



**HEMATOLOJİ-ONKOLOJİ KLİNİKLERİNDE TEDAVİ GÖREN
ÇOCUKLARIN YAKINLARININ SOSYAL DESTEK SİSTEMLERİ İLE
KAYGI DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Kamile ÖZTÜRK ATICI

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
SOSYAL HİZMET ANA BİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

EKİM 2024

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Kamile ÖZTÜRK ATICI

04/10/2024

HEMATOLOJİ-ONKOLOJİ KLİNİKLERİNDE TEDAVİ GÖREN ÇOCUKLARIN
YAKINLARININ SOSYAL DESTEK SİSTEMLERİ İLE KAYGI DÜZEYLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ
(Yüksek Lisans Tezi)

Kamile ÖZTÜRK ATICI

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Ekim 2024

ÖZET

Günümüzde sağlıkla ilgili iyileştirme çalışmaları sürekli olarak devam etmektedir. Gerçekleştirilen bu gelişmelerle birlikte insan ömrü uzamaya başlamıştır. Ancak kansere yakalanan insan sayısı da gün geçtikçe artmaktadır. Kanser hastalıkları insan sağlığını tehdit eden en önemli hastalıklardan birisi olarak görülmektedir. Kanser hastalığının tedavisinde yaşanan gelişmelerden dolayı kanser çoğunlukla ölümle sonuçlanan bir hastalıktan evde ya da hastane ortamında bakımı gereken, uzun süre tedavi gerektiren kronik bir hastalığa dönüşmüş durumdadır. Her yıl birçok sayıda çocuğa da kanser teşhisi konulmakta ve bu sayı giderek artmaktadır. Bu araştırmanın amacı, bir üniversite hastanesindeki Çocuk Hematoloji ve Onkoloji kliniklerinde kanser hastası olan 18 yaş altındaki çocuklara bakım veren hasta yakınlarının, hastalık sürecinde algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile yaşadığı kaygı durumu arasındaki ilişkiyi belirlemektir. Araştırmanın deseni tarama modelinde yapılandırılmıştır. Çalışma, bir üniversite hastanesinde 01.10.2023-30.05.24 tarihleri arasında, Ankara ilinde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına bağlı Çocuk Hematoloji ve Onkoloji kliniklerinde tedavi gören 18 yaş altındaki çocuklara bakım veren hasta yakınları ile gerçekleştirilmiştir. Hastanede bulunan hasta sayısının az olması nedeniyle örneklem tam sayım olarak seçilmiştir. Örneklemin alındığı kurumun, çocukların ebeveynlerinin ve etik kurulun onayı alınan araştırmada “Hasta Bilgi Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri” kullanılarak bilgi toplanmıştır. Yapılan analizler sonucunda; katılımcıların algılanan sosyal destek düzeylerinin orta seviyenin üzerinde olduğu bulunurken, kaygı düzeylerinin ise orta seviyede olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda hastalara bakım veren bireylerin kaygı düzeylerini etkileyen risk faktörlerine yönelik eğitimlerin düzenlenmesi önerilebilir.

Bilim Kodu : 113426
Anahtar Kelimeler : Çocuk, kanser, sosyal destek, kaygı
Sayfa Adedi : 99
Danışman : Prof. Dr. Leyla ÖZGEN

RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL SUPPORT SYSTEMS AND ANXIETY LEVELS
OF CAREGIVERS OF CHILDREN UNDERGOING TREATMENT IN PEDIATRIC
HEMATOLOGY-ONCOLOGY CLINICS

(M. Sc. Thesis)

Kamile ÖZTÜRK ATICI

GAZİ UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES

October 2024

ABSTRACT

Improvement efforts related to health continue to progress constantly today. These advancements have led to an increase in human lifespan. However, the number of people diagnosed with cancer is also rising steadily. Cancer diseases are considered one of the most significant threats to human health. Due to developments in cancer treatment, it has transformed from a disease mostly resulting in death to a chronic condition requiring long-term care either at home or in hospital settings. Every year, a considerable number of children are diagnosed with cancer, and this number is increasing. Both the patient and the caregiver are affected by the stress that accompanies the disease process. The aim of this study is to determine the relationship between the perceived social support levels and the anxiety experienced by the relatives of patients who care for children under the age of 18 with cancer in the Pediatric Hematology and Oncology clinics of a university hospital. The design of the study was structured in the screening model. The study was conducted between 01.10.2023 and 30.05.24 in Ankara province with relatives of patients who care for children under the age of 18 who are treated in the Pediatric Hematology and Oncology clinics of the Department of Child Health and Diseases. The sample was chosen as a complete census due to the small number of patients in the hospital. In the study, which received approval from the institution where the sample was taken, the parents of the children and the ethics committee, information was collected using the “Patient Information Form, Multidimensional Scale of Perceived Social Support, State-Trait Anxiety Inventory”. As a result of the analyses, it was found that the perceived social support levels of the participants were above the medium level, while their anxiety levels were found to be at a medium level. In line with these results, it can be suggested that trainings be organized regarding the risk factors affecting the anxiety levels of individuals who provide care to patients.

Science Code : 113426
Key Words : Child, cancer, social support, anxiety
Page Number : 99
Supervisor : Prof. Dr. Leyla ÖZGEN

TEŞEKKÜR

Çalışmalarım boyunca değerli yardım ve katkılarıyla beni yönlendiren, kişisel ve akademik gelişimim de katkı sağlayan, tezin planlanmasında, araştırılmasında, oluşumunda ve yürütülmesinde desteğini esirgemeyen, kıymetli tecrübelerinden faydalandığım danışmanım ve değerli hocam Prof. Dr. Leyla ÖZGEN'e, tez savunmamda yer alan kıymetli zamanını benim hazırladığım teze ayırıp değerlendiren kıymetli hocalarım Doç. Dr. Ömer Faruk CANTEKİN'e ve Prof. Dr. Cengiz ÖZBESLER'e teşekkürü borç bilirim. Beni her zaman her koşulda destekleyen, yaşamımın her anında sevgisini hissettiğim, beni daha fazlası olmam için destekleyen ve iyi bir insan olmam ve iyi yaşamam için çok çabalayan canım annem Nejla ÖZTÜRK'e, manevi destekleriyle beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan çok değerli aileme ve hayatıma girdiği andan itibaren beni daima destekleyen, her zaman yanımda olan, tüm zorlukları benimle göğüsleyen, hayatı benim için kolaylaştıran, sevgisini her zaman hissettiğim ve her zaman seveceğim, bu süreçte gösterdiği sabır ve anlayış için sevgili eşim İsmail Hakkı ATICI'ya içtenlikle teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ	x
ŞEKİLLERİN LİSTESİ	xii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xiii
1. GİRİŞ.....	1
2. KURAMSAL ÇERÇEVE	7
2.1. Kanserin Tanımı ve Önemi	7
2.2. Kanserin Nedenleri.....	9
2.2.1. İyonize radyasyon	9
2.2.2. Ultraviyole ışınları	9
2.2.3. Hava kirliliği	10
2.2.4. Kimyasal karsinogenler.....	10
2.2.5. Beslenme faktörleri	10
2.2.6. Sigara	11
2.2.7. Alkol.....	12
2.2.8. Virüsler.....	13
2.2.9. Genetik faktörler	13
2.3. Kanserin Belirtileri	13
2.4. Kanserden Korunma.....	14
2.4.1. Birincil; primer korunma.....	14
2.4.2. İkincil; sekonder korunma.....	15

	Sayfa
2.4.3. Üçüncül; tersiyer korunma	15
2.5. Kanser Çeşitleri	15
2.6. Kanser Hastalığında Bakım ve Bakım Veren Kavramı	17
2.6.1. Bakım yükü	17
2.6.2. Bakım veren kavramı	18
2.6.3. Bakım verenlerin karşılaştıkları sorunlar	19
2.7. Sosyal Destek	25
2.7.1. Sosyal destek türleri	26
2.7.2. Algılanan sosyal destek	28
2.7.3. Sosyal destek modelleri	29
2.7.4. Kanser hastalarına bakım verenlere yönelik sosyal destek	31
2.8. Kaygı	32
2.9. İlgili Araştırmalar	36
3. YÖNTEM	39
3.1. Araştırmanın Modeli	39
3.2. Çalışma Grubu	39
3.3. Veri Toplama Araçları	39
3.3.1. Hasta Yakını Bilgi Formu	40
3.3.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	40
3.3.3. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri	40
3.4. Verilerin Toplanması	42
3.5. Verilerin Analizi	42
4. BULGULAR	45
5. TARTIŞMA	61
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	71
KAYNAKLAR	75

	Sayfa
EKLER	91
EK-1. Hasta Yakını Bilgi Formu	92
EK-2. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri	93
EK-3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	96
EK-4. Etik Kurul Onayı	98
ÖZGEÇMİŞ.....	99



ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 3.1. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenirlik Katsayıları	41
Çizelge 3.2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Faktörleri ve Toplam Puanlarının Çarpıklık ve Basıklık Katsayıları.....	43
Çizelge 4.1. Kanser hastası çocuklara bakım veren yakınlarının demografik bilgilerinin dağılımı	45
Çizelge 4.2. Katılımcıların durumluk-sürekli kaygı envanterinin durumluk kaygı ve sürekli kaygı faktöründen aldıkları puanların ortalamaları.....	46
Çizelge 4.3. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği faktörlerinin puan ortalaması.....	47
Çizelge 4.4. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği faktörleri ile öğrenim durumuna göre One-Way Anova analizi sonuçları.....	47
Çizelge 4.5. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği faktörleri ile çocuk sayısı değişkeni arasındaki One-Way Anova analizi sonuçları	49
Çizelge 4.6. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği faktörleri ile hastalık tanısı konulma süresi değişkeni arasındaki One-Way Anova analizi sonuçları.....	50
Çizelge 4.7. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği faktörleri ile medeni durum değişkeni arasındaki Mann-Whitney U analizi sonuçları.....	52
Çizelge 4.8. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği faktörü ile cinsiyet değişkeni arasındaki T-test analizi sonuçları	53
Çizelge 4.9. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği faktörleri ile yaş değişkeni arasındaki One-Way Anova analizi sonuçları	54
Çizelge 4.10. Durumluk-sürekli kaygı envanteri alt boyutları ile öğrenim durumu değişkeni arasındaki One-Way Anova analizi sonuçları.....	55
Çizelge 4.11. Durumluk-sürekli kaygı envanteri faktörleri ile çocuk sayısı değişkeni arasındaki One-Way Anova analizi sonuçları.....	55
Çizelge 4.12. Durumluk-sürekli kaygı envanteri faktörleri ile hastalık tanısı konulma süresi değişkeni arasındaki One-Way Anova analizi sonuçları.....	56
Çizelge 4.13. Durumluk-sürekli kaygı envanteri faktörleri ile medeni durum değişkeni arasındaki Mann-Whitney U analizi sonuçları.....	57
Çizelge 4.14. Durumluk-sürekli kaygı envanteri faktörleri ile cinsiyet değişkeni arasındaki T-test analizi sonuçları	57

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.15. Durumluk-sürekli kaygı envanteri faktörleri ile yaş değişkeni arasındaki One-Way Anova analizi sonuçları	58
Çizelge 4.16. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği faktörleri ile durumluk-sürekli kaygı envanteri faktörleri arasındaki Pearson korelasyon analizi.....	58



ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 2.1. 2020'de dünya çapında her yaşta ve her iki cinsiyette yeni vaka sayısı (IARC, 2023).....	8
Şekil 2.2. 2020'de dünya çapında her yaşta ve her iki cinsiyette kansere bağlı ölüm sayıları (IARC, 2023).....	8
Şekil 2.3. 0-14 yaş gruplarındaki çocuklarda görülen kanserlerin bu grup içindeki yüzde dağılımları (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016).	16



SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar

Açıklamalar

ACS	Amerika Kanseri Topluluğu
ALL	Akut lenfoblastik lösemi
AML	Akut miyeloid lösemi
BRCA1	Meme kanseri 1
DSM-5	Ruh Hastalıkları Tanı ve İstatistik Kılavuzu-5
FAO	Gıda ve Tarım Örgütü
GBD	Küresel Hastalık Yüğü Çalışması
GLOBOCAN	Küresel Kanseri Gözlem Verisi
HBV	Hepatit b virüsü
HCV	Hepatit c virüsü
HIV	İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü
HPV	Papilloma virüsü
HSGM	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
IARC	Uluslararası Kanseri Araştırmaları Ajansı
MLH1	Human mutl humolog 1 geni
NCI	Amerika Ulusal Kanseri Enstitüsü
TSG	Travma sonrası gelişim
TSSB	Travma sonrası stres bozukluğu
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UI	Ultraviyole ışınları
WHO	Dünya Sağlık Örgütü

1. GİRİŞ

Hayatımız doğmak, büyümek ve ölmek üzerine devam eden bir döngüdür. Bu döngüde hücreler kontrollü ve düzenli bir şekilde çoğalmaktadır. Ancak bu süreçte gerçekleşebilecek bazı düzensizlikler hücrelerin düzensiz çoğalmasına ve tümörlerin oluşmasına neden olabilmektedir. Kanser hastalığı vücut hücrelerinin sınırsız olarak büyümesidir (Babaç, Ekinci ve İlem-Özdemir, 2023).

Kanser hastalığının dünyada ve ülkemizde görülme oranı hızla artmaktadır. İlaç ve tedavi teknolojilerindeki gelişmeler ile birlikte kanser nedenli ölüm oranları azalsa da çok sayıda kanser hastası ve aileleri kanserin neden olduğu birçok sorun ile karşılaşmaktadır. Kanser günümüzde ölüme neden olan hastalıklar arasında, dünyada ve Türkiye’de, kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada gelmektedir (Baran Deniz, 2022). Kanser ölüm nedenleri arasında birinci sıraya yükselmesinin beklendiği belirtilmiştir (Altınova ve Duyan, 2013).

Dünya Sağlık Örgütüne bağlı Uluslararası Kanser Araştırmaları Enstitüsü (IARC) GLOBOCAN isimli programı ile tüm dünyada kanser istatistiklerini paylaşmaktadır. Son yayınlanan 2020 yılına ait verilerde dünyada yılda yaklaşık 19,3 milyon kişiye kanser teşhisi konulduğu ve yaklaşık 10 milyon kişinin kanser nedeni ile öldüğü görülmektedir. 2020 yılında Türkiye’de 233.834 olduğu, kansere bağlı ölüm sayısının 126.335 olarak belirtilmiştir (International Agency for Research on Cancer [IARC], 2023). Çocukluk çağı kanseri için de son dönemde sayılarda artış olduğunu söylemek mümkündür. Günümüzde 0-14 yaş aralığındaki her 700 çocuktan birine yeni kanser tanısı konulduğu, bu oranın sayıya dönüştürüldüğüne yılda yaklaşık 160.000 çocuğa kanser tanısı konulduğu ve dünyada 15 yaş altındaki her 1000 çocuktan beş çocuğun kanser hastası olduğu ifade edilmiştir (Kara, Gümüş ve Başbakkal, 2023).

İstatistiki verilerde görüldüğü üzere çocukluk çağı kanseri son yıllarda çocuk hastalıkları arasında en büyük sorunlardan biri haline gelmiştir. Kanser, hastalar ve yakınları açısından ciddi stres oluşturan, fiziki bir hastalık hali ile birlikte psikolojik olarak çok sayıda sorunu içine alan bir hastalık sürecidir (Yıldız, Dedeli ve Çınar Pakyüz, 2016).

Dünya sağlık örgütü sağlığın tanımını, “sağlık, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam iyilik halidir.” şeklinde yapmaktadır (Budak, 2014). Kanser hastalığı; ölümcül bir hastalık olması açısından ciddi bir risk oluşturmaması, tedavi sürecinin oldukça uzun, zor ve pahalı olması, tedavinin garanti edilememesi ve tedavi edilse dahi tekrarlama ihtimalinin bulunması gibi nedenlerle hasta ve hasta yakınları için önemli bir kaygı unsuru haline gelmektedir (Çakın, 2020). Kanser hastalığı sadece tanıyı alan kişiyi değil, bakım veren ebeveynlerinin sağlığını da olumsuz etkilemektedir. Bununla birlikte kanser hastası çocuğa psikolojik destek vermek de çoğunlukla yakınlarına düşmektedir. Tedavi süresince yakınların sağladıkları destek kanser hastaları için en önemli destek kaynağıdır. Kanser hastalığı, hastanın yakınlarının yaşamını çeşitli yönlerden etkilemektedir (Polat ve Atamer, 2020). Kanser hastalarının yakınları, tedavi sürecinde ekonomik, psikolojik, sosyal ve fiziksel yönlerden çok sayıda sorun ile karşılaşmaktadır. Hasta yakınları hasta ile ilgili kaygı ve çaresizlik hislerine kapılmaktadır. Bununla birlikte üzerine yeni sorumluluklar almakta ve bu nedenle sosyal yaşamları, iş yaşamları ve ekonomik durumları etkilenmektedir (Lafcı, Yıldız, Toru ve Karakaya, 2020). Kanser hastalığı ile mücadele eden bir aile üyesine sahip olmak, yakınları için yoğun bir kaygı kaynağıdır (Shoghi, Shahbazi ve Seyedfatemi, 2019).

Sosyal destek, esnek bir kavram olduğundan tanımlanması kolay değildir. Bu nedenle sosyal desteğin farklı bakış açılarından çok sayıda farklı tanımlanmıştır. Ancak sosyal destek genel olarak zor bir durumda kişilerin, eş, aile, arkadaş gibi değer verdiği kişilerden alabileceği maddi ve manevi destekler bütünü olarak tanımlanabilir (Kaynar, 2016). Sosyal destek kanser hastalığında çok önemli bir yer tutmaktadır. Hastalar için çevresindeki herhangi bir kaynaktan alınan sosyal destek, tedavi sürecinden en yüksek verimin alınması ve tedavi sürecinde yaşanan ekonomik, duygusal ve fiziksel sorunların daha aza indirilmesi konularında oldukça önemlidir (Kaykunoğlu ve Tambağ, 2022). Kanser hastaları için sosyal destek kaynakları olarak öncelikle aile ve akrabalar, arkadaş çevresi, sağlık personelleri, sosyal hizmet ve sivil toplum kuruluşları gibi sistemler ön plana çıkmaktadır (Işıkhani, 2006). Sosyal destek sistemleri baş etme mekanizmaları arasında önemli bir yere sahiptir. Bireyin sorunlar ile daha kolay baş edebilmesini sağlamaktadır. Sosyal destek sadece kanser hastası birey için değil yakınları için de oldukça önemlidir. Kanser hastası bireylerin yakınları hem kanser hastası birey için bir sosyal destek kaynağı olmak zorundadır hem de karşılaştıkları çok sayıda sorun ile baş etmede kendi sosyal destek kaynaklarından yararlanmalıdır. Sosyal desteğin kanser hastası bireylerin yakınları için

daha önemli olduğu ifade edilebilir. Kanser hastası bireylerin yakınları için, yaşadıkları ekonomik, sosyal ve psikolojik sorunlar ile üstesinden gelmede sosyal destek önemli bir yer tutmaktadır (Bilgin ve Yıldırım, 2017).

Sosyal desteğin yetersiz olması, belirtilerin görülme sıklığının ve hastalığın şiddetinin artmasına, hastalık süresinin uzamasına, hastalığa uyum sağlamada zorluk yaşanmasına neden olabilmektedir. Bunun ile birlikte yetersiz sosyal destek sigara, alkol ve madde kullanımında artış, fiziksel ve zihinsel sağlığın bozuluşu ve psiko-sosyal sorunları da beraberinde getirebilmektedir. Sosyal destek ile karşılaşılan sorunlarla başa çıkmada hem hastayı hem yakını aile bireylerini desteklemekte, ortaya çıkan çaresizlik ve endişeyi azaltmaktadır (Yıldırım, Hacıhasanoğlu ve Karakurt, 2011).

Hasta ve yakınlarının uzun süre hastanede kalması onları alıştıkları ve yaşamlarını devam ettirdikleri ortamlarından izole ederek onları sosyal anlamda olumsuz olarak etkilemekte, hastalığın ölümcül veya kötü bir hastalık olarak görülmesi onları korku ve kaygıya sürükleyerek psikolojik olarak etkilemekte, uzun süren tedavinin maddi bir yük getirmesi de ekonomik olarak etkilemektedir. Bu süreçte hasta yakınları sosyal destek kaynağı olarak ilk başta eşi, arkadaşlarını ve aile yakınlarını görmektedir. Yakınlarından bu süreçte maddi ve manevi olarak destek alabilmektedirler. Bunların yanı sıra sosyal hizmet kuruluşları ve sosyal hizmet uzmanları da hasta ve hasta yakınlarına sosyal destek vermektedirler. Hastanelerde uygulanan tıbbi sosyal hizmet uygulamasıyla; hastanın tedaviyi kabul etmesi, hasta ve yakınlarının bu süreçte yaşadıkları kaygı düzeyinin azaltılması, stresin yönetilebilmesi ve hastalık nedeniyle ortaya çıkan sorunların çözülmesinde etkili rol oynamaktadır. Sosyal hizmet kuruluşları ve sosyal hizmet uzmanları hasta ve hasta yakınlarına sosyal destek vermektedirler. Tıbbi sosyal hizmet, ayaktan veya yatarak tıbbi tedavi gören bireylerin, hem fiziki, hem psikolojik hem de sosyal yönden bütüncül bir tedavi almalarına, sosyal hizmetin bilgi, beceri ve değer temelleri aracılığıyla yardımcı olmaktadır. Tıbbi sosyal hizmet uzmanları, diğer sağlık profesyonelleri ile birlikte psikososyal destek hizmeti sağlamakta, hastaların tedavi sürecinde sosyal sağlıklarının iyileştirilmesi, sosyal işlevselliklerinin korunması, hasta ile aileleri arasındaki ilişkinin düzenlenmesi ve sosyo-ekonomik sorunlarının çözülmesi için görev almaktadır. Hastanelerde uygulanan tıbbi sosyal hizmet uygulamasıyla; hastanın tedaviyi kabul etmesi, hasta ve yakınlarının bu süreçte yaşadıkları stres faktörlerinin azaltılması ve hastalık

nedeniyle ortaya çıkan sorunların çözülmesinde etkili rol oynamaktadır (Özbesler, 2013; Tuncay ve Tekin, 2021)

Araştırmanın amacı

Bu çalışmanın amacı, Çocuk Hematoloji ve Onkoloji kliniklerinde 0-18 yaş aralığında kanser hastası olan çocuklara bakım veren bireylerin, hastalık sürecinde algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile yaşadıkları kaygı durumu arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki şu sorulara cevap aranmıştır;

-Hastaya bakım veren bireylerin öğrenim durumlarına göre sosyal destek düzeyleri arasında fark var mıdır?

-Hastaya bakım veren bireylerin çocuk sayılarına göre sosyal destek düzeyleri arasında fark var mıdır?

-Hastaya bakım veren bireylerin hastalık tanısı konulma sürelerine göre sosyal destek düzeyleri arasında fark var mıdır?

-Hastaya bakım veren bireylerin medeni durumlarına göre sosyal destek düzeyleri arasında fark var mıdır?

-Hastaya bakım veren bireylerin cinsiyetlerine göre sosyal destek düzeyleri arasında fark var mıdır?

-Hastaya bakım veren bireylerin yaşlarına göre sosyal destek düzeyleri arasında fark var mıdır?

-Hastaya bakım veren kişinin ailesinden algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile kişinin kaygı durumu arasında ilişki var mıdır?

-Hastaya bakım veren kişinin arkadaşlarından algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile kişinin kaygı durumu arasında ilişki var mıdır?

-Hastaya bakım veren kişinin ailesi ve arkadaşı dışında algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile kişinin kaygı durumu arasında bir ilişki var mıdır?

Araştırmanın önemi

Kanser hastalıkları insan sağlığını tehdit eden en önemli hastalıklardan birisi olarak görülmektedir. Her yıl çok sayıda çocuğa da kanser teşhisi konulmaktadır ve bu sayı giderek artmaktadır. Kan, kemik iliği ve lenf bezinde ortaya çıkan lösemi, lenfoma ve multiple myeloma hematolojik kanserler grubuna girmekte ve hematoloji alanında tedavi edilmekte, diğer kanser türleri ise onkoloji alanında tedavi edilmektedir. Çocuklar her iki alanda da cerrahi, kemoterapi ve radyasyon gibi çok sayıda akut ve uzun dönem yan etkileri olan tedavilere maruz kalmaktadır. Bu tedaviler sırasındaki acı veren işlemler ve hastaneye yatış çocuklar ve bakım verenleri için önemli stres faktörleridir (Robinson, Gerhardt, Vannatta ve Noll, 2007). Görülme sıklığı sürekli artan bir hastalık olan kanser, hasta olan bireyi sadece biyolojik olarak değil, sosyal ve psikolojik olarak da etkilemektedir. Hastalık sadece hasta olan kişileri değil aynı zamanda hastaya bakım verenleri ve ailesini de etkilemektedir. Hastaya bakım verme sorumluluğunun artmasının uzun sürmesi nedeniyle bakım vereni psikolojik ve fiziksel olarak olumsuz olarak etkilemektedir (Atagün, Balaban, Atagün, Elagöz ve Yılmaz Özpolat, 2011). Hastalarına bakım veren bireyler ailelerinin, arkadaşlarının ve çevresindekilerin sosyal, duygusal ve ekonomik desteğine ihtiyaç duymaktadır. Sosyal desteğin artmasıyla depresyon riski düşmekte ve yaşam doyumu artmaktadır (Dökmen, 2012). Literatür taramasında hasta yakınlarının çevrelerinden algıladıkları sosyal desteğin yaşadıkları kaygı durumu üzerine etkisiyle ilgili yeterli sayıda çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmayla ilgili ulusal literatür açısından bir eksiklik giderilmeye çalışılacaktır. Elde edilen bulgular doğrultusunda; hasta, hasta yakınları ve tedavi ekibine önerilerde bulunulup farkındalık sağlanarak, hastaların yaşam standartlarını yükseltmelerine ve kaygıyı azaltmada bilinçlendirmelerine katkı sağlanması açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Sınırlılıklar

Bu araştırma 1 Ekim 2023- 31 Mayıs 2024 tarihleri arasında araştırmacı tarafından belirlenen veri toplama araçlarının uygulandığı Ankara ilinde bir üniversite hastanesinin hematoloji ve onkoloji kliniklerinde tedavi gören çocukların yakınları ile sınırlıdır.

-Hasta Yakını Bilgi Formu ile sınırlıdır.

-Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile sınırlıdır.

-Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri ile sınırlıdır.



2. KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Kanserin Tanımı ve Önemi

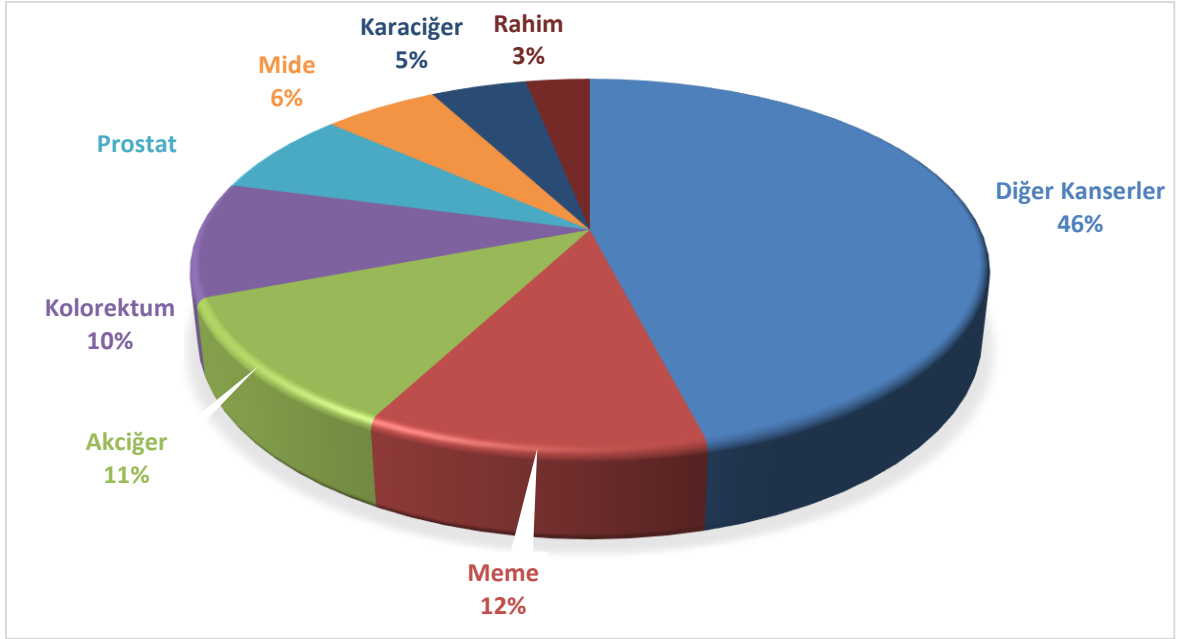
Kanser, vücuttaki bazı hücrelerin normal büyüme düzenini kaybederek kontrolsüz bir şekilde çoğalabildiği ve vücudun herhangi bir yerini etkileyebilen geniş bir hastalık kategorisini tanımlar (National Cancer Institute [NCI], 2021; World Health Organization [WHO], 2022).

Kanser yerine kötü huylu (malign) tümör ve neoplazm kullanılabilen diğer terimlerdir. Kanser dokuları istila ederek yakındaki dokulara yayılmakta ve vücutta bulunan diğer organlara ulaşarak yeni anormal hücreler oluşturmaktadır (NCI, 2021). Bu süreç metastaz olarak isimlendirilir. Yaygın metastazlar ise kanserden sonra ölümlerin başlıca nedenidir (WHO, 2024). Kanser, hücrelerin kontrolsüz şekilde çoğalmasıdır. Yaşanan bu çoğalma da yapısal ve işlevsel olarak normal hücrelere göre değişiklikler oluşmaktadır. Bazıları normal hücrelerin yaptığı işlevleri yerine getiremezken bazıları normalde olmayan yeni işlevler oluşturmaya başlayanlardır. Normal olmayan bir hızda çoğalan hücreler çoğaldıkları doku ve hücreleri işgal ederek görevlerini yerine getirmelerini engellemektedir. Kanser hastalıkları isimlerini etkiledikleri doku ve organlara göre almaktadır. (Kutluk ve Kars, 1992). 2018'de kanser hastalığı tahmini olarak 9,6 milyon ölüme yani 6 ölümden 1'ine neden olan, dünya çapında önde gelen bir ölüm nedenidir (WHO, 2022: 17-21).

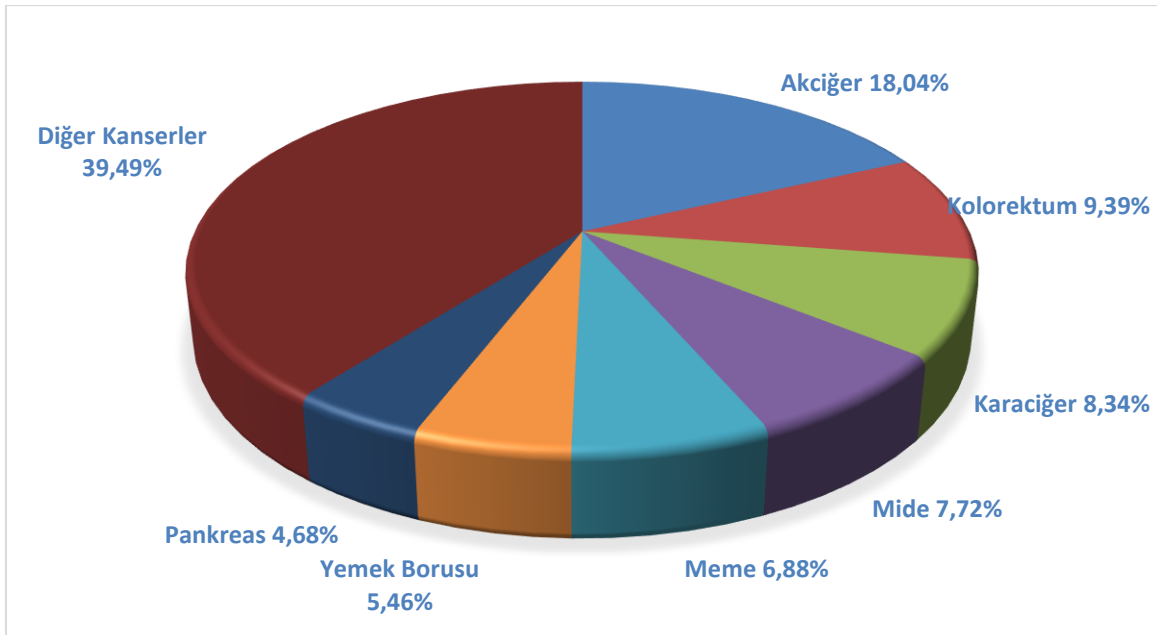
Ölüm oranlarının yüksek olması kanser hastalığının önemini arttırmaktadır. Kanser hastalığının görülme ve ölüm oranlarının yüksek olmasıyla birlikte tedavisinin uzun sürmesi ve pahalı olması da sosyo-ekonomik sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Duyan, 2022).

IARC Küresel Kanser Gözlemevi'nin bir parçası olan GLOBOCAN (2020) 185 ülkede 36 tane kanser türü için yaşam kaybı ve sıklık oranı tahminleri için veri sağlamaktadır. Verilere göre 2020 yılında 19,3 milyon yeni kanser teşhisi konulduğu ve 10 milyon kanser nedenli hayat kaybının yaşandığı bildirildi. Dünya genelinde ise kanser vakası teşhisi konulduktan sonraki beş yıl içinde hayatta olan toplam kanser hastası sayısının (5 yıllık prevalans) 50,6 milyon olduğu tespit edilmiştir. 2040 yılına kadar kanser hastalığının vaka sayısının %47'0 oranında artacağını öngörmektedir (Bray ve diğerleri, 2018).

Dünyada en çok görülen beş kanser türü akciğer, meme, kolorektal, prostat ve mide şeklinde iken; kanser nedeniyle olan ölümlerde en yaygın görülenleri akciğer, kolorektal, mide, karaciğer ve meme olarak sıralanmaktadır. Dünyada erkeklerde en sık görülen ilk beş kanser türü akciğer, prostat, kolorektal, mide, karaciğer kanseri iken kadınlarda meme, kolorektal, akciğer, uterus serviksi, tiroid kanseri olarak sıralanmaktadır (IARC, 2023).



Şekil 2.1. 2020'de dünya çapında her yaşta ve her iki cinsiyette yeni vaka sayısı (IARC, 2023)



Şekil 2.2. 2020'de dünya çapında her yaşta ve her iki cinsiyette kansere bağlı ölüm sayıları (IARC, 2023)

TÜİK (2018) verilerinde, ülkemizde kanserin dolaşım sistemi hastalıklarından sonra 2. sırada yer aldığı ve beş ölümden birinin kanser olduğu belirtilmiştir (TÜİK,2018).

Kanserden korunma yöntemleri ile ilgili yapılan çalışmalar ile tedaviden alınan olumlu sonuçlar ve erken tanı yöntemleri artmıştır. Kanser çeşitlerinden bazılarında beklenen yaşam süresi uzamakta veya iyileştirilebilmesi mümkün olmakta ancak yine de kanser korkulan ve ölümlle bir görülen bir hastalık olarak devam etmektedir (Atıcı, 2017).

2.2. Kanser Nedenleri

Kanserde en çok araştırılan konulardan birisi de kanserin nedenleri olmuştur. Kanserinin nedeni tam olarak anlaşılmamakla birlikte son yıllarda yapılan bazı bulgulara kanser vakalarının çoğunun çevresel nedenlerle ortaya çıktığı düşünülmekle birlikte genetik faktörlerinde rol oynadığı düşünülmektedir. (ACS, 2019).

Kanser vakalarının ortaya çıkışında çevrenin %90-95.0 etkisi olmakta, genetik bozuklukların ise %5-10 etkisi olmaktadır. Kansere bağlı ölümlerde yaşam tarzı faktörleri arasında tütün kullanımı, diyet (kırmızı et, kızarmış yiyecekler), güneşe maruz kalma, alkol kullanımı, enfeksiyonlar, çevresel kirleticiler, obezite, stres, fiziksel hareketsizlik yer almaktadır (Anand ve diğerleri, 2008). Kanserinin başlıca nedenleri literatürde iyonize radyasyon, ultraviyole ışınlar, hava kirliliği, kimyasal karsinogenler, beslenme faktörleri, sigara, alkol, virüsler ve genetik faktörler olarak belirtilmektedir.

2.2.1. İyonize radyasyon

İyonlaştırıcı radyasyona maruz kalmak bazı solid tümörler ve lösemi gibi çeşitli malignite çeşitlerinin riskini artırır (WHO, 2024). İyonize radyasyona maruz kalmak (nükleer bomba, nükleer santraller vb. gibi) akciğer, kemik, lösemi, tiroid, multiple myeloma, meme ve diğer doku kanserlerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Eti Aslan, Olgun, Uzun ve Uslu, 2014: 183-209).

2.2.2. Ultraviyole ışınları

Ultraviyole ışınları (UI) bronzlaşma yatakları, güneş ışınları ve kaynak fenerleri gibi insan yapımı kaynaklardan ortaya çıkan elektromanyetik radyasyon şeklidir. Bu ışınlar DNA'ya

zarar verebilmekte ve cilt kanserinin oluşumuna neden olmaktadır (American Cancer Society[ACS], t.y.). Ultraviyole radyasyon cilt kanserlerinin çoğunluğuna neden olmaktadır. Keratinosit cilt kanserleri (bazal hücreli ve kutanöz skuamöz hücreli karsinomlar) dünya genelinde her yıl 13 milyondan fazla vakayla en yaygın kanserlerdir. Nadiren ölümcül olsa da cilt kanserleri ciddi morbidite ve çoğu yüzde meydana geldiği için kozmetik kaygılara neden olur (ACS, 2014).

2.2.3. Hava kirliliği

Hava kirliliğinden dolayı her yıl akciğer kanseri ve diğer hastalıklar yüzünden 6-8 milyon insan ölmektedir. Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) dış mekân hava kirliliğini ve dış mekandaki havada bulunan partikül maddeleri bilinen insan kanserojenleri olarak sınıflandırmıştır. Özellikle sosyo-ekonomik düzeyi düşük ve orta gelirli ülkelerde dış hava kirliliği yüksek olduğu, sosyo-ekonomik düzeyi düşük ve orta gelirli ülkelerde katı olan odun kömür gibi yakıtların kullanılmasından kaynaklanan iç mekân hava kirliliği her yıl yaklaşık olarak 285.000 akciğer kanseri dahil olmak üzere yaklaşık 3,8 milyon ölüme sebep olduğu ifade tespit edilmiştir (ACS, 2014).

2.2.4. Kimyasal karsinojenler

Kanser hastalığı oluşturma riskini artırabilecek çok sayıda kimyasal madde su, ilaç, hava, tütün, yiyecekler, alkolde bulunabilmektedir (Can, 2017: 367-399). Bazı mesleklerde çalışanlarda veya asbest, kemoterapi ilaçları, arsenik vb. maddelere uğrayan bireylerde kansere yakalanma riskinin arttığı ifade edilmektedir (Usta Yeşilbakan, 2015: 280-399).

2.2.5. Beslenme faktörleri

Beslenmek; karın doyurmak, açlık duygusunu bastırmak ya da canın çektiği şeyleri içmek ya da yemek değildir. Beslenme yaşam kalitesini arttırmak, geliştirmek ve korumak için vücudun ihtiyacı olan yağ, protein, karbonhidrat, vitamin ve mineral gibi besinlerin uygun zamanda, yeterli miktarda ve bilinçli bir şekilde alınmasıdır (Sağlığım: Halk Sağlığına Yönelik Bilgiler, t.y.). Beslenme alışkanlıkları sanayileşme, kentleşme, küreselleşme ve çalışma standartları gibi etkilere günümüzde hızlı bir şekilde değişime uğramaktadır. İşlenmiş olan gıdalara daha kolay erişebilir olmak geleneksel beslenme alışkanlıklarını

etkilemiştir. Yemeye ayrılan sürenin azalması hazır ve hızlı olan yemek kültürünü öne çıkarmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü [HSGM], 2021: 262). Gıda ve Tarım Örgütü (FAO) raporunda dünya genelinde ülkelerde farklı seviyelerde yetersiz beslenme, obezite ve mikro besin eksiklikleri gibi problemler görüldüğünü belirtmiştir (FAO, IARC, UNICEF, WFP ve WHO, 2021). Tüm kanser hastalıklarının neredeyse 1/3'ünün ortaya çıkmasında beslenmeyle ilgili alışkanlıklar yer almaktadır (WHO, 2002). Doğal besin bileşenleri normal koşullarda kanser hastalığını başlatıcı özellik göstermezken, yiyeceklerin bozulmasını önlemek için alınan önlemler veya pişirme yöntemleri sonucunda kanser oluşumuna neden olabilecek bazı maddeler oluşmaktadır. Tarımda zararlı organizmaların zararlarını azaltmak, kontrol altına almak veya engellemek için kullanılan pestisitler ile kanser arasında kesin bir bağ kurulamazken pestisite maruz kalan tarım işçilerinde mesane ve kolon kanseri riskinin yaklaşık 2 kat arttığına dair bilgiler mevcuttur (HSGM, 2021: 262). Obez ve aşırı kilolu olmak meme kanseri (menopoza girmiş kadınlar arasında), endometriyal kanser (rahim zarındaki kanser), kolon ve rektum kanseri, böbrek kanseri, yemek borusu kanseri, yumurtalık kanseri, karaciğer kanseri, mide kanseri, pankreas kanseri, menenjiyom (beyin ve omurilik zarının tümörü), tiroid kanseri, multipil myeloma dahil olmak üzere çeşitli kanser türlerinin artan riskiyle bağlantılıdır. Kilo kaybıyla bazı kanserlerinde riski azaltılabilmektedir. Sağlıklı bir beslenme kanser hastalığı riskini azaltabileceği gibi, sağlıklı bir beslenme alışkanlığı ile de besin değeri yüksek besinler, lifli ve tam tahıllı besinler tüketmenin, şekerli ve yüksek kalorili, işlenmiş gıdalardan uzak durmanın ve tuz kullanımını sınırlandırmanın kanserden engelleyebileceği ifade edilmektedir (Rock ve diğerleri, 2020).

2.2.6. Sigara

Dünya çapında önlenebilir kanserlerin önde gelenlerinden birisi tütün kullanımıdır (ACS, 2019). Raporlara göre sigara dumanı 5000'den fazla kimyasal içermekte ve bunlardan en az 70 adeti kansere neden olabilmektedir. Sigara içildiğinde zararlı kimyasallar akciğerlere girerek tüm vücudu etkilerler (Cancer Research UK [CRUK], 2023). Sigara dumanındaki kimyasallar hücrelerin DNA'sına zarar vermekte veya değiştirmektedir. DNA zarar gördüğünde kontrolsüz bir hücre büyümesi başlar ve kanser oluşturabilir (U.S. Department of Health and Human Services [HHS], 2014). Dünya çapında tahmini yaklaşık 1,3 milyar insan tütün kullanmaktadır. Çoğu kişi esas olarak üretilmiş veya elle sarılmış sigaraları kullanırken bir kısmı da nargile, pipo, puro ve e-sigara gibi diğer tütsülenmiş tütün ürünleri

ile çiğneme tütün, enfiye gibi dumansız tütün ürünleri kullanmaktadırlar. Pipo ve puro içmek, ağız boşluğu, yutak kanseri, alt yutak kanseri, gırtlak ve yemek borusu dahil olmak üzere akciğer ve üst solunum-sindirim sistemi kanserlerine neden olmaktadır. Füme tütün ürünleri ise kanserden çok damar ve solunum yolu hastalıklarından kaynaklanan ölümlere neden olmaktadır (ACS, 2019). Tüm dünya çapında akciğer kanseri ölümlerinin yaklaşık üçte ikisinin sigara nedeniyle olduğu tahmin edilmektedir. 2020 yılında yaklaşık 2,2 milyon yeni akciğer kanseri vakası ve 1,8 milyon akciğer kanserinden dolayı ölümler meydana gelmiştir. Akciğer kanseri dünya genelinde erkeklerde kansere bağlı ölümlerde önde gelen nedendir ve meme kanserinden sonra kadınlarda ikinci önde gelen nedendir (Hecht ve Hatsukami, 2022).

Pasif sigara içiciliği sigara içen bir başkasının tütün dumanını solumaktır. Pasif içicilik zararlıdır ve sigara içmekle aynı sağlık etkilerine neden olabilmektedir (CRUK, 2023).

Sigara kullanımı kanser tedavisini de etkileyebilmektedir. Sigarayı bırakmak kanser hastalarının prognozunu (görünümünü) iyileştirir. Hastalık teşhisi konulduktan sonra, sigara içmeye devam eden hastalarda, sigara içmeyenlere göre tütünle ilgili bir kansere tekrar yakalanma ve ölüm olasılığının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (HHS, 2014).

2.2.7. Alkol

IARC alkol içeren içecekleri 1988’de kanserojen olarak sınıflandırmıştır. 2020 yılında dünya genelinde 740.000’den fazla kanser vakası, alkollü içeceklerin tüketilmesinden kaynaklanmakta bu ise dünyadaki kanserlerin yaklaşık %4.0’üne denk gelmektedir (Rumgay ve diğerleri, 2021). Alkol tüketimi ağız boşluğu, yutak, gırtlak ve yemek borusu, kolon, karaciğer, rektum ve kadın meme kanserleriyle bağlantılıdır. Günde bir veya iki tane alkollü içki kullanmaya eşdeğer olan hafif ve orta dereceli içmenin 2020 yılında 100.000’den fazla kanser hastalığının sorumlusu olduğu tahmin edilmektedir (Rumgay ve diğerleri, 2021). Kanser üzerinde her türlü alkollü içecek benzer bir etkiye sahiptir, önemli olan tüketilen alkolün miktarıdır. Ancak alkolün tüketim eşiği olmadığı için az miktarda alınan alkol de bazı kanser risklerini arttırabilmektedir (World Cancer Research Fund [WCRF], t.y.)

2.2.8. Virüsler

Dünya çapında 2018 yılında ortaya çıkan enfeksiyon vakalarının %13.0'ü yaklaşık 2,2 milyon kanser vakasına neden olmaktadır. Kronik bazı enfeksiyonlar kanserler için risk faktörü oluşturmaktadır. IARC grup 1 kanserojen olarak sınıflandırılan 11 bulaşıcı patojenden, en önemli dört tanesinin *Helicobacter pylori*, hepatit B virüsü (HBV), hepatit C virüsü (HCV) ve yüksek riskli insan papilloma virüsü (HPV) olduğunu göstermektedir (de Martel, Georges, Bray, Ferlay ve Clifford, 2020).

Herpes simpleks virüsü, penil ve servikal kanserlere neden olabilirken, sitomegalo virüsü (cytomegalovirüs) kaposi sarkomu ve kolon kanserine, Epstein-Barr virüsü burkit lenfomaya neden olabilmekte, HIV (Human Immunodeficiency Virus) lenfoma ve kaposi sarkomu gelişimine neden olabilmektedir (Can, 2017: 367-399).

2.2.9. Genetik faktörler

Kanser oluşumunda genetik yapının yatkın olması yeterli değildir ancak ortaya çıkmasında yardımcı bir faktör olabildiği, nedeninin; aynı çevreyi paylaşma, genetik yapı, yaşam biçimi gibi faktörler olabileceği belirtilmektedir. Gençlik, çocukluk kanserlerinde neredeyse %5.0-%10.0'unda genetik yatkınlık olabildiği görülmektedir (Eti Aslan ve diğerleri, 2014: 183-209). Akciğer, prostat, meme, yumurtalık, kolon kanserinin genetik olarak ilişkili olduğu saptanmıştır (Usta Yeşilbakan, 2015: 280-399). BRCA1 (Breast Cancer Susceptibility) ve BRCA2 genlerinde ortaya çıkan kırıklar jinekolojik ve meme kanserlerin, MLH1 (Human Mutl Humolog 1 geni)'de oluşan değişiklikler de kolon kanserinin ortaya çıkmasında etkili olabilmektedir (Can, 2017: 367-399).

2.3. Kanser Belirtileri

Vücudun herhangi bir yerinde kalınlaşma veya şişlik, dinlenmeyle geçmeyen yorgunluk, yeme sorunları, nedeni bilinmeyen ve geçmeyen sürekli ağrı durumu, iyileşmeyen yaralar, ses kısıklığı veya geçmeyen öksürük, işitme ve görme sorunları, yutmada zorluk, ateş ve gece terlemesi, yemek yedikten sonra rahatsızlık, kabızlık veya ishal gibi bağırsak veya mesane alışkanlıklarındaki değişiklikler, olağandışı kanama veya akıntı, bilinmeyen bir

nedenle kilo kaybı ve alımı, baş ağrısı gibi durumlar kanserin belirtileri olarak ifade edilmektedir (ACS, 2019).

2.4. Kanserden Korunma

Kanserin oluşumunda genetik yapı etkili olsa da tüm kanserlerin %70.0-80.0'ine çevresel faktörlerin etkili olduğu, bu nedenle kanser oluşumunu destekleyen maddelere karşı önlemlerin alınmasının yararlı olacağı belirtilmektedir. Bu faktörlerle temasın azalmasıyla kanser sıklığında azalma gözlenebilmektedir. Bilinen kanser yapıcı maddelerden korunmayı amaçlayan çalışmalar 'birincil koruma' olarak isimlendirilirken, diğer yöntemler ise kanserin erken tanısı ve tedavisine yönelik çalışmalar olarak belirtilmektedir (Kutluk ve Kars, 1992).

2.4.1. Birincil; primer korunma

Birincil; primer korunmanın amacı, temel karsinojenik oluşumların neden olduğu çeşitli faktörlerin başlamasını veya gelişmesini önlemektir. Kanserine ortaya çıkmasına sebep olan ve kontrol edilebilen risk etkenlerinden korunmayı sağlayan yöntemlerdir (Eti Aslan ve diğerleri, 2014: 183-209).

- Alkol alımını azaltmak veya sonlandırmak,
- Fiziksel sporların düzenli olarak yapılması,
- Hazır gıdaların tüketilmemesi ve bütün besin maddelerinin yer aldığı dengeli bir şekilde beslenmenin sağlanması,
- Sigara ve tütün kullanımasını önlemek veya sigarayı bırakmayı sağlamak,
- Aşılama yapılması,
- Ailesinde kanser hastalığı öyküsü bulunan kişiler düzenli olarak genetik taramalar yaptırmalıdır (Can, 2017: 367-399).

2.4.2. İkincil; sekonder korunma

İkincil; sekonder korunma da ise kanserin oluşumunda %70.0-80.0'ine çevresel faktörlerin etkili olduğu, bu nedenle kanser oluşumunu destekleyen maddelere karşı önlemlerin alınması yararlı olabilmektedir. Bu faktörlerle temasın azalmasıyla kanser sıklığında azalma gözlenebilir. Bilinen kanser yapıcı maddelerden korunmayı amaçlayan çalışmalar 'birincil koruma' olarak isimlendirilirken, diğer yöntemler ise kanserin erken tanısı ve tedavisine yönelik çalışmalar olarak ifade edilmektedir(Eti Aslan ve diğerleri, 2014: 183-209). Kanser hastalığının bazı çeşitlerinde belirli sürelerle taramalar yapılması önerilmektedir (Can, 2017: 367-399)

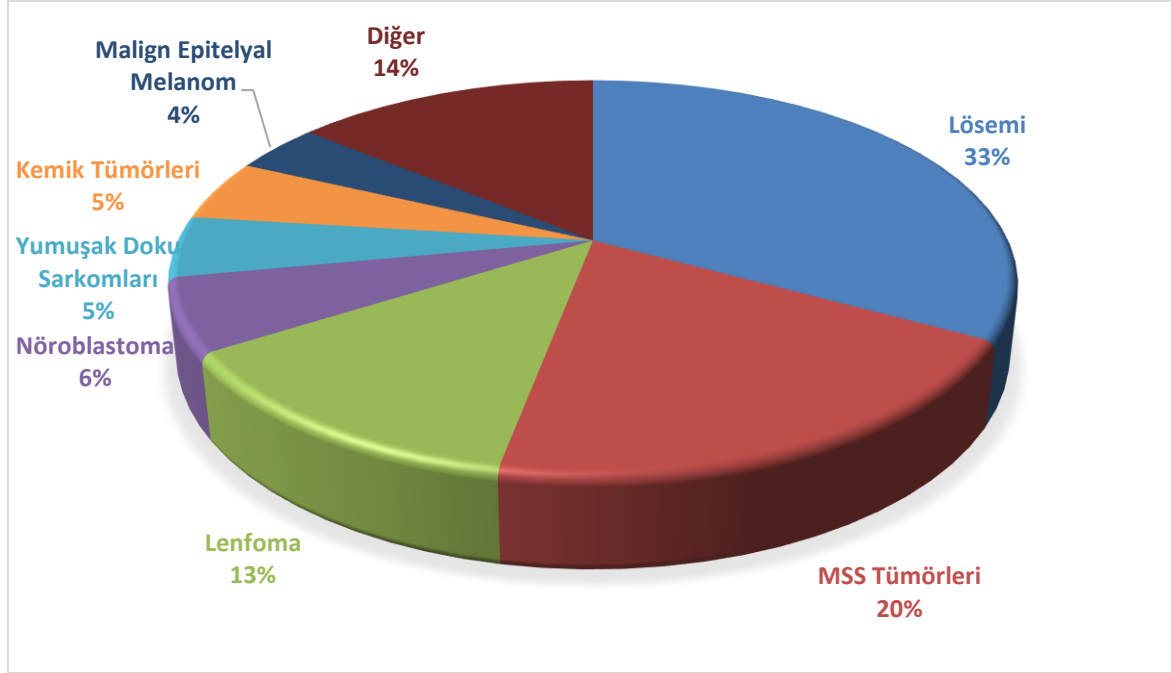
2.4.3. Üçüncül; tersiyer korunma

Üçüncül; tersiyer korunmada da hastanın ortaya çıkmış olan fonksiyonel bozukluklarını azaltılmasının ve rehabilitasyon almasının hedeflenmesidir (Eti Aslan ve diğerleri, 2014: 183-209).

2.5. Kanser Çeşitleri

Kanser bulunduğu organın ismini almaktadır. Deri kanseri, baş, boyun kanserleri, akciğer kanseri, meme kanseri, sindirim sistemi kanserleri, kadın üreme organı kanserleri, böbrek, idrar torbası ve erkek üreme organları kanseri, lösemiler, lenfomalar, kemik ve yumuşak doku tümörleri, beyin tümörleri, çocukluk çağı kanserleri gibi türleri bulunmaktadır.

Çocukluk Çağı Kanserleri: Tüm kanser vakalarının %1,2'sini ve tüm kanser hastalığından ölümlerin %1.0'ini çocukluk çağı kanserleri oluşturmaktadır. Türkiye'de her yıl yaklaşık 175.000 kişiye kanser hastalığı teşhisi konulmakta iken, bu teşhislerden neredeyse 2800'i çocukluk yaşlarında görülen kanserlerdir (%1,5). Çocukluk çağı kanserlerinin, en yaygın çeşitleri lenfoma, lösemi, nöroblastoma, beyin kanserleri ve Wilms tümörleri gibi katı tümörlerdir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016).



Şekil 2.3. 0-14 yaş gruplarındaki çocuklarda görülen kanserlerin bu grup içindeki yüzde dağılımları (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016).

Çocuklarda ülkemizde yılda 1000 çocukta teşhis edilen lösemiler en yaygın görülen kanser türü olmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016). Çocukluk çağı lösemisi çeşitli tipleri içermektedir. Akut lenfoblastik lösemi (ALL) vakaların %75.0'ini oluştururken, akut miyeloid lösemi (AML) onu takip eder. Çocukluk çağı lösemisinin kesin nedenleri tam olarak bilinmemekle birlikte bağışıklık sisteminin düzensizliği, kalıtsal faktörler, çeşitli kimyasallara maruz kalma ve bağışıklık sisteminin zayıflaması gibi faktörlerin riski arttırabildiği, çoğu lösemili çocukta herhangi bilinen bir risk faktörü bulunmadığı ifade edilmektedir (ACS, 2019).

Yetişkin hastalarda ortaya çıkan kanserden farklı olarak çocukluk çağı kanserlerinin çoğunun sebebi bilinmemektedir. Çocukluk çağı kanserlerinin ortaya çıkmasına neden olan faktörleri belirlemek için birçok araştırma yapılmış olsa da çocuklarda görülen kanserlerin az bir kısmı çevresel faktörlerle veya yaşam tarzı ilişkilendirilebilir. Dünya genelinde her yıl neredeyse 400.000 çocuğun (0-19 yaş arası) kanser hastalığına yakalandığı tahmin edilmektedir. Kanser hastası olan çocuklardan yaklaşık 10'undan 9'unun, genel olarak tedavinin karşılanamadığı veya mevcut olmadığı sosyo-ekonomik düzeyi düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşadığı belirtilmektedir (WHO, 2022).

2.6. Kanser Hastalığında Bakım ve Bakım Veren Kavramı

Kanser hastalığı, hastaların vücut fonksiyonlarını yavaşlatmakta veya işlevsiz bir hale getirmektedir. Kanser doğrudan ya da dolaylı olarak çok fazla insanı etkileyen majör bir hastalıktır. Hastanın fiziksel işlevleriyle birlikte çevresel ve ruhsal koordinasyonu olumsuz olarak etkilenmektedir. Kanser hastası bireyler bu nedenle psikolojik, fiziksel, çevresel ve sosyal etkenlerle tek başına mücadele ederken zorlanmaktadır. Böylece sadece tanıyı alan kişinin sorunu olmaktan çıkıp tüm aileyi ilgilendiren bir problem haline gelmektedir. Bireyler kendi gündelik ihtiyaçlarını giderirken hastalığın tedavisine yönelik olarak başka bir bireyin desteğine ve bakımına ihtiyaç hissetmektedir. Bu desteği ise öncelikle yakın çevresi olan çocukları, eşi, ebeveynleri gibi birinci derece akraba ve sosyal çevresinden almaktadır (Öner ve Yılmaz Karabulutlu, 2023).

2.6.1. Bakım yükü

Hastalık olarak kanser tedavisi uzun ve yorucu bir süreçtir. Sıklıkla hem ayaktan hem de yatarak hastanede tedavi gerektiren işlemler içerir. Her tedavi aşaması sonrasında hastanın günlük yaşamını etkileyen çeşitli yan etkiler ortaya çıkar. Bunların hafifletilmesi veya yok edilmesi için hasta, sürekli olarak hasta bakım ya da hemşirelik hizmetlerine ihtiyaç duyar. Bu bağlamda, kanser hastalığı, evde bakım ile hastane tedavisi uyumlu bir şekilde yürütülmesi gereken uzun süreç olarak görülür.

Timur ve diğerleri (2021), bakım yükünü; bakım verenin hastasının teşhis, tedavi ve yas sürecinde sorumluluk aldığı mali ihtiyaçlar ve biyopsikososyal unsurların birleşiminden kaynaklanan baskıların toplamı olarak tanımlamaktadır. Bakım yükü, hastalığın ilk teşhisinden başlayarak zamanla artarak devam eder. Bu yük, mali sorunlar, psikolojik sorunlar, sosyal uyumsuzluklar, bedensel sağlık sorunları ve kontrol kaybı gibi soyut ve somut boyutları içerir. Bakım verenin psikolojik dayanıklılığını kırmadan önce, bu unsurlarla başa çıkma kapasitesini artırmak için gerekli psikososyal destek sağlanmalıdır.

Girgis, Lambert, Johnson, Walker ve Currow (2013), bakım yükünü; bakım süreci boyunca bakım verenlerin, sosyal, psikolojik, mali ve fiziksel durumlarının, bakım vermeye başladıkları noktaya göre hissettikleri zararın derecesi olarak tanımlar. Bakım vermenin

bakım verenlerin refahı üstünde önemli bir etkisi olmasına rağmen, çoğunlukla ihtiyaçları hastanın ihtiyaçlarına göre ikincil kabul edilir ya da göz ardı edilir.

Yeşil, Çetinkaya Ulusoy ve Korkmaz (2016), bakım yükünün ruhsal ve fiziksel açıdan mücadele zorluğuna, yaşam enerjisinde düşüşe ve zihinsel ve sosyal sağlıkta olumsuz etkilere neden olduğunu belirtmiştir. Bu bağlamda, hasta ve bakım verenlerin sosyal çevreleri içinde uyumlu olan, kişisel bakımlarına dikkat eden, sosyal işlevselliklerinin ve öz saygılarının farkında olan ve gerekli psikolojik desteği alabilen, duygusal durumlarını kontrol altında tutan kişilerin hastalıkla başa çıkma motivasyonlarının daha yüksek olacağını vurgulamaktadır. Bakım veren bireylerin yükünü etkileyen faktörler, bakım verenleri emosyonel yönde (huzursuzluk, benlik saygısında azalma, depresyon, sosyal izolasyon, uykusuzluk vs.), sosyal yönde (dinlendirici, eğlendirici, kendine bakma rolünde azalma ve boş zaman aktivitelerinin kısıtlanması vs.) ve ekonomik yönde (iş saatlerinin azaltılması, sosyal güvence ile karşılanmayan masrafların artı yük oluşturması, vs.) gibi olumsuz durumlara yol açmaktadır.

2.6.2. Bakım veren kavramı

Türk Dil Kurumu'na göre bakım, “birinin beslenme, giyinme gibi ihtiyaçlarını üstlenme ve yerine getirme işi, bireyin iyi durumda kalması ve iyi gelişmesi için verilen emek”, bakıcı ise “genellikle çocuk, hasta ve yaşlılara bakma işiyle görevli kimse” olarak ifade edilmektedir.

Ahn, Romo ve Campbell (2020) ileri evrede olan kanser hastalarının bakım veren yakınlarına yönelik olarak yapılmış araştırmaları inceleyerek yapmış olduğu derleme çalışmasında bakım veren kavramını, ölümle sonuçlanma ihtimali yüksek olan, tedavi seçeneği olmayan bir hastalığı olan hastalarla, yakın temas içinde olduğu çocuk, eş, ebeveyn, arkadaş ve akraba çevresi arasından kendisine hem psikolojik hem de fiziksel destek sağlayan kişi veya kişiler olarak tanımlamaktadır.

Matthews ve diğerleri (2020) bakım veren kavramını, hastaların yakınlarına psikososyal destek sağlanması amacıyla müdahale planının geliştirilmesi için ortaya konulan bir çalışmada; bir hastaya yaptığı devamlı ve sistemli destek ve bakım karşılığında hiçbir maddi

ücret talep etmeden hizmet gören, hastanın yakın çevresinden olan aile bireyi, arkadaşı veya komşusu olarak tanımlamaktadır.

Stenberg, Ruland ve Miaskowski, (2010) yaptıkları çalışmada, kanserli bireye bakım verme ve günlük yaşam sorumluluklarını; hastanın kişisel bakımı ve temizliğiyle ilgilenmek, ilaç, beslenme, egzersiz vb. gibi ihtiyaçlarını karşılamak ve takibini yapmak, fiziksel, duygusal ve tıbbi bakımı ile birebir olarak ilgilenmek, hastane ve kontrol randevularını organize etmek, ihtiyacı olan yerlere ulaşımı sağlamak, gerekli olan yardım kaynakları ile iletişim içinde olmak, evde ortaya çıkan ihtiyaçlarını görmek, hastalık semptomlarını yönetmek, aileyi motive etmek, hastaya bakım verirken diğer taraftan kendi bakım sorumluluğundaki aile üyelerinin de ihtiyaçlarını ve eksikliklerini karşılamaya çalışmak, kısıtlanmış olan sosyal yaşamın zorlukları ile mücadele etmek gibi görevler olduğunu bildirmişlerdir

2.6.3. Bakım verenlerin karşılaştıkları sorunlar

Kanser hastalığı, süreç olarak yoğun maddi ve manevi destek ve bakım ihtiyacı olan bir hastalıktır. Hastaya gösterilen bu destek ve bakım hastalığın tedavisini olumlu ya da olumsuz yönden etkilemekte hastalığın seyrini değiştirebilmektedir. Bu nedenle bakım veren kişilere büyük sorumluluklar düşmektedir. Kendi hayatları devam ederken hastaya karşı da görevleri bulunmaktadır. Bakım veren kişiler hastanın fiziksel ve psikososyal sorunları, zorlu olan tedavi süreci, hastanın bakımı ve günlük ihtiyaçlarının karşılanması ile kendi hayatına devam edebilmesi arasında sıkışmaktadır. Duygusal bağ içinde bulunduğu kişinin yaşadığı sıkıntılar ve sorumluklar kişiyi sosyal, fiziksel, psikolojik ve ekonomik olarak etkilemektedir. Hastalık süreci hastayla ilişkide olan kişileri yakınlık derecesine göre etkilemektedir. Hastalık teşhisi konulduktan sonra hasta ve yakınları hastalıktan kurtulmak üzere planlar yapmaya başlar. Hastanın sosyal rolü değişir. Hastada gerçekleşen bu rol değişimi çevresinde yakın ilişki içinde olduğu kişileri olumsuz olarak etkiler. Hastalık boyunca hasta olan kişiden sonra en fazla etkilenen kişi, bakım verme sorumluluğunu üstlenmiş olan yakınıdır. Bakım verme sorumluluğu hastanın bulunduğu aile üyeleri arasında paylaşılsa da asıl sorumluluk tek bireyin üstünde yoğunlaşmaktadır (Atagün ve diğerleri, 2011).

Matthews ve diğerleri (2020), yaptıkları bir çalışmada, bakım verenlerin, bakım sorumluluğunun beklenmedik ve ani bir şekilde ortaya çıkması nedeniyle hazırlıksız

olduklarını, hastaya uygulanan teşhis, tedavi ve bakım konuları hakkında bilgi sahibi olmadıklarını, beklenen davranış biçimleri ve bakım yöntemleri konusunda fikir sahibi olmadıklarını belirtmiştir. Bakım verenlerin psiko-sosyal ve fiziksel zorluklarının yanı sıra mali sorunları da çözülmesi gereken ihtiyaçlar arasındadır. Ortaya çıkan bu ihtiyaçların karşılanmaması, bakım veren kişileri ve hastaların yaşam kalitesini büyük ölçüde olumsuz etkileyebilmektedir.

Eskimez ve diğerleri (2021), kanser tedavisinde sıklıkla radyoterapi, kemoterapi ve cerrahi yöntemlerin kullanılmasından kaynaklı yorgunluk, bulantı, kusma, ağrı, anoreksiya, depresyon ve anksiyete gibi yan etkilerinden kaynaklanan bakım yükü, mali sorunlar ve sosyal ve aile ilişkilerinde yaşanan bozulmaların, hasta ile birlikte bakım veren kişilerin yaşam kalitesini de olumsuz etkilediği belirtilmiştir.

Bell ve diğerleri (2021) tarafından yapılan başka bir çalışmada bakım veren kişilerin ihtiyaçlarını “bakım verenin kendi refahını ve sağlığı korumaya yönelik olan talepleri, birden fazla sorumluluğu yönetmek, hasta bakımına ilişkin pratik bilgi ve eğitim desteği, sağlık sistemine yönelik talepler ve beklentiler” şeklinde dört tema altında belirlemiştir.

Aoun, Kristjanson, Currow ve Hudson (2005)’a göre, bakım veren kişilerin profesyonel bir destek almaları, hastanın bakımı ve tedavisi üzerinde olumlu etkileri olan bir bilinç düzeyine ulaşmalarını sağlayabilmektedir. Bu, bakım verenlerin, gerekli becerilere ve bilgiye sahip olmaları ve sağlık personeliyle etkili iletişim yöntemlerini kullanmaları halinde gerçekleşebilmektedir. Bu bilinç seviyesine eriştiklerinde, kendi sosyal ihtiyaçlarını ve öz bakımlarını göz ardı etmeden hastaya gereken desteği sağlayabilmektedir.

Stenberg ve diğerleri (2010) tarafından yapılan bir diğer yabancı kaynaklı çalışma da 192 makaleden yapılan literatür tarama çalışmasında bakım veren kişilerde 200 den fazla sosyal, psikolojik ve fiziksel sorunların var olduğu belirtilmiştir. Bu sorunlara ilişkin bilgiler bu bölümde 4 alt bölüm altında ayrıntılı bir şekilde incelemiştir.

Bakım verenlerin psikolojik sorunları

Kanser hastasına bakım veren kişiler, bir aile üyesinin ani ve beklenmedik bir şekilde kanser teşhisi almasıyla birlikte ayrılık, endişe, ölüm korkusu, belirsizlik gibi duygularla baş etmek

zorunda kalabilirler. Zamanla hastanın bakım sorumluluğu ve yaşamıyla ilgili endişeler arasında denge kurmaya çalışırken kaygı, stres, depresyon gibi psikolojik sorunlarla karşılaşabilirler. Ancak bakım yüküyle başa çıkma stratejileri geliştirildiğinde, bu psikolojik sorunların üstesinden gelmek ve bu sorunları aşabilmek mümkün olabilir. Bakım verenlerin psikolojisini etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. Bunlar arasında hastalığın seyriyle ilgili endişeler, kanser hastalığına dair eksik bilgi, hastanın yaşadığı psikolojik ve fiziksel sıkıntılar, destek kaynaklarına erişim sıkıntısı, ekonomik zorluklar, kişisel planların ve sorumlulukların ihlal edilmesi nedeniyle yaşanan stres, yeterli dinlenme zamanı bulamama, sosyal ilişkilerde bozulma gibi içsel ve dışsal etkenler yer almaktadır.

Stenberg ve diğerleri (2010)'nin yaptığı çalışmaya göre, bakım veren kişilerin yaşadıkları duygusal ve psikolojik sorunlar kategorisinde; korku, anksiyete, depresyon, umutsuzluk, güçsüzlük, çaresizlik, geleceğe dair korkular, kanserin yayılımı, genetik risk korkusu, hem hasta hem kendi sağlığı için endişe etmek, hastayı kaybetme korkusu, hastalığın tekrarlaması ve nüks korkusu, aşırı zihinsel yorgunluk, hastanın fiziksel durumunun daha kötüye gitmesine dair kaygı ve korku, kızgınlık, hasta hakkındaki bilgilerin saklanması verdiği psikolojik yük, öngörülemeyen ve belirsiz durumlarla başa çıkma sorunları, karar aşamasında yalnızlık hissi, duygusal çatışmaları yönetmek ve dengelemekle ilgili sorunlar, evliliğin zarar görmesi, cinsellikle ilgili yaşanan sorunlar, doğurganlık ve üremeye ilişkin kaygılar gibi olumsuz duygusal problemler ortaya çıkabilmektedir.

Kanserin ailedeki üyeleri, üyelerin rol ve sorumluluklarını, üyeler arasındaki iletişimlerini ve aile içi dinamikleri etkileyen bir hastalık olması hastalığın ebeveynler üzerindeki psikolojik etkilerinin incelenmesini gerektirmiştir. Kanser hastalığı anne ve babalar için oldukça travmatik olan, yorgunluk, depresyon, yoğun korku, endişe, stres, uyku bozuklukları ve fiziksel semptomlar gibi psikolojik sıkıntılar yaşamalarına yol açmaktadır. Kanserli çocukların ebeveynleriyle yapılan kapsamlı bir araştırmada, ebeveynlerin %21-44.0'ünün ciddi düzeyde travma sonrası stres belirtileri gösterdiği ortaya çıkmıştır (Ljungman ve diğerleri, 2014). Yapılan başka bir çalışmada ebeveynlerin %36.6'sında DSM-5 (Ruh Hastalıkları Tanı ve İstatistik Kılavuzu-5) kriterlerine göre travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) olduğu tespit edilmiştir (Sharkey ve diğerleri, 2018).

Çocukluk çağı kanserleri ile ilgili yapılmış olan çalışmalar incelendiğinde ise çoğunlukla hastalığın çocuk ve ailesi üzerindeki olumsuz etkileri ile ilgili olmasına rağmen, çocuğun ve

ebeveynlerin üzerinde maneviyat ve kişilerarası iletişim, yaşamlarında anlam bulma gibi konularda olumlu etkilerinin de olabileceğini gösteren az da olsa yapılan çalışma bulunmaktadır (Hungerbuehler, Vollrath ve Landolt, 2011). Bulunan bu olumlu etkiler travma sonrası gelişim (TSG) ismiyle kavramsallaştırılarak, hastalığın oluşan olumsuz etkileri azaltmakta etkili olabileceğini, TSG'nin stresin yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkilerine karşı tampon görevi görebileceğini öne sürmektedir. Ayrıca literatürde hastalık ya da olumsuz yaşam olayları sonrasında kişilerin %40.0-90.0'ının TSG yaşadığı belirtilmektedir (Hullmann, Fedele, Molzon, Mayes ve Mullins, 2014).

Bakım verenlerin sosyal sorunları

Bireyler normal yaşamları içinde yaşamış oldukları iş hayatı, eğitim süreci, arkadaşlık ve akrabalık ilişkileri ile dengeli sosyal çevre içerisinde hayatlarını idame ettirmektedirler. Hastalık tanısıyla teşhisi alan kişi ve yakın çevresi yaşadıkları dönüm noktasıyla yeni bir sürece başlamaktadırlar. Bu süreçte hastalığın tedavisinin odak alındığı, hastanın evde ve hastanedeki bakımına göre mekan ve zamana paralel bir hayat süreci başlamaktadır. Hasta odaklı olan bu süreçte bakım veren kişinin aile, eğitim ve iş hayatı yaşanan değişiklikten olumsuz etkilenecek sosyal çevresinde yer alan kişilerle daha az görüşmekte veya hiç görüşmemektedir. Bu nedenle bakım veren kişinin yaşadığı sosyal ilişkiler bozulmakta ve kötüleşmektedir. Bakım veren kişi artık çevresiyle yeteri kadar zaman geçirememektedir. Kişilerin birlikte yaşadığı insanlarla yaşadığı sevinci ve kederi paylaşamaması, onlarla birlikte vakit geçirememesi ve artık sosyal faaliyetlere katılamaması zamanla bakım verenin diğer bireylere karşı yabancılaşmasına ve yalnız kalmasına neden olmaktadır. Bakım verenler, günlük yaşamlarında iletişim içinde oldukları sosyal çevreler ile sosyal bağlarının zayıflamasıyla sosyal sorunlar yaşamaktadırlar.

Stenberg ve diğerleri (2010) tarafından yapılan çalışmada, bakım verenlerde ortaya çıkan sosyal sorunları “eğitim ve iş hayatında zorunlu olan değişiklikler, aile üyeleri arasında oluşan rol çatışmaları, hastalığın bakımı ve tedavi süreçlerine ilişkin kaynaklara erişim yoksunluğu, hastalık izni ve tatil izni gibi bakım veren kişinin kendisi için gerektiği zamanlarda izin kullanamamak, kaçırılan fırsatlar, iş ve özel hayat ile hastalık bakımı arasında oluşan rol değişimindeki tutarsızlıklar ve rol çatışmaları, ekonomik zorluklar ve geçim problemleri, birikimlerin erimesi, tam zamanlı veya iş kaybı gibi gelir kayıpları, iş hayatında saygınlığın azalması, ödül veya terfi beklentilerinin zayıflaması, hasta ile bakım

veren arasında oluşan rol karmaşası ve iletişim sorunları, sağlık sisteminin zorlukları ile mücadele, yalnızlık, takdir edilmeme hissi, çevresel faktörlerle mücadele etmede güçsüzlük” şeklinde belirtilmiştir.

Bakım verenler genellikle anne, baba, eş veya çocuklardan oluşur. Bakım veren kişiler, hastalık sürecinde en çok zamanı hastalarıyla birlikte geçirirler. Bu nedenle bakım veren kişi ve hasta arasındaki etkileşim çift taraflı olarak etkilenebilir. Özveri ve karşılıklı bağımlılık göstermenin yanı sıra, yabancılaşma, uzaklaşma ve sadakatsizlik duyguları da ortaya çıkabilir. Hasta ve bakım veren kişi arasındaki yakınlığın derecesi ve kalitesi, iletişimin akışını belirleyen önemli bir etmendir (Dedeoğlu, 2023).

Çocukluk çağı kanserleri görülme oranı gün geçtikçe artmaktadır. Kanser tedavisindeki gelişmelere rağmen hastalığın birçok belirsizliği oluşturması ve ölümü çağrıştıran bir hastalık olması, sadece çocuğun yaşam tarzında değişikliklere değil aynı zamanda aile üyelerinin de tüm yaşamını derinden etkilemektedir (Lövgren, Udo, Alvariza ve Kreicbergs, 2020).

Kanser hastasına bakım verilmesinden dolayı bakım veren kişide olumlu duyguların da geliştiği belirtilmiştir. Bunlar; hasta ile birlikte geçirilen zamanla pozitif duyguların yeniden keşfedilmesine sağlanması ve sevgi bağına güçlendirmesi, aile içi yakınlaşmayı sağlaması, öz değerlerin farkına varılması, kaliteli zaman geçirilmesi, ilişkilerin güçlenmesi, bakım vermekten dolayı ortaya çıkan mutluluk, sosyal borçların geri ödenebilmesi şansı, dünyaya ait görüşün değişmesi veya anlam kazanması, ahlaki görevlerin yerine getirilmesindeki tatmin ve mutluluk hissi, benlik saygısının artması gibi olumlu duygusal sonuçlar da bildirilmiştir (Stenberg ve diğerleri, 2010).

Bakım verenlerin ekonomik sorunları

Kanser hastalığı, hastalığın şiddetine ve tedavi süresinin uzunluğuna göre değişen olağan dışı harcamaların gerçekleştiği bir hastalıktır. Kanser hastasına bakım veren kişiler genellikle çocuklar ve eşler olduğundan dolayı harcamalar aile bütçesinden karşılanmaktadır. Bu nedenle sürecin yürütülmesinde gerekli olan mali kaynaklar bakım verenin sorumluluğunda ve kontrolündedir. Ekonomik kaynak bulma kaygısı bakım verenler tarafından üstlenilmektedir (Beeler ve diğerleri, 2020).

Hastaya bakım vermek için harcanan süre, bakım veren kişi için önemli bir kaynaktır. Bakım vermek için geçirilen bu süre, gelir kayıpları ve iş gücü kaybı ile ortaya çıkan fırsatların kaçırılmasına sebep olmaktadır. Bu durum ekonomik kayıplara neden olmakta ve bakım vereni maddi güçlük içine düşürmektedir (Atagün ve diğerleri, 2011).

Hastalık süreci boyunca bakım veren kişiler sosyal güvenlik kapsamı dışında kalan tıbbi malzemeler, gıda takviyeleri gibi hastalığın tedavi ve bakım kalitesini arttırmak için gereken malzemeleri kendi ekonomik kaynaklarından karşılamaktadır. Hastaneye ulaşmak ve konaklama giderleri ve hastanın beklenti ve talepleri de bakım veren kişi üzerinde ekonomik bir yüke neden olmaktadır. Bakım veren kişiler hastanın günlük ihtiyaçları ve ev idaresi gibi harcamaların sorumluluğu de yürütmektedir. Ayrıca bakım vermeden dolayı ortaya çıkan gelir kayıpları ve iş gücü kaybı bakım veren kişinin birçok finansal problemle karşılaşmasına sebebiyet vermektedir (Bisht, Rawat, Sehar ve Reddy, 2023).

Kanser hastalığının tedavisinde yeni teknoloji ürünü olan akılcı tıbbi çözümler ve ilaçlar hastanın iyileşme sürecine olumlu katkı sağlamaktadır. Ortaya konan yeni tedavi metotlarıyla kanserli hücreler üzerinde doğrudan etkili olan akılcı ilaçların kullanımı, hastalığın yayılmasını engellemekte ve tedavi etkisini artırmaktadır. Bu durumda, yaşam süresi uzar ancak tedavi süreci de uzamaktadır. Bununla birlikte, yeni tedavi yöntemlerinin yüksek maliyetleri, hasta ve ailesi için karşılanamaz boyutlarda olabilir ve Ürek (2021) bunu "finansal toksisite" terimiyle açıklamaktadır. Finansal toksisite; hastalığın, hasta ve yakınlarının karşılayamadığı mali yüklerin tamamını içermektedir. Yaşam süresinin uzaması ve tedavi yöntemlerinin yüksek maliyetli olması ekonomik zorlukları daha belirgin hale getirmektedir. Toplumun dezavantajlı kesimlerinde finansal toksisitenin daha yaygın olarak görülmesi beklenmektedir. Bakım veren kişinin mali yükünü azaltmak ve hastanın ihtiyaçlarını karşılamak için sosyal desteklerin geniş kapsamda sunulması gerekmektedir.

Bakım verenlerin fiziki sorunları

Bakım veren kişilerin hasta bakımında evde ve hastane ortamında karşılaştığı sosyal, ekonomik ve psikolojik etkilerle beraber fiziki engellerle de karşılaşabilmektedir. Öner ve Karabulutlu (2023) yaptıkları bir çalışmada; kanser hastalarına bakım veren kişilerin %87.5'inin hastalara psikolojik destek olduklarını, %78'inin fiziki olarak hareket ettirme, hijyenik ihtiyaçlarını karşılamada destek olduklarını bulmuştur. Aynı çalışmada bakım

verenlerin yaşadıkları %45.9 oranı ile daha çok fiziki anlamada sorun yaşadıkları belirlenmiştir.

Stenberg ve diğerleri (2010) literatür taraması yaptıkları çalışmada, bakım verenler kişilerin yaşadığı fiziksel sağlık sorunlarını; baş, sırt ve bacaklarda ağrı, genel ağrı hissi, bitkinlik ve enerji kaybı, uykusuzluk ya da uyku kalitesinde bozulma, hazımsızlık, zayıflama, kabızlık, iştahsızlık ve güç kaybı olarak sıralamıştır. Teixeira, Applebaum, Bhaita ve Brandão (2018) yaptıkları çalışmada kanser hastasına bakım veren kişilerde uyku güçlükleri, yorgunluk, bağışıklık sistemi hastalıkları, hipofiz bezi düzensizlikleri, tansiyon hastalığı ve sinir sistemi hastalıkları gibi olumsuz fizyolojik değişikliklerin ortaya çıktığını belirtmiştir.

Sosyal, fiziksel, psikolojik ve ekonomik sorunlar ile engeller, bakım verenin stres seviyesini artırır ve ruh halini olumsuz yönde etkiler. Bakım verenin yaşadığı zorluklar, sadece fiziksel sağlığını değil, aynı zamanda ruh halini de olumsuz etkileyerek umutsuzluk, endişe, kaygı ve sıkıntı gibi duygularla birlikte mutsuzluğa neden olabilmektedir. Olumsuz ruh hali içindeki bakım verenin işlevselliği azalmakta, iletişimde problemler ve zorluklar yaşamaktadır. Bu noktada, bakım verenin savunma mekanizmalarının devreye girdiği, iç ve dış kaynakları kullanarak sorunlarla baş etmeye çalıştığı, her bireyin kişisel özellikleri ve çevresel destekleri kullanması gerektiği, stresi yönetebilme becerileri gibi durumların var olduğu belirtilmiştir (Hisli Şahin ve Durak, 1995).

2.7.Sosyal Destek

Bireylerin sorunlarla başa çıkmasına ilişkin çalışmalar gerçekleştiren araştırmacılar sıklıkla sosyal destek kavramından bahsetmişlerdir. Sosyal destek kavramı özellikle 1970’li yıllardan itibaren literatürde yer almaya başlamıştır. İlk olarak Kurt Lewin Alan Kuramı ve davranış tanımı ile sosyal desteğe kuramsal olarak yer vermiştir. Sosyal destek Cassel (1976), Cobb (1976) ve Caplan (1977)’in çalışmalarında yer aldıktan sonra literatürde yayılmaya başlamıştır (Chronister ve Johnson, 2006). Cassel (1976) sosyal destek ve sosyal çevrenin bireyin olumsuz durumlar ile başa çıkmasına değinmiştir. Cobb (1976) sosyal desteğin bireylere değer ve önem verildiğini, sevildiğini, saygı duyulduklarını ve bir sosyal ağa ait olduğunu hissettirdiğine vurgu yapmıştır. Caplan (1974) ise destek sistemlerine yer verdiği çalışmasında sosyal desteğe yer vermiş ve sosyal desteğin araçsal ve bilgisel destek sunabileceğinden bahsetmiştir. Bunun yanında sosyal desteğin bireyin günlük yaşam

olaylarına uyum sağlama ve sorunlar ile başa çıkma yeteneğini geliştirdiğinden, fiziki ve duygusal iyi oluş halini korumak için gerekli olduğundan bahsetmektedir. Chronister ve Johnson (2006) da yaptıkları çalışmada ise sosyal desteğin literatüre kazandırılması sonrasında çok sayıda alanda sosyal destek ile farklı olgular ile arasındaki ilişki incelenmiştir. Farklı alanlardan araştırmacılar sosyal destek ile sağlık, refah ve başa çıkma gibi çeşitli olgular arasında olumlu ilişki olduğu belirtilmiştir.

Berterö sosyal desteği insanları kaygının olumsuz etkilerinden koruyan mekanizmalar olarak tanımlamaktadır (Işıkhan, 2006). Sosyal desteğe, destek ihtiyacı duyan kişiye yardım edebilecek kişi sayısı olarak tanım getiren nicel bir bakış açısı bulunmaktadır (Ardahan, 2006). Bununla birlikte sosyal ilişkilerin niceliğinden çok niteliğine vurgu yapan, sosyal desteği bireyin çevresi ile güven ve önem çerçevesinde kurduğu yakın bağlar olarak tanımlayan görüşler de bulunmaktadır (Yıldırım, 1997). Sosyal destek, sağlığı ve refahı koruyan ve geliştiren sosyal-psikolojik ve kişilerarası süreçleri ifade etmektedir (Gottlieb, 2009: 913-916). Sosyal desteğin tanımına ilişkin ortaya konulan çok sayıda görüşün ortak noktası, bireylerin ihtiyaç duyduğunda çevresinden alabileceği yardıma atıf yapmasıdır. Sosyal desteğin kavramsal olarak incelenmesi ve bir tanım çerçevesinde anlatılması oldukça zor ve yeterli olmayacak bir süreçtir. Bu nedenle sosyal desteğin; sosyal desteğin türleri, sosyal desteğin modelleri gibi başlıklarda incelenmesi gerekmektedir. Ayrıca araştırma çerçevesinde sosyal desteğin özel olarak hastalık durumları üzerindeki etkilerinden, hastalara bakım verenlere yönelik sosyal destekten ve algılanan sosyal destekten bahsetmek gerekmektedir.

2.7.1. Sosyal destek türleri

Sosyal destek türleri farklı araştırmacılar tarafından farklı türlere ayrılmıştır. Sosyal destek çoğunlukla duygusal destek, bilgisel destek, araçsal (maddi) destek ve güvence veren sosyal destek olarak dört başlıkta incelenmiştir. Bunun yanında çalışmalarda sıklıkla formal ve informal sosyal destekten ve algılanan sosyal destekten bahsedilmektedir.

Duygusal destek

Duygusal destek bireyin bir gruba ait olduğunu, kabul gördüğünü, değer verildiğini hissettiren, sevilme, ilgi, şefkat, empati, güven gibi temel sosyal ihtiyaçlarını karşılayan

sosyal destek türüdür (Ardahan, 2006). Işıkhana (2006) duygusal sosyal desteği, empatinin, bakımın ve ilginin bireye ifade edilmesi, duygu ve düşüncelerini paylaşması için desteklenmesi, bireyin dikkatle dinlenmesi olarak tanımlamıştır. Duygusal destek ile bireye sevgi, şefkat, ilgi, güven, empati gibi duygular hissettirildiğinde kaygı verici olayların yönetilebilmesi sağlanmaktadır (Mumay, 2022).

Bilgisel destek

Bilgisel sosyal destek, bireye fikir verme, öneride bulunma, hastalığı ile ilgili farklı bakış açısı sağlama ve merak ettiği konuları cevaplama şeklinde gerçekleştirilen destektir (Işıkhana, 2006). Bireye karar aşamasında olduğunda veya zor durumlarında ihtiyaç duyduğu faydalı bilgilerin verilmesi, deneyimlerin paylaşılmasıdır (Halis ve Demirel, 2016). Zihinsel (Bilişsel) destek ise sorunların çözülmesi için kullanılabilecek bilginin yanında, bireyin kendisini tanımasına ve benliğini ortaya çıkarmasına yardımcı olabilmesidir (Ardahan, 2006). Bireyin hastalık sürecinde bilgi alması, hastalığı daha iyi tanınması ve algılamasına yardımcı olarak sorun alanları konusunda hazırlıklı olmasına yardımcı olmasıdır. Bilgisel sosyal desteğin sağladığı en önemli fayda bireyin sorunlar karşısında bilmediği çözüm yollarını da görebilmesidir (Işıkhana, 2006).

Araçsal (maddi) destek

Araçsal destek daha çok fiziksel ve maddi desteği kapsayan sosyal destek türüdür. Duruma göre maddi yardım, kullanabileceği araç, makine, teçhizat gibi malzemeleri sağlama veya yapması gereken günlük sorumlulukları üstlenme gibi çok farklı şekillerde gerçekleştirilebilir (Ardahan, 2006; Işıkhana, 2006). Araçsal sorunlar nedeni ile ortaya çıkan kaygıyı azaltma yoluyla sosyal destek sağlar (Cohen ve Wills, 1985). Doğrudan birey adına sorunlarını çözmesi araçsal desteği diğer sosyal destek türlerinden ayırtıran yönüdür (Işıkhana, 2006).

Elle tutulur sosyal destek

Elle tutulur sosyal destek, kişinin ailesi ve arkadaş çevresini kapsamaktadır. Bu destek kişinin çocuklarına bakım verme, ev işlerini ve dışarıdaki tüm gündelik işlerinin onun yerine

üstlenmeyi içermektedir. Böylece elle tutulur sosyal destek, hastanın işlerinin aksamamasını ve yükünün hafiflemesini sağlamaktadır (Özbesler, 2001).

Güvence veren sosyal destek

Bireyin olumsuz durumundan geçici olarak da olsa uzaklaşmasını sağlama, şakalaşarak moral verme, her şeyin yoluna gireceğini söyleme ve bu şekilde bireyin kendini güvende hissetmesine yardımcı olma şeklinde sağlanmaktadır. Bu durum aslında bireylerin özgüvenlerinin yükselmesi ve cesaretlerinin artması gibi önemli faydaları bulunmaktadır (Işıksan, 2006).

Formal sosyal destek- informal sosyal destek

Formal sosyal destek yasal çerçevede resmi kurum ve kuruluşlar, gönüllü kuruluşlar, sivil toplum kuruluşları ve bunların meslek elemanları tarafından sunulan sosyal destektir. İnfomal sosyal destek ise bireyin aile, akraba, arkadaş gibi yakın çevresi tarafından sunulan destek olarak tanımlanmaktadır (Kızıler, 2007).

2.7.2. Algılanan sosyal destek

Sosyal desteğe ilişkin yapılan çalışmalarda algılanan sosyal destek kavramına sık sık yer verilmektedir. Algılanan sosyal desteği sağlanan sosyal destek kavramından ayırtmak gerekmektedir. Sağlanan veya alınan sosyal destek bireyin gerçekte aldığı desteği ifade etmektedir. “Sorunlarınızı dinleyen oldu mu?”, “Size bilgi veren oldu mu?” gibi sorular ile ölçülmesi mümkündür. Algılanan sosyal destek ise daha geniş bir çerçevede incelenmektedir. Daha çok ihtiyaç duyulduğunda alınabilecek destek ve desteğin kullanılabilirliği olarak ifade edilmektedir (Sarı, Şanal ve Kaya, 2019). Algılanan sosyal desteğe ilişkin çok sayıda tanım ortaya konulmuştur. Algılanan sosyal destek bir kişinin sevildiğine, değer verildiğine, saygı duyulduğuna ve çevresi içinde bir karşılıklı destek ağına dahil olduğuna yönelik algısı olarak tanımlanmaktadır (Cobb, 1976). Wills ve Schinar’a (2000) göre algılanan sosyal destek var olan desteğin ötesinde var olduğuna inanılan destektir. Ogrodniczuk, Joyce ve Piper (2003) algılanan sosyal desteği bireyin çevresinden aldığı fiziki ve duygusal bakıma ilişkin algısı olarak tanımlamıştır (Akt. Maggo ve Dutt, 2023). Algılanan sosyal destek kişinin kendine biçtiği değer olarak düşünülebilmektedir.

Sevildiğini, ihtiyaç duyduğunda yardıma ulaşabileceğini hisseden ve ilişkilerini tatmin edici bulan kişilerin desteği daha fazla algılamasıdır. Desteğin algılanma düzeyi bireyin kişilik özellikleri ve tutumlarından etkilenmektedir (Ardahan, 2006). Algılanan sosyal destekte daha çok bireyin izlenimi üzerinde durulmaktadır. Sosyal desteğe ilişkin algı, bireyin içinde bulunduğu ilişkilerin yoğunluğu ve niceliği yerine, ilişkilerin ve gerektiğinde ulaşılabilecek bağlantıların niteliği olarak ifade edilmektedir. Yapılan araştırmalarda algılanan sosyal desteğin genel refah durumu, zihinsel sağlık ve başa çıkma kabiliyetleri üzerinde olumlu etkileri bulunduğunu ortaya koymaktadır (Cohen ve Wills, 1985). Algılanan sosyal destek sosyal destek konusunda bir tampon etkisi oluşturmaktadır. İhtiyaç durumunda sosyal desteğe ulaşabileceğine inanan kişiler, bu inanca sahip olmayanlar göre daha düşük düzeyde stres yaşarlar. Algılanan sosyal destek bağışıklık sistemini olumlu etkileyebilir, bireyin kendi kendine yetme kabiliyetini ve stres durumunu daha olumlu algılamaya yardımcı olmaktadır (Sarı, Şanal ve Kaya, 2019).

2.7.3. Sosyal destek modelleri

Sosyal destek ve sağlık arasındaki ilişkiyi tanımlayan iki ana modelden söz edilmektedir. Bunlar literatürde tampon etkisi modeli (stres tamponlama modeli) ve temel etki modeli olarak yer almaktadır.

Temel etki modeli

Temel etki modelinde, stres olmaksızın veya stres düzeyi göz önüne alınmaksızın, yüksek düzeyde sosyal desteğin sağlığı olumlu yönde etkilediği öne sürülmektedir (Sarı ve diğerleri, 2019). Cohen ve Wills (1985)'e göre temel etki modelinde sosyal destek ve sağlık arasındaki ilişki doğrudandır ve sosyal destekten mahrum kalan kişi her durumda olumsuz olarak etkilenecektir. Sosyal desteğin temel veya direkt etkisinden söz edilirken, planlı olmayan ve olağan durumda var olan sosyal destek kastedilmektedir. Esasında bu destek bireyin sosyal ilişkileri içerisinde zaten var olan, sosyal yaşamın sağladığı direkt ve sürekli olan destektir. Bu nedenle sosyal destek için özel olarak stresin varlığı veya sorun oluşturacak bir durum gerekmez (Abay Alyüz, 2020). Daha geniş sosyal bir ağa sahip bireyler, sosyal ilişkilerden gelen sürekli sosyal destekten daha fazla yararlanmakta ve sağlıkları olumlu yönde etkilenmektedir (Sarı ve diğerleri, 2019). Gündelik yaşamdaki sosyal ağlar en değerli ve en anlamlı hazineler arasındadır. Aile ve arkadaşlar ile günlük etkileşimler bireyin duygularını

pozitif olarak beslemektedir, buda öz değerini yükselmesine neden olmaktadır. Sosyal ağlar bireye bir aidiyet, amaç duygusu ve başkalarının iyiliği için de kendi sağlığını koruma motivasyonu oluşturabilmektedir. Aynı zamanda içinde bulunulan ağlar bireyi olumsuz stres faktörlerinden de koruyabilmekte, böylece sosyal destek bireyin sağlığına ve genel refahına mevcut stres faktörü olmadan doğrudan katkı sağlayabilmektedir (Gottlieb, 2009: 913,916).

Tampon etkisi (stres tamponlama) modeli

Tampon etkisi modeli temel etki modelinin aksine sosyal desteği stres oluşturacak durumların varlığı ile sınırlamaktadır. Cohen ve Wills (1985)'e göre bu modelde strese neden olan durumların olmadığı durumlarda sosyal desteğin yokluğu sağlık üzerinde önemli bir sorun oluşturmaz. Stresli durumlarda ise sosyal destek bireylerin uyum düzeyini artırır, baş etme mekanizmalarını güçlendirir ve ruh sağlığını korur. Yüksek düzeyde stres yaşayanlarda sosyal desteğin etkisi düşük düzeyde yaşayanlara göre daha kalıcı ve faydalıdır. Böylece sosyal desteğin strese karşı bir tampon etkisi oluşturduğunu söylemek mümkündür (Akt. Abay Alyüz, 2020; Çetinkaya ve Korkmaz, 2019). Yapılan bir araştırmada, sosyal desteğin strese karşı bir tampon etkisi oluşturduğunu ortaya koymaktadır. İhtiyaç anında yakınları tarafından sosyal destek alabileceğini ve yakınlarının destek sağlamaya istekli olduğunu düşünen bireyler daha az stres yaşamaktadır. Algılanan desteğin bireyin öz yeterliliğini arttırdığı, bağışıklık sistemi üzerinde olumlu etkiye sahip olduğu ve stresli durumları daha olumlu algılanmasını sağladığı ifade edilmektedir (Gottlieb, 2009: 913-916). Işıkhani (2006)'a göre sosyal desteğe sahip olmak kanser hastalarının yaşadığı stresin kendileri üzerindeki etkisini azaltmakta önemli bir role sahiptir. Bu destekler bireyin yaşadığı panik duygusunu azaltmakta ve hastalık koşullarına uyum sağlamasını daha kolay hale getirmektedir. Sosyal desteğin varlığı bireyin psikolojisi üzerinde önemli bir pozitif etki ortaya koymaktadır.

Araştırmalar her iki modeli de desteklemektedir. Ancak bu modeller sosyal desteğin farklı boyutlarını yansıtmaktadır. Tampon etkisi modelini destekleyen bulgular, bireyin sosyal destek sisteminin yeterliliğine ilişkin kendi algısı ölçüldüğünde ortaya çıkmasıdır. Bu sosyal desteğin algısal boyutuna işaret etmektedir. Temel etki modeli ise sosyal desteğin yapısal boyutu ile bireyin sosyal etkileşimlerinin sayısı ve sıklığı ölçüldüğünde ortaya çıkmaktadır (Chronister ve Johnson, 2006). Tampon etkisi modeli ve temel etki modeli yaygın iki model olsa da sosyal destek ve sağlık arasındaki ilişkiyi farklı bakış açılarından inceleyen destek

mobilizasyon modeli, destek bozulma modeli ve sosyal bilişsel model gibi başka modeller de bulunmaktadır (Sarı ve diğerleri, 2019).

2.7.4. Kanser hastalarına bakım verenlere yönelik sosyal destek

Kanser hastalığının, hastalığa yakalanan birey için psikolojik, zihinsel, sosyal ve ruhsal anlamda önemli etkileri bulunmaktadır. Hastalığın tanısı ve tedavi süreci, hastanın kişiliğinde, algısında, gündelik hayatında, çevresi ile etkileşimlerinde ve sahip olduğu rollerde değişikliklere neden olmakta ve bu da kişiye yönelik destek ihtiyacını ortaya çıkarmaktadır (Tuncay, 2010). Ancak kanser hastalığı yalnızca hasta bireyi değil, ona bakım sağlayan kişileri de derinden etkilemektedir. Çok sayıda çalışma göstermektedir ki hastalara bakım sağlayan bireyler de fiziki ve duygusal bakımdan risk altındadır (Shin ve diğerleri, 2010). Kanser sadece hastaların değil, onlara bakım sağlayanların da sağlığını olumsuz etkiler. Kanserli hastaya evde bakım sağlamak bakım verenler açısından stres faktörü olabilir ve psikolojik sağlığı da etkileyebilir (Yıldız ve diğerleri, 2016).

Bakım verici, hastalık nedeni ile bakıma muhtaç hale gelen kişinin gereksinimlerini karşılayan ve bunu ücretsiz olarak yerine getiren kişi olarak tanımlanmaktadır. Kanser hastalarının yakınlarından tanı aşamasında hastaya psikolojik destek vermeleri, tedavi aşamasında ise bakımında hem fiziksel hem psikolojik olarak yer almaları beklenmektedir. Tedavi ve bakım sürecinde kanser hastalığı ile sadece hasta değil, yakınları da bir bütün olarak yüzleşmektedir (Bisht ve diğerleri., 2023). Bakım veren bireylerin hastanın belirtilerini izleme, tedavisini takip etme, güvenliğini sağlama, gündelik ihtiyaçlarını karşılama, psikolojik destek sağlama gibi çok sayıda görevi bulunmaktadır (Lund, Ross, Petersen ve Groenvold, 2015).

Kanser hastaları için sosyal desteğin olumlu etkisini ortaya koyan çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Bireye kanser teşhisinin konulması belirsizlikleri de beraberinde getirmektedir. Bu belirsizlik ve korkular ise sosyal destek ihtiyacının artması ile sonuçlanmaktadır. Sağlanan sosyal destek, birey üzerinde kanseri daha kolay kabullenmesiyle olumlu bir etkiye sahiptir. Sosyal desteğin sağlanmasında en önemli unsur olarak aile ön plana çıkmaktadır (Işıkhani, 2006; Given, Given ve Kozachik, 2001; Terakye, 2011). Bakım verenler stres, kaygı ve yaşam kalitesinin azalması gibi sorunlar ile karşılaşmaktadır. Bakım verenlerin fiziki ve ruhsal sağlığının olumsuz etkilenmesi, onların

gizli hastalar olarak tanımlanmasına neden olmaktadır (Polat, 2011). Bu nedenle sosyal desteğin sadece hastalığa yakalanan birey açısından değil bakım verenler açısından da değerlendirilmesi önemlidir. Bakım sağlayan kişi hasta birey açısından birincil destek kaynağı durumundadır (Ülgen ve Uğur, 2022). Bakım verenin fiziki ve psikolojik sağlığının kötü durumda olması ise bu desteği sağlayamaması anlamına gelmektedir (Given ve diğerleri, 2001). Tanı ve tedavi sürecine ilişkin endişe kaynakları ve belirsizlikler, tedavi sürecinin yan etkileri ve hastalığın ölümle sonuçlanacağı düşüncesi hem psikolojik sağlığı tehdit etmekte hem de tedavi sürecine uyumu zorlaştırmaktadır (Tuncay, 2010). Bu nedenle sadece kanser hastasının değil, bakım sağlayanların da sosyal destek düzeylerinin incelenmesi gerekmektedir (Arıkan ve diğerleri, 2019).

2.8. Kaygı

Kaygı insanların yaşamını olumsuz etkileyen psikolojik bir sorundur. Kaygı kavramı daha önce biyolojik bir kavram iken Freud tarafından egonun bir işlevi olarak tanımlanmış ve psikoloji literatürüne dahil olmuştur (Manav, 2011). Kaygı kavramı için çok sayıda tanım ortaya konulmuştur. Amerikan Psikiyatri Derneğine göre kaygı, gerçek dünya ile ilgili veya ilgisiz bir şekilde insan bilincinde oluşan kötü bir şey olacağı düşüncesinden kaynaklanan, çeşitli tepkilerden oluşan duygudur (American Psychiatric Association, 2013). Kaygı gerçekte bir tehlike durumu olmamasına rağmen rahatsızlık oluşturan bir korkunun ortaya çıkması olarak tanımlanmaktadır (Stallard, 2009). Durumluk ve Sürekli Kaygı ölçeğini geliştiren Spielberger kaygıyı, olumsuz durumların ortaya çıkardığı gerginlik, üzüntü, endişe gibi duyguların sinir sistemini uyarması ile oluşan tepkiler olarak tanımlamaktadır (Donbalak, 2023). Sigmund Freud kaygıyı, tehlike oluşturan durumlara karşı tepki gösterememe ve etkili davranış ile karşılık verememe sonucu bilinçsizce oluşan bir duygu olarak tanımlamıştır. Bunun ile birlikte Freud kaygının bireyi tehditlere karşı uyardığını, hayatını sürdürebilmesine ve tehditlere uyum sağlamasına yardımcı olduğunu ifade etmektedir (Geçtan, 2022: 49,50).

Kaygı olumsuz durumlara hazır olmaya ve başa çıkmaya katkıda bulunabilir. Bu yönü ile bakıldığında kaygı, bireyin işlevselliğini tehdit etmeyecek derecede ise normal olarak görülmektedir. Ancak işlevselliğe zarar verecek düzeyde olan ve sürekli hale gelmiş kaygı tedavi edilmesi gereken bir durumdur (Lauderdale ve Sheikh, 2003). Kaygı bireylerin alarma geçmesine ve tehlike durumuna karşı tepki vermesine yardımcı olmaktadır (M. Şahin, 2019).

Kaygı tehlikelere karşı aksiyon almayı amaçlayan bir sistemin parçasıdır. Bu savaş ya da kaç tepkisi olarak da adlandırılmaktadır ve bu sistem vücudu tehlike karşısında harekete geçirmektedir (Robichaud ve Dugas, 2015: 5,50). Ancak kaygı gerçek tehdit durumlarından çok gerçek olmayan tehdit durumlarında ortaya çıkmaktadır (Bakırcıoğlu, 2012: 502,503). Kaygının olumsuz durumların ortaya çıkmasını engelleme ve olumsuz durumlar ile baş etme yöntemlerini geliştirmeye yönelik bir yapısı bulunmaktadır. Ancak bu yapı da kaygının gerçekte olmayan tehdit durumlarında ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Herhangi bir tehlike olmadığında dahi ortaya çıkabilen kaygı bireyin günlük yaşamında yoğun bir yapıya bürünebilmektedir (Uzby, 2004).

Kaygı bireyi tehlike durumlarından kaçınmaya hazırlamaktadır. Böylece tehlikeye karşı hazırlıksız yakalanmasını da önlemektedir. Bunun ile birlikte kaygı bireyin çevresel uyaranlara da daha duyarlı olmasını sağlamaktadır. Ancak bu durum, tehlike olmadığında da kaygı duymak, var olmayan hayali tehlikeyi zihinde sürekli yeniden canlandırmak ve bu var olmayan tehlikeye karşı vücudu sürekli tetikte tutmak anlamına gelebilmektedir. Bu noktada kaygı bozuklukları ortaya çıkmaktadır. Var olmayan bir tehdide sürekli odaklanmak ve aşırı dikkat etmek uzun süreli kaygı ve başka olumsuz duyguları ortaya çıkarmaktadır (Gierus, 2020). Kaygılı bireyler olumsuz durumlara yoğunlaşmaya meyillidir ve daha fazla fiziksel tepkiler göstermektedir (Knowles ve Olatunji, 2020).

Kaygı: Fiziksel belirtiler, duygusal belirtiler, davranışsal belirtiler ve bilişsel belirtiler olmak üzere 4 çeşittir (Dirik, 2018). Kaygının fiziksel belirtileri kalp çarpıntısı, baş dönmesi, nefes darlığı, ağız kuruluğu, titreme, terleme, uyuşma, mide bulantısı, göğüs sıkışması, yorgunluk, üşüme, sersemlik gibi bedensel tepki durumlarından oluşmaktadır (Clark ve Beck, 2010: 31,35). Duygusal belirtileri ise sinirlilik hali, sürekli tetikte olma, panik duygusu, korku, endişe, tahammülsüzlük gibi durumlardır (Baker ve diğerleri, 2019; Dirik, 2018). Davranışsal belirtileri ise bireyin kaygıyı oluşturan olay veya durumdan kaçınmasıdır (Clark ve Beck, 2012: 31,35). Bilişsel düzeyde kaygının dikkat dağınıklığı, hafıza sorunları, odaklanma sorunları, istem dışı düşünme hali ile ruhsal bulanıklıktır (Dirik, 2018).

Literatürde bu belirtiler kaygının yansıması veya kaygının bileşeni olarak yer almaktadır. Kaygının fiziksel belirtileri olarak da geçen fizyolojik bileşeni bireyin vücudunu kaygıyı oluşturan duruma karşı bir eyleme hazırlamaktır. Kaygının bilişsel bileşeni zihnin kaygıyı oluşturan duruma odaklanmasını ve durumu değerlendirmesini sağlamaktadır. Kaygının

davranışsal bileşeni ise duruma karşı harekete geçilmesi ve gelebilecek tehlikeyi önlemesine yardımcı olmaktadır (Robichaud ve Dugas, 2015: 5-50; Stallard, 2009). Kaygının bu yansımaları kaygının tespit edilmesi ve kaygı ile başa çıkılmasına yardımcı olmaktadır. Ancak kaygıya karşı bilişsel, fiziki ve davranışsal düzeyde ortaya çıkan bu yansımalar bireyin günlük yaşamını her düzeyde olumsuz etkilemekte ve bireyin işlevselliğine zarar vermektedir (Başpınar, 2007).

Spielberger kaygı kavramını durumluk kaygı ve sürekli kaygı olmak üzere iki başlıkta ele almaktadır (Çobanoğlu, 2017). Durumluk kaygı, belirli bir zamanda ve belirli bir duruma veya olaya özgü olarak yaşanan kaygı yoğunluğunu ifade etmektedir. Geçici olarak ortaya çıkan durumluk kaygının kaygıyı oluşturan unsur ortadan kalktığında azalması beklenmektedir. Durumluk kaygı belirli duruma ilişkin gerginlik, endişe ve öfke gibi duygular ile belirti gösterebilir (Spielberger, 2010; Spielberger ve Reheiser, 2009). Sürekli kaygı ise bir kişilik özelliği olarak kabul edilmektedir ve belirli bir olay veya durumdan bağımsız olarak bireyin genel yaşamında var olan kaygıyı ifade etmektedir (Spielberger ve Reheiser, 2009). Sürekli kaygıya sahip bireyler genel olarak durumları stresli algılama eğilimi göstermektedir. Spielberger'e göre sürekli kaygı seviyesi bireyin kişilik özelliklerine göre de değişmektedir (Çeçen, 2017). Sürekli kaygı düzeyi yüksek bireyler genel olarak stresli olmayan durumlarda dahi kaygı yaşamaya yatkındırlar. Yüksek seviyede sürekli kaygıya sahip bireyler, kaygı oluşturabilecek durumlara karşı hassastır ve uyum göstermekte zorlanırlar (Knowles ve Olatunji, 2020).

Dünya Sağlık Örgütüne göre, tüm dünyada ruhsal sorunlar yaşayan 976 milyon insan içerisinde en yaygın görülen ruhsal sorun, %31.0'i ile kaygı bozukluğudur. Tüm yaş gruplarında hem kadınlarda hem de erkeklerde kaygı bozukluğu en yaygın görülen ruhsal sorundur. Dünyada 2019 yılında yaklaşık 301 milyon insanın kaygı bozukluğu yaşadığı belirlenmiştir. Pandeminin ilk yılı olan 2020 yılında kaygı bozukluğu yaşayan birey sayısının % 26.0 arttığı ve 374 milyon seviyesine yükseldiği belirlenmiştir (WHO, 2022: 17,21). Ülkemizde ise 2019 ile 2020 yılları arasında kaygı bozukluğu yaşayan kişi sayısının % 28.0'in üzerinde olduğu ifade edilmiştir (Murray, 2024).

Hastalara Bakım Verenlerde Kaygı

Kanser hastalarına bakım ve tedavide büyük bir rol düşen hasta yakınları, hastanın rahatını sağlamak, duygusal anlamda destek vermek, hastanın güvenliğini ve konforunu sağlamak, semptomlarını takip etmek, sorunlarını çözmek gibi birçok sorumluluk üstlenen kişilerdir (Cameron, Shin, Williams ve Stewart, 2004). Bu süreçte bakım veren kişiler, hazır olmadıkları bir durumla karşılaşmaları veya sevdikleri kişileri kaybetme gibi olumsuz düşüncelerden etkilendikleri durumlarda, kaygı ve stres yaşadıkları yapılmış olan çalışmalarla ortaya konulmuştur (Rha, Park, Song, Lee ve Lee, 2015). Hastalara bakım verme sürecinde bakım veren kişilerin yaşam kalitesi de bu süreçte olumsuz olarak etkilenmektedir (Madenoglu Kıvanç, 2017). Yaşanan bu yoğun ve uzun süreç, hastaları kendilerine bakım verenlere bağımlı bir hale getirerek bakım verici için zorunluluk haline gelen bir sürece dönüştürebilmektedir (Quaseda, Madrigal, Luna ve Perez-Carceles, 2015). Bilgehan ve İnkaya yapmış oldukları çalışmasında, bakım veren bireylerin %93'ünün bakım sürecinde zorluklar yaşadıklarını, %89'unun ise yakınlarına bakım verirken destek aldığı tespit etmişlerdir. Ayrıca bu çalışmada, hastalara ayrılan bakım süresinin artmasıyla beraber bakım veren kişilerin kaygı düzeyinin de yükseldiği belirtilmiştir (Bilgehan ve İnkaya, 2021). Hasta yakınlarına daha iyi bir bakım sağlamak ve ortaya çıkabilecek psiko-sosyal ve fiziksel problemlerin azaltılması için kaygının azaltılması hasta ve yakınının hayat kalitesi korumak açısından önemlidir (Ergür, Ergür ve Ergür, 2021).

Hastalara bakım verme sürecinde bakım verenler, arkadaşlık ilişkilerine zaman ayıramama, sosyal aktivitelere ve hoş vakit geçirebileceği aktivitelere ayrılan zamanın kısıtlı olması nedeniyle dışlanmış ve yalnız hissetme, yaşadıkları stres, kaygı gibi olumsuz duygular yaşamaları, bakım verenlerin iş hayatına devam edememesi ve tedavi masrafları şeklinde bazı zorluklarla karşılaşmaktadırlar (Er ve Yıldırım, 2019).

Tıbbi sosyal hizmet, hasta bireylerin ve ailelerinin hastalığa ve tedaviye uyumunu olumsuz etkileyecek psiko-sosyal etmenlerin en az seviyeye indirilmesini ve önlenmesini amaçlamaktadır. Tıbbi alanda çalışan sosyal hizmet uzmanı, hastalık ile beraber gelen psiko-sosyal sorunlara yönelik müdahaleler gerçekleştirir. Kaygı da hastaların ve bakım verenlerinin psiko-sosyal sorunlarından birisidir. Sosyal hizmetin hastalık sebebiyle meydana gelen depresyon ve kaygının azaltılmasında önemli bir rol oynadığı bilinmektedir.

Bu bağlamda kaygı tıbbi sosyal hizmetin üzerinde durduğu sorunlardan birisidir (Özbesler, 2013).

2.9. İlgili Araştırmalar

Bu bölümde sosyal destek ve kaygı alanlarında yapılan bilimsel araştırmalara yer verilmiştir.

Yıldız ve diğerleri (2016) Manisa da kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve yaşam kalitelerini değerlendirmek amacıyla, bir devlet hastanesinin Hematoloji-Onkoloji Servisi'nde ayaktan ve yatarak sağlık bakım hizmeti alan kanserli hastalara bakım veren 200 hasta yakını ile çalışma gerçekleştirmişlerdir. Yapmış oldukları araştırmada, bakım veren kişilerin yüksek oranlarda yorgunluk, uykusuzluk, iştahsızlık, dikkat eksikliği gibi yaşam kalitesini olumsuz etkileyen psikolojik ve sosyal birçok problemle karşılaştıklarını belirlemişlerdir. Yapılan çalışmayla aile üyelerinin bakım verme sürecinde stres düzeylerinin yüksek olduğu ve hastalarına bakım verirken kendi hayatlarının olumsuz yönde etkilendiği ve yaşam kalitelerinin düştüğü sonucu elde edilmiştir.

Karasaran (2013) kanserli hastalara bakım veren kişilerin bakım yükü ve algıladıkları sosyal destek düzeyi ile ilgili yapmış olduğu çalışmada, primer bakım veren kişilerin çoğunluğunun kadınlardan oluştuğunu, evli ve çocuk sahibi olduklarını, yarısından fazlasının 6 aydan uzun süredir bakım verdiklerini tespit etmiştir. Bakım veren kişilerin fiziksel, sosyal, psikolojik, finansal ve aile içi ilişkilerinde değişim yaşayan bireylerin bakım yüklerinin daha fazla olduğunu saptamıştır. Bakım vere bireylerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri arttıkça stres düzeylerinin azaldığını belirtmiştir.

Bir eğitim ve araştırma hastanesinin hematoloji servisinde yatan kanser tanısı almış olan çocukların ebeveynleri ile yapılmış olan ebeveynlerin bakım yükleri ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada, ekonomik anlamda durumu kötü olan ebeveynlerin bakım verme yükünün daha yüksek olduğunu belirlenmiştir. Uzun süren tedavi, ekonomik olarak gelen yük, hastalığa alışma süreci gibi etkenlerden dolayı ebeveynlerin bakım yüklerinin arttığını buna bağlı olarak da yaşadıkları anksiyete düzeylerinin yükseldiği tespit edilmiştir (Köse ve diğerleri, 2019).

Algılanan sosyal destek ve depresyon düzeylerinin incelenmesi için İzmir’de yaşayan özel öğrenme güçlüğü tanıılı çocuğı olan 175 anne-baba ile yapılan çalışmada, ebeveynlerin çocuklarının durumuyla ilgili yeterli bilgiyi edinememe, duygusal zorlanma, para, enerji ve zaman ihtiyacı duymaları, çocuklarının geleceğıyle ilgili kaygılar ebeveynler için önemli stres kaynaklarını oluşturduğu belirtilmiştir. Annelerin babalardan daha fazla sosyal destek algısına sahip oldukları belirtilmiştir. Anne-babaların algılanan sosyal destekleri arttıkça depresyon düzeylerinin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (Kurtbeyoğlu ve Yıldız Demirtaş (2020).

Tekinarslan ve Sevi Tok (2023) tarafından, engelli çocuğına sahip olan annelerde sosyal destek, psikolojik dayanıklılık ve öznel iyi oluş arasındaki ilişkinin incelenmesi için 70 anne ile yapılan çalışmada, engelli çocuğına sahip olmanın ailenin stres düzeyini arttırdığını, ailenin gelecekteki tüm planlarını değıştirdiğini, ebeveynlerin yeni roller ve sorumluluklar üstlenmesi gerektiğini bu nedenle stres ve kaygı durumunun arttığını belirtmiştir. Çocuklarına bakım vermenin aile üyelerini psikolojik, fiziksel ve sosyal olarak olumsuz yönde etkilediğı ve ailenin işlevselliğinin bozulduğu bildirilmiştir. Öz-şefkat ve sosyal desteğın annelerin psikolojik dayanıklılığını arttırdığı ve annenin öznel iyi oluşunu anlamlı yönde olumlu etkilediğı tespit edilmiştir.

İnan, Yıldırım, Yazan ve Kurtuldu (2024) tarafından, Yozgat Bozok Üniversitesinde okuyan Spor Bilimleri Fakültesinde öğrenim gören 310 üniversite öğrencileriyle algılanan sosyal destek ve sosyal kaygı arasındaki ilişkiyi incelemesiyle ilgili yapılan çalışmada, sosyal kaygı yaşayan kişilerin diğeri insanlarla iletişim kurma, göz teması kurma, sohbet başlatma ve işe-okula gitmede isteksiz olmaları, özgüven eksikliği konusunda problem yaşadıklarını belirtilmiştir. Yapılan çalışma sonucunda arkadaşı olan kişilerin yakın arkadaşı olmayanlara göre algılanan sosyal destek ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları, buna göre yakın arkadaşın sayısının artmasının algılanan sosyal destek düzeyini arttırdığı ifade edilmiştir. Çalışmada aileden, arkadaştan ya da özel bir insandan algılanan sosyal desteğın kişilerin algılanan sosyal destek düzeylerini artırdığı ve kaygı durumları üzerinde kaygıyı azaltmadaki etkenlerden biri olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Varol ve Yılmaz (2023) Nevşehir ilinde İl Milli Eğitim Müdürlüğüne bağılı 4 özel eğitim ve rehabilitasyon merkezinde bulunan engelli çocuğı olan annelerin depresif semptomlar ve algıladıkları sosyal destek ilişkisinin incelenmesi amacıyla 150 anne ile yaptıkları çalışmada,

ebeveynlerin çocuklarının engelini öğrendiklerinde şok, kızgınlık, suçluluk, inkâr, keder gibi duyguları yoğun bir şekilde yaşayarak suçluluk duymaları sebebiyle yas yaşadıklarını, bu durumun kaygı ve stresi arttırdığını bildirmiştir. Ebeveynlerin güçlerinin yetemeyeceği düşüncesiyle çaresizlik, yetersizlik, ümitsizlik gibi duygular hissederek depresyona yatkın hale gelebildiklerini bu durumun bireylerin fiziksel ve psikolojik sağlığını olumsuz etkileyebildiğini belirtmiştir. Yapılan çalışmada çalışmayan, ekonomik durumu ve eğitim düzeyi düşük, geniş ailede yaşayan ve engelli çocuğu kız olan annelerin depresyon puanının yüksek olduğu, %18'inde orta düzeyde, %6'sında ciddi düzeyde depresyon bulgularının olduğu ve annelerin algıladıkları sosyal desteğin orta düzeyde olduğunu belirtilmiş olup algıladıkları sosyal destek arttıkça depresyonlarının azaldığı bulunmuştur.

Oğuz (2024) tarafından, pandemi döneminde 200 otizimli çocuğa sahip olan annelerin sosyal destek düzeyleri ile stresle başa çıkmaları arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan çalışmada, otizm bozukluğunun çocuğu ve çevresini etkilemesi bu nedenle ortaya çıkan gerginliğin başlarda akut olabildiği ancak zamanla kronikleşerek ebeveynlerin bireysel, ilişkisel ve sosyal alanlarında birçok probleme yol açabildiği belirtilmiştir. Hastalığın tedavi yöntemi olmaması, çocukların girdikleri çevrede normalden farklı davranış sergilemeleri, çocukları için gelecek kaygısı yaşamaları, toplum baskısına maruz kalmaları gibi durumlar özellikle anneler için büyük bir stres kaynağı olduğu bildirilmiştir. Pandemi döneminde sokağa çıkma yasağı olması ve okulların kapatılmasıyla çocuklar ve anneleri için zorlayıcı olduğu ve var olan stres durumunu arttırdığı ifade edilmiştir. Çalışma sonucunda 35-45 yaş aralığındaki, evli olan, gelir durumu daha iyi olan, çocuk sayısı az olan, üniversite mezunu olan annelerin stresle başa çıkmada daha başarılı oldukları ve algılanan sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu çalışmada hasta yakınlarının algıladıkları sosyal destek ile kaygı düzeyleri incelenmiş olup, nicel veri toplama yöntemlerinden ilişkisel tarama yöntemi kullanılmıştır. İlişkisel tarama yöntemi, iki veya daha fazla olan değişkenin birbirlerini ne seviyede etkilediğinin belirlenmesinde kullanılan ve sosyal bilimlerde sıkça başvurulan bir araştırma yöntemidir (Gürbüz ve Şahin, 2015).

3.2. Çalışma Grubu

Araştırmanın çalışma grubunu bir üniversite hastanesinde 01.10.2023-30.03.2024 tarihleri arasında Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına bağlı Çocuk Hematoloji ve Onkoloji kliniklerinde tedavi gören çocuklara bakım veren hasta yakınları oluşturmaktadır. Hastanede bulunan hasta sayısının az olması nedeniyle örneklem tam sayım olarak seçilmiştir. Ergin (1991)'e göre tam sayım araştırmada evreninin tamamını, yani o evrendeki bütün birimlerin incelenmesi durumudur. Araştırmanın çalışma grubu tesadüfi olmayan örnekleme yöntemlerinden olan kolayda örnekleme yöntemiyle oluşturulmuştur. Kolayda örnekleme, uygun bulunan birimlerden bir örneklem elde etmek amacıyla çalışılan tesadüfi olmayan örnekleme yöntemidir. Bu yöntemde, örneklemin seçimi araştırmacıya bırakılmıştır (Karasar, 2015). Çalışma da kanser hastalarına erişmenin zor olması, erişimin olması durumunda ise hasta ve yakınlarının psikososyal durumlarındaki dalgalanma nedeniyle çalışmaya katılmada fazla istekli olmamaları çalışmada kolayda örnekleme kullanılmasına neden olmuştur.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılan veri toplama araçları üç bölümden oluşmaktadır. Birincisi Hasta Yakını Bilgi Formu, ikincisi Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve üçüncüsü ise Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri şeklinde olan veri toplama araçları (EK-1) araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır.

3.3.1. Hasta Yakını Bilgi Formu

Tedavi gören çocuklara bakım veren hasta yakınlarının cinsiyeti, yaşı, boyu-ağırlığı, medeni durumu, öğrenim durumu, mesleği, sosyal güvence durumu, çocuk sayısı, hasta çocuğun hastalığının teşhis zamanı, klinik tanısının ne olduğu ile birlikte çocuğun hastalığına uyum sağlayıp sağlayamadıkları, çocuğun hastalığını algılama durumları ve çocuğa uygulanan ilaçlara ilişkin sorular ve tedavi süresi hakkında toplam 15 sorudan oluşmaktadır.

3.3.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

1988 yılında ABD’de Zimet ve arkadaşları tarafından geliştirilen, Eker, Arkar ve Yıldız, (2001) tarafından yapı geçerliliği, depresyon ve anksiyete ölçümlerinin değerlendirmesiyle ülkemize uyarlanan Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılacaktır. Ölçek her biri 4 maddeden oluşan 3 alt ölçeği içeren 12 maddeden oluşmaktadır. Alt ölçek yapısı aile, arkadaş ve özel bir insandan oluşmaktadır. Ölçek 7’li Likert ile değerlendirilecektir. Her madde “kesinlikle katılmıyorum”, “katılmıyorum”, “bazen katılmıyorum”, “ne katılıyorum ne katılmıyorum”, “bazen katılıyorum”, “katılıyorum”, “kesinlikle katılıyorum” şeklinde derecelendirilen aralıklardan oluşmaktadır. Ölçeğin; 3,4,8 ve 11. maddeleri aileye, 1,2,5 ve 10. maddeleri özel bir insanın varlığına (aile ve arkadaşların dışında olan kişi), 6,7,9 ve 12. maddeleri arkadaşla ilişkin sorulardan oluşmaktadır. Alt ölçekten en az 4 en fazla 28 puan; ölçeğin tamamından en az 12 en fazla 84 puan toplanabilir. Elde edilen puanın yüksek olması kişinin algıladığı sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir.

3.3.3. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri

Öner (1994) tarafından 1994’te Türkçeye geçerlik ve güvenirliği yapılan Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, hasta yakınlarının kaygı durumlarını ölçmek için kullanılmıştır. Ölçekte toplam 40 ifade bulunmaktadır. İlk yirmi madde duruma bağlı kaygı düzeyini ölçmekte olup, her ifade “hiç”, “biraz”, “çok”, “tamamıyla” şeklindedir. Ters kodlanan maddeler; 1., 2., 5., 8., 10., 11., 15., 16., 19., 20. maddelerdir. Doğrudan kodlanan maddelerin toplam puanından ters kodlanan maddelerin toplam puanı çıkarılarak elde edilen değere durumluk kaygı ölçeğinin değişmez değeri olan 50 sayısı eklenerek durumluk kaygı puanları elde edilmektedir. Ölçeğin 21’den 40’a kadar olan maddeleri bireyin sürekli kaygı düzeyini ölçmektedir ve her ifade “hiç”, “biraz”, “çok”, “tamamıyla” şeklindedir. Bu bölümde yedi

madde ters kodlanmaktadır. Bu maddeler; 21., 26., 27.,30., 33., 36., 39. maddelerdir. Doğrudan kodlanan maddelerin toplam puanından, ters kodlanan maddelerin toplam puanı çıkarılarak, sürekli kaygı ölçeğinin değişmez değeri olan 35 eklendiğinde bireyin sürekli kaygı düzeyi elde edilmektedir. Ölçekten elde edilen 0-19 puanın kaygı olmadığı, 20-39 puanın hafif, 40- 59 puanın orta, 60-79 puanın ağır kaygı anlamına geldiğini, puanın 60 ve üstünde olması bireylerin profesyonel yardıma gereksinimleri olduğunu belirtmektedir.

Araştırmada kullanılan “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” ve “Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri” toplam ve alt boyutları için Cronbach’s Alpha güvenirlik katsayısı kullanılarak güvenirlikleri hesaplanmıştır. Elde edilen sonuçlar Tablo 3.1 de gösterilmektedir.

Çizelge 3.1. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Güvenirlik Katsayıları

Faktörler	Cronbach’s Alpha
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	,92
Aile Sosyal Destek Alt Boyutu	,83
Arkadaş Sosyal Destek Alt Boyutu	,93
Özel İnsan Sosyal Destek Alt Boyutu	,95
Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri	,91
Durumluk Kaygı Alt Boyutu	,91
Sürekli Kaygı Alt Boyutu	,84

Çizelge 3.1’de Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin güvenirliği için hesaplanan ölçek toplam puanına ilişkin Cronbach’s Alpha katsayısı 0,92 olarak hesaplanmıştır. Cronbach’s Alpha katsayısı, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin alt boyutları olan Aile Sosyal Destek Alt Boyutu için 0,83, Arkadaş Sosyal Destek Alt Boyutu için 0,93 ve Özel İnsan Sosyal Destek Alt Boyutu için 0,95 olarak hesaplanmıştır. Kline (1999) 0,80 güvenirlik katsayısının ölçümlerin güvenirliği için uygun olduğunu belirtmesine rağmen 0,70 ve üstündeki değerlerinde güvenirlik için yeterli olduğunu ifade etmiştir. Bu doğrultuda Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin toplam puanı ve alt boyutlarının puanlarının yüksek olduğu görülmüştür. Araştırma kapsamında kullanılan Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri’nin güvenirliği için hesaplanan ölçek toplam puanına ilişkin Cronbach’s Alpha katsayısı 0,91 olarak hesaplanmıştır. Cronbach’s Alpha katsayısı Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri’nin alt boyutları olan Durumluk Kaygı Alt Boyutu için 0,91 ve Sürekli Kaygı Alt Boyutu için 0,84 olarak hesaplanmıştır. Kline (1999) 0,80 güvenirlik katsayısının ölçümlerin güvenirliği için uygun olduğunu belirtmesine rağmen

0,70 ve üstündeki değerlerinde güvenilirlik için yeterli olduğunu ifade etmiştir. Bu doğrultuda Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri'nin toplam puanı ve alt boyutlarının puanlarının yüksek olduğu görülmüştür.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırma verilerini toplamadan önce veri toplama aracı olarak kullanılacak olan “Hasta Yakını Bilgi Formu” (EK-1), “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” (EK-3) ve “Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri” (EK-2) kullanım izinleri alınmıştır. Verilerin toplanabilmesi için, 11.11.2022 tarih ve İ10-617-22 sayılı yazı ile (EK-4) Ankara Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan gerekli izinler alınmıştır.

Bu çalışmada veri toplama aracı olarak anket ve ölçek kullanılmıştır. Uygulamada öncelikle ölçeğin ve envanterin niçin yapıldığı, neyin ölçüldüğü ve nasıl doldurulması konusunda bizzat araştırmacı tarafından çalışmaya gönüllü katılan hasta yakınlarına bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılan hasta yakınlarına gerekli açıklamalar formun başında yer almıştır. Açıklamaları okuyup gönüllü olarak katılmak isteyen hasta yakınlarına “Araştırmaya Katılmayı Onaylıyor Musunuz? Sorusunu yanıtlarak formu doldurmaları sağlanmıştır. Bu çalışma Ankara da bulunan bir Üniversite Hastanesinin Onkoloji-Hematoloji Klinik ve Polikliniklerinde 1 Ekim 2023- 31 Mayıs 2024 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Onkoloji-Hematoloji Klinik ve Polikliniklerinde rutin olarak tedavi gören hastaların yakınlarına konu hakkında sözlü olarak bilgilendirilerek, araştırmaya katılmayı kabul eden 18-65 yaş arası 35 kadın ve 12 erkek olmak üzere toplam 47 hasta yakını çalışmaya dahil edilmiştir. Onkolojik tanı alan hastaların yakınları çalışmaya dahil edilirken, henüz tanı almamış hastaların yakınları çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.5. Verilerin Analizi

Elde edilen veriler SPSS 25 paket programı ile analiz edilmiştir. Çalışma kapsamında ele alınan ve uygulanan “Hasta Yakını Bilgi Formu”, “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” ve “Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterine ait betimsel istatistiksel (minimum, maksimum, ortalama, standart sapma, çarpıklık, basıklık ve madde ortalaması) incelenmiştir. Bu ölçeklerden elde edilen cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, meslek, sosyal güvence, çocuk sayısı, hastalığın teşhis süresi, medeni durumu gibi değişkenlerin her biri için gruplanmış ve gruplar arası farka bakılmıştır. Bu amaçla yapılan fark analizlerin

parametrik ya da nonparametrik olmasına, her bir değişken için oluşturulan gruplara ait verilerin parametrik testlere ait normallik ve varyansların homojenliği varsayımlarını sağlayıp sağlamama durumuna göre karar verilmiştir. Normallik varsayımının incelenmesinde çarpıklık ve basıklık katsayısı incelenmiştir. Araştırmada kullanılan ölçeklerin faktörleri ve toplam çarpıklık ve basıklık değerleri Tablo 3.2 de gösterilmektedir. Varyansların homojenliği varsayımının incelenmesinde Levane testi kullanılmıştır; hesaplanan p değerinin 0,05'ten büyük olması varyansların homojen olduğunu göstermektedir (Field, 2009, s.150).

Çizelge 3.2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Faktörleri ve Toplam Puanlarının Çarpıklık ve Basıklık Katsayıları

Faktörler	Çarpıklık	Basıklık
<i>Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği</i>		
Toplam Sosyal Destek	-,542	-,822
Aile Sosyal Destek	-1,320	1,284
Arkadaş Sosyal Destek	-,879	-,624
Özel Sosyal Destek	-,095	-1,494
<i>Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri</i>		
Durumluk Kaygı	-,292	,430
Sürekli Kaygı	,270	-,449
<i>Sosyo-Demografik Bilgi Formu</i>		
Cinsiyet	1,160	-,686
Yaş	,439	-,042
Hastalık Tanısı Konulma Süresi	,846	-,758
Öğrenim Durumu	-,520	-,888
Çocuk Sayısı	,572	-,619
Medeni Durum	3,687	12,110

Araştırmanın amacı kapsamında, ölçekler ve alt boyutlarından elde edilen puanların belirlenen bağımsız değişkenlerin kategorilerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğine bakılmıştır. Tablo incelendiğinde medeni durum değişkeni dışındaki değerlerin -2 ve +2 arasında değişerek normal dağılım gösterdiği görülmektedir. Çarpıklık ve basıklık değerlerinin -2 ve +2 arasında değer alması durumunda normallik varsayımı kabul edilmektedir (George ve Mallery, 2010). Bu nedenle normal dağılım gösteren faktörlerden iki kategorili olanlar için bağımsız örneklem T-test analizi, ikiden fazla kategoriye sahip olanlar için ise One-Way ANOVA analizi gerçekleştirilmiştir. Normal dağılım göstermeyen medeni durum değişkeni için ise iki kategoriden oluşması nedeni ile non-parametrik analizlerden Mann-Whitney U analizi gerçekleştirilmiştir. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri arasındaki ilişkileri

belirlemek için Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. ANOVA testi sonucunda anlamlı farklılık olduğunda ($p<0,05$) anlamlı farkın hangi kategoriden kaynaklandığını belirlemek amacıyla Post-Hoc testlerinden Tukey HSD kullanılmıştır.



4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın amacı doğrultusunda Ankara İl’inde yer alan Çocuk Hematoloji ve Onkoloji kliniklerinde 0-18 yaş aralığında kanser hastası olan çocuklara bakım veren bireylerin, hastalık sürecinde algıladıkları sosyal destek düzeyleri ile bireyin yaşadığı kaygı durumu arasındaki ilişki düzeyi bazı değişkenler doğrultusunda incelenmiş; araştırmanın alt problemlerine ilişkin bulgulara ve yorumlara yer verilmiştir.

Bu bölümde çalışmadaki alt problemlere ilişkin bulgular Tablo 4.1-4.16’da yer almaktadır.

Çizelge 4.1. Kanser hastası çocuklara bakım veren yakınlarının demografik bilgilerinin dağılımı

Değişkenler	Kategoriler	N	%	Ortalama
Cinsiyet	Kadın	35	74,5	
	Erkek	12	25,5	
Yaş	20-29	6	12,8	37,55
	30-39	25	53,2	
	40-49	12	25,5	
	50 ve üzeri	4	8,5	
Medeni Durum	Evli	44	93,6	
	Bekar	3	6,4	
Öğrenim Durumu	İlköğretim	7	14,9	
	Ortaöğretim	19	40,4	
	Yüksek öğrenim	21	44,7	
Meslek	Ev kadını	23	48,9	
	İşçi	8	17,0	
	Memur	6	12,8	
	İşsiz	6	12,8	
	Serbest	4	8,5	
Sosyal Güvence	SSK	24	51,1	
	Yok	9	19,1	
	Emekli Sandığı	6	12,8	
	Bağ-Kur	5	10,6	
	Yeşil Kart	3	6,4	
Çocuk Sayısı				2,13
Hastalık Teşhis Süresi				1,98
Tanı	Lösemi	26	55,3	
	Lenfoma	5	10,6	
	Hepatoblastom	4	8,5	
	Retinablastom	3	6,4	
	Rabdomiyosarkom	2	4,3	
	Osteosarkom	2	4,3	
	Kordoma	1	2,1	
	Sarkom	1	2,1	

Çizelge 4.1. (devam) Kanser hastası çocuklara bakım veren yakınlarının demografik dağılımı

	Akciğer kanseri	1	2,1	
	Beyin tümörü	1	2,1	
	Hemoglobin düşüklüğü	1	2,1	
Tedavi Süresi				60,94
Uyum	Uyumlu	42	89,4	
	Uyumsuz	5	10,6	
Algı	Tedavi edilemeyen bir hastalık	0	,0	
	Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık	46	97,9	
	Kolay tedavi edilen bir hastalık	1	2,1	
İlaç	Tedavi edeceğine inanmıyorum	10	21,3	
	Tedavi edecek ama çok yan etkisi var	32	68,1	
	Diğer	5	10,6	

Bireylerin genel özellikleri Çizelge 4.1’de gösterilmiştir. Bireylerin % 74,5’inin kadın, % 25,5’inin erkek ve yaş ortalamasının 37,55 olduğu tespit edilmiştir. Öğrenim düzeyine bakıldığında % 12,8’i ilköğretim ve % 44,7’si yükseköğrenim mezunudur. Meslekleri incelendiğinde % 48,9’u ev kadını, %12,8’i memur, %8,5’i serbest meslek sahibi olduğu, %93,6’sı evli ve % 6,4’ü bekarıdır. Sosyal güvencelerinin %51,1’inin SSK’lı, %12,8’inin emekli sandığına bağlı ve %6,4’ünün yeşil kartlı olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların çocuk sayısı ortalaması 2,13’dür. Hastalık tanıları incelendiğinde ise %55,3’ünün lösemi, %4,3’ünün osteosarkom ve %2,1’i beyin kanseri olduğu, hasta yakınlarının %89,4’inin hastalık sürecine uyum sağlayabildikleri %10,6’sının ise bu sürece uyum sağlayamamıştır. Katılımcıların %97,9’unun hastalığın uzun süre tedavi gerektirdiğini, %2,1’inin kolay tedavi edilen bir hastalık olarak değerlendirdiğini, %21,3’ünün hastalığa uygulanan ilaçların hastalığı tedavi edeceğine inanmadığını ve %68,1’inin ise ilaçların hastalığı tedavi edeceği ama çok yan etkisi olduğunu ifade etmiştir.

Çizelge 4.2. Katılımcıların durumluk-sürekli kaygı envanterinin durumluk kaygı ve sürekli kaygı faktöründen aldıkları puanların ortalamaları

Faktörler	n	Min.	Max.	$\bar{X}$	SS
Durumluk kaygı	47	26,00	71,00	49,276	11,21858
Sürekli kaygı	47	30,00	66,00	47,127	8,99182

Çizelge 4.2’de hasta yakınlarından alınan bilgiler doğrultusunda, durumluk kaygı faktörü puanı ortalamasının $\bar{X} = 49,276 \pm 11,21858$ olduğu, sürekli kaygı faktörü puan ortalamasının

ise $\bar{X} = 47,127 \pm 8,99182$ olduğu belirlenmiştir. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterinden alınan 40-59 arası puan orta düzeyde kaygı olduğunu göstermektedir. Buna göre katılımcılarının kaygı düzeylerinin orta düzeyde olduğu söylenebilir.

Çizelge 4.3. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği faktörlerinin puan ortalaması

Ölçek/faktörler	n	Min.	Max.	$\bar{X}$	SS
Aile sosyal destek	47	8,00	28,00	23,468	5,06845
Arkadaş sosyal destek	47	4,00	28,00	19,808	7,68012
Özel insan sosyal destek	47	4,00	28,00	16,170	8,56007
Toplam sosyal destek	47	18,00	84,00	59,446	17,94291

Çizelge 4.3’de hasta yakınlarının algıladıkları sosyal destek ölçeği genel toplam puanı ortalamasının $\bar{X} = 59,44$ olduğu, ölçeğin aile sosyal destek faktörünün puan ortalamasının $\bar{X} = 23,468$ iken, arkadaş sosyal destek faktörünün puan ortalamasının $\bar{X} = 19,808$ olduğu ve bunlar dışında bir kişinin varlığına ilişkin değerlendirilen özel insan sosyal destek faktörünün puan ortalamasının ise $\bar{X} = 16,170$ olduğu görülmektedir. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden alınabilecek en yüksek puan 84, alt ölçeklerden alınabilecek en yüksek puan ise 28 puandır. Ölçekten alınan puan ne kadar yüksek ise algılanan sosyal desteğin o kadar yüksek olduğunu göstermektedir. Buna göre katılımcıların algılanan sosyal destek düzeylerinin yüksek düzeyde olduğu söylenilebilir.

Çizelge 4.4. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği faktörleri ile öğrenim durumuna göre One-Way Anova analizi sonuçları

<i>Faktörler</i>	<i>Öğrenim durumu</i>	<i>N</i>	<i>$\bar{x}$</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Tukey</i>
<i>Toplam Sosyal Destek</i>	İlköğretim	7	45,14	15,53	4,660	,015*	1>3
	Ortaöğretim	19	56,94	56,94			
	Yükseköğretim	21	66,47	66,47			
<i>Aile Sosyal Destek</i>	İlköğretim	7	20,28	5,61	1,864	,167	--
	Ortaöğretim	19	23,52	5,26			
	Yükseköğretim	21	24,47	4,47			

Çizelge 4.4. (devam) Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği faktörleri ile öğrenim durumuna göre One-Way Anova analizi sonuçları

<i>Arkadaş Sosyal Destek</i>	İlköğretim	7	14,28	7,60	7,043	,002**	1>3>2
	Ortaöğretim	19	17,42	8,71			
	Yükseköğretim	21	23,80	4,13			
<i>Özel İnsan Sosyal Destek</i>	İlköğretim	7	10,57	6,57	2,194	,123	--
	Ortaöğretim	19	16,00	9,26			
	Yükseköğretim	21	18,19	7,93			

* $p<0,05$, ** $p<0,01$ düzeyinde anlamlıdır.

Çizelge 4.4’de Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin “toplam sosyal destek” faktörü ile öğrenim durumuna göre incelendiğinde, yükseköğretim mezunlarının öğrenim düzeyi puan ortalaması ($\bar{x}=66,47$) yüksek iken, ilköğretim mezunlarının puan ortalamasının ($\bar{x}=45,14$) düşük olduğu belirlenmiştir. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin “toplam sosyal destek” faktörü ile öğrenim durumları karşılaştırıldığında Tukey HSD Post-Hoc testiyle gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir [$F= 4,660$], ($p<0.05$). Bu durumun katılımcıların öğrenim durumları arasındaki farktan kaynaklı olduğu söylenebilir.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin “aile sosyal destek” faktörü ile öğrenim durumu değişkeni incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir [$F= 1,864$], ($p>0.05$). Buna göre katılımcıların öğrenim durumlarının aile sosyal destek faktörü üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin “arkadaş sosyal destek” faktörü ile öğrenim durumu değişkeni incelendiğinde, yükseköğretim mezunlarının öğrenim düzeyi puan ortalaması ($\bar{x}=23,80$) yüksek iken, ilköğretim mezunlarının öğrenim düzeyi puan ortalamasının ($\bar{x}=14,28$) düşük olduğu belirlenmiştir. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin “arkadaş sosyal destek” faktörü ile öğrenim durumları karşılaştırıldığında Tukey HSD Post-Hoc testiyle gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir [$F= 7,043$], ($p<0.05$). Buna göre katılımcıların öğrenim durumlarının arkadaş sosyal destek faktörü üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu görülmektedir.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin “özel insan sosyal destek” faktörü ile öğrenim durumu değişkeni incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak öğrenim durumlarına göre anlamlı fark tespit edilmemiştir [$F= 1,864$], ($p>0.05$). Buna göre katılımcıların öğrenim durumlarının özel insan sosyal destek faktörü üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı görülmektedir.

Çizelge 4.5. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği faktörleri ile çocuk sayısı değişkeni arasındaki One-Way Anova analizi sonuçları

Faktörler	Çocuk sayısı	N	$\bar{x}$	SD	F	p	Tukey
Toplam Sosyal Destek	1 Çocuk	14	68,57	8,44	3,829	,016*	1>3*
	2 Çocuk	19	61,05	17,20			
	3 Çocuk	8	45,62	17,97			
	4 Çocuk	6	51,50	25,18			
Aile Sosyal Destek	1 Çocuk	14	24,28	3,26	2,292	,092	--
	2 Çocuk	19	25,00	3,94			
	3 Çocuk	8	21,25	6,25			
	4 Çocuk	6	19,66	7,86			
Arkadaş Sosyal Destek	1 Çocuk	14	24,28	2,61	2,576	,066	--
	2 Çocuk	19	19,78	8,29			
	3 Çocuk	8	13,62	8,14			
	4 Çocuk	6	17,66	7,86			
Özel İnsan Sosyal Destek	1 Çocuk	14	20,00	7,54	4,193	,011*	1>3*
	2 Çocuk	19	16,26	8,20			
	3 Çocuk	8	10,75	7,14			
	4 Çocuk	6	14,16	10,92			

* $p<0,05$, ** $p<0,01$ düzeyinde anlamlıdır.

Çizelge 4.5’de Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin “toplam sosyal destek” faktörü ile çocuk sayısı değişkeni incelendiğinde, tek çocuk sayısı puan ortalaması ($\bar{x}=68,57$) yüksek iken, 3 çocuk sayısı puan ortalamasının ($\bar{x}=45,62$) düşük olduğu belirlenmiştir. Buna göre, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin “toplam sosyal destek” faktörü üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmaktadır. Anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan Tukey HSD Post-Hoc testiyle gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir [$F= 3,869$], ($p<0.05$). Buna göre, katılımcıların algılanan sosyal destek ölçeğinin toplam sosyal destek faktörü üzerinde çocuk sayısının anlamlı bir etkisi bulunmaktadır.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin “aile sosyal destek” faktörü ile çocuk sayısı değişkeni incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir [$F= 2,292$], ($p>0.05$). Buna göre katılımcıların çocuk sayılarının aile sosyal destek faktörü üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin “arkadaş sosyal destek” faktörü ile çocuk sayısı değişkeni incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır [$F= 2,576$], ($p>0.05$). Buna göre katılımcıların çocuk sayılarının arkadaş sosyal destek faktörü üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin “özel insan sosyal destek” faktörü ile çocuk sayısı değişkeni incelendiğinde, tek çocuk sayısı puan ortalaması ($\bar{x}=20,00$) yüksek iken, 3 çocuk sayısı puan ortalamasının ($\bar{x}=10,75$) düşük olduğu belirlenmiştir. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin “özel insan sosyal destek” faktörü ile çocuk sayıları karşılaştırıldığında Tukey HSD Post-Hoc testiyle gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur [$F= 4,193$], ($p<0.05$). Buna göre, katılımcıların algılanan sosyal destek ölçeğinin özel insan sosyal destek faktörü üzerinde çocuk sayısının anlamlı bir etkisi bulunmaktadır.

Çizelge 4.6. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği faktörleri ile hastalık tanısı konulma süresi değişkeni arasındaki One-Way Anova analizi sonuçları

Faktörler	Hastalık tanısı konulma süresi	N	$\bar{x}$	SD	F	p	Tukey
Toplam Sosyal Destek	0-6 Ay	22	61,81	13,94	1,680	,185	--
	7-12 Ay	13	50,38	18,58			
	13-36 Ay	3	64,00	27,22			
	37 ay ve üzeri	9	65,22	21,04			
Aile Sosyal Destek	0-6 Ay	22	24,72	3,50	1,763	,169	--
	7-12 Ay	13	20,84	5,85			
	13-36 Ay	3	23,33	8,08			
	37 ay ve üzeri	9	24,22	5,60			
Arkadaş Sosyal Destek	0-6 Ay	22	20,86	7,45	1,300	,287	--
	7-12 Ay	13	16,30	7,09			
	13-36 Ay	3	21,33	11,54			
	37 ay ve üzeri	9	21,77	7,47			

Çizelge 4.6. (devam) Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği faktörleri ile hastalık tanısı konulma süresi değişkeni arasındaki One-Way Anova analizi sonuçları

Özel İnsan Sosyal Destek	0-6 Ay	22	16,22	8,70	1,031	,388	--
	7-12 Ay	13	13,23	7,56			
	13-36 Ay	3	19,33	8,50			
	37 ay ve üzeri	9	19,22	9,49			

Çizelge 4.6’da Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin “toplam sosyal destek” faktörü ile hastalık tanısı konulma süresi değişkeni incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir [$F= 1,680$], ($p>0.05$). Buna göre katılımcıların hastalık tanısı konulma sürelerinin toplam sosyal destek faktörü üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin “aile sosyal destek” faktörü ile hastalık tanısı konulma süresi değişkeni incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır [$F= 1,763$], ($p>0.05$). Buna göre katılımcıların hastalık tanısı konulma sürelerinin aile sosyal destek faktörü üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin “arkadaş sosyal destek” faktörü ile hastalık tanısı konulma süresi değişkeni incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir [$F= 1,300$], ($p>0.05$). Buna göre katılımcıların hastalık tanısı konulma sürelerinin arkadaş sosyal destek faktörü üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin “özel insan sosyal destek” faktörü ile hastalık tanısı konulma süresi değişkeni incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir [$F= 1,031$], ($p>0.05$). Buna göre katılımcıların hastalık tanısı konulma sürelerinin özel insan sosyal destek faktörü üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır.

Çizelge 4.7. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği faktörler ile medeni durum değişkeni arasındaki Mann-Whitney U analizi sonuçları

Faktörler	Medeni durum	N	Sıra Toplamı	Sıra Ortalaması	U	p
Toplam Sosyal Destek	Evli	44	1059	24,07	63,000	,896
	Bekar	3	69,00	23,00		
Aile Sosyal Destek	Evli	44	1058,50	24,06	63,500	,912
	Bekar	3	69,50	23,17		
Arkadaş Sosyal Destek	Evli	44	1035,50	23,53	45,500	,370
	Bekar	3	92,50	30,83		
Özel İnsan Sosyal Destek	Evli	44	1068,50	24,28	53,500	,585
	Bekar	3	59,50	19,83		

Çizelge 4.7’de Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin “toplam sosyal destek” faktörü ile medeni durum değişkenine göre incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($U=63,000$, $p>0,05$). Buna göre katılımcıların medeni durumlarının toplam sosyal destek faktörü üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin “aile sosyal destek” faktörü ile medeni durum değişkenine göre incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($U=63,500$, $p>0,05$). Buna göre katılımcıların medeni durumlarının toplam sosyal destek faktörü üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin “arkadaş sosyal destek” faktörü ile medeni durum değişkenine göre incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($U=45,500$, $p>0,05$). Buna göre katılımcıların medeni durumlarının aile sosyal destek faktörü üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin “özel insan sosyal destek” faktörü ile medeni durum değişkenine göre incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($U=53,500$, $p>0,05$). Buna göre katılımcıların medeni durumlarının özel insan sosyal destek faktörü üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır.

Çizelge 4.8. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği faktörü ile cinsiyet değişkeni arasındaki T-test analizi sonuçları

Faktörler	Cinsiyet	N	$\bar{x}$	SD	t	p
Toplam Sosyal Destek	Kadın	35	58,54	18,17	-,586	,561
	Erkek	12	25,00	17,75		
Aile Sosyal Destek	Kadın	35	22,94	5,40	-1,220	,229
	Erkek	12	25,00	3,69		
Arkadaş Sosyal Destek	Kadın	35	19,54	7,67	-,401	,690
	Erkek	12	20,58	7,99		
Özel İnsan Sosyal Destek	Kadın	35	16,05	8,65	-,153	,879
	Erkek	12	16,50	8,63		

Çizelge 4.8’de Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin “toplam sosyal destek” faktörü ile cinsiyet değişkenine göre incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($t=-,593$, $p>0.05$). Buna göre katılımcıların cinsiyetlerinin toplam sosyal destek faktörü üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin “aile sosyal destek” faktörü ile cinsiyet değişkenine göre incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($t=-1,465$, $p>0.05$). Buna göre katılımcıların cinsiyetlerinin aile sosyal destek faktörü üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin “arkadaş sosyal destek” faktörü ile cinsiyet değişkenine göre incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($t=-,393$, $p>0.05$). Buna göre katılımcıların cinsiyetlerinin arkadaş sosyal destek faktörü üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin “özel insan sosyal destek” faktörü ile cinsiyet değişkenine göre incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($t=-,153$, $p>0.05$). Buna göre katılımcıların cinsiyetlerinin özel insan sosyal destek faktörü üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır.

Çizelge 4.9. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği faktörleri ile yaş değişkeni arasındaki One-Way Anova analizi sonuçları

Faktörler	Yaş grupları	N	$\bar{x}$	SD	F	P	Tukey
Toplam Sosyal Destek	20-29 yaş arası	6	62,66	14,22	,186	,905	--
	30-39 yaş arası	25	58,72	18,71			
	40-49 yaş arası	12	57,83	20,16			
	50 ve üzeri yaş	4	64,00	15,59			
Aile Sosyal Destek	20-29 yaş arası	6	23,83	4,16	,741	,534	--
	30-39 yaş arası	25	24,28	5,16			
	40-49 yaş arası	12	22,50	5,40			
	50 ve üzeri yaş	4	20,75	4,99			
Arkadaş Sosyal Destek	20-29 yaş arası	6	22,33	4,92	,339	,797	--
	30-39 yaş arası	25	19,48	8,40			
	40-49 yaş arası	12	18,75	8,21			
	50 ve üzeri yaş	4	21,25	5,56			
Özel İnsan Sosyal Destek	20-29 yaş arası	6	16,50	7,55	,786	,508	--
	30-39 yaş arası	25	14,96	9,13			
	40-49 yaş arası	12	16,58	8,32			
	50 ve üzeri yaş	4	6,92	3,46			

Çizelge 4.9’da Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin “toplam sosyal destek” faktörü ile yaş değişkeni incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir [$F= ,186$], ($p>0.05$). Buna göre katılımcıların yaşlarının toplam sosyal destek faktörü üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin “aile sosyal destek” faktörü ile yaş değişkeni incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir [$F= ,741$], ($p>0.05$). Buna göre katılımcıların yaşlarının aile sosyal destek faktörü üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin “arkadaş sosyal destek” faktörü ile yaş değişkeni incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir [$F= ,339$], ($p>0.05$). Buna göre katılımcıların yaşlarının arkadaş sosyal destek faktörü üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin “özel insan sosyal destek” faktörü ile yaş değişkeni incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir [$F= ,786$], ($p>0.05$). Buna göre katılımcıların yaşlarının özel insan sosyal destek faktörü üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır.

Çizelge 4.10. Durumluk-sürekli kaygı envanteri alt boyutları ile öğrenim durumu değişkeni arasındaki One-Way Anova analizi sonuçları

Faktörler	Öğrenim durumu	N	$\bar{x}$	SD	F	p	Tukey
Durumluk Kaygı	İlköğretim	7	46,57	14,50	,784	,463	
	Ortaöğretim	19	47,78	11,17			
	Yükseköğretim	21	51,52	10,19			
Sürekli Kaygı	İlköğretim	7	48,14	10,05	,065	,937	
	Ortaöğretim	19	46,68	8,86			
	Yükseköğretim	21	47,19	9,18			

Çizelge 4.10’da Durumluk-sürekli kaygı envanterinin “durumluk kaygı” faktörü ile öğrenim durumları incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir [$F= ,784$], ($p>0.05$). Buna göre katılımcıların öğrenim durumlarının durumluk kaygı faktörü üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır.

Durumluk-sürekli kaygı envanterinin “sürekli kaygı” faktörü ile öğrenim durumları incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir [$F= ,065$], ($p>0.05$). Buna göre katılımcıların öğrenim durumlarının sürekli kaygı faktörü üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır.

Çizelge 4.11. Durumluk-sürekli kaygı envanteri faktörleri ile çocuk sayısı değişkeni arasındaki One-Way Anova analizi sonuçları

Faktörler	Çocuk sayısı	N	$\bar{x}$	SD	F	p	Tukey
Durumluk Kaygı	1 Çocuk	14	55,28	8,09	2,921	,045*	1>4
	2 Çocuk	19	48,68	10,58			
	3 Çocuk	8	46,25	12,27			
	4 Çocuk	6	41,16	13,31			
Sürekli Kaygı	1 Çocuk	14	51,71	7,46	3,786	,017*	1>2
	2 Çocuk	19	43,36	7,81			
	3 Çocuk	8	51,00	7,94			
	4 Çocuk	6	43,16	11,63			

* $p<0,05$, ** $p<0,01$ düzeyinde anlamlıdır.

Çizelge 4.11’de Durumluk-sürekli kaygı envanterinin “durumluk kaygı” faktörü ile çocuk sayısı değişkeni incelendiğinde, 1 çocuk sayısı puan ortalaması ($\bar{x}=55,28$) yüksek iken, 4 çocuk sayısı puan ortalamasının ($\bar{x}=41,16$) düşük olduğu belirlenmiştir. Durumluk-sürekli kaygı envanterinin “durumluk kaygı” faktörü ile çocuk sayıları karşılaştırıldığında Tukey HSD Post-Hoc testiyle gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir [$F=2,921$], ($p<0.05$). Buna göre, katılımcıların durumluk kaygı faktörü üzerinde çocuk sayısının anlamlı bir etkisi bulunmaktadır.

Durumluk-sürekli kaygı envanterinin “sürekli kaygı” faktörü ile çocuk sayısı değişkeni incelendiğinde, 1 çocuk sayısı puan ortalaması ($\bar{x}=51,71$) yüksek iken, 2 çocuk sayısı puan ortalamasının ($\bar{x}=43,36$) düşük olduğu belirlenmiştir. Durumluk-sürekli kaygı envanterinin “sürekli kaygı” faktörü ile çocuk sayıları karşılaştırıldığında Tukey HSD Post-Hoc testiyle gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir [$F=3,786$], ($p<0.05$). Buna göre, katılımcıların durumluk kaygı faktörü üzerinde çocuk sayısının anlamlı bir etkisi bulunmaktadır.

Çizelge 4.12. Durumluk-sürekli kaygı envanteri faktörleri ile hastalık tanısı konulma süresi değişkeni arasındaki One-Way Anova analizi sonuçları

Faktörler	Hastalık tanısı konulma süresi	N	$\bar{x}$	SD	F	p	Tukey
Durumluk Kaygı	0-6 Ay	22	52,63	11,57	1,620	,199	
	7-12 Ay	13	45,15	10,06			
	13-36 Ay	3	43,00	16,52			
	37 ay ve üzeri	9	49,11	8,83			
Sürekli Kaygı	0-6 Ay	22	48,31	9,43	,768	,518	
	7-12 Ay	13	47,61	8,35			
	13-36 Ay	3	40,33	13,05			
	37 ay ve üzeri	9	45,77	7,77			

Çizelge 4.12’de Durumluk-sürekli kaygı envanterinin “durumluk kaygı” faktörleri ile tanı konulma süresi değişkeni incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir [$F=1,620$], ($p>0.05$). Buna göre katılımcıların hastalık tanısı konulma sürelerinin durumluk kaygı faktörü üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır.

Durumluk-sürekli kaygı envanterinin “sürekli kaygı” faktörleri ile tanı konulma süresi değişkeni incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit

edilmemiştir [$F= ,768$], ($p>0.05$). Buna göre katılımcıların hastalık tanısı konulma sürelerinin sürekli kaygı faktörü üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır.

Çizelge 4.13. Durumluk-sürekli kaygı envanteri faktörleri ile medeni durum değişkeni arasındaki Mann-Whitney U analizi sonuçları

Faktörler	Medeni durum	N	Sıra Toplamı	Sıra Ortalaması	U	p
Durumluk Kaygı	Evli	44	1043	23,70	53,000	,571
	Bekar	3	85	28,33		
Sürekli Kaygı	Evli	44	1077,50	24,49	44,500	,349
	Bekar	3	50,50	16,83		

Çizelge 4.13’te Durumluk-sürekli kaygı envanterinin “durumluk kaygı” faktörleri ile medeni durum değişkenine göre incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir ($U=53,000$, $p>0.05$). Buna göre katılımcıların medeni durumlarının durumluk kaygı faktörü üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır.

Durumluk-sürekli kaygı envanterinin “sürekli kaygı” faktörleri ile medeni durum değişkenine göre incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir ($U=44,500$, $p>0.05$). Buna göre katılımcıların medeni durumlarının sürekli kaygı faktörü üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır.

Çizelge 4.14. Durumluk-sürekli kaygı envanteri faktörleri ile cinsiyet değişkeni arasındaki T-test analizi sonuçları

Faktörler	Cinsiyet	N	$\bar{x}$	SD	t	p
Durumluk Kaygı	Kadın	35	48,45	9,41	1,281	,214
	Erkek	12	43,25	6,49		
Sürekli Kaygı	Kadın	35	50,42	11,46	1,771	,083
	Erkek	12	45,91	10,18		

Çizelge 4.14’de Durumluk-sürekli kaygı envanterinin “durumluk kaygı” faktörü ile cinsiyet değişkenine göre incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($t=1,281$, $p>0.05$). Buna göre katılımcıların cinsiyetlerinin durumluk kaygı faktörü üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır.

Durumluk-sürekli kaygı envanterinin “sürekli kaygı” faktörü ile cinsiyet değişkenine göre incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir ($t=1,771$, $p>0.05$). Buna göre katılımcıların cinsiyetlerinin sürekli kaygı faktörü üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır.

Çizelge 4.15. Durumluk-sürekli kaygı envanteri faktörleri ile yaş değişkeni arasındaki One-Way Anova analizi sonuçları

Faktörler	Yaş grupları	N	$\bar{x}$	SD	F	p	Tukey
Durumluk Kaygı	20-29 yaş arası	6	53,83	11,05	,577	,634	-
	30-39 yaş arası	25	49,72	11,37			
	40-49 yaş arası	12	46,66	12,51			
	50 ve üzeri yaş	4	47,50	6,55			
Sürekli Kaygı	20-29 yaş arası	6	52,16	10,22	,910	,444	-
	30-39 yaş arası	25	46,76	9,43			
	40-49 yaş arası	12	44,91	7,92			
	50 ve üzeri yaş	4	48,50	7,04			

Çizelge 4.15’te Durumluk-sürekli kaygı envanterinin “durumluk kaygı” faktörleri ile yaş değişkenine göre incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir [$F= ,577$], ($p>0.05$). Buna göre katılımcıların yaşlarının durumluk kaygı faktörü üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır.

Durumluk-sürekli kaygı envanterinin “sürekli kaygı” faktörleri ile yaş değişkenine göre incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir [$F= ,910$], ($p>0.05$). Buna göre katılımcıların yaşlarının sürekli kaygı faktörü üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamaktadır.

Çizelge 4.16. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği faktörleri ile durumluk-sürekli kaygı envanteri faktörleri arasındaki Pearson korelasyon analizi

Faktörler		Toplam Sosyal Destek	Aile SD	Arkadaş SD	Özel SD	Durumluk Kaygı	Sürekli Kaygı
Toplam Sosyal Destek	r	1	,673	,914	,877	-,018	-,277
	p		,000	,000	,000	,903	,060
	n		47	47	47	47	47

Çizelge 4.16. (devam) Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği faktörleri ile durumluk-sürekli kaygı envanteri faktörleri arasındaki Pearson korelasyon analizi

Aile SD	r		1	,527	,347	,002	-,402
	p			,000	,017	,988	,005*
	n			47	47	47	47
Arkadaş SD	r			1	,706	,109	-,090
	p				,000	,465	,547
	n				47	47	47
Özel İnsan SD	r				1	-,138	-,261
	p					,356	,076
	n					47	47
Durumluk Kaygı	r					1	,523
	p						,000
	n						47
Sürekli Kaygı	r						1
	p						
	n						

Çizelge 4.16 incelendiğinde çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin “aile sosyal destek” faktörleri ile durumluk-sürekli kaygı envanterinin “sürekli kaygı” faktörleri arasında negatif yönde ($r=-,402$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin “aile sosyal destek” faktörü ile durumluk-sürekli kaygı envanterinin “durumluk kaygı” faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin “toplam sosyal destek” faktörü ile durumluk-sürekli kaygı envanterinin “durumluk kaygı” ve “sürekli kaygı” faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin “arkadaş sosyal destek” faktörü ile durumluk-sürekli kaygı envanterinin “durumluk kaygı” ve “sürekli kaygı” faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin “özel insan sosyal destek” faktörü ile durumluk-sürekli kaygı envanterinin “durumluk kaygı” ve “sürekli kaygı” faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).



5. TARTIŞMA

Kanser, hastaları etkilediği kadar hastanın yakınlarını da birçok yönden etkilemekte ve ailenin tüm hayatının birçok değişikliğe neden olmaktadır. Bakım veren bireyler tanı konulmasından son sürece kadar geçen sürede önemli bir rol üstlendiklerinden, algıladıkları sosyal desteğin ortaya çıkarılması ve kaygıyla olan ilişkisinin incelenerek tartışmalarla kanser hastaları ve bakım veren için öneriler sunulması önem kazanmaktadır.

Bu araştırmayla, kanser tanısı alan hastalara bakım veren yakınlarının kaygı düzeyleri ile algıladıkları sosyal desteğin ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır ayrıca bakım veren bireylerin demografik özelliklerine göre kaygı durumları ve sosyal destek düzeylerine göre farklılaşma olup olmadığı incelenmiştir olup, bu doğrultuda şu durumlar ortaya çıkmıştır.

Çalışmaya katılan hastalara bakım veren kişilerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde katılımcıların yaş ortalamasının $\bar{x}=37,55\pm7,45$ olduğu belirlendi (Bkz. Çizelge 4.1). Yapılan literatür taramasında çalışmamızla benzer sonuçların olduğu görülmüştür. Atamer (2021)'in yaptığı çalışmada yaş ortalamasını $\bar{x}= 45,39\pm13,78$ yaş, Karaslan (2013) yaptığı çalışmada yaş ortalamasını $\bar{x}= 44,93\pm11,86$ yaş ve Cho ve diğerleri (2013) yaptıkları çalışmada yaş ortalamasını $43,2\pm0,4$ yaş olarak tespit etmişlerdir.

Araştırmamıza katılan hastalara bakım veren yakınları cinsiyet değişkenine göre incelendiğinde katılımcıların neredeyse dörtte üçünün %74,5'inin kadınlardan oluştuğu bulunmuştur (Bkz. Çizelge 4.1). Kanser hastalarına bakım veren kişilerin daha çok kadınlardan oluştuğunu gösteren ve çalışmamızı bu yönden destekleyen birçok araştırma literatürde bulunmaktadır (Yıldız ve diğerleri, 2016). Dionne-Odom ve diğerleri (2016)'nin yaptıkları çalışmada bakım veren kişilerin %64,4'ünün kadın olduğunu belirlemiştir. Uğur ve Fadiloğlu (2012)'nin yaptıkları çalışmada bakım veren bireylerin %72'lik bölümünün kadınlardan oluştuğunu bildirmiştir. Konu ile ilgili benzer yapılan araştırmalarda da bakım verenlerin çoğunluğunun kadın olduğu saptanmıştır. (Badihian ve diğerleri, 2017; Ergen, 2017; Robb ve diğerleri, 2014). Yapılan çalışmada bakım veren kişilerin çoğunluk olarak kadın olması; Türk kültürünün ataerkil bir yapıda olması, geleneksel yaşantımızda bakım verme sorumluluğunu daha çok ailedeki kadınların üstlenmesi, toplum olarak hasta veya yaşlı olan bireylere gereken bakım vermenin kadının görevi olduğunun düşünülmesi,

erkeklerin daha çok çalışma hayatında olması ve aileye ekonomik olarak desteklemesi ile ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katkıda bulunan hastalara bakım veren bireylerin medeni durumu incelendiğinde (Bkz. Çizelge 4.1) büyük oranının (%93,6) evli olduğu ve çocuk sahibi olduğu görülmektedir. Altaş (2020)'ın yaptığı çalışmada hasta yakını bireylerin büyük çoğunluğunun evli olduğu, Ülgen (2019)'un çalışmasında bakım vericilerin %73'ünün evli, %72,5 inin çocuk sahibi olduğu, Karaslan (2013)'ın çalışmasında bakım verenlerin çoğunluğunun evli (%78,7) ve çocuk sahibi (%74) olması benzer sonuçlar çıkarak çalışmamızı destekler niteliktedir. Yapılan literatür taramasında bakım verenlerin çoğunluğunun evli ve çocuk sahibi olduğu bilgisine ulaşılmıştır (Corà, Partinico, Munafò ve Palomba, 2012; Yeh ve diğerleri, 2009; Palos ve diğerleri, 2011). Araştırmada sonucunda elde edilen bu bulgular literatür ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmanın demografik bilgilerinden biri olan mesleki duruma göre incelendiğinde de hasta yakınlarının çoğunluğunu ev kadınları (%48,9) oluşturmaktadır (Bkz. Çizelge 4.1). Araştırmaya katılan hastalara bakım veren bireylerin çoğunluğunun sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır (Bkz. Çizelge 4.1). Ülgen (2019)'ın hastalara bakım veren kişiler üzerinde yaptığı çalışmada bakım veren kişilerden %86,5'inin sosyal güvencesinin olduğu, %68,9'unun çalışmadığı tespit etmiştir. Tok (2023) çalışmasında hasta yakını bireylerin %59,5'inin çalışmadığını, Karakuş, Öztürk ve Tamam (2022) çalışmasında bakım verenlerin %86'sının sosyal güvenceye sahip olduğunu, Babaoğlu ve Öz (2003) çalışmasında hasta yakınlarının %61,2'sinin çalışmadığı, Aksakal (2014) çalışmasında hasta yakını bireylerin çoğunluğunun (%38,2) ev kadınlarından oluşturduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışma sonucunda elde edilen bulgular da çalışmamızı destekler nitelikte olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının algıladıkları sosyal destek puan incelendiğinde (Bkz. Çizelge 4.3) toplam puanın $59,446 \pm 17,942$ yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum araştırmaya katılan kanser hastalarına bakım veren bireylerin sosyal destek sistemlerinin sağlıklı bir şekilde çalıştığı anlamına gelmektedir. Araştırmanın sonucuna paralel olarak Çiçek (2012) yaptığı çalışmada alınan sosyal destek puanı ortalamasını $57,01 \pm 11,62$ olarak, Karaaslan (2013) yaptığı çalışmada bakım vericilerin sosyal destek puan ortalamasını $55,62 \pm 23,17$ olarak bulmuştur. Konjenital kalp hastalığı olan çocukların yakınları ile yapılan çalışmada hasta yakınlarının algıladıkları sosyal destek puan

ortalamasının $69,55 \pm 15,47$ olduğu saptanmıştır (Öden, 2016). Araştırmada algılanan sosyal destek ölçeğinde yer alan faktörler değerlendirildiğinde, hastalara bakım veren bireylerin daha çok ailelerinden sosyal destek aldıkları bulunmuştur. Ancak özel insan sosyal destek faktörü ölçeği daha az puan almıştır (Bkz. Çizelge 4. 3).

Meksika’da lösemili çocukların ebeveynleri ile yapılmış olan bir çalışmada aile üyelerinin çoğunun, çocuklarının kanser hastalığı ile başa çıkabilmek için aile bağlarının önemli bir yeri olduğu belirtilmiştir (Rocha-Garcia ve diğerleri, 2003).

Araştırmaya katılan hasta yakınlarından elde edilen verilere göre (Bkz. Çizelge 4.4) bireylerin algıladıkları sosyal destek puanlarının öğrenim düzeylerine göre farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesi için yapılan analiz sonucunda, yükseköğrenim mezunu katılımcıların toplam sosyal destek puanlarının ilköğretim mezunlarının toplam sosyal destek puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Yani öğrenim düzeyi arttıkça algılanan sosyal destek düzeyi de artmaktadır. Ayrıca yapılan analiz sonucunda, yükseköğrenim mezunu katılımcıların arkadaş sosyal destek puanlarının ilköğretim mezunlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durumun öğrenim düzeyi yüksek kişilerin sosyal destek kaynaklarına erişime noktasında daha fazla bilgi sahibi olmalarından kaynaklı olduğu söylenebilir. Erhan (2005) zihinsel engelli çocuğu olan annelerle ilgili olarak yapmış olduğu çalışmada annelerin öğrenim düzeyi attıkça sosyal destek düzeyinin arttığını ve daha çok gelecek planı yaptıklarını ifade etmiştir. Coşkun ve Akkaş (2009) engelli çocuğu olan annelerle yaptıkları çalışmada annelerin öğrenim düzeyi arttıkça sosyal destek algılama düzeylerinin de arttığı belirlenmiştir. Hacıoğlu (2017)’ de omurilik yaralanmalı hastalara bakım verenlerle yapmış olduğu çalışmaya göre, öğrenim düzeyi arttıkça arkadaş sosyal destek düzeyinin arttığını bildirmiştir. Öte yandan araştırmada elde edilen bulgulardan farklı olarak, Kaplan Kalkan (2020) yaptığı çalışmada, algılanan sosyal desteğin öğrenim durumuna göre farklılık göstermediğini, Güven (2010) çalışmasında, algılanan sosyal desteğin öğrenim durumuyla ilişkili olmadığını belirtmiştir.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarından elde edilen verilere göre (Bkz. Çizelge 4.5) bireylerin algıladıkları sosyal destek puanlarının çocuk sayısı değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesi için yapılan analiz sonucunda, 1 çocuk sahibi bireylerin toplam sosyal destek puanlarının 3 çocuk sahibi bireylerin toplam sosyal destek puanlarına

göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca yapılan analiz sonucunda, 1 çocuk sahibi bireylerin özel insan sosyal destek puanlarının 3 çocuk sahibi bireylerin toplam sosyal destek puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Kurtbeyoğlu ve Yıldız Demirtaş (2020) özel öğrenme güçlüğü tanılı çocukların olan anne-babaları ile yapmış oldukları çalışmada, kişilerin sahip oldukları çocuk sayısına göre algılanan sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Ailenin çocuk sayısı arttıkça sosyal destek algılarının düştüğü görülmüştür. Bu bulgular çalışmamızla benzer niteliktedir.

Araştırmada tedavi süreleri incelendiğinde tedavi süresi ortalama olarak 60,94 hafta şeklindedir (Bkz. Çizelge 4. 1). Araştırmaya katılan hasta yakınlarından elde edilen verilere göre (Bkz. Çizelge 4.6) bireylerin algıladıkları sosyal destek puanlarının hastalık tanısı konulması değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesi için yapılan analiz sonucunda, algılanan sosyal destek ve çocukların kanser teşhisini alma zamanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Salim ve diğerleri (2019) ve Bilgin ve Yıldırım (2017) tarafından yapılmış olan araştırmalarda bu bulguyu destekler nitelikte bulgular öne sürülmüştür.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarından elde edilen verilere göre (Bkz. Çizelge 4.7) bireylerin algıladıkları sosyal destek puanlarının medeni durum değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesi için yapılan analiz sonucunda, algılanan sosyal destek ve medeni durum değişkeni arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Pelit (2015) yapmış olduğu jinekolojik kanserli hastanın hastanede bakımına destek veren aile üyelerinin bakım yükü ve algıladıkları sosyal destek düzeyinin belirlenmesine ilişkin çalışmasında, algılanan sosyal desteğin medeni duruma göre bir farklılık göstermediği sonucuna ulaşmıştır. Kızıler (2007) de kanserli çocuğu olan ailelerin sosyal destek algısı, umutsuzluk ve baş etme davranışları arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında benzer bir sonuca ulaşmıştır. Hacılioğlu (2017) ise yapmış olduğu omurilik yaralanmalı hastalara bakım verenlerle yapmış olduğu çalışmaya göre bekar olan bakım veren kişilerin, evli olan bakım verenlere göre sosyal destek algı düzeyinin daha yüksek olduğu tespit etmiştir. Bu çalışmadan elde edilen sonuç ise araştırmamız ile farklılık göstermektedir.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarından elde edilen verilere göre (Bkz. Çizelge 4.8) bireylerin algıladıkları sosyal destek puanlarının cinsiyet değişkenine göre farklılaşıp

farklılaşmadığının belirlenmesi için yapılan analiz sonucunda, algılanan sosyal destek ve cinsiyet değişkeni arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Araştırma Pelit (2015)'in yapmış olduğu çalışmayla örtüşmektedir. Benzer şekilde Kaplan Kalkan (2020) yaptıkları çalışmada, algılanan sosyal desteğin cinsiyete bağlı olarak farklılaşmadığını, Oğuz ve Kalkan (2014) yaptıkları çalışmada, cinsiyete göre sosyal desteğin farklılaşmadığını ve Şahin (2011) yaptığı çalışmada, sosyal destek düzeyinin cinsiyete göre farklılaşmadığını bulmuştur. Saunders (2003) yaptığı çalışmada hasta yakını olan kadınların sosyal destek algılarının daha açık olduğu, erkeklerin ise kadınlardan daha fazla sosyal desteğe ihtiyaç duyduğunu bildirmiştir. Gallicchio, Hoffman ve Helzlsouer (2007) yapmış oldukları araştırmada, çalışmada bulunanın aksine, erkeklerin algıladıkları sosyal destek düzeyinin kadınlardan daha yüksek olduğunu saptamıştır. Algılanan sosyal desteğin cinsiyete göre farklılık göstermesi; kanser tanısı alan kişilerin bakım veren yakınlarının çevresindekilerden cinsiyetten bağımsız bir biçimde destek almasıyla ilgili olabileceğini düşündürmektedir. Ancak literatürde yapılan birçok araştırmada cinsiyetler arasında bir fark olmadığı belirtilmektedir (Yıldız ve diğerleri, 2016; Tarhan, 2012; Özer ve Tezer, 2008).

Araştırmaya katılan hasta yakınlarından elde edilen verilere göre (Bkz. Çizelge 4.9) bireylerin algıladıkları sosyal destek puanlarının yaş değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesi için yapılan analiz sonucunda, algılanan sosyal destek ve yaş grupları değişkeni arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Konjenital kalp hastalığı olan çocukların ebeveynleri ile yapılan bir araştırmada Öden (2016) ebeveyn yaşının algılanan sosyal destek düzeyini etkilemediği sonucuna ulaşmıştır. Tuna ve Olgun'un (2010) inmeli hastalara bakım veren yakınlarıyla yapmış oldukları çalışmada bakım veren bireylerin yaşı arttıkça algıladıkları sosyal desteğin azaldığı belirlenmiştir.

Katılımcıların durumluk-sürekli kaygı envanteri alt boyutlarından aldıkları ortalama puanların, öğrenim durumu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesi için gerçekleştirilen One-way ANOVA analizi sonucunda, durumluk-sürekli kaygı düzeylerinin öğrenim durumuna göre farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Bkz. Çizelge 4.10). Köse ve diğerleri (2019) tarafından kanser tanısı almış çocuğu olan 100 ebeveyn üzerinde gerçekleştirilen araştırmada, hasta yakınlarının kaygı düzeylerinde öğrenim durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir. Eker (2019) tarafından gerçekleştirilen araştırmada da hasta yakınlarının Durumluk-Sürekli kaygı düzeylerinin öğrenim durumuna göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir. Yine Aygüneş ve diğerleri (2023) tarafından

gerçekleştirilen araştırmada kanser hastası yakınlarının öğrenim düzeyleri yükseldikçe kaygı düzeylerinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Alacacioğlu (2007) tarafından kanser hastaları ve hasta yakınlarının depresyon, umutsuzluk ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi üzerine gerçekleştirilen araştırmada ise hasta yakınlarının öğrenim düzeyi yükseldikçe kaygı düzeylerinin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Kuscı ve diğerleri (2009) tarafından gerçekleştirilen araştırmada ise öğrenim düzeyi daha düşük olan kanser hastası yakınlarının, daha yüksek öğrenim düzeyine sahip kişilere göre daha yüksek sürekli kaygıya sahip oldukları tespit edilmiştir. Köse ve diğerleri (2019) tarafından gerçekleştirilen araştırma ve Eker (2019) tarafından gerçekleştirilen araştırma çalışmamız ile paralellik göstermektedir. Bunun ile birlikte Aygüneş ve diğerleri (2023) tarafından gerçekleştirilen araştırma öğrenim düzeyi yükseldikçe kaygı düzeyinin arttığını, Alacacioğlu (2007) ve Kuscı ve diğerleri (2009) tarafından gerçekleştirilen çalışma ise öğrenim düzeyi yükseldikçe kaygı düzeyinin azaldığı saptanmıştır. Araştırmalar arasındaki farklılıklar örneklemelerin farklılığı ve kaygı düzeyi sonuçlarının pek çok farklı etkenden etkilenebilmesi ile açıklanabilir.

Katılımcıların durumluk-sürekli kaygı envanteri faktörlerinden aldıkları ortalama puanların, çocuk sayısı değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesi için One-way ANOVA analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonucuna göre, katılımcıların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin çocuk sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır. ANOVA analizi sonuçları üzerine Tukey post-hoc analizi gerçekleştirilmiştir. Tukey analizine göre ise 1 çocuğa sahip katılımcıların durumluk kaygı düzeyinin 4 çocuğu olan katılımcılara göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur. Sürekli kaygı alt boyutunda ise 1 çocuğa sahip katılımcıların sürekli kaygı düzeyinin 2 çocuğu olan katılımcılara göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. (Bkz. Çizelge 4.11). Aygüneş ve diğerleri (2023) tarafından gerçekleştirilen araştırmada çocuk sayısına göre kaygı düzeylerinin istatistiki olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı saptanmıştır. Arıkan ve diğerleri (2010) tarafından gerçekleştirilen araştırmada da çocuk sayısı ile kaygı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir. Araştırmamızda ise çocuk sayısı arttıkça durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir.

Katılımcıların durumluk-sürekli kaygı envanteri faktörlerinden aldıkları ortalama puanların, hastalık tanısı konulma süresi değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesi

için One-Way ANOVA analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonucuna göre, katılımcıların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin hastalık tanısı konulma sürelerine göre farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Bkz. Çizelge 4.12). Eker (2019) tarafından gerçekleştirilen çalışmada hasta yakınlarının durumluk-sürekli kaygı düzeylerinin hastalığın teşhisi üzerinden geçen süreye göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Alacacıoğlu (2007) yapılan bir diğer çalışmada hasta yakınlarında kaygı ile tanı konulması üzerinden geçen süre arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Köse ve diğerleri (2019) tarafından gerçekleştirilen araştırmada ise tanı süresine göre kanser hastası yakınlarının kaygı düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşma olduğu tespit edilmiştir. Han (2003) tarafından yapılan çalışmada ise tanı üzerinden geçen süre arttıkça kaygı düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir. Araştırmamızda, hastalığın teşhisi üzerinden geçen süreye göre kaygı düzeyinin farklılaşmadığının belirlenmesinin nedeni, teşhis süresi üzerinden fazla süre geçmediğinde hasta yakınlarının hastalıkla ilgili bilgi sahibi olmadıkları ve süreci bilmedikleri için kaygı duymaları, teşhis süresi üzerinden uzun süre geçtiğinde ise hasta yakınlarının hem sürecin uzaması hem de kanserin başka organlara sıçraması tehlikesi bulunmasından dolayı kaygı düzeyinde azalma olmadığı düşünülmektedir.

Durumluk-Sürekli Kaygı düzeylerinin medeni duruma göre farklılaşıp farklılaşmadığının tespit edilmesi amacıyla gerçekleştirilen Mann-Whitney U analizi sonucunda, evli ve bekar katılımcıların durumluk-sürekli kaygı düzeyleri arasında istatistiki olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (Bkz. Çizelge 4.13). Kusu ve diğerleri (2009)'ne göre, kanser hastalarına bakım veren bireylerin bağlanma örüntüleri, algılanan sosyal destek ve psikolojik iyi oluşları arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında, evli veya bekar olmalarına göre bireylerin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin farklılaşmadığı belirlenmiştir. Alacacıoğlu (2007) tarafından gerçekleştirilen araştırmada da medeni durumun kanser hastası yakınlarının kaygı düzeyleri üzerinde bir değişiklik yapmadığı belirlenmiştir. Literatürde yer alan bilgiler araştırmamızın bulgularını desteklemektedir.

Durumluk-Sürekli Kaygı düzeylerinin cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığının tespit edilmesi amacıyla gerçekleştirilen T-test analizi sonucunda, katılımcıların kaygı düzeylerinin, cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Bkz. Çizelge 4.14). Aygüneş ve diğerleri (2023) tarafından pediatrik hematoloji-onkoloji hastalarının ebeveynlerinin kaygı yükünün incelenmesi amacı ile

yapılan çalışmada, ebeveynlerin cinsiyet değişikliğinin kaygı düzeyine anlamlı bir etkisinin olmadığı bulunmuştur. McCarthy ve diğerleri (2009) tarafından kanser hastası çocukların ebeveynleri üzerine gerçekleştirilen çalışmada da ebeveynlerin cinsiyet farkı olmaksızın kaygı düzeyleri yakın bulunmuştur. Karaman Turan ve Acaroğlu (2011), İlbaşı (2014) ve Türedi (2011) tarafından yapılan araştırmalarda da hasta yakınlarının cinsiyetlerine göre durumluk-sürekli kaygı ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Literatürdeki bazı çalışmalarda ise farklı hastalıklar ile mücadele eden hastaların yakınlarından, hasta yakınlarından kadın olanların kaygı düzeylerinin erkek hasta yakınlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir (McAdam vd. 2010, Alacacioğlu 2007). Literatürde yer alan bilgiler araştırmamızdan elde edilen verileri desteklerken bazı çalışmalarda ise farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bulgulardaki farklılığın hastalık türleri, örneklem grubu gibi farklılıklardan dolayı olabileceği düşünülmektedir.

Durumluk-sürekli kaygı envanteri faktörlerinden alınan puanların yaş değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesi amacı ile One-Way ANOVA analizi gerçekleştirilmiştir. Analiz sonucuna göre katılımcıların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri yaşa göre farklılık göstermemektedir (Bkz. Çizelge 4.15). Köse ve diğerleri (2019) tarafından, kanser tanısı konulmuş çocuğa sahip ebeveynlerin bakım yükleri ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik çalışmada, kanser hastası yakınlarının yaşlarına göre kaygı düzeylerinde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Eker (2019) tarafından gerçekleştirilen araştırmada Durumluk Kaygı ve Sürekli kaygı düzeyinin yaşa göre farklılık göstermediği bulunmuştur. İlgili araştırmaların sonuçları çalışmamızın sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Araştırmamızda sosyal destek faktörleri ile kaygı düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla Pearson Korelasyon analizi gerçekleştirilmiştir. Yapılan analiz sonucunda aileden algılanan sosyal destek ile sürekli kaygı düzeyi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Bkz. Çizelge 4.16). Arkadaşlardan algılanan sosyal destek ve özel insandan algılanan sosyal destek boyutları ile Durumluk-Sürekli kaygı düzeyleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Dökmen (2012) tarafından gerçekleştirilen araştırmada aileden algılanan sosyal destek ile kaygı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu saptanmıştır. Kuscı ve diğerleri (2009) tarafından gerçekleştirilen araştırmada kanser hastalarına bakım veren yakınlarının ailelerinden, arkadaşlarından ve

özel insandan algıladıkları sosyal destek ile sürekli kaygı düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada durumluk kaygı düzeyleri ile aileden algılanan sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki belirlenirken, durumluk kaygı ile arkadaşlardan algılanan sosyal destek ve özel insandan algılanan sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Coşkun ve Akkaş (2009) tarafından gerçekleştirilen araştırmada, engelli çocuğu olan annelerin algıladıkları sosyal desteğin arttıkça, sürekli kaygı düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir. Literatürdeki farklı çalışmalarda da sosyal destek ile kaygı arasında negatif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir (Tunç ve Özkardaş, 2020; Nealy ve diğerleri, 2012; Arı, 2006). Literatür bulguları araştırmamızdan elde edilen sonuçlar ile örtüşmektedir. Katılımcılara arasında sosyal destek algısı ile sürekli kaygı arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu ve algılanan sosyal desteğin, sürekli kaygıyı azalttığından söz etmek mümkündür.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma da kanser tedavisi gören çocuklara bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek ile kaygı ilişkisi incelenmiştir. Araştırma sonuçları sonucunda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Demografik özelliklerin dağılımına ilişkin bulgular incelendiğinde, katılımcıların büyük kısmının kadınlardan oluştuğu ve yaş ortalamasının 37,55 olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların çoğunluğunun yükseköğrenim mezunu olduğu, meslekleri incelendiğinde yarıya yakın kısmının ev kadını olduğu, önemli bir kısmının evli olduğu ve çocuk sayısı ortalamasının 2 olduğu gözlenmiştir. Hastalık tanısı konulan çocuklarının yarısının lösemi olduğu, hasta yakını olan katılımcıların çoğunluğunun hastalık sürecine uyum sağlayabildikleri ancak hastalığın uzun süre tedavi gerektirdiğini ve ilaçların hastalığı tedavi edeceğini düşündüğü sonuçlarına ulaşılmıştır.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin betimsel istatistik bulguları incelendiğinde, katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir.

Durumluk-sürekli kaygı envanterinin betimsel istatistik bulguları incelendiğinde, katılımcıların durumluk kaygı ve sürekli kaygılarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanlarının öğrenim durumuna göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular incelendiğinde, yükseköğretim mezunu olanların algıladıkları toplam sosyal destek faktörünün ilköğretim mezunu olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanlarının öğrenim durumuna göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular incelendiğinde, yükseköğretim mezunu olanların arkadaşlarından algıladıkları sosyal destek faktörünün ilköğretim mezunu olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanlarının çocuk sayısına göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular incelendiğinde, tek çocuk sahibi olan katılımcıların

algıladıkları toplam sosyal destek puanlarının 3 çocuk sayısına sahip olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanlarının çocuk sayısına göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular incelendiğinde, tek çocuk sahibi olan katılımcıların özel kişiden algıladıkları sosyal destek puanlarının 3 çocuk sayısına sahip olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Durumluk- sürekli kaygı envanteri puanlarının çocuk sayısına göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular incelendiğinde, 1 çocuğa sahip olan katılımcıların 4 çocuğa sahip olan katılımcılara göre daha fazla durumluk kaygı duydukları belirlenmiştir.

Durumluk- sürekli kaygı envanteri puanlarının çocuk sayısına göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular incelendiğinde, 1 çocuğa sahip olan katılımcıların 2 çocuğa sahip olan katılımcılara göre daha fazla sürekli kaygı duydukları belirlenmiştir.

Algılanan sosyal destek ve kaygı durumu ilişkisi incelendiğinde, aileden algılanan sosyal destek arttıkça kanser hastası yakını olan bireylerde oluşan sürekli kaygıyı azaldığı belirlenmiştir. Bu bulgu literatürle benzerlik göstermektedir.

Elde edilen bilgiler doğrultusunda yararlı olabileceği düşünülen öneriler şu şekildedir:

Mikro düzeyde öneriler

Katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyleri arttıkça kaygı düzeylerinin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Benzer çalışmalarda da sosyal desteğin depresyon, stres, kaygı gibi olumsuz duyguları azalttığı belirlenmiştir. Bu nedenle kanser hastası yakınlarına sosyal destek kaynaklarını etkili kullanma konusunda danışmanlıklar verilerek ortaya çıkan olumsuz duyguların azaltılması sağlanabilir.

Gerçekleştirilecek sosyal hizmet uygulamalarıyla müdahale planları oluşturularak bakım verenlerin yaşadıkları depresyon, stres, kaygı gibi olumsuz duyguları azaltılması sağlanabilir. Uygulanan sosyal hizmet eğitimleriyle alanda çalışmakta olan tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının sosyal hizmet alanında yetkinliğinin artırılması sağlanabilir.

Mezzo düzeyde öneriler

Kanser hastalarına bakım verenlerin kaygı düzeyleri ile algıladığı sosyal destek arasında negatif yönlü bir bağlantı olduğu, algılanan sosyal destek arttıkça kaygı düzeyinin düştüğü bulunmuştur. Böylece kanser hastası çocukların yakınlarının sosyal destek sistemleri araştırılarak bu kaynakların doğru kullanımıyla ilgili bakım verenlere destek sağlanabilir. Bu destek uygulaması, hastanede çalışan psikolog, sosyal hizmet uzmanı veya diğer sağlık profesyonelleri aracılığıyla hasta yakınlarına ulaştırılabilir. Bakım verenlerin çevresindeki yakınlarına sosyal desteğin önemi ve sosyal desteğin en iyi koşullarda nasıl sağlanabileceğiyle ilgili çalışmalar düzenlenebilir.

T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı bünyesinde çalışmalar yapılarak hastalara bakım veren bireylerin karşılaştıkları ve kaygı oluşumunu destekleyen problemlerin çözümü için sosyal politikalar üretilebilir.

Makro düzeyde öneriler

Sivil toplum kuruluşları, hasta yakını olan bireyler için sosyal etkinlikler, eğitim programları ve destek grupları organize ederek ve böylece sosyal izolasyonu azaltarak kişiler arasındaki sosyal desteği arttırabilirler. Bu eğitim ve etkinlikler hastalarına bakım veren bireylerin kaygı ve stres durumlarını azalmasında olumlu etki gösterebilir. Ayrıca üretilecek projelerle benzer süreçlerden geçen hasta yakınlarının bir araya gelmesi ve kişilerin birbirlerine sosyal destek vermesi sağlanarak bilgi, tecrübe ve birikimlerin paylaşılması sağlanabilir.

Araştırmada bakım verenlerde algılanan sosyal destek ölçeğinde bulunan 3 alt ölçekten biri olan özel kişiyle ilgili incelemede, en az desteğin özel kişilerden algılandığı görülmüştür. Bu durum hastalık sürecinde hastanın yanında bulunan tedavi ekibinin bakım verenlere daha fazla destek vermesi gerektiğini, bununla ilgili gerekli eğitimlerin ve düzenlemelerin yapılması gerektiğini göstermiştir.

Araştırmacılara öneriler

Yapılan araştırma bir üniversite hastanesini kapsamamasından dolayı araştırmacılar bu çalışmayı üniversite hastanesi dışında farklı koşullar da ve farklı hastanelerde hastalarına bakım veren gruplarda yapılması önerilebilir.

Araştırma hasta yakınlarının o anki süreçlerini yansıtmaktadır. Araştırmacılar hastalara ilk tanı konulduğunda ve taburculukları planlanırken yapılacak bir araştırma ile algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve kaygı durumlarında yakınlarının yaşadıkları süreç daha ayrıntılı olarak incelenebilir.

Araştırmada algılanan sosyal desteğin kaygı üzerindeki etkisi ele alınmıştır. Yapılacak diğer araştırmalarda bu değişkene ek olarak diğer değişkenler de değerlendirilebilir. Ayrıca bu araştırma nicel yöntemler kullanılarak yapılmış olan bir araştırmadır. Yapılacak olan araştırmalar da nitel veriler kullanılarak da verimli sonuçlar elde edilebilir.

Yapılan araştırma 47 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Kanser hastalığının uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olması ve hasta yakınlarının yaşadıkları ilk şokla anket uygulamayı kabul etmemesi nedeniyle diğer araştırmalarda daha uzun bir süre ayrılarak daha geniş bir örnekleme ulaşılabilir.

Araştırmanın, değişik sosyo-kültürel düzeylerdeki hasta yakınlarını kapsayan, farklı demografik özelliklere sahip olan popülasyonlar da tekrarlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Abay Alyüz, S. B. (2020). Sosyal Desteğin Birey Yaşamında Önemi ve Sosyal Hizmet. *Talim*, 4(1), 115–134.
- Ahn, S., Romo, R. R. and Campbell, C. L. (2020). A Systematic Review of Interventions for Family Caregivers Who Care for Patients with Advanced Cancer at Home. *Patient Education and Counseling*, 103(8), 1518–1530.
- Aksakal, H. (2014). *Palyatif Bakım Hastalarına Yönelik Bakım Yeri Tercihi (Hasta Yakını ve Sağlık Çalışanı Üzerine Bir Araştırma)*, Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 136-143.
- Alacacioğlu, A. (2007). *Kanser Hastaları ve Hasta Yakınlarının Depresyon, Umutsuzluk ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi*, Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir, 37-41.
- Altaş, H. (2020). Ölüm Olgusu ve Hasta Yakınlarında Ölüm İlişkin Tutumlar. *Erzurum Kültür Eğitim Vakfı Akademi Dergisi*, 24(82), 139–150.
- Altınova, H. H. ve Duyan, V. (2013). Onkolojik Sosyal Hizmet. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 24(1), 40–45.
- American Cancer Society. (2014). *The Cancer Atlas*. (A. Jemal, P. Vineis, F. Bray, L. A. Torre ve D. Forman, Editörler) (Second Edition). Atlanta, 84-90
- American Cancer Society. (2019). *The Cancer Atlas*. (A. Jemal, L. Torre, I. Soerjomataram ve F. Bray, Editörler) (Third Edition). Atlanta, 86-90
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fifth Edition). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Anand, P., Kunnumakara, A. B., Sundaram, C., Harikumar, K. B., Tharakan, S. T., Lai, O. S., Sung, B. and Aggarwal, B. B. (2008). Cancer is a Preventable Disease that Requires Major Lifestyle Changes. *Pharmaceutical Research*, 25(9), 2097–2116.
- Aoun, S. M., Kristjanson, L. J., Currow, D. C. and Hudson, P. L. (2005). Caregiving for The Terminally Ill: At What Cost? *Palliative Medicine*, 19(7), 551–555.
- Ardahan, M. (2006). Sosyal Destek ve Hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(2), 68–75.
- Arı, E. (2006). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (Dehb) Olan Çocuğa Sahip Ailelerin Yaşadıkları Kaygı Düzeyi, Algıladıkları Sosyal Destek ve Ana-Babalık Tutumlarının İncelenmesi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Arıkan, D. ve Çelebioğlu, A. (2010). Kanserli Çocuğu Olan Ebeveynlerin Durumluk ve Sürekli Anksiyete Düzeyinin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 95–103.

- Arıkan, F., Körükcü, Ö., Artuk Uçar, M., Özcan, K., Sezgin Göksu, S. ve Coşkun, H. Ş. (2019). Kanser Hastalarına Bakım Verenlerin Sosyal Destek Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi. *Akdeniz Tıp Dergisi*, 5(3), 398–407.
- Atagün, M., Balaban, Ö., Atagün, Z., Elagöz, M. ve Yılmaz Özpolat, A. (2011). Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3), 513–552.
- Atamer, B. (2021). *Palyatif Bakım Alan Kanser Hastalarına Bakım Veren Bireylerin Spiritüel İyilik Durumu, Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 15-18.
- Atıcı, E. (2017). Tıp Tarihinde Kanser ve Lösemi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 22(4), 197-204.
- Aygüneş, U., Karagün, B., Nacar Baş, H., Şaşmaz, H. İ., Dağ, H., Göktas, B. ve Antmen, A. B. (2023). Pediatrik Hematoloji-Onkoloji Hastalarının Ebeveynlerinin Kaygı Yükünün İncelenmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 24(1), 77-82.
- Babaç, M., Ekinci, M. ve İlem-Özdemir, D. (2023). Kanser Tanısı ve Tedavisinde Kullanılan Monoklonal Antikorlar. *Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 47(1), 295-310.
- Babaoğlu, E. ve Öz, F. (2003). Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal ve Sosyal Sorunları Arasındaki İlişki. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 5(2), 24–33.
- Badihian, S., Choi, E.-K., Kim, I.-R., Parnia, A., Manouchehri, N., Badihian, N., Tanha, J. M., Guallar, E. and Cho, J. (2017). Attitudes Toward Cancer and Cancer Patients in an Urban Iranian Population. *The Oncologist*, 22(8), 944-950.
- Baker, A., Simon, N., Keshaviah, A., Farabaugh, A., Deckersbach, T., Worthington, J. J., Hoge, E., Fava, M. and Pollack, M. P. (2019). Anxiety Symptoms Questionnaire (ASQ): Development and validation. *General Psychiatry*, 32(6), 1–12.
- Bakırcıoğlu, R. (2012). *Ansiklopedik Eğitim ve Psikoloji Sözlüğü* (1. Baskı). Ankara: Anı Yayıncılık.
- Baran Deniz, E. (2022). Cancer Epidemiology. *Turkey Health Literacy Journal*, 3(2), 102-111.
- Başpınar, P. (2007). *Kaygının Bilişsel ve Fizyolojik Bileşenlerine Yönelik Tedavilerin Etkinliği*, Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın, 1-4.
- Beeler, W. H., Bellile, E. L., Casper, K. A., Jaworski, E., Burger, N. J., Malloy, K. M., Spector, M. E., Shuman, A. G., Rosko, A., Stucken, C. L., Chinn, S. B., Dragovic, A. F., Chapman, C. H., Owen, D., Jolly, S., Bradford, C. R., Prince, M. E., Worden, F. P., Jagsi, R., Mierzwa, M. L. and Swiecicki, P. L. (2020). Patient-Reported Financial Toxicity and Adverse Medical Consequences in Head and Neck Cancer. *Oral Oncology*, 101, 104521.

- Bell, L., Anderson, K., Girgis, A., Aoun, S., Cunningham, J., Wakefield, C. E., Shahid, S., Smith, A. B., Diaz, A., Lindsay, D., Masa, A. and Garvey, G. (2021). "We Have to Be Strong Ourselves": Exploring the Support Needs of Informal Carers of Aboriginal and Torres Strait Islander People with Cancer. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14), 1–16.
- Bilgehan T. ve İnkaya B. (2021). Palyatif Hastalarına Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24(1), 51-58.
- Bilgin, N. ve Yıldırım, E. (2017). Kanser- Hastası Yakınlarının Algıladığı Sosyal Destek İle Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Aydın Sağlık Dergisi*, 3(2), 33–49.
- Bisht, J., Rawat, P., Sehar, U., and Reddy, P. H. (2023). Caregivers with Cancer Patients: Focus on Hispanics. *Cancers (Basel)*, 15(3), 626.
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A. and Jemal, A. (2018). Global Cancer Statistics 2018: Globocan Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *Cancer Cytopathology: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(6), 394–424.
- Budak (2014). Sağlık Kurumları Yönetiminde Duygusal Zekanın Önemi. *Akademik Bakış Dergisi*, 43(1), 1-3.
- Cameron, J. I., Shin, J. L., Williams, D., and Stewart, D. E. (2004). A Brief Problem-Solving Intervention for Family Caregivers to Individuals with Advanced Cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(2), 137–143.
- Can, G. (2017). *Onkoloji*. N. Enç ve H. Uysal (Ed.), *İç Hastalıkları Hemşireliği içinde* (İkinci Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 367-399.
- Caplan, G. (1974). *Support Systems and Community Mental Health: Lectures on Concept Development*. New York: Behavioral Publications, 78.
- Cassel, J. (1976). The Contribution Of The Social Environment To Host Resistance: The Fourth Wade Hampton Frost Lecture. *American Journal of Epidemiology*, 104(2), 107–123.
- Cho, J., Choi, E., Kim, S. Y., Shin, D. W., Cho, B.-L., Kim, C., Koh, D. H., Guallar, E., Bardwell, W. A. and Park, J. H. (2013). Association Between Cancer Stigma and Depression Among Cancer Survivors: A Nationwide Survey in Korea. *Psycho-Oncology*, 22(10), 2372–2378.
- Chronister, J. A. and Johnson, E. K. (2006). Measuring social support in rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 28(2), 75–84.
- Clark, D. A. and Beck, A. T. (2010). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders*. New York: The Guilford Press.
- Clark, D. A. and Beck, A. T. (2012). *The Anxiety and Worry Workbook The Cognitive Behavioral Solution* (Second Edition). New York: The Guilford Press.

- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300–315.
- Cohen, S. and Wills, T. A. (1985). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357.
- Corà, A., Partinico, M., Munafò, M. and Palomba, D. (2012). Health Risk Factors in Caregivers of Terminal Cancer Patients: a Pilot Study. *Cancer Nursing*, 35(1), 38–47.
- Coşkun, Y. ve Akkaş, G. (2009). Engelli Çocuğu Olan Annelerin Sürekli Kaygı Düzeyleri ile Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 10(1), 213–227.
- Çakın, M. (2020), *Ailesinde Kanser Tanısı Almış Üniversite Öğrencileriyle Ailesinde Kanser Tanısı Almamış Üniversite Öğrencilerinin Depresyon ve Sürekli Kaygı Durumlarının Karşılaştırılması*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul, 35-48.
- Çeçen, D. (2017). *Yetişkinlerde Bağlanma Stilleri ile Benlik Saygısı ve Sürekli Kaygı Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 22-27.
- Çetinkaya, F. F. ve Korkmaz, F. (2019). Algılanan Sosyal Destek ile Stras Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Üniversite Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 20(1), 91-103.
- Çiçek, D. (2014, 30 Ekim- 2 Kasım). *Konjenital Kalp Hastalığı Olan Çocukların Ailelerinin Hastalığa Bakışı: Pilot Çalışma*, 13. Uluslararası Katılımlı Türk Kalp ve Damar Cerrahisi Kongresinde sunuldu, Antalya.
- Çobanoğlu, S. (2017). *Durumluk ve Sürekli Kaygı İle Benlik Saygısının Karar Verme Davranışına Etkisinin Deneyisel Yöntemlerle İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Doğuş Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 16-24.
- Dedeoğlu, Z. (2023). *Kanser Hastalarına Bakım Verenlerin Psikososyal Sorunları ve Başetme Becerilerinin İncelenmesi*, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 49-52.
- de Martel, C., Georges, D., Bray, F., Ferlay, J. and Clifford, G. M. (2020). Global Burden of Cancer Attributable to Infections in 2018: A Worldwide Incidence Analysis. *The Lancet Global Health*, 8(2), e180–e190.
- Dionne-Odom, J. N., Lyons, K. D., Akyar, I. and Bakitas, M. A. (2016). Coaching Family Caregivers to Become Better Problem Solvers When Caring for Persons with Advanced Cancer. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 12(1–2), 63–81.
- Dirik, Y. (2018). *Kanser Hastası Yakınlarının Depresyon Anksiyete Durumları ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki*, Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 19-23.

- Dökmen, Z. (2012). Yakınlarına Bakım Verenlerin Ruh Sağlıkları ile Sostal Destek Algıları Arasındaki İlişkiler. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(1), 3–38.
- Donbalak, K. A. (2023). *Kaygı Düzeyi Yüksek Kadınların Gözünden Kaygı: Nitel bir Çalışma*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul, 8-17.
- Dussel, V., Bona, K., Heath, J. A., Hilden, J. M., Weeks, J. C. and Wolfe, J. (2011). Unmeasured Costs of A Child's Death: Perceived Financial Burden, Work Disruptions, and Economic Coping Strategies Used by American and Australian Families Who Lost Children to Cancer. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of The American Society of Clinical Oncology*, 29(8), 1007–1013.
- Duyan, V. (2022). Onkolojik Sosyal Hizmetin Temel Dayanakları. *Onkolojik Sosyal Hizmet içinde* (1. Baskı). İstanbul: Yeni İhsan Yayınevi.
- Eker, T. (2019). *Çocukluk Çağı Hematoloji ve Onkoloji Hastalarının Ailelerinin Stres, Kaygı ve Umutsuzluk Durumlarının Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 64-69.
- Er F. ve Yıldırım Ş. (2019). İnme Sonrası Hasta ve Bakım Verenlerin Aile İçi İlişkilerinin Değerlendirilmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(3), 182-189.
- Ergen, M. (2017). *Kanser Hastalarına Bakım Verenlerin Destekleyici Bakım Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması*, Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya, 47-55.
- Ergür İ., Ergür E. ve Ergür E. (2021). Mandala ve Sanat Terapisine Tarihsel ve Klinik Bakış. *Türkiye Bütüncül Psikoterapi Dergisi*, 4(7), 36-48.
- Eskimez, Z., Köse Tosunöz, İ., Öztunç, G., Yeşil Demirci, P., Paydaş, S. ve Kumaş, G. (2021). Kemoterapi Alan Meme Kanseri Hastalarına Bakım Veren Yakınlarının Yaşam Kalitesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 30(1), 21–30.
- Eti Aslan, F., Olgun, N., Uzun, Ö. ve Uslu, Y. (2014). Onkoloji. F. Eti Aslan ve A. Karadakovan (Ed.), *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım içinde* (İkinci Baskı). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, 183-209.
- Food and Agriculture Organization of the United Nations, International Fund for Agricultural Development, United Nations International Children's Emergency Fund, World Food Programme ve World Health Organization. (2021). *The State of Food Security and Nutrition in the World 2021. Transforming Food Systems for Food Security, Improved Nutrition and Affordable Healthy Diets for All*. Roma: FAO.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS* (Third Edition). London: Sage Publications Ltd., 150.
- Gallicchio, L., Hoffman, S. C. and Helzlsouer, K. J. (2007). The Relationship Between Gender, Social Support, and Health-Related Quality Of Life in A Community-Based Study in Washington County, Maryland. *Quality of Life Research*, 16(5), 777-786.

- Geçtan, E. (2022). *Psikanaliz ve Sonrası* (18. Baskı). İstanbul: Metis Yayınları, 50-65.
- George, D. and Mallery, M. (2010) *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference* (Tenth Edition). Boston: Pearson, 165.
- Gierus, J. (2020). Information Processing And Decision-Making İn Pathological Worriers And Their Potential Role İn Mechanisms Of Generalized Anxiety Disorder. *Advances İn Cognitive Psychology*, 16(4), 344.
- Girgis, A. and Lambert, S. (2009). Caregivers of Cancer Survivors: The State of The Field. *Cancer Forum*, 33(3).
- Girgis, A., Lambert, S., Johnson, C., Waller, A. and Currow, D. (2013). Physical, Psychosocial, Relationship, and Economic Burden of Caring for People With Cancer: A Review. *Journal of Oncology Practice*, 9(4), 197–202.
- Given, B. A., Given, C. W. and Kozachik, S. (2001). Family Support in Advanced Cancer. *A Cancer Journal for Clinicians*, 51(4), 213–231.
- Gölalınış Erhan, G. (2005). *Zihinsel Engelli Çocuğu Olan Annelerin Umutsuzluk, Karamsarlık, Sosyal Destek Algılarının ve Gelecek Planlarının İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 116-132.
- Gottlieb, B. H. (2009). Social Support. S. J. Lopez (Ed.), *The Encyclopedia of Positive Psychology* içinde (First Edition). Blackwell Publishing Ltd., 913-916.
- Gürbüz, S. ve Şahin, F. (2015). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri* (Beşinci Baskı). Ankara: Seçkin Akademi ve Mesleki Yayınlar. 185-190.
- Güven, K. (2010). *Marmara Depremini Yaşayan Yetişkinlerin Aldıkları Sosyal Destek Düzeyleri ile Travma Sonrası Gelişim ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 108-112.
- Hacıaloğlu, G. (2017). *Omurilik Yaralanmalı Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verici Yükü ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 45-51.
- Halis, M. ve Demirel, Y. (2016). Sosyal Desteğin Örgütsel Soyutlama (Dışlanma) Üzerine Etkisi. *Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 11, 318–335.
- Han, H.-R. (2003). Korean Mothers' Psychosocial Adjustment to Their Children's Cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 44(5), 499–506.
- Hecht, S. S. and Hatsukami, D. K. (2022). Smokeless Tobacco and Cigarette Smoking: Chemical Mechanisms and Cancer Prevention. *National Reviews Cancer*, 22(3), 143–155.
- Hisli Şahin, N. ve Durak, A. (1995). Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği; Üniversite Öğrencileri İçim Uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34), 56–73.

- Hullmann, S. E., Fedele, D. A., Molzon, E. S., Mayes, S. and Mullins, L. L. (2014). Posttraumatic Growth and Hope in Parents of Children With Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 32(6), 696–707.
- Hungerbuehler, I., Vollrath, M. E. and Landolt, M. A. (2011). Posttraumatic Growth in Mothers and Fathers of Children With Severe Illnesses. *Journal of Health Psychology*, 16(8), 1259–1267.
- Işıkkhan, V. (2006). Kanser ve Sosyal Destek. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 18(1), 15–29.
- İlbaşı, A. R. (2014). *İzole Edilen Hastaların İzolasyon Sonrası Anksiyete, Depresyon Durumları ile İzole Edilmeyen Hastaların Anksiyete, Depresyon Durumlarının Değerlendirilmesi ve İzole Edilen Hasta Yakınlarının, Sağlık Personelinin Anksiyete Durumlarının İncelenmesi*, Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa, 75-77.
- İnan, M., Yıldırım, M., Yazan, K. D., Kurtuldu, T. (2024). Spor Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinde Algılanan Sosyal Destek ve Sosyal Kaygı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, *Akdeniz Spor Bilimleri Dergisi*, 7(1), 246-273.
- İnternet: American Cancer Society. (2020). Signs and Symptoms of Cancer. Web: <https://www.cancer.org/cancer/diagnosis-staging/signs-and-symptoms-of-cancer.html> adresinden 20 Mart 2024'de alınmıştır.
- İnternet: American Cancer Society. (t.y.). Ultraviolet (UV) Radiation. Web: <https://www.cancer.org/healthy/cancer-causes/radiation-exposure/uvradiation.html> adresinden 24 Mart 2024'de alınmıştır.
- İnternet: Cancer Research UK. (2023). How Does Smoking Cause Cancer? Web: <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/causes-of-cancer/smoking-and-cancer/how-does-smoking-cause-cancer> adresinden 15 Mart 2024'de alınmıştır.
- İnternet: International Agency for Research on Cancer. (2023). Global Cancer Observatory. Web: <https://gco.iarc.fr/en> adresinden 15 Ocak 2024'de alınmıştır.
- İnternet: National Cancer Institute. (2021). What Is Cancer? Web: <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer#> adresinden 15 Şubat 2024'te alınmıştır.
- İnternet: Sağlıkım: Halk Sağlığına Yönelik Bilgiler. (t.y.). Yeterli ve Dengeli Beslenme Nedir? Web: <https://tektiklabilgielinde.saglik.gov.tr/saglikli-beslenme/yeterli-ve-dengeli-beslenme-nedir.html> adresinden 15 Mart 2024'de alınmıştır.
- İnternet: T.C. Sağlık Bakanlığı. (2016). Yalnız Değilsiniz. Web: <https://www.saglik.gov.tr/TR-24333/yalniz-degilsiniz.html> adresinden 20 Mart 2024'de alınmıştır.
- İnternet: World Cancer Research Fund. (t.y.). Limit Alcohol Consumption. Web: <https://www.wcrf.org/diet-activity-and-cancer/cancer-prevention-recommendations/limit-alcohol-consumption/> adresinden 24 Mart 2024'de alınmıştır.

İnternet: World Health Organization. (2022). Cancer. Web: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer> adresinden 20 Şubat 2024'de alınmıştır.

İnternet: World Health Organization. (2024). Preventing Cancer. Web: <https://www.who.int/activities/preventing-cancer> adresinden 24 Şubat 2024'de alınmıştır.

Kaplan Kalkan, İ. R. (2020). *Şehit Ailelerinde Dini Yönelimin ve Algılanan Sosyal Desteğin Psikolojik İyi Oluş ve Travma Sonrası Büyüme ile İlişkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul, 51-57.

Kaynar, G. (2016). *Boşanma Sürecindeki Kişilerin Baş Etme Becerileri, Bilişsel Çarpıtmalar, Yılmazlık ve Sosyal Destek Algıları Açısından İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli, 78-85.

Kara, R., Gümüş, M. ve Başbakkal, Z. (2023). Kanserli Çocuğa Bakım Veren Ebeveynlerin Yaşadıkları Bakım Yükü ve Zorluklar. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 16(2), 234–246.

Karaaslan, A. (2013). *Kanserli Hastalara Bakım Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi*, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 68-72.

Karahan, A. Y. ve İslam, S. (2014). Fiziksel Engelli Çocuk ve Yaşlı Hastalara Bakım Verme Yükü Üzerine Bir Karşılaştırma Çalışması. *Clinical and Health Sciences*, 3(5), 1-7

Karakuş, G., Öztürk, Z. ve Tamam, L. (2012). Ölüm ve Ölüm Kaygısı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 21(1), 42–79.

Karaman Turan, N. ve Acaroğlu, R. (2012). Cerrahi Girişim Uygulanan Adölesanlar ile Anne/Babalarının Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki ve Anksiyete Nedenlerinin İncelenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 32(2), 308–315.

Karasar, N. (2015). *Bilimsel Araştırma Yöntemi* (28. Baskı). Ankara: Nobel Akademi Yayıncılık, 143-155.

Kaykunoğlu, M. ve Tambağ, H. (2022). Ayaktan Kemoterapi Alan Hastaların Sosyal Destek ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi, *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 9(3), 429-435.

Kızıler, E. (2007). *Kanserli Çocuğu Olan Ailelerin Sosyal Destek Algısı, Umutsuzluk ve Baş Etme Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 22-26.

Kline, P. (1999). *The Handbook of Psychological Testing* (Second Edition). London: Routledge.

Knowles, K. A. and Olatunji, B. O. (2020). Specificity of Trait Anxiety in Anxiety and Depression: Meta-Analysis of the State-Trait Anxiety Inventory. *Clinical Psychology Review*, 82.

- Köse, S., Türköz Arar, A. ve Yıldırım, G. (2019). Kanser Tanısı Konmuş Çocuğa Sahip Olan Ebeveynlerin Bakım Yükleri ile Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 16(4), 282–287.
- Kurtbeyoğlu, Z. ve Yıldız Demirtaş, V. (2020). Özel Öğrenme Güçlüğü Tanılı Çocuğu Olan Anne-Babaların Algılanan Sosyal Destek ve Depresyon Düzeyleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, (50), 228–242.
- Kutluk, M. T. ve Kars, A. (1992). *Kanser Konusunda Genel Bilgiler. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser ve Savaş Dairesi Başkanlığı*. Ankara.
- Kuscu, K., Dural, U., Önen, P., Yaşa, Y., Yayla, M., Başaran, G., Turhal, S. and Bekiroglu, N. (2009). The Association Between Individual Attachment Patterns, the Perceived Social support, and the Psychological Well-being of Turkish Informal Caregivers. *Psycho-oncology*, 18, 927–935.
- Lafcı, D., Yıldız, E., Toru, F. ve Karakaya, D. (2020). Kanser Hastalarında bakım Yükü ve Bakım Verenlere Etkisi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 7(2), 105–113.
- Lauderdale, S. and Sheikh, J. (2003). Anxiety Disorders in Older Adults. *Clinic in Geriatric Medicine*, 19(4), 721–741.
- Ljungman, L., Cernvall, M., Grönqvist, H., Ljótsson, B., Ljungman, G. and von Essen, L. (2014). Long-Term Positive and Negative Psychological Late Effects for Parents of Childhood Cancer Survivors: A Systematic Review. *Plos One*, 9(7), 1-2.
- Lövgren, M., Udo, C., Alvariza, A., ve Kreicbergs, U. (2020). Much Left is Unspoken: Self-Reports From Families in Pediatric Oncology. *Pediatric Blood and Cancer*, 67(12), 2-3.
- Lund, L., Ross, L., Petersen, M. A. and Groenvold, M. (2015). The interaction between informal cancer caregivers and health care professionals: a survey of caregivers' experiences of problems and unmet needs. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 23(6), 1719-1733.
- Madençoğlu Kıvanç, M. (2017). Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetleri. *Hps Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(2), 132-135.
- Maggo, V. and Dutt, S. (2023). Impact of Perceived Social Support and Perceived Stress on Positive & Negative Affect among Adults. *The International Journal of Indian Psychology*, 11(4), 684-696.
- Manav, F. (2011). Kaygı Kavramı. *Toplum Bilimleri Dergisi*, 5(9), 201-211.
- Matthews, M., Reid, J., McKeaveney, C., Mullan, R., Bolton, S., Hill, C. and Noble, H. (2020). Development of A Psychosocial Intervention to Support Informal Caregivers of People With End-stage Kidney Disease Receiving Haemodialysis. *Biomed Central Nephrology*, 21(1), 1-9.

- McAdam, J. L., Dracup, K. A., White, D. B., Fontaine, D. K. and Puntillo, K. A. (2010). Symptom Experiences of Family Members of Intensive Care Unit Patients at High Risk For Dying. *Critical Care Medicine*, 38(4), 1078–1085.
- McCarthy, M. C., Clarke, N. E., Vance, A., Ashley, D. M., Heath, J. A. and Anderson, V. A. (2009). Measuring Psychosocial Risk in Families Caring for A Child With Cancer: The Psychosocial Assessment Tool (PAT2.0). *Pediatric Blood & Cancer*, 53(1), 78-83.
- Mumay, G. (2022). *Evli Bireylerde Sosyal Medya Bağımlılığı ve Algılanan Sosyal Destek ile Evlilik Uyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul, 15-18.
- Murray, C. J. L. (2024). Findings From The Global Burden Of Disease Study 2021. *The Lancet Global Health*, 403(10440), 2259-2262.
- Nealy, C., OHare, L., Powers, J. and Swick, D. (2012). The Impact of Autism Spectrum Disorders on the Family: A Qualitative Study of Mothers' Perspectives. *Journal of Family Social Work*, 15(3), 187-201.
- Oğuz, E. ve Kalkan, M. (2014). Öğretmenlerin İş Yaşamında Algıladıkları Yalnızlık ile Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişki. *İlköğretim Online*, 13(3), 787-795.
- Oğuz, N. (2024). *Pandemi Döneminde Otizmli Çocuğa Sahip Annelerin Sosyal Destek ile Stresle Başa Çıkma Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Sebahattin Zaim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul, 53-59.
- Öden, T. N. (2016). *Konjenital Kalp Hastalığı Olan Çocuğa Sahip Ailelerin Algılanan Sosyal Destek ile Umutsuzluk ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri Arasındaki İlişki*, Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın, 41-45.
- Öner, N. ve Le Compte, A. (1998). *Süreksiz Durumluk / Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
- Öner, Ö. İ. ve Yılmaz Karabulutlu, E. (2023). Ayaktan Kemoterapi Alan Hastaların Sosyal Destek ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi, *Perspectives in Palliative & Home Care*, 2(3), 116-126.
- Özer, B. U. ve Tezer, E. (2008). Umut Ve Olumlu-Olumsuz Duygular Arasındaki İlişkiler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, (23), 81-86.
- Özbesler, C. (2001). *Çocukluk Çağı Lösemileri ve Sosyal Destek Sistemlerinin Aile İşlevlerine Etkisi*, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 11-17.
- Özbesler, C. (2013). Hasta Yaşam Kalitesinde Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamalarının Önemi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 2(6), 6-12.
- Quesada, M., Madrigal, M., Luna, A. and Perez-Carceles, M. D. (2015). Caring for the Caregiver: Factors Associated with the Quality of Life of Family Caregivers to Palliative Care Patients. *European Journal For Person Centered Healthcare*, 3(3), 352-361.

- Palos, G. R., Mendoza, T. R., Liao, K.-P., Anderson, K. O., Garcia-Gonzalez, A., Hahn, K., Nazario, A., Ramondetta, L. M., Valero, V., Lynch, G. R., Jibaja-Weiss, M. L. and Cleeland, C. S. (2011). Caregiver Symptom Burden: The Risk of Caring for an Underserved Patient with Advanced Cancer. *Cancer*, 117(5), 1070-1079.
- Pelit, S. (2015). *Jinekolojik Kanserli Hastanın Hastanedeki Bakımına Destek Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyinin Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 27-45.
- Polat, Ü. (2011). Caregivers' Roles and Support Necessities in Symptom Management for Patients with Cancer Advanced. *Türk Onkoloji Dergisi*, 26(4), 193-198.
- Polat, Ü. ve Atamer, B. (2020), Palyatif Bakım Alan Kanser Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Karşılanmamış Bakım Gereksinimleri, *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 38-47.
- Rha, S. Y., Park, Y., Song, S. K., Lee, C. E. and Lee, J. (2015). Caregiving Burden and the Quality of Life of Family Caregivers of Cancer Patients: The Relationship and Correlates. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(4), 376-382.
- Robb, K. A., Simon, A. E., Miles, A. and Wardle, J. (2014). Public Perceptions of Cancer: A Qualitative Study of The Balance of Positive and Negative Beliefs. *British Medical Journal Open*, 4(7), e005434.
- Robichaud, M. and Dugas, M. J. (2015). *The Generalized Anxiety Disorder Workbook: A Comprehensive CBT Guide For Coping With Uncertainty, Worry, and Fear*. Oakland: New Harbinger Publications, 84-101.
- Robinson, K. E., Gerhardt, C. A., Vannatta, K. and Noll, R. B. (2007). Parent and Family Factors Associated With Child Adjustment to Pediatric Cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(4), 400-410.
- Rocha-García, A., Alvarez Del Río, A., Hernández-Peña, P., Martínez-García, M. del C., Marín-Palomares, T. and Lazcano-Ponce, E. (2003). The Emotional Response Of Families to Children with Leukemia at The Lower Socio-Economic Level in Central Mexico: A Preliminary Report. *Psycho-Oncology*, 12(1), 78-90.
- Rock, C., Thomson, C., Gansler, T., Gapstur, S., McCullough, M., Patel, A., Andrews, K., Bandera, E., Spees, C., Robien, K., Hartman, S., Sullivan, K., Grant, B., Hamilton, K., Kushi, L., Caan, B., Kibbe, D., Black, J., Wiedt, T., McMahon, C., Sloan, K. and Doyle, C. (2020). American Cancer Society Guideline for Diet and Physical Activity. *Cancer Journal for Clinicians*, 70(3), 245-271.
- Rumgay, H., Murphy, N., Ferrari, P. and Soerjomataram, I. (2021). Alcohol and Cancer: Epidemiology and Biological Mechanisms. *Nutrients*, 13(9), 3173.
- Rumgay, H., Shield, K., Charvat, H., Ferrari, P., Sornpaisarn, B., Obot, I., Islami, F., Lemmens, V. E. P. P., Rehm, J. and Soerjomataram, I. (2021). Global Burden of Cancer in 2020 Attributable to Alcohol Consumption: A Population-Based Study. *The Lancet Oncology*, 22(8), 1071-1080.

- Salim, N. F., Bohrani, F., Boozari Pour, M. and Khabazkhoob, M. (2019). Correlation between Perceived Social Support and Resilience in the Family of Patients with Cancer. *Journal of Research in Medical and Dental Science*, 7(1), 158-162.
- Sarı, E., Şanal, M. ve Kaya, C. (2019). Sosyal Destek ve Sosyal Desteğin Psikolojik İyi Oluşa Etkisi. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 10(17), 1752-1761.
- Saunders, J. C. (2003). Families Living With Severe Mental Illness: A Literature Review. *Issues in Mental Health Nursing*, 24(2), 175-198.
- Sharkey, C., Bakula, D., Tackett, A. P., Delozier, A. M., Gamwell, K. L., Suorsa-Johnson, K., Mayes, S., McNall- Knapp, R., Chaney, J. M. and Mullins, L. L. (2018). Posttraumatic Stress Symptomology in Parents of Children With Cancer: Implications Related to Criterion Changes in DSM-IV-TR to DSM-5. *Children's Health Care*, 47(4), 357-370.
- Shin, D. W., Park, J.-H., Shim, E., Park, J., Choi, J., Kim, S. G. and Park, E. (2010). The Development of a Comprehensive Needs Assessment Tool for Cancer-Caregivers in Patient – Caregiver Dyads. *Psycho-Oncology*, 20(12), 1342-1352.
- Shoghi, M., Shahbazi, B. and Seyedfatemi, N. (2019). The Effect of the Family-Centered Empowerment Model (FCEM) on the Care Burden of the Parents of Children Diagnosed with Cancer. *Asian Pacific journal of cancer Prevention : Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 20(6), 1757-1764.
- Spielberger, C. D. (2010). State-Trait Anxiety Inventory. *Corsini Encyclopedia of Psychology* içinde (Fourth Edition). Hoboken: John Wiley & Sons Inc., 49-65.
- Spielberger, C. D. and Reheiser, E. C. (2009). Assessment of Emotions: Anxiety, Anger, Depression, and Curiosity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1(3), 271–302.
- Stallard, P. (2009). *Anxiety: Cognitive Behaviour Therapy With Children and Young People*. London: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Stenberg, U., Ruland, C. M. and Miaskowski, C. (2010). Review of The Literature On The Effects of Caring For A Patient with Cancer. *Psycho-Oncology*, 19(10), 1013-1025.
- Şahin, G. N. (2011). *Üniversite Öğrencilerinin Kendini Açma, Öznel İyi Oluşu ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin Karşılaştırılması*, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 106-117.
- Şahin, M. (2019). Korku, Kaygı ve Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 6(10), 117-135.
- Şahin Varol, H. ve Altun Yılmaz, E. (2023). Engelli Çocuğu Olan Annelerin Depresif Semptomlar ve Algıladıkları Sosyal Destek Açısından İncelenmesi, *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 6(2), 97-105.
- Türkyılmaz, M., Özkan, S., Özmen V., Kutluk T.M., Karaca, A.S., Özgül, S., Öztürk, M., Ünlü, F., Dede, İ., DüNDAR, S. ve Atağ, İ. (Editörler). (2021). *Türkiye Kansere Kontrol Programı*, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 262.

- Tarhan, S. (2012). *Umudun Özyeterlik, Algılanan Destek ve Kişilik Özelliklerinden Yordanması*, Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 166-171.
- Teixeira, R. J., Applebaum, A. J., Bhatia, S. and Brandão, T. (2018). The Impact of Coping Strategies of Cancer Caregivers on Psychophysiological Outcomes: An Integrative Review. *Psychology Research and Behavior Management*, 11, 207-215.
- Terakye, G. (2011). Kanserli Hasta Yakınlarıyla Etkileşim. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(2), 78-82.
- Tekinarslan, F. G. ve Sevi Tok, E. S. (2023). Engelli Çocuğu Olan Annelerde Öz-Şefkat, Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılığın Öznel İyi Oluşla İlişkisi, *Ayna Klinik Psikoloji Dergisi*, 10(1), 145-164.
- Timur, Ö., Gündüz, N., Altaş, H., Turan, H., Karaşahin, Ö., Tosun Tasar, P. and Binici, D. N. (2021). Burden, Quality of Life and Coping Strategies of Palliative Care Patients' Caregivers. *Ege Tıp Dergisi*, 1-9.
- Tok, S. (2023). *Palyatif Bakım Hastalarına Bakım Veren Hasta Yakınlarının Anksiyete, Depresyon ve Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Tokat, 37-50.
- Toros, F., Tot, Ş. ve Duzovalı, O. (2002). Kronik Hastalığı Olan Çocuklar, Anne ve Babalarındaki Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri. *Türk Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5(4), 240-247.
- Tuna, M. ve Olgun, N. (2010). İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarında Görülen Tükenmişlik Durumunda Algılanan Sosyal Desteğin Rolü. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 17(1), 41-52.
- Tuncay, T. (2010). Support Groups in Coping with Cancer. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 21(1), 59-72.
- Tuncay, T. ve Tekin, H. (2021). *Sosyal Hizmet Mesleğinin ABC'si Temel Kavramlar Sosyal Sorunlar Çalışma Alanları Müdahale Ölçekleri* (Birinci Baskı). Ankara: Nika Yayınevi, 344-361
- Tunç, S. ve Özkardaş, O. (2020). Otizmlili Çocuğu Olan Annelerde Algılanan Sosyal Desteğin Anksiyete ve Ebeveyn Tükenmişliği Üzerindeki Etkisi. *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 9(4), 247-253.
- Türedi, D. (2011). *Yoğun Bakım Hastalarının Akut Fizyolojik Durum Değişikliklerinin Hasta Yakınlarının Psikolojileri Üzerine Etkileri*, Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana, 47-51.
- Türkleş, S. ve Bilgin, F. (2020). Yoğun Bakım Ünitesinde Hastası Olan Bireylerin Anksiyete Düzeyleri. *International Journal of Mathematic, Engineering and Natural Sciences*, 4(14), 240-253.

- U.S. Department of Health and Human Services. (2014). *The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General*. Atlanta: King and Health.
- Uğur, Ö. ve Fadiloğlu, Z. (2012). Kansere Hastasına Bakım Verenlere Uygulanan Planlı Eğitimin Bakım Veren Yüğü Üzerine Etkisi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 1(2), 53-58.
- Ülgen, T. (2019). *Kansere Hastasına Bakım Verenlerin Evdeki Bakım Uygulamaları ve Algılanan Sosyal Desteğinin Bakım Yüğüne Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 47-59.
- Ülgen, T. and Uğur, Ö. (2022). Home Care Practices of Cancer Caregivers and The Effect of Perceived Social Support on Care Burden. *Supportive Care in Cancer*, 30(10), 8323-8332
- Ürek, D. ve Uğurluoğlu, Ö. (2021). Finansal Toksisite: Kansere Bakımında Yeni Bir Yan Etki. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(3), 651-680.
- Usta Yeşilbakan, Ö. (2015). Hüresel Bozukluklar (Onkoloji). Ö. Usta Yeşilbakan ve S. Çelik (Ed.), *Dahili ve Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği* içinde (3. Baskı). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık, 280-399.
- Uz Baş, A. ve Kabasakal, Z. (2013). Öğretmen Adaylarında Umutsuzluk ve Algılanan Sosyal Destek. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 2(1), 19-26.
- Uzday, T. (2004). Anksiyete ve Depresyonun Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri*, Ek:4, 3-11.
- WHO. (2022). World Mental Health Today. *World Mental Health Report: Transforming Mental Health For All* içinde, Geneva, 35-69.
- World Health Organization. (2002). *National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines* (Second Edition). Geneva, 14-16.
- Yeh, P. M., Wierenga, M. E. and Yuan, S. C. (2009). Influences of Psychological Well-being, Quality of Caregiver-patient Relationship, and Family Support on the Health of Family Caregivers for Cancer Patients in Taiwan. *Asian nursing research*, 3(4), 154-166.
- Yeşil, T., Çetinkaya Uslusoy, E. ve Korkmaz, M. (2016). Kronik Hastalığı Olanlara Bakım Verenlerin Bakım Yüğü Ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4), 54-66.
- Yıldırım, A., Hacıhasanoğlu, R. ve Karakurt, P. (2011). Postpartum Depresyon ile Sosyal Destek Arasındaki İlişki. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(1), 31-46.
- Yıldız, E., Dedeli, Ö. ve Çınar Pakyüz, S. (2016). Kansere Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yüğü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 13(3), 216-225.

- Yıldız, H. N., Subaşı, H. G. ve Tekin, S. (2017). Kanser Hastalarının Bakımıyla İlgilenen Yakınlarının Umut Düzeylerinin İncelenmesi. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 14(2), 109-127.
- Yılmaz Karabulutlu, E., Akyıl, R., Karaman, S. ve Karaca, M. (2013). Kanser Hastalarına Bakım Verenlerin Uyku Kalitesi ve Psikolojik Sorunlarının İncelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 28(1), 1-9.







EKLER

EK-1. Hasta Yakını Bilgi Formu

Hasta Yakını Bilgi Formu

1 Cinsiyetiniz?:

1)Kadın 2) Erkek

2 Yaşınız? : ____

3 Boyunuz? : ____

4 Kilonuz? : ____

5 Medeni Durumunuz?

1) Evli 2) Bekâr

6 Eğitim Durumunuz:

1) Okuryazar 2) İlköğretim 3) Ortaöğretim 4) Yüksek Öğrenim

7 Mesleğiniz?

1) Memur 2) İşçi 3) Çiftçi 4) Serbest 5)Emekli 6)Ev Hanımı 7)İşsizim

8 Sosyal Güvenceniz?

1) Emekli Sandığı 2) SSK 3) BAĞ-KUR 4)Yeşil Kart 5) Diğer 6) Yok

9 Kaç tane çocuğunuz var?:

10 Çocuğunuzun Hastalığı ne zaman teşhis edildi?

1) 0-6 Ay 2) 7 ay-12 ay 3) 13 ay -36 ay 4) 37 ay ve üzeri

11 Çocuğunuzun klinik Tanısı nedir?:

12 Çocuğunuz Ne kadar zamandır tedavi görüyor? : ____

13 Çocuğunuzun Hastalığına uyum sağlayabildiniz mi?

1) Uyumlu 2)Uyumsuz

14 Çocuğunuzun Hastalığını Algılama Durumunuz nedir?

(1) Tedavi edilemeyen bir hastalık

(2) Uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık

(3) Kolay tedavi edilen bir hastalık

15 Çocuğunuza Uygulanan İlaçlar Hakkında Düşünceniz Nedir?

(1) Tedavi edeceğine inanmıyorum

(2) Tedavi edecek ama çok yan etkisi var

(3) Diğer

EK-2. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri

Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki boşluklardan uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

Durumluk Kaygı Envanteri	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
1. Şu anda sakinim				
2. Kendimi emniyette hissediyorum				
3. Su anda sinirlerim gergin				
4. Pişmanlık duygusu içindeyim				
5. Şu anda huzur içindeyim				
6. Şu anda hiç keyfim yok				
7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum				
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum				
9. Şu anda kaygılıyım				
10. Kendimi rahat hissediyorum				
11. Kendime güvenim var				
12. Şu anda asabım bozuk				
13. Çok sinirliyim				
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum				
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum				
16. Şu anda halimden memnunum				
17. Şu anda endişeliyim				

EK-2. (devam) Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri

18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum				
19. Şu anda sevinçliyim				
20. Şu anda keyfim yerinde				

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

Sürekli Kaygı Envanteri	Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21. Genellikle keyfim yerindedir				
22. Genellikle çabuk yorulurum				
23. Genellikle kolay ağlarım				
24. Başkaları kadar mutlu olmak isterim				
25. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım				
26. Kendimi dinlenmiş hissediyorum				
27. Genellikle sakın, kendine hakim ve soğukkanlıyım				
28. Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim				
29. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim				
30. Genellikle mutluyum				
31. Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim				
32. Genellikle kendime güvenim yoktur				
33. Genellikle kendimi emniyette hissedirim				

EK-2. (devam) Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri

34. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınıyorum				
35. Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim				
36. Genellikle hayatımdan memnunum				
37. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder				
38. Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam				
39. Aklı başında ve kararlı bir insanım				
40. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor				

EK-3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemek için 7 tane seçenek verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle yanındaki ifadelerden yalnız bir tanesini işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlelerin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız.

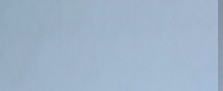
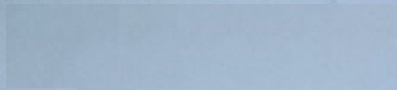
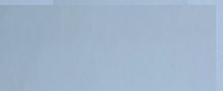
	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Bazen Katılmıyorum	Ne katılıyorum Ne katılmıyorum	Bazen Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1.Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya çalışır.							
2.İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım.							
3. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.							
4.İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.							
5.Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
6.Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
7.Sorunlarımı ailemle (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim.							
8.Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.							
9.Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							

EK-3. (devam) Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

10.Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.							
11.Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
12.Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.							



EK-4. Etik Kurul Onayı

	İNSAN ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARARI	
Tarih: 11.11.2022		
Sayın Prof. Dr. Leyla ÖZGEN Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi		
Sorumluluğunuzda yürütülmesi planlanan “Hematoloji-Onkoloji Kliniklerinde Tedavi Gören Çocukların Yakınlarının Sosyal Destek Sistemleri İle Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki - Başvuru No: 2022000572(2022/572)” başlıklı araştırmanız incelenerek, etik açıdan uygun bulunmuştur.		
Karar no: İ10-617-22		
 Prof.Dr.Hakan/ERGÜN (Başkan)	 Doç.Dr.Başak Ceyda MEÇO (Başkan Yardımcısı)	
	 Doç.Dr.Beyza DOĞANAY ERDOĞAN (Üye)	

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : ÖZTÜRK ATICI, Kamile
Uyruğu : T.C.

Eğitim Derecesi	Okul/Program	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi/ Sosyal Hizmet Anabilim Dalı	Devam Ediyor
Lisans	Düzce Üniversitesi/ Sosyal Hizmet Bölümü	2017
Lise	Ulubey Anadolu Lisesi	2012

İş Deneyimi, Yıl	Çalıştığı Yer	Görev
2018-devam ediyor	Ankara Üniversitesi Hastanesi	Sosyal Hizmet Uzm.

Yabancı Dil

İngilizce

Yayınlar

- Öztürk Atıcı, K. (2024, 3 Mayıs-4 Mayıs). *Kanser Hastalarına Bakım Verenlere Yönelik Sosyal Destek*, Nuh Naci Yazgan Ulusal Sağlık Bilimleri Kongresinde sunuldu, Kayseri.

Hobiler

Voleybol, Kitap okuma, Gezi



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..