		
Algılanan Aile Desteği	Okuryazar değil	13	15,46	4,46	10,979	0,000**
	İlköğretim	78	18,92	4,03		
	Lise ve üzeri	30	21,53	3,67		
Algılanan Arkadaş Desteği	Okuryazar değil	13	13,85	4,94	6,578	0,002*
	İlköğretim	78	16,09	4,09		
	Lise ve üzeri	30	18,90	5,58		
Algılanan Toplam Destek	Okuryazar değil	13	45,15	12,60	14,452	0,000**
	İlköğretim	78	54,12	9,73		
	Lise ve üzeri	30	62,90	11,43		

F=Tek Yönlü Varyans Analizi

^a İstatistiksel analiz için, üniversite mezunu 5 kişi ile diğer cevabını veren 2 kişi "lise ve üzeri" grubuna; okuryazar olan 4 kişi "ilköğretim" grubuna katılmıştır.

* $p<0,01$ ** $p<0,001$

Tablo 24 incelendiğinde; eğitim düzeyine göre hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin tüm alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterdiği saptandı ($p<0,01$; $p<0,001$). Post-Hoc LSD testi ile yapılan ileri analizde, tüm alt boyutlardaki bu anlamlı farkların, eğitim düzeyi lise ve üzeri olan hastalar ile, ilköğretim ve okur yazar olmayan hastalar arasındaki puan ortalamaları farkından kaynaklandığı; eğitim düzeyi lise ve üzerinde olan hastaların algıladığı sosyal desteğin daha yüksek olduğu görüldü.

Tablo 25 – Çalışma Durumuna Göre Hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=121)

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Çalışma Durumu	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Algılanan Özel İnsan Desteği	Çalışıyor	43	19,40	3,76	-0,372	0,710
	Çalışmıyor	78	19,69	4,88		
Algılanan Aile Desteği	Çalışıyor	43	19,47	3,50	0,547	0,585
	Çalışmıyor	78	19,05	4,72		
Algılanan Arkadaş Desteği	Çalışıyor	43	17,37	4,72	1,413	0,160
	Çalışmıyor	78	16,09	4,81		
Algılanan Toplam Destek	Çalışıyor	43	56,23	9,70	0,633	0,528
	Çalışmıyor	78	54,83	12,56		

t=Bağımsız Örneklem t-Testi

Tablo 25 incelendiğinde; çalışma durumuna göre hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği saptandı ($p>0,05$).

Tablo 26 – Ailenin Gelir Düzeyine Göre Hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=121)

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Ailenin Gelir Düzeyi	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Algılanan Özel İnsan Desteği	Kötü	8	15,88	3,60	-2,463	0,015*
	Orta	113	19,85	4,45		
Algılanan Aile Desteği	Kötü	8	16,13	5,38	-2,113	0,037*
	Orta	113	19,42	4,17		
Algılanan Arkadaş Desteği	Kötü	8	12,38	6,20	-2,604	0,010*
	Orta	113	16,84	4,57		
Algılanan Toplam Destek	Kötü	8	44,38	12,47	-2,843	0,005**
	Orta	113	56,11	11,19		

t=Bağımsız Örneklem t-Testi

^a Gelir durumu çok iyi olan 1 kişi ile iyi olan 3 kişi istatistiksel analiz için “orta” grubuna katılmıştır.

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

Tablo 26 incelendiğinde; ailenin gelir düzeyi kötü olan hastaların, orta olan hastalara göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının algılanan toplam destek alt boyutunda istatistiksel olarak ileri düzeyde daha düşük ($p<0,01$) ve algılanan özel insan, aile ve arkadaş desteği alt boyutlarında da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptandı ($p<0,05$).

Tablo 27 – İkamet Yerine Göre Hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=121)

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	İkamet Yeri	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Algılanan Özel İnsan Desteği	Köy İlçe İl	5 112 4	15,60 19,61 24,00	2,60 4,45 4,08	4,081	0,019*
Algılanan Aile Desteği	Köy İlçe İl	5 112 4	19,60 19,07 22,25	3,43 4,34 4,27	1,070	0,346
Algılanan Arkadaş Desteği	Köy İlçe İl	5 112 4	17,80 16,46 17,50	4,20 4,78 6,80	0,266	0,767
Algılanan Toplam Destek	Köy İlçe İl	5 112 4	53,00 55,13 63,75	9,48 11,59 13,67	1,173	0,313

F=Tek Yönlü Varyans Analizi

* $p < 0,05$

Tablo 27 incelendiğinde; ikamet yerine göre hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarında algılanan özel insan desteği alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterdiği saptandı ($p < 0,05$). Post-Hoc LSD testi ile yapılan ileri analizde bu anlamlı farkın, ilde ikamet eden hastalar ile, ilçe ve köyde ikamet eden hastalar arasındaki puan ortalamaları farkından kaynaklandığı görüldü. Diğer alt boyutlar olan algılanan aile desteği, algılanan arkadaş desteği ve algılanan toplam destek puan ortalamalarında ikamet edilen yere göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği saptandı ($p > 0,05$).

Tablo 28 – Aile Yapısına Göre Hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=121)

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Aile Yapısı ^a	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Algılanan Özel İnsan Desteği	Çekirdek Aile Geniş Aile	104 17	19,71 18,82	4,39 5,22	0,752	0,453
Algılanan Aile Desteği	Çekirdek Aile Geniş Aile	104 17	19,51 17,29	4,21 4,60	1,985	0,049*
Algılanan Arkadaş Desteği	Çekirdek Aile Geniş Aile	104 17	16,78 15,12	4,71 5,18	1,327	0,187
Algılanan Toplam Destek	Çekirdek Aile Geniş Aile	104 17	56,00 51,24	11,19 13,52	1,579	0,117

t=Bağımsız Örneklem t-Testi

^a 'Diğer' cevabını veren 1 kişi, yalnız yaşadığı öngörülerek "çekirdek aile" grubuna katılmıştır.

* $p < 0,05$

Tablo 28 incelendiğinde; çekirdek ailede yaşayan hastaların, geniş ailede yaşayan hastalara göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin algılanan aile desteği alt boyutundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı saptandı ($p<0,05$). Aile yapısına göre hastaların algılanan özel insan desteği, algılanan arkadaş desteği ve algılanan toplam destek alt boyutlarından aldıkları puanların istatistiksel olarak anlamlı bir dağılım göstermediği saptandı ($p>0,05$).

Tablo 29 – Ailede Kanser Öyküsü Olma Durumuna Göre Hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=121)

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Ailede Kanser Öyküsü	n	Ortalama	Standart Sapma	t	p
Algılanan Özel İnsan Desteği	Var Yok	71 50	19,80 19,28	4,66 4,29	0,627	0,532
Algılanan Aile Desteği	Var Yok	71 50	19,08 19,36	4,66 3,80	-0,344	0,731
Algılanan Arkadaş Desteği	Var Yok	71 50	16,97 15,94	4,70 4,91	1,166	0,246
Algılanan Toplam Destek	Var Yok	71 50	55,86 54,58	12,38 10,48	0,595	0,553

t=Bağımsız Örneklem t-Testi

Tablo 29 incelendiğinde; ailede kanser öyküsü olma durumuna göre hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği saptandı ($p>0,05$).

Tablo 30 – Kansere Tanısına Göre Hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=121)

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Kanser Tanısı	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Algılanan Özel İnsan Desteği	Meme Kanseri	36	20,06	4,36	2,106	0,070
	Akciğer Kanseri	8	18,13	6,05		
	Prostat Kanseri	10	19,10	4,28		
	Mide Kanseri	12	19,75	3,59		
	Kolon Kanseri	16	16,75	3,19		
	Diğer Kanser Türleri	39	20,69	4,71		
Algılanan Aile Desteği	Meme Kanseri	36	19,50	4,50	2,112	0,069
	Akciğer Kanseri	8	16,50	2,67		
	Prostat Kanseri	10	18,80	5,32		
	Mide Kanseri	12	19,58	3,77		
	Kolon Kanseri	16	17,06	3,64		
	Diğer Kanser Türleri	39	20,33	4,22		
Algılanan Arkadaş Desteği	Meme Kanseri	36	17,11	5,79	0,566	0,726
	Akciğer Kanseri	8	15,75	6,51		
	Prostat Kanseri	10	17,60	4,57		
	Mide Kanseri	12	17,00	4,15		
	Kolon Kanseri	16	15,06	3,99		
	Diğer Kanser Türleri	39	16,38	3,99		
Algılanan Toplam Destek	Meme Kanseri	36	56,67	13,14	1,693	0,142
	Akciğer Kanseri	8	50,38	13,38		
	Prostat Kanseri	10	55,50	13,53		
	Mide Kanseri	12	56,33	7,56		
	Kolon Kanseri	16	48,88	8,19		
	Diğer Kanser Türleri	39	57,41	10,84		

F=Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 30 incelendiğinde; kansere tanısına göre hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği saptandı ($p>0,05$).

Tablo 31 – Tıbbi Tanının Konma Zamanına Göre Hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=121)

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Tıbbi Tanının Konma Zamanı	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Algılanan Özel İnsan Desteği	0-1 yıl önce	70	19,89	4,73	1,128	0,327
	2-5 yıl önce	43	19,51	3,89		
	6-10 yıl önce	8	17,38	5,39		
Algılanan Aile Desteği	0-1 yıl önce	70	19,21	4,66	0,162	0,850
	2-5 yıl önce	43	19,33	3,63		
	6-10 yıl önce	8	18,38	5,01		
Algılanan Arkadaş Desteği	0-1 yıl önce	70	15,56	4,89	3,681	0,028*
	2-5 yıl önce	43	17,88	4,37		
	6-10 yıl önce	8	18,00	4,53		
Algılanan Toplam Destek	0-1 yıl önce	70	54,66	11,68	0,496	0,610
	2-5 yıl önce	43	56,72	11,19		
	6-10 yıl önce	8	53,75	13,84		

F=Tek Yönlü Varyans Analizi

** p<0,05*

Tablo 31 incelendiğinde; tıbbi tanının konma zamanına göre hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin algılanan arkadaş desteği alt boyutundan aldığı puanların istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterdiği saptandı ($p<0,05$). Post-Hoc LSD testi ile yapılan ileri analizde bu anlamlı farkın 6-10 yıl önce tanı konan hastalar ile 0-1 yıl ve 2-5 yıl önce tanı konan hastalar arasındaki puan ortalamaları farkından kaynaklandığı görüldü. Diğer alt boyutlar olan algılanan özel insan desteği, algılanan aile desteği ve algılanan toplam destek puan ortalamalarının tıbbi tanının konma zamanına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği saptandı ($p>0,05$).

Tablo 32 – Kanser Tedavisi Görme Süresine Göre Hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=121)

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Kanser Tedavisi Görme Süresi	n	Ortalama	Standart Sapma	F	p
Algılanan Özel İnsan Desteği	0-1 yıldır	70	19,89	4,73	1,128	0,327
	2-5 yıldır	43	19,51	3,89		
	6-10 yıldır	8	17,38	5,39		
Algılanan Aile Desteği	0-1 yıldır	70	19,21	4,66	0,162	0,850
	2-5 yıldır	43	19,33	3,63		
	6-10 yıldır	8	18,38	5,01		
Algılanan Arkadaş Desteği	0-1 yıldır	70	15,56	4,89	3,681	0,028*
	2-5 yıldır	43	17,88	4,37		
	6-10 yıldır	8	18,00	4,53		
Algılanan Toplam Destek	0-1 yıldır	70	54,66	11,68	0,496	0,610
	2-5 yıldır	43	56,72	11,19		
	6-10 yıldır	8	53,75	13,84		

F=Tek Yönlü Varyans Analizi

** p<0,05*

Tablo 32 incelendiğinde; kanser tedavisi görme süresine göre hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin algılanan arkadaş desteği alt boyutundan aldığı puanların istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterdiği saptandı ($p<0,05$). Post-Hoc LSD testi ile yapılan ileri analizde bu anlamlı farkın 6-10 yıldır tedavi gören hastalar ile 0-1 yıl ve 2-5 yıldır tedavi gören hastalar arasındaki puan ortalamaları farkından kaynaklandığı görüldü. Diğer alt boyutlar olan algılanan özel insan desteği, algılanan aile desteği ve algılanan toplam destek puan ortalamalarının kanser tedavisi görme süresine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği saptandı ($p>0,05$)

6.4. HASTALARIN UCLA YALNIZLIK ÖLÇEĞİ VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ'NDEN ALDIKLARI PUAN ORTALAMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Tablo 33 – Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği ve Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (N=121)

	UCLA Yalnızlık Ölçeği Toplam Puanı
Algılanan Özel İnsan Desteği	$r = -0,406$ $p = 0,000$
Algılanan Aile Desteği	$r = -0,441$ $p = 0,000$
Algılanan Arkadaş Desteği	$r = -0,639$ $p = 0,000$
Algılanan Toplam Destek	$r = -0,585$ $p = 0,000$

r=Pearson Korelasyon Analizi

Tablo 33 incelendiğinde; UCLA Yalnızlık Ölçeği puan ortalamaları ile Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin “Algılanan Özel İnsan Desteği” alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak negatif yönde orta güçte ve anlamlı bir ilişki ($r = -0,406$; $p = 0,000$); “Algılanan Aile Desteği” alt boyutu ile negatif yönde orta güçte ve anlamlı bir ilişki ($r = -0,441$; $p = 0,000$); “Algılanan Arkadaş Desteği” ile negatif yönde orta güçte ve anlamlı bir ilişki ($r = -0,639$; $p = 0,000$) ve “Algılanan Toplam Destek” toplam puanı ile negatif yönde orta güçte ve anlamlı bir ilişki ($r = -0,585$; $p = 0,000$) saptandı.

7. TARTIŞMA

Onkoloji kliniklerinde tedavi gören hastalarda yalnızlık ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar altında literatür ve benzer çalışmalar ile tartışıldı.

7.1 Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Çalışmada ağırlıklı olarak orta yaş grubunda (% 62,8; n=76, 40-59 yaş) ve kadınlardan (%59,5; n=72) oluştuğu görülmektedir. Sağlık Bakanlığı 2013 yılı Türkiye Kanser İstatistiklerine göre ülkemizde kanser görülme oranı kadın ve erkekler arasında benzerlik göstermektedir. Ancak bu çalışmada örneklem grubu ağırlıklı olarak meme kanseri hastalarından oluşmakta (Tablo 2) ve meme kanserinin ağırlıklı olarak kadınlarda görülmesi nedeniyle kadın örneklem sayısının erkeklere oranla yüksek olduğu düşünülebilir. Yine aynı istatistiklere göre meme kanseri tanısı olan hastaların %45'i 50-69 yaş grubu, %40'ı 25-49 yaş grubundadır. Örneklem grubunun ağırlıklı olarak evli (%80,2; n=97), çocuk sahibi (%87,6; n=106), çalışmayan (%64,5; n=78), (Tablo 1) 0-1 yıl önce tanı konarak (%57,9; n=70) yine 0-1 yıldır tedavi alan (%57,9; n=70) ve ailesinde kanser öyküsü olan (%58,7; n=71) bireylerden oluştuğu görülmektedir (Tablo 2).

7.2 Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre UCLA Yalnızlık Ölçeği'nden Aldıkları Puan Ortalamalarına İlişkin Sonuçların Tartışılması

Çalışmada örneklem grubunun doğum yerine ve ikamet yerine göre UCLA Yalnızlık Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği görülmektedir (Tablo 3, Tablo 12) ($p>0,05$). Yalnızlık ile ilgili yapılan bir meta analiz çalışmasında yalnızlığın kırsal ve kentsel yaşamdan etkilenmediği belirtilmiştir (Pamuk ve ark., 2015). Bu çalışmadan elde edilen bulgu bu sonucu destekler niteliktedir.

Bu çalışmada yaş gruplarına göre hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği görülmektedir (Tablo 4) ($p>0,05$). Kanser tanısı olan yaşlı hasta grubu ile yapılan bir çalışmada bu yaş grubunda yalnızlık hissinin aile bireylerinden yoksun olmak ve ziyaretlerin azalması ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Çıracı ve ark., 2016). Başka bir çalışmada yine yaş grubu ile yalnızlık arasında anlamlı ilişki olmadığı

belirtilmiştir (Dedeli ve ark., 2008). Örneklem grubu ağırlıklı olarak orta yaş grubu bireylerden oluşmaktadır ve sonuç olarak yaş aralığının yalnızlık kavramını tek başına etkilemediği düşünülmüştür.

Bu çalışmada cinsiyete göre hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği'nden aldıkları Puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği görülmektedir (Tablo 5) ($p>0,05$). Yalnızlık ile ilgili 38 çalışmanın incelendiği meta analiz çalışmasında yalnızlık puanı erkekler lehine yüksek olarak belirtilmiştir (Pamuk ve ark., 2015). Kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada ise yalnızlık ve cinsiyet arasında anlamlı ilişki olmadığı ifade edilmektedir (Çıracı ve ark., 2016). Kanserli hasta grubunda yalnızlık faktörünün sosyal destek algısından daha çok etkilendiği ve cinsiyetin tek başına yeterli değişim oluşturmadığı düşünülebilir (Akgün-Şahin, 2012).

Bu çalışmada medeni duruma göre hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği görülmektedir (Tablo 6) ($p>0,05$). Literatürde evli bireylerin yalnızlık puanlarının daha düşük olduğu belirtilmektedir (Deckx et al., 2014; Akdeniz, 2012; Aslan ve ark., 2007). Bu çalışmada ise anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir. Bu bulgunun örneklem grubunun ağırlıklı olarak meme kanserli kadın hastalardan oluşması ve bu süreçte eşlerinden yeterince destek görememiş olabilecekleri ile ilgili olabileceği düşünüldü.

Çalışmada örneklem grubunun UCLA Yalnızlık Ölçeği puan ortalamasının çocuk sahibi olanlar ve olmayanlar arasında istatistiksel olarak fark olmadığı görülürken (Tablo 7) ($p>0,05$) çocuk sayısının puan ortalamalarında fark yarattığı görüldü (Tablo 8) ($p<0,05$). Çocuk sayısı 5 ve üzerinde olan bireylerin ölçek puanının diğerlerine göre daha düşük olduğu belirlendi. Ailedeki birey sayısının artması ile ilgili olabileceği düşünüldü. Literatürde yalnızlığın niceliksel değil niteliksel bir sorun olduğu ifade edilmektedir (Kahraman ve ark., 2011; Duru, 2008; Peplau ve Perlman, 1982; Wiseman ve Guttfreund, 1995). Örneklem grubunda geniş aile olan bireylerin yalnızlık puanlarının daha yüksek olduğu da görülmüştür (Tablo 13) ($p<0,05$). Diğer yandan çalışmada aile bireylerinin çocuk sayısının artmasıyla yalnızlığın azaldığı görüldü (Tablo 8) ($p<0,05$). Bu durum ailede çocuk sayısının fazla olmasının yakın ilişki ve iletişim sayısını da arttırmış olabileceği ile açıklanabilir. Ayrıca örneklem

grubunun ağırlıklı olarak orta yaş bireylerden oluşması ve bu yaş döneminde aile bireylerinin önemli emosyonel ve sosyal destek olması da bu açıklamaya eklenebilir. Bu bulgular nedeniyle orta yaş grubu kanserli bireyler için çocukların önemli emosyonel ve sosyal destek olduğu düşünüldü.

Bu çalışmada eğitim düzeyindeki artışın yalnızlığı azalttığı belirlendi (Tablo 9) ($p<0,05$). Bazı çalışmalar yalnızlığın eğitim durumundan direkt olarak etkilenmediğini ancak sosyal çevreyi şekillendirebileceği ve sosyal desteğin yalnızlığı azaltabileceğini ifade etmektedir (Kahraman ve ark., 2011; Ünal ve Bilge, 2005). Bu çalışmada elde edilen bulgular bu ifadeleri destekler niteliktedir.

Gelir düzeyinin artması ile sosyal desteğin arttığını ve yalnızlığın azaldığını belirten çalışmalar bulunmaktadır (Yılmaz ve ark., 2008; Özdel ve ark., 2002; Duyan ve ark., 2010). Çalışmada bireylerin çalışma durumuna göre yalnızlık puanı değişmezken (Tablo 10) ($p>0,05$), düşük gelir düzeyi olan bireylerin yalnızlık puanlarının yüksek olduğu görüldü (Tablo 11) ($p<0,001$). Düşük gelir düzeyinin aile arası iletişimi olumsuz etkileyebileceği ve ailenin sosyal destek rolünü olumsuz etkileyerek yalnızlığa sebep olabileceği düşünüldü.

Çalışmada örneklem grubunun yalnızlık puanlarının ailede kanser öyküsü bulunma durumundan etkilenmediği belirlendi (Tablo 14) ($p>0,05$). Ayrıca 0-1 yıl önce tanı konan ve 0-1 yıldır tedavi alan hasta grubunun yalnızlık puanlarının yüksek olduğu belirlendi (Tablo 16-17) ($p<0,05$). Geçmiş deneyimlerin yalnızlık üzerinde direkt olarak etkili olmadığı ancak tanı ve tedavi sürecinin erken döneminde kabullenme ve uyum sağlama aşamalarında iletişimin azalması, emosyonel ve sosyal destek kaynaklarını kullanmada isteksizlik nedeniyle yalnızlık puanlarının yüksek olduğu düşünüldü (Tokgöz ve ark., 2008; Kutlu ve ark., 2011).

Örneklem grubu ağırlıklı olarak meme, akciğer, mide ve kolon kanseri hastalarından oluşmaktadır ve kanser tanısına göre hastaların yalnızlık puanı anlamlı değişiklik göstermemektedir (Tablo 15) ($p>0,05$). Sosyal ilişkilerdeki doyumla açıklanan yalnızlık kavramı kişisel ve durumsal faktörlerden etkilenmesine rağmen çalışma grubunun tamamının kanserli hastalardan oluşması nedeniyle gruplar arasında yalnızlık açısından fark olmadığı düşünüldü (Ünal ve Bilge, 2005).

Araştırmanın başında ‘Sosyodemografik özellikler ile yalnızlık arasında bir ilişki var mıdır?’ sorusuna, yapılan anketler doğrultusunda verilen cevaplarda sahip

olunan çocuk sayısı, eğitim düzeyi, ailenin gelir düzeyi, aile yapısı, tıbbi tanının konma zamanı ve tedavi görme süresine göre anlamlı bir ilişki olduğu görüldü.

7.3 Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarına İlişkin Sonuçların Tartışılması

Sosyal destek, kanser hastalarının tanı ve tedavi süreciyle başa çıkmasında, fiziksel ve psikolojik uyum süreçlerinde olumlu etkisi yadsınamaz bir ihtiyaçtır. Diğer yandan sosyal destekleri kuvvetli olan kanser hastalarının tanı ve tedavi sürecinde daha etkin uyum mekanizmaları geliştirdiği bilinmekle beraber, tanı sonrası uzun ve kaliteli yaşam ile de ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (Eylen, 2002; Dedeli ve ark., 2008). Kanser hastalarının sahip olduğu etkili sosyal destek kaynakları, hastalara verilecek psikososyal bakımın planlanması, ailenin bakıma katılımının sağlanması ve böylelikle hasta ve ailesinin yaşam kalitesinin artmasına yardımcı olmaktadır (Dedeli ve ark., 2008). Bu bağlamda bu çalışmada, kanserli hastaların sosyal destek düzeyleri de ele alınarak elde edilen sonuçlar literatür ışığında tartışıldı.

Çalışmada, doğum yeri ilçe olan hastaların algıladığı arkadaş desteğinin, doğum yeri köy olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 18) ($p<0,05$). Diğer yandan ilde ikamet eden hastaların, algıladıkları aile desteğinin ilçe ve köyde ikamet eden hastalardan daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 27) ($p<0,05$). Benzer şekilde, kemoterapi alan 102 hastanın sosyal destek düzeylerini inceleyen Çalışkan ve ark. (2015), şehirde yaşayan hastaların, köyde yaşayanlara göre sosyal destek puanlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Yılmaz'ın (2011) jinekolojik kanserli kadınlarla yürüttüğü çalışmada, il ve ilçede yaşayan hastaların sosyal destek düzeylerinin, kırsalda yaşayan hastalara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerle yürütülen bir diğer sosyal destek çalışmada, ilçede büyümüş olan bireylerin, köyde büyüyenlere göre algıladıkları arkadaş desteğinin istatistiksel olarak anlamlı olmasa da daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Altıparmak ve ark., 2009). Elde edilen bu bulgunun literatür çalışmaları ile paralellik gösterdiği görülmekte ve ilçede/şehirde yaşayan bireylerin sosyalleşebilmek ve sosyal destek alabilmek için daha çok fırsata sahip olduğunu düşündürmektedir.

Bu çalışmada, yaş gruplarına göre hastaların algıladığı özel insan desteği ve toplam sosyal desteğin istatistiksel olarak anlamlı bir dağılım gösterdiği; 18-29 yaş arasında olan hastaların algıladığı özel insan desteği ve toplam sosyal desteğinin, diğer yaş gruplarındaki hastalara göre daha fazla olduğu görüldü (Tablo 19) ($p<0,01$). Cicero ve ark. (2009) çalışmalarında, kanserli hastalarda yaş arttıkça algılanan arkadaş desteğinin azaldığını, ancak diğer sosyal destek boyutları ile yaş arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bildirmiştir. Yılmaz (2011) jinekolojik kanserli genç yaşta hastalarda algılanan sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Diğer yandan literatürde, yaş ile sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış çalışmalar da mevcuttur (Karakoç, 2008; Çalışkan ve ark., 2015; Bıkmaz 2009; Arslantaş ve ark., 2010; Karakoç ve Yurtsever, 2010; Yıldırım ve Kocabıyık, 2010). Bu çalışmada elde edilen anlamlı bulgu ile paralel olan ve olmayan çalışmaların çeşitliliğinin, bu çalışmalardaki örneklemelerin bireysel ve hastalıkla ilişkili özelliklerinin birbirinden farklılaşması ile ilişkili olduğu söylenebilir.

Cinsiyet değişkeninin, hastaların algıladığı sosyal destek düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı gözlemlendi ($p>0,05$) (Tablo 20). Literatürde kanser hastalarının sosyal destek düzeylerini inceleyen birçok çalışmada da cinsiyet ile sosyal destek algısı arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmamış olması (Yıldırım ve Kocabıyık, 2010; Arslantaş ve ark., 2010; Bıkmaz, 2009; Karakoç ve Yurtsever, 2010; Pehlivan ve ark., 2012; Karakoç, 2008), bu çalışmadan elde edilen bulgunun yaygın bir sonucu yansıttığını göstermektedir.

Bu çalışmada, bekar olan bireylerin evlilere göre algıladıkları arkadaş desteği ($p<0,01$), özel insan desteği ($p<0,05$), aile desteği ($p<0,05$) ve toplam sosyal destek ($p<0,01$) düzeylerinin daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 21). Benzer şekilde Yıldırım (2008) meme kanserli dul kadınların algıladıkları özel insan desteğinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Bıkmaz (2009) bekar ve dul olan hastaların özel insan desteği puanlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Yıldırım ve Kocabıyık (2010) bekar ve dul olan hastaların sosyal destek düzeylerinin daha düşük olduğunu belirtmiştir.

Yılmaz'ın (2011) çalışmasında ise jinekolojik kanserli kadınlar arasında bekar, dul ve boşanmış olanların sosyal destek düzeylerinin evlilere göre daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Karakoç (2008), Karakoç ve Yurtsever (2010), Pehlivan ve ark. (2012) ve Arslantaş ve ark. (2010) ise medeni durum ile sosyal destek arasında anlamlı

bir ilişki rapor etmemiştir. Literatürde, bu çalışmanın sonucunu destekleyen nitelikte bulgular olsa da, desteklemeyen bulguların da yer alıyor olmasının; birey için yoğun önem taşıyan organlara ilişkin kanserlerin (*örneğin; meme, jinekolojik kanserler...*), partner ilişkileriyle paralel olarak sosyal destek algısını farklı biçimlerde etkilediği düşünülebilir.

Çocuk sahibi olmayan bireylerin, olanlara göre algıladığı aile desteği ($p<0,01$), özel insan desteği ($p<0,05$), arkadaş desteği ($p<0,05$) ve toplam desteğin ($p<0,01$) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 22). Sahip olunan çocuk sayısına göre ise hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin tüm alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterdiği ($p<0,05$; $p<0,001$); 5 ve üzeri sayıda çocuğu olan hastaların algıladığı sosyal desteğin daha düşük olduğu görüldü (Tablo 23). Diğer yandan çekirdek ailede yaşayan hastaların algıladıkları aile desteğinin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 28). Özyurt (2007) kanser hastalarının en çok çekirdek aileden destek aldığı sonucunu vurgularken; diğer yandan Arslantaş ve ark. (2010) çocuk sayısı ile sosyal destek düzeyi arasında anlamlı bir ilişki rapor etmemiştir. Bıkmaz'ın (2009) çalışmasında ise çocuk sayısı arttıkça, aileden alınan sosyal desteğin arttığı bildirilmiştir. Bu çalışmada çocuk sayısı ile ilgili elde edilen sonuç, literatür bulguları ile paralellik göstermemektedir. Bu durumun, sahip olunan çocukları yaşları, aynı veya ayrı evde yaşıyor olmaları, aile içi iletişim dinamikleri ile ilgili çeşitli farklılıklardan kaynaklanıyor olabileceği söylenebilir. Ancak çekirdek ailede yaşayan hastalara ilişkin olumlu sonuç sınırlı literatürle desteklenebilmiştir.

Eğitim düzeyine göre hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin tüm alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterdiği ($p<0,01$; $p<0,001$); eğitim düzeyi lise ve üzerinde olan hastaların algıladığı sosyal desteğin daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 24). Yıldırım'ın (2008) meme kanserli hastalar ile yürüttüğü çalışmasında okuryazar olmayanların algıladığı aile desteğinin ve toplam sosyal desteğin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bıkmaz (2009) da, okuryazar olan hastaların aile desteğinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Diğer yandan Pehlivan ve ark. (2012), Yıldırım ve Kocabıyık (2010), Arslantaş ve ark. (2010), Karakoç (2008) ve Yılmaz (2011) ise çalışmalarında, eğitim düzeyi ile sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki rapor etmemiştir. Literatür bulguları ile paralel

sonuçlar elde edilmesine rağmen, paralel olmayan sonuçların da saptanmış olması, ilgili örneklem gruplarındaki bireylerin eğitim düzeyleriyle ilişkili olarak çalışma durumu, gelir düzeyi gibi çok çeşitli bireysel faktörlerin de sosyal destek algıları üzerinde etkili olmuş olabileceğini düşündürmektedir.

Diğer yandan çalışma durumuna göre hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken (Tablo 25) ($p>0,05$), gelir düzeyi kötü olan hastaların algıladıkları toplam sosyal desteğin ($p<0,01$), özel insan, aile ve arkadaş desteğinin ($p<0,05$) anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulundu (Tablo 26). Arslantaş ve ark. (2010) ve Yılmaz (2011) çalışmalarında hastaların çalışma durumu ile algıladıkları sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki saptamamıştır. Gelir düzeyine yönelik literatür incelendiğinde ise; Karakoç'un (2008) düşük gelir durumunun düşük sosyal destek ile ilişki olduğunu bildirdiği, Arslantaş ve ark. (2010) ile Karakoç ve Yurtsever'in (2010) gelir durumu yükseldikçe sosyal desteğin de arttığını rapor ettiği dikkati çekmektedir. Bu çalışmadan elde edilen bulgu, literatür bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada ailede kanser öyküsü olma durumuna göre hastaların algıladıkları sosyal destek düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği saptandı (Tablo 29) ($p>0,05$). Yıldırım'ın (2008) çalışmasında da ailede kanser öyküsü varlığı ile algılanan sosyal destek düzeyi arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Ailede kanser öyküsü ve sosyal destek ilişkisini inceleyen farklı bir çalışmaya rastlanmamış olup, elde edilen bulgunun Yıldırım'ın (2008) çalışma bulgusu ile paralel olduğu söylenebilir.

Kanser tanısına göre örnekleme oluşturan hastaların algıladıkları sosyal destek düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği saptandı (Tablo 30) ($p>0,05$). Karakoç'un (2008) çalışmasında da kanser tanısına göre sosyal destek düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı rapor edilmiştir. Yıldırım ve Kocabıyık (2010) da kanser türü ile sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki saptamamıştır. Bu bağlamda bu bulguların birbiri ile paralellik gösterdiği söylenebilir.

Tıbbi tanının konma zamanına ve kanser tedavisi görme süresine göre; 6-10 yıl önce tanı konan hastaların algıladıkları arkadaş desteğinin, 0-1 yıl ve 2-5 yıl önce tanı konan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 31, Tablo 32) ($p<0,05$). Literatürde yer alan çalışmalara bakıldığında

ise Arslantaş ve ark. (2010) çalışmalarında hastalık süresinin uzaması ile sosyal desteğin azaldığı sonucuna ulaşırken; Bıkmaz (2009) hastalığın teşhis edilme zamanının ve geçen tedavi süresinin sosyal destek ile ilişkili olmadığını belirtmiştir. Aynı şekilde Karakoç ve Yurtsever’de (2010) hastalık süresi ile sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki saptamamıştır. Karakoç’un (2008) çalışmasında da hastalığın süresi, kanser tanısının türü ve uygulanan kür sayısının sosyal destek düzeyi ile ilişkili olmadığı gösterilmiştir. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar ile literatürdeki benzer çalışmaların sonuçları birbiri ile paralellik göstermemektedir. Bu farklılık, çalışma örneklemelerinin sosyo-demografik özelliklerindeki, bireysel baş etme mekanizmalarındaki ve arkadaşlık ilişkilerindeki dinamiklerinin çeşitlilik gösteriyor olması ile ilişkilendirilebilir.

Araştırmanın başında ‘Sosyodemografik özellikler ile sosyal destek arasında bir ilişki var mıdır?’ sorusuna, yapılan anketler doğrultusunda verilen cevaplarda doğum yerine, yaşa, medeni duruma, çocuk sahibi olma durumuna, çocuk sayısına, eğitim düzeyine, ailenin gelir düzeyine, ikamet yerine, aile yapısına, tıbbi tanının konma zamanına ve tedavi görme süresine göre anlamlı bir ilişki olduğu görüldü.

7.4 Hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği ve Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nden Aldıkları Puan Ortalamalarına İlişkin Sonuçların Tartışılması

UCLA Yalnızlık Ölçeği ile Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin “Algılanan Özel İnsan Desteği” alt boyutu arasında negatif yönde orta güçte ve anlamlı bir ilişki ($r=-0,406$; $p=0,000$); “Algılanan Aile Desteği” alt boyutu ile negatif yönde orta güçte ve anlamlı bir ilişki ($r=-0,441$; $p=0,000$); “Algılanan Arkadaş Desteği” ile negatif yönde orta güçte ve anlamlı bir ilişki ($r=-0,639$; $p=0,000$) ve “Algılanan Toplam Destek” toplam puanı ile negatif yönde orta güçte ve anlamlı bir ilişki ($r=-0,585$; $p=0,000$) olduğu saptandı (Tablo 33). Diğer bir deyişle yalnızlık düzeyi arttıkça algılanan sosyal desteğin de azaldığı görülmektedir. Yıldırım ve Kocabıyık’ın (2010) kanser hastalarında yalnızlık ve sosyal desteğin ilişkisini incelediği çalışmasında da benzer şekilde yalnızlık ve sosyal destek puanları arasında negatif yönde ve orta güçte bir korelasyon olduğu bildirilmiştir ($r=-0,492$; $p<0,001$). Kanserli bireylerde yalnızlık, bireyin aile, arkadaş gibi sosyal ağlarının zayıf olması ile birlikte sıkça karşılaşılan bir durumdur. Bireylerin yalnızlık düzeylerinin giderilmesi ve sosyal desteğinin kuvvetlendirilmesine yönelik

olarak Japonya’da yürütülen kontrollü deneysel bir çalışmada; 6 hafta süren ve sağlık eğitimi, başa çıkma becerileri, stres yönetimi ve psikolojik destek başlıklarının ele alındığı destek programı sonrasında programa katılan kanserli bireylerde yalnızlık düzeyinin azaldığı ve bireylerin grup arkadaşlarıyla seans dışında da görüşmeyi sürdürdüğü bildirilmiştir (Fukui ve ark., 2003).

Özetle, kanser hastalarında karşılaşılan psikososyal sorunların başında yalnızlık gelmektedir ve sosyal destek ile yalnızlık arasındaki negatif yönlü ilişkinin önemi, literatürde de vurgulandığı gibi bu çalışma sonuçlarıyla da ortaya konmuştur. Yeterli sosyal desteğin, hasta bireylerin iyileşmesi ve iyilik halleri üzerinde önemli etkisi olduğu dikkate alınarak, kanser hastalarının aile ve arkadaş gibi sosyal çevreden yoğun sosyal destek alması ile birlikte yalnızlık duyguları ile başa çıkmaları ve hastalık sürecini yönetebilmeleri kolaylaşacaktır (Tan ve Karabulutlu, 2005; Yıldırım ve Kocabıyık, 2010; Fukui ve ark., 2003).

Araştırmanın başında ‘Kanser hastalarında yalnızlık ve sosyal destek arasında bir ilişki var mıdır?’ sorusuna, yapılan anketler doğrultusunda verilen cevaplarda negatif yönde orta güçte ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür.

8. SONUÇ ve ÖNERİLER

8.1 Sonuç

Araştırmaya katılan kanser hastaların %62'sinin doğum yeri ilçe olup, %34,7'sinin 50-59 yaş arasında olduğu, %59,5'inin cinsiyetinin kadın olduğu, %80,2'sinin evli olduğu, %87,6'sının çocuk sahibi olduğu, %45,3'ünün 3-4 çocuk sahibi olduğu, %61,2'sinin eğitim düzeyinin ilköğretim olduğu, %64,5'unun çalışmadığı, %74,4'nün sosyal güvencesinin SGK olduğu, %90,1'inin aile gelir düzeyinin orta olduğu, %92,6'sının ikamet yerinin ilçe olduğu, %85,1'inin aile yapısının çekirdek aile olduğu belirlendi (Tablo 1).

Hastaların %58,7'sinin ailesinde kanser öyküsü olduğu, %29,8'inin tanısının meme kanseri olduğu, %57,9'una 0-1 yıl önce tanı konduğu, %57,9'unun 0-1 yıldır kanser tedavisi gördüğü belirlendi (Tablo 2).

Hastaların doğum yerine, yaş gruplarına, cinsiyete, medeni duruma ve çocuk sahibi olma durumlarına göre UCLA Yalnızlık Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmediği belirlendi (Tablo 3-4-5-6-7) ($p>0,05$).

Hastaların sahip oldukları çocuk sayısına göre UCLA Yalnızlık Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterdiği saptandı ($p<0,05$). Post-Hoc LSD testi ile yapılan ileri analizde, bu anlamlı farkın 5 ve üzeri çocuğa sahip olan bireyler ile daha az sayıda çocuğa sahip olan bireyler arasındaki puan ortalamaları farkından kaynaklandığı belirlendi (Tablo 8).

Hastaların eğitim düzeylerine göre UCLA Yalnızlık Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterdiği saptandı ($p<0,05$). Post-Hoc LSD testi ile yapılan ileri analizde, bu anlamlı farkın lise mezunu olan bireyler ile ilköğretim mezunu olan ve okuryazar olmayan bireyler arasındaki puan ortalamaları farkından kaynaklandığı belirlendi (Tablo 9).

Hastaların çalışma durumuna göre UCLA Yalnızlık Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği belirlendi (Tablo 10) ($p>0,05$).

Aile gelir düzeyini kötü olarak belirten hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamalarının, ailesinin gelir düzeyini orta olarak belirten hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 11) ($p<0,001$).

Hastaların ikamet yerine göre UCLA Yalnızlık Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği saptandı (Tablo 12) ($p>0,05$).

Geniş aileye sahip bireylerin UCLA Yalnızlık Ölçeği'nden aldıkları puanların, çekirdek aileye sahip olan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 13) ($p<0,05$).

Hastaların ailede kanser öyküsü olma durumuna göre UCLA Yalnızlık Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği belirlendi (Tablo 14) ($p>0,05$).

Kanser tanısına göre hastaların UCLA Yalnızlık Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir dağılım göstermediği saptandı ($p>0,05$) (Tablo 15).

Hastaların tıbbi tanının konma zamanına göre UCLA Yalnızlık Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterdiği saptandı ($p<0,05$). Post-Hoc LSD testi ile yapılan ileri analizde, bu anlamlı farkın 0-1 yıl önce tanı konan hastalar ile 2-5 yıl önce ve 6-10 yıl önce tanı konan hastalar arasındaki puan ortalamaları farkından kaynaklandığı belirlendi (Tablo 16).

Hastaların kanser tedavisi görme süresine göre UCLA Yalnızlık Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterdiği saptandı ($p<0,05$). Post-Hoc LSD testi ile yapılan ileri analizde, bu anlamlı farkın kanser tedavisi görme süresi 0-1 yıl olan hastalar ile tedavi süresi 2-5 yıl ve 6-10 yıl arasında olan hastalar arasındaki puan ortalamaları farkından kaynaklandığı belirlendi (Tablo 17).

Doğum yeri ilçe olan hastaların algıladığı arkadaş desteğinin, doğum yeri köy olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$). Diğer yandan, doğum yerine göre hastaların algıladıkları özel insan desteği, aile desteği ve toplam destek puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği belirlendi (Tablo18) ($p>0,05$).

Hastaların yaş gruplarına göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin alt boyutlarından algılanan özel insan desteği ve algılanan toplam destek puanlarının

istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterdiği saptandı ($p<0,01$). Post-Hoc LSD testi ile yapılan ileri analizde 18-29 yaş arasında olan hastaların algıladığı özel insan desteği ve toplam sosyal desteğin, diğer yaş gruplarındaki hastalara göre daha fazla olduğu görüldü. Ölçeğin diğer alt boyutlarından algılanan aile desteği ve algılanan arkadaş desteği puan ortalamalarının yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği belirlendi (Tablo 19) ($p>0,05$).

Cinsiyete göre hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği belirlendi (Tablo 20) ($p>0,05$).

Hastalardan bekar olan bireylerin evliler göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin algılanan arkadaş desteği ($p<0,01$), algılanan toplam destek ($p<0,01$), algılanan özel insan desteği ($p<0,05$) ve algılanan aile desteği alt boyutlarında ($p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı belirlendi (Tablo 21).

Çocuk sahibi olmayan bireylerin, olanlara göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin algılanan aile desteği ($p<0,01$), algılanan toplam destek ($p<0,01$), algılanan özel insan desteği ($p<0,05$) ve algılanan arkadaş desteği alt boyutlarında ($p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puan aldığı belirlendi (Tablo 22).

Hastaların sahip oldukları çocuk sayısına göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin tüm alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği saptandı ($p<0,05$; $p<0,001$). Post-Hoc LSD testi ile yapılan ileri analizde, tüm alt boyutlardaki bu anlamlı farkların, 5 ve üzeri sayıda çocuğa sahip olan hastalarla daha az sayıda çocuğu olan hastalar arasındaki puan ortalamaları farkından kaynaklandığı; 5 ve üzeri sayıda çocuğu olan hastaların algıladığı sosyal desteğin daha düşük olduğu belirlendi (Tablo23).

Hastaların eğitim düzeyine göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin tüm alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği saptandı ($p<0,01$; $p<0,001$). Post-Hoc LSD testi ile yapılan ileri analizde, tüm alt boyutlardaki bu anlamlı farkların, eğitim düzeyi lise ve üzeri olan hastalar ile, ilköğretim ve okur yazar olmayan hastalar arasındaki puan ortalamaları farkından kaynaklandığı; eğitim düzeyi lise ve üzerinde olan hastaların algıladığı sosyal desteğin daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo24).

Hastaların çalışma durumuna göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği belirlendi (Tablo 25) ($p>0,05$).

Ailenin gelir düzeyi kötü olan hastaların, orta olan hastalara göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının algılanan toplam destek alt boyutunda istatistiksel olarak ileri düzeyde daha düşük ($p<0,01$) ve algılanan özel insan, aile ve arkadaş desteği alt boyutlarında da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlendi (Tablo 26) ($p>0,05$).

Hastaların ikamet yerine göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının algılanan özel insan desteği alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterdiği saptandı ($p<0,05$). Post-Hoc LSD testi ile yapılan ileri analizde bu anlamlı farkın, ilde ikamet eden hastalar ile, ilçe ve köyde ikamet eden hastalar arasındaki puan ortalamaları farkından kaynaklandığı görüldü. Diğer alt boyutlar olan algılanan aile desteği, algılanan arkadaş desteği ve algılanan toplam destek puan ortalamalarının ikamet edilen yere göre istatistiksel olarak anlamlı bir dağılım göstermediği belirlendi (Tablo 27) ($p>0,05$).

Çekirdek ailede yaşayan hastaların, geniş ailede yaşayan hastalara göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin algılanan aile desteği alt boyutundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı saptandı ($p<0,05$). Aile yapısına göre hastaların algılanan özel insan desteği, algılanan arkadaş desteği ve algılanan toplam destek alt boyutlarından aldıkları puanların istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği belirlendi (Tablo 28) ($p>0,05$).

Hastaların ailede kanser öyküsü olma durumuna ve kanser tanısına göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği belirlendi (Tablo 29-30) ($p>0,05$).

Tıbbi tanının konma zamanına göre hastaların Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin algılanan arkadaş desteği alt boyutundan aldığı puanların istatistiksel olarak bir fark gösterdiği saptandı ($p<0,05$). Post-Hoc LSD testi ile yapılan ileri analizde bu anlamlı farkın 6-10 yıl önce tanı konan hastalar ile 0-1 yıl ve 2-5 yıl önce tanı konan hastalar arasındaki puan ortalamaları farkından kaynaklandığı görüldü. Diğer alt boyutlar olan algılanan özel insan desteği, algılanan aile desteği ve algılanan toplam

destek puan ortalamalarının tıbbi tanının konma zamanına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği belirlendi (Tablo 31) ($p>0,05$).

Hastaların kanser tedavisi görme süresine göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin algılanan arkadaş desteği alt boyutundan aldığı puanların istatistiksel olarak bir fark gösterdiği saptandı ($p<0,05$). Post-Hoc LSD testi ile yapılan ileri analizde bu anlamlı farkın 6-10 yıldır tedavi gören hastalar ile 0-1 yıl ve 2-5 yıldır tedavi gören hastalar arasındaki puan ortalamaları farkından kaynaklandığı görüldü. Diğer alt boyutlar olan algılanan özel insan desteği, algılanan aile desteği ve algılanan toplam destek puan ortalamalarının kanser tedavisi görme süresine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği belirlendi (Tablo 32) ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan hastalarda UCLA Yalnızlık Ölçeği ile Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin "Algılanan Özel İnsan Desteği" alt boyutu arasında negatif yönde orta güçte anlamlı bir ilişki ($r=-0,406$; $p=0,000$); "Algılanan Aile Desteği" alt boyutu ile negatif yönde orta güçte anlamlı bir ilişki ($r=-0,441$; $p=0,000$); "Algılanan Arkadaş Desteği" ile negatif yönde orta güçte ve anlamlı bir ilişki ($r=-0,639$; $p=0,000$); "Algılanan Toplam Destek" toplam puanı ile negatif yönde orta güçte ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($r=-0,585$; $p=0,000$) (Tablo 33).

8.2 Öneriler

1. Hemşire profesyonel anlamda hasta ile doğru iletişim teknikleri kullanılarak hastalık algısına yönelik duygu ve düşüncelerini paylaşabilmesi için cesaretlendirmeli böylece iletişim eksikliğine bağlı olarak gelişebilecek yalnızlık duygusunda azalmalar olacaktır.
2. Kanser hastalarının yaş, cinsiyet, ekonomik durum, kültürel özellikler gibi sosyodemografik özellikleri ve hastalığı algılama biçimi, yalnız olma durumu, göz önünde bulundurularak ihtiyaç duyulan gereksinimleri belirlemeli bu doğrultuda sosyal destek sağlanmaya çalışılmalı.
3. Hastaların vakit geçirebilecekleri duygu ve düşüncelerini ifade edebilecekleri terapötik ortamlar oluşturulmalı, kendileri ile aynı zorlukları yaşayan bireylerle bir araya gelerek bilgi alışverişi yapmaları sağlanmalı. Hemşire hastaların sosyal ilişkilerinde ve diğer kişilerle paylaşabileceği aktiviteleri belirlemeli ve bunları geliştirebilmek için yardım etmeli.

9.KAYNAKLAR

Akdeniz, E. B. (2012) Meme Kanseri Olan Evli Kadın Hastaların Eşler Arası Uyum ve Baş Etme Biçimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing*, 3(2), 53-60.

Akgün-Şahin, Z. (2012) Loneliness, depression, and social support of patients with cancer and their caregivers. *Clinical journal of oncology nursing*, 16(2), 145.

Akyol Su. (2013) Boşanmış ve Boşanmamış Aileye Sahip Ergenlerin Yalnızlık, Yaşam Doyumu, Sosyal Destek ve Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Pamukkale Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Denizli, (Danışman: Doç. Dr. Şahin Kapıkıran)

Albal E. (2009) Depresyonla Başa Çıkma Öz Yeterlik ile Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Yasemin Kutlu)

Altıparmak, S. (2009) Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Doyumu, Sosyal Destek Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *F.Ü. Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 23(3),159-164.

Annak BB. (2005) Sosyal Destek, Sosyal Ağ, Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumu: Duygu Durum ve Anksiyete Bozukluğu Tanısı Alan Kişiler ve Düzenli Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastalar Açısından Bir Karşılaştırma. Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, (Danışman: Prof. Dr. Ünsal Yetim)

Arda Ş. (2011) Kanser Hastalarında Yaşamda Anlamların İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Sedat Özkan)

Armağan A. Yalnızlık ve kişiler arası iletişim ilişkisi Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi Cilt: 7 Sayı: 30

Arsantaş, H., Adana, F., Kaya, F., & Turan, D. (2010) Yatan hastalarda umutsuzluk ve sosyal destek düzeyi ve bunları etkileyen faktörler. İstanbul Üniversitesi *FN Hemşirelik Dergisi*, 18(2), 87-97.

Aslan, Ö., Sekmen, K., Kömürcü, Ş., Özet, A., (2007) Kanseri Hastalarda Umut. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(2)

Aydın D. (2004) Kanser Hastalarında Posttravmatik Stres Bozukluğu, Sosyal Destek ve Stresle Başa Çıkma Arasındaki İlişki. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, (Danışman: Doç. Dr. Selma Doğan)

Aytekin A. (2005) Doğumsal Kalp Hastalığı Olan Çocukların Ebeveynlerinin Ruhsal Sıkıntı ve Umutsuzluk Düzeyleri ile Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ayda Çelebioğlu)

Bahar A. 'Kanser Hastalarına Psikososyal Yaklaşım' Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007; 10: 1
e-dergi.atauni.edu.tr/ataunihem/article/viewFile/.../1025000530.pdf. Erişim tarihi 06.08.2014

Bayraktar S. (2008) Kanser Hastalarında Travma Sonrası Gelişim Olgusunun ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof.Dr. Mine Özkan)

Bıkmaz Z. (2009) Lösemili Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, *Yüksek Lisans Tezi*, Edirne, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Serap ÜNSAR).

Ceyhan S. (2005) Kayseri Nuh Naci Yazgan Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 65 Yaş Ve Üstü Bireylerin Yalnızlık Düzeylerinin İncelenmesi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Mürüvvet Başer)

Cicero, V., Lo Coco, G., Gullo, S., & Lo Verso, G. (2009). The role of attachment dimensions and perceived social support in predicting adjustment to cancer. *Psycho-Oncology*, 18(10), 1045-1052.

Çağlayan M. (2011) Ayaktan Kemoterapi Alan Hastalar ve Yakınlarında Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Edirne, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Serdar Öztora)

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

Çapraz R. (2011) Beyin Tümörlü Hastaların Sosyal Destek Sistemleri ve Benlik Saygıları. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Deniz Şelimen)

Çıracı, Y., Nural, N., & Saltürk, Z. (2016) Loneliness of oncology patients at the end of life. *Supportive Care in Cancer*, 1-7.

Dalak H. (2010) Esansiyel Hipertansiyonu Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Sosyal Destek Arasındaki İlişki. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Meral Altıok)

Deckx, L., Akker, M., & Buntinx, F. (2014) Risk factors for loneliness in patients with cancer: a systematic literature review and meta-analysis. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(5), 466-477.

Dedeli, Ö., Fadiloğlu, Ç., & Uslu, R. (2008)Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 23(3), 132-139.

Demir A. UÇLA yalnızlık ölçeğinin geçerlik ve güvenirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989, Kasım:7; 23:14-18.

Demir Barutcu C. (2011) Kalp Yetersizliği Olan Hastalarda Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Yrd.Doç.Dr. Hatice Mert)

Doğan N. (2011) Akciğer Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, (Danışman: Doç. Dr. Mehtap Tan)

Duru E. (2008) Sosyal Bağlılık ve Sosyal Desteğin Yalnızlık Üzerine Doğrudan ve Dolaylı Rollerinin Üniversiteye Uyum Süreci Çerçevesinde İncelenmesi, *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 29, s. 13-24.

Duyan, V., Duyan, G. Ç., Çifti, E. G., Sevin, Ç., Erbay, E., & İkizoğlu, M. (2010) Lisede okuyan öğrencilerin yalnızlık durumlarına etki eden değişkenlerin incelenmesi. *Eğitim ve Bilim*, 33(150).

Eker D., Arkar H. (1995b) Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 34:45-55.

Eliüşük A. (2008) Şizofrenili Hastası Olan Ailelerin Algılanan Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, (Danışman: Yrd. Doç. Hüseyin Izgar)

Eylen B. (2002) Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği'nin Geçerlik, Güvenirlik ve Faktör Yapısı Üzerine Bir Çalışma. *Uludağ Üniversitesi, Eğitim Fakültesi Dergisi*, 15(1), 109-117.

Fukui, S., Koike, M., Ooba, A., & Uchitomi, Y. (2003) The effect of a psychosocial group intervention on loneliness and social support for Japanese women with primary breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 30(5): 823-830.

Gündüz Sütcü G. (2010) Tanı- Ameliyat Süreci Yakın Zamanlı Olan Meme Kanseri Hastalarının Öfke, Depresyon, Stresle Başa Çıkma ve Sosyal Destek Değişkenleri Açısından İncelenmesi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. Şennur Kışlak)

Güngörmüş K. (2011) Hemşirelerin Duygusal Zekaları ile İş Yaşamında Yaşadıkları Yalnızlık Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, (Danışman: Yrd.Doç. Dr. Mine Ekinci)

Güni Ö. (2005) Kanserli Birey ve Ailelerinin Sosyal Destek Algılarının Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Doç.Dr. Aliye Mavili Aktaş)

Gürkan A., Yıldırım S. (2010) 'Psikososyal açıdan kanser ve psikiyatri hemşiresinin rolü ' Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 26 (1) : 87-97

Hazerli D. (2010) Tüberküloz Hastalarında Sosyal Destek Algısının Tedaviye Uyuma Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Bilgi Gülseven Karabacak)

İkde Öner Ö. (2012) Onkoloji Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Elazığ, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Elanur Yılmaz Karabulutlu)

Kahraman, S., Zincir, H., Erten, Z. K., & Özkan, F. (2011) Bir huzurevinde yaşlı kadın ve erkeğin ayrı yaşamasının onların yalnızlık ve yaşam doyumuna etkisi. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 14(2).

Kale A. (2011) Koroner Arter Bypass Greft Geçiren Hastaların Ameliyat Sonrası Bilgi Gereksinimlerinin ve Aile Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Zehra Durna)

Karakoç T. (2008) Ayaktan Kemoterapi Alan Geriatrik Hastalarda Sosyal Destek ile Yorgunluk Arasındaki İlişki. Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, *Yüksek Lisans Tezi*, Mersin, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Sabire Yurtsever)

Karakoç, T., & Yurtsever, S. (2010) Relationship between social support and fatigue in geriatric patients receiving outpatient chemotherapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(1), 61-67.

Kes D. (2009) Koroner Arter Bypass Graftleme Ameliyatı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ve Aile İşlevlerinin Kansere Ameliyatı Geçiren Hasta Grubu ile Karşılaştırılması. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Bolu, (Danışman: Prof. Dr. Feray Gökdoğan)

Kızılcı, S.(1999) Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler' C.Ü Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi,3 (2).

Korkmaz T. (2008) Konya Numune Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisinde Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Tanısı (Koah) ile Yatan Hastaların Anksiyete, Depresyon ve Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Havva Tel)

Korkmaz, T., Tel, H.,(2010) Koah'lı Hastalarda Anksiyete, Depresyon ve Sosyal Destek Durumunun Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13:2

Kozaklı H. (2006) Üniversite Öğrencilerinde Yalnızlık ve Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin Karşılaştırılması. Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ertuğrul Gödelek)

Köse E. (2006) Liseli Ergenlerde Kişilik ve Sosyal Desteğin Yalnızlığa Olan Etkisinin İncelenmesi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Canan Savran)

Köse E. (2009) Yurtta Kalan ve Ailesiyle Birlikte Yaşayan Lise Öğrencilerinin Yalnızlık ve Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir, (Danışman: Dr. Aslı Uz Baş)

Kurt Öncü H. (2008) Mastektomi Ameliyatı Olmuş Meme Kanseri Kadınların, Mastektomi Sonrası Eş Uyumunu ile Yalnızlık Düzeylerinin İncelenmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Samsun, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. İlknur Aydın Avcı)

Küçük L. (1999) Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastaların Algıladıkları Sosyal Desteğin Umut Düzeylerine ve Yoğun Bakımda Kalış Sürelerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof.Dr. Nesrin Aştı)

Mutlu E. (2007) Hemodiyaliz Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri, Sosyal Destek Kaynakları ve Hastalık Sürecinin Benlik Saygısına Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. Veli Duyan)

Ocak Z. (2002) Hemodiyaliz Hastalarında Yalnızlık ve Hemşirelik Yaklaşımının Belirlenmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Bolu, (Danışman: Doç. Dr. Feray Gökdoğan)

Okyavuz Ü. (1997) 'Kendimizi Koruyalım Kitabı' Kanseri Hastası Ve İletişim Onkoloji Hemşireler Derneği ve Avrupa Onkoloji Okulu(ESO)

Öz H. (2006) Miyokart İnfarktüsü Geçiren Hastalarda Umut, Moral Ve Algılanan Sosyal Desteğin Yaşam Kalitesine Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Rukiye Pınar)

Özbaş AA. (2008) Meme Kanseri Hastalarının Distres ve Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nermin Gürhan)

Özcan A (1997) , 'Kanser Hastasının Bakımında Psikososyal Yönler' Onkoloji Hemşireler Derneği Bülteni, No:5 s,7-14

Özdel, L., Bostancı, M., Özdel, O., & Oğuzhanoglu, N. K. (2002). Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(3), 155-161.

Özdemir, S., & Erol, S. (2015, August). Kırsal ve Kentsel Alanda Yaşayan Yaşlı Bireylerde Yalnızlık Algısı ve Yaşam Doyumu. In 18. *Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*.

Özkan S. (2001) Hematolojik Kanserli Hasta Eşlerinin Stresle Başa Çıkma Yolları ve Sosyal Destek Sistemlerinin Depresyon Düzeylerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yar. Doç. Dr. Yasemin Kutlu)

Özyurt BE. (2007) Kanser Hastalarının Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerine İlişkin Betimsel Bir Çalışma. *Kriz Dergisi*, 15(1), 1-15.

Pamuk M., Abdullah, A. T. L. İ., & Ali, K. I. Ş. (2015) Investigation of Theses In Turkey on Loneliness In Terms of Gender: A Meta-Analytic Study/Türkiye’de Yalnızlık Üzerine Yapılan Tezlerin Cinsiyet Bağlamında İncelenmesi: Meta Analitik Bir Çalışma. *Eğitimde Kuram ve Uygulama*, 11(4), 1392-1414.

Pehlivan, S., Ovayolu, O., Ovayolu, N., Sevinc, A., & Camci, C. (2012) Relationship between hopelessness, loneliness, and perceived social support from family in Turkish patients with cancer. *Supportive Care in Cancer*, 20(4), 733-739.

Peplau, LA, Perlman, D.(1982) Perspectives on loneliness. LA Peplau, D Perlman (Eds.), *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*, New York, John Wiley & Sons, p.1-18.

Polat H. (2008) Tüberküloz Hastalarında Yalnızlık Düzeyi ve Depresyonla İlişkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Seher Ergüney)

Savcı AB. (2006) Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesini Ve Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, (Danışman: Prof. Dr. Asuman Güraksın)

Seçkin C. (2009) Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ve Radyasyon Onkolojisi Bölümlerine Başvuran Meme Kanserli Bireylerin Bilgi Desteği ve Duygusal Destek Gereksinimlerinin Karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. Ülgen Okyayuz)

Selçuk A. (2010) Sosyal Destek ve Mental Sağlık Durumunda Sosyoekonomik Sağlık Eşitsizlikleri. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Gürsoy Akça)

Sorias O.(1987) Sosyal desteklerin ruhsal sağlığı koruyucu etkisinin depresyonlu ve sağlıklı kontrollerde araştırılması. XXII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, İstanbul, 541-545

Sönmeç A. (2008) İnfertil Bireylerde Yalnızlık Düzeyi ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nevin Hotun Şahin)

Şahin S. (2007) Diyaliz Tedavisi Alan Bireylerin Umut–Umutsuzluk ve Sosyal Destek Düzeyleri. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Meral Bayat)

Tan, M., & Karabulutlu, E. (2005). Social support and hopelessness in Turkish patients with cancer. *Cancer nursing*, 28(3), 236-240.

Tansı T. (2009) Koroner Arter Bypass Yapılan Hastalarda Sosyal Destek ile Umutsuzluk Düzeyi İlişkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ükke Karabacak)

Taşkıran H. (2010) Kanserli Bireylerde Algılanan Sosyal Desteği Etkileyen Bazı Etmenlerin İncelenmesi: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hastanesi Örneği. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. Sunay İl)

Tokgöz, G., Yaluğ, İ., Özdemir, S., Yazıcı, A., Uygun, K., & Aker, T. (2008) Kanser hastalarında majör depresyon yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9, 59-66.

Türten T. (2011) Diyabetli Bireylerde Hastalığa Psikososyal Uyumun Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Nuran Akdemir)

Uysal N. (2011) Baş Boyun Kanserli Hastalarda Fonksiyonel Durum ve Sosyal Desteğin Belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Hatice Bostanoğlu)

Ünal, G., & Bilge, A. (2005) İleri Yaş Grubunda Yalnızlık, Depresyon Ve Kognitif Fonksiyonların İncelenmesi.

Wiseman H, Guttfreund DG.(1995) Gender differences in loneliness and depression of university students seeking counselling. Br J Guid Couns, 23:231-245.

Yenihayat F. (2008) Yetişkin Lösemili Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek ile Stres Düzeyleri Arasındaki İlişki. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Necmiye Sabuncu)

Yıldırım M. (2008) Meme Cerrahisi Geçirmiş Kadınların Ruhsal Durumları ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri İle İlgili Bir Çalışma. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Makbule Batmaz)

Yılmaz E., & Karaca, F (2008) Üniversite öğrencilerinin sosyal destek ve yalnızlık düzeylerinin incelenmesi Genel Tıp Dergisi, 18(2): 71-79

Yılmaz S. (2011) Jinekolojik Kanseri Kadınlarında Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Kemoterapi Semptomlarına Etkisi. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, *Yüksek Lisans Tezi*, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Gülşen Vural).

Yıldırım, Y., & Kocabiyik, S. (2010) The relationship between social support and loneliness in Turkish patients with cancer. *Journal of clinical nursing*, 19(5-6), 832-839.

Öztürk A. (2015) Üniversite Öğrencilerinin İntihara İlişkin Bilgi Düzeylerinin ve İntihar Eden Kişilere Yönelik Damgalama Tutumlarının Değerlendirilmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Semiha Akın).

Ökten Ç. (2012) Ayaktan Kemoterapi Alan Gastrointestinal Kanseri Hastaların Evde Karşılaştıkları Sorunlar ve Kullandıkları Baş Etme Davranışları. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof.Dr. Tülin Bedük)

10.EKLER

Ek.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Değerli Katılımcılar;

Bu araştırma Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Alev Arslan tarafından yürütülen bir tez çalışmasıdır. “Onkoloji kliniklerinde tedavi gören hastalarda yalnızlık ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi” konulu araştırmaya katılımınız bilimsel çalışmalara destek vermeniz açısından önem taşımaktadır.

Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz. Sizden kim olduğunuz ile ilgili bilgi istenmemektedir. Cevaplarınız gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir. Elde edilecek bilgiler bilimsel yayınlarda kullanılacaktır. Bu anlamda, araştırma sonuçlarından sağlıklı bilgiler edinilebilmesi için soruların samimi bir şekilde doldurulması ve boş bırakılmaması oldukça önemlidir. Size uygulanacak anket formlarındaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Soruları yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz şeklinde yorumlanacaktır.

Araştırmaya katılımınızdan ve verdiğiniz destekten dolayı teşekkürlerimizi sunarız.

Araştırmacı: Alev Arslan / aalev_arslan@hotmail.com

Araştırmanın Amacı: Bir eğitim ve araştırma hastanesinde Onkoloji kliniklerinde tedavi gören hastalarda yalnızlık ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi.

Araştırmanın Süresi: 25 Dakika

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı:

Araştırmanın Yapılacağı Yer: Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Araştırmanın reddedilme nedeni:

İmza

Ek.2. Anket Soruları

I-DEMOGRAFİK BİLGİLER

1-Doğum yeriniz?

1 () Köy

2 () İlçe

3 () İl

4 () Yurt dışı

2-Kaç yaşındasınız?.....

1 () 18-29 yaş

2 () 30-39 yaş

3 () 40-49 yaş

4 () 50-59 yaş

5 () 65 yaş ve üstü

3-Cinsiyeti?

1 () Kadın

2 () Erkek

4-Medeni haliniz nedir?

1 () Bekar

2 () Evli

3 () Dul / Eşini kaybetmiş

4 () Dul / Boşanmış

5 () Diğer

5-Çocuğunuz var mı?

1 () Evet

2 () Hayır

6-Cevabınız evet ise kaç tane:

1 () 1-2

2 () 3-4

3 () 5 ve üstü

7-Eğitim durumunuz nedir?

- 1 () Okur yazar değil
- 2 () İlk okul mezunu
- 3 () Lise mezunu
- 4 () Üniversite mezunu
- 5 () Diğer

8-Mesleğiniz nedir?

- 1 () Serbest meslek
- 2 () Memur
- 3 () İşçi
- 4 () Öğrenci
- 5 () Emekli
- 6 () Çalışmıyor
- 7 () Diğer

9-Sosyal güvenceniz nedir ?

- 1 () SGK
- 2 () Emekli Sandığı
- 3 () Bağ Kur
- 4 () Özel Sigorta
- 5 () Diğer

10-Ailenizin aylık gelirini tanımlarmısınız ?

- 1 () Kötü
- 2 () Orta
- 3 () İyi
- 4 () Çok iyi

11-Nerede ikamet ediyorsunuz?

- 1 () Köy
- 2 () İlçe
- 3 () İl
- 4 () Yurt dışı

12-Aşağıdakilerden hangisi sizin aile yapınıza uygundur?

1 () Çekirdek

2 () Geniş

3 () Diğer

13-Ailenizde kanser öyküsü var mı ?

1 () Evet

2 () Hayır

14-Hastalığınızın tanısı nedir?

1 () Meme kanseri

2 () Akciğer kanseri

3 () Prostat kanseri

4 () Mide kanseri

5 () Kolon kanseri

6 () Diğer

15-Hastalığınızın tanısı ne zaman konuldu ?

1 () 0-1 yıl önce

2 () 2-5 yıl önce

3 () 6-10 yıl önce

4 () Diğer

16-Ne kadar zamandır kanser tedavisi görüyorsunuz?

1 () 0-1 yıl

2 () 2-5 yıl

3 () 6-10 yıl

4 () 10 yıl ve üzeri

Ek.3

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her birinde de cevaplarınızı işaretlemeniz için 1 den 7 ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlelerin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

1-İhtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

2-Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim özel bir insan var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

3-Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

4-İhtiyacım olan duygusal yardımı ailemden alırım.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

5-Beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

6-Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

7-İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

8-Sorunlarımı ailemle konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

9-Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

10-Yaşamımda duygularıma önem veren özel bir insan var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

11-Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

12-Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

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

Ek.4**UCLA-LS**

Aşağıda çeşitli duygu ve düşünceleri içeren ifadeler verilmektedir. Sizden istenilen her ifade de tanımlanan duygu ve düşünceyi ne sıklıkta hissettiğinizi ve düşündüğünüzü her biri için tek bir rakamı daire içine alarak belirtmeniz.

		Ben bu durumu HIÇ Yaşamadım	Ben bu durumu NADİREN Yaşarım	Ben bu durumu BAZAN Yaşarım	Ben bu durumu SIK SIK Yaşarım
1	Kendimi çevremdeki insanlarla uyum içinde hissediyorum.	1	2	3	4
2	Arkadaşım yok.	1	2	3	4
3	Başvurabileceğim hiç kimse yok.	1	2	3	4
4	Kendimi tek başıyımışım gibi Hissetmiyorum	1	2	3	4
5	Kendimi bir arkadaş grubunun bir parçası olarak hissediyorum.	1	2	3	4
6	Çevremdeki insanlarla bir ortak yönüm var.	1	2	3	4
7	Artık hiç kimseyle samimi değilim.	1	2	3	4

8	İlgilerim ve fikirlerim çevremdekilerce paylaşıyor.	1	2	3	4
9	Dışa dönük bir insanım.	1	2	3	4
10	Kendime yakın hissettiğim insanlar var.	1	2	3	4
11	Kendimi grubun dışına itilmiş hissediyorum.	1	2	3	4
12	Sosyal ilişkilerim	1	2	3	4
13	Hiç kimse beni gerçekten iyi tanımıyor.	1	2	3	4
14	Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum.	1	2	3	4
15	İstediğim zaman arkadaş bulabilirim.	1	2	3	4
16	Beni gerçekten anlayan insanlar var	1	2	3	4
17	Bu derece içime kapanmış olmaktan dolayı mutsuzum.	1	2	3	4
18	Çevremde insanlar var ama benimle değil.	1	2	3	4
19	Konuşabileceğim insanlar var.	1	2	3	4
20	Derdimi anlatabileceğim insanlar var.	1	2	3	4

Ek. 5 Kurum İzin Yazısı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Anadolu Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi
BİLİMSEL ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME KURULU

Sayı: Etik Kur.89513307/1009/ 345
Konu: Araştırma hk.

14.10.2014

Hemş. Alev ARSLAN

Tıbbi Onkoloji Kliniği

Hemş. Alev ARSLAN ve Yrd. Doç. Dr. Makbule BATMAZ tarafından yürütülmesi planlanan "Onkoloji Kliniklerinde Yatan ve Ayaklı Kemoterapi Ünitesinde Gününbirlik Tedavi Gören Kanser Hastalarında Yalnızlık ve Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin Karşılaştırılması" başlıklı başvuru dosyası 14/10/2014 tarihinde yapılan toplantıda (Karar No: 14) komisyonumuzca incelenmiş, Tıp Etiği açısından uygun olduğuna karar verilmiştir.

BİLİMSEL ARAŞTIRMA DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ		
Doç. Dr. Mehmet SARGIN	Doç. Dr. Nejdettin BİLİK	Doç. Dr. Halil İbrahim BEKLER
Doç. Dr. Tufan HİÇDÖNMEZ	Doç. Dr. Özlem GÜNEYSEL	Uz. Dr. Nispet KARADAYI
Doç. Dr. Asuman ORÇUN		

Doç. Dr. Recep DEMİRHAN
Başkan

Ek. 6 Etik Kurul Uygunluk Belgesi

Evrak Tarih ve Sayısı: 08/01/2015-340



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Anadolu Güney Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 35778018-770-
Konu: Anket İzni Hk. (Alev ARSLAN)

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
(Merkez Mah. Cendere Cad. No:5 Kağıthane/ İstanbul)

İlgi: 14/11/2014 tarih ve 439 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencilerinden Alev ARSLAN'ın "Onkoloji Kliniklerinde Yatan ve Ayaklı Kemoterapi Ünitesinde Gününbirlik Tedavi Gören Kansere Hastalarında Yalnızlık ve Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin Karşılaştırılması" konulu çalışmayı Genel Sekreterliğimize bağlı Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapma talebi Bilimsel Araştırma ve Değerlendirme Komisyonumuz tarafından incelenmiş olup 24/12/2014 tarihli alınan kararla çalışmanın talep edilen hastanede yapılması uygun görülmüştür.

Bilindiği gibi daha önceden öğrencilerin başvurusu sonrası, araştırma yapılacak kurumun kabulü halinde, araştırmayı yapacak öğrenci ile karşılıklı protokol imzalanıp araştırma için çalışma izni verilmekteydi. Yeni çalışma sürecinde araştırma izin protokolleri, İstanbul Kamu Hastaneleri Birlikleri Koordinatörlüğü'nün 31/01/2013 tarih ve 2612 sayılı yazısına istinaden çerçeve protokol şeklinde hazırlanmış ve hazırlanan Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü yazımız ekinde gönderilmiş olup tarafınızca incelenerek uygun bulunması halinde kurumunuzun imzaya yetkili yöneticisi tarafından iki nüsha şeklinde imzalanması ve protokolün her iki nüshasının da Genel Sekreterliğimize gönderilmesi gerekmektedir. İmza süreci tamamlanınca bir nüshasının tarafınıza iletilmesinin ardından çalışmanın yürürlüğe konulacağı hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Dr. Celal ŞAHİN
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

EKLER :
Protokol Örneği (2 sayfa)

İstanbul İli Anadolu Güney Kamu Hastaneleri Birliği
Genel Sekreterliği
İdari Hizmetler Başkanlığı
Süleyman ÖZKAN
Uzman

Güvenli Elektronik İmza (Aş) ile Aynısı

08 Ocak 2015

Eğitim ve Staj Birimi
Başbüyük Mah. Atatürk Cad.No:1 Maltepe/İSTANBUL
Telefon:0216 421 26 26 Faks:0216 421 00 05
e-Posta: egitimstaj.aguney@gmail.com
Elektronik imza suretine: http://ehys.ingb.gov.tr:8028/enVision/Validate_doc.aspx?V=BELM30NLT erişebilirsiniz.

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Şaziye İMİR

Pin: 99022

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

11. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: ALEV ARSLAN

Doğum Yeri ve Tarihi: ÜSKÜDAR, 20.03.1985

Medeni Hali: BEKAR

Yabancı Dil: İngilizce

E- posta Adresi: alev_arslan@hotmail.com

Tel: 05432655849

Eğitim Bilgileri

İlkokul: Şehit Öğretmen Nurgül Kale

Ortaokul: İnanç Türkeş

Lise: Üsküdar Halide Edip Adıvar

Lisans: Kars Kafkas Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Yüksek Lisans: Haliç Üniversitesi

İş Tecrübesi

2010 Çakmak Özel Erdem Hastanesi

2011 Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi (devam etmekte)