YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

KANSER HASTASI YAKINLARININ BAKIM VERME YÜKLERİ VE PSİKOLOJİK BELİRTİLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

BUŞRA VEDAT TATARİ ÇELİK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŞA
2018

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

KANSER HASTASI YAKINLARININ BAKIM VERME YÜKLERİ VE PSİKOLOJİK BELİRTİLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

BUŞRA VEDAT TATARİ ÇELİK
20167738

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. DENİZ ERGÜN

LEFKOŞA
2018

KABUL VE ONAY

Buşra Vedat TATARİ ÇELİK tarafından hazırlanan “Kanser Hastası Yakınlarının Bakım Verme Yükleri ve Psikolojik Belirtileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” başlıklı bu çalışma, 21/06/2018 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

Prof. Dr. Ebru ÇAKICI (Başkan)
Yakın Doğu Üniversitesi
Psikoloji Bölümü

Yrd. Doç. Dr. Deniz ERGÜN (Danışman)
Yakın Doğu Üniversitesi
Psikoloji Bölümü

Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Bayraktaroğlu (Juri)
Kıbrıs İlim Üniversitesi
PDR Bölümü

Prof. Dr. Mustafa SAĞSAN
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin, tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt ederim. Tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

- ☐ Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- ☐ Tezim sadece Yakın Doğu Üniversitesinde erişime açılabilir.
- ☐ Tezimin iki (2) yıl süre ile erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım taktirde tezimin tamamı erişime açılabilir.

Tarih

İmza

Ad, Soyad

TEŞEKKÜR

Bu projeyi hazırlamamda bana yardımcı olan Tez Danışmanım Yrd. Doç. Dr. Deniz ERGÜN'e, derslerime giren değerli hocalarıma, araştırmama gönüllü olarak katılan tüm katılımcılara çok teşekkür ederim. Her daim desteğini yanımda hissettiğim değerli eşime de teşekkürü bir borç biliyorum. Ayıca çalışma konumda asıl pay sahibi olan, kansere yenilen ama kızının kalbinde her daim kahraman olan, canım babam Mehmet Mekki TATARİ' yi bugüne gelmemdeki emeklerinden dolayı şükran ve hasretle yâd eder, kanserle mücadele eden hastalara ve hastaların yakınlarına sabırlar dilerim.

BUŞRA VEDAT TATARİ ÇELİK

ÖZ

KANSER HASTASI YAKINLARININ BAKIM VERME YÜKLERİ VE PSİKOLOJİK BELİRTİLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Bu araştırma, kanser hastası yakınlarının bakım verme yükleri ile gösterdikleri psikolojik belirtiler arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. İlişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Bu araştırmanın evrenini Kasım 2017- Mayıs 2018 tarihleri arasında İstanbul'da Sağlık Bakanlığına bağlı bir hastanenin Tıbbi Onkoloji bölümünde tedavi gören hasta yakınları oluşturmaktadır. Bu evren içinden araştırmaya gönüllü katılan 150 hasta yakınına ölçekler uygulanmış, analizler toplanan örneklem sayısı üzerinden gerçekleştirilmiştir. Araştırmada Zarit Bakıcı Yük Ölçeği, Belirti Tarama Listesi (Scl-90-R) ve araştırmacı tarafından oluşturulan Sosyo- Demografik Bilgi Formu (bireysel bilgi formu) kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda; Kanserli hasta yakınlarının psikolojik belirti durumlarında cinsiyetlerine göre kadınların erkeklere göre, yaş yükseldikçe, evlilerin bekârlara göre yük algısının fazla olduğu görülmüştür. Öğrenim durumunun iş durumunun, akrabalık yakınlıklarının, yardım verme süresinin yük algısını etkilediği görülmüştür. Kanserli hasta yakınlarının cinsiyetlerine göre kadınların erkeklere göre, yaşları 51 yaş ve üzeri olan grubun, evlilerin bekârlara göre algılarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Öğrenim durumunun iş durumunun mesleğin belirti algılarını etkilediği, akrabalık derecesi arttıkça belirti durumları arttığı görülmüştür. Yardım süresinin anlamlı farklılıklara yol açmadığı, yardım sıklığı arttıkça belirti algısı da arttığı bulunmuştur. Bakım Verme Yük ölçeği ile Psikolojik belirti ölçeği arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Yük algısı arttıkça belirti durumları da artmaktadır. Bu nedenle bakıcıların yükünü hafifletecek destek sistemleri oluşturulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kanser, Kanserli Hasta, Kanserli Hasta Yakını, Bakım Verme Yük Durumu, Psikolojik Belirti Listesi.

ABSTRACT

INVESTIGATING THE RELATIONSHIP BETWEEN BURDEN OF CARE GIVERS AND THE PSYCHOLOGIAL SYMPTOMS AMONG RELATIVES OF CANSER PATIENTS

This study has been conducted to investigate the relation between the care-giving burdens of relatives of cancer patients and the psychological symptoms demonstrated by them. This study used the relational screening model. The universe of this study is comprised of the relatives of patients who received treatment at Medical Oncology department of an Istanbul-based, Health Ministry-operated hospital during the period of November 2017 – May 2018. Scales were implemented to 150 patient relatives who volunteered for our research from among this universe, and the analyses were conducted over the number of samples gathered. The research used Zarit Bakıcı Burden Scale, Symptom Screening List (Scl-90-R), and research-created Socio-demographic Information Form (individual information form).

The research finds out that, psychological symptom situations of relatives of cancer patients increase in women relatives to men in terms of gender, and as the age goes up, the burden perception is higher in the married than in singles. In terms of gender, women relatives of cancer patients are found out to have a higher burden perception than men relatives; and the group aged 51 or older as well as the married as compared to singles are found out to have a higher burden perception. It has been observed that education level, employment status and occupation type have impact on psychological symptom perception and psychological symptom situations increase as the degree of affinity increases. It has also been found that length of support period does not result in meaningful differences and the shorter the support intervals, the higher the psychological symptom perception will be. As a result of the Pearson correlation analysis conducted to identify the relations between the Care-giving Burden scale and the Psychological symptom scale, the relation between the scores is significant in the positive direction. As the burden perception increases, so do symptom situations. For that reason, supporting systems must be constituted to temper the burden of the caretakers.

Keywords: Cancer, Cancer Patient, Relative of Cancer Patient, Care-giving Burden Situation, Psychological Symptoms List.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY iii
BİLDİRİM iv
TEŞEKKÜR v
ÖZ.....vi
ABSTRACT vii
İÇİNDEKİLER.....viii
TABLO LİSTESİ x
KISALTMALAR LİSTESİ xii

1.BÖLÜM 1
GİRİŞ 1
1.1. Problem durumu 1
1.2. Araştırmanın amacı.....8
1.3. Araştırmanın önemi 11
1.4. Sınırlılıklar.....12
1.5. Tanımlar 12
2. BÖLÜM 13
KURAMSAL ÇERÇEVE 13
2.1. Kanserin tanımı 13
2.2. Kanserin sebepleri 15
2.3. İnsanlarda en çok görülen kanser türleri 20
2.4. En kötü gidişli kanser türleri 21
2.5. Kanserin sonuçları.....22
2.6. Kanserle mücadele ve tedavide neler yapılabilir? 25
2.6.1. Tedavi.....27
2.6.1.1. Hasta merkezli tedavi 30
2.6.1.2. Bir evde terapi bakım ünitesinin avantajları 31
2.6.1.2.1. Ekonomik açıdan.....33
2.6.1.2.2. Psikolojik açıdan.....35

2.7. Kanserden korunma yolları 39
2.8. Kanserin hasta yakınlarına etkisi 41
2.8.1. Kanserde psikiyatrik bozukluklar 45
2.8.1.1. Somatizasyon 46
2.8.1.2. Obsesif-Kompulsif 48
2.8.1.3. Kişilerarası duyarlık 50
2.8.1.4. Kanser ve depresyon 51
2.8.1.5. Kanser ve kaygı bozuklukları 54
2.8.1.6. Düşmanlık 57
2.8.1.7. Psikolojik dayanıklılık 58
3. BÖLÜM 61
ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ 61
3.1. Araştırmanın modeli 61
3.2. Evren ve örneklem 61
3.3. Veri toplama araçları 62
3.3.1. Kişisel bigi formu 62
3.3.2. Zarit bakıcı yük ölçeği 62
3.3.3. Psikolojik belirti tarama listesi 63
3.4. Ölçme aracının uygulanma aşamaları 64
3.5. Verileri çözümleme yöntemi 64
4. BÖLÜM 66
BULGULAR 66
5. BÖLÜM 121
TARTIŞMA 121
6. BÖLÜM 129
SONUÇ VE ÖNERİLER 129
KAYNAKÇA 132
EKLER 144
ÖZGEÇMİŞ 149
İNTİHAL RAPORU 150
ETİK KURUL ONAYI 151

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Demografik bilgiler 66
Tablo 2. Hasta yakınlarının kanserli hasta bakımlarına İlişkin ZBYÖ aritmetik ortalama, standart sapma değerleri.....68
Tablo 3. Hasta yakınlarının cinsiyetlerine göre ZBYÖ karşılaştırılması t testi sonuçları 68
Tablo 4. Hasta yakınlarının yaşlarına göre ZBYÖ karşılaştırılması anova testi sonuçları 69
Tablo 5. Yaşlarına göre yük ölçeği scheffe testi sonuçları 70
Tablo 6. Hasta yakınlarının medeni durumlarına göre ZBYÖ karşılaştırılması t testi sonuçları.....71
Tablo 7. Hasta yakınlarının mezuniyet durumlarına göre ZBYÖ karşılaştırılması anova testi sonuçları 72
Tablo 8. Mezuniyetlerine göre ZBYÖ scheffe testi sonuçları.....72
Tablo 9. Hasta yakınlarının iş durumlarına göre ZBYÖ karşılaştırılması t testi sonuçları 73
Tablo 10. Hasta yakınlarının iş durumlarına göre ZBYÖ karşılaştırılması anova testi sonuçları 74
Tablo 11. Mesleklerine göre ZBYÖ scheffe testi sonuçları.....75
Tablo 12. Hasta yakınlarının yakınlık durumlarına göre ZBYÖ karşılaştırılması anova testi sonuçları.....76
Tablo 13. Yakınlıklarına göre ZBYÖ scheffe testi sonuçları 77
Tablo 14. Hasta yakınlarının yardım süresi durumlarına göre ZBYÖ karşılaştırılması anova testi sonuçları 78
Tablo 15. Yardım süresine göre yük ölçeği scheffe testi sonuçları 79
Tablo 16. Hasta yakınlarının yardım alma durumlarına göre ZBYÖ algılarının karşılaştırılması mann whitney-u testi sonuçları 79
Tablo 17. Hasta yakınlarının yardım sıklığı durumlarına göre ZBYÖ karşılaştırılması anova testi sonuçları.....80
Tablo 18. Yardım sıklığına göre ZBYÖ scheffe testi sonuçları.....81
Tablo 19. Hasta yakınlarının kanserli hasta bakımlarına ilişkin SCL-90 aritmetik ortalama, standart sapma değerleri.....81

Tablo 20. Hasta yakınlarının cinsiyetlerine göre kanserli hasta bakımlarına ilişkin SCL-90 karşılaştırılması t testi sonuçları 83
Tablo 21. Hasta yakınlarının yaşlarına göre kanserli hasta bakımlarına ilişkin SCL-90 karşılaştırılması anova testi sonuçları 84
Tablo 22. Yaşlarına göre SCL-90 scheffe testi sonuçları.....87
Tablo 23. Hasta yakınlarının medeni durumlarına göre kanserli hasta bakımlarına ilişkin SCL-90 karşılaştırılması t testi sonuçları.....91
Tablo 24. Hasta yakınlarının mezuniyetlerine göre kanserli hasta bakımlarına ilişkin SCL-90 karşılaştırılması anova testi sonuçları 92
Tablo 25. Mezuniyetlerine göre SCL-90 scheffe testi sonuçları 94
Tablo 26. Hasta yakınlarının iş durumlarına göre kanserli hasta bakımlarına ilişkin SCL-90 karşılaştırılması t testi sonuçları.....96
Tablo 27. Hasta yakınlarının mesleklerine göre kanserli hasta bakımlarına ilişkin SCL-90 karşılaştırılması anova testi sonuçları.....98
Tablo 28. Mesleklerine göre SCL-90 Scheffe testi sonuçları 100
Tablo 29. Hasta yakınlarının yakınlıklarına göre kanserli hasta bakımlarına ilişkin SCL-90 karşılaştırılması anova testi sonuçları 105
Tablo 30. Akrabalık yakınlıklarına göre SCL-90 Scheffe testi sonuçları.....107
Tablo 31. Hasta yakınlarının bakım süresine göre kanserli hasta bakımlarına ilişkin SCL-90 karşılaştırılması anova testi sonuçları.....109
Tablo 32. Hasta yakınlarının yardım alma durumuna göre kanserli hasta bakımlarına ilişkin SCL-90 karşılaştırılması Mann Whitney-u testi sonuçları 112
Tablo 33. Hasta yakınlarının yardım sıklıklarına göre kanserli hasta bakımlarına ilişkin SCL-90 karşılaştırılması Mann Whitney-u testi sonuçları 114
Tablo 34. Yardım sıklıklarına göre SCL-90 scheffe testi sonuçları.....115
Tablo 35. ZBYÖ ile SCL-90 arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan pearson korelasyon analizi sonuçları 117
Tablo 36. ZBYÖ alt boyutları ile SCL-90 alt boyutları arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan pearson korelasyon analizi sonuçları 118
Tablo 37: ZBYÖ regresyon analizleri sonuçları.....119
Tablo 38: ZBYÖ demografik değişkenlerin regresyon analizleri sonuçları ..120

KISALTMALAR LİSTESİ

Akt : Aktaran

Çev : Çeviren

Ed : Editör

SPSS :(Statistic Packets For Social Seciences) Sosyal Araştırmalar İçin İstatistiksel Program Paketi

sf : Sayfa

vd : Ve Diğerleri

n: Frekans

p: Anlamlılık derecesi

so: Sıralamaların ortalaması

st: Sıralamaların toplamı

ZBYÖ: Zarit bakıcı yük ölçeği

SCL-90: Psikolojik belirti tarama listesi

1. BÖLÜM

GİRİŞ

Araştırmanın bu bölümünde genel hatlarıyla araştırmanın kapsam ve dayanaklarına, problem durumuna, problem cümlesine ve alt problemlerine değinilmiş, ikinci bölümde kanserin tanımına, nedenlerine, sonuçlarına, psikolojik ve fiziksel etkilerine, hasta bakıma kanser hastalarının bakımını üstlenen aile bireyleri üzerindeki psikolojik etkilerine yer verilmiştir. Diğer bölümler yöntem, bulgular sonuç ve tartışmaya ayrılmıştır.

1.1 Problem durumu

Birinin sağlığı, yaşamı veya zihinsel bütünlüğü tehlikeye girdiğinde yaşanan travma, özellikle psikolojik yaşam alanında olumsuz sonuçlara yol açabilir. Yoğun bakım ünitelerinde yatan yakın akrabalarımızın sağlık ve yaşamı tehdit eden koşulları, yinelenen resimler, yansımalar, rüyalar (müdahaleler), travma ile ilgili konuşmalardan kaçınma, davranışlar veya düşünceler ve aşırı heyecanla travmayı yeniden tecrübe etme ile ilişkilendirilebilir (Jezierska, Borkowski ve Gaszyński, 2014). Kanserin artış eğilimi hem gelişmiş ülkeler hemde gelişmekte olan ülkeler için sorundur. Herkesin başına gelebilecek olan evrensel bir sorun haline gelmiştir. Bu nedenle kanser, ülkemizde de önemli bir sorun olmuş, ölüm nedenleri arasında 1997 Devlet İstatistik Kurumu'nun verilerine göre ikinci sırada yer almıştır. Kanser gibi zor bir hastalık psikolojik sıkıntı oluşturmakta, bununla beraber ölüm anksiyetesini de tetiklemektedir. Çünkü kanserin halen umutsuzlukla, dayanılmaz ağrılarla, korkularla hatta ölümle eş değer tutulduğu bilinmektedir. Derogatis

ve ark. (1983) yaptığı ve daha birçok araştırmaya göre kanser hastalarında hatta yakınlarının önemli bir bölümünde psikiyatrik bozukluk ortaya çıkmıştır. Smeenk ve ark. (1998) hastaların anlaşılmadığını düşünme, aileden yeterli yardım ve desteği görmediğini düşünme ve iletişim zorluklarıyla karşılaştıkları ayrıca duygu ve sosyal sorunlar yaşadıkları belirtilmiştir (Akt.Babaoğlu ve Öz, 2003, 129). Buradan yola çıkıldığında kanser hastalığı hem hastanın kendisi için hem hastanın bakım yüküyle ilgilenen yakını için birçok psikolojik belirti meydana getireceği söylenebilir.

Kanser, trilyonlarca hücreden oluşan insan vücudunda hemen hemen her yerde başlayabilir. Normal olarak, insan hücreleri vücudun ihtiyaç duyduğu gibi yeni hücreler oluşturmak için büyür ve bölünür. Hücreler yaşlandıkça veya hasar gördüklerinde ölür ve yeni hücreler yerini alır. Ancak kanser geliştiğinde, bu düzenli süreç bozulur. Hücreler gittikçe daha anormal hale geldikçe, yaşlı veya hasarlı hücreler ölmeleri gerektiğinde hayatta kalır ve ihtiyaç duyulmadığında yeni hücreler oluşur. Bu ekstra hücreler durmadan bölünebilir ve tümörler olarak adlandırılan büyüme oluşturabilir (Sağlık Ansiklopedisi 2002, 321) kanser, batı dünyasında prematür ölüm ve sakatlığın en yaygın nedenidir ve şu anda tam olarak ölçülmeyen çok önemli sosyal ve ekonomik sonuçları olmasına rağmen göz ardı edilebilmektedir. Geçmişe kıyasla insan yaşamının daha uzun olması, ulusal sağlık sistemleri kanserin yaygınlığı ile karşı karşıya kalmaktadır (Jemal, Bray, Center, Ferlay, Ward, Forman, 2011).

Kanser genetik bir hastalıktır, yani hücrelerimizin, özellikle de nasıl büyüdükleri ve bölünme şeklini kontrol eden genlerdeki değişikliklerden kaynaklanır. Bu yönüyle geçmişi çok eskidir. Ancak son yıllarda daha fazla üzerinde durulur olmuştur (Sağlık Ansiklopedisi 2002, 321). Kanser çok yaygın bir hastalıktır. Toplumun yaklaşık yüzde otuzu bu hastalığın görülme rikini taşımaktadır (Rees, 2004, 1).Ağır bir hastalık olan kanserin tedavisi oldukça maliyetli ve zordur. Hastanın yanında hasta bakımını üstelenen aile bireylerinin de bu süreçten olumsuz etkilendikleri bilinmektedir. Kanserin kronik bir hastalık olduğu göz önünde bulundurulduğunda; Kanser, fiziki ve

psikolojik yapıyı etkiler. Sosyal yaşam ve hayata bakışı değiştirir. Ayrıca ağrılarla seyreder. Psikolojik sorunların oluşmasına yol açar(Karabulutlu ve Tan, 2005). Hastanın bir tıbbi bakım sisteminde en önemli kişi olduğu gerçeği, sistemde çalışan herkes tarafından tanınmalıdır. Bu tek faktör, herhangi bir hastanedeki hasta bakımında önemli bir fark yaratmaktadır (Rao, 2002). Kanser tanısı koyulduktan sonra inkar etme, kabul edememe, duygu durum bozuklukları görülür(Kulaksızoğlu, vd. 2009, 282). Pratikte, onkoloji bölümleri, daha terapötik girişimler, uzun süreli bakım ve daha uzun izlem süresi gerektiren artan sayıda hastayı desteklemek zorundadırlar (Jemal, Ward, ve Thun, 2010). Uzun vadede devam eden hasta eğitimi ve daha iyi psikososyal destek sağlamak için artan bir kaynak ihtiyacı vardır. Bu sorunun üstesinden gelmek için sağlık uzmanları, hasta ihtiyaçlarını karşılamak için daha esnek bir kanser bakım modeli için çalışmışlardır (Tralongo, Ferraù, Borsellino, Verderame, Caruso, Giuffrida, Butera ve Gebbia, 2011). Tıbbın gelişmesiyle birlikte kanser tanısı çok kolay koyulabilir. Ancak çoğu zaman hastaların ihmali nedeniyle tanı gecikir ve birçok vaka ölümle sonuçlanır (Sağlık Ansiklopedisi 2002, 321).Günümüzde çoğu kanser tedavisi, hastanelerde değil, ayakta tedavi merkezlerinde verilmektedir. Bu, kişinin kanser hastasının günlük bakımının bir parçası olması gerektiğine ve evde daha dikkatli insanlara bakılmaya ihtiyacı olduğu anlamına gelir. Sonuç olarak bakıcıların birçok rolü vardır. Kanser tedavisi sırasında ve sonrasında hastanın ihtiyaçları değiştikçe bu roller değişmektedir.

Günümüzde, hasta odaklı bir yaklaşımla kanser hastalarının bakım kalitesinde iyileşme stratejik öncelik olarak görülmektedir. Hastaya odaklı bakım, prognoz yerine hastaların ihtiyaçlarına dayanır. Onkoloji bakımının evde yapılması, gittikçe artan bir şekilde bakım kalitesini yükseltmenin bir yolu ve hastaların seçilen hasta grupları için hastanede yatarak tedavi edilmesinin maliyet açısından etkili bir alternatifi olarak görülüyor. Aslında, kanserli hastalara bakım sunumunun birincil ortamı, kanser tedavisi için ayakta tedavi hizmetlerinin kullanımı, terapilerinin ortaya çıkması, hastane ziyaretlerinin kısaltılması, daha uzun yaşam ve hastaneden evde tedaviye

dönüşüm başlamıştır. Bu doğrultuda bakım veren kişilerin mümkün olan en uzun süre hastanın evinde bakım isteğini karşılaması için eğilim söz konusudur (Tralongo, Ferraù, Borsellino, Verderame, Caruso, Giuffrida, Butera ve Gebbia, 2011).

İrlanda'da yapılan araştırma sonucunda, evde bakımın maliyeti hastane bakımıyla karşılaştırıldığında üçte ikisini azalttığını göstermiştir (Hall, ve Lloyd, 2008) Taşıma ile ilgili tasarruflar ve hastane kökenli enfeksiyon riskinde artış göz önüne alındığında, çalışma, evde kemoterapinin daha da maliyet açısından avantajlı görünmesini ve vergi mükellefi için daha iyi bir ekonomik avantaj elde ettiğini göstermiştir. ABD'de yapılan bir araştırmada maliyet analizi, programa dahil olmayan hastalara kıyasla giderlerde bir azalma olduğunu göstermiştir (Sweeney, Halpert, Waranoff, 2007) Diğer taraftan Kanada'da yapılan araştırma, evde kemoterapinin hastanede yatarak tedavi edilmesinin maliyetinin daha düşük olduğunu buğulamıştır, ancak bulgular, evde tedavi, ayaktan tedavi için bir alternatif olarak kullanılmıştır (Boothroyd ve Lehoux 2003).

Avustralya'da yapılan araştırma sonucunda ev bazlı tedavi, hastane tabanlı tedavi ile karşılaştırıldığında maliyetin artmasına neden olmuştur, ancak seyahatin ortadan kaldırılması, tedavi- ilişkili anksiyete ve sağlık bakım verenlere ve aileye yükün azaltılması ve diğer çalışmaları devam ettirme yeteneği olduğunu bulgulamıştır (Rischin, White ve Matthews, 2007). İngiltere'de bir yıl içinde evde kemoterapi uygulamak üzere yapılan retrospektif bir incelemede önemli maliyet tasarrufları hastane içi tedaviye kıyasla (% 56) bildirilmiştir. Hasta bakımının iyileştirilmesi, yüksek bir hasta memnuniyeti elde etme genel amacı ile tüm sağlık hizmeti sunucuları için bir öncelik haline gelmiştir. Kamuoyu arasında daha fazla farkındalık, daha iyi bakım talepleri, daha rekabetçi olma, daha fazla sağlık düzenlemesi, tıbbi hatalı tazminat dava açma ve kötü sonuçlarla ilgili endişeler bu değişime katkıda bulunan faktörlerdir (Rao, 2002).

Kanser tedavisinde bir çok yan etkiler görülür. Kullanılan ilaçların etkisiyle halsizlik, bunaltı, değişik cilt hastalıklarının oluşması ve ölüm riski vardır. Tedavi metastatik kanserli bazı kişilerin yaşamlarının uzamasına yardımcı olabilir. Genel olarak, metastatik kanser tedavisinin temel amacı, kanserin büyümesini kontrol etmek veya bunun neden olduğu semptomları azaltmaktır. Metastatik tümörler vücudun nasıl işlediğine ciddi zarar verebilir ve kanserden ölen çoğu insan metastatik hastalıktan ölür (Rees, 2004, 33). Kanserli hasta bakım grubundaki hastaların aile üyelerinde depresyon, kaygı ve stresle ilişkili bozukluklar açısından daha yüksek bir risk vardır. Kritik hastaların yakınları arasında anksiyete, strese bağlı bozukluklar, depresyon ve karmaşık keder gibi olumsuz psikolojik reaksiyonların kümesine post-yoğun bakım sendromu ailesi denir. Bu komplikasyonlar akrabaların bakıcı olma rolünü etkileyebilir ve ayrıca günlük işlerliklerinde engel olabilir. Sevilen bir kişinin ağır hasta olduktan sonrayaşanan olumsuz psikolojik sonuçların yanı sıra, hastanın akrabalarında travma sonrası stress bozukluğu olarak bilinen bazı olumlu değişiklikler de gözlenmektedir (Jezierska, Borkowski ve Gaszyński, 2014).

Literatür hastanede yatan hastanın yenidoğan, çocuk veya erişkin olmasına bakılmaksızın, akrabasının hastalığından sonraki birkaç ay içinde stresle ilişkili koşulların yanı sıra depresif ve / veya anksiyete bozuklukları riskinin arttığını göstermiştir. Bu olumsuz psikolojik etkiler hastanın taburcu edilmesinden sonra birkaç yıl devam edebilir ve bu daha sonra aile üyelerinin hastanın bakımına dahil olmasını etkiler (Davidson, Jones ve Bienvenu, 2012). Bakım veren kişilerin depresyon, yaşam biçimini olumsuz etkileme riski taşıdığı gösterilmiştir (Shear, Simon ve Wall, 2011).

Ağır hastaların aile bireylerinde kaygılı anksiyete ve / veya depresyon görülmesi(Van Pelt, Milbrandt ve Li Q, 2007) veya bir akrabasının hasta olması nedeniyle zihinsel işlev bozukluğu, kadınlar (Nelson ve Gold, 2012)ve genç aile üyeleri (Anderson, Arnold, Angus ve Bryce, 2008)arasında daha sık görülmektedir. Eşlerde zihinsel zorlanma daha yüksektir. Ayrıca bir risk faktörü de tek ebeveyn olmaktır (Siegel, Hayes, Vanderwerker, Loseth ve

Prigerson, 2008). Hastanın yaşı (McAdam, Dracup, White, Fontaine ve Puntillo, 2010) ve bireysel aile bireylerinin eğitimi de önemlidir (Greis, Engelberg ve Kross, 2010) Olumsuz psişik sonuçlara neden olan başlıca ürünlerden biri de artan stres düzeyidir (McAdam ve Puntillo, 2009).Çok sayıda çalışma, yoğun bakımda kalış süresince hastanın ölümünün, ölüm riskinin yüksekliğinin ve ölümle akrabalarının varlığının (Kross, Engelberg, Gries, Nielsen, Zatzick ve Curtis, 2011) aile üyelerinin yaşadığı stres düzeyini önemli ölçüde artırdığını göstermiştir. Ani, beklenmedik bir hastalık (Balluffi, Kassam-Adams, Kazak, Tucker, Dominguez ve Helfaer, 2004) veya bir diğer hastaneye kaldırma, hastanın akrabalarında olumsuz psikolojik reaksiyon riskini artırabilir (Siegel, Hayes, Vanderwerker, Loseth ve Prigerson, 2008). Davranışla bilinç arasında bir farklılık oluşumu ve zor şartlar beraberinde kaygıyı getirebilir. Farklılık ne kadar büyükse, kaygı da o kadar kuvvetli olur (Cüceloğlu, 2006, 430). Ayrıca cinsiyet ile bakım verme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ayrıca hastanın bakımıyla en çok ilgilenenlerin başında annelerin gelmesi (%49.3), bakımı en çok kadınların üstlendiğini göstermektedir (Akbulut, 2009).

Hastalık hallerinde; bireyin kendini korumaya yönelik davranışları azalır, yardım alma gereksinimi ve güçsüzlüğü artar, sorun çözme yeteneği azalır veya kaybolur, birey yaşama uyum sağlamada çeşitli güçlükler yaşar. Hastalık yaşantısında bireyin yardım gereksinimi artmakta bu yardım başlangıçta bireyin en yakın çevresi olan ailesi tarafından sağlanmakta bunun yeterli olmadığı durumlarda sağlık sistemindeki çalışanlardan alınmaktadır (Tel ve Terakye, 2000). Taburcu olduktan sonra hastalara bakan ailelere verilen destek, psiko-fiziksel kapasitelerin uygun şekilde yapılandırılmış bir şekilde iletilmesi ve değerlendirilmesine yönelik takip ziyaretlerini içerir (Engström Andersson ve Söderberg, 2008).

Hastaların akrabalarının karşılaştığı zorlukları göz önüne alındığında, hasta yakınlarına yapılacak ziyaretler faydalı görülmektedir. İngiltere'de, yoğun bakım ünitelerinin yaklaşık% 30'u hastanın taburcu edilmesinden sonra takipleri organize etmektedir. Katılımcılar, ayakta tedavi kliniklerindeki destek

gruplarının ve ziyaretlerin yararlı olduğunu belirtmişlerdir. Bu tedavi sonrası evde bakım hizmeti şeklinde devam etmektedir (Davidson, Jones ve Bienvenu, 2012). Kişinin psikolojik yapısının kanserin başlamasında ve daha sonraki seyrinde rol oynadığı ifade edilse de bunu destekleyen yeterli bilimsel kanıt yoktur (Rees, 2004, 71). Kanserli hastaya bakım verenlerde stres ve sıkıntıların birçok nedeni vardır. Sevdiğiniz bir kişide kanser olmuştur bu bir krizdir. Belirsiz gelecek, finansal endişeler, zor kararlar ve beklenmedik ve istenmeyen yaşam tarzı değişiklikleri bunlardan sadece birkaçıdır. Korku, umutsuzluk, suçluluk, şaşkınlık, şüphe, öfke ve çaresizlik hem kanser hastası hem de bakım veren kişi için geçerlidir. Hastaya odaklanma eğilimindeyken, tüm bunlar fiziksel ve zihinsel sağlığınızı da etkileyebilir.

Gelişmekte olan ülkelerde mali kısıtlamalar sıklıkla bakım kalitesinin bozulmasına yol açmaktadır. Bu, maliyet iyileştirmesini vurgulayan yönetim sistemlerinin getirilmesi ile düzeltilebilir. Tecrübelerimize göre, kaliteli bir hizmet için ödeme yapabilecek hastaları cezbedecek bir sistem geliştirilmelidir ve böyle bir sistem ödenmeyen hastalara da genişletilmelidir. Bu sistem, yüksek kaliteli bakım ve iyi bir maliyet iyileştirme avantajlarına sahiptir (Rao, 2002). Bununla birlikte hasta yakınlarına desteğe yönelik geliştirilen yöntemlerin etkililiğini ölçen ve hastalar ile aile bireyleri için avantajlarını ortaya koyan hiçbir çalışmaya rastlanmamıştır (Davidson, Jones ve Bienvenu, 2012). Öte yandan, önleyici sohbetlerin hasta aileleri ile onların duygularını ifade etme, destek alma ve suçluluk duygusu azaltma ve depresyon riskini azaltma olanakları arasında bir ilişki olduğunu gösteren raporlar bulunmaktadır. Depresyon, bakım verenlerde yaygındır. Ancak bakıcılık her zaman depresyona neden olmaz ve bakıcıların tümü depresyonla giden zor duygulara sahip değildir. Herkesin duygusal iniş ve çıkışları vardır, ama eğer bir kişi her zaman kendini kötü hisseder, enerjisini kaybeder, kolayca kızarsa, depresyonun bir uyarı işareti olabilir(Lautrette, Darmon ve Megarbane, 2007). Bu açıdan bireylerin kişilik özellikleri önemlidir. Kişilik özelliklerinin hastalıklarla başa çıkmada destekleyici rolü olabilir (Özdemir, 2012, 3). Bakıcılar yorgunluk ve uyku sorunu gibi fiziksel

belirtiler geliştirebilirler. Bu, ihtiyaç duydukları desteği alamayan ve kendileriyle ilgilenmeyen bakıcılar için bir problem yaratma olasılığı daha yüksektir - özellikle de kendi yaşam kalitelerine maruz kaldıklarında bile tek başına ilerlemeye çalışan kişilerde görülür. Bu yönüyle kanser hastası yakınlarının bakım verme yükleri ile gösterdikleri psikolojik belirtiler arasındaki ilişkinin incelenmesi gerekmektedir. Hastalığın ağır olması hastalarının aile bireylerinde zihinsel olumsuz sonuçlanma ihtimalini arttırmaktadır. Öte yandan, sosyal destek ve atıfları, özellikle de iyi iletişim, aile üyeleri arasında olumsuz psikolojik sonuçları azaltmak için faktörlerdir. Hasta yakınlarının desteğe ihtiyaç duyup duymadıkları husussunda araştırma sonuçlarının katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2 Araştırmanın amacı

Bu çalışmanın asıl amacı, kanser hastası yakınlarının bakım verme yükleri ile psikolojik belirtileri arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Kanserin hem hastalara hem yakınlarına getirdiği varoluşsal anksiyete, zorlu hastalık süreci ve hastaların bakım yükü, hasta yakınlarındaki psikolojik belirtileri önemli oranda etkileyeceği öngörülmektedir. Amaç ve problemler şu şekilde sıralanmıştır:

1- Kanser hastalarının bakımından sorumlu yakınların bakım verme yükleri ne düzeyde olduğu,

2-Kanser hastalarının bakımından sorumlu yakınların bakım verme yükünün cinsiyete göre incelenmesi.

3- Kanser hastalarının bakımından sorumlu yakınların bakım yükünün yaşa göre incelenmesi.

4- Kanser hastalarının bakımından sorumlu yakınların bakım yükünün medeni duruma göre incelenmesi.

5- Kanser hastası yakınlarının bakım yükünün eğitim düzeyine göre incelenmesi.

6- Kanser hastası yakınlarının bakım yükünün hasta bakımı sırasında faal bir işte çalışıp çalışmaması açısından incelenmesi.

7- Kanser hastası yakınlarının bakım yükünün, hastaya bakım veren kişinin mesleği açısından incelenmesi.

8-Kanser hastası yakınlarının bakım yükünün yakınlık derecesine göre incelenmesi.

9- Kanser hastası yakınlarının bakım yükünün hastalığın teşhisiyle geçen süre açısından incelenmesi.

10- Kanser hastası yakınlarının, bakım yükünün hastaya bakımı sırasında başkalarından yardım alıp almama açısından incelenmesi.

11- Kanser hastası yakınlarının bakım yükünün hastaya bakma sıklığı açısından incelenmesi.

13-Kanser hastası yakınlarının gösterdikleri psikolojik belirti düzeyleri

14-Kanser hastası yakınlarının gösterdikleri psikolojik belirtilerin cinsiyetle ilişkisi.

15- Kanser hastası yakınlarının gösterdikleri psikolojik belirtilerin yaşa göre incelenmesi.

16- Kanser hastası yakınlarının gösterdikleri psikolojik belirtilerin medeni duruma göre incelenmesi.

17- Kanser hastası yakınlarının gösterdikleri psikolojik belirtilerin eğitim düzeyine göre incelenmesi.

18- Kanser hastası yakınlarının gösterdikleri psikolojik belirtilerin faal bir işte çalışıp çalışmama açısından incelenmesi.

19- Kanser hastası yakınlarının gösterdikleri psikolojik belirtilerin hastaların meslekleri açısından incelenmesi.

20- Kanser hastası yakınlarının gösterdikleri psikolojik belirtilerin hastaya yakınlık derecesine göre incelenmesi.

21-Kanser hastası yakınlarının gösterdikleri psikolojik belirtilerin hastalığın teşhisiyle geçen süre açısından incelenmesi.

22- Kanser hastası yakınlarının gösterdikleri psikolojik belirtilerin hastanın bakımını üstlenirken başkalarından yardım alıp almaması açısından incelenmesi.

23- Kanser hastası yakınlarının gösterdikleri psikolojik belirtilerin hastanın bakımındaki sıklık açısından incelenmesi.

25- Kanser hastası yakınlarının bakım yükü ile gösterdikleri psikolojik belirtiler arasındaki ilişkinin incelenmesi

26- Kanser hastası yakınlarının bakım yükünü yordayan demografik değişkenlerin incelenmesi

1.3 Araştırmanın önemi

Kanser hastalarının bakım ve tedavisinde hasta yakınlarının sürece katıldıkları bilinmektedir. Hasta yakınları kanser hastalarının gerek hastaneye götürülüp getirilmesi gerekse yoğun bakım ünitelerindeki refakatleri ayrıca evde hastanın yanında olmaları onların kişisel bakımları ile ilgilenmeleri ve tüm u ve bunun gibi süreçler onlar üzerinde yıpratıcı bir etki yapmaktadır. Bu yönüyle kanser hastası yakınlarının bakım verme yükleri ile gösterdikleri psikolojik belirtiler arasındaki ilişkinin incelenmesi ile hasta yakınlarının

süreçten ne düzeyde etkilendikleri tespit edilmiş ve onlara sunulabilecek destek hizmetlerine ışık tutabilecektir.

Çok sayıda çalışma, yoğun bakımda kalış süresince hastanın ölümünün, ölüm riskinin yüksekliğinin ve ölümle akrabalarının varlığının (Kross, Engelberg, Gries, Nielsen, Zatzick ve Curtis, 2011) aile üyelerinin yaşadığı stres düzeyini önemli ölçüde artırdığını göstermiştir. Ani, beklenmedik bir hastalık (Balluffi, Kassam-Adams, Kazak, Tucker, Dominguez ve Helfaer, 2004) veya bir diğer hastaneye kaldırma, hastanın akrabalarında olumsuz psikolojik reaksiyon riskini artırabilir (Siegel, Hayes, Vanderwerker, Loseth ve Prigerson, 2008). Yurt dışında benzer çalışmalar yapıldığı tespit edilmiştir. Ülkemizde ise bu konu özelinde bir çalışmaya rastlanmamıştır. Sadece benzer şekilde Acar (2015) in yazılı duygusal dışavurum paradigmasını kanser hastalarının eşlerinde psikolojik sağlık sonuçları (psikolojik sıkıntı, depresyon, kaygı, somatizasyon, travma sonrası stres belirtileri) ve travma sonrası gelişim için test etmiştir, yazılı dışavurumun kanser hastalarının eşlerinde psikolojik sıkıntı, depresyon, kaygı, somatizasyon ve travma sonrası stres belirtilerinde azalmaya yol açmadığını, travma sonrası gelişim düzeyini ise yazma öncesinden sonrasına arttırdığını göstermiştir. Ancak bu sonuçlar için yazılı dışavurum koşulları birbirinden farklılaşmamıştır. Bu yönüyle bu araştırma önemli görülmektedir. Literatüre katkı sağlayacağı umulmaktadır.

1.4 Sınırlılıklar

1. Bu araştırma, 2017-2018 yılı ile sınırlıdır.
2. İstanbul'da Sağlık Bakanlığına bağlı bir eğitim ve araştırma hastanesinde tedavi gören ve araştırmaya katılan hasta yakınlarının görüşleri ile sınırlıdır.
3. Kullanılan istatistiksel çözümleme yöntemleri ile sınırlıdır.

1.5 Tanımlar

Kanser: Kanser vücutta anormal hücrelerin kontrolsüz büyümesidir. Kanser vücudun normal kontrol mekanizması çalışmayı durdurduğunda gelişir. Eski hücreler ölmez ve bunun yerine kontrolden çıkarak yeni, anormal hücreler oluştururlar. Bu ekstra hücreler, tümör denilen bir doku kütlesi oluşturabilir (Sağlık Ansiklopedisi 2002, 321).

Evde Bakım: Uzun süreli bakım, kronik olarak hasta veya engelli kişilerin fiziksel, sosyal ve duygusal ihtiyaçlarını karşılamak için koordine edilen kapsamlı bir tıbbi, kişisel ve sosyal hizmet yelpazesini ifade eder(Oğlak 2007).

Psikolojik Dayanıklılık: Olumsuzlukların üstesinden gelmede kolaylık sağlayan kişisel bir yeteneğe sahip olmadır(Ülker Tümlü ve Recepoğlu, 2013, 206).

2. BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

Bu bölümde aile, boşanma, boşanmanın bireysel ve toplumsal etkileri, insan davranışlarının temelleri, psikolojik dayanıklılık kavramı ve ilgili alan yazın çerçevesinde, ailenin, okulun, öğretmenin, toplumun etkisi incelenmiştir.

2.1 Kanserin tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ise sağlıklı olmak için hastalık ve sakatlığın olmamasnı yeterli görmemektedir. Aynı zamanda, fiziki, sosyal ve ruhi yönden tamamiyle bir iyilik haline sahip olmak gerektiğini belirtmektedir.

Kanser vücutta anormal hücrelerin kontrolsüz büyümesidir. Kanser vücudun normal kontrol mekanizması çalışmayı durdurduğunda gelişir. Eski hücreler ölmez ve bunun yerine kontrolden çıkarak yeni, anormal hücreler oluştururlar. Bu ekstra hücreler, tümör denilen bir doku kütlesi oluşturabilir. Kanser, kelime manası olarak “yengeç” demektir. Yengeç, kanserin hem kelime manası hem de sembolüdür (Sağlık Ansiklopedisi 2002, 321). Kanser, vücudun herhangi bir bölümünü etkileyebilecek geniş bir hastalık grubu için genel bir terimdir. Kullanılan diğer terimler malign tümörler ve neoplazmlardır. Kanserin tanımlayıcı özelliklerinden biri, olağan sınırlarının ötesinde büyüyen ve vücudun bitişik bölümlerine istila edebilen ve diğer organlara yayılabilen anormal hücrelerin hızla oluşmasıdır ve bu ikinci süreç metastaz olarak

adlandırılır. Metastazlar kanserden ölümlerin önemli bir nedenidir(http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/erişim tarihi:24.11.2017).

Kanser, kontrol dışı hücre büyümesi ile karakterize edilen bir hastalık sınıfıdır. 100'den fazla farklı kanser türü vardır ve her biri başlangıçta etkilenen hücre türüne göre sınıflandırılmıştır (https://www.medicalnewstoday.com/ info/cancer-oncology, erişim tarihi: 24.11.2017). Vücudumuzda oluşabilecek çeşitli tümörler iki türlü olabilir. İyi huylu olanlar ve kötü huylu olanlar şeklinde ayrılır. Her oluşum kanser değildir. Bazıları kansr riski taşımaktadır. Kanserli tümörler maligndir, yani yakın dokulara yayılabilirler veya istila edebilirler. Ek olarak, bu tümörler büyüdükçe, bazı kanser hücreleri kan veya lenf sistemi yoluyla vücuttaki uzak yerlere kopabilir ve seyahat edebilir ve orijinal tümörden uzak yeni tümörler oluşturabilir. Kötü huylu tümörlerden farklı olarak, iyi huylu tümörler yakın dokulara yayılmazlar veya onları işgal etmezler. Bununla birlikte, tümörler bazen oldukça büyük olabilir. Kaldırıldığında, genellikle geri büyümezler. Vücudun başka bir yerinde en iyi huylu tümörlerden farklı olarak beyin tümörleri hayatı tehdit edebilir(Sağlık Ansiklopedisi 2002, 321). Kanser, normal kanserli bir lezyondan malign bir tümöre kadar ilerleyen çok aşamalı bir süreçte normal hücrelerin tümör hücrelerine dönüşmesinden kaynaklanır. Bu değişiklikler, bir kişinin genetik faktörleri ile aşağıdaki harici ajanlardan oluşan 3 kategori arasındaki etkileşimin sonucudurhttp://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/erişim tarihi: 24.11.2017):

- Ultraviyole ve iyonlaştırıcı radyasyon gibi fiziksel kanserojen maddeler;
- Asbest, tütün dumanı bileşenleri, aflatoksin (gıda kirleten) ve arsenik (içme suyu kirletici) gibi kimyasal kanserojen maddeler; ve

- Bazı virüslerden, bakterilerden veya parazitlerden gelen enfeksiyonlar gibi biyolojik kanserojenler.

Değiştirilmiş hücreler (kanser, kan akımı içinde anormal hücre bölünmesi ile, normal kan fonksiyonu izin vermez lösemi durum dışında) doku denilen tümörlerin topaklar ya da kütleler oluşturmak üzere kontrolsüz bölündüklerinde kanser beden zarar verir. Tümörler büyüyüp, sindirim, sinir ve dolaşım sistemi müdahale ve onlar vücut fonksiyonlarında önemli bir değişiklik hormonları serbest bırakabilirsiniz olabilir. Bir noktada kalan ve sınırlı büyümeyi gösteren tümörlerin genellikle iyi huylu olduğu düşünülmektedir (https://www.medicalnewstoday.com/ info/ cancer-oncology, erişim tarihi: 24.11.2017). Kanser türlerinden bazıları vücutta yıllarca bulunmasına rağmen olumsuz bir etkisi görülmeyebilir (Rees, 2004, 4). Kanser ciddi bir hastalıktır. Doktor kontrolü ihmal edilmemeli iyi huylu da olsa kötü huylu da olsa tümörler muhakkak analiz edilmeli ve sürekli kontrol edilmelidir.

2.2 Kanserin sebepleri

İki şey meydana geldiğinde daha tehlikeli veya malign olan tümörler oluşur: kanserli bir hücre, kan veya lenfatik sistemleri kullanarak vücuda taşınmayı, istilacı bir süreçte sağlıklı dokuyu yok etmeyi başarır. Bu hücre bölünür ve büyür, anjiyogenez adı verilen bir süreçte kendini beslemek için yeni kan damarları yapmayı başarır. Bir tümör başarıyla vücudun diğer kısımlarına yayılır ve işgalci ve diğer sağlıklı dokuları tahrip, büyüdüğünde, metastize söyleniyor. Bu sürecin kendisine metastaz denir ve sonuç, tedavi edilmesi çok zor olan ciddi bir durumdur. Amerikan Kanser Derneği'ne göre, Kanser, ABD'de en sık rastlanan ölüm nedenidir ve her 4 ölümün yaklaşık 1'inde sorumludur. Dünya Sağlık Örgütü, 2012 yılı içinde tüm dünyada 14 milyonu aşkın yeni kanserli hasta ile karşılaşıldığını ve 8.2 milyon kişinin kanser nedeniyle hayatını yitirdiğini tahmin ediyor. (https://www.medicalnewstoday.com/info/ cancer-oncology, erişim tarihi: 24.11.2017). Kanser genetik bir hastalıktır, yani hücrelerimizin, özellikle de

nasıl büyüdükleri ve böldükleri şeklini kontrol eden genlerdeki değişikliklerden kaynaklanır. Kansere neden olan genetik değişiklikler ebeveynlerimizden miras alınabilir. Hücrenin bölünmesi veya DNA'nın belirli çevresel etkilerden kaynaklanan hasarları nedeniyle ortaya çıkan hataların bir sonucu olarak kişinin yaşamı boyunca da ortaya çıkabilir. Kansere neden olan çevresel maruziyetler, tütün dumanındaki kimyasallar ve güneşten gelen ultraviyole ışınları gibi radyasyon gibi maddeleri içerir. Genel olarak, kanser hücreleri, DNA'daki mutasyonlar gibi normal hücrelerden daha fazla genetik değişime sahiptir. Bu değişikliklerin bazılarının kanserle ilgisi olmayabilir; Onlar kanserin sonucu olabilir. Kanserin neden oluştuğu ve durup duruken hangi mekanizmaya bağlı olarak geliştiği hakkında kesin bir bilgi yoktur (Sağlık Ansiklopedisi 2002, 322). Kanserler geniş bir hastalık grubudur ve buna göre geniş bir yelpazede nedenlere sahiptir. Her kanser biyolojisine ve patofizyolojisine göre farklıdır. Tüm hayvanlar ve hatta bitkiler kansere karşı hassastır. Vücut trilyonlarca canlı hücreden oluşur. Bu hücreler büyür, bölünür ve düzenli bir şekilde ölür. Bu süreç sıkı bir şekilde düzenlenir ve hücre içindeki DNA makineleri tarafından kontrol edilir. Bir bebekte veya çocuklarda normal hücreler büyümeye izin vermek için hızla bölünür. Kişi bir yetişkin olduktan sonra, çoğu hücre sadece yıpranmış veya ölmekte olan hücreleri değiştirmek veya yaralanmaları onarmak için bölünür. Belirli bir bölgedeki vücudun hücreleri kontrolden çıkmaya başladıklarında kanserli olabilirler. Kanser hücresi büyümesi normal hücre büyümesinden farklıdır. Ölmek yerine, kanser hücreleri büyümeye devam eder ve yeni, anormal hücreler oluşturur. Ek olarak, bu hücreler başka dokular da istila edebilir. Bu normal hücrelerin sahip olmadığı bir özelliktir. Bununla birlikte, kansere neden olabilen birden fazla faktör vardır ve kesin bir nedeni saptamak zordur. Kanser için risk faktörleri şunlardır (Mandal, 2018):

- Tütün kullanımı
- Alkol kullanımı
- Aşırı kilolu ve obezite
- Yetersiz meyve ve sebze alımını içeren diyet faktörleri

- Fiziksel hareketsizlik
- Helicobacter pylori, hepatit B virüsü (HBV), hepatit C virüsü (HCV) ve bazı insan papilloma virüsü (HPV) kaynaklı kronik enfeksiyonlar
- İyonlaştırıcı ve iyonlaştırmayan radyasyon dahil olmak üzere çevresel ve mesleki riskler

Kullanılan maddeler kanseri tetikleyebilmektedir. Alkol mide ve karaciğer kanserine yola açabilmektedir. Sigarada akciğer kanseri olma riskini artırmaktadır. Üstelik bu artış sigara içmeyenlere kıyasla 100 kattır (Sağlık Ansiklopedisi 2002, 322). Tütün kullanımı, alkol kullanımı, sağlıksız diyet ve fiziksel hareketsizlik dünyadaki başlıca kanser risk faktörleridir ve diğer bulaşıcı olmayan hastalıklar için 4 paylaşılan risk faktörüdür. http://www.who.int/mediacentre/ factsheets/fs297/ en/erişim tarihi: 24.11.2017).Özel maddeler belirli kanser türlerine bağlanmıştır. Tütün içimi birçok kanser çeşidi ile ilişkilidir ve akciğer kanserinin% 90'ına neden olur. Benzer şekilde, asbest liflerine uzun süre maruz kalmak ile ilişkilidir. Radon gazı ve güneşten ultraviyole radyasyona uzun süre maruz kalmadan kaynaklanan radyasyonlar, kansere yol açabilir. Bir tür kanser için verilen radyasyon terapisi başka bir kanser türüne de neden olabilir. Örneğin, lenfomalar için göğüs radyasyon tedavisi alanlarda daha sonra meme kanseri gelişebilir (Mandal, 2018).

Virüsler üzerinde yapılmış çalışmalar bozuk gen yapısının görüntüsü kanser için bir ipucu teşkil ettiğini göstermiştir. Virüsler de tıpkı insanlar gibi kanser olmaktadır. Bu alanda çalışmaların yapılması kanserin oluşumu hakkında bilgilere ulaşma amaçlıdır (Sağlık Ansiklopedisi 2002, 322). Bazı kanserler patojenlerle enfeksiyonlara neden olabilir. Bunların arasında, Hepatit B ve C enfeksiyonlarına bağlı karaciğer kanserleri; Human Papilloma virüsü (HPV) ile enfeksiyonlara bağlı servikal kanser; Epstein Barr virüsü Burkitt lenfoma ve Helicobacter pylori enfeksiyonu nedeniyle mide veya mide kanserine neden olur (Mandal, 2018). Bazı mikroplar (virüsler ve bakteriler) belirli

kanserlere bağlıdır. Örneğin, hepatit B virüsü veya hepatit C virüsü ile kalıcı enfeksiyona sahip olan kişiler, karaciğer kanseri gelişme riski taşırlar. Bir başka örnek, insan papilloma virüsü (HPV) ve servikal kanser arasındaki bağlantıdır. Serviks kanseri geliştiren çoğu kadın (muhtemelen hepsi), yaşamlarının bir noktasında HPV'nin bir türüyle (alt tipi) enfekte olmuştur. Bir başka örnek ise Helicobacter pylori adlı bir mikrop (bakteri) mide kanserine bağlı olmasıdır (Sağlık Ansiklopedisi 2002, 322).

Yaşlanma kanser gelişiminin diğer bir temel faktörüdür. Kanser insidansı, muhtemelen yaşla birlikte artan spesifik kanserler için risk birikimi nedeniyle yaşla birlikte belirgin biçimde yükselir. Toplam risk birikimi, bir kişinin büyüdükçe hücresel onarım mekanizmalarının daha az etkili olma eğilimi ile birleştirilir. (http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/erişim tarihi: 24.11.2017). Son yüzyıl bir çok hastalıkta olduğu gibi kanser hastalığında artışyılı olmuştur. Bunun sebeplerinden biri ortalama yaşam ömrünün uazamasıdır. Kanser daha çok yaşlı inşalar görülür. Yaşlı nufusun artması kanserli dokularında oluşumuna zemin hazırlamıştır (Rees, 2004, 1). Ayrıca, hastaların baş etme davranışları algılanan ve alınan sosyal desteği etkilemektedir. Daha genç hastalar ile karşılaştırıldığında, daha yaşlı kanser hastaları intrapsişik başa çıkma mekanizmalarının (bilişsel stratejiler, iyimserlik, dindarlık) tercihli kullanımını gösterirken, daha genç hastalar problem odaklı başa çıkmayı tercih etmektedirler. Bu faktörler, akrabaların yaşlıların benlik saygısını tehdit etmeyen hassas bir destek yolu bulma biçimini etkilemektedir.

Kanser hücreleri ayrıca, bağışıklık sisteminden kaçabilir. Görünmez olabilir. Organlar, dokular ve vücudu enfeksiyonları arasında kaybolabilir. Bağışıklık sistemi normal olarak vücuttan hasar görmüş veya anormal hücreleri çıkarsa da, bazı kanser hücreleri bağışıklık sisteminden “gizlenebilir”. Işık (2014) araştırmasında, kendisine kanser teşhisi konulan ve halen kemoterapi tedavisine devam eden hastaların yaşam doyumlarının çeşitli bağımsız değişkenler açısından incelenmesi, tespit edilmesi ve değerlendirilmesini

amaçlamıştır. Araştırmanın evrenini 10 şubat- 10 nisan 2014 tarihleri arasında poliklinik muayeneye başvurmuş ve kendisine herhangi bir kanser teşhisi konmuş hastalar ile kemoterapi tedavisi almak için hastaneye gelen 123 kanser hastası oluşturmuştur. Katılımcıların yaşam doyum ölçeği toplam puanları ortalama 16,99, kontrol grubunun ise ortalama 21,51'dir. Kontrol grubunun ölçek puanının, hasta olan katılımcılardan daha yüksek olduğu ve ölçek toplam puanı arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında kanser hastalarının yaşam doyumlarının düşük olduğu fakat incelenen bağımsız değişkenlerle yaşam doyumlarında anlamlı bir farklılık olmadığı ortaya çıkmıştır.

Kanserin oluşma riskini artıran bir çok faktör vardır. Alkol ve sigara gibi zararlı alışlanlıkların yanında çocuğunu emzirmekten kaçınan bir anne de bile kanser görülme riski vardır. Normal koşullarda vücutta her zaman normal dışı hücreler oluşabilir. Bu hücreler vücudun savunma mekanizmasıyla yok edilir. Ancak bilinmeyen bir nedenle bu sistemin müdahele edemediği bir hücre yapılanması ile karşılaşıldığında kanserli doku oluşabilmektedir (Sağlık Ansiklopedisi 2002, 322). Kanserlerin %10’dan azı kalıtımsal nedenlere bağlıdır. Yaşlandıkça, bir kanser geliştirmeniz daha olasıdır. Bu muhtemelen zaman içinde hücrelerin zarar görmesinden kaynaklanmaktadır. Ayrıca, vücudun anormal hücrelere karşı savunması ve direnci, yaşlandıkça daha az iyi olabilir. Örneğin, hasarlı hücreleri onarma yeteneği ve anormal hücreleri tahrip edebilecek bağışıklık sistemi, yaşla birlikte daha az verimli hale gelebilir. Sonuç olarak, hasar gören bir hücre hayatta kalmayı başarabilir ve kontrolden çıkıp kansere dönüşebilir. Çoğu kanser yaşlı kişilerde gelişir (Rees, 2004, 18).

Kanser hücreleri normal hücrelerden farklılık gösterirler, bu da onların kontrol dışına çıkmasına neden olur. Önemli bir fark, kanser hücrelerinin normal hücrelerden daha az uzmanlaşmış olmasıdır. Yani, normal hücreler, spesifik fonksiyonlarla çok farklı hücre tiplerine olgunlaşırken, kanser hücreleri

olgunlaşmaz. Bu, normal hücrelerden farklı olarak kanser hücrelerinin durmadan bölünmeye devam etmesinin bir nedenidir. Buna ek olarak, kanser hücreleri normal olarak hücrelerin bölünmeyi durdurmalarına ya da programlanmış hücre ölümü ya da vücudun gereksiz hücrelerden kurtulmak için kullandığı apoptoz olarak bilinen bir sürece başladığını söyleyen sinyalleri göz ardı edebilmektedir. Kanser hücreleri, bir hücreyi çevreleyen ve besleyen normal hücreleri, molekülleri ve kan damarlarını etkileyebilir; bu, mikro çevre olarak bilinir. Örneğin, kanser hücreleri, büyümeleri gereken oksijeni ve besinleri olan tümörleri besleyen kan damarları oluşturmak için yakındaki normal hücreleri indükleyebilir. Bu kan damarları ayrıca, atık ürünleri tümörlerden de uzaklaştırır. Tümörler canlı kalmak ve büyümek için bağışıklık sistemini de kullanabilirler. Örneğin, kaçak bir bağışıklık tepkisini normal olarak engelleyen belirli bağışıklık sistemi hücrelerinin yardımıyla, kanser hücreleri bağışıklık sistemini kanser hücrelerini öldürmekten koruyabilir. (Sağlık Ansiklopedisi 2002, 322). Bazı kronik enfeksiyonlar kanser için risk faktörleridir ve düşük ve orta gelirli ülkelerde büyük önem arz etmektedir. 2012'de teşhis edilen kanserlerin yaklaşık% 15'i, Helicobacter pylori, Human papillomavirus (HPV), Hepatit B virüsü, Hepatit C virüsü ve Epstein-Barr virus gibi kanserojen enfeksiyonlara atfedildi. Hepatit B ve C virüsü ve bazı HPV türleri sırasıyla karaciğer ve servikal kanser riskini arttırır. HIV ile enfeksiyon servikal kanser gibi kanser riskini önemli ölçüde arttırmaktadır. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/erişim tarihi: 24.11.2017). Hepimizin kanser geliştirme riski var. Pek çok kanser belirgin bir sebep olmaksızın gelişiyor gibi görünmektedir. Bununla birlikte, bazı risk faktörlerinin, hücrelerinizin bir veya daha fazlasının anormal hale gelip kansere yol açması olasılığını artırdığı bilinmektedir.

2.3 İnsanlarda en çok görülen kanser türleri

100'den fazla kanser türü vardır. Kanser türleri genellikle kanserlerin oluştuğu organ veya dokular için adlandırılır. Örneğin, akciğer kanseri, akciğer hücrelerinde başlar ve beyin kanseri, beyin hücrelerinde başlar. Kanserler

ayrıca, epitelyal hücre veya skuamöz hücre gibi, bunları oluşturan hücre tipiyle de tarif edilebilir. Erkekler üzerinde akciğer kanserinin, mide kanserinin ve bağırsak, kanserinin görülmesi yaygınken kadınlar üzerinde meme kanserinin ve rahim kanserlerinin görülmesi yaygındır Çocuklarda ise farklı kanser türleri daha yaygın olarak görülmektedir (Sağlık Ansiklopedisi 2002, 323). Kansere neden olan genetik değişiklikler ebeveynlerimizden miras alınabilir. Hücrenin bölünmesi veya DNA'nın belirli çevresel etkilerden kaynaklanan hasarları nedeniyle ortaya çıkan hataların bir sonucu olarak kişinin yaşamı boyunca da ortaya çıkabilir. Kansere neden olan çevresel maruziyetler, tütün dumanındaki kimyasallar ve güneşten gelen ultraviyole ışınları gibi radyasyon gibi maddeleri içerir (Rees, 2004, 18).

2.4 En kötü gidişli kanser türleri

Kanserler tek bir tür olmadığı gibi hepsinin gidişatı da birbirinden farklı olabilmektedir. Kimi kanser türü diğerlerine kıyasla çok daha tehlikelidir. Bu açıdan kanser türünün belirlenmesi gerekmektedir. Tedavi belirlenen kanser türüne göre yapılcaktır (Sağlık Ansiklopedisi 2002, 323). Lösemi Kemik iliğinin kanı oluşturan dokusunda başlayan kanserler lösemiler olarak adlandırılır. Bu kanserler katı tümörler oluşturmazlar. Bunun yerine, kan ve kemik iliğinde çok sayıda anormal beyaz kan hücresi (lösemi hücreleri ve lösemik patlama hücreleri) oluşur ve normal kan hücrelerini dışarıda bırakır. Normal kan hücrelerinin düşük seviyesi, vücudun dokularına oksijen almasını, kanamayı kontrol etmesini veya enfeksiyonlarla savaşmasını zorlaştırabilir. Hastalığın ne kadar hızlı geliştiğine (akut veya kronik) ve kanserin başladığı kan hücresi tipine (lenfoblastik veya miyeloid) göre gruplanan dört yaygın lösemi tipi vardır.

2.5 Kanserin sonuçları

Tüm dünyada kanserden ölüm oranları artma eğilimindedir. Ülkemizde ölüm açısından kanser kaynaklı ölüm ikinci sırayı almıştır. Yeni tedavimetodları geliştirilmiştir. Bu metodlar ölüm oranlarını azaltmaktadır. Gelişmiş ülkelerde daha az olsada kanser kaynaklı ölüm halen ciddiyetini korumaktadır. İngiltere'de ölümlerin % 20 si kanser kaynaklı olduğu belirlenmiştir (Sağlık Ansiklopedisi 2002, 321). Kanser, dünya çapında morbidite ve mortalitenin önde gelen nedenlerinden biridir ve 2012'de yaklaşık 14 milyon yeni vaka bulunmaktadır1. Yeni vakaların sayısının önümüzdeki 20 yılda yaklaşık% 70 artması bekleniyor. Kanser, dünyadaki ölümlerin önde gelen ikinci nedenidir ve 2015 yılında 8,8 milyon ölümden sorumludur. Dünyada, 6 ölümün yaklaşık 1'i kansere bağlı. Kanserden ölümlerin yaklaşık% 70'i düşük ve orta gelirli ülkelerde gerçekleşmektedir (http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/erişim tarihi: 24.11.2017).Kanser hastalığın yan etkileri arasında hastalık sıkıntıları yanında yüksek ağrılar,iştah kaybı,tat alamama, saç dökümü, bulantı, kusma, aşırıyorgunluk, uyku bozuklukları, duygu durumu bozuklukları görülür(Seven, Akyüz, Sever ve Dinçer, 2013).Destekleyici bakım hizmetleri, yan etkilerle mücadele etmek ve sağlığın devamını sağlamak için tasarlanmış çok çeşitli terapileri tanımlar. Kanser tedavisi tek başına hastalığa daha fazla odaklanmayı gerektirir. Aynı zamanda onunla birlikte gelen ağrı, yorgunluk, depresyon ve diğer yan etkilere de hitap etmelidir.

Kanserden ölümlerin yaklaşık üçte biri, vücut kitle indeksi yüksek, diyet ve sebze tüketiminde düşük, fiziksel aktivite eksikliği, tütün kullanımı ve alkol kullanımı gibi 5 önemli davranışsal ve diyet riskinden kaynaklanmaktadır. Tütün kullanımı kanser için en önemli risk faktörüdür ve kanser ölümlerinin yaklaşık% 22'sinden sorumludur. Düşük ve orta gelirli ülkelerdeki kanser vakalarının% 25'inden hepatit ve insan papilloma virüsü (HPV) gibi enfeksiyonlara neden olan kanser sorumludur. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/erişim tarihi:

24.11.2017).Bir aile üyesinin hastalığı, tüm aile üyelerinden yoğun adaptasyon gerektiren aile rollerinde değişikliklere yol açar. Kişilerarası uyum, uyum ve aile iletişimi, aile üyelerinin uyum sürecini etkiliyor gibi görünmektedir. İletişim, bazen ihtiyaçların ifade edilmesini engelleyebilecek ve çaresizlik ve tecrit duygularını teşvik edebilecek diğer aile bireyleriyle yüzleşmeme arzusuyla bozulur. Aile bireyleri arasındaki ilişkinin kalitesi, aile odaklı müdahalelerin etkisi açısından önemlidir. Uyarlamalı görevler ayrıca hastalığın evresine de bağlıdır. Hastanın hayatı ve hastanın durumu ve yakınları. Bu nedenle, bu görevler oldukça değişken olabilir. Profesyonel destek bu süreçlerin dinamiklerini dikkate almalı ve ailenin baş etme ve iletişimini desteklemelidir. Akrabaların rehabilitasyon sürecine entegrasyonu, izolasyonu önlemek için sosyal kaynakların harekete geçirilmesinin yanı sıra büyük önem taşımaktadır.

Kanserli hastada iyileşmesi zaman alan yaralar, vücutta oluşan yuvarlak serleşmiş kistler, vücuttan kan gelmesi, ses kısılması, ani kilo kaybedilmesi, iştahın yitirilmesi, et yiyememe, karaciğer büyümesi, kokulu bir akıntı gelmesi, kanlı balgam ve öksürük, dışkılama alışkanlığında meydana gelen değişiklikler (ishal veya kabızlık), vücutta bağışıklık kaybı görülebilir (Sağlık Ansiklopedisi 2002, 323). Geç evre sunumu ve erişilemeyen teşhis ve tedavi sık görülür. 2015 yılında, düşük gelirli ülkelerin sadece% 35'inde kamu sektöründe patoloji servislerinin bulunduğunu bildirdiler. Yüksek gelirli ülkelerin% 90'dan fazlası, düşük gelirli ülkelerin% 30'dan azına kıyasla tedavi hizmetleri sunulduğunu bildirdi. Kanserin ekonomik etkisi önemli ve artmaktadır. 2010 yılında kanserin toplam yıllık ekonomik maliyetinin yaklaşık 1.16 trilyon ABD $ olduğu tahmin edilmektedir. Düşük ve orta gelir düzeyindeki 5 ülkeden sadece 1'inde kanser politikasını yürütmek için gerekli veriler vardır (http://www.who.int/mediacentre/ factsheets/fs297/ en/erişim tarihi: 24.11.2017). Kanser belli bir bölge ile sınırlıkalmaz. Çoğunlukla yayılma eğilimi gösterir. Bu eğilim kanserli dokuya müdahaleyi zorlaştırır. Hayati organlara yayılır ve hastanın ölümüne neden olur (Rees, 2004, 10).

Tanının söylenmesinde esas, empati, ilgi, anlayış ve destektir (Kulaksızoğlu, vd. 2009, 282).

Yılmaz (2014) araştırmasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina ve Cebeci Hastaneleri ve Dr. Abdurrahman Yurtarslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi TıbbiOnkoloji Bölümlerinin yataklı kliniklerinde ve ayaktan kemoterapi, radyoterapi yapılan birimlerinde yürütmüştür. Çalışmanın amacı, katılımı kabul eden 18 yaş üstü meme,kolorektal, akciğer ve mide kanseri hastalarının, yaşam kalitesi ve algıladıkları sosyal destekdüzeyini, demografik ve hastalıkla ilişkili etmenler temelinde tanımlamaktır. Verileraraştırmacı tarafından Mart- Ağustos 2013'te yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Sonuçta;çalışma grubuna göre kanser hastalığının nedensel bileşenleri arasında (en çok) stres, alışkanlıklar ve sağlıksız beslenme biçimleri yer almaktadır, grubun % 35,0'i zaman içindehastalığının nasıl seyredeceğini bilmediğini belirtmiştir. Bulgular Toplam Sosyal Destek Algısı puan ortalamasının, yaşam kalitesi puan ortalaması ile pozitif yönde anlamlı ilişki olduğunu yansıtmaktadır.

Kanserlerin sınıflandırlıması yayıldığı dokuya göre yapılmaz, köken aldığı normal hücrelerin türüyle balantılı olarak sınıflandırma yapılır (Rees, 2004, 10). Kanser, 2015 yılında 8,8 milyon ölüm oluşturan, dünyanın önde gelen ölüm nedenidir. Kanser ölümünün en yaygın nedenleri şunlar kanserleridir(http://www.who.int/ mediacentre/ factsheets/ fs297/en/erişim tarihi: 24.11.2017):

Akciğer (1.69 milyon ölüm)

Karaciğer (788 000 ölüm)

Kolorektal (774 000 ölüm)

Karın (754 000 ölü)

Göğüs (571 000 ölüm)

2.6 Kanserle mücadele ve tedavide neler yapılabilir?

2013'te WHO, 2025 yılına kadar kanser, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet ve kronik solunum yolu hastalıklarında erken ölüm oranını% 25 oranında azaltmayı amaçlayan 2013-2020 Bulaşıcı Olmayan Hastalığın Önlenmesi ve Kontrolü için Küresel Eylem Planı'nı başlatmıştır. Bozulmamış olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü için küresel eylem planı 2013-2020 WHO ve IARC, Birleşmiş Milletler Araslararası Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Çalışma Gücü'nün bünyesindeki diğer BM kuruluşlarıyla ve ortaklarının, aşağıdakilere yardım etmesi için işbirliği yapmaktadır: (http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/erişim tarihi: 24.11.2017):

- Kanser önleme ve kontrolü için siyasi taahhüdü arttırmak;
- İnsan kanserinin nedenleri ve karsinogenezin mekanizmaları üzerinde araştırma yapmak ve koordine etmek;
- Kanser yükünü izlemek (Kanser Kayıtları Konusunda Küresel Girişim çalışmalarının bir parçası olarak);
- Kanser önleme ve kontrolü için öncelik stratejileri belirlemek;
- Kanser kontrolüne kanıta dayalı yaklaşımların uygulanmasını kolaylaştırmak için yeni bilgi üretmek ve mevcut bilgiyi yaymak;
- Önleme, erken teşhis, tarama, tedavi ve hafifletici ve hayatta kalma bakımı için müdahalelerin planlanması ve uygulanmasına rehberlik edecek standartları ve araçları geliştirir;
- Küresel, bölgesel ve ulusal düzeyde kanser kontrolü ortaklarının ve uzmanlarının geniş ağlarını kolaylaştırmak;
- Kanser hastaları için tedavi ve bakım sağlamak için ulusal ve yerel düzeyde sağlık sistemlerini güçlendirmek;

- Hükümetleri ve onların ortaklarını yüksek kaliteli servikal kanser kontrol programlarını kurmak ve sürdürmek için küresel liderlik ve teknik yardım sağlamak;

- En iyi uygulama müdahalelerinin az gelişmiş ülkelere hızlı, etkili bir şekilde aktarılması için teknik yardım sağlamak.

İnsanların bazıları vücutlarında meydana gelen her değişikliği kanser başlangıcı olarak değerlendirebilirler. Hastanelerde kanser teşhisi koyulacağını düşünürler. Bu kişilerin tedbirliyaklaşımları olumlu karşılanabilir. Ancak bunun kaygı ve saplantıya dönüşmesi söz konusu olabilir. Helimlerin rahatlatıcı tavrı ve iletişimi bu tür hastalara çok yararlı olabilmektedir (Kulaksızoğlu, vd. 2009, 280). Her şeyden önce, kanserin belirtilerini öğrenerek kontrol etmesini öğrenmeli ve erken safhada yakalamalıdır (Sağlık Ansiklopedisi 2002, 323). Hasta bakımı kalitesi temel olarak altyapı kalitesi, eğitim kalitesi, personelin yeterliliği ve operasyonel sistemlerin verimliliği ile belirlenir. Temel şart, 'hasta odaklı' bir sistemin benimsenmesidir. Sağlıkta mevcut sorunlar hem tıbbi hem de tıbbi olmayan faktörlerle ilgilidir ve her iki yönü de geliştiren kapsamlı bir sistem uygulanmalıdır. Gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık sistemleri, kalite ve maliyet iyileştirmesinin hasta bakımında eşit fırsatlar ile dengelenmesi gerektiğinden daha da büyük bir mücadele ile karşı karşıyadır (Rao, 2002). Kanserli dokunun erken farkedilmesi ve doğru müdehale teknikleri olumlu sonuçlar vermektedir. Kanser kliniklerinin ve kullanılan araçların yaygınlaşması tedavideki başarıyı artırmaktadır. Her hasta zorlu süreçte bu kliniklerden yararlanabilir (Rees, 2004, 1). İnsanların, kanserle karşılaştığında farklı tepkiler gösterebilmektedir. Çoğu hasta ilk önce hasta olduğuna inanmaz inanmak istemez. Bu sebeple şok geçirir (Kulaksızoğlu, vd. 2009, 280). Bolund kanserla karşılaşıldığında gösterilen tepkileri aşağıdaki şekilde maddelendirmiştir:

1- Şok hali

2- Tepki aşaması

3- Direnme

4- Uyum

Bakıcıların isteklerine saygı duymalı ve onları gerektiği kadar desteklemeliyiz. Bakım verenler için etkili destek sistemleri yardımcı olabilir. Bakıcılar hastalığın yol açtığı olumsuz sonuçlardan korunmalıdır. Eğitim veya müdahale programları bakım veya hemşirelik görevleriyle bağlantılı yükü engelleyebilir.

2.6.1 Tedavi

Kanserle mücadele tek yönlü değildir. Tedavi için bir çok seçenek söz konusudur. Bu seçenekler için öncelikle hangitür kanser olduğu bilinmelidir. Bundan sonra nerede nasıl tedavi adımlarının izleneceği sosyal desteğin nasıl sağlanacağı gibi adımlar değerlendirilir. Hastaya onun anlayacağı şekilde onu motive ederek moral vererek tedavi seçenekleri sunulmalıdır (Kulaksızoğlu, vd. 2009, 282). Hekimlerin kansere için yaklaşımları tutumları hasta ileolan iletişimi de etkileyebilmektedir. En doğrı yaklaşım hastanın moraliniyüksek tutacak tarzda destekleyici konuşmalar yapmaktır (Özkan ve Özkan, 2009, 271).

Kanserin tedavisinde en sık kullanılan yöntemler ameliyat yöntemi, radyoterapinin ve ilaçların kullanılmasıdır. Kesin çözüm ve etkiliyöntem olarak ameliyat göründe de farklı çözüm yollarından söz edilebilir. Çok çeşitli kanser tedavisi vardır. Aldığınız tedavi türleri, sahip olduğunuz kanser türüne ve ne kadar ilerlemiş olduğuna bağlı olacaktır. Kanserli bazı kişilerin sadece bir tedavisi olacaktır. Ancak çoğu insan kemoterapi ve / veya radyasyon terapisi gibi cerrahi tedavilerden oluşur. Cerrahi yöntem ameliyatla tümörün vücuttan atılmasıdır. Radyasyon tedavisi, kanser hücrelerini öldürmek ve

tümörleri küçültmek için yüksek dozda radyasyon kullanan bir kanser tedavisidir. Kemoterapi, kanser hücrelerini öldürmek için ilaç kullanmaktır(Rees, 2004, 31).Ayrıca immünoterapi, bağışıklık sisteminizin kansere karşı savaşmasına yardımcı olan bir tedavi türüdür. Hedeflenen tedavi, kanser hücrelerinde büyümelerine, bölünmelerine ve yayılmalarına yardımcı olan değişiklikleri hedefleyen bir kanser tedavisi türüdür. Hormon tedavisi, büyümek için hormonları kullanan meme ve prostat kanserlerinin büyümesini yavaşlatan veya durduran bir tedavidir.Kök hücre transplantları, çok yüksek dozda kemoterapi veya radyasyon terapisi ile imha edilmiş olan kanser hastalarında kan oluşturan kök hücreleri restore eden prosedürlerdir. (Sağlık Ansiklopedisi 2002, 324).

Kanserli hastada önce tanı kesinleştirilir. Bundan sonra hasta ile moral verici konuşmalar yapılır. Bir çok gelişmiş tedavi metodu olduğu umutlu olunması gerektiği belirtilir. Ancak hastalığın ve tedavinin yorucu yıpratıcı olduğu yan etkilerinin bulunduğu belirtilir. Hastaların çoğu tedavinin başlangıcında çok umutludurlar. Bu umut kırılmamalıdır. Hasta hekim işbirliğinde umut önemlibir yer tutar (Kulaksızoğlu, vd. 2009, 282). Her tedavi metodunun yan etkileri bulunmaktadır. Kemoterapi veya ışın tedavisinde başarılı sonuçlar alınmaktadır. Ancak bunlar kanserli hücre ile birlikte sağlam hücreleri de öldürmektedir. Bu katlanılması gereken bir durumdur. Kanserli hücre tedavi edilmediği takdirde çoğu zaman ölümle sonuçlanacaktır (Sağlık Ansiklopedisi 2002, 324).

Kanserli dokunun yayılım göstermeden belirlenmesi tedavinin en önemli adımıdır. Erken teşhis erken müdehale demektir. Bu sebeple kanser riski taşıyan kişilerin düzenli olarak hekime başvurmaları tedbir açısından yararlı olabilir. Eğer kanserden şüphelenilmiş ise zaman kaybedilmeden labratuat tetkikleri yaptıırlmalıdır. Teknolojideki gelişmler çok kısa sürede kanserin tanınmasını ve teşhisini mümkün kılmaktadır (Sağlık Ansiklopedisi 2002, 324).Tedavinin amacı; kanseri tamamen ortadan kaldırmaktır (Rees, 2004, 32). Radyoterapi uygulaması yeni kaygı ve korkular yaratır. Hastanın hekim

ve ailesi ile tedavinin her aşamasında bağlantısının sürdürülmesi, yalnızlık ve terk edilmişlik duygularının gelişmemesi için önemlidir (Kulaksızoğlu, vd. 2009, 282). Beslenme kanser tedavisinin önemli bir parçasıdır. Tedaviden önce, sırasında ve sonrasında doğru türden yiyecekler yemek, daha iyi hissetmeye ve daha güçlü kalınmasına yardımcı olabilir.

Kanser karşı aşılar geliştirilmektedir. Bu aşılarla kansere karşı savunma sistemi güçlendirilmeye çalışılmaktadır (Sağlık Ansiklopedisi 2002, 324). Ancak hastalık oluşmuşsa bu aşıların yerini tedavi metodları alacaktır. Ameliyat zor verilen bir karar olsa da kimi zaman zorunludur. Hasta ameliyat sonrası morali bozuk olsada tedavi süresince hastalığın yan etkileri göz ardı edilerek ölümden kurtulma çabası birinci amaç olur (Kulaksızoğlu, vd. 2009, 282). Her alanda olduğu gibi kanserle mücadele alanında da bir çok yeni yöntem denenmekte bu yöntemlerle bir gün hastalığın tamamen yenilmesinin mümkün olduğu düşünülmektedir. Göğüs kanseri, rahim ağzı kanseri, ağız kanseri ve kolorektal kanser gibi en yaygın kanser türlerinden bazıları, erken tespit edildiğinde ve en iyi uygulamalara göre tedavi edildiğinde yüksek iyileşme oranlarına sahiptir (http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/erişim.tarihi: 24.11.2017):

Palyatif bakım: Palyatif bakım, kanser kaynaklı semptomları iyileştirmek yerine rahatlatmak ve hastaların ve ailelerinin yaşam kalitesini artırmak için yapılan tedavidir. Palyatif bakım insanlara daha rahat yaşayabilir. Bu, kanserli ve diğer kronik ölümcül hastalıkları olan insanlar için acil insani bir ihtiyaçtır ve özellikle iyileşme şansının az olduğu gelişmiş aşamalı hastalarda yüksek oranda hastaya ihtiyaç duyulan yerlerde gereklidir. Fiziksel, psikososyal ve manevi sorunlardan kurtulma, palyatif bakım yoluyla ilerlemiş kanser hastalarının% 90'ından fazlası tarafından başarılabilir.

Palyatif bakım stratejileri: Düşük kaynak ortamlarında hastalar ve aileleri için ağrı kesici ve palyatif bakım sağlamak için toplum ve ev temelli bakımdan oluşan etkili halk sağlığı stratejileri gereklidir. Oral morfin kullanımının geliştirilmesi, terminal fazdaki kanser hastalarının% 80'inden fazlası

tarafından maruz kalınan orta ila şiddetli kanser ağrısının tedavisi için zorunludur.

2.6.1.1 Hasta merkezli tedavi

Hasta merkezli bakım, yüksek kaliteli sağlık bakımının önemli bir parçası olarak düşünülür. Yüksek kaliteli sağlık hizmetleri aşağıdaki hedeflerin tümünü içerir: (a) etkililik, yani kanıta dayalı tıp kullanımı; (b) önlenebilir hataların önlenmesi de dâhil olmak üzere, güvenlik; (c) atığı olabildiğince azaltmak için verimlilik; (d) gereksiz gecikmelerden kaçınmak için zamana uygunluk; (e) Sosyodemografik özelliklere bakılmaksızın eşitlik (Institute of Medicine, 2001). Çoğunuzun bildiği gibi, tıp alanında yaşanan gelişmeler birçok kanserli hasta için gelecek daha umut vericidir. Kanser tedavisinin geleceği, hastalara daha da fazla kişiselleştirme seviyesi sağlamaktır. Doktorlar, belirli bir tümörde meydana gelen genetik değişikliklere dayanarak tedavi seçenekleri sunmaya başlıyor (Rees, 2004, 1).

Hastaya odaklı bakım "bireysel hasta tercihleri, ihtiyaçları ve değerleri için saygılı ve bunlara duyarlı" (Aiello Bowles, Tuzzi ve Wiese, 2008).Kayış (2009) araştırmasında, kanser hastalarının hastalık algısı ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı ile tanımlayıcı-ilişki arayıcı bir çalışma olarak planlamıştır. Araştırma 20 Kasım 2000 -10 Mayıs 2009 tarihleri arasında, Özel Acıbadem Kozyatağı Hastanesi Onkoloji Bölümü, ayaktan kemoterapi ünitesinde yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini 90 hasta oluşturmuştur. Umutsuzluk ölçeğinde toplam ve alt boyut puanlarının erkeklerde daha yüksek olduğu ancak sadece gelecekle ilgili duygular alt boyutu puanındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Hastanın yaşı arttıkça hastalık süresinin kronik olarak algılandığı, kişisel ve tedavi kontrolünün azaldığı görülmüş. Kişisel ve tedavi kontrolü azaldıkça, hastalık süresi kronikleştikçe, duygusal etki artıkça umutsuzluk düzeyinin arttığı görülmüş. Umutsuzluk alt boyutları arasında güçlü pozitif ilişki saptandı. HAÖ alt boyutları karşılaştırıldığında; sonuçlarla hastalık belirtisi ve süre arasında pozitif ilişki bulunmuş. Tedavi kontrolü ile süre arasında negatif, kişisel kontrol

arasında pozitif ilişki, hastaların tedavi kontrolü arttıkça kişisel kontrolünün arttığı ve süre uzadıkça tedavi kontrolünün azaldığı, hastalığın döngüsel seyri ile hastalık belirtisi ve sonuçlar arasında pozitif ilişki saptanmış. Duygusal temsiller ile süre ve sonuçlar arasında pozitif ilişki saptanmıştır.

Bu hedefler, hasta sağlığı sağlayıcısının iletişiminde olduğu onkolojide de uygulanabilir İlişkiler büyük önem taşır. Bakım koordinasyonu, kanser hastalarına multidisipliner yaklaşımı nedeniyle yüksek kaliteli sağlık bakımının temel bir dayanağıdır. Hasta merkezli yardım konsepti, son on yılda elde edilen biyolojik ve tıbbi bilginin olumlu bir sonucu olarak antineoplastik tedavilerin sürekli artan kişiselleştirilmesi ile daha da güçlenmiştir. (Tralongo, Ferraù, Borsellino, Verderame, Caruso, Giuffrida, Butera ve Gebbia, 2011). Sosyal desteğe sahip olmanın, kanser hastasının stresinin birey üzerindeki etkisini azaltmada, fiziksel, ruhsal ve psikiyatrik semptomların giderilmesinde çok önemli rolü olduğu belirtilmektedir. Sosyal çevrenin sağladığı bu destekler hastadakipanik duygusunu en aza indirmekte ve hastanın bulunduğu koşullara uyum sağlamasını kolaylaştırmaktadır. Kanser hastası, uygulanan tedaviler, hastalığıntekrarlaması, vücudunda meydana gelen fiziksel değişiklikler ve ağrılar nedeniylesürekli anksiyete içindedir (Işıkhan, 2007). Arkadaş ve ailenin desteği hem kanser hastası hem de bakıcı için önemlidir. Birebir veya grup danışmanlığı ve destek grupları da dahil olmak üzere birçok türde destek programı vardır. Bir destek grubu hem kanserli hem de onlarla ilgilenenler için güçlü bir araç olabilir. Benzer hastalığıolan kişilerle konuşmak, yalnızlığı gidermeye yardımcı olabilir. Ayrıca, yardımcı olabilecek başkalarından da yararlı fikirler alınabilir.

2.6.1.2 Bir evde terapi bakım ünitesinin avantajları

Evde yapılan bakım hizmetleridir. Amaç hastanın sağlığına kavuşmasını sağlamak, diğer bireylerin ise hastalanması önleyerek bakım ve sağlık hizmeti sunmaktır (Oğlak 2007).Son 10 yılda, kanser hastalarının sayısı arttıkça ve teknolojide yaşanan gelişmeler, özellikle uzun infüzyonları gerektiren veya oral terapi ve / veya daha az karmaşık kemoterapi rejimleri

gerektiren tedaviler için grupları genişlettikçe antineoplastik ajanların kullanımı önemli ölçüde artmıştır Birleşik Krallık'ta ve ABD'de bazı kemoterapi birimlerinin aşırı yükü, evde akut hastane düzenlemesinin dışında daha az karmaşık kanser tedavilerinin yapılmasına olanak tanıyan yenilikçi bir bakım modeli geliştirilmesine yol açmıştır (O'Neill, Wallis, 2009). Örneğin İngiltere'deki Christie NHS Vakfı Güveni, önemli yan etkilerin yokluğunda ilk üç hastane idaresinin ardından erken evre HER2 pozitif göğüs kanseri hastalarına trastuzumab'ın evde gönderilmesini hızla hayata geçirdi. Tüm tedavi, hasta bakımıyla ilgili nihai sorumluluğunu koruyan ve yakın temasının her zaman muhafaza edildiği hastanın onkolojistinin talebi doğrultusunda yürütülür. İrlanda'da yapılan ve 39'u evde 5-fluorourasil infüzyona dayalı kemoterapi ile tedavi edilen 274 hastayı içeren bir başka çalışmada, evde alınan hizmetler ve alınan bilgi düzeyi ile yüksek düzeyde hasta memnuniyeti (% 80) bildirildi.20 Evde tedavi gören hastaların% 90'dan fazlası hastaneye yatıştan daha az rahatsızlık vericiydi. Hastanede edinilen enfeksiyon korkusu, hastaların% 50'sinde bildirilirken,% 10'dan daha azı benzer bir pozisyonda hastanın şirketini kaçırdıklarını bildirdi (Tralongo, Ferraù, Borsellino, Verderame, Caruso, Giuffrida, Butera ve Gebbia, 2011). Doktor veye hemşirenin düzenli ev ziyaretleri ile bireyin yapmakta zorlandığı eski aktiviteleri geliştirmeye yönelik uygun beceri eğitimini planlar. Bueğitimlerde kişisel hijyen, yemek pişirme, alış-veriş yapma, ulaşım, araçlarını kullanmagibi beceriler üzerinde uygulamalar yapar. Hasta ailesine ilaç etkileri, yan etkileri vekullanımı hakkında bilgi verir. Danışmanlık rolü ile hasta ailesine, hastalık hakkında bilgive eğitim vererek duygusal ve sosyal sorunlarla baş etmelerinde yardımcı olur. Aileninhastalığı doğru anlamasını ve olumlu tutumlar ve gerçekçi beklentiler geliştirmesini sağlar. Hemşire, ailenin yaşadığı zorlukları ifade etmesi konusunda cesaretlendirir. Ailenin yaşadığı zorluklar doğrultusunda çözüm yolları geliştirmeye yönelik bir zemin geliştirir ve baş etme gücünü artırmayı sağlar. Aile içi duygu dışa vurumunun uygun biçimde yapılmasını sağlayarak iletişim becerilerini geliştirmeyi sağlar. Hemşire, aileye olası krize müdahale etme yollarını öğretilerek destek sağlar. Bunu yanında normal yaşama uyumunu sağlamak için yaşadığı toplumdaki

kişileri bilgilendirerek toplumdan soyutlamasını engeller (Tel ve Terakye, 2000).

2.6.1.2.1 Ekonomik açıdan

Hastane hizmetlerine karşı evde kanser tedavisi sunmanın maliyeti ve kolaylığı Lyon, Fransa'daki bir kamu kanseri merkezinin koordinasyonunda en az 2 hafta evde kanser tedavisi gören 82 hastayı kapsayan bir çalışmada analiz edilmiştir (Raphael, Yves, Giselle, Magali, Odile, 2005). Hastanede kalmanın varsayımsal maliyetleri kemoterapi, palyatif bakım ve diğer tedaviler gibi gerekli kanser bakımının türüne göre evde bakım yaptıran her bir kişi için yeniden yapılandırılmıştır. Evde kanser tedavileri, palyatif bakım ve diğer tedavi grupları için geleneksel hastanede yatan hastane bakımından daha az maliyetli iken, kemoterapi grubu için anlamlı bir maliyet farkı bulunmamıştır. Bununla birlikte, bu çalışma maliyetleri kamu mükellefi açısından değerlendirdiği için, birey ya da aileye ait maliyetler dikkate alınmamıştır. Bu nedenle, hastane kanseri programlarına karşı evdeki maliyet etkinliği, bakımı yapılan birey ve ailelerin maruz kalacağı maliyetleri de içerecek şekilde toplumsal bir perspektiften incelenmelidir.

İrlanda’da yapılan araştırma sonucunda, evde bakımın maliyeti hastane bakımıyla karşılaştırıldığında üçte ikisini azalttığını göstermiştir (Hall, ve Lloyd, 2008) Taşıma ile ilgili tasarruflar ve hastane kökenli enfeksiyon riskinde artış göz önüne alındığında, çalışma, evde kemoterapinin daha da maliyet açısından avantajlı görünmesini ve vergi mükellefi için daha iyi bir ekonomik avantaj elde ettiğini göstermiştir. ABD'de yapılan bir araştırmada maliyet analizi, programa dahil olmayan hastalara kıyasla giderlerde bir azalma olduğunu göstermiştir (Sweeney, Halpert, Waranoff, 2007) Diğer taraftan Kanada’da yapılan araştırma, evde kemoterapinin hastanede yatarak tedavi edilmesinin maliyetinin daha düşük olduğunu bulgulamıştır ancak bulgular, evde tedavi, ayaktan tedavi için bir alternatif olarak kullanılmıştır (Boothroyd ve Lehoux 2003). Avustralya'da yapılan araştırma sonucunda ev bazlı tedavi, hastane tabanlı tedavi ile karşılaştırıldığında

maliyetin artmasına neden olmuştur, ancak seyahatin ortadan kaldırılması, tedavi- ilişkili anksiyete ve sağlık bakım verenlere ve aileye yükün azaltılması ve diğer çalışmaları devam ettirme yeteneği olduğunu bulgulamıştır (Rischin, White ve Matthews, 2007). İngiltere'de bir yıl içinde evde kemoterapi uygulamak üzere yapılan retrospektif bir incelemede hastane içi tedaviye kıyasla (% 56) önemli maliyet tasarrufları sağladığı bildirilmiştir. Hasta merkezli tıp evlerinin sağlık bakım maliyetlerini düşürdüğünü ve hasta bakımını iyileştirdiğini belirtilmiştir

Günümüzde, hasta odaklı bir yaklaşımla kanser hastalarının bakım kalitesinde iyileşme stratejik öncelik olarak görülmektedir. Hasta odaklı bakım, prognoz yerine hastaların ihtiyaçlarına dayanır. Onkoloji bakımının evde yapılması, gittikçe artan bir şekilde bakım kalitesini yükseltmenin bir yolu ve hastaların seçilen hasta grupları için hastanede yatarak tedavi edilmesinin maliyet açısından etkili bir alternatifi olarak görülüyor. Aslında, kanserli hastalara bakım sunumunun birincil ortamı, kanser tedavisi için ayakta tedavi hizmetlerinin artırılması, farklı terapi yöntemlerinin ortaya çıkması, hastanede kalım süresinin kısaltılması, daha uzun sağkalım ve evin hastaneye dönüşmesi süreçleri gelişmektedir. Ayrıca bakım veren kişilerin mümkün olan en uzun süre hastanın evinde bakım isteğini karşılamasına doğru bir eğilim söz konusudur (Tralongo, Ferraù, Borsellino, Verderame, Caruso, Giuffrida, Butera ve Gebbia, V. 2011).Her hastaya kişisel bir birinci basamak hekimi ve genellikle psikolog veya diğer davranışçı sağlık sağlayıcıları da dahil olmak üzere profesyonellerden oluşan bir ekiple devam eden, aktif bir paylaşım kurmak amaçlamaktadır.Hasta merkezli sağlık ve evde bakım hizmetlerinde hastaya daha iyi erişim sağlanır. Psikologlar, hastalar için psikososyal müdahaleler sağlamanın yanı sıra, hasta merkezli bakım programlarını tasarlayabilir ve yönetebilirler

2.6.1.2.2 Psikolojik açıdan

Hasta bakımının iyileştirilmesi dinamik bir süreçtir ve tıbbi bakım personelinin zihninde en üst noktada olmalıdır. Bu amaca ulaşmak için hastaya duyarlı bir sistemin geliştirilmesi ve sağlanması en kritik noktadır. Hem tıbbi hem de tıbbi olmayan hasta bakımının kalitesine dikkat etmek önemlidir. Duygusal ve sosyal destek, hastaların psikolojik stresle baş etmeyi öğrenmelerine yardımcı olabilir. Bu destek, hastalar arasında depresyon, anksiyete, hastalık ve tedaviye bağlı semptomların düzeylerini azaltabilir. (Rao, 2002). Kanser hastalığına karşı her hasta farklı şekilde tepki göstersene temel özellikle itibariyle hasta yas reaksiyonunu, depresyonu, kaygıyı, gösteren duyu bozukluklarını ayrıca inkar etme, öfkeli olma, gerileme davranışları ile bazı bağımlılıkları geliştirebilir, suçluluk duyabilir, yansıtıcı davranabilir, stres düzeyi artabilir kendini güçsüz hissedebilir(Kulaksızoğlu, vd. 2009, 283).

Fiziksel hastalıkta gelişen tepkilerde;

1- Fiziksel hastalığın özelliklerine

2- Hastanın bir birey olarak özelliklerine

3- Psikososyal çevreye göre farklılıklar söz konusudur.

Bu üç alan arasındaki etkileşim duygusal tepkiyi belirler. Stresin ezici hale gelmesi durumunda hastaların çaresizlik ya da umutsuzluk duygusu geliştirebileceğini düşündürmektedir. Bu sonuç, daha yüksek ölüm oranlarıyla ilişkilidir (Kulaksızoğlu, vd. 2009, 283). Hasta bakımının tıbbi yönleri çoğu sağlık hizmeti sunucusu tarafından daha iyi anlaşılmaktadır. Bu, tıbbi ve teknik uzmanlığın kalitesine, pratikteki ekipman ve kalite güvence sistemlerine bağlıdır. Vücut, kan basıncını arttıran, kalp hızını arttıran ve kan şekeri düzeylerini yükselten stres hormonları (epinefrin ve norepinefrin gibi) salgılayarak fiziksel, zihinsel veya duygusal baskıya yanıt verir . Bu değişiklikler, bir kişinin algılanan tehditten kurtulmak için daha fazla güç ve hız ile hareket etmesine yardımcı olur. Yoğun ve uzun süreli (yani kronik)

stres yaşayan kişilerin sindirim sorunları, doğurganlık sorunları, idrar sorunları ve zayıflamış bağışıklık sistemine sahip olabileceğini göstermiştir. Kronik stres yaşayan kişiler ayrıca, grip veya soğuk algınlığı gibi viral enfeksiyonlara ve baş ağrılarına, uyku sorunlarına, depresyona ve anksiyeteye yatkındır. Stres altındaki insanlar sigara içmek, aşırı yemek yemek ya da alkol almak gibi belirli davranışlar geliştirebilirler ki bu da kişinin kanser riskini artırır. Veya kanserle ilgili bir akrabasına sahip olan biri, aile üyelerinin tanılarının neden olduğu stres nedeniyle değil, paylaşılan kalıtsal bir risk faktörü nedeniyle kanser için yüksek bir riske sahip olabilir.

Sağlık kurumlarının karşılaştığı en sıkıntılı sorulardan biri, hastaları, özellikle hastaların daha önce hiç olmadığı kadar çok sağlık hizmeti kararı almaları gerektiğinde, onları nasıl iletişim kurabilecekleri konusunda motive etmektir. İş, bakım planları, hastalık yönetimi, açık kayıt, cerrahi hazırlık ve diğer programların hastaların psikolojik profilleri ile daha iyi sonuçlar elde etmek için iletişim kurmaları için tasarlanmış programları uygulamaya yardımcı olmak için bakım verenler, hastaneler ve sorumlu bakım kuruluşları ile birlikte çalışmalıdır (Özkan ve Özkan, 2009, 270).Stres hem günlük sorumluluklar hem de rutin olaylardan kaynaklanabilir, ayrıca travma veya kendini veya yakın bir aile üyesi gibi daha sıra dışı olaylar da olabilir. İnsanlar kanser ya da normal yaşam aktivitelerinin neden olduğu değişiklikleri yönetemediklerini ya da kontrol edemediklerini hissettiklerinde, sıkıntı içindeler. Tehlike, kanser hastalarının yaşam kalitesini azaltabilen bir faktör olarak giderek daha fazla fark edilmektedir. Aşırı sıkıntının daha kötü klinik sonuçlarla ilişkili olduğuna dair bazı kanıtlar da vardır.

Tedaviden sonra hastanın yeni yaşamına uyumu güç olabilmektedir. Destekleyici bakım hizmetleri, yan etkilerle mücadele etmek ve sağlığın devamını sağlamak için tasarlanmış çok çeşitli terapileri tanımlar. Kanser tedavisi tek başına hastalığa daha fazla odaklanmayı gerektirir. Aynı zamanda onunla birlikte gelen ağrı, yorgunluk, depresyon ve diğer yan etkilerle de mücadele edilmeli hastanın her aşamada moralini yüksek tutmak

cesaretlendirmek önemlidir (Kulaksızoğlu, vd. 2009, 283).Kanser neredeyse hepimizi etkiler. Ancak az sayıda insan psikolojinin kanserin tedavisinde önemli bir rol oynayabileceğinin farkındadır. Psikologlar hastaların ve ailelerin duygusal sıkıntıları azaltmasına, hastalar, aileler ve onkologlar arasındaki iletişimi güçlendirmesine, tedavinin yan etkilerini azaltmasına ve hastaların yaşam kalitesini iyileştirmesine yardımcı olabilir. Hatta psikolojik müdahalelerin, hastaların bağışıklık sistemlerini güçlendirebileceğine, hatta belki de daha uzun yaşamalarına yardımcı olabileceğine dair kanıtlar da vardır. (Özkan ve Özkan, 2009, 270).Kansere sahip olan kişiler, hastalığın fiziksel, duygusal ve sosyal etkilerini stresli bulabilirler. Stresini, sigara içmek veya alkol almak gibi riskli davranışlarla yönetmeye çalışan veya daha yerleşik hale gelen kişiler, kanser tedavisinden sonra daha kötü bir yaşam kalitesine sahip olabilirler. Buna karşılık, stres ve stres yönetimi teknikleri gibi stresle başa çıkabilmek için etkili baş etme stratejilerini kullanabilen kişilerin, daha düşük düzeyde depresyon, anksiyete ve kansere ve tedavisine bağlı semptomlara sahip oldukları gösterilmiştir. Evde Neler yapılabilir (https://www.cancer.org/ treatment/finding-and-paying-for-treatment/choosing-your-treatment-team/home-care-agencies/types-of-services-available.html, erişim tarihi: 24.11.2017):

- Bir evde bakım merkezi aracılığıyla hastanede olduğu gibi aynı bakımı ve hizmetleri alabilirsiniz. Bir doktordan tardım alınabilir.
- Bir hemşire evdeki bir kanser hastasına çok yardımcı olabilir ve aile üyeleri üzerindeki yükü hafifletmeye yardımcı olabilir. Bir hemşire eve gelir, ailenizin sahip olduğu bakım ihtiyaçlarına bakar ve doktorla birlikte bir bakım planı oluşturur. Hizmetler, yaraların bakımı, ostomi bakımı, damar içi tedaviler verme, ilaç verme ve denetleme ve yan etkileri gözlemeyi içerebilir. Bakım planı ayrıca, ağrı kontrolü gibi eğitim desteği ve duygusal destek gibi destekleyici bakım da içerebilir. Hem hasta hem de ailenin ihtiyaçları karşılanmaktadır.

- Fizyoterapistler, zayıflamış veya zayıflamış kasların tekrar kullanılmasına yardımcı olabilirler. Eklemlerdeki hareket aralığını iyileştirmek ve günlük aktiviteler için gerekli ekipmanı kullanmayı öğretebilir.
- Bir meslek terapisti günlük faaliyetlerinizi yerine getirmenize engel olan sorunlarda yardımcı olabilir. Bir meslek terapisti, neler yapabileceğinize bakar ve sonra günlük görevleri (örneğin, yemek yeme, banyo yapma, giyinme ve ev işlerinde) yapmanın yollarını öğretebilir.
- Sosyal hizmet uzmanları, hastaları etkileyen sosyal ve duygusal faktörlere bakar. Kompleks ihtiyaçları olan hastalar için vaka yöneticisi olarak görev yapıyorlar ve toplumda yardım kaynakları bulmaya yardımcı oluyorlar. Buna, gerekirse ailenin maddi yardımı aramasına yardımcı olabilir. Hastaların bakımını etkileyebilecek hastalık, aile çatışmaları ve keder talepleriyle baş etmeleri konusunda hastaları da danışmanlık yapabilir.
- Yardımcının yardımı ile kişisel bakımınızı, yatakta girip çıkmak, yürüyüş yapmak, banyo yapmak ve giyinmek gibi daha iyi idare edebilir. Bazı yardımcılara özel eğitim verildi ve kayıtlı bir hemşire tarafından denetlenirse daha karmaşık hizmetler vermek için nitelikli. Ayrıca evde bakım hizmetleri de bunlardan bazılarını içerebilir:

- Beslenme desteği ve diyet ile yardımcı
- Tıbbi cihaz ve malzemeleri
- Laboratuar ve röntgen çalışmaları
- Eczane hizmetleri
- Solunum tedavisi
- Taşımacılık
- Evden eve yemekler
- Telefonla sorun çözme veya diğer yardım
- Diş hekimleri, din adamları, uzman doktorlar ve diğer sağlık uzmanları
- Acil durum alarmı veya güvenlik izleme sistemleri

2.7 Kanserden korunma yolları

Kanserden korunmak için kanser yapıcı kimyasal maddelerden, kötü alışkanlıklardan uzak durmak önerilebilir. Kansere yol açabilecek bazı rahatsızlıkların zamanında tedavi edilmesi önemlidir (Sağlık Ansiklopedisi 2002, 324).Psikolojik stres insanların zihinsel, fiziksel veya duygusal baskı altında olduklarında neler hissettiklerini tanımlar. Zaman zaman bazı psikolojik stres yaşamak normal olsa da, yüksek düzeyde psikolojik stres yaşayan veya uzun bir süre boyunca tekrar tekrar deneyimleyen kişiler sağlık problemleri (zihinsel ve / veya fiziksel) geliştirebilir.

Halen kanserlerin% 30-50'si önlenebilir. Bu, risk faktörlerinden kaçınma ve mevcut kanıta dayalı önleme stratejilerini uygulama yoluyla başarılabilir. Kanser yükü, erken teşhis kanseri ve kanser gelişen hastaların yönetimi vasıtasıyla da azaltılabilir. Birçok kanser erken tanı konmuş ve yeterince tedavi gördüyse tedavi olasılığı yüksektir. Anahtar risk faktörlerinin değiştirilmesi veya önlenmesi, kanser yükünü önemli ölçüde azaltabilir. Bu risk faktörleri şunları içerir (http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297 /en/erişim tarihi: 24.11.2017):

- Sigara ve dumansız tütün dahil olmak üzere tütün kullanımı
- Kilolu veya obez olmak
- Düşük meyve ve sebze tüketimine sahip sağlıksız diyet
- Fiziksel aktivite eksikliği
- Alkol kullanımı
- Cinsel yolla bulaşan HPV enfeksiyonu
- Hepatit veya diğer kanserojen enfeksiyonlar tarafından enfeksiyon
- İyonize edici ve ultraviyole radyasyon
- Kentsel hava kirliliği
- Sigara İçmek

Erken teşhisi sağlamak için en ufak bir kanser şüphesi durumunda derhal ilgili hekime veya kuruluşa başvurmalıdır. (Sağlık Ansiklopedisi 2002, 324).Doğru kanser teşhisi, yeterli ve etkili tedavi için gereklidir; çünkü her kanser türü, ameliyat, radyoterapi ve kemoterapi gibi bir veya daha fazla yöntemi kapsayan özel bir tedavi rejimini gerektirir. Tedavi ve palyatif bakımın hedeflerini belirlemek önemli bir ilk adımdır ve sağlık hizmetleri entegre edilmeli ve insanlar merkezli olmalıdır. Birincil hedef genellikle kanseri iyileştirmek ya da ömrünü uzatmaktır. Hastanın yaşam kalitesinin artırılması da önemli bir hedeftir. Bu, destekleyici veya hafifletici bakım ve psikososyal destek ile sağlanabilir (“Canser”, 2018).

Kimi zaman hastalık hastadan gizlenilmektedir. Bu durum kimi zaman olumlu kimi zaman olumsuz olabilmektedir. Olumsuz durum kişinin tüm önerjisini kaybetmesi, hayal kırıklığı yaşaması kaygıları nedeniyle tedaviyi aksatmasıdır. Olumlu durum ise hekim ile işbirliği içinde çalışması belirtileri aktarması ve tedaviye düzenli gitmesidir (Sağlık Ansiklopedisi 2002, 324). Hasta Bakımı (Rao, 2002):

Erişim: Hem hastanenin hem de doktorun erişilebilirliği ve bulunabilirliği, sağlık bakımını gerektiren herkese garanti edilmelidir.

Bekleme: Tüm servisler için bekleme süreleri en aza indirilmelidir. Çoğu gelişmekte olan ülkede, hizmetlere olan yüksek talep sıklıkla bunu büyük bir sorun haline getirmektedir. Bununla birlikte, hasta yanıtlarının ve diğer verilerin sürekli olarak gözden geçirilmesi ve sistemlerde gerekli değişiklikleri yapmak için bu geri bildirimi kullanarak etkili bir şekilde ele alınmalıdır.

Bilgi: Tıbbi ve idari tüm prosedürler hakkında hasta bilgileri ve talimatları çok net olmalıdır. İyi eğitilmiş hasta danışmanları hasta ve hastane personeli arasında etkili bir bağlantı oluşturur ve hastanın deneyimini daha iyi hale getirir ve hekimlerin görevleri daha kolay olur.

İdaresi: Check-in ve check-out prosedürleri 'hasta dostu' olmalıdır. Örneğin, yatılı hastalar için, odalarında hasta boşaltma sistemi oluşturarak hastanın veya ailenin hastanede başka bir ofise veya tezgaha gidip orada beklemek zorunda kalmamasını sağladık. Bu, hastalar tarafından olumlu bir şekilde alındı.

İletişim: Olası gecikmeler hakkında hasta ve aileyle iletişim kurmak, çok fazla hayal kırıklığı ve kaygıdan kaçınabileceğiniz bir faktördür. Tam zamanlı bir Yönetici ile özel bir 'Hasta Bakım Departmanı' oluşturulması, kurumumuza önemli ölçüde yardımcı olmuş ve hastalar ve aileleri ile etkileşimlerini geliştirmiştir.

Yan hizmetler: İletişim, yemek gibi diğer hizmetler hem hastalara hem de ailelere açık olmalıdır.

2.8 Kanserin hasta yakınlarına etkisi

Aile bakıcıları zor bir durumla karşı karşıya kalmaktadır: hastaların ihtiyaçlarına odaklanmaları, hastaları yeterince aktif hale getirmeleri, olumsuz duygular hakkında konuşmak için bir irtibat kişisi olarak bulunmaları beklenir. Aile kavramı evrenseldir. Ancak toplumların değer yargılarına, kültürel özelliklerine ve üretim biçimlerine göre farklılıklar gösterebilir (Keskinoğlu, 2007, 76). Aile farklılıkları ne olursa olsun aileden birinin ciddi hastalıklarla yüzleşmesi diğer üyelerini etkileyecek bir unsur olarak görülmektedir. Bakım verenlerin sıkıntıları için önemli yordayıcılar kişilerarası mahrumiyet (beraberlik hissi, planlı faaliyetler, başkalarıyla temas), daha az sağlıklı davranış pratiği, daha fazla hasta bakım ihtiyacı ve kötümser beklentilerdi. Hastanın bir sonucu olarak hastanın yüksek derecede bağımlılığı da akrabalarının sıkıntısını artırır.

Kanser çok ciddi bir hastalık olması nedeniyle hem hasta için hemde bakım veren kişiler için stres sebebidir. Bir ailenin esnekliği ve uyarlanabilir işlevi, üyelerin dışsal değişimler ışığında rolleri ve kuralları değiştirmede başarılı

olmalarıyla belirlenir. Bu işlev bozulmuşsa, aile çok çeşitli destekleyici gereksinimlere cevap veremez. Diğer taraftan, esnek olmayan, sistemin bireysel üyelerinin uyarlanabilir potansiyelini engeller (Alçalar 1997; Anuk 1998a; Özkan 2000). Açık iletişim, görevlerin yeniden dağıtımını geliştirir ve rolle ilgili sıkıntı ve çatışmaları azaltabilir. Bir aile üyesinin kanserine ilişkin iletişimsel davranışı değerlendirmek zordur: Hastalıkla ilgili iletişimden kaçınmanın birçok nedeni ve işlevi olabilir. Yalnızlık, diğer doğal ipuçlarıyla birlikte görülmesinin yanı sıra kültürel ipuçları ve gerçekten tehlikeli olarak değerlendirilebilecek durumlarla da birlikte görülebilmektedir. Dolayısıyla yalnız olmak, yaşam boyunca ya korkuyu harekete geçiren ya da başka etkenler sonucu ortaya çıkan korkuyu yoğunlaştıran bir durumdur. Bununla birlikte kişinin yanında kendisine eşlik eden birinin olması korkuyu büyük ölçüde azaltmaktadır. Eşlik eden bir diğer kişinin varlığının güven veren, rahatlatıcı etkisi en çok bir felaket yaşandığı sırada ya da sonrasında görülür (Bowlby, 2013, s. 214).

Toplumun en küçük yapı taşı ailedir. Kişinin kendi ihtiyaçları ile ilgili çatışmaların yanı sıra, özerklik ve hastaya karşı olan bağlılık duyguları (ebeveyn), kendi aile içindeki görevlerle çatışmaları ve mesleki kariyerleri ortaya çıkabilir. Yakınlık ve mesafe arasında aile uyumunun düzeyinden etkilenebilecek bir denge bulmak zor olabilir. Bakıcı en çok kanseri olan kişiye yardım eden ve bunun için ödeme yapılmayan kişidir. Çoğu durumda, ana (birincil) bakıcı bir eş, ortak, ebeveyn veya yetişkin bir çocuktur. Aile etrafta olmadığı zaman, yakın arkadaşlar, iş arkadaşları veya komşular bu rolü doldurabilir. Bakım verenin, hastanın bakımında önemli bir rolü vardır. İyi ve güvenilir bir bakıcı desteği, kanserli kişilerin fiziksel ve duygusal refahı için çok önemlidir(Keskinoğlu, 2007, 80).Kişi olumsuz çevresel koşullarda kendi öz değerlerinin tehdit edildiği hissine kapılabilmekte veya içinde bulunduğu stresli durumlardan dolayı kaygı duyabilmektedir. Bu nedenle kişi gerilim içinde olan birey aynı zamanda kendisini mutsuz hissetmektedir (Yalçınkaya, 2011, 16).Bir eşin kendisinin bulunabilmesi avantajlıdır, çünkü bu hastalık semptomlarının erken algılanması ve tıbbi hizmetlerin daha erken kullanımı

ile ilişkilidir. Bir ilişkide karşılıklı bakım ve güven, bu bulgu için olası açıklamalardır. İlişki içindeki açık iletişim, uyarlanabilir süreçleri destekler ve değişen yaşam koşullarında esnek yanıtlar sağlar. Genel olarak aile birleşimi, karakterize edilmediği takdirde destekleyici görevleri teşvik eder.Özellikle hasta/ hasta yakınına verilen eğitim/ danışmanlık gibi uygulamaların rehabilitasyon sonuçlarına etkisinin araştırıldığı çalışmalar son yıllarda artış göstermesine rağmen eğitimin etkinliğini ortaya koyan çalışmaların sınırlı olduğu, bakım/ tedavi sonuçlarını ve yaşam kalitesini arttırmak açısından tek başına eğitimin etkinliğinin kesin olarak gösterilemediği de belirtilmektedir(Kalra ve ark. 2004).Sosyal desteğin, hastalığın seyri ve hastalığın psikolojik iyi oluşu, sağlığı ve baş etme davranışının en önemli belirleyicilerinden biri olduğu bilinmektedir (Schwarzer,ve Leppin, 1992). Bu desteğin hastadaki duygusal motivasyonel değişkenler üzerindeki etkilerinin yanı sıra (uyum, yaşam kalitesi) sağkalım süresi gibi bazı nesnel göstergeler, sosyal desteğin etkinliğinin bir ölçüsü olarak incelenmiştir. Bazı araştırmalar, sosyal desteklerini pozitif olarak algılayan kanser hastalarının hastalık ile ilişkili stresle başa çıkmada daha etkili olduğunu, daha az anksiyete ve depresyon gösterdiklerini ve daha uzun hayatta kalma süreleri de dahil olmak üzere daha iyi adaptasyon gösterdiklerini göstermiştir. sosyal destek, bir hastalığın olumsuz etkisini azaltan bir anti-stres etkeni olarak hareket eder. Eğer bir hasta hastalığına ek olarak daha stresli yaşam olayları yaşarsa (örneğin bir eşin ölümü, ayrılık, boşanma), psikolojik bozulma olasılığını azaltmak için daha yüksek bir sosyal destek gerekir (Wellisch, Wolcott,ve Pasnau,1989).Sosyal desteğin iyi olma, başa çıkma davranışı ve hastalığın seyri üzerinde etkisi vardır. Akrabalar, özellikle ortaklar, duygusal, pratik ve gayri resmi yardımın yanı sıra en önemli sosyal destek kaynağıdır. Sosyal destek, hastalığın olumsuz etkilerini azaltan ve baş etme kaynaklarını serbest bırakan “başa çıkma yardımı” olarak bir tampon görevi görür.

Yoğun ve uzun süreli (yani kronik) stres yaşayan kişilerin sindirim sorunları, doğurganlık sorunları, idrar sorunları ve zayıflamış bağışıklık sistemine sahip olabileceğini göstermiştir. Kronik stres yaşayan kişiler ayrıca, grip veya soğuk

algınlığı gibi viral enfeksiyonlara ve baş ağrılarına, uyku sorunlarına, depresyona ve anksiyeteye yatkındır (Özkan ve Özkan, 2009, 270).Olumlu algı algısı, hastalıkla ilişkili stresi doğrudan bir şekilde azaltmaz, ancak başa çıkma kaynaklarını harekete geçirerek stresle baş etmeye yardımcı olabilir. Yukarıda belirtildiği gibi, ortağın sosyal desteği hastanın dövüş ruhunu arttırır ve bu, sosyal destek tarafından aktif başa çıkma davranışının tetiklendiğinin bir göstergesi olarak görülebilir. Dayanıklılık araştırmaları, sosyal bilimlerde ve davranış bilimlerinde dikkati bireysel yetersizliklerden ve psikopatolojiden bireysel ve toplumsal güçlü yönleri araştırmaya yöneltmiştir. Böylece araştırmacılar ve klinik alanındakiler için yeni bir yaklaşım ortaya koyulmuştur. Risk odaklı çalışmalar bireyi, ailesini ve toplumu tanılamaya, etiketlemeye ve açıkça ortaya koymaya çalışmıştır (Benard, 1999).

Fiziksel hastalıkların içerisinde kanserin özel bir yeri vardır. Kanser belirsizlikler içeren, ağrılı ve acılı bir ölümü çağrıştıran, suçluluk, terk edilme, kaos, panik ve kaygı yaratan bir hastalık olarak algılanır. Kişiye, hastalığın tipine, evresine ve psikososyal çevreye göre değişmekle beraber, kanser diğer fiziksel hastalıklar içerisinde çağrıştırdıkları ile en ciddi krize yol açan hastalıklardan biridir. Bu haliyle kanser bir yıkım gibi algılanır ve en dramatik anlamıyla kişinin psikolojik dengesinde krize neden olur (Kulaksızoğlu, vd. 2009; 279). Aile üyelerinin rolünün ağırlıklı olarak hastalar üzerinde önemli etkilere sahip olabilecek duygusal, pratik ve gayri resmi bir destek kaynağı olduğu gösterilmiştir. Hastaların hastalıkları ve akrabalarının “yetkin yardımcılar” olarak “kurban” olarak algılanması, tek aile üyelerini etkileyen spesifik sıkıntıların ihmaline yol açabilir Eğer aile ile ilişkili faktörler etiyolojik bir bileşen olarak görülürse, akrabalar hastalıkla bağlantılı sıkıntıyı arttırabilecek spesifik bir şekilde etiketlenir. Bu etiketlemeden kaynaklanan damgalama, kanser hastaları ve aileleri için ek bir yüktür ve danışmanlık ve tedavinin kabulü üzerinde olumsuz etkilere sahip gibi görünmektedir. Ailenin hastalıkla ilgili psikososyal faktörler arasında dikkate alınması gerekmektedir. Öte yandan, bir ailenin destekleyici potansiyelini ihmal ettikleri ve hatta engelleyici etkileri olabileceği için nedensel ilişkilere odaklanmak sorunludur.

2.8.1 Kanserde psikiyatrik bozukluklar

Kanserli hastaların %25-55 depresyon ve %40-60 organik beyin sendromu olduğu bulunmuştur (Kulaksızoğlu, vd. 2009; 279).Hasta merkezli evde bakım, özellikle bilgili ve eğitilmiş hasta gruplarından seçilen daha geleneksel hastane odaklı bakım ile bütünleştirilebilen yeni bir yardım modeli. Hastaya odaklı bakım, prognoz yerine hastaların ihtiyaçlarına dayanır ve hastalığın duygusal ve psikososyal yönlerini dikkate alır. Bu model eşlik eden hastalıkları olan yaşlı hastalara uygulanabilir, ancak aynı zamanda daha genç olan hastaların ihtiyaçlarına da uygundur. Tecrübeli tıbbi onkologlar tarafından koordine edilen ve eczacılar, psikologlar, hemşireler ve sosyal yardım sağlayıcıları da dahil olmak üzere uzmanlaşmış çok disiplinli bir ekip evde bakım hizmeti vermelidir. Hastanın ihtiyaçlarına göre diğer profesyonel rakamlar gerekebilir. Sağlık uzmanları ile referans hastane arasında en iyi eşgüdümü sağlamak ve paylaşılan kanıt temelli yönergeleri kullanmak için her türlü çaba gösterilmeli ve bu da güvenlik ve etkinliği garanti altına alıyor. Kapsamlı bakıma kolayca erişilebilir olmalı ve hem hastalar hem de bakım verenlerin yüksek düzeyde eğitim ve hastalık bilgisi gerekiyor. Hasta merkezli evde bakım, yaşam kalitesini iyileştirmek ve kanser hastalarına yardımcı olmak için maliyet etkin olmak için önemli bir araçtır (Tralongo, Ferraù, Borsellino, Verderame, Caruso, Giuffrida, Butera ve Gebbia, V. 2011). Fiziksel hastalıkla kaygı arasındaki ayırıcı özelliklere dikkat edilmelidir. Hastalığın belirtileri hastanın yakınmaları göz önünde bulundurulmalıdır (Özkan ve Özkan, 2009, 271). Kanserli hastada oluşabilecek psikiyatrik bozukluklar şunlardır (Kulaksızoğlu, vd. 2009; 279):

* Uyum bozuklukları
* Anksiyete bozuklukları
* Depresif sendromlar
* Organik beyin sendromları (deliryum, demans ve diğer organik psikiyatrik sendromlar, kemoterapötik ajanların nöropsikiyatrik yan etkileri)

* Kişilik bozuklukları
* Ağrılı sendromlara eşlik eden psikiyatrik sendromlar
* Psikiyatrik boyutu olan diğer sendromlar.

2.8.1.1 Somatizasyon

Hastanelere zaman zaman fiziksel bir rahatsızlığı olmayan fakat kendini hasta hisseden değişik yakınmalarla gelen kişiler başvurur. Bunlar doğrudan psikyatriye gitmek yerine şikayetlerine göre belirledikleri polikliniklere giderler. Tıp hizmetleri bu kişiler tarafından sıklıkla ve gereksiz yere kullanılmakta, hatta bu hastaların birçoğunda çoğul operasyon ve hospitalizasyonların söz konusu olduğu belirtilmektedir. Bu konuda yapılmış olan birçok araştırmanın sonuçları, değişik fiziksel şikayetler ileri sürdüğü halde her hangi bir bulgu bulunmayan hasta oranları %20 ile %84'ü arasında değişmektedir (Özkan ve Özkan, 2009, 272).Somatizasyon bozukluğu olan bir kişi kronik olarak uzun yıllar boyunca çok sayıda "somatik" (fiziksel) semptomla meşgul olur. Ancak bu belirtiler, psikiyatrik olmayan bir tanı ile tam olarak açıklanamaz. Bununla birlikte, semptomlar belirgin sıkıntıya neden olur veya kişinin çalışma yeteneğini bozar.

Somatizasyon bozukluğu tıbbi bir sorundur. Bununla birlikte, bozukluk, muhtemelen hastanın dikkatinin odağı haline gelen bedenin alanı yerine beyin fonksiyonlarını veya duygusal düzenlemeleriyle ilişkilidir. Semptomlar gerçektir ve kişinin bilinçli kontrolü altında değildir. Somatizasyon bozukluğu olan insanlar, vücudun birkaç farklı alanını içeren, yıllar boyunca birçok tıbbi problemi rapor ederler. Örneğin, aynı kişi sırt ağrısı, baş ağrısı, göğüs rahatsızlığı, mide veya idrar sıkıntısı çekebilir. Kadınlar genellikle düzensiz dönemleri bildirirler. Erkekler erektil disfonksiyon (iktidarsızlık) bildirebilirler. (Özkan ve Özkan, 2009, 272).Acar (2015) in yazılı duygusal dışavurum paradigmasını kanser hastalarının eşlerinde psikolojik sağlık sonuçları (psikolojik sıkıntı, depresyon, kaygı, somatizasyon, travma sonrası stres belirtileri) ve travma sonrası gelişim için test etmiştir, yazılı dışavurumun

kanser hastalarının eşlerinde psikolojik sıkıntı, depresyon, kaygı, somatizasyon ve travma sonrası stres belirtilerinde azalmaya yol açmadığını, travma sonrası gelişim düzeyini ise yazma öncesinden sonrasına arttırdığını göstermiştir. Ancak bu sonuçlar için yazılı dışavurum koşulları birbirinden farklılaşmamıştır.

Somatizasyon bozukluğu olan bir kişi de anksiyete ve depresyon belirtileri olabilir. Kendini umutsuz hissetmeye ve intihar etmeye başlayabilir ya da hayatın streslerine uyum sağlama konusunda sıkıntı çekebilir. Kişi, reçeteli ilaçlar da dahil olmak üzere alkol veya uyuşturucu kullanımını kötüye kullanabilir. Eşler ve diğer aile üyeleri sıkıntılı hale gelebilir, çünkü kişinin semptomları uzun süre devam eder ve hiçbir tıbbi tedavi yardımcı olmaz. Somatizasyon bozukluğunun belirtileri, bazen belirli bir kültürde hastalığın veya "hasta rollerinin" nasıl göründüğüne bağlı olarak kültüre göre değişir. Kültürel faktörler ayrıca, bozukluğu olan erkek ve kadınların oranlarını da etkiler (Özkan ve Özkan, 2009, 272). Somatizasyon bozukluğu olan kişiler, bir akıl sağlığı uzmanına başvurmayı kabul etmeyi zorlaştırabilir veya tıbbi değerlendirme ve tedavinin semptomları hafifletemeyeceğini kabul edebilir. DSM IV’te somatoform bozukluklar;

* Somatizasyon bozukluğu

* Farklılaşmamış somatoform bozukluk

* Konversiyon bozukluğu

* Psikojenik ağrı bozukluğu

* Hipokondriazis

* Vücut dismorfik bozukluk

* Başka türlü adlandırılamayan somatoform bozukluk olarak sınıflandırılır.

Semptomlar genellikle uzun yıllar boyunca ortaya çıkar. Kişi iş yerinde ve evde sıkıntılı ve işlevsiz olabilir. Tıbbi değerlendirme semptomları açıklamamaktadır ya da semptomlar bulunan herhangi bir tıbbi hastalıkta beklenebilecek olanları aşabilir. Semptom kategorileri, örneklerle:

* Ağrı - baş ağrısı, sırt ağrısı, karın ağrısı, eklem ağrısı ve göğüs ağrısı

* Gastrointestinal semptomlar - Mide bulantısı, kusma, ishal, şişkinlik, yutma güçlüğü

* Cinsel belirtiler - Erektil disfonksiyon, ilgi eksikliği, ilişki sırasında ağrı

* Adet problemleri - Düzensiz dönemler, aşırı ağrılı adet kanaması

* Nörolojik semptomlar - Koordinasyon veya denge, felç, uyuşukluk, halsizlik, görme sorunları veya nöbetlerle ilgili problemler

Kişinin somatizasyon bozukluğu olup olmadığını belirlemek için laboratuvar testleri yoktur. Doktor, bir kişinin belirli bir hastalık geçirdiğine dair çok az kanıtla, birkaç yıl boyunca birden fazla şikayeti olduğunda şüphe edebilir.

2.8.1.2 Obsesif-Kompulsif

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) , insanların tekrar eden, zorlayıcı düşünceler, düşünceler ya da duyumları (obsesyonlar) zaman içinde tekrar eden bir şey yapmaya ittiklerini hissettiren bir anksiyete bozukluğudur (obsesyonlar). El yıkama, bir şeyleri kontrol etme veya temizlik gibi tekrarlayan davranışlar, kişinin günlük aktivitelerini ve sosyal etkileşimlerini önemli ölçüde etkileyebilir. Obsesyonlar, anksiyete veya iğrenme gibi üzücü duygulara neden olan tekrarlayan ve kalıcı düşünceler, dürtüler veya imgelerdir. OKB'li birçok kişi düşüncelerin, dürtülerin veya görüntülerin aklının bir ürünü olduğunu ve aşırı veya mantıksız olduğunu kabul eder. Yine de bu müdahaleci düşünceler mantık veya muhakeme ile çözülemez. OKB'si olan çoğu insan bu tür saplantıları görmezden gelmeye veya bastırmaya veya

başka bir düşünce ya da eylemle dengelemeye çalışır. (Tükel, 2009, 80).Zorlamalar, bir kişinin bir takıntıya tepki olarak yerine getirmeye çalıştığı hissi veren tekrarlayan davranışlar veya zihinsel eylemlerdir. Davranışlar, sıkıntıyı veya korkulan durumun önlenmesi veya azaltılması amacını taşır. En şiddetli durumlarda, ritüellerin sürekli bir tekrarı günü doldurabilir ve normal bir rutini imkansız hale getirebilir. Bu ritüellerin neden olduğu acıyı birleştirmek, zorlamaların irrasyonel olduğu bilgisidir. Zorlama endişeye bir miktar rahatlama getirse de, saplantı geri dönüyor ve döngü sürekli tekrarlanıyor

Kanserli hastanın gösterdiği tüm tepkiler patolojik olarak değerlendirilmemelidir. Hastalığın ciddiyetiyle karşılaşan kişinin normal sınırlar içinde tepki göstermesi mümkündür (Özkan, 1993, 105).Birçok insan düşünce veya tekrarlanan davranışlara odaklanmıştır. Fakat bunlar günlük hayatı bozmaz, yapı ekleyebilir veya görevleri kolaylaştırır. OKB'li kişiler için düşünceler sürekli ve istenmeyen rutinler ve davranışlar katıdır ve bunları yapmamak büyük sıkıntılara neden olur. Kanserli hastalarda veya yakınlarında bu tarz sıkıntılar görülebilir.

Obsesif-kompulsif belirtiler, geleneksel olarak benliğe-yabancı olarak görülmekte olup zarardan kaçınma ve riski azaltma, içgörü (belirtilerin saçma ve anlamsız olarak görülmesi), direnme (belirtileri baskılamak ya da onlara karşı direnmek için girişimlerde bulunulması), doyumun yokluğu (anksiyete ya da gerginliğin azalmasına karşın hazzın yaşanmaması) ile birliktedir. 1980’li yıllara kadar OKB’nin nadir rastlanan bir hastalık olduğu düşünülürken, sonraki yıllarda, OKB'nin yaşam boyu yaygınlığı %2-3 olarak bulunmuştur (Tükel, 2009, 81):

Çeşitli çalışmalarda, erişkin yaştaki OKB’li hastalarda kadın ve erkeklerin eşit bir dağılım gösterdiği bulunmuştur. Çocuk ve ergen OKB’li hastalar arasında ise, erkeklerin oranı kadınlara göre 1.5-2.5 kat daha fazladır.

OKB tipik olarak geç ergenlikte ya da erken erişkinlikte (20'li yaşların başlarında) başlamaktadır. OKB'li erişkin hastaların %30-50'si başlangıcın çocuklukta olduğunu, üçte ikisi ise belirtilerin 15 yaşından önce başladığını bildirmişlerdir. Birçok çalışmanın ortak bulgusu, erkeklerde hastalığın kadınlara göre daha erken yaşlarda başladığıdır.

2.8.1.3 Kişilerarası duyarlık

Tek insan yetersiz ve güçsüz olduğundan, insanlar bir toplum içinde yaşar. Bu bakımdan, toplumsallık duygusu ve toplumsal işbirliği bireyin kurtuluş ve esenliğini oluşturur (Adler, 2000, 188). Kişilik, karakteristik bir düşünce biçimi, hissi ve kişiye özgü davranışlardır. Kişilik, ruh hallerini, tutumları ve fikirleri kapsar ve en açık şekilde diğer insanlarla olan etkileşimlerde ifade edilir. Bir kişiyi diğerinden ayıran ve insanların çevre ve sosyal grupla ilişkilerinde gözlemlenebilen, hem doğuştan hem de edinilmiş davranışsal özellikleri içerir. Kişilik terimi birçok şekilde tanımlanmıştır, ancak psikolojik bir kavram olarak iki ana anlam gelişmiştir. Birincisi, insanlar arasında var olan tutarlı farklılıklara ilişkindir: bu anlamda kişilik çalışması, nispeten istikrarlı insan psikolojik özelliklerini sınıflandırmaya ve açıklamaya odaklanır. İkinci anlam, tüm insanları birbirine benzeyen ve psikolojik insanı diğer türlerden ayıran niteliklere vurgu yapar (Doğan, 2011, 20).

Kişiliğin çalışmasının kökeni, insanların karakteristik bireysel davranış biçimleriyle (yürüyüş yaptıkları, konuştukları, yaşam alanlarını sağladıkları veya kendi isteklerini ifade ettikleri) ayırt edici özellikleri ile ayırt edildiği temel düşüncesine sahip olduğu söylenebilir. Hastalarda mümkün olan her aşamada fiziksel yakınlık, ilgi, ruhsal açıdan önemli destek sağlar (Kulaksızoğlu, vd. 2009, 282). Genellikle yaşamını kontrol edebilen ve yeterli hisseden, olumlu bakış açısına sahip olan kişi, denetiminin olmadığını düşünen ve kötümser olan kişiye göre hastalığave sonuçlarına daha olumlu yaklaşabilir (Kayış, 2009). Yurtsever'in 1999 yılında yaptığı çalışmada "Bipolar Bozukluğu olan Hasta ve Ailelerde Psikoeğitimsel Yaklaşımı kullanmış, geliştirilen psikoeğitimsel modelin hasta ve aileleri üzerinde

beklenen faydayı sağladığını gözlemiştir (Yurtseven 2005). Hasta bakıcısı zaman zaman işine gidemeyebilir. Bu kaçırılan günler, düşük verimlilik ve iş kesintileri gibi işle ilgili sorunlara yol açabilir. Bazı bakıcıların ücretsiz izin almaları, promosyonları geri çevirmeleri veya işten çıkarılmaları, haklarını kaybetmeleri mümkündür. Bu konularla ilgilenmek ve anlayışlı olmak hem işveren hem de çalışan için önemlidir.

2.8.1.4 Kanser ve depresyon

Depresyon (majör depresif bozukluk) nasıl hissettiğinizi, nasıl düşündüğünüzü ve nasıl davrandığınızı olumsuz etkileyen yaygın ve ciddi bir tıbbi hastalıktır. Ayrıca, tıbbi durumlar (örneğin, tiroid problemleri, beyin tümörü veya vitamin eksikliği) depresyon belirtilerini taklit edebilir, bu nedenle genel tıbbi nedenleri dışlamak önemlidir. Sevilen birinin ölümü, iş kaybı ya da ilişkinin sona ermesi, bir kişinin katlanacağı zor deneyimlerdir. Bu tür durumlara karşılık olarak üzüntü veya keder duygularının gelişmesi normaldir. Sıkıntı yaşayanlar genellikle kendilerini “depresif” olarak tanımlayabilirler. Fakat üzgün olmak, depresyona sahip olmakla aynı şey değildir. Yaslanma süreci, her bireye doğal ve benzersizdir ve aynı depresyon özelliklerinin bazılarını paylaşır. Hem yas hem de depresyon, yoğun bir üzüntü ve olağan faaliyetlerden çekilme içerebilir. Genel olarak depresyonun oluşumu bu etmenlerin hepsinin ya da önemli bir kısmının belli oranlarda etkili olduğu süreçler sonucunda geliştiği belirtilmektedir (Kırlı 2008).Kanser hastalarında en sık ortaya çıkan psikiyatrik tanı, depresif sendromdur. Kanser hastalarında depresyon görülme sıklığı, tümörün türüne, hasta topluluğuna, ve tanı ölçütlerine göre farklılıklar gösterir. Bir tanı veya tedaviden önce, bir sağlık uzmanı bir görüşme ve muhtemelen bir fizik muayene olmak üzere kapsamlı bir teşhis değerlendirmesi yapmalıdır. Bazı durumlarda, depresyonun tiroid problemi gibi tıbbi bir durumdan kaynaklanmadığından emin olmak için bir kan testi yapılabilir. Değerlendirme, bir tanıya varmak ve bir eylem planı oluşturmak için spesifik semptomları, tıbbi ve aile geçmişini, kültürel faktörleri ve çevresel faktörleri tanımlamaktır (Özkan ve Özkan, 2009,

283). Acı çeken acı verici duygular, genellikle merhumun olumlu anıları ile karıştırılmış dalgalarla gelir. Majör depresyonda, duygudurum ve / veya ilgi (zevk) iki hafta boyunca azalır. Acı içinde benlik saygısı genellikle korunur. Majör depresyonda, değersizlik ve kendini beğenme duyguları yaygındır. Bazı insanlar için sevilen birinin ölümü majör depresyona yol açabilir. Bir işi kaybetmek ya da fiziksel saldırı ya da büyük bir felaket kurbanı olmak, bazı insanlar için depresyona yol açabilir. Keder ve depresyon birlikte olduğunda, üzüntü daha şiddetlidir ve depresyon olmaksızın kederden daha uzun sürer. Keder ve depresyon arasındaki bazı örtüşmelere rağmen, bunlar farklıdır. Aralarında ayrım yapmak, insanların ihtiyaç duydukları yardımı, desteği veya tedaviyi almasına yardımcı olabilir. Korku, yalnızlık, depresyon, stres, sosyal fobi, tükenmişlik, yabancılaşma, rekabetçilik, benmerkezcilik, yalıtılmışlık gibi karşılaşılabilen bazı sorunlardır (Ülker Tümlü ve Recepoğlu, 2013, 206).

İnsanların depresyon belirtilerini azaltmaya yardımcı olmak için yapabileceği birçok şey vardır. Birçok insan için düzenli egzersiz, olumlu bir duygu yaratmaya ve ruh halini iyileştirmeye yardımcı olur. Düzenli olarak yeterli kalitede uyku almak, sağlıklı bir diyet yapmak ve alkolden (depresan) kaçınmak da depresyon belirtilerini azaltmaya yardımcı olabilir. Doğru teşhis ve tedavi ile depresyonu olan kişilerin büyük çoğunluğu bunun üstesinden gelecektir. Depresyon belirtileri yaşanıyorsa, ilk adım aile hekimini veya psikiyatristi görmektir.

Travmatik olaylara maruz olma sıklığı bazı ruhsal ve fiziksel sıkıntıları da tetiklerken stresli yaşam olayları üzerinde çalışan araştırmacılar bireylerin olaylar karşısında farklı tepkiler verdiklerine ve farklı mücadele yöntemleri geliştirdiklerine dikkat çekmişlerdir. Stresle başarılı bir şekilde başa çıkma ve sağlıklı kalmak dayanıklılık olarak adlandırılan bir kişilik tarzıdır (Selçuklu, 2013, 47). Kanser tanısı ve tedavi yöntemleri ve bunların anlamı, hastada şiddetli kaygı ve çaresizlik düşünceleri ve duyguları yaratır (Özkan ve Özkan, 2009, 283). Kanserli hastalar da depresyonu oluşturabilecek faktörler şunlardır:

* Hastalıklara bağlı uzun tedavi süreçleri,
* Kanser tanısının koyulması ve tedaviye ilişkin kaygılar,
* İlaçların yan etkileri
* Hastanın kişiliği,
* Bipolar bozukluk olması,
* Hastalığın yan etkileri, hastanın bunlara verdiği anlam,
* Hastalığın teşhis dönemi,
* Hastalık gidişatının kötü olması,
* Kontrol dışı çıkan olumsuz durumlar,
* Yüksek ağrı şikayeti,
* Alkolün ve diğer bağımlılık yapıcı maddelerin kullanılması
* Toplumdan izole bir hayat,

Kanser Hastasındaki Depresyonun Belirtileri ise şunlardır:

* İlginin azalımı/zevk kaybı
* Sıkıntının, bunaltının, halsizliğin oluşumu,
* Ağlamaların görülmesi, karamsarlığın artması,
* Uyku Bozukluklarının görülmesi,
* İştahın azalması veya aşırı yemek yeme,
* Yüksek sinir katsayısı,
* Fiziki şikayetlerin başlaması,
* Unutkanlğın görülmesi konsantre olammak,
* Evliliğin problemli hale dönüşmesi,
* Gerginliğin başlaması, huzursuz olmak,

* İçine kapanmanın görülmesi,
* Ölüm korkusunun başlaması,
* Alkol kullanımının başlaması,
* İntihar düşüncesinin başlaması

Kanser hastasında intihar riskini arttıran faktörler ise; Hastalığın ileri evrede olması, Hastalığın kötü seyretmesi, Kontrol edilemeyen ağrı Depresyon, umutsuzluk Deliryum, Engellenmişlik hissi, Kontrol kaybı, Daha önceden var olan psikolojik sorunlar Ailede ve kişide intihar öyküsü Aşirı yorgunluk. Hasta olunduğunda korkmak normaldir. İnsanlar kontrol edilemeyen acılardan, ölmekten veya sevildiklerinde neler olabileceği de dahil olmak üzere ölümden sonra meydana gelenlerden korkabilirler. Bu aynı duyguları aile üyeleri ve arkadaşları tarafından deneyimlenebilir. Korku ve kaygı belirtileri ve belirtileri şunlardır (Özkan ve Özkan, 2009, 283).

- Endişeli yüz ifadeleri
- Kontrolsüz endişe
- Problem çözme ve düşüncelere odaklanmada sorun
- Kas gerginliği (kişi ayrıca gergin veya sıkı görünebilir)
- Titreme veya titreme
- Huzursuzluk, tuşlanmış veya kenarında hissedilebilir
- Kuru ağız
- Sinirlilik veya kızgın çıkışlar (alçakgönüllü veya kısa huylu)

2.8.1.5 Kanser ve kaygı bozuklukları

Kaygıya yol açan düşüncelere bir son vermek ve bu düşünceleri gerçekçi, rasyonel düşüncelerle değiştirmek beceri işidir. Bu becerilerden yoksun bir insan hazırlıklı olmadığı yarışmalı bir dünya içinde kendini güvensiz ve yetersiz hissedebilir (Geçtan, 1994, 96). Psikolojik dayanıklılığın geliştirilmesi

hastalıkla mücadeleyi desteklyebilir (Ülker Tümlü ve Recepoğlu, 2013, 206).Kanser teşhisi çoğu hasta, aile ve bakıcı için çok büyük bir etkiye sahip olabilir. Depresyon, endişe ve korku duyguları çok yaygındır ve bu yaşamı değiştiren deneyime normal yanıtlardır. Bu hastalarda kaygı yaratan kriz durumlarını şöyle tanımlayabiliriz:(Özkan ve Özkan, 2009, 284):

* Tanı aşaması,
* Tetkik sonuçlarını beklerken,
* Yeni bir tedavi öncesi,
* Tedavi değişimi
* Belirti ortaya çıkması,
* Nüks görülmesi
* Hastalık çağrıştıran değişikliklerin hissedilmesi

Hastalığın devamının ve tedavisinin olumlu sonuç vermesiyüksek içsel kontrol algısı ile ilişkilidir(Özkan, 2007).Birçok şey bu duygulara neden olabilir. Vücut imajındaki değişiklikler benlik saygısını ve özgüvenini etkileyebilir. Aile ve iş rolleri değiştirilebilir. İnsanlar bu kayıplarda ve değişimlerde keder hissedebilirler. Ağrı, mide bulantısı veya aşırı yorgunluk (yorgunluk) gibi fiziksel belirtilerin de duygusal sıkıntıya neden olma olasılığı daha yüksektir. İnsanlar ayrıca ölüm, ıstırap, acı ya da ileride duran tüm bilinmeyen şeylerden korkabilirler. Aile üyeleri ve bakıcılar genellikle bu duygulara da sahiptir. Sevdiklerini kaybetmekten korkabilirler.

Anksiyete belirtileri çoğu kez ya normal sağlıklı işlevlerimizin abartılı hale gelmiş (örn: aşırı terleme) ya da baskılanmış (örn: dikkat dağınıklığı) durumlardır. Anksiyete belirtileri/ bilişsel belirtiler (duyusal/ algısal belirtiler, düşünce zorlukları, kavramsal zorluklar, duygusal belirtiler, davranışsal belirtiler vb) ve fizyolojik belirtiler (kalp damar sistemi belirtileri, solunum

sistemi belirtileri, sindirim sistemi belirtileri, deri belirtileri) olmak üzere ikiye ayrılır (Göktepe 2008). Tedavi ve iyileşme sırasında farklı zamanlarda, kanserli kişiler korku verici ve endişeli olabilirler. Kansere sahip olduklarını ya da kanserin geri döndüğünü bulmak en çok endişe ve korkuya neden olur. Tedavi korkusu, doktor ziyaretleri ve testler de endişeye yol açabilir (kötü bir şeylerin olacağı hissi).

Hastaneye yatma ve hastalık yaşantısındaki belirsizlik durumu da, birey tarafından bir tehlike olarak değerlendirildiğinde anksiyeteyi daha da arttırmaktadır (Öz, 2004).Kanser hastalarında anksiyete bozukluğu ortaya çıkma olasılığına neden olan biyolojik etmenler ortaya konmaktadır. Merkezi sempatik etkinlikte artma bildirilmiştir. Hastalığın ortaya çıkmasına sürmesine ya da artmasına neden olan diğer etkenler ise(Özkan ve Özkan, 2009, 284);

* Hastalığın doğası
* Hastalığın şiddeti
* Yarattığı yeti yitimi
* Hastada yarattığı olumsuz otomatik düşünceler
* Hastanın işlevsel olmayan baş etme stratejileri
* Hastanın immatür savunma düzeneklerini kullanması
* Hekimin olumsuz ilişki kurması
* Hekimin hastalıkla ilgili olumsuz ön yargıları
* Hastalık için önerilen tedavi biçimi
* Tedavi ortamının kötü koşulları
* Uygulanan girişimlerin korkutucu oluşu

* Sosyal desteklerin yeterli olmaması

Aktaş (2010), hasta yakınlarına destekleyici bir eğitim verilmesi hasta/ hasta yakının yaşam kalitesini etkileyen anksiyete ve depresif belirtileri azaltmada etkili olabildiği sonucuna ulaşmıştır.Daha fazla sosyal desteğe sahip olan hastalar daha az endişeli ve depresif hissetme ve daha iyi bir yaşam kalitesi bildirme eğilimindedir. Kanserli kişiler, kanserle uğraşmanın pratik yönlerini dinleyen ve yardımcı olan başkalarına sahip olmayı cesaretlendiriyorlar. Bu tür destek için aile üyelerine ve sevdiklerine sormak, hastanın sıkıntısını ve onu önemseyenlerin sıkıntılarını azaltmaya yardımcı olabilir. Kanserlerin hayatlarına getirdiği büyük değişikliklere karşı duydukları duygu ve tepkileriyle ilgili yardıma ihtiyaçları olduğunu fark etmelidir.

Özetle geniş bir duygu yelpazesinden geçerken kanserle baş etmenin normal bir parçası olsa da, bazı şeyler göz ardı edilmemelidir. Hasta veya yakınlarına bu sorunlardan herhangi birisi olabilir:

- İntihar düşünceleri veya planları (ya da kendini incitmek)
- Yemek yiyemez veya uyuyamaz
- Günlük olağan faaliyetlere ilgisi yoktur
- Yaşamdan zevk almamak
- Günlük aktivitelere müdahale eden ve birkaç günden fazla süren duygular var
- Zihin dağınıklığı
- Nefes almakta zorlanma
- Normalden daha fazla terleme
- Çok fazla huzursuz hissi
- Endişeye neden olan yeni veya sıra dışı semptomların oluşması

2.8.1.6 Düşmanlık

Kanser insanların hayatını değiştirir. Yarattığı duygusal stres bunaltıcı olabilir kimse onu tek başına idare edemz. Psikolojik dayanıklılığın çıkış noktasını

stres ile hastalıklar arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara dayandıran Kobasa (1979), Kobasa (1982)'de yaptığı araştırmasında da stresli yaşam deneyimleri ile hastalıklar arasında psikolojik olarak dayanıklı kişiliğe sahip bireylerin stresli yaşam deneyimlerinde ve hastalıklarında azalma olduğunu belirtmiştir.

Kanserin bir kişinin hayatına getirdiği değişikliklerin üstesinden gelmek normaldir. Önceden çok emin görünen gelecek, şimdi belirsizleşiyor. Bazı hayaller ve planlar sonsuza dek kaybedilebilir. Fakat eğer bir kişi uzun bir süre için üzgündüyse ya da günlük faaliyetleri yürütmekte zorluk çekiyorsa, o kişi klinik depresyon geçirebilir (Özkan ve Özkan, 2009, 297).İyimser olmanın, umutlu olmanın, sosyal desteğin ve umutsuzluğun; sağlıklı, kaliteli yasam ilişkisi üzerine etkileşimi olduğu anlaşılmıştır. Olumlu düşünme ve umutbeklentiden köken alır ve bu da motivasyonun kaynağıdır. Karamsar olan, olumsuzdüşünen kanser hastalarının günlük sosyal aktivitelerini kesebildikleri gözlenmiştir. Nourthouse; umutsuzluk, yasam kalitesi ve sosyal destek ilişkisini etkilediğini ortayakoymuştur (Gustavsson ve Julkunen, 2007, 85).Hastanın psikolojisi ne kadar çözüm üretici, pozitif, değişken koşullara adapte olabilir ise, beden tedaviye o kadar yanıt verir (Özkan ve Özkan, 2009, 297).

2.8.1.7 Psikolojik dayanıklılık

Psikolojik dayanıklılık, kişinin stres verici bir durum karşısında veya travmatik bir yaşam olayı ile karşılaştığı zaman bu durumlarla ilgili stres ve hastalık etkeninin etkililiğini azaltan, kişinin yaşama, yaptığı işe, ailesine bağlanmasını kolaylaştıran, yaşamı üzerinde kendinin söz sahibi olduğuna inanmasını sağlayan, çevreye ve yaşam koşullarına uyumu kolaylaştıran bir kişilik özelliğidir (Aydoğdu, 2013, 13). Psikolojik dayanıklılık, az rastlanan özel niteliklerden oluşan bir şey değildir. Aksine her insanda bulunabilecek bir yetidir. İnsanda bulunan normal dayanma gücü zor şartlarla karşılaştığında güçlenebilir bu yeti gelişebilir (Masten, 2001). Psikolojik

dayanıklılık yeteneğinin geliştirilmesi zor şartlarda stresli durmlarda ayakta kalmayı sağlayabilir (MEB, 2012, 3). Kobasa'ya (1996) göre dayanıklı bireyler sadece yapacakları şeyi seçmeyi değil, aynı zamanda yapacakları şeyin önemine de güçlü bir şekilde inanırlar (Akt. Aydoğdu, 2013, 20).

Sağlıklı olmak için hastalık ve sakatlığın olmamasnı yeterli görmemektedir. Aynı zamanda, fiziki, sosyal ve ruhi yönden tamamiyle bir iyilik haline sahip olmak gerektiğini belirtmektedir. Bu tanım aslında birey açısından olumlu ruh sağlığı özelliklerinin neler olduğunu önemli ölçüde içermektedir. Tanıma sığmayan bazı unsurlar da katıldığında, bireyde olumlu ruh sağlığının özellikleri şöyle özetlenebilir." Olumlu ruh sağlığı için; (Doğan, 2011, 15):

- "Bireyin yalnızca ruhsal olarak hasta ya da zayıf olmamasını değil, bir bütün olarak mümkün olan en üst düzeyde iyi olmasını gerektirir. Ruhsal bir sorun taşımamak, ruhsal olarak sağlıklı olmak anlamına gelmez."

- "Bireyin yeteneklerini etkili kullanabilmesini gerektirir. Birey eğer sahip olduğu yeteneklerini kullanamıyorsa gerçek bir ruhsal sağlıktan bahsedilemez."

- "Bireyin gizilgüçlerini açığa çıkarmasını gerektirir. Kişi kendinde var olan, ama henüz açığa çıkmamış özelliklerini keşfedip kullanmıyorsa ruhsal sağlık üst düzeye çıkamaz."

- "Bireyin yaşamın olağan güçlükleri ile baş edebilmesini gerektirir. Herkesin başetme tarzları farklı olmakla birlikte, olumlu ruhsal sağlığa sahip her birey yaşamdaki güçlükler karşısında edilgen bir tavır sergilememelidir.

- "Bireyin üretken ve verimli çalışabilmesini gerektirir. Ruhsal sorunu olan bazı insanlar yeterince verimli çalışamamaktadırlar. Üretmeyen bireyde ruhsal sağlığın önemli bir ölçütü eksik kalmaktadır."

- "Bireyin içinde yaşadığı topluma katkı sağlamasını gerektirir. Bir önceki ile yakından ilişkili bu özelliğe göre, kişi sosyal bir varlık olması nedeniyle dahil olduğu toplumdan yararlandığı gibi o topluma katkı da

sağlamalıdır. Bu özellik ruhsal sağlığın sadece bireysel bir olgu olmadığını gösterir.”

• “Bireyin gelişimsel dönemine uygun bilişsel, duygusal ve davranışsal özellikler gösterebilmesini gerektirir. Özellikle gelişim döneminin gerektirdiği düzeyin altında özellikler gösteren bireylerin ruhsal sağlıkları bu durumdan olumsuz etkilenebilir.”

• “Bireyin sosyal çevresi ile uyum içinde olmasını gerektirir. Burada uyum kavramı, edilgen bir konum almayı anlatmaz. “Toplumdan fayda-topluma fayda” ilişkisinde bireyin etkin rol almasını ve gerektiğinde yaşadığı toplumsal çevreyi değişimlemeyi de içeren bir uyum anlayışına işaret eder.”

• “Bireyin sağlıklı sosyal iletişim kurmasını gerektirir. Sağlıklı sosyal iletişimin varlığı olumlu ruh sağlığının önemli göstergelerindendir.”

3. BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu bölümde araştırmanın yöntemine ilişkin bilgiler verilmiştir.

3.1 Araştırmanın modeli

Bu araştırma, kanser hastası yakınlarının bakım verme yükleri ile gösterdikleri psikolojik belirtiler arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Bu araştırmada ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Karasar (2006)'a göre ilişkisel tarama modelleri, iki ve daha çok sayıdaki değişken arasındaki ilişkileri belirlemek üzere yapılır.

3.2 Evren ve örneklem

Bu araştırmanın evrenini Kasım 2017– Nisan 2018 tarihleri arasında Sağlık bakanlığına bağlı İstanbul'daki bir devlet hastanesinin onkoloji bölümünde yatarak ve ayakta tedavi gören kanserli hasta yakınları oluşturmuştur. Bu evren içinden araştırmaya gönüllü katılan 150 hasta yakınına ölçekler uygulanmış analizler toplanan örneklem sayısı üzerinden gerçekleştirilmiştir.

3.3 Veri toplama araçları

Araştırmada Zarit Bakıcı Yük Ölçeği (ZBYÖ), Belirti Tarama Listesi (Scl-90-R) ve araştırmacı tarafından oluşturulan Sosyo- Demografik Bilgi Formu (bireysel bilgi formu) kullanılmıştır.

3.3.1 Kişisel bilgi formu

Araştırmada araştırmacı tarafından hazırlanmış olan 10 maddelik bir "Kişisel Bilgi Formu" kullanılmıştır. Bireysel Bilgi Formunda cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi gibi temel demografik bilgilerin toplanmasına yönelik maddeler yer almıştır.

3.3.2 Zarit bakıcı yük ölçeği (ZBYÖ)

Zarit, Reever ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiş olup, bakım gereksinimi olan bireye bakım verenlerin yaşadıkları sıkıntıları değerlendirmek amacıyla oluşturulmuş bir ölçektir (Zarit S, Reever K, Bach-Peterson J., 1980). Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerinde etkisini araştıran 19 ifadeden oluşan bir ölçektir. Ölçek asla, nadiren, ara sıra, oldukça sık, neredeyse her zaman ifadelerinden oluşan likert tipi bir sistemle değerlendirilmektedir. Ölçek puanının yüksek olması, yaşanılan sıkıntının yüksek olduğunu belirtmektedir. Bu ölçeğin Alzheimer hasta yakınları için kullanılmış İspanya versiyonu da vardır (Martin M., Salvado I., 1996). Yapılan çalışmalarda ölçeğin iç tutarlılığı (alfa:0.91), test tekrar test güvenirliliği (0.86), görüşmeciler arası tutarlılık ise (0.63) olarak belirlenmiş olup (Zarit S., 1990), ölçek de yer alan maddelerin genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olması, ölçek puanının yüksek olması yaşanılan sıkıntının yüksek olduğunu ifade eder (Urizar AC., Gutierrez-Maldanodo J, 2006).

3.3.3 Psikolojik belirti tarama listesi (SCl-90-R)

Bu ölçek, Deragotis (1977) tarafından geliştirilmiştir. Psikiyatrik bir tarama aracı olan bu ölçek, bireyin içinde bulunduğu olumsuz koşulların bireyde meydana getirdiği psikolojik ve somatik belirtileri saptar. Bu ölçek, 5'li likert tipi değerlendirmeye dayanan 90 maddeden oluşmakta olup, 9 ayrı belirti grubunu yansıtan 9 alt ölçeği bulunmaktadır: Somatizasyon, Obsesif-Kompulsif, Kişilerarası Duyarlık, Depresyon, Kaygı, Düşmanlık, Fobik Kaygı, Paranoid Düşünce ve Psikotizm. Ayrıca ek maddeler belirti boyutu da vardır. Ölçeğin puanlandırılması her madde üzerinde seçenekler için sırasıyla 0–4 arasında puan verilmek suretiyle yapılmaktadır (0=Hiç yok, 1=Biraz, 2=Orta derecede, 3=Fazla, 4=Çok fazla). Ülkemizde geçerlilik ve güvenirlilik çalışması Dağ (1991) tarafından yapılan bu ölçek, ülkemizde de pek çok çalışmada kullanılmıştır (Kartal A., Çetinkaya B., Turan T., 2009).

Somatizasyon alt birimi; bedensel işlevlere ilişkin özellikleri içeren maddeleri,
Obsesif Kompulsif alt birimi; kişinin düşünmekten ya da yapmaktan vazgeçemediği istenmeyen düşünce ve davranışlarına ilişkin maddeleri,
Kişiler arası duyarlılık alt birimi; bireyin kendini aşağılama veya yetersizlik duygularına ilişkin maddeleri,
Depresyon alt birimi; genel karamsarlık, güdülenme eksikliği, intihar düşünceleri ve yaşam ilgilerinin azalmasına ilişkin maddeleri,
Anksiyete alt birimi; aşırı düzeydeki kaygıya ilişkin maddeleri,
Öfke alt birimi; saldırganlık ve kızgınlık duygularını içeren maddeleri,
Fobik Anksiyete alt birimi; bireyin belirli bir nesneye, duruma karşı ısrarlı korku tepkisine ilişkin maddeleri,
Paranoid düşünce alt birimi; kuşkucu ve düşmanca düşüncelerle korkulara ilişkin maddeleri,
Psikotik alt birimi; içe kapanma, sosyal hayattan uzaklaşma, şizoid yaşam biçimine ilişkin maddeleri kapsamaktadır.
Ek maddeler alt birimi ise uyku bozuklukları, iştah bozuklukları ve suçluluk ile ilişkili maddeleri kapsamaktadır.

Belirti tarama listesindeki alt birimlerin puanı ise o alt ölçeği içeren sorulardan alınan puanların soru sayısına bölünmesiyle bulunur. Buna göre hesaplama; Dağ (1991)

Somatizasyon : (1+4+12+27+40+42+48+49+52+53+56+58) /12

Obsesif-Kompulsif : (3+9+10+28+38+45+46+51+55+65) /10

Kişiler Arası Duyarlılık : (6+21+34+36+37+41+61+69+73) /9

Depresyon : (5+14+15+20+22+26+29+30+31+32+54+71+79) /13

Anksiyete : (2+17+23+33+39+57+72+78+80+86) /10

Öfke : (11+24+63+67+74+81) /6

Fobik Anksiyete : (13+25+47+50+70+75+82) /7

Paranoid düşünce : (8+18+43+68+76+83) /6

Psikotik : (7+16+35+62+77+84+85+87+88+90) /10

Ek maddeler : (19+44+59+60+64+66+89) /7

3.4 Ölçme aracının uygulanma aşamaları

2017–2018 öğretim yılında örneklem belirlendikten ve araştırma için gerekli izinler mevzuat çerçevesinde alındıktan sonra, Marmara Üniversitesi Hastanesine gidilerek hasta yakınlarıyla görüşülmüş ve ölçeklerin doldurulması istenmiş doldurulduktan sonra araştırmacı tarafından toplanmıştır.

3.5 Verilerin çözümlenmesi

Ölçeklerden elde edilen veriler kodlanarak bilgisayar ortamında SPSS paket programı yardımıyla çözümlenmiştir. Ölçeğin birinci bölümüyle ilgili verilere ilişkin frekans ve yüzde dağılımı alınmış, katılımcıların algılamalarının belirlenmesine yönelik olarak aritmetik ortalama ve standart sapma, algılar ile demografik değişkenler arasında farklılığı ortaya koyabilmek için normal dağılımın olduğu ikili karşılaştırmalarda parametrik tekniklerden “t” testi, ikiden fazla değişken gruplarının karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi testi kullanılmıştır. Normal dağılımın olmadığı ikili değişkende ise

Mann Whitney-u testi kullanılmıştır. Ayrıca Pearson korelasyon analizi ölçekler arasındaki ilişkisel bağlantıları belirlemek için, Yük ölçeğinin yordayıcılarını bulmak için basit regresyon analizi yapılmıştır. Görüşler arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı $\alpha = 0.05$ anlamlılık düzeyinde test edilmiştir.

4. BÖLÜM

BULGULAR

Araştırmanın bulguları bu bölümde verilmiştir. Demografik değişkenlerin betimsel analizleri yapılmış ölçek puanları ile farklılşama analizleri sunulmuştur.

4.1 Grubun demografik yapısına ilişkin değerler

Araştırmaya katılanların demografik bilgilerine ilişkin frekans ve yüzde dağılımları tablo 1.'de verilmiştir.

Tablo 1.

Demografik bilgiler

	Gruplar	*f*	%
Cinsiyet	Erkek	75	50,0
	Kadın	75	50,0
Yaş	20-30 yaş	40	26,7
	31-40 yaş	43	28,7
	41-50 yaş	35	23,3
	51 yaş ve üz	32	21,3
Medeni Durum	Evli	100	66,7
	Bekar	50	33,3
Öğrenim Durumu	İlköğretim	38	25,3
	Lise	39	26,0
	Üniversite	73	48,7
	Evet	75	50,0

İşte Çalışma Durumu	Hayır	75	50,0
Meslek	Ev hanımı	53	35,3
	İşçi	32	21,3
	Memur	35	23,3
	Emekli-Serbest	30	20,0
Yardım Eden Kişinin Yakınlığı	Eşi	40	26,7
	Çocuğu	76	50,7
	Akrabası	34	22,7
Bakım Süresi	0-6 ay	30	20,0
	7-12 ay	45	30,0
	13-24 ay	35	23,3
	25 ay ve üz	40	26,7
Yardım Alma Durumu	Evet	135	90,0
	Hayır	15	10,0
Bakım Sıklığı	Haftada 1-2 gün	45	30,0
	Haftada 3-4 gün	35	23,3
	Her gün	70	46,7

*p≤0,05 **p<0,01

Tablo 4.1.'de görüldüğü üzere örneklem grubunu oluşturan kişilerin cinsiyet durumları incelendiğinde 75'inin (%50) erkek, 75'inin (%50) kadın olduğu, yaş durumlarında ise, 40'ı (%26,7) 20-30 yaşında, 43'ü (%28,7) 31-40 yaşında, 35'i'(%23,3) 41-50 yaşında, 32's, (%21,3) 51 yaş ve üzerinde olduğu, 100'ü (%66,7) evli, 50'si (%33,3) bekar olduğu, 38'i (%25,3) ilköğretim, 39'u (%26,0) lise, 73'ü (%48,7) üniversite mezunu olduğu, 75'inin (%50) bir işte çalıştığı, 75'inin (%50) bir işte çalışmadığı, 53'ü (%35,3) ev hanımı, 32'si (%21,3) işçi, 35'i (%23,3) memur, 30'u (%20,0) emekli ve serbest meslek sahibi olduğu görülmüştür.

Yardım eden kişinin yakınlığı incelendiğinde 40'ı (%26,7) eşi, 76'sı (%50,7) çocuğu, 34'ü (%22,7) akrabası olduğu, bakım süresi incelendiğinde, ^0'u (%20,0) 0-6 ay, 45'i (%30,0) 7-12 ay, 35'i (%23,3) 13-24 ay, 40'ı (%26,7) 25 ay ve üzeri olduğu, bakım veren kişilerin yardım alma durumları ise, 135'i (%90) yardım almış, 15 (%10,0) yardım almamıştır. Bakım sıklıkları ise, 45'i (%30) haftada 1-2 gün, 35'i (%23,3) haftada 3-4 gün, 70'i (%46,7) her gün bakım vermektedir. Araştırmaya toplam 150 kişi katılmıştır.

4.2 Hasta yakınlarının kanserli hasta bakımlarına ilişkin yük düzeyleri

Hasta yakınlarının kanserli hasta bakımlarına ilişkin yük düzeyleri tablo 2.'de verilmiştir.

Tablo 2.
Hasta yakınlarının kanserli hasta bakımlarına ilişkin ZBYÖ aritmetik ortalama, standart sapma değerleri

Boyut	N	$\overline{X}$	Ss
ZBYÖ	214	66,43	14,682

Tablo 2.'de görüldüğü üzere, örneklem grubunu oluşturan kişilerin yük ölçeği maddelerinin aritmetik ortalaması ($\overline{X}$ =66,43, ss=14,682) olduğu görülmüştür.

4.2.1 Hasta yakınlarının kanserli hasta bakımlarına ilişkin algılarının cinsiyetlerine göre değerlendirilmesi

Hasta yakınlarının cinsiyetlerine göre kanserli hasta bakımlarına ilişkin algılarının karşılaştırılması tablo 3.de verilmiştir.

Tablo 3.
Hasta yakınlarının cinsiyetlerine göre ZBYÖ puan ortalamaları karşılaştırılması t testi sonuçları

Puan	Cinsiyet	n	$\overline{x}$	ss	Sh	t Testi		
						T	sd	*p*
Yük Ölçeği	Erkek	75	62,47	14,113	1,630	-3,426	148	,001
	Kadın	75	70,40	14,246	1,645			

*p≤0,05 **p<0,01

Tablo 3'de görüldüğü üzere kanserli hasta yakınlarının cinsiyetlerine göre yük durumları arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan bağımsız grup t testi sonucunda grupların aritmetik

ortalamaları arasındaanlamlı farklılık bulunmuştur. Kadınların erkeklere göre yük durumları daha yüksektir.

4.2.2 Hasta yakınlarının kanserli hasta bakımlarına ilişkin algılarının yaşlarına göre değerlendirilmesi

Hasta yakınlarının yaşlarına göre kanserli hasta bakımlarına ilişkin algılarının karşılaştırılması tablo 4.de verilmiştir.

Tablo 4.

Hasta yakınlarının yaşlarına göre ZBYÖ karşılaştırılması anova testi sonuçları

f , $\bar{x}$ ve *ss* Değerleri					ANOVA Sonuçları						
Puan	**Yaş**	*N*	$\bar{x}$	*ss*	**Var. K.**	*KT*	*Sd*	*KO*	*F*	*p*	
Yük Ölçeği	20-30 yaş	40	58,00	11,220	**G.Arası**	11568,196	3	3856,065	27,398	,000	
	31-40 yaş	43	62,12	12,028	**G.İçi**	20548,637	146	140,744			
	41-50 yaş	35	67,00	11,397	**Toplam**	32116,833	149				
	51 yaş ve üz	32	82,16	12,884							
	Toplam	150	66,43	14,682							

*p≤0,05 **p<0,01

Tablo 4.'de görüldüğü üzere kanserli hasta yakınlarının yaşlarına göre yük durumları arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Anova testi sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı Scheffe testi uygulanmış, test sonuçları tablo 5.'de verilmiştir.

Tablo 5.
Yaşlara göre ZBYÖ scheffe testi sonuçları

Boyut	Yaş (i)	Yaş (j)	$\bar{x}_i - \bar{x}_j$	$Sh_{\bar{x}}$	*p*
ZBYÖ	20-30 yaş	31-40 yaş	-4,116	2,606	,479
		41-50 yaş	-9,000*	2,746	,015
		51 yaş ve üz	-24,156*	2,814	,000
	31-40 yaş	20-30 yaş	4,116	2,606	,479
		41-50 yaş	-4,884	2,701	,355
		51 yaş ve üz	-20,040*	2,770	,000
	41-50 yaş	20-30 yaş	9,000*	2,746	,015
		31-40 yaş	4,884	2,701	,355
		51 yaş ve üz	-15,156*	2,902	,000
	51 yaş ve üz	20-30 yaş	24,156*	2,814	,000
		31-40 yaş	20,040*	2,770	,000
		41-50 yaş	15,156*	2,902	,000

*p≤0,05 **p<0,01

Tablo 5. de görüldüğü üzere yaşlarına göre yük ölçeği puanlarının hangi gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan Scheffe testi sonucunda, söz konusu farklılığın 20-30 yaş arasındaki grupla 41 ve üzeri gruplar arasında olduğu 41 ve üzerindeki grupların daha yüksek yük algısına sahip olduğu görülmüştür. 31-40 yaş arasındaki grupla 51 yaş ve üzeri grup arasında anlamlı farklılığın olduğu ve yaş yükseldikçe yük algısı puanlarının artığı görülmüştür.

4.2.3 Hasta yakınlarının kanserli hasta bakımlarına ilişkin algılarının medeni durumlarına göre değerlendirilmesi

Hasta yakınlarının medeni durumlarına göre kanserli hasta bakımlarına ilişkin algılarının karşılaştırılması tablo 6 da verilmiştir.

Tablo 6.

Hasta yakınlarının medeni durumlarına göre ZBYÖ puan ortalamaları karşılaştırılması t testi sonuçları

Puan	Medeni Durum	N	$\bar{x}$	ss	Sh	t Testi		
						t	sd	*p*
ZBYÖ	Evli	100	69,80	15,071	1,507	4,186	148	,000
	Bekar	50	59,70	11,276	1,595			

*p≤0,05 **p<0,01

Tablo 6 ’da görüldüğü üzere kanserli hasta yakınlarının medeni durumlarına göre yük durumları arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan bağımsız grup t testi sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Evlilerin bekârlara göre yük algısının fazla olduğu görülmüştür.

4.2.4 Hasta yakınlarının kanserli hasta bakımlarına ilişkin algılarının mezuniyet durumlarına göre değerlendirilmesi

Hasta yakınlarının mezuniyet durumlarına göre kanserli hasta bakımlarına ilişkin algılarının karşılaştırılması tablo 7.de verilmiştir.

Tablo 7.

Hasta yakınlarının mezuniyet durumlarına ZBYÖ puan ortalamaları karşılaştırılması anova testi sonuçları

f, x **ve *ss* Değerleri**					**ANOVA Sonuçları**					
Puan	Gruplar	N	$\bar{x}$	*ss*	**Var.K.**	*KT*	*Sd*	*KO*	F	*P*
ZBYÖ	İlköğretim	38	64,05	14,638	**G.Arası**	4798,690	2	2399,345	12,911	,000
	Lise	39	75,92	14,436	**G.İçi**	27318,143	147	185,838		
	Üniversite	73	62,60	12,622	**Toplam**	32116,833	149			
	Toplam	150	66,43	14,682						

*p≤0,05 **p<0,01

Tablo 7’ de görüldüğü üzere kanserli hasta yakınlarının mezuniyetlerine göre yük durumları arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Anova testi sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı Scheffe testi uygulanmış, test sonuçları tablo 8.’de verilmiştir.

Tablo 8.

Mezuniyetlerine Göre ZBYÖ Scheffe Testi Sonuçları

Boyut	Mezuniyet (i)	Mezuniyet (j)	$\bar{x}_i - \bar{x}_j$	$Sh_{\bar{x}}$	*p*
ZBYÖ	İlköğretim	Lise	-11,870*	3,107	,001
		Üniversite	1,450	2,727	,868
	Lise	İlköğretim	11,870*	3,107	,001
		Üniversite	13,320*	2,704	,000
	Üniversite	İlköğretim	-1,450	2,727	,868
		Lise	-13,320*	2,704	,000

*p≤0,05 **p<0,01

Tablo 8. de görüldüğü üzere mezuniyetlerine göre yük ölçeği puanlarının hangi gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan Scheffe testi sonucunda, söz konusu farklılığın lise mezunları ile ilköğretim ve üniversite

mezunları arasında lise mezunlarının daha fazla yük algısına sahip olduğu görülmüştür.

4.2.5 Hasta yakınlarının kanserli hasta bakımlarına ilişkin algılarının iş durumlarına (Faal Bir İşte Çalışma/ Çalışmama) göre değerlendirilmesi

Hasta yakınlarının iş durumlarına göre (faal bir işte çalışma çalışmama) kanserli hasta bakımlarına ilişkin algılarının karşılaştırılması tablo 9. da verilmiştir.

Tablo 9.

Hasta yakınlarının iş durumlarına (Faal Bir İşte Çalışma Çalışmama) göre ZBYÖ Testi Sonuçları

Puan	İş Durumu	n	$\bar{x}$	ss	Sh	t Testi		
						t	sd	*p*
Yük Ölçeği	Evet	75	62,53	13,715	1,584	-3,364	148	,001
	Hayır	75	70,33	14,666	1,693			

Tablo 9’da görüldüğü üzere kanserli hasta yakınlarının iş durumuna(Faal bir işte çalışma çalışmama) göre yük durumları arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan bağımsız grup t testi sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. İşi olmayanların daha yüksek yük algısına sahip olduğu görülmüştür.

4.2.6 Hasta yakınlarının kanserli hasta bakımlarına ilişkin algılarının iş durumlarına göre değerlendirilmesi

Hasta yakınlarının iş durumlarına göre kanserli hasta bakımlarına ilişkin algılarının karşılaştırılması tablo 10.da verilmiştir.

Tablo 10.

Hasta yakınlarının iş durumlarına göre ZBYÖ karşılaştırılması anova testi sonuçları

f , $\bar{x}$ ve *ss* Değerleri					ANOVA Sonuçları					
Puan	**Gruplar**	*N*	$\bar{x}$	*ss*	**Var. K.**	*KT*	*Sd*	*KO*	*F*	*p*
	Ev hanımı	53	65,74	17,232	**G.Arası**	2464,060	3	821,353		
	İşçi	32	61,88	18,332	**G.İçi**	29652,773	146	203,101		
ZBYÖ	Memur	35	65,17	7,505	**Toplam**	32116,833	149		4,044	,009
	Emekli-Serbest	30	74,00	8,052						
	Toplam	150	66,43	14,682						

Tablo 10’ da görüldüğü üzere kanserli hasta yakınlarının mesleklerine göre yük durumları arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Anova testi sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı Scheffe testi uygulanmış, test sonuçları tablo 11.’da verilmiştir.

Tablo 11.
Mesleklerine göre ZBYÖ scheffe testi sonuçları

Boyut	Yaş (i)	Yaş (j)	$\bar{x}_i - \bar{x}_j$	$Sh_{\bar{x}}$	*p*
ZBYÖ	Ev hanımı	İşçi	3,861	3,190	,691
		Memur	,564	3,104	,998
		Emekli-Serbest	-8,264	3,256	,097
	İşçi	Ev hanımı	-3,861	3,190	,691
		Memur	-3,296	3,486	,827
		Emekli-Serbest	-12,125*	3,622	,013
	Memur	Ev hanımı	-,564	3,104	,998
		İşçi	3,296	3,486	,827
		Emekli-Serbest	-8,829	3,546	,107
	Emekli-Serbest	Ev hanımı	8,264	3,256	,097
		İşçi	12,125*	3,622	,013
		Memur	8,829	3,546	,107

Tablo 10.' da görüldüğü üzere mesleklerine göre yük ölçeği puanlarının hangi gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan Scheffe testi sonucunda, söz konusu farklılığın emekli serbest çalışanlar ile işçi olarak çalışanlar arasında emekli serbest çalışanların yük algılarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

4.2.7 Hasta yakınlarının kanserli hasta bakımlarına ilişkin algılarının yakınlık durumlarına göre değerlendirilmesi

Hasta yakınlarının yakınlık durumlarına göre kanserli hasta bakımlarına ilişkin algılarının karşılaştırılması tablo 12.de verilmiştir.

Tablo 12.

Hasta yakınlarının yakınlık durumlarına göre ZBYÖ karşılaştırılması anova testi sonuçları

	f, x **ve *ss* Değerleri**				**ANOVA Sonuçları**					
Puan	Gruplar	N	$\bar{x}$	*ss*	**Var.K.**	*KT*	*Sd*	*KO*	F	*P*
ZBYÖ	Eşi	40	31,88	9,316	**G.Arası**	13364,982	2	6682,491	52,386	,000
	Çocuğu	76	62,03	12,474	**G.İçi**	18751,852	147	127,564		
	Akrabası	34	58,12	10,585	**Toplam**	32116,833	149			
	Toplam	150	56,43	14,682						

Tablo 12’de görüldüğü üzere kanserli hasta yakınlarının akrabalık yakınlıklarına göre yük durumları arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Anova testi sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı Scheffe testi uygulanmış, test sonuçları tablo 13.’de verilmiştir.

Tablo 13.
Yakınlıklarına göre ZBYÖ scheffe testi sonuçları

Boyut	Yakınlık (i)	Yakınlık (j)	$\bar{x}_i - \bar{x}_j$	$Sh_{\bar{x}}$	*p*
ZBYÖ	Eşi	Çocuğu	19,849*	2,206	,000
		Akrabası	23,757*	2,635	,000
	Çocuğu	Eşi	-19,849*	2,206	,000
		Akrabası	3,909	2,330	,248
	Akrabası	Eşi	-23,757*	2,635	,000
		Çocuğu	-3,909	2,330	,248

Tablo 13. de görüldüğü üzere akrabalık yakınlıklarına göre yük ölçeği puanlarının hangi gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan Scheffe testi sonucunda, söz konusu farklılığın hastanın eşi olanlar ile çocuğu ve akrabası olanlar arasında, eşi olanların yük algılarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

4.2.8 Hasta yakınlarının kanserli hasta bakımlarına ilişkin algılarının yardım süresi durumlarına göre değerlendirilmesi

Hasta yakınlarının yardım süresi durumlarına göre kanserli hasta bakımlarına ilişkin algılarının karşılaştırılması tablo 14 de verilmiştir.

Tablo 14.

Hasta yakınlarının yardım süresi durumlarına göre ZBYÖ karşılaştırılması anova testi sonuçları

f , $\bar{x}$ ve *ss* Değerleri					ANOVA Sonuçları					
Puan	**Gruplar**	*N*	$\bar{x}$	*ss*	**Var. K.**	*KT*	*Sd*	*KO*	*F*	*p*
	0-6 ay	30	67,83	8,334	**G.Arası**	4043,292	3	.347,764		
	7-12 ay	45	67,33	14,616	**G.İçi**	28073,542	146	192,285		
ZBYÖ	13-24 ay	35	73,00	12,661	**Toplam**	32116,833	149		7,009	,000
	25 ay ve üz	40	58,63	16,953						
	Toplam	150	66,43	14,682						

Tablo 14'de görüldüğü üzere kanserli hasta yakınlarının yardım süresine göre yük durumları arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Anova testi sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı Scheffe testi uygulanmış, test sonuçları tablo 15.'de verilmiştir.

Tablo 15.
Yardım süresine göre ZBYÖ scheffe testi sonuçları

Boyut	Yardım Süresi (i)	Yardım Süresi (j)	$\bar{x}_i - \bar{x}_j$	$Sh_{\bar{x}}$	p
ZBYÖ	0-6 ay	7-12 ay	,500	3,268	,999
		13-24 ay	-5,167	3,450	,525
		25 ay ve üz	9,208	3,349	,060
	7-12 ay	0-6 ay	-,500	3,268	,999
		13-24 ay	-5,667	3,125	,353
		25 ay ve üz	8,708*	3,013	,043
	13-24 ay	0-6 ay	5,167	3,450	,525
		7-12 ay	5,667	3,125	,353
		25 ay ve üz	14,375*	3,210	,000
	25 ay ve üz	0-6 ay	-9,208	3,349	,060
		7-12 ay	-8,708*	3,013	,043
		13-24 ay	-14,375*	3,210	,000

Tablo 15. de görüldüğü üzere akrabalık yardım süresine göre yük ölçeği puanlarının hangi gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan Scheffe testi sonucunda, söz konusu farklılığın 25 ay ve üzeri yardım eden grupla 7-12 ay ile 13-24 ay süreli yardım eden gruplar arasında olduğu en yüksek yük algısına 13-24 ay yardım yapan grubun sahip olduğu görülmüştür.

4.2.9 Hasta Yakınlarının Kanserli Hasta Bakımlarına İlişkin Algılarının Yardım Alma Durumlarına Göre Değerlendirilmesi

Hasta yakınlarının yardım alma durumlarına göre kanserli hasta bakımlarına ilişkin algılarının karşılaştırılması tablo 16. de verilmiştir.

Tablo 16.
Hasta yakınlarının yardım alma durumlarına göre ZBYÖ puan ortalamaları karşılaştırılması mann whitney-u testi sonuçları

Puan	**Yardım Alma**	N	$\bar{x}_{sira}$	$\sum_{sira}$	U	z	p
ZBYÖ	Evet	135	69,11	9330,00	150,000	-5,416	,000
	Hayır	15	133,00	1995,00			
	Toplam	150					

Tablo 16'de görüldüğü üzere kanserli hasta yakınlarının yardım almalarına göre yük durumları arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-u testi sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Yardım almayanların daha yüksek yük algısına sahip olduğu görülmüştür.

4.2.10 Hasta yakınlarının kanserli hasta bakımlarına ilişkin algılarının yardım sıklığı durumlarına göre değerlendirilmesi

Hasta yakınlarının yardım sıklığı durumlarına göre kanserli hasta bakımlarına ilişkin algılarının karşılaştırılması tablo 17.da verilmiştir.

Tablo 17.

Hasta yakınlarının yardım sıklığı durumlarına göre ZBYÖ puan ortalamaları karşılaştırılması anova testi sonuçları

f, x **ve ss Değerleri**					**ANOVA Sonuçları**					
Puan	Gruplar	N	$\bar{x}$	*ss*	**Var.K.**	*KT*	*Sd*	*KO*	F	*P*
ZBYÖ	Haftada 1-2	45	57,33	9,070	**G.Arası**	5486,476	2	2743,238	52,386	,000
	Haftada 3-4	35	68,57	8,486	**G.İçi**	26630,357	147	181,159		
	Her gün	70	71,21	17,263	**Toplam**	32116,833	149			
	Toplam	150	66,43	14,682						

Tablo 17' de görüldüğü üzere kanserli hasta yakınlarının yardım sıklığına göre yük durumları arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Anova testi sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı Scheffe testi uygulanmış, test sonuçları tablo 18'de verilmiştir.

Tablo 18.
Yardım sıklığına göre ZBYÖ scheffe testi sonuçları

Boyut	Öğrenim (i)	Öğrenim (j)	$\bar{x}_i - \bar{x}_j$	$Sh_{\bar{x}}$	*p*
ZBYÖ	Haftada 1-2	Haftada 3-4	-11,238*	3,033	,001
		Her gün	-13,881*	2,572	,000
	Haftada 3-4	Haftada 1-2	11,238*	3,033	,001
		Her gün	-2,643	2,786	,639
	Her gün	Haftada 1-2	13,881*	2,572	,000
		Haftada 3-4	2,643	2,786	,639

Tablo 18' de görüldüğü üzere yardım sıklığına göre ZBYÖ puanlarının hangi gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan Scheffe testi sonucunda, söz konusu farklılığın haftada 1-2 kez yardım edenler ile daha fazla yardım eden gruplar arasında olduğu haftada bir iki kez yardım eden grubun daha az yük algısına sahip olduğunu yardım süresi arttıkça yük algısının da arttığı görülmüştür.

4.3 Hasta yakınlarının kanserli hasta bakımlarına ilişkin psikolojik belirti düzeyleri

Hasta yakınlarının kanserli hasta bakımlarına ilişkin psikolojik belirti düzeyleri tablo 19.'de verilmiştir.

Tablo 19.
Hasta yakınlarının kanserli hasta bakımlarına ilişkin SCL-90 aritmetik ortalama, standart sapma değerleri

Boyut	**N**	$\bar{X}$	**Ss**
Somatizasyon	150	25,37	10,607
Obsesif	150	22,97	9,172
Kişilerarası	150	18,60	7,886
Depresyon	150	30,37	11,558
Kaygı	150	21,97	8,920
Öfke	150	13,60	5,041
Fobi	150	13,13	6,313
Paranoid	150	11,67	5,203
Psikotizm	150	19,20	8,024
Ekölçek	150	16,43	5,383
Genel Ölçek	150	193,30	74,211

Tablo 19.'de görüldüğü üzere, örneklem grubunu oluşturan kişilerin somatizasyon maddelerinin aritmetik ortalaması ($\bar{X}$ =25,37, ss=10,607) olduğu, Obsesif maddelerinin aritmetik ortalaması ($\bar{X}$ =22,97, ss=9,172) olduğu, Kişilerarası maddelerinin aritmetik ortalaması ($\bar{X}$ =18,60, ss=7,886) olduğu, Depresyon maddelerinin aritmetik ortalaması ($\bar{X}$ =30,37, ss=11,558) olduğu, Kaygı maddelerinin aritmetik ortalaması ($\bar{X}$ =21,97, ss=8,920) olduğu, Öfke maddelerinin aritmetik ortalaması ($\bar{X}$ =13,60, ss=5,041)olduğu, Fobi maddelerinin aritmetik ortalaması ($\bar{X}$ =13,13, ss=6,313) olduğu, Paranoid maddelerinin aritmetik ortalaması ($\bar{X}$ =11,67, ss=5,203)olduğu, Psikotizm maddelerinin aritmetik ortalaması ($\bar{X}$ =19,20, ss=8,024 olduğu, Ekölçek maddelerinin aritmetik ortalaması ($\bar{X}$ =16,43, ss=5,383) olduğu, Genel Ölçek maddelerinin aritmetik ortalaması ($\bar{X}$ =193,30, ss=74,211) olduğu görülmüştür.

4.3.1. Hasta Yakınlarının Kanserli Hasta Bakımlarına İlişkin Algılarının Cinsiyetlerine Göre Psikolojik Belirti Durumlarının Değerlendirilmesi

Hasta yakınlarının cinsiyetlerine göre kanserli hasta bakımlarına ilişkin Psikolojik Belirti Durumlarının karşılaştırılması tablo 20’ da verilmiştir.

Tablo 20.

Hasta yakınlarının cinsiyetlerine göre kanserli hasta bakımlarına ilişkin SCL-90 puan ortalamalarının karşılaştırılması t testi sonuçları

Puan	Cinsiyet	n	$\bar{x}$	ss	Sh	t Testi		
						t	Sd	*p*
Somatizasyon	Erkek	75	19,20	5,986	,691	-8,736	148	,000
	Kadın	75	31,53	10,660	1,231			
Obsesif-Kom	Erkek	75	18,93	7,547	,871	-5,981	148	,000
	Kadın	75	27,00	8,914	1,029			
KDuyarlılık	Erkek	75	14,40	5,248	,606	-7,691	148	,000
	Kadın	75	22,80	7,869	,909			
Depresyon	Erkek	75	25,13	9,536	1,101	-6,204	148	,000
	Kadın	75	35,60	11,070	1,278			
Anksiyete	Erkek	75	17,40	6,470	,747	-7,284	148	,000
	Kadın	75	26,53	8,721	1,007			
Öfke	Erkek	75	11,60	4,346	,502	-5,279	148	,000
	Kadın	75	15,60	4,916	,568			
Fobi	Erkek	75	9,87	2,723	,314	-7,391	148	,000
	Kadın	75	16,40	7,155	,826			
Paranoya	Erkek	75	9,13	3,504	,405	-6,812	148	,000
	Kadın	75	14,20	5,405	,624			
Psikotik	Erkek	75	15,20	5,253	,607	-7,027	148	,000
	Kadın	75	23,20	8,344	,963			
Ekmadde	Erkek	75	14,27	4,085	,472	-5,371	148	,000
	Kadın	75	18,60	5,669	,655			
GenelÖlçek	Erkek	75	155,13	49,034	5,662	-7,329	148	,000
	Kadın	75	231,47	75,710	8,742			

Tablo 20’da görüldüğü üzere kanserli hasta yakınlarının cinsiyetlerine göre belirti durumları arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan bağımsız grup t testi sonucunda grupların

aritmetik ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Somatizasyon, Obsesif Kompulsif, Kişiler Arası Duyarlılık, Depresyon, Anksiyete, Öfke, Fobi, Paranoya, Psikotik, Ekmadde (uyku bozuklukları, iştah bozuklukları ve suçluluk) ve Genel Ölçekte kadınların erkeklere göre algılarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

4.3.2. Hasta yakınlarının kanserli hasta bakımlarına ilişkin algılarının yaşlarına göre psikolojik belirti durumlarının değerlendirilmesi

Hasta yakınlarının yaşlarına göre kanserli hasta bakımlarına ilişkin Psikolojik Belirti Durumlarının karşılaştırılması tablo 21. de verilmiştir.

Tablo 21.

Hasta yakınlarının yaşlarına göre kanserli hasta bakımlarına ilişkin SCL-90 puan ortalamalarının karşılaştırılması anova testi sonuçları

f, $\bar{x}$ ve *ss* Değerleri					ANOVA Sonuçları						
Puan	**Sınıf**	*N*	$\bar{x}$	*ss*	**Var. K.**	*KT*	*Sd*	*KO*	*F*	*p*
Somatizasyon	20-30 yaş	40	23,50	7,285	**G.Arası**	2424,047	3	808,016	8,226	,000
	31-40 yaş	43	22,81	10,753	**G.İçi**	14340,787	146	98,225		
	41-50 yaş	35	23,60	7,769	**Toplam**	16764,833	149			
	51 yaş ve üz	32	33,06	13,152						
	Toplam	150	25,37	10,607						
ObsesifKom	20-30 yaş	40	23,75	8,114	**G.Arası**	2031,948	3	677,316	9,415	,000
	31-40 yaş	43	20,35	9,386	**G.İçi**	10502,885	146	71,938		
	41-50 yaş	35	19,49	6,270	**Toplam**	12534,833	149			
	51 yaş ve üz	32	29,31	9,670						
	Toplam	150	22,97	9,172						
KDuyarlılık	20-30 yaş	40	18,13	5,671	**G.Arası**	1698,773	3	566,258	10,925	,000
	31-40 yaş	43	15,53	7,842	**G.İçi**	7567,227	146	51,830		
	41-50 yaş	35	17,26	6,900	**Toplam**	9266,000	149			

	51 yaş ve üz	32	24,78	8,253						
	Toplam	150	18,60	7,886						
Depresyon	20-30 yaş	40	30,00	10,377	**G.Arası**	4442,043	3	1480,681	13,981	,000
	31-40 yaş	43	25,00	10,569	**G.İçi**	15462,790	146	105,910		
	41-50 yaş	35	28,43	10,410	**Toplam**	19904,833	149			
	51 yaş ve üz	32	40,16	9,649						
	Toplam	150	30,37	11,558						
Anksiyete	20-30 yaş	40	20,38	5,162	**G.Arası**	1682,875	3	560,958	8,052	,000
	31-40 yaş	43	19,81	9,269	**G.İçi**	10171,958	146	69,671		
	41-50 yaş	35	20,57	8,403	**Toplam**	11854,833	149			
	51 yaş ve üz	32	28,38	10,038						
	Toplam	150	21,97	8,920						
Öfke	20-30 yaş	40	13,88	3,596	**G.Arası**	543,677	3	181,226	8,160	,000
	31-40 yaş	43	12,98	5,361	**G.İçi**	3242,323	146	22,208		
	41-50 yaş	35	11,17	4,700	**Toplam**	3786,000	149			
	51 yaş ve üz	32	16,75	5,016						
	Toplam	150	13,60	5,041						
Fobi	20-30 yaş	40	11,75	4,229	**G.Arası**	1050,897	3	350,299	10,466	,000
	31-40 yaş	43	12,42	6,526	**G.İçi**	4886,437	146	33,469		
	41-50 yaş	35	11,03	4,389	**Toplam**	5937,333	149			
	51 yaş ve üz	32	18,13	7,504						
	Toplam	150	13,13	6,313						
Paranoya	20-30 yaş	40	10,63	3,854	**G.Arası**	421,773	3	140,591	5,683	,001
	31-40 yaş	43	11,00	5,606	**G.İçi**	3611,561	146	24,737		
	41-50 yaş	35	10,74	4,168	**Toplam**	4033,333	149			
	51 yaş ve üz	32	14,88	6,015						
	Toplam	150	11,67	5,203						
Psikotik	20-30 yaş	40	18,63	5,637	**G.Arası**	1094,187	3	364,729	6,265	,000

	31-40 yaş	43	18,14	8,411	**G.İçi**	8499,813	146	58,218		
	41-50 yaş	35	16,60	6,298	**Toplam**	9594,000	149			
	51 yaş ve üz	32	24,19	9,740						
	Toplam	150	19,20	8,024						
Ekmadde	20-30 yaş	40	15,25	4,137	**G.Arası**	539,616	3	179,872	6,953	,000
	31-40 yaş	43	15,67	5,805	**G.İçi**	3777,217	146	25,871		
	41-50 yaş	35	15,40	5,071	**Toplam**	4316,833	149			
	51 yaş ve üz	32	20,06	5,143						
	Toplam	150	16,43	5,383						
GenelÖlçek	20-30 yaş	40	185,88	53,085	**G.Arası**	133088,456	3	44362,819	9,421	,000
	31-40 yaş	43	173,72	76,398	**G.İçi**	687503,044	146	4708,925		
	41-50 yaş	35	174,29	61,038	**Toplam**	820591,500	149			
	51 yaş ve üz	32	249,69	81,475						
	Toplam	150	193,30	74,211						

Tablo 21’de görüldüğü üzere kanserli hasta yakınlarının yaşlarına göre psikolojik belirti durumları arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Anova testi sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı Scheffe testi uygulanmış, test sonuçları tablo 22.’de verilmiştir.

Tablo 22.
Yaşlara göre SCL-90 puan ortalamalarının *Scheffe testi sonuçları*

Boyut	Yaş (i)	Yaş (j)	$\bar{x}_i - \bar{x}_j$	$Sh_{\bar{x}}$	*p*
Somatizasyon	20-30 yaş	31-40 yaş	,686	2,177	,992
		41-50 yaş	-,100	2,294	1,000
		51 yaş ve üz	-9,563*	2,351	,001
	31-40 yaş	20-30 yaş	-,686	2,177	,992
		41-50 yaş	-,786	2,256	,989
		51 yaş ve üz	-10,249*	2,314	,000
	41-50 yaş	20-30 yaş	,100	2,294	1,000
		31-40 yaş	,786	2,256	,989
		51 yaş ve üz	-9,462*	2,424	,002
	51 yaş ve üz	20-30 yaş	9,563*	2,351	,001
		31-40 yaş	10,249*	2,314	,000
		41-50 yaş	9,462*	2,424	,002
OpsesifKom	20-30 yaş	31-40 yaş	3,401	1,863	,347
		41-50 yaş	4,264	1,963	,198
		51 yaş ve üz	-5,563	2,012	,058
	31-40 yaş	20-30 yaş	-3,401	1,863	,347
		41-50 yaş	,863	1,931	,978
		51 yaş ve üz	-8,964*	1,980	,000
	41-50 yaş	20-30 yaş	-4,264	1,963	,198
		31-40 yaş	-,863	1,931	,978
		51 yaş ve üz	-9,827*	2,074	,000
	51 yaş ve üz	20-30 yaş	5,563	2,012	,058
		31-40 yaş	8,964*	1,980	,000
		41-50 yaş	9,827*	2,074	,000
KDuyarlılık	20-30 yaş	31-40 yaş	2,590	1,581	,446
		41-50 yaş	,868	1,666	,965
		51 yaş ve üz	-6,656*	1,707	,002
	31-40 yaş	20-30 yaş	-2,590	1,581	,446
		41-50 yaş	-1,722	1,639	,776
		51 yaş ve üz	-9,246*	1,681	,000
	41-50 yaş	20-30 yaş	-,868	1,666	,965
		31-40 yaş	1,722	1,639	,776
		51 yaş ve üz	-7,524*	1,761	,001
	51 yaş ve üz	20-30 yaş	6,656*	1,707	,002
		31-40 yaş	9,246*	1,681	,000
		41-50 yaş	7,524*	1,761	,001
Depresyon	20-30 yaş	31-40 yaş	5,000	2,261	,185
		41-50 yaş	1,571	2,382	,933

		51 yaş ve üz	-10,156*	2,441	,001
	31-40 yaş	20-30 yaş	-5,000	2,261	,185
		41-50 yaş	-3,429	2,343	,545
		51 yaş ve üz	-15,156*	2,403	,000
	41-50 yaş	20-30 yaş	-1,571	2,382	,933
		31-40 yaş	3,429	2,343	,545
		51 yaş ve üz	-11,728*	2,517	,000
	51 yaş ve üz	20-30 yaş	10,156*	2,441	,001
		31-40 yaş	15,156*	2,403	,000
		41-50 yaş	11,728*	2,517	,000
Anksiyete	20-30 yaş	31-40 yaş	,561	1,834	,993
		41-50 yaş	-,196	1,932	1,000
		51 yaş ve üz	-8,000*	1,980	,001
	31-40 yaş	20-30 yaş	-,561	1,834	,993
		41-50 yaş	-,757	1,900	,984
		51 yaş ve üz	-8,561*	1,949	,000
	41-50 yaş	20-30 yaş	,196	1,932	1,000
		31-40 yaş	,757	1,900	,984
		51 yaş ve üz	-7,804*	2,042	,003
	51 yaş ve üz	20-30 yaş	8,000*	1,980	,001
		31-40 yaş	8,561*	1,949	,000
		41-50 yaş	7,804*	2,042	,003
Öfke	20-30 yaş	31-40 yaş	,898	1,035	,861
		41-50 yaş	2,704	1,091	,110
		51 yaş ve üz	-2,875	1,118	,090
	31-40 yaş	20-30 yaş	-,898	1,035	,861
		41-50 yaş	1,805	1,073	,421
		51 yaş ve üz	-3,773*	1,100	,010
	41-50 yaş	20-30 yaş	-2,704	1,091	,110
		31-40 yaş	-1,805	1,073	,421
		51 yaş ve üz	-5,579*	1,153	,000
	51 yaş ve üz	20-30 yaş	2,875	1,118	,090
		31-40 yaş	3,773*	1,100	,010
		41-50 yaş	5,579*	1,153	,000
Fobi	20-30 yaş	31-40 yaş	-,669	1,271	,964
		41-50 yaş	,721	1,339	,962
		51 yaş ve üz	-6,375*	1,372	,000
	31-40 yaş	20-30 yaş	,669	1,271	,964
		41-50 yaş	1,390	1,317	,774
		51 yaş ve üz	-5,706*	1,351	,001
	41-50 yaş	20-30 yaş	-,721	1,339	,962
		31-40 yaş	-1,390	1,317	,774
		51 yaş ve üz	-7,096*	1,415	,000

	51 yaş ve üz	20-30 yaş	6,375*	1,372	,000
		31-40 yaş	5,706*	1,351	,001
		41-50 yaş	7,096*	1,415	,000
Paranoya	20-30 yaş	31-40 yaş	-,375	1,093	,990
		41-50 yaş	-,118	1,151	1,000
		51 yaş ve üz	-4,250*	1,180	,006
	31-40 yaş	20-30 yaş	,375	1,093	,990
		41-50 yaş	,257	1,132	,997
		51 yaş ve üz	-3,875*	1,161	,013
	41-50 yaş	20-30 yaş	,118	1,151	1,000
		31-40 yaş	-,257	1,132	,997
		51 yaş ve üz	-4,132*	1,216	,011
	51 yaş ve üz	20-30 yaş	4,250*	1,180	,006
		31-40 yaş	3,875*	1,161	,013
		41-50 yaş	4,132*	1,216	,011
Psikotik	20-30 yaş	31-40 yaş	,485	1,676	,994
		41-50 yaş	2,025	1,766	,726
		51 yaş ve üz	-5,563*	1,810	,027
	31-40 yaş	20-30 yaş	-,485	1,676	,994
		41-50 yaş	1,540	1,737	,853
		51 yaş ve üz	-6,048*	1,781	,011
	41-50 yaş	20-30 yaş	-2,025	1,766	,726
		31-40 yaş	-1,540	1,737	,853
		51 yaş ve üz	-7,587*	1,866	,001
	51 yaş ve üz	20-30 yaş	5,563*	1,810	,027
		31-40 yaş	6,048*	1,781	,011
		41-50 yaş	7,587*	1,866	,001
Ekmadde	20-30 yaş	31-40 yaş	-,424	1,117	,986
		41-50 yaş	-,150	1,177	,999
		51 yaş ve üz	-4,813*	1,206	,002
	31-40 yaş	20-30 yaş	,424	1,117	,986
		41-50 yaş	,274	1,158	,997
		51 yaş ve üz	-4,388*	1,187	,004
	41-50 yaş	20-30 yaş	,150	1,177	,999
		31-40 yaş	-,274	1,158	,997
		51 yaş ve üz	-4,663*	1,244	,004
	51 yaş ve üz	20-30 yaş	4,813*	1,206	,002
		31-40 yaş	4,388*	1,187	,004
		41-50 yaş	4,663*	1,244	,004
GenelÖlçek	20-30 yaş	31-40 yaş	12,154	15,074	,885
		41-50 yaş	11,589	15,883	,912
		51 yaş ve üz	-63,813*	16,275	,002
	31-40 yaş	20-30 yaş	-12,154	15,074	,885
		41-50 yaş	-,565	15,622	1,000

	51 yaş ve üz	-75,967*	16,021	,000
41-50 yaş	20-30 yaş	-11,589	15,883	,912
	31-40 yaş	,565	15,622	1,000
	51 yaş ve üz	-75,402*	16,784	,000
51 yaş ve üz	20-30 yaş	63,813*	16,275	,002
	31-40 yaş	75,967*	16,021	,000
	41-50 yaş	75,402*	16,784	,000

Tablo 22. de görüldüğü üzere yaşlarına göre belirti ölçeği puanlarının hangi gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan Scheffe testi sonucunda, söz konusu farklılığın Somatizasyon, Obsesif Kompulsif, Kişiler Arası Duyarlılık, Depresyon, Anksiyete, Öfke, Fobi, Paranoya, Psikotik, Ekmadde (uyku bozuklukları, iştah bozuklukları ve suçluluk) ve Genel Ölçekte 51 yaş ve üzeri olan grupla diğer gruplar arasında anlamlı farklılığın olduğu ve yaşları 51 yaş ve üzeri olan grubun belirti algılarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

4.3.3 Hasta Yakınlarının Kanserli Hasta Bakımlarına İlişkin Algılarının Medeni durumlarına Göre Psikolojik Belirti Durumlarının Değerlendirilmesi

Hasta yakınlarının medeni durumlarına göre kanserli hasta bakımlarına ilişkin Psikolojik Belirti Durumlarının karşılaştırılması tablo 23. de verilmiştir.

Tablo 23.

Hasta yakınlarının medeni durumlarına göre kanserli hasta bakımlarına ilişkin SCL-90 puan ortalamalarının karşılaştırılması t testi sonuçları

Puan	Medeni Durum	n	$\bar{x}$	Ss	Sh	t Testi		
						t	sd	*p*
Somatizasyon	Evli	100	27,55	11,693	1,169	3,715	148	,000
	Bekar	50	21,00	6,061	,857			
ObsesifKom	Evli	100	23,75	9,944	,994	1,485	148	,140
	Bekar	50	21,40	7,231	1,023			
KDuyarlılık	Evli	100	19,60	8,683	,868	2,225	148	,028
	Bekar	50	16,60	5,537	,783			
Depresyon	Evli	100	31,85	12,570	1,257	2,253	148	,026
	Bekar	50	27,40	8,574	1,213			
Anksiyete	Evli	100	23,35	9,976	,998	2,744	148	,007
	Bekar	50	19,20	5,398	,763			
Öfke	Evli	100	13,40	5,724	,572	-,686	148	,494
	Bekar	50	14,00	3,289	,465			
Fobi	Evli	100	14,05	7,031	,703	2,562	148	,011
	Bekar	50	11,30	4,017	,568			
Paranoya	Evli	100	12,50	5,672	,567	2,839	148	,005
	Bekar	50	10,00	3,614	,511			
Psikotik	Evli	100	20,15	9,013	,901	2,073	148	,040
	Bekar	50	17,30	5,112	,723			
Ekmadde	Evli	100	17,00	5,971	,597	1,838	148	,068
	Bekar	50	15,30	3,754	,531			
GenelÖlçek	Evli	100	203,20	83,154	8,315	2,345	148	,020

Bekar	50	173,50	46,654	6,598

Tablo 23'de görüldüğü üzere kanserli hasta yakınlarının medeni durumlarına göre psikolojik belirti durumları arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan bağımsız grup t testi sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasında Obsesif Kompulsif, Öfke ve Ek madde haricinde genel ölçek ve diğer alt boyutlarda anlamlı farklılık bulunmuştur. Somatizasyon, Kişiler Arası Duyarlılık, Depresyon, Anksiyete, Fobi, Paranoya, Psikotik ve Genel Ölçekte evlilerin bekârlara göre algılarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

4.3.4 Hasta yakınlarının kanserli hasta bakımlarına ilişkin algılarının mezuniyetlerine göre psikolojik belirti durumlarının değerlendirilmesi

Hasta yakınlarının mezuniyetlerine göre kanserli hasta bakımlarına ilişkin Psikolojik Belirti Durumlarının karşılaştırılması tablo 24. de verilmiştir.

Tablo 24.

Hasta yakınlarının mezuniyetlerine göre kanserli hasta bakımlarına İlişkin SCL-90 puan ortalamalarının karşılaştırılması anova testi sonuçları

	f, $\bar{x}$ ve *ss* Değerleri				ANOVA Sonuçları					
Puan	**Mezuniyet**	*N*	$\bar{x}$	*ss*	**Var. K.**	*KT*	*Sd*	*KO*	*F*	*p*
Somatizasyon	İlköğretim	38	24,29	11,843	**G.Arası**	3492,956	2	1746,478	19,344	,000
	Lise	39	33,31	9,660	**G.İçi**	13271,877	147	90,285		
	Üniversite	73	21,68	7,937	**Toplam**	16764,833	149			
	Toplam	150	25,37	10,607						
ObsesifKom	İlköğretim	38	21,68	10,132	**G.Arası**	2393,885	2	1196,943	17,351	,000
	Lise	39	29,62	7,535	**G.İçi**	10140,948	147	68,986		
	Üniversite	73	20,08	7,624	**Toplam**	12534,833	149			
	Toplam	150	22,97	9,172						
KDuyarlılık	İlköğretim	38	16,97	9,087	**G.Arası**	1526,216	2	763,108	14,494	,000
	Lise	39	23,97	6,858	**G.İçi**	7739,784	147	52,652		
	Üniversite	73	16,58	6,344	**Toplam**	9266,000	149			
	Toplam	150	18,60	7,886						

Depresyon	İlköğretim	38	27,34	13,062	**G.Arası**	2977,264	2	1488,632	12,927	,000
	Lise	39	37,87	8,820	**G.İçi**	16927,569	147	115,154		
	Üniversite	73	27,93	10,314	**Toplam**	19904,833	149			
	Toplam	150	30,37	11,558						
Anksiyete	İlköğretim	38	20,53	10,767	**G.Arası**	2137,024	2	1068,512	16,163	,000
	Lise	39	28,28	7,034	**G.İçi**	9717,809	147	66,108		
	Üniversite	73	19,34	7,020	**Toplam**	11854,833	149			
	Toplam	150	21,97	8,920						
Öfke	İlköğretim	38	12,13	6,338	**G.Arası**	496,629	2	248,314	11,097	,000
	Lise	39	16,64	3,835	**G.İçi**	3289,371	147	22,377		
	Üniversite	73	12,74	4,157	**Toplam**	3786,000	149			
	Toplam	150	13,60	5,041						
Fobi	İlköğretim	38	12,03	7,460	**G.Arası**	1084,015	2	542,008	16,417	,000
	Lise	39	17,64	6,679	**G.İçi**	4853,318	147	33,016		
	Üniversite	73	11,30	3,908	**Toplam**	5937,333	149			
	Toplam	150	13,13	6,313						
Paranoya	İlköğretim	38	11,79	6,099	**G.Arası**	582,705	2	291,352	12,412	,000
	Lise	39	14,74	4,661	**G.İçi**	3450,628	147	23,474		
	Üniversite	73	9,96	4,165	**Toplam**	4033,333	149			
	Toplam	150	11,67	5,203						
Psikotik	İlköğretim	38	18,71	10,454	**G.Arası**	1581,427	2	790,713	14,507	,000
	Lise	39	24,49	6,793	**G.İçi**	8012,573	147	54,507		
	Üniversite	73	16,63	5,547	**Toplam**	9594,000	149			
	Toplam	150	19,20	8,024						
Ekmadde	İlköğretim	38	15,82	6,612	**G.Arası**	539,029	2	269,515	10,487	,000
	Lise	39	19,59	4,441	**G.İçi**	3777,804	147	25,699		
	Üniversite	73	15,07	4,426	**Toplam**	4316,833	149			
	Toplam	150	16,43	5,383						
Genel Ölçek	İlköğretim	38	181,29	38,640	**G.Arası**	149712,854	2	74856,427	16,402	,000
	Lise	39	246,15	53,114	**G.İçi**	670878,646	147	4563,800		
	Üniversite	73	171,32	56,372	**Toplam**	820591,500	149			
	Toplam	150	193,30	74,211						

Tablo 24’de görüldüğü üzere kanserli hasta yakınlarının mezuniyetlerine göre psikolojik belirti durumları arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Anova testi sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı Scheffe testi uygulanmış, test sonuçları tablo 25’de verilmiştir.

Tablo 25.
Mezuniyetlerine göre SCL-90 puan ortalamalarının Scheffe testi sonuçları

Puan	Mezuniyet (i)	Mezuniyet (j)	$\bar{x}_i - \bar{x}_j$	$Sh_{\bar{x}}$	p
Somatizasyon	İlköğretim	Lise	-9,018*	2,166	,000
		Üniversite	2,605	1,901	,393
	Lise	İlköğretim	9,018*	2,166	,000
		Üniversite	11,623*	1,885	,000
	Üniversite	İlköğretim	-2,605	1,901	,393
		Lise	-11,623*	1,885	,000
ObsesifKom	İlköğretim	Lise	-7,931*	1,893	,000
		Üniversite	1,602	1,661	,629
	Lise	İlköğretim	7,931*	1,893	,000
		Üniversite	9,533*	1,647	,000
	Üniversite	İlköğretim	-1,602	1,661	,629
		Lise	-9,533*	1,647	,000
KDuyarlılık	İlköğretim	Lise	-7,001*	1,654	,000
		Üniversite	,398	1,451	,963
	Lise	İlköğretim	7,001*	1,654	,000
		Üniversite	7,399*	1,439	,000
	Üniversite	İlköğretim	-,398	1,451	,963
		Lise	-7,399*	1,439	,000
Depresyon	İlköğretim	Lise	-10,530*	2,446	,000
		Üniversite	-,589	2,147	,963
	Lise	İlköğretim	10,530*	2,446	,000
		Üniversite	9,940*	2,128	,000
	Üniversite	İlköğretim	,589	2,147	,963
		Lise	-9,940*	2,128	,000
Anksiyete	İlköğretim	Lise	-7,756*	1,853	,000
		Üniversite	1,184	1,626	,768
	Lise	İlköğretim	7,756*	1,853	,000
		Üniversite	8,940*	1,613	,000
	Üniversite	İlköğretim	-1,184	1,626	,768
		Lise	-8,940*	1,613	,000
Öfke	İlköğretim	Lise	-4,509*	1,078	,000
		Üniversite	-,608	,946	,814
	Lise	İlköğretim	4,509*	1,078	,000
		Üniversite	3,901*	,938	,000
	Üniversite	İlköğretim	,608	,946	,814
		Lise	-3,901*	,938	,000
Fobi	İlköğretim	Lise	-5,615*	1,310	,000
		Üniversite	,725	1,149	,820

	Lise	İlköğretim	5,615*	1,310	,000
		Üniversite	6,340*	1,140	,000
	Üniversite	İlköğretim	-,725	1,149	,820
		Lise	-6,340*	1,140	,000
Paranoya	İlköğretim	Lise	-2,954*	1,104	,030
		Üniversite	1,831	,969	,172
	Lise	İlköğretim	2,954*	1,104	,030
		Üniversite	4,785*	,961	,000
	Üniversite	İlköğretim	-1,831	,969	,172
		Lise	-4,785*	,961	,000
Psikotik	İlköğretim	Lise	-5,777*	1,683	,003
		Üniversite	2,080	1,477	,373
	Lise	İlköğretim	5,777*	1,683	,003
		Üniversite	7,857*	1,464	,000
	Üniversite	İlköğretim	-2,080	1,477	,373
		Lise	-7,857*	1,464	,000
Ekmadde	İlköğretim	Lise	-3,774*	1,156	,006
		Üniversite	,747	1,014	,763
	Lise	İlköğretim	3,774*	1,156	,006
		Üniversite	4,521*	1,005	,000
	Üniversite	İlköğretim	-,747	1,014	,763
		Lise	-4,521*	1,005	,000
GenelÖlçek	İlköğretim	Lise	-64,864*	15,399	,000
		Üniversite	9,974	13,514	,762
	Lise	İlköğretim	64,864*	15,399	,000
		Üniversite	74,839*	13,399	,000
	Üniversite	İlköğretim	-9,974	13,514	,762
		Lise	-74,839*	13,399	,000

Tablo 4.3.4.1.1. de görüldüğü üzere mezuniyetlerine göre belirti ölçeği puanlarının hangi gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan Scheffe testi sonucunda, söz konusu farklılığın Somatizasyon, Obsesif Kompulsif, Kişiler Arası Duyarlılık, Depresyon, Anksiyete, Öfke, Fobi, Paranoya, Psikotik, Ekmadde (uyku bozuklukları, iştah bozuklukları ve suçluluk) ve Genel Ölçekte lise mezunları ile ilköğretim ve üniversite mezunları arasında anlamlı farklılığın olduğu ve lise mezunu olan grubun belirti algılarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

4.3.5. Hasta yakınlarının kanserli hasta bakımlarına ilişkin algılarının iş durumlarına (faal bir işte çalışma/çalışmama) göre psikolojik belirti durumlarının değerlendirilmesi

Hasta yakınlarının iş durumuna (Faal Bir İşte Çalışma/Çalışmama) göre kanserli hasta bakımlarına ilişkin Psikolojik Belirti Durumlarının karşılaştırılması tablo 26' da verilmiştir.

Tablo 26.

Hasta yakınlarının iş durumlarına (Faal Bir İşte Çalışma/Çalışmama) göre SCL-90 puan ortalamalarının karşılaştırılması t testi sonuçları

Puan	İş	n	$\bar{x}$	ss	Sh	t Testi		
						t	sd	*p*
Somatizasyon	Evet	75	22,33	8,135	,939	-3,644	148	,000
	Hayır	75	28,40	11,905	1,375			
ObsesifKom	Evet	75	20,33	8,665	1,001	-3,660	148	,000
	Hayır	75	25,60	8,958	1,034			
KDuyarlılık	Evet	75	15,27	6,101	,705	-5,697	148	,000
	Hayır	75	21,93	8,091	,934			
Depresyon	Evet	75	27,80	11,930	1,378	-2,781	148	,006
	Hayır	75	32,93	10,645	1,229			
Anksiyete	Evet	75	18,80	7,704	,890	-4,638	148	,000
	Hayır	75	25,13	8,973	1,036			
Öfke	Evet	75	11,20	4,243	,490	-6,615	148	,000
	Hayır	75	16,00	4,635	,535			
Fobi	Evet	75	10,13	3,387	,391		148	,000

	Hayır	75	16,13	7,108	,821	-6,600		
Paranoya	Evet	75	10,07	4,341	,501	-3,946	148	,000
	Hayır	75	13,27	5,520	,637			
Psikotik	Evet	75	16,13	5,788	,668	-5,051	148	,000
	Hayır	75	22,27	8,780	1,014			
Ekmadde	Evet	75	15,13	4,985	,576	-3,039	148	,003
	Hayır	75	17,73	5,483	,633			
GenelÖlçek	Evet	75	167,20	60,513	6,987	-4,588	148	,000
	Hayır	75	219,40	77,759	8,979			

Tablo 26’de görüldüğü üzere kanserli hasta yakınlarının iş durumlarına (Faal bir işte çalışma/çalışmama) göre psikolojik belirti durumları arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan bağımsız grup t testi sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasında genel ölçek ve tüm alt boyutlarda anlamlı farklılık bulunmuştur. Somatizasyon, Opsesif Kompulsif, Kişiler Arası Duyarlılık, Depresyon, Anksiyete, Fobi, Paranoya, Psikotik, Ek madde ve Genel Ölçekte işi olmayanların işi olanlara göre belirti algılarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

4.3.6. Hasta yakınlarının kanserli hasta bakımlarına ilişkin algılarının mesleklerine göre psikolojik belirti durumlarının değerlendirilmesi

Hasta yakınlarının mesleklerine göre kanserli hasta bakımlarına ilişkin Psikolojik Belirti Durumlarının karşılaştırılması tablo 27. de verilmiştir.

Tablo 27.

Hasta yakınlarının mesleklerine göre kanserli hasta bakımlarına İlişkin SCL-90 puan ortalamalarının karşılaştırılması anova testi sonuçları

f , $\bar{x}$ ve *ss* Değerleri					ANOVA Sonuçları						
Puan	**Gruplar**	*N*	$\bar{x}$	*ss*	**Var. K.**	*KT*	*Sd*	*KO*	*F*	*p*
Somatizasyon	Ev hanımı	53	30,94	9,662	**G.Arası**	3678,790	3	1226,263	13,681	,000
	İşçi	32	18,81	6,130	**G.İçi**	13086,043	146	89,630		
	Memur	35	21,37	8,423	**Toplam**	16764,833	149			
	Emekli-Serbest	30	27,17	12,668						
	Toplam	150	25,37	10,607						
ObsesifKom	Ev hanımı	53	28,89	7,057	**G.Arası**	3645,585	3	1215,195	19,959	,000
	İşçi	32	17,06	7,712	**G.İçi**	8889,248	146	60,885		
	Memur	35	18,66	7,360	**Toplam**	12534,833	149			
	Emekli-Serbest	30	23,83	9,494						
	Toplam	150	22,97	9,172						
KDuyarlılık	Ev hanımı	53	22,87	6,662	**G.Arası**	2522,078	3	840,693	18,200	,000
	İşçi	32	13,19	5,202	**G.İçi**	6743,922	146	46,191		
	Memur	35	15,03	6,456	**Toplam**	9266,000	149			
	Emekli-Serbest	30	21,00	8,670						
	Toplam	150	18,60	7,886						
Depresyon	Ev hanımı	53	37,49	9,478	**G.Arası**	5542,613	3	1847,538	18,781	,000
	İşçi	32	22,06	10,895	**G.İçi**	14362,220	146	98,371		
	Memur	35	26,20	8,683	**Toplam**	19904,833	149			
	Emekli-Serbest	30	31,50	10,903						
	Toplam	150	30,37	11,558						
Anksiyete	Ev hanımı	53	27,85	6,434	**G.Arası**	3865,386	3	1288,462	23,545	,000
	İşçi	32	15,72	6,630	**G.İçi**	7989,447	146	54,722		

	Memur	35	17,46	6,874	**Toplam**	11854,833	149			
	Emekli-Serbest	30	23,50	9,944						
	Toplam	150	21,97	8,920						
	Ev hanımı	53	16,81	2,668	**G.Arası**	1403,201	3	467,734		
	İşçi	32	9,00	3,927	**G.İçi**	2382,799	146	16,321		
Öfke	Memur	35	11,74	4,075	**Toplam**	3786,000	149		28,659	,000
	Emekli-Serbest	30	15,00	5,783						
	Toplam	150	13,60	5,041						
	Ev hanımı	53	15,77	6,091	**G.Arası**	1336,029	3	445,343		
	İşçi	32	8,78	3,299	**G.İçi**	4601,304	146	31,516		
Fobi	Memur	35	10,94	5,023	**Toplam**	5937,333	149		14,131	,000
	Emekli-Serbest	30	15,67	7,136						
	Toplam	150	13,13	6,313						
	Ev hanımı	53	15,21	3,953	**G.Arası**	1545,045	3	515,015		
	İşçi	32	7,91	2,467	**G.İçi**	2488,288	146	17,043		
Paranoya	Memur	35	8,46	3,995	**Toplam**	4033,333	149		30,218	,000
	Emekli-Serbest	30	13,17	5,706						
	Toplam	150	11,67	5,203						
	Ev hanımı	53	23,36	7,171	**G.Arası**	2458,526	3	819,509		
	İşçi	32	13,16	4,939	**G.İçi**	7135,474	146	48,873		
Psikotik	Memur	35	16,60	6,321	**Toplam**	9594,000	149		16,768	,000
	Emekli-Serbest	30	21,33	8,996						
	Toplam	150	19,20	8,024						
	Ev hanımı	53	19,70	4,335	**G.Arası**	1240,702	3	413,567		
	İşçi	32	12,16	4,552	**G.İçi**	3076,131	146	21,069		
Ekmadde	Memur	35	14,91	3,784	**Toplam**	4316,833	149		19,629	,000
	Emekli-Serbest	30	17,00	5,783						
	Toplam	150	16,43	5,383						
	Ev hanımı	53	238,8	957,706	**G.Arası**	251787,622	3	83929,207		
	İşçi	32	137,8	452,886	**G.İçi**	568803,878	146	3895,917		
GenelÖlçek	Memur	35	161,3	756,585	**Toplam**	820591,500	149		21,543	,000
	Emekli-Serbest	30	209,1	783,061						
	Toplam	150	193,3	074,211						

Tablo 27'de görüldüğü üzere kanserli hasta yakınlarının mesleklerine göre psikolojik belirti durumları arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Anova testi sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı Scheffe testi uygulanmış, test sonuçları tablo 28'da verilmiştir.

Tablo 28.
Mesleklerine göre belirti ölçeği Scheffe testi sonuçları

Boyut	Meslek (i)	Meslek (j)	$\bar{x}_i - \bar{x}_j$	$Sh_{\bar{x}}$	*p*
Somatizasyon	Ev hanımı	İşçi	12,131*	2,119	,000
		Memur	9,572*	2,062	,000
		Emekli-Serbest	3,777	2,163	,387
	İşçi	Ev hanımı	-12,131*	2,119	,000
		Memur	-2,559	2,316	,748
		Emekli-Serbest	-8,354*	2,406	,009
	Memur	Ev hanımı	-9,572*	2,062	,000
		İşçi	2,559	2,316	,748
		Emekli-Serbest	-5,795	2,356	,114
	Emekli-Serbest	Ev hanımı	-3,777	2,163	,387
		İşçi	8,354*	2,406	,009
		Memur	5,795	2,356	,114
ObsesifKom	Ev hanımı	İşçi	11,824*	1,747	,000
		Memur	10,230*	1,700	,000
		Emekli-Serbest	5,053*	1,783	,049
	İşçi	Ev hanımı	-11,824*	1,747	,000
		Memur	-1,595	1,908	,873
		Emekli-Serbest	-6,771*	1,983	,010
	Memur	Ev hanımı	-10,230*	1,700	,000
		İşçi	1,595	1,908	,873
		Emekli-Serbest	-5,176	1,941	,073
	Emekli-Serbest	Ev hanımı	-5,053*	1,783	,049
		İşçi	6,771*	1,983	,010
		Memur	5,176	1,941	,073
KDuyarlılık	Ev hanımı	İşçi	9,680*	1,522	,000
		Memur	7,839*	1,480	,000

		Emekli-Serbest	1,868	1,553	,695
	İşçi	Ev hanımı	-9,680*	1,522	,000
		Memur	-1,841	1,662	,747
		Emekli-Serbest	-7,813*	1,727	,000
	Memur	Ev hanımı	-7,839*	1,480	,000
		İşçi	1,841	1,662	,747
		Emekli-Serbest	-5,971*	1,691	,007
	Emekli-Serbest	Ev hanımı	-1,868	1,553	,695
		İşçi	7,813*	1,727	,000
		Memur	5,971*	1,691	,007
Depresyon	Ev hanımı	İşçi	15,428*	2,220	,000
		Memur	11,291*	2,160	,000
		Emekli-Serbest	5,991	2,266	,077
	İşçi	Ev hanımı	-15,428*	2,220	,000
		Memur	-4,137	2,426	,409
		Emekli-Serbest	-9,438*	2,521	,004
	Memur	Ev hanımı	-11,291*	2,160	,000
		İşçi	4,137	2,426	,409
		Emekli-Serbest	-5,300	2,468	,207
	Emekli-Serbest	Ev hanımı	-5,991	2,266	,077
		İşçi	9,438*	2,521	,004
		Memur	5,300	2,468	,207
Anksiyete	Ev hanımı	İşçi	12,130*	1,656	,000
		Memur	10,392*	1,611	,000
		Emekli-Serbest	4,349	1,690	,090
	İşçi	Ev hanımı	-12,130*	1,656	,000
		Memur	-1,738	1,809	,820
		Emekli-Serbest	-7,781*	1,880	,001
	Memur	Ev hanımı	-10,392*	1,611	,000
		İşçi	1,738	1,809	,820
		Emekli-Serbest	-6,043*	1,841	,015
	Emekli-Serbest	Ev hanımı	-4,349	1,690	,090
		İşçi	7,781*	1,880	,001
		Memur	6,043*	1,841	,015
Öfke	Ev hanımı	İşçi	7,811*	,904	,000
		Memur	5,068*	,880	,000

		Emekli-Serbest	1,811	,923	,282
	İşçi	Ev hanımı	-7,811*	,904	,000
		Memur	-2,743	,988	,057
		Emekli-Serbest	-6,000*	1,027	,000
	Memur	Ev hanımı	-5,068*	,880	,000
		İşçi	2,743	,988	,057
		Emekli-Serbest	-3,257*	1,005	,017
	Emekli-Serbest	Ev hanımı	-1,811	,923	,282
		İşçi	6,000*	1,027	,000
		Memur	3,257*	1,005	,017
Fobi	Ev hanımı	İşçi	6,992*	1,257	,000
		Memur	4,831*	1,223	,002
		Emekli-Serbest	,107	1,283	1,000
	İşçi	Ev hanımı	-6,992*	1,257	,000
		Memur	-2,162	1,373	,481
		Emekli-Serbest	-6,885*	1,427	,000
	Memur	Ev hanımı	-4,831*	1,223	,002
		İşçi	2,162	1,373	,481
		Emekli-Serbest	-4,724*	1,397	,011
	Emekli-Serbest	Ev hanımı	-,107	1,283	1,000
		İşçi	6,885*	1,427	,000
		Memur	4,724*	1,397	,011
Paranoya	Ev hanımı	İşçi	7,301*	,924	,000
		Memur	6,750*	,899	,000
		Emekli-Serbest	2,041	,943	,201
	İşçi	Ev hanımı	-7,301*	,924	,000
		Memur	-,551	1,010	,960
		Emekli-Serbest	-5,260*	1,049	,000
	Memur	Ev hanımı	-6,750*	,899	,000
		İşçi	,551	1,010	,960
		Emekli-Serbest	-4,710*	1,027	,000
	Emekli-Serbest	Ev hanımı	-2,041	,943	,201
		İşçi	5,260*	1,049	,000
		Memur	4,710*	1,027	,000
Psikotik	Ev hanımı	İşçi	10,202*	1,565	,000
		Memur	6,758*	1,523	,000

		Emekli-Serbest	2,025	1,597	,658
	İşçi	Ev hanımı	-10,202*	1,565	,000
		Memur	-3,444	1,710	,260
		Emekli-Serbest	-8,177*	1,777	,000
	Memur	Ev hanımı	-6,758*	1,523	,000
		İşçi	3,444	1,710	,260
		Emekli-Serbest	-4,733	1,739	,064
	Emekli-Serbest	Ev hanımı	-2,025	1,597	,658
		İşçi	8,177*	1,777	,000
		Memur	4,733	1,739	,064
Ekmadde	Ev hanımı	İşçi	7,542*	1,028	,000
		Memur	4,784*	1,000	,000
		Emekli-Serbest	2,698	1,049	,090
	İşçi	Ev hanımı	-7,542*	1,028	,000
		Memur	-2,758	1,123	,115
		Emekli-Serbest	-4,844*	1,167	,001
	Memur	Ev hanımı	-4,784*	1,000	,000
		İşçi	2,758	1,123	,115
		Emekli-Serbest	-2,086	1,142	,346
	Emekli-Serbest	Ev hanımı	-2,698	1,049	,090
		İşçi	4,844*	1,167	,001
		Memur	2,086	1,142	,346
GenelÖlçek	Ev hanımı	İşçi	101,043*	13,973	,000
		Memur	77,515*	13,595	,000
		Emekli-Serbest	29,720	14,261	,231
	İşçi	Ev hanımı	-101,043*	13,973	,000
		Memur	-23,528	15,266	,500
		Emekli-Serbest	-71,323*	15,862	,000
	Memur	Ev hanımı	-77,515*	13,595	,000
		İşçi	23,528	15,266	,500
		Emekli-Serbest	-47,795*	15,530	,027
	Emekli-Serbest	Ev hanımı	-29,720	14,261	,231
		İşçi	71,323*	15,862	,000
		Memur	47,795*	15,530	,027

Tablo 28’ da görüldüğü üzere mesleklerine göre psikolojik belirti ölçeği puanlarının hangi gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan Scheffe testi sonucunda, söz konusu farklılığın Somatizasyon, Opsesif Kompulsif, Kişiler Arası Duyarlılık, Depresyon, Anksiyete, Öfke, Fobi, Paranoya, Psikotik, Ekmadde (uyku bozuklukları, iştah bozuklukları ve suçluluk) ve Genel Ölçekte ev hanımı olanlar ile işçi ve memur rasında anlamlı farklılığın olduğu ev hanımı olanların belirti algılarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca Emekli serbest çalışanlar ile işçi ve memur olan grup arasında ise emekli serbest olan grubun daha yüksek belirti algısına sahip olduğu görülmüştür. Emekli serbest çalışan grup ile ev hanımı olan grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

4.3.7. Hasta Yakınlarının Kanserli Hasta Bakımlarına İlişkin Algılarının Yakınlıklarına Göre Psikolojik Belirti Durumlarının Değerlendirilmesi

Hasta yakınlarının yakınlıklarına göre kanserli hasta bakımlarına ilişkin Psikolojik Belirti Durumlarının karşılaştırılması tablo 29' de verilmiştir.

Tablo 29.

Hasta Yakınlarının Yakınlıklarına Göre Kanserli Hasta Bakımlarına İlişkin Psikolojik Belirti Durumlarının Karşılaştırılması Anova Testi Sonuçları

	f , $\bar{x}$ ve *ss* Değerleri				ANOVA Sonuçları					
Puan	**Yakınlık**	*N*	$\bar{x}$	*ss*	**Var. K.**	*KT*	*Sd*	*KO*	*F*	*p*
Somatizasyon	Eşi	40	32,63	11,766	**G.Arası**	4203,198	2	2101,599	24,594	,000
	Çocuğu	76	25,05	8,724	**G.İçi**	12561,635	147	85,453		
	Akrabası	34	17,53	6,639	**Toplam**	16764,833	149			
	Toplam	150	25,37	10,607						
Obsesif Kom	Eşi	40	28,88	8,645	**G.Arası**	3655,207	2	1827,603	30,256	,000
	Çocuğu	76	23,49	7,962	**G.İçi**	8879,627	147	60,406		
	Akrabası	34	14,85	6,056	**Toplam**	12534,833	149			
	Toplam	150	22,97	9,172						
KDuyarlılık	Eşi	40	24,25	7,421	**G.Arası**	3113,527	2	1556,764	37,195	,000
	Çocuğu	76	18,91	6,281	**G.İçi**	6152,473	147	41,854		
	Akrabası	34	11,26	5,632	**Toplam**	9266,000	149			
	Toplam	150	18,60	7,886						
Depresyon	Eşi	40	40,38	8,227	**G.Arası**	8537,780	2	4268,890	55,206	,000
	Çocuğu	76	30,26	9,641	**G.İçi**	11367,053	147	77,327		
	Akrabası	34	18,82	7,297	**Toplam**	19904,833	149			
	Toplam	150	30,37	11,558						
Anksiyete	Eşi	40	27,63	8,986	**G.Arası**	3430,629	2	1715,314	29,932	,000
	Çocuğu	76	22,53	7,214	**G.İçi**	8424,205	147	57,308		
	Akrabası	34	14,06	6,448	**Toplam**	11854,833	149			
	Toplam	150	21,97	8,920						

Öfke	Eşi	40	15,50	5,164	**G.Arası**	994,839	2	497,420	26,197	,000
	Çocuğu	76	14,71	3,912	**G.İçi**	2791,161	147	18,987		
	Akrabası	34	8,88	4,277	**Toplam**	3786,000	149			
	Toplam	150	13,60	5,041						
Fobi	Eşi	40	17,75	6,789	**G.Arası**	1503,208	2	751,604	24,917	,000
	Çocuğu	76	12,63	5,276	**G.İçi**	4434,125	147	30,164		
	Akrabası	34	8,82	4,079	**Toplam**	5937,333	149			
	Toplam	150	13,13	6,313						
Paranoya	Eşi	40	14,63	5,637	**G.Arası**	838,389	2	419,195	19,287	,000
	Çocuğu	76	11,80	4,496	**G.İçi**	3194,944	147	21,734		
	Akrabası	34	7,88	3,650	**Toplam**	4033,333	149			
	Toplam	150	11,67	5,203						
Psikotik	Eşi	40	23,88	8,630	**G.Arası**	2323,158	2	1161,579	23,485	,000
	Çocuğu	76	19,64	6,550	**G.İçi**	7270,842	147	49,462		
	Akrabası	34	12,71	5,901	**Toplam**	9594,000	149			
	Toplam	150	19,20	8,024						
Ekmadde	Eşi	40	20,38	4,383	**G.Arası**	1512,609	2	756,305	39,646	,000
	Çocuğu	76	16,64	4,444	**G.İçi**	2804,224	147	19,076		
	Akrabası	34	11,32	4,169	**Toplam**	4316,833	149			
	Toplam	150	16,43	5,383						
GenelÖlçek	Eşi	40	245,88	73,046	**G.Arası**	264316,084	2	132158,04	34,924	,000
	Çocuğu	76	195,67	58,924	**G.İçi**	556275,41	147	3784,187		
	Akrabası	34	126,15	51,576	**Toplam**	820591,50	149			
	Toplam	150	193,30	74,211						

Tablo 29’de görüldüğü üzere kanserli hasta yakınlarının akrabalık yakınlıklarına göre psikolojik belirti durumları arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Anova testi sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı Scheffe testi uygulanmış, test sonuçları tablo 30 da verilmiştir.

Tablo 30.
Akrabalık Yakınlıklarına Göre Belirti Ölçeği Scheffe Testi Sonuçları

Puan	Yakınlık (i)	Yakınlık (j)	$\bar{x}_i - \bar{x}_j$	$Sh_{\bar{x}}$	p
Somatizasyon	Eşi	Çocuğu	7,572*	1,806	,000
		Akrabası	15,096*	2,156	,000
	Çocuğu	Eşi	-7,572*	1,806	,000
		Akrabası	7,523*	1,907	,001
	Akrabası	Eşi	-15,096*	2,156	,000
		Çocuğu	-7,523*	1,907	,001
ObsesifKom	Eşi	Çocuğu	5,388*	1,518	,002
		Akrabası	14,022*	1,813	,000
	Çocuğu	Eşi	-5,388*	1,518	,002
		Akrabası	8,634*	1,604	,000
	Akrabası	Eşi	-14,022*	1,813	,000
		Çocuğu	-8,634*	1,604	,000
Kişler arası Duyarlılık	Eşi	Çocuğu	5,342*	1,264	,000
		Akrabası	12,985*	1,509	,000
	Çocuğu	Eşi	-5,342*	1,264	,000
		Akrabası	7,643*	1,335	,000
	Akrabası	Eşi	-12,985*	1,509	,000
		Çocuğu	-7,643*	1,335	,000
Depresyon	Eşi	Çocuğu	10,112*	1,718	,000
		Akrabası	21,551*	2,051	,000
	Çocuğu	Eşi	-10,112*	1,718	,000
		Akrabası	11,440*	1,814	,000
	Akrabası	Eşi	-21,551*	2,051	,000
		Çocuğu	-11,440*	1,814	,000
Anksiyete	Eşi	Çocuğu	5,099*	1,479	,003
		Akrabası	13,566*	1,766	,000
	Çocuğu	Eşi	-5,099*	1,479	,003
		Akrabası	8,467*	1,562	,000
	Akrabası	Eşi	-13,566*	1,766	,000
		Çocuğu	-8,467*	1,562	,000
Öfke	Eşi	Çocuğu	,789	,851	,651
		Akrabası	6,618*	1,016	,000
	Çocuğu	Eşi	-,789	,851	,651
		Akrabası	5,828*	,899	,000
	Akrabası	Eşi	-6,618*	1,016	,000
		Çocuğu	-5,828*	,899	,000
Fobi	Eşi	Çocuğu	5,118*	1,073	,000
		Akrabası	8,926*	1,281	,000
	Çocuğu	Eşi	-5,118*	1,073	,000
		Akrabası	3,808*	1,133	,004
	Akrabası	Eşi	-8,926*	1,281	,000

		Çocuğu	-3,808*	1,133	,004
Paranoya	Eşi	Çocuğu	2,822*	,911	,010
		Akrabası	6,743*	1,087	,000
	Çocuğu	Eşi	-2,822*	,911	,010
		Akrabası	3,920*	,962	,000
	Akrabası	Eşi	-6,743*	1,087	,000
		Çocuğu	-3,920*	,962	,000
Psikotik	Eşi	Çocuğu	4,230*	1,374	,010
		Akrabası	11,169*	1,641	,000
	Çocuğu	Eşi	-4,230*	1,374	,010
		Akrabası	6,939*	1,451	,000
	Akrabası	Eşi	-11,169*	1,641	,000
		Çocuğu	-6,939*	1,451	,000
Ekmadde	Eşi	Çocuğu	3,730*	,853	,000
		Akrabası	9,051*	1,019	,000
	Çocuğu	Eşi	-3,730*	,853	,000
		Akrabası	5,321*	,901	,000
	Akrabası	Eşi	-9,051*	1,019	,000
		Çocuğu	-5,321*	,901	,000
GenelÖlçek	Eşi	Çocuğu	50,204*	12,017	,000
		Akrabası	119,728*	14,349	,000
	Çocuğu	Eşi	-50,204*	12,017	,000
		Akrabası	69,524*	12,692	,000
	Akrabası	Eşi	-119,728*	14,349	,000
		Çocuğu	-69,524*	12,692	,000

Tablo 30 da görüldüğü üzere akrabalık yakınlıklarına göre psikolojik belirti ölçeği puanlarının hangi gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan Scheffe testi sonucunda, söz konusu farklılığın Somatizasyon, Opsesif Kompulsif, Kişiler Arası Duyarlılık, Depresyon, Anksiyete, Öfke, Fobi, Paranoya, Psikotik, Ek madde (uyku bozuklukları, iştah bozuklukları ve suçluluk) ve Genel Ölçekte tüm gruplar arasında anlamlı farklılık görülmüştür. Eşi olanlar çocuğu ve akrabası olanlara göre daha yüksek belirti durumu gösterirken çocuğu olanlar da akrabası olanlara göre daha yüksek belirti algısı taşımaktadırlar. Akrabalık derecesi arttıkça belirti durumları artmaktadır.

4.3.8. Hasta Yakınlarının Kanserli Hasta Bakımlarına İlişkin Algılarının Bakım Süresine Göre Psikolojik Belirti Durumlarının Değerlendirilmesi

Hasta yakınlarının bakım süresine göre kanserli hasta bakımlarına ilişkin Psikolojik Belirti Durumlarının karşılaştırılması tablo 31. de verilmiştir.

Tablo 31.

Hasta yakınlarının bakım süresine göre kanserli hasta bakımlarına ilişkin SCL-90 puan ortalamalarının karşılaştırılması anova testi sonuçları

f , $\bar{x}$ ve *ss* Değerleri					ANOVA Sonuçları					
Puan	**Gruplar**	*N*	$\bar{x}$	*ss*	**Var. K.**	*KT*	*Sd*	*KO*	*F*	*p*
Somatizasyon	0-6 ay	30	25,33	8,976	**G.Arası**	552,204	3	184,068	1,658	,179
	7-12 ay	45	28,11	11,535	**G.İçi**	16212,629	146	111,045		
	13-24 ay	35	23,29	9,590	**Toplam**	16764,833	149			
	25 ay ve üz	40	24,13	11,203						
	Toplam	150	25,37	10,607						
ObsesifKom	0-6 ay	30	23,83	8,313	**G.Arası**	116,609	3	38,870	,457	,713
	7-12 ay	45	23,44	10,193	**G.İçi**	12418,224	146	85,056		
	13-24 ay	35	21,43	7,819	**Toplam**	12534,833	149			
	25 ay ve üz	40	23,13	9,825						
	Toplam	150	22,97	9,172						
KDuyarlılık	0-6 ay	30	18,50	7,445	**G.Arası**	63,014	3	21,005	,333	,801
	7-12 ay	45	19,56	8,675	**G.İçi**	9202,986	146	63,034		
	13-24 ay	35	18,00	6,752	**Toplam**	9266,000	149			
	25 ay ve üz	40	18,13	8,373						
	Toplam	150	18,60	7,886						
Depresyon	0-6 ay	30	31,33	10,400	**G.Arası**	379,079	3	126,360	,945	,421
	7-12 ay	45	31,89	12,326	**G.İçi**	19525,754	146	133,738		
	13-24 ay	35	27,71	9,590	**Toplam**	19904,833	149			
	25 ay ve üz	40	30,25	12,987						
	Toplam	150	30,37	11,558						
Anksiyete	0-6 ay	30	21,50	8,665	**G.Arası**	18,722	3	6,241	,077	,972
	7-12 ay	45	22,44	9,452	**G.İçi**	11836,111	146	81,069		
	13-24 ay	35	22,00	6,485	**Toplam**	11854,833	149			

	25 ay ve üz	40	21,75	10,497						
	Toplam	150	21,97	8,920						
Öfke	0-6 ay	30	14,83	4,086	**G.Arası**	75,603	3	25,201	,992	,399
	7-12 ay	45	12,89	5,424	**G.İçi**	3710,397	146	25,414		
	13-24 ay	35	13,86	4,110	**Toplam**	3786,000	149			
	25 ay ve üz	40	13,25	5,900						
	Toplam	150	13,60	5,041						
Fobi	0-6 ay	30	14,33	5,074	**G.Arası**	124,317	3	41,439	1,041	,376
	7-12 ay	45	13,78	7,519	**G.İçi**	5813,016	146	39,815		
	13-24 ay	35	12,57	4,816	**Toplam**	5937,333	149			
	25 ay ve üz	40	12,00	6,775						
	Toplam	150	13,13	6,313						
Paranoya	0-6 ay	30	12,50	4,939	**G.Arası**	94,246	3	31,415	1,164	,325
	7-12 ay	45	11,11	5,630	**G.İçi**	3939,087	146	26,980		
	13-24 ay	35	10,71	4,528	**Toplam**	4033,333	149			
	25 ay ve üz	40	12,50	5,407						
	Toplam	150	11,67	5,203						
Psikotik	0-6 ay	30	19,83	7,178	**G.Arası**	86,173	3	28,724	,441	,724
	7-12 ay	45	19,67	8,216	**G.İçi**	9507,827	146	65,122		
	13-24 ay	35	17,86	6,050	**Toplam**	9594,000	149			
	25 ay ve üz	40	19,38	9,870						
	Toplam	150	19,20	8,024						
Ekmadde	0-6 ay	30	18,17	4,713	**G.Arası**	168,292	3	56,097	1,974	,120
	7-12 ay	45	16,67	5,973	**G.İçi**	4148,542	146	28,415		
	13-24 ay	35	15,00	3,068	**Toplam**	4316,833	149			
	25 ay ve üz	40	16,13	6,434						
	Toplam	150	16,43	5,383						
GenelÖlçek	0-6 ay	30	200,17	66,039	**G.Arası**	7598,276	3	2532,759	,455	,714
	7-12 ay	45	199,56	82,757	**G.İçi**	812993,224	146	5568,447		
	13-24 ay	35	182,43	59,982	**Toplam**	820591,500	149			
	25 ay ve üz	40	190,63	82,096						
	Toplam	150	193,30	74,211						

Tablo 29’da görüldüğü üzere kanserli hasta yakınlarının yardım sürelerine göre psikolojik belirti durumları arasında anlamlı bir farklılık gösterip

göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Anova testi sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

4.3.9 Hasta Yakınlarının Kanserli Hasta Bakımlarına İlişkin Algılarının Yardım Alma Durumuna Göre Psikolojik Belirti Durumlarının Değerlendirilmesi

Hasta yakınlarının yardım alma durumuna göre kanserli hasta bakımlarına ilişkin Psikolojik Belirti Durumlarının karşılaştırılması tablo 32 da verilmiştir.

Tablo 32.

Hasta yakınlarının yardım alma durumuna göre kanserli hasta bakımlarına ilişkin psikolojik belirti durumlarının karşılaştırılması mann whitney-u testi sonuçları

Puan	Yardım	N	$\bar{x}_{sira}$	$\sum_{sira}$	U	z	p
Somatizasyon	Evet	135	68,37	9230,00	50,000	-6,054	,000
	Hayır	15	139,67	2095,00			
	Toplam	150					
ObsesifKom	Evet	135	68,74	9280,00	100,000	-5,733	,000
	Hayır	15	136,33	2045,00			
	Toplam	150					
KDuyarlılık	Evet	135	68,56	9255,00	75,000	-5,912	,000
	Hayır	15	138,00	2070,00			
	Toplam	150					
Depresyon	Evet	135	69,02	9317,50	137,500	-5,491	,000
	Hayır	15	133,83	2007,50			
	Toplam	150					
Anksiyete	Evet	135	68,56	9255,00	75,000	-5,881	,000
	Hayır	15	138,00	2070,00			
	Toplam	150					
Öfke	Evet	135	68,56	9255,00	75,000	-5,918	,000
	Hayır	15	138,00	2070,00			
	Toplam	150					
Fobi	Evet	135	68,56	9255,00	75,000	-5,895	,000
	Hayır	15	138,00	2070,00			
	Toplam	150					
Paranoya	Evet	135	68,56	9255,00	75,000	-5,910	,000
	Hayır	15	138,00	2070,00			
	Toplam	150					
Psikotik	Evet	135	68,56	9255,00	75,000	-5,885	,000
	Hayır	15	138,00	2070,00			
	Toplam	150					
Ekmadde	Evet	135	68,93	9305,00	125,000	-5,573	,000
	Hayır	15	134,67	2020,00			
	Toplam	150					
GenelÖlçek	Evet	135	68,56	9255,00	75,000	-5,876	,000
	Hayır	15	138,00	2070,00			
	Toplam	150					

Tablo 32'da görüldüğü üzere kanserli hasta yakınlarının yardım alma durumlarına göre psikolojik belirti durumları arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-u testi

sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Somatizasyon, Obsesif Kompulsif, Kişiler Arası Duyarlılık, Depresyon, Anksiyete, Fobi, Paranoya, Psikotik, Ek madde ve Genel Ölçekte başkasından yardım almayanlar daha yüksek belirti durumu göstermektedirler.

4.3.10 Hasta yakınlarının kanserli hasta bakımlarına ilişkin algılarının yardım sıklıklarına göre psikolojik belirti durumlarının değerlendirilmesi

Hasta yakınlarının yardım sıklıklarına göre kanserli hasta bakımlarına ilişkin Psikolojik Belirti Durumlarının karşılaştırılması tablo 33. de verilmiştir.

Tablo 33.

Hasta yakınlarının yardım sıklıklarına göre kanserli hasta bakımlarına ilişkin SCL-90 puan ortalamalarının Mann Whitney-u Testi sonuçları

	f, $\bar{x}$ ve *ss* Değerleri				ANOVA Sonuçları					
Puan	**Gruplar**	*N*	$\bar{x}$	*ss*	**Var. K.**	*KT*	*Sd*	*KO*	*F*	*p*
Somatizasyon	Haftada 1-2	45	18,33	6,289	**G.Arası**	6151,976	2	3075,988	42,606	,000
	Haftada 3-4	35	20,86	6,826	**G.İçi**	10612,857	147	72,196		
	Her gün	70	32,14	10,278	**Toplam**	16764,833	149			
	Toplam	150	25,37	10,607						
ObsesifKom	Haftada 1-2	45	16,11	6,800	**G.Arası**	5223,246	2	2611,623	52,507	,000
	Haftada 3-4	35	19,43	5,580	**G.İçi**	7311,587	147	49,739		
	Her gün	70	29,14	7,819	**Toplam**	12534,833	149			
	Toplam	150	22,97	9,172						
KDuyarlılık	Haftada 1-2	45	12,22	4,926	**G.Arası**	3952,508	2	1976,254	54,674	,000
	Haftada 3-4	35	16,29	5,959	**G.İçi**	5313,492	147	36,146		
	Her gün	70	23,86	6,636	**Toplam**	9266,000	149			
	Toplam	150	18,60	7,886						
Depresyon	Haftada 1-2	45	21,22	9,155	**G.Arası**	9628,127	2	4814,063	68,861	,000
	Haftada 3-4	35	25,29	7,270	**G.İçi**	10276,706	147	69,910		
	Her gün	70	38,79	8,333	**Toplam**	19904,833	149			
	Toplam	150	30,37	11,558						
Anksiyete	Haftada 1-2	45	14,67	5,681	**G.Arası**	4866,262	2	2433,131	51,179	,000
	Haftada 3-4	35	19,86	6,739	**G.İçi**	6988,571	147	47,541		
	Her gün	70	27,71	7,637	**Toplam**	11854,833	149			
	Toplam	150	21,97	8,920						
Öfke	Haftada 1-2	45	9,56	4,424	**G.Arası**	1165,960	2	582,980	32,709	,000
	Haftada 3-4	35	13,86	3,405	**G.İçi**	2620,040	147	17,823		
	Her gün	70	16,07	4,447	**Toplam**	3786,000	149			
	Toplam	150	13,60	5,041						
Fobi	Haftada 1-2	45	8,22	2,325	**G.Arası**	2100,984	2	1050,492	40,252	,000
	Haftada 3-4	35	12,00	3,985	**G.İçi**	3836,349	147	26,098		
	Her gün	70	16,86	6,658	**Toplam**	5937,333	149			
	Toplam	150	13,13	6,313						
Paranoya	Haftada 1-2	45	7,33	2,477	**G.Arası**	1807,262	2	903,631	59,672	,000
	Haftada 3-4	35	10,14	3,182	**G.İçi**	2226,071	147	15,143		
	Her gün	70	15,21	4,833	**Toplam**	4033,333	149			
	Toplam	150	11,67	5,203						
Psikotik	Haftada 1-2	45	12,78	4,641	**G.Arası**	3725,865	2	1862,933	46,667	,000
	Haftada 3-4	35	17,43	5,500	**G.İçi**	5868,135	147	39,919		
	Her gün	70	24,21	7,510	**Toplam**	9594,000	149			
	Toplam	150	19,20	8,024						
Ekmadde	Haftada 1-2	45	11,78	3,747	**G.Arası**	1911,913	2	955,956	58,433	,000
	Haftada 3-4	35	15,29	3,241	**G.İçi**	2404,921	147	16,360		
	Her gün	70	20,00	4,552	**Toplam**	4316,833	149			
	Toplam	150	16,43	5,383						
Genel Ölçek	Haftada 1-2	45	132,22	47,656	**G.Arası**	366115,151	2	183057,575	59,210	,000
	Haftada 3-4	35	170,43	47,551	**G.İçi**	454476,349	147	3091,676		
	Her gün	70	244,00	63,437	**Toplam**	820591,500	149			
	Toplam	150	193,30	74,211						

Tablo 33'de görüldüğü üzere kanserli hasta yakınlarının yardım sıklıklarına göre psikolojik belirti durumları arasında anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Anova testi sonucunda grupların aritmetik ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere tamamlayıcı Scheffe testi uygulanmış, test sonuçları tablo 34'de verilmiştir.

Tablo 34.

Yardım Sıklıklarına göre SCL-90 Scheffe testi Sonuçları

Puan	Sıklık (i)	Sıklık(j)	$\bar{x}_i - \bar{x}_j$	$Sh_{\bar{x}}$	p
Somatizasyon	Haftada 1-2	Haftada 3-4	-2,524	1,915	,422
		Her gün	-13,810*	1,623	,000
	Haftada 3-4	Haftada 1-2	2,524	1,915	,422
		Her gün	-11,286*	1,759	,000
	Her gün	Haftada 1-2	13,810*	1,623	,000
		Haftada 3-4	11,286*	1,759	,000
ObsesifKom	Haftada 1-2	Haftada 3-4	-3,317	1,589	,117
		Her gün	-13,032*	1,348	,000
	Haftada 3-4	Haftada 1-2	3,317	1,589	,117
		Her gün	-9,714*	1,460	,000
	Her gün	Haftada 1-2	13,032*	1,348	,000
		Haftada 3-4	9,714*	1,460	,000
KDuyarlılık	Haftada 1-2	Haftada 3-4	-4,063*	1,355	,013
		Her gün	-11,635*	1,149	,000
	Haftada 3-4	Haftada 1-2	4,063*	1,355	,013
		Her gün	-7,571*	1,245	,000
	Her gün	Haftada 1-2	11,635*	1,149	,000
		Haftada 3-4	7,571*	1,245	,000
Depresyon	Haftada 1-2	Haftada 3-4	-4,063	1,884	,101
		Her gün	-17,563*	1,598	,000
	Haftada 3-4	Haftada 1-2	4,063	1,884	,101
		Her gün	-13,500*	1,731	,000
	Her gün	Haftada 1-2	17,563*	1,598	,000
		Haftada 3-4	13,500*	1,731	,000
Aksiyete	Haftada 1-2	Haftada 3-4	-5,190*	1,554	,005
		Her gün	-13,048*	1,317	,000

	Haftada 3-4	Haftada 1-2	5,190*	1,554	,005
		Her gün	-7,857*	1,427	,000
	Her gün	Haftada 1-2	13,048*	1,317	,000
		Haftada 3-4	7,857*	1,427	,000
Öfke	Haftada 1-2	Haftada 3-4	-4,302*	,951	,000
		Her gün	-6,516*	,807	,000
	Haftada 3-4	Haftada 1-2	4,302*	,951	,000
		Her gün	-2,214*	,874	,043
	Her gün	Haftada 1-2	6,516*	,807	,000
		Haftada 3-4	2,214*	,874	,043
Fobi	Haftada 1-2	Haftada 3-4	-3,778*	1,151	,006
		Her gün	-8,635*	,976	,000
	Haftada 3-4	Haftada 1-2	3,778*	1,151	,006
		Her gün	-4,857*	1,058	,000
	Her gün	Haftada 1-2	8,635*	,976	,000
		Haftada 3-4	4,857*	1,058	,000
Paranoya	Haftada 1-2	Haftada 3-4	-2,810*	,877	,007
		Her gün	-7,881*	,744	,000
	Haftada 3-4	Haftada 1-2	2,810*	,877	,007
		Her gün	-5,071*	,806	,000
	Her gün	Haftada 1-2	7,881*	,744	,000
		Haftada 3-4	5,071*	,806	,000
Psikotik	Haftada 1-2	Haftada 3-4	-4,651*	1,424	,006
		Her gün	-11,437*	1,207	,000
	Haftada 3-4	Haftada 1-2	4,651*	1,424	,006
		Her gün	-6,786*	1,308	,000
	Her gün	Haftada 1-2	11,437*	1,207	,000
		Haftada 3-4	6,786*	1,308	,000
Ekmadde	Haftada 1-2	Haftada 3-4	-3,508*	,912	,001
		Her gün	-8,222*	,773	,000
	Haftada 3-4	Haftada 1-2	3,508*	,912	,001
		Her gün	-4,714*	,837	,000
	Her gün	Haftada 1-2	8,222*	,773	,000
		Haftada 3-4	4,714*	,837	,000
GenelÖlçek	Haftada 1-2	Haftada 3-4	-38,206*	12,531	,011
		Her gün	-111,778*	10,624	,000
	Haftada 3-4	Haftada 1-2	38,206*	12,531	,011
		Her gün	-73,571*	11,511	,000
	Her gün	Haftada 1-2	111,778*	10,624	,000
		Haftada 3-4	73,571*	11,511	,000

Tablo 34' de görüldüğü üzere yardım sıklıklarına göre psikolojik belirti ölçeği puanlarının hangi gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan Scheffe testi sonucunda, söz konusu farklılığın Somatizasyon, Opsesif Kompulsif, Kişiler Arası Duyarlılık, Depresyon, Aksiyete, Öfke, Fobi, Paranoya, Psikotik, Ek madde (uyku bozuklukları, iştah bozuklukları ve suçluluk) ve Genel Ölçekte tüm gruplar arasında anlamlı farklılık görülmüştür. Yardım sıklığı arttıkça belirti algıs da artmıştır. Her gün yardım verenlerin daha az yardım verenlere göre belirti durumları fazladır.

4.4 Korelasyon analizi sonuçları

Hasta Yakınlarının Kanserli Hasta Bakımlarına İlişkin algılarının yük durumları ölçeği ile belirti ölçeği arasındaki korelasyon analizi sonuçları tablo 35' de verilmiştir.

Tablo 35.
ZBYÖ ile SCL-90 arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan pearson korelasyon analizi sonuçları

Ölçekler	N	R	p
ZBYÖ – SCL-90	150	,620	,000*

P<,05

Tablo 35' de görüldüğü üzere bakıcı yük ölçeği ile Psikolojik belirti ölçeği arasındaki ilişkileri belirlemek üzere yapılan Pearson korelasyon analizi sonucunda puanlar arasındaki ilişki pozitif yönde anlamlıdır. Yük algısı arttıkça psikolojik belirti durumları da artmaktadır.

Tablo 36.
ZBYÖ alt boyutları ile SCL-90 alt boyutları arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan pearson korelasyon analizi sonuçları

		Somatizasyon	Opsesif Kom	K Duyarlılık	Depresyon	Aksiyete	Öfke	Fobi	Panoraya	Psikotik	Ek madde	Genel Ölçek
Yüköl çeği	r	,609**	,550**	,601**	,631**	,614**	,538**	,613**	,500**	,550**	,629**	,620**
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	n	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150	150
Somatizasyon	r		,912**	,930**	,870**	,951**	,789**	,894**	,928**	,921**	,847**	,960**
	p		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	n		150	150	150	150	150	150	150	150	150	150
ObsesifKom	r		1	,908**	,932**	,905**	,842**	,853**	,908**	,921**	,879**	,961**
	p			,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	n			150	150	150	150	150	150	150	150	150
KDuyarlılık	r			1	,905**	,943**	,863**	,913**	,879**	,931**	,860**	,967**
	p				,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	n				150	150	150	150	150	150	150	150
Depresyon	r				1	,889**	,839**	,817**	,835**	,864**	,925**	,944**
	p					,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	n					150	150	150	150	150	150	150
Aksiyete	r					1	,873**	,874**	,935**	,927**	,885**	,970**
	p						,000	,000	,000	,000	,000	,000
	n						150	150	150	150	150	150
Öfke	r						1	,819**	,821**	,876**	,883**	,898**
	p							,000	,000	,000	,000	,000
	n							150	150	150	150	150
Fobi	r							1	,866**	,922**	,822**	,923**
	p								,000	,000	,000	,000
	n								150	150	150	150
Panoraya	r								1	,932**	,864**	,944**
	p									,000	,000	,000
	n									150	150	150
Psikotik	r									1	,888**	,966**
	p										,000	,000
	n										150	150
Ekmadde	r										1	,931**
	p											,000
	n											150

Tablo 36’ de görüldüğü üzere bakıcı yük ölçeği alt boyutları ile Psikolojik belirti ölçeği alt boyutları arasındaki ilişkileri belirlemek üzere yapılan Pearson korelasyon analizi sonucunda puanlar arasındaki ilişki toplam yük ölçeği ile

psikolojik belirti alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu, yük algısı arttıkça belirti durumlarının da arttığı tespit edilmiştir.

4.5 Regresyon analizi sonuçları

Yük ölçeği puanlarını belirti listesi ölçeğinin alt boyutlarının ne derecede yordadığını belirlemek amacıyla yapılan çoklu Regresyon analizleri sonuçları aşağıda sunulmuştur.

Tablo 37.

ZBYÖ regresyon analizleri sonuçları

Değişkenler	B	Standart Hata	B	T	p
Belirti Ölçeği Sabit	38,102	2,874		13,259	,000
Somatizasyon	,275	,460	,199	,598	,551
ObsesifKom.	-,410	,640	-,256	-,640	,523
KDuyarlılık	-1,045	,666	-,561	-1,569	,119
Anksiyete	1,110	,600	,675	1,851	,066
Öfke	-,773	,518	-,265	-1,491	,138
Fobi	1,277	,497	,549	2,570	,011
Paronaya	-2,812	,606	-,996	-4,637	,000
Psikotik	-,909	,468	-,497	-1,943	,054
Ekmadde	1,248	,821	,458	1,519	,131
		R=,753	R^2=,567	F=18,168	P=,000

Tablo 37’ de görüldüğü gibi belirti ölçeği alt boyutların Somatizasyon, OpsesifKompulsif, Kişiler Arası Duyarlılık, Aksiyete, Öfke, Fobi, Paronaya, Psikotik ve Ekmaddebağımsız değişkenlerinin bağımlı değişken olan yük ölçeği puanlarını yordamasına ilişkin çoklu regresyon analizi sonuçları incelendiğinde; anlamlı bir ilişki olduğu sonucu ortaya çıkmıştır (R= ,753, R^2=,567, p<.01). Standardize edilmiş regresyon katsayısına (β) göre, yordayıcı değişkenlerin yük ölçeği algısı üzerindeki göreli önem sırası; Paronoya, Fobi, Ek madde, Anksiyete, Kişiler Arası duyarlılık, Psikotik, Öfke, Obsesif Kompulsif ve Somatizasyondur. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t testi sonuçları incelendiğinde Paronoya ve Fobi yük

ölçeği puanlarında önemli (anlamlı) bir yordayıcı olduğu görülürken diğer belirti alt boyutlarında ise anlamlı ilişki görülmemiştir.

Yük ölçeği puanlarını demografik değişkenlerin ne derecede yordadığını belirlemek amacıyla yapılan çoklu Regresyon analizleri sonuçları aşağıda sunulmuştur.

Tablo 38.

ZBYÖ demografik değişkenlerin regresyon analizleri sonuçları

Değişkenler	B	Standart Hata	B	T	P
Sabit	68,089	9,454		7,202	,000
Cinsiyet	3,157	1,834	,108	1,722	,087
Yaş	1,092	3,296	,022	,331	,741
Medeni	-6,134	2,791	-,198	-2,198	,030
Eğitim	-,872	1,015	-,049	-,859	,392
İşte çalışma D.	6,745	2,119	,230	3,183	,002
Meslek	1,707	,777	,133	2,198	,030
Yardım Süresi	-3,603	,789	-,267	-4,569	,000
Sıklık	,746	1,313	,044	,568	,571
		R=,785	R^2=,616	F=22,265	P=,000

Tablo 38'da görüldüğü gibi demografik değişkenlerden Cinsiyet, Yaş, Medeni durum, Eğitim, İşte çalışma durumu, Meslek, Yardım Süresi, Sıklık bağımsız değişkenlerinin bağımlı değişken olan yük ölçeği puanlarını yordamasına ilişkin çoklu regresyon analizi sonuçları incelendiğinde; anlamlı bir ilişki olduğu sonucu ortaya çıkmıştır (R= ,785, R^2=,616, p<.01). Standardize edilmiş regresyon katsayısına (β) göre, yordayıcı değişkenlerin yük ölçeği algısı üzerindeki göreli önem sırası; Çalışma Durumu, Medeni Durum, Yardım süresi, Cinsiyet, Meslek, Yaş, Eğitim ve Sıklık şeklindedir. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t testi sonuçları incelendiğinde Çalışma Durumu, Medeni Durum, Yardım süresi, Meslek değişkenleri yük ölçeği puanlarında önemli (anlamlı) bir yordayıcı olduğu görülürken diğer belirti alt boyutlarında ise anlamlı ilişki görülmemiştir.

5. BÖLÜM
TARTIŞMA

Kanserli hasta yakınlarının cinsiyetlerine göre kadınların erkeklere göre bakıcı yük durumları daha yüksek olduğu, yaşlarına göre 20-30 yaş arasındaki grupla 41 ve üzeri gruplar arasında olduğu 41 ve üzerindeki grupların daha yüksek yük algısına sahip olduğu görülmüştür. 31-40 yaş arasındaki grupla 51 yaş ve üzeri grup arasında anlamlı farklılığın olduğu ve yaş yükseldikçe yük algısı puanlarının artığı görülmüştür. Medeni durumlarına göre evlilerin bekârlara göre yük algısının fazla olduğu görülmüştür.

Bu bulgulara benzer şekilde yaş, cinsiyet, kültürel özellikler, etnisite, sosyoekonomik durum, eğitim düzeyi, sağlık durumu, aile dinamikleri (Tamayo ve ark., 2010), hastaya olan yakınlığı, bakım vermeye gönüllü olup olmaması, hastalığının olup olmaması, baş etme becerileri, inancı, sosyal destek varlığı gibi birçok faktör bakım vericilerin bakım rolünü etkileyebilmekte (Atagün ve ark., 2011),

Kayış (2009) araştırmasında, kanser hastalarının hastalık algısı ve umutsuzluk düzeyleri arasında ilişkiyi belirlemek amacı ile tanımlayıcı-ilişki arayıcı bir çalışma olarak planlamıştır. Araştırmanın örneklemini 90 hasta oluşturmuştur. Umutsuzluk ölçeğinde toplam ve alt boyut puanlarının erkeklerde daha yüksek olduğu ancak sadece gelecekle ilgili duygular alt boyutu puanındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Hastanın yaşı arttıkça hastalık süresinin kronik olarak algılandığı, kişisel ve tedavi kontrolünün azaldığı görülmüş.

Hasta yakınlarının mezuniyetlerine göre lise mezunları ile ilköğretim ve üniversite mezunları arasında lise mezunlarının daha fazla yük algısına sahip olduğu görülmüştür. İş durumuna göre işi olmayanların daha yüksek yük algısına sahip olduğu görülmüştür. Mesleklerine göre emekli serbest çalışanlar ile işçi olarak çalışanlar arasında emekli serbest çalışanların yük algılarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulguya benzer şekilde yapılan önceki araştırmalar incelendiğinde yükseköğrenim almış anneler yükseköğrenim almamış annelere göre anlamlı derecede "kaçıngan yaklaşım" ve "kendine güvenli yaklaşım" stillerinde eğilim göstermektedir. Birbirine tezat sayılabilecek iki alt alanda farklılaşmanın artı yönde çıkması annelerin kişilik özelliklerindeki ve duygu durumlarındaki farklılaşma olasılığı lehine yorumlanabilir (Gümüşel, 2015).Hasta yakınlarının yaşadıkları bu güçlüklerin; yaşlı bireyin sosyodemografik ve klinik özellikleri ile birlikte bakım vericinin yaşı, kadın ya da erkek oluşu, hastaya olan yakınlık derecesi, eğitim düzeyi ve yakınlarından destek alma durumu gibi bakım verene ait özelliklerden etkilenebileceği bildirilmektedir (Atagün ve ark., 2011; Tamayo ve ark., 2010). İnme geçiren hastalara bakım verenlerde bakım yükünün önemli derecede arttığı belirlenmiştir (Mollaoğlu vd. (2011).

Akrabalık yakınlıklarına göre hastanın eşi olanlar ile çocuğu ve akrabası olanlar arasında, eşi olanların yük algılarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Yardım süresine göre 25 ay ve üzeri yardım eden grupla 7-12 ay ile 13-24 ay süreli yardım eden gruplar arasında olduğu en yüksek yük algısına 13-24 ay yardım yapan grubun sahip olduğu görülmüştür. Başkasından yardım almalarına göre yardım almayanların daha yüksek yük algısına sahip olduğu görülmüştür. Yardım sıklığına göre haftada 1-2 kez yardım edenler ile daha fazla yardım eden gruplar arasında olduğu haftada bir iki kez yardım eden grubun daha az yük algısına sahip olduğunu yardım süresi arttıkça yük algısının da arttığı görülmüştür.

Yapılan çalışmalarda hasta bağımlılığı arttıkça, bakıcı yükünde anlamlı derecede artış olduğu tespit edilmiştir(Yüksel vd., 2007).Bu konuda yapılan diğer bir çalışmada yaşlıların bakım sorununun çözümünün genellikle kadın

merkezli olduğu, yaşlıların bakımından birincil olarak eşler, kız çocukları, gelinlerin sorumlu tutulduğu, böylece kadınların aile içerisindeki mevcut sorumluluklarına bir yenisinin daha eklendiği, kadınların fiziksel, psikolojik ve sosyolojik sağlıklarının bu durumdan olumsuz yönde etkilendiği bildirilmiştir (Adak, 2003).

Sağlam vd. (2013) 65 yaş ve üzeri bireylere bakım veren hasta yakınlarının bakım verme yükünü incelemiş bulgular doğrultusunda bakım verenlerin sosyal ve duygusal yönden hafif ve orta düzeyde sıkıntı yaşadıkları belirlenmiştir. Özer ve ark.'ın (2006) bu konuda yapmış oldukları bir çalışmada hastaların bakım veren yakınlarını; yordukları, sağlıklarının bozulmasından endişe duydukları, ekonomik sıkıntı verdikleri ve günlük planlarını bozdukları düşüncesiyle kendilerini bakım veren yakınlarına "yük" olarak gördüklerini belirlemişlerdir.

Kayış (2009) araştırmasında, Kişisel ve tedavi kontrolü azaldıkça, hastalık süresi kronikleştikçe, duygusal etki artıkça umutsuzluk düzeyinin arttığı görülmüş. Umutsuzluk alt boyutları arasında güçlü pozitif ilişki saptanmıştır. HAÖ alt boyutları karşılaştırıldığında; sonuçlarla hastalık belirtisi ve süre arasında pozitif ilişki bulunmuş. Tedavi kontrolü ile süre arasında negatif, kişisel kontrol arasında pozitif ilişki, hastaların tedavi kontrolü arttıkça kişisel kontrolünün arttığı ve süre uzadıkça tedavi kontrolünün azaldığı, hastalığın döngüsel seyri ile hastalık belirtisi ve sonuçlar arasında pozitif ilişki saptanmış. Duygusal temsiller ile süre ve sonuçlar arasında pozitif ilişki saptanmıştır.

Kanserli hasta yakınlarının cinsiyetlerine göre psikolojik belirti durumları incelendiğinde Somatizasyon, Opsesif Kompulsif, Kişiler Arası Duyarlılık, Depresyon, Aksiyete, Öfke, Fobi, Paranoya, Psikotik, Ekmadde (uyku bozuklukları, iştah bozuklukları ve suçluluk) ve Genel Ölçekte kadınların erkeklere göre algılarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Akça ve Taşçı'nın (2005) 65 yaş üstü bireylere bakım verenlerin yaşadıkları sorunları belirlemek üzere yapmış oldukları çalışma sonrasında, yaşlı bireye bakım veren hasta yakınlarının %25'inin günlük yaşantısının bakım verici

rollerinden etkilendiği, bu duruma bağlı olarak baş ağrısı, mide şikayetleri, halsizlik, çabuk öfkelenme, ev içinde bulunmaktan rahatsızlık hissi duyma gibi problemler yaşadıkları bildirilmiştir. Bu konuda yapılan diğer bir çalışmada da bakım verme yükünün, bakım veren bireyin sağlığını ve iyilik durumunu olumsuz yönde etkilediği, durumluk-sürekli kaygıları üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu, sürekli bakım vermenin bakım verenin sağlığının kötüleşmesiyle birlikte özellikle depresyon ve anksiyeteye yol açtığı bildirilmiştir (Özyeşil ve ark., 2014).

Bu sonuçtan farklı olarak Akbulut (2009) araştırmasında; yalnızca hastayı değil, aile ve çevresini de fiziksel, ruhsal, duygusal, sosyal ve ekonomik yönlerden etkileyen şizofreni tanısı alan hastaların yakınlarının, şizofreni hastalığına yönelik tutumlarını belirlemek ve hastanın bakımında karşılaştıkları zorlukları tanımlamak amacıyla yapılmıştır. Hasta yakınlarının yaş, cinsiyet, çalışma ve eğitim durumları ile şizofreniye yönelik “sosyal mesafe”, “tanıma”, “etiyoloji”, “tedavi” puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Hastanın cinsiyeti ve kontrollere düzenli gelip gelmemesi “sosyal mesafe” puanını etkilemektedir.

Yaşlarına göre Somatizasyon, Opsesif Kompulsif, Kişiler Arası Duyarlılık, Depresyon, Aksiyete, Öfke, Fobi, Paranoya, Psikotik, Ekmadde (uyku bozuklukları, iştah bozuklukları ve suçluluk) ve Genel Ölçekte 51 yaş ve üzeri olan grupla diğer gruplar arasında anlamlı farklılığın olduğu ve yaşları 51 yaş ve üzeri olan grubun belirti algılarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Medeni durumlarına göre belirti durumları Opsesif Kompulsif, Öfke ve Ek madde haricinde genel ölçek ve diğer alt boyutlarda anlamlı farklılık bulunmuştur. Somatizasyon, Kişiler Arası Duyarlılık, Depresyon, Aksiyete, Fobi, Paranoya, Psikotik ve Genel Ölçekte evlilerin bekarlara göre algılarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Çatak vd. (2012) bakım verenlerde ruhsal belirti sıklığı %59,2 olarak belirlemişlerdir. Yaşın, hastaya yakın omanın, çalışıyor olmanın, eğitim durumunun, ailedki kişi sayısının, bakım verme süresinin bakım verenin

yetersizlik algısı ile ruhsal belirti varlığı arasında istatistiksel düzeyde anlamlı fark bulunmuştur.

Mezuniyetlerine göre Somatizasyon, Opsesif Kompulsif, Kişiler Arası Duyarlılık, Depresyon, Aksiyete, Öfke, Fobi, Paranoya, Psikotik, Ekmadde (uyku bozuklukları, iştah bozuklukları ve suçluluk) ve Genel Ölçekte lise mezunları ile ilköğretim ve üniversite mezunları arasında anlamlı farklılığın olduğu ve lise mezunu olan grubun belirti algılarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

İş durumlarına göre Somatizasyon, Obsesif Kompulsif, Kişiler Arası Duyarlılık, Depresyon, Aksiyete, Fobi, Paranoya, Psikotik, Ek madde ve Genel Ölçekte işi olmayanların olanlara göre belirti algılarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Mesleklerine göre Somatizasyon, Opsesif Kompulsif, Kişiler Arası Duyarlılık, Depresyon, Anksiyete, Öfke, Fobi, Paranoya, Psikotik, Ekmadde (uyku bozuklukları, iştah bozuklukları ve suçluluk) ve Genel Ölçekte ev hanımı olanlar ile işçi ve memur rasında anlamlı farklılığın olduğu ev hanımı olanların belirti algılarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca Emekli serbest çalışanlar ile işçi ve memur olan grup arasında ise emekli serbest olan grubun daha yüksek belirti algısına sahip olduğu görülmüştür. Emekli serbest çalışan grup ile ev hanımı olan grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Akrabalık yakınlıklarına göre Somatizasyon, Opsesif Kompulsif, Kişiler Arası Duyarlılık, Depresyon, Aksiyete, Öfke, Fobi, Paranoya, Psikotik, Ek madde (uyku bozuklukları, iştah bozuklukları ve suçluluk) ve Genel Ölçekte tüm gruplar arasında anlamlı farklılık görülmüştür. Eşi olanlar çocuğu ve akrabası olanlara göre daha yüksek belirti durumu gösterirken çocuğu olanlar da akrabası olanlara göre daha yüksek belirti algısı taşımaktadırlar. Akrabalık derecesi arttıkça belirti durumları artmaktadır.

DEHB tanısı almış çocukların ailelerinde rastlanan psikopatoloji ve psikolojik yük ve bunların görülme sıklığı ile ilgili bazı araştırmaların sonuçları ile de desteklenebilir. Bu araştırmalarda DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde

duygudurum bozukluğu %12.3 ve anksiyete bozukluğu %8.1 olarak görülürken %6.8 oranında yetişkin DEHB'ı görülmüştür (Güçlü ve Erkıran, 2004). Güçlü ve Erkıran (2005)'ın araştırmasında DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde borderline kişilik bozukluğu %1.3, borderline kişilk özelliği %3.4, obsesif kompulsif kişilk bozukluğu %19.9 ve antisosyal kişilik bozukluğu da %8.1 bulunmuştur. DEHB'li çocukların annelerinde depresyon %17.9 bulunmuştur. Başka bir araştırmada da DEHB'lı annelerin işlevselliği bozucu düzeyde depresyon, anksiyete ve duygusal sorunlar yaşadıkları belirtilmiştir. Varolgüneş (1999) DEHB tanılı çocukların anne ve babalarını sağlıklı çocukların anne babaları ile kişilik bozukluklarının görülme sıklığı yönünden karşılaştırılması, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir.

Evde yaşlılara bakım hizmeti sunanlarda ruhsal hastalık belirtileri daha sıktır ve kişinin kendisini yetersiz hissetmesi ile ekonomik yetersizlikleri bu durumun temel sebeplerindendir (Çatak vd. 2012). Bu araştırmada yardım sürelerine göre belirti durumları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Yardım alma durumlarına göre Somatizasyon, Opsesif Kompulsif, Kişiler Arası Duyarlılık, Depresyon, Aksiyete, Fobi, Paranoya, Psikotik, Ek madde ve Genel Ölçekte başkasından yardım almayanlar daha yüksek belirti durumu göstermektedirler. Yardım sıklıklarına göre Somatizasyon, Opsesif Kompulsif, Kişiler Arası Duyarlılık, Depresyon, Aksiyete, Öfke, Fobi, Paranoya, Psikotik, Ek madde (uyku bozuklukları, iştah bozuklukları ve suçluluk) ve Genel Ölçekte tüm gruplar arasında anlamlı farklılık görülmüştür. Yardım sıklığı arttıkça belirti algıs da artmıştır. Her gün yardım verenlerin daha az yardım verenlere göre belirti durumları fazladır.

Işık (2014) araştırmasında kendisine kanser teşhisi konulan ve halen kemoterapi tedavisine devam eden hastaların yaşam doyumlarının çeşitli bağımsız değişkenler açısından incelenmesi, tespit edilmesi ve değerlendirilmesini amaçlamıştır. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında kanser hastalarının yaşam doyumlarının düşük olduğu fakat incelenen bağımsız

değişkenlerle yaşam doyumlarında anlamlı bir farklılık olmadığı ortaya çıkmıştır.

Yük ölçeği ile belirti ölçeği arasındaki ilişkileri belirlemek üzere yapılan Pearson korelasyon analizi sonucunda puanlar arasındaki ilişki pozitif yönde anlamlıdır. Bakıcı yük algısı arttıkça psikolojik belirti durumları da artmaktadır. Bakıcı yük ölçeği benzer sonuç bulunmuş psikolojik belirti alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu, yük algısı arttıkça belirti durumlarının da arttığı tespit edilmiştir.

Belirti ölçeği alt boyutların Somatizasyon, OpsesifKompulsif, Kişiler Arası Duyarlılık, Aksiyete, Öfke, Fobi, Paronaya, Psikotik ve Ek madde bağımsız değişkenlerinin bağımlı değişken olan yük ölçeği puanlarını yordamasına ilişkin çoklu regresyon analizi sonuçları incelendiğinde; anlamlı bir ilişki olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Standardize edilmiş regresyon katsayısına (β) göre, yordayıcı değişkenlerin yük ölçeği algısı üzerindeki göreli önem sırası; Paronoya, Fobi, Ek madde, Anksiyete, Kişiler Arası duyarlılık, Psikotik, Öfke, Opsasif Kompulsif ve Somatizasyondur. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t testi sonuçları incelendiğinde Paronoya ve Fobi yük ölçeği puanlarında önemli (anlamlı) bir yordayıcı olduğu görülürken diğer belirti alt boyutlarında ise anlamlı ilişki görülmemiştir.

Yılmaz (2014) araştırmasında çalışma grubuna göre kanser hastalığının nedensel bileşenleri arasında (en çok) stres, alışkanlıklar ve sağlıksız beslenme biçimleri yer almaktadır, grubun % 35,0'i zaman içinde hastalığının nasıl seyredeceğini bilmediğini belirtmiştir. Bulgular Toplam Sosyal Destek Algısı puan ortalamasının, yaşam kalitesi puan ortalaması ile pozitif yönde anlamlı ilişki olduğunu yansıtmaktadır.

Acar (2015) in çalışmasıın amacı, yazılı duygusal dışavurum paradigmasını kanser hastalarının eşlerinde psikolojik sağlık sonuçları (psikolojik sıkıntı, depresyon, kaygı, somatizasyon, travma sonrası stres belirtileri) ve travma sonrası gelişim için test etmektir. Çalışmada, Uludağ Universitesi Onkoloji Kliniğine başvuran 50 kanser hastasının eşi, birbirini takip eden 4 günde 15

dakika yazmak üzere üç yazma koşulundan birine seçkisiz atanmıştır: 1) Olumlu Yazılı Dışavurum (YD), 2) Olumsuz Yazılı Dışavurum (YD) ve 3) Olumsuz+olumlu (karma) Yazılı Dışavurum (YD). Olumlu YD koşulunda katılımcılardan eşlerinin hastalığı ile ilgili sadece olumlu duygu düşüncelerini, olumsuz YD koşulunda sadece olumsuz duygu ve düşüncelerini, karma YD koşulunda ise ilk iki gün olumsuz, son iki gün ise olumlu duygu ve düşüncelerini yazmaları istenmiştir. Tüm katılımcılar psikolojik sağlık, travma sonrası gelişim ve duygu ifade edilebilirliği ölçümlerini ilk yazma seansından önce, 4. yazma seansından sonra ve 1 aylık takipte doldurmuştur. Analiz sonuçları, yazılı dışavurumun kanser hastalarının eşlerinde psikolojik sıkıntı, depresyon, kaygı, somatizasyon ve travma sonrası stres belirtilerinde azalmaya yol açmadığını, travma sonrası gelişim düzeyini ise yazma öncesinden sonrasına arttırdığını göstermiştir. Ancak bu sonuçlar için yazılı dışavurum koşulları birbirinden farklılaşmamıştır.

6. BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

1.Kanserli hasta yakınlarının yük durumları ile psikolojik belirti durumları incelendiğinde araştırma sonuçları kadınların erkeklere göre yük algısının fazla olduğu bulgusuna ulaşılması kadın hasta bakanlara daha fazla profesyonel destek verilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Hastanelerin ilgili kliniklerinde kanserli hastası olan ve bakım verme sorumluluğunu üstlenen kişilere hasta ile birlikte psikolojik destek verilmesi önerilebilir.

2. Yaş yükseldikçe yük algısının ve psikolojik belirti durumlarının arttığı bulgusu nedeniyle de yaşlı olan bakım vericilere ayrı bir önem verilmelidir.

3. Evlilerin bekârlara göre yük algısıile psikolojik belirti durumlarınınfazla olduğu görülmüştür. Bu durum evli çiftlerin birbirine bağlılıklarının yüksek olmasından kaynaklandığı yorumu yapılabilir. Bu kişilere eşleriyle birlikte geçirecekleri zamanı artırmaları gerektiği sosyal faaliyetlere yöneltilmesi önerilebilir. İşi olmayanların daha yüksek yük algısına sahip olduğu görüldüğünden de ya bir işle meşgul olmaları veya hobileri göre bir kurs veya sosyal olanaklar sunulması önerilebilir.

4. Akrabalık yakınlıklarına göre hastanın eşi olanların yük algıları ile psikolojik belirti durumlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Yardım süresine göre 25 ay ve üzeri yardım eden grupla 7-12 ay ile 13-24 ay süreli yardım eden gruplar arasında olduğu en yüksek yük algısına 13-24 ay yardım yapan

grubun sahip olduğu görülmüştür. Yardım süresi arttıkça yük algısının da arttığı görülmüştür. Tüm bu bulgular yakınlık derecesinin yardım verme süresinin yük algısı üzerinde etkili olduğu sonucunu göstermektedir. Bu sebeple uzun süreli bakım verenlere dönem dönem bakım verme sorumluluklarında kolaylaştırıcı sosyal imkânlar sağlanması gerektiği önerilebilir. Bunun için devletin sosyal amaçlı hizmetleri geliştirmesi önerilebilir. Evde bakım hizmetleri yaygınlaştırılarak geliştirilebilir.

5. Başkasından yardım almalarına göre yardım almayanların daha yüksek yük algısın aile psikolojik belirti durumlarına sahip olduğu görülmüştür. Bu durum bakıcıya yardım vermek ondaki algı üzerinde etkili olmaktadır. Bireyin bakımını yüklenen aile üyeleri fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik pek çok sorun yaşayabilmektedir. Bakım veren bireylerin bakım yükünü azaltabilmek, günlük yaşantılarının bu durumdan olumsuz etkilenmesini önleyebilmek ve sosyal yaşantılarını sürdürebilmelerini desteklemek için, bakım vericilerin gündüzleri yakınlarını bırakabilecekleri, bakım giderlerinin devlet tarafından karşılandığı gündüz bakım evlerinin açılmasının son derece önemli olduğu düşünülmektedir.

6. Bakım Verme Yük ölçeği ile Psikolojik belirti ölçeği arasındaki ilişki pozitif yönde anlamlıdır. Yük algısı arttıkça belirti durumları da artmaktadır. Bu sebepten dolayı yük algısını azaltıcı tedbirlerin alınması gerekli görülmektedir. Bakıcıların isteklerine saygı duymalı ve onları gerektiği kadar desteklemeliyiz. Bakım verenler için etkili destek sistemleri yardımcı olabilir. Bakıcılar hastalığın yol açtığı olumsuz sonuçlardan korunmalıdır. Eğitim veya müdahale programları bakım veya hemşirelik görevleriyle bağlantılı yükü engelleyebilir.

7.Arkadaş ve ailenin desteği hem kanser hastası hem de bakıcı için önemlidir. Bire bir veya grup danışmanlığı ve destek grupları da dahil olmak üzere birçok türde destek programı vardır. Bir destek grubu hem kanserli hem de onlarla ilgilenenler için güçlü bir araç olabilir. Benzer hastalığı olan kişilerle konuşmak, yalnızlığı gidermeye yardımcı olabilir.

8.Bakıcılar sağlıklı kalmak, iyi bakıcılar olmak ve bakım veren rolde kalmak için destek hizmetine ihtiyaç duyarlar. Ancak çoğu zaman yardım için nereye gidileceğini veya nasıl yardım alacağını bilmezler. Bakıcıların, sosyal desteğe sahip olduklarında daha az sıkıntı yaşayacakları düşünülebilir. Bu açıdan sağlık kuruluşları tarafından onları destekleyici faaliyetler planlanmalıdır.

KAYNAKÇA

Acar, D. (2015) *Yazılı Duygusal Dışavurum Paradigmasının Kanser Hastalarının Eşlerinde Psikolojik Sağlık Sonuçları Ve Travma Sonrası Gelişim Açısından Test Edilmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,* Bursa.

Adak, N., 2003. Yaşlıların gayri resmi bakıcıları: kadınlar. Aile ve Toplum, 2,1-9.

Adler, A. (2002). *Bireysel Psikoloji*(Çev. Halis Özgü) İstanbul: Hayat Yayıncılık

Adler, A. (2000). *Yaşama Sanatı*(Çev. Kamuran Şipal) İstanbul: Say Yayıncılık

Aiello Bowles EJ, Tuzzio L, Wiese CJ, (2008) Understanding high-quality cancer care: a summary of expert perspectives. Cancer. 2008;112(4):934–942.

Akbulut, Ş. (2009) *Şizofren Hasta Yakınlarının Şizofreniye Yönelik Tutumları Ve Hastanın Bakımında Yaşadıkları Zorluklar, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,* Şanlıurfa.

Akça, N.K., Taşcı, S., (2005). 65 yaş üstü bireylere bakım verenlerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi,* 14, 30-36.

Aktaş, A. (2010).*İnmeli Hasta Yakınlarına Verilen Eğitimin; Hasta ve Hasta Yakının Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresif Belirti Düzeyine Etkisi,* (Doktora Tezi), İstanbul Üniveristesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Anderson WG, Arnold RM, Angus DC, Bryce CL: Posttraumatic stress and complicated grief in family members of patients in the intensive care unit. J Gen Intern Med 2008; 23: 1871–1876.

Atagün, M.İ., Balaban, Ö.D., Atagün, Z., Elagöz, M., Özpolat, A.Y., (2011). Kronik hastalıklarda bakım verme yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry,* 3,513-552.

Aydoğdu, T. (2013). *Bağlanma Stilleri, Başa Çıkma Stratejileri İle Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, Yayınlanmamış Yüksek lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.

Balluffi A, Kassam-Adams N, Kazak A, Tucker M, Dominguez T, Helfaer M (2004) Traumatic stress in parents of children admitted to the pediatric

Benard, B. (1999). Applications of resilience: Possibilities and promise. In M. D. Glantz, J. L. Johnson (Eds.), Resilience and development: Positive life adaptations (ss. 269-277). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Boothroyd L, Lehoux P. (2003). Cancer chemotherapy at home: feasibility, patient outcomes and healthcare system implications [abstract] International Society of Technology Assessment in Health Care Meeting. 9, 176.

Bowlby, J. (2013).*Ayrılma,*(Çev. Müge Günay) İstanbul: Pinhan Yayıncılık

Chu-Hui-Lin Chi. (2007) The role of hope in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 3-34(2):415-24.

Cüceloğlu, D. (2006) *İnsan Ve Davranışı* İstanbul: Remzi Kitabevi

Çatak, B. Öner, C., Kılınç, A. S.,Sütlü, S. ve Şenbayram, S. (2012) Yaşlılara Evde Bakım Verenlerde Ruhsal Hastalık Belirtisi Sıklığı ve Etkileyen

Faktörler *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi* 2(3):105–108. 2012; 2(3): 105-108

Dağ İ. (1991) Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) nin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi.*2(1): 5-12.

Davidson JE, Jones C, Bienvenu OJ (2012). Family response to critical illness: postintensive care syndrome-family. *Crit Care Med*40: 618–624.

Derogatis, L.R., Morrow, G.R., Fetting, J., Penman,D., Piasetsky, S., Schmale, A.M., Henrichs,M., Carniceke, L.M. (1983) ThePrevalence of PsychiatricDisordersAmongCancerPatients.*JAMA.* 249 (6): 54-61.

Derogatis LP. Clearly Confirmation of The Dimensional Structure of The SCL–90: (1997) A Study in Construct Validation. J. *Clinical Psychology*. 33: 981–989.

Doğan, M. (2011) *Çocuk ruh sağlığı* (Ed.Uzuner, Y.).Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2200 Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1209

Engström A, Andersson S, Söderberg S (2008). Re-visiting the ICU. *Intensive Crit Care Nurs* 24: 233–241

Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C et al. Globocan (2012)*Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase* No. 11 Lyon, *France: International Agency for Research on Cancer*

GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study (2015). Lancet. 2016 Oct; 388 (10053):1659-1724.

Geçtan, E. (1994).*İnsan olmak,* İstanbul: Remzi Kitapevi

Global Initiative for Cancer Registry Development. (2012) International Agency for Research on Cancer Lyon: France.

Göktepe, E. (2008). *Anksiyete.* İçinde E. Işık, E. Taner ve U. Işık (Ed.) Güncel Klinik Psikiyatri. İstanbul: Golden Print Matbaası, 175-176.

Güçlü, O. ve Erkıran, M. (2004). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Çocukların Ebeveynlerinde Kişilik Bozuklukları Klinik *Psikiyatri,* 8:18-23.

Gümüşel, N. (2015). *DEHB Tanısı Alan 6-12 Yaş Arası Çocukların Annelerinde Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi* Yüksek Lisans Tezi Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı

Greis CJ, Engelberg RA, Kross EK, et al.(2010). Predictors of symptoms of post- traumatic stress and depression in family members after patient health in the ICU. Chest; 137: 280–287.

Hall M, Lloyd H. (2008) Evaluating patients' experience of home and hospital chemotherapy. *Cancer Nurs Pract.*7:23–26.

https://www.medicalnewstoday.com/info/cancer-oncology, erişim tarihi: 24.11.2017

http://www.who.int/topics/en/ erişim tarihi: 24.11.2017

https://www.cancer.org/treatment/finding-and-paying-for-treatment/choosing-your-treatment-team/home-care-agencies/types-of-services-available.html, erişim tarihi: 24.11.2017

http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cancer erişim tarihi: 01.02.18

Institute of Medicine (2001) Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academies Press.

Işık, D. (2014).*Kanser Hastalarının Yaşam Doyum Düzeylerinin İncelenmesi Ve Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,* Ankara.

Işıkhan, V. (2007). Kanser ve Sosyal Destek. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 18 (1), 15- 29.

Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. (2011) Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin*. 2011;61(2):69–90.

Jemal A, Ward E, Thun M. (2010). Declining death rates reflect progress against cancer. PLoS One.5(3):e9584.

Jezierska, N., Borkowski, B. Ve Gaszyński, W. (2014) Psychological reactions in family members of patients hospitalised in intensive care units. Anaesthesiol Intensive Ther. 2014 Jan-Mar;46(1):42-5. doi: 10.5603/AIT.2014.0009

Kalra, L., Evans, A., Perez, I., Melbourn, A., Patel, A., Knapp, M. ve Donaldson, N. (2004). Training carers of stroke patients: randomised controlled trial. British Medical Journal, 328; 1099-1011.

Karasar, N. (2002). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Kartal, A., Çetinkaya, BC., Turan, T. (2009) Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Ruhsal Belirtilerin Taranması. Pamukkale Üniversitesi Denizli Sağlık Yüksekokulu, *TAF Preventive Medicine Bulletin,* 8(2): 161-166.

Karabulutlu E, Tan M. (2005) Social Support and Hopelessness in Turkish Patients With Cancer, *Cancer Nursing*, 28, 3

Kayış, A. (2009) *Kanser Hastalarının Hastalık Algısı Ve Umutsuzluk Düzeyleri*, *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,* İstanbul.

Keskinoğlu, M. Ş. (2007). *Araştırmalar,* Ankara: Tuzla Rehberlik ve Araştırma merkezi Yayınları

Kırlı, S. (2008). *Depresyon.* İçinde E. Işık, E. Taner ve U. Işık (Ed). Güncel Klinik Psikiyatri. İstanbul: Golden Print Matbaası; 133-154.

Kobasa S. C. (1982). Personality and other stres resilience resources. In G. S.

Kross EK, Engelberg RA, Gries CJ, Nielsen EL, Zatzick D, Curtis JR: (2011). ICU care associated with symptoms of depression and posttraumatic stress disorder among family members of patients who die in the ICU. *Chest* 139: 795–801.

Kulaksızoğlu, A. (2002). *Ergenlik Psikolojisi* (5.Baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi.

Kulaksızoğlu, I.B, Tükel, R. Üçok, A. Yargıç, İ ve Yazıcı, O. (2009) *Psikiyatri,* İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayın No: 2009/1

Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, et al.(2007). A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. N Engl J Med.; 356: 469–478.

Lilius-Gustavsson M, Julkunen J. (2007) Quality of Life in Cancer Patients: The role of optimism, hopolessness and partner support. Quality of Life Research. 16:75-87.

Mandal, A. (2018). *What Causes Cancer?* www.news-medical.net/health/What-Causes-Cancer.aspx (Erişim tarihi: 21.05.2018).

Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: resilience processes in development. American Psychologist, 56(3), 227-238

McAdam JL, Puntillo K. (2009). Symptoms experienced by family members of patients in intensive care units. *Am J Crit Care*, 18: 200–209.

McAdam JL, Dracup KA, White DB, Fontaine DK, Puntillo KA (2008). Symptom experiences of family members of intensive care unit patients at high risk for dying. *Crit Care Med;* 38: 1078–1085.

MEB. (2012). *Psikolojik Dayanıklılık Öğrenci Destek Programı Özellikle Kız Çocuklarının Okullaşma Oranının Artırılması Projesi* (MODÜL 13).

Mollaoğlu M, Kars Fertelli T, Özkan Tuncay F (2010). İnmeli Hasta Bakım Vericilerinde Bakım Yükü Ve Etkileyen Faktörler*Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi,* 4 (3), 125-130

Nelson LP, Gold JI (2012). Posttraumatic stress disorder in children and their parents following admission to the pediatric intensive care unit: a re-view. *Pediatr Crit Care Med* 13: 338–347.

Oğlak, S. (2007). Uzun Süreli Evde Bakım Hizmetleri ve Bakım Sigortası. *Türk Geriatri Dergisi,* 10(2), 100-108.

O'Neill C, Wallis C. (2009). Home healthcare: emerging evidence for NHS Commissioners. *J Care Serv Manag.* 2009;3:357–363.

Öz, B., Koca, B., Ölmez, N. ve Memiş, A. (2008). İnmeli hastalarda rehabilitasyon sonrası fonksiyonel ve mental iyileşme ile ilişkili faktörler. *Türkiye Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi*, 54, 84-88.

Özdemir, A. (2012). *Çatışma ve Stres Yönetimi*-1 (Ed. Ceyhan, E) Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2547 Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1517.

Özer, N., Hacıalioğlu, N., Akyıl, R.Ç., Akpınar, R., 2006. Hastaların kendilerini bakım veren yakınlarına yük olarak hissetme durumları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 9, 31-37.

Özkan, S. ve Özkan, M. (2009) *Psikiyatri,* (Ed. Kulaksızoğlu, I.B, Tükel, R. Üçok, A. Yargıç, İ ve Yazıcı, O.) İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayın No: 2009/1

Özkan S. (1993) *Psikiyatrik* Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. Roche; İstanbul;103-108

Özkan S. (2007) *Psiko-Onkoloji. Hastalık Algısı ve Kanser.* İstanbul; 59-70.

Özyeşil, Z., Oluk, A., Çakmak, D., (2014). Yaşlı hastalara bakım verme yükünün durumluk-sürekli kaygıyı yordama düzeyi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15,39-44.

Plummer M, de Martel C, Vignat J, Ferlay J, Bray F, Franceschi S. Global burden of cancers attributable to infections in 2012: a synthetic analysis. Lancet Glob Health. 2016 Sep;4(9):e609-16. doi: 10.1016/S2214-109X(16)30143-7.

Rao, G. N. (2002).How Can We Improve Patıent Care? L V Prasad Eye Institute, Hyderabad – 500 034, *India Community Eye Health.;* 15(41): 1–3

Raphael R, Yves D, Giselle C, Magali M, Odile CM. (2005). Cancer treatment at home or in hospital: what are the costs for French public health insurance? findings of a comprehensive-cancer centre. *Health Policy.*72(2):141–148

Rees, G. (2004).*Understanding Cancer-Kanser*(Çev. Ulusoy, B.) İstanbul: Morpa- Vatan

Rischin D, White M, Matthews J, (2007). A randomised crossover trial of chemotherapy in the home: patient preference and cost analysis. *Med J Austr.* 173(3):125–127.

Sağlam, Z. Koç, Z., Çınarlı, T.ve Korkmaz, M. (2013) *Altmışbeş Yaş Ve Üzeri Bireylere Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yükü İle Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi,* Bu araştırma 27-29 Eylül 2013 tarihlerinde İstanbul'da düzenlenmiş olan Uluslararası Katılımlı 2. Temel Hemşirelik Bakımı Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Sağlık Ansiklopedisi, (2002) *Türkiye Gazetesi* İstanbul: İhlâs Matbaacılık, Gazetecilik Ve Sağlık Hizmetleri A.Ş. Cilt, 2 321-325

Schmidt M, Azoulay E (2012) Having a loved one in the ICU: the forgotten family. Curr Opin Crit Care, 18: 540–547.

Schwarzer, R. and Leppin, (1992) A. Social support and mental health: a conceptual and empirical overview. in: L. Montada, S.H. Filipp, H.J. Lerner (Eds.) Life crisis and experience of loss in adulthood. Lawrence Erlbaum, Hillsdale, NJ, 435–458

Selçuklu, A.E. (2013). *Örgütsel Bağlılığın Bir Yordayıcısı Olarak Kurum Kültürü Ve Psikolojik Dayanıklılık: Okulöncesi Öğretmenler Üzerine Bir Çalışma* (Yüksek Lisans Tezi)Erciyes Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Eğitim Yönetimi Teftişi Planlaması Ve Ekonomisi Bilim Dalı.

Seven, M., Akyüz, A., Sever, N., Dinçer, Ş. (2013). Kanser Tanısı Alan Hastaların Yaşadığı Fiziksel ve Psikolojik Semptomların Belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*,12 (3), 219-224.

Shear MK, Simon N, Wall M, et al.(2011). Complicated grief and related bereavement-issues for DSM-5. *Depress Anxiety* 28: 103–117.

Siegel MD, Hayes E, Vanderwerker LC, Loseth DB, Prigerson HG, (2008). Psychiatric illness in the next-of-kin of patients who die in the intensive care unit. Crit Care Med 36: 1722–1728.

Smeenk, F., Witte, L.P., Haastregt, J. C. M., Schipper, R. M., Biezemans, H.P.H., Crebolder, H.J.M. (1998) Transmural Care of Terminal Cancer Patients: Effects on the Quality of Life of Direct Caregivers. Nursing Research. 47(3), s.129'dan aktaran Babaoğlu, E., Öz, F.(2003) Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal ve Sosyal Sorunları Arasındaki İlişki. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 22-28.

Stewart BW, Wild CP,(2004). editors. *World cancer report* Lyon: International Agency for Research on Cancer;

Sweeney L, Halpert A, Waranoff J. (2007) Patient-centered management of complex patients can reduce costs without shortening life. *Am J Manag Care.*13(2):84–92.

Tel H. ve Terakye G. (2000) Şizofrenik Hasta Ailelerine Yönelik Bir Psikoeğitimsel Yaklaşım Uygulaması Denemesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi,* 1(3):133-142.

Tamayo, G.J., Broxson, A., Munsell, M., Cohen, M.Z., (2010). Caring for the caregiver. *Oncol Nurs Forum.*;37(1):E50-57.

Tralongo, P., Ferraù, F., Borsellino, N., Verderame, F., Caruso, M., Giuffrida, D. Butera, A., ve Gebbia, V. (2011) Cancer patient-centered home care: a new model for health care in oncology *Ther Clin Risk Manag.*; 7: 387–392

Tükel, R. (2009) *Psikiyatri,* (Ed. Kulaksızoğlu, I.B, Tükel, R. Üçok, A. Yargıç, İ ve Yazıcı, O.) İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayın No: 2009/1

Urizar, A.C., Gutierrez-Maldanodo, J.(2006) Burden of Cariers in Families of Patientswith Schizophrenia. Quality of Life Research; 15:719-24.

Ülker Tümlü, G. Ve Recepoğlu, E. (2013). Üniversite Akademik Personelinin Psikolojik Dayanıklılık ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki, *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*3, 3, 205-213

Wellisch, D.K., Wolcott, D.L., Pasnau, R.O. (1989). An evaluation of the psychosocial problems of the homebound cancer patient: relationship of patient adjustment to family problems. J *Psychosoc Oncol.;* 7: 55–76

Varolgüneş D (1999).*DEHB olan çocuk ve ergenlerin anne babalarında psikiyatrik özellikler ve DEHB'un araştırılması,* Yayınlanmamış Uzmanlık tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.

Van Pelt DC, Milbrandt EB, Li Q, et al.(2007). Informal caregiver burden among survivors of prolonged mechanical ventilation. *Am J Respir Crit Care Med* 175: 167–173.

Yılmaz, M. S. (2014).*Kanser Hastalarının Sosyal Destek Algısı Ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi* (İki Hastane Örneği-Ankara) *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,* Ankara.

Yurtsever, Ü.E. (2005). *Ruh hastalıkları tedavisinde psikososyal bir boyut; psikoeğitimsel bir model*. http://www.icgoru.com/makale/umit_eren-ruh_hastaliklari.shtml. (Erişim tarihi: 25.11.2017).

Yüksel, G., Varlıbaş, F., Karlıkaya, G., Şıpka, Y., & Tireli, H. (2007). Parkinson Hastalığında Bakıcı Yükü. *Parkinson Hastalıkları Hareket Bozukluğu Dergisi,* 10(1-2), 26-34.

Zarit, S.H., Zarit, J.M.(1990) The Memory and Behavior Problems Checklistand The Burden Interview. Pennsylvania: Pennsylvania State University Gerontology Center Press.

Zarit, S., Reever, K., Bach-Peterson, J.(1980) Relatives of the İmpaired Elderly: *Correlates of Feeling of Burden. Gerontologist;*20:649-55.

EKLER

Ek-1 Kişisel bilgi formu

Araştırmada araştırmacı tarafından hazırlanmış olan 10 maddelik bir Bireysel Bilgi Toplama Formu kullanılmıştır. Bireysel Bilgi Toplama Formu'nda cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi gibi temel demografik bilgilerin toplanmasına yönelik maddeler yer almıştır.

Kişisel Bilgi Formu (Lütfen size uygun yerleri (X) şeklinde doldurunuz.)	
Cinsiyetiniz	Erkek ( ) Kadın ( )
Yaşınız	
Medeni durumunuz	Evli ( ) Bekar ( )
Eğitim düzeyiniz	İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite ( ) Yüksek Lisans ve Sonrası ( )
Hastanın bakımında faal bir işte çalışıyor muydunuz?	Evet ( ) Hayır ( )
Mesleğiniz nedir?	Ev hanımı( ) İşci( ) Memur( ) Serbest( ) Emekli( ) Öğrenci( )
Hasta yakınlık Dereceniz	Eşiyim ( ) Çocuğuyum ( ) Akrabasıyım ( ) Diğer ( )
Hastalık teşhisinden şimdiye kadar geçen süre	0-6 ay ( ) 6-12ay ( ) 12ay-24ay ( ) 24ay-36ay ( ) 36ay ve üstü ( )
Hasta bakımını Üstlenirken yardım edeniz oldu mu?	Evet ( ) Hayır ( )
Hastaya bakımınızdaki sıklık	Haftada bir ( ) Hafta sonları ( ) Hafta içleri ( ) Gün aşırı ( ) Her gün ( )

Ek-2 Zarit bakıcı yük ölçeği

Aşağıda insanların bir başka insanın bakımını üstlendiğinde kendini nasıl hissedebileceğini yansıtan ifadelerden oluşan bir liste yer almaktadır. Her ifadeden sonra sizin ne kadar sık böyle hissettiğinizi belirtin: ***Asla, nadiren, ara sıra, oldukça sık, neredeyse her zaman*** *şeklinde. Yanlış ya da doğru cevap bulunmamaktadır.*					
	Asla	**Nadiren**	**Ara Sıra**	**Oldukça Sık**	**Neredeyse Her Zaman**
1. Yakınınızla geçirdiğiniz zaman yüzünden kendiniz için yeterli zamanınız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
2. Yakınınıza bakma ve aileniz ya da işinizle ilgili diğer sorumlulukları yerine getirmeye çalışma arasında kalmaktan dolayı kendinizi sıkıntılı hisseder misiniz?	1	2	3	4	5

Ek-3 Belirti tarama listesi (SCl-90-R)

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun bugün de dâhil olmak üzere son üç ay içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak aşağıda belirtilen tanımlamalardan uygun olanının numarasını (X) şeklinde işaretleyiniz.					
Tanımlama: 0 Hiç / 1 Çok az / 2 Orta derecede / 3 Oldukça fazla / 4 Aşırı düzeyde	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**
1. Baş ağrısı					
2. Sinirlilik ya da içinin titremesi					

Ek.4 Ölçek kullanım izinleri

Anket kullanımı için izin Gelen kutusu

ben

Sayın Mustafa Hocam,Yakın Doğu Üniversitesi...

Mustafa Kilic 14:08

alıcı: ben

Büşra merhaba, söz konusu ölçme aracı çalışacağın konuya uygun olduğunu düşünmekteyim. Kaynak göstermek kaydıyla "Scl-90-R Belirti Tarama Listesi"ni elbette kullanabilirsin. Çalışmalarında kolaylıklar ve başarılar dilerim.

21 Mart 2017 10:08 tarihinde Buşra Tatari <busratatari@gmail.com> yazdı:

...

İlt: Ölçek kullanım izni hk. Gelen kutusu

a

aslý özlü

alıcı: ben

28 Kas 2017 Ayrıntıları göster

Merhaba Büşra,

Tabi ki calisman da ölçeği kullanabilirsin.
Bol şans ve kolaylıklar dilerim..

Sevgiler

Android'de Yahoo Postadan gönderildi

----- İletilmiş Mesaj -----
Kimden: "Buşra Tatari" <busratatari@gmail.com>
Kime: "asliozlu@yahoo.com" <asliozlu@yahoo.com>
Bilgi:
Gönderildi: 22:54"28e' 28 Kas 2017 Sal
Konu: Ölçek kullanım izni hk.

Sayın Aslı Hocam,
Yakın Doğu Üniversitesinde Klinik Psikoloji alanında yüksek lisans yapıyorum.
Sizin Türkçeye uyarlamasını yaptığınız Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinin kullanım izni için sizi rahatsız

ÖZGEÇMİŞ

Buşra Vedat TATARİ ÇELİK, 01.08.1990 yılında İstanbul-Üsküdar'da doğmuştur. İlkokul ve ortaokul öğrenimini İstanbul-Tuzla'daki Çağrıbey İlköğretim Okulunda 1996-2004 yılları arası tamamlamıştır. Yine aynı il ve ilçede bulunan Tuzla Lisesi'nde okul birincisi olmuş ve 2007 yılında lise eğitimini bitirmiştir. Liseden mezun olduğu yıl Kocaeli Üniversitesi Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Bölümünü kazanmış ve lisans eğitimini 4 senede tamamlamış olup, 2011 yılında üniversiteden mezun olmuştur. 2012 yılında girdiği İstanbul Ticaret Üniversitesi Uygulamalı Psikoloji yüksek lisans Programından 2014 yılında mezun olmuştur. Buşra Vedat TATARİ ÇELİK evli olup, 2011 yılından beri devlet okullarında rehber öğretmenlik ve psikolojik danışmanlık yapmaktadır.

İNTİHAL RAPORU

KANSER HASTASI YAKINLARININ BAKIM VERME YÜKLERİ VE PSİKOLOJİK BELİRTİLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ-Buşra Vedat TATARİ ÇELİK

ORIJINALLIK RAPORU

%12	%11	%8	%
BENZERLIK ENDEKSI	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCI ÖDEVLERI

BIRINCIL KAYNAKLAR

1	www.eytepe.com İnternet Kaynağı	%2
2	ramazankaratay.weebly.com İnternet Kaynağı	%1
3	www.medikalakademi.com.tr İnternet Kaynağı	%1
4	www.academia.edu İnternet Kaynağı	%1
5	openaccess.dogus.edu.tr İnternet Kaynağı	%1

ETİK KURUL ONAYI

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ

BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

10.01.2018

Sayın Psk. Dan. Buşra Vedat Tatari Çelik

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2017/77 proje numaralı ve **"Kanser Hastası Yakınlarının Bakım Verme Yükleri ve Psikolojik Belirtileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi"** başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

Yardımcı Doçent Doktor Direnç Kanol

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Raportörü

Direnç Kanol

Not: Eğer bir kuruma resmi bir kabul yazısı sunmak istiyorsanız, Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na bu yazı ile başvurup, kurulun başkanının imzasını taşıyan resmi bir yazı temin edebilirsiniz.