



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**KANSER HASTALARINDA TRAVMA SONRASI GELİŞİM
VE
SOSYAL DESTEĞİN İNCELENMESİ**

CEVAHİR ŞİMŞEK

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN Dr.Öğr.Üyesi

SİBEL DOĞAN

İSTANBUL – 2018

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Hemşirelik
Tez Sahibi : Cevahir ŞİMŞEK
Tez Başlığı : Kanser Hastalarında Travma Sonrası Gelişim ve Sosyal
Destegin İncelenmesi
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Kavacık Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 07.06.2018

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Kurumu

İmza

Dr.Öğr.Üyesi Sibel DOĞAN

İstanbul Medipol Üniversitesi



Sınav Jüri Üyeleri

Prof.Dr.Seher Deniz ÖZTEKİN

İstanbul Florance Nightingale Üniversitesi

Prof.Dr.Sema KUĞUOĞLU

İstanbul Medipol Üniversitesi



Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun 13/06/2018 tarih ve 2018/...23 - 01 sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışım olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kuralla içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesinde aldığımı yine bu tezin çalışmasını ve yazımı sırasında patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışım olmadığını beyan ederim.

Cevahir ŞİMŞEK



TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimin boyunca büyük emeği geçen danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Sibel DOĞAN' a, çalışmamın istatistiksel değerlendirme aşamasında danışmanlık eden abim Doç. Dr. Fırat Ozan' a, her zaman yanımda olduğunu hissettiğim babam Ali Hikber Ozan'a, ailemize her zaman kol kanat geren annem Türkan Ozan'a, Sevgili eşim Sakin Şimşek'e ve desteklerini esirgemeyen sevgili arkadaşım Lemye Zehirlioğlu'na, Kemoterapi tedavileri esnasında anketleri doldurmamda sabırla yardımcı olan tüm hastalara en içten dileklerle teşekkür ederim.



İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

TEZ ONAY FORMU	İ
BEYAN.....	İİ
TEŞEKKÜR	İİİ
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	Vİİ
ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ.....	Vİİİ
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	3
3.GİRİŞ VE AMAÇ	5
4. GENEL BİLGİLER.....	7
4.1. Kanser İle İlgili Genel Bilgiler.....	7
4.1.2. Kanserın epidemiyolojisi	7
4.1.3. Kanserın etyolojisi	8
4.1.4. Kanserde tedavi.....	9
4.1.4.1. Kemoterapi.....	10
4.1.4.2. Radyoterapi	10
4.1.4.3. Cerrahi tedavi	10
4.2. Psikososyal Açıdan Kanser	11
4.3. Travma Sonrası Gelişim.....	14
4.3.1. Travma kavramının tarihçesi.....	14
4.3.2. Kavramsal açıdan travma.....	14
4.3.3. Bir travma olarak kanser	15
4.3.4. Travma sonrası gelişim	16

4.3.4.1. Travma sonrası gelişimin türleri	17
4.3.4.1.a. Kişilik algısında yaşanan değişim	17
4.3.4.1.b. Kişiler arası ilişkilerde yaşanan değişim.....	18
4.3.4.1.c. Yaşam felsefesinde yaşanan değişim	19
4.3.5. Kanser ve travma sonrası gelişim	19
4.4. Sosyal Destek	20
4.4.1. Sosyal desteğin işlevleri	21
4.4.2. Sosyal destek türleri	22
4.4.3. Kanser ve sosyal destek	23
5. METHOD VE MATERYAL.....	25
5.1. Araştırmanın Tipi	25
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	25
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	25
5.4. Araştırmanın Uygulanması	25
5.5. Araştırma Değişkenleri	25
5.6. Veri Toplama Araçları	26
5.6.1. Sosyo-Demografik Bilgi Toplama Formu	26
5.6.2. Travma Sonrası Gelişim Ölçeği	26
5.6.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	26
5.7. Verilerin Değerlendirilmesi	27
5.8. Araştırmanın Etik Yönü	27
5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	27
6. BULGULAR.....	28

7. TARTIŞMA	45
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	56
9. EKLER.....	59
10. KAYNAKLAR	65
11- ETİK KURUL ONAYI.....	75
12. ÖZGEÇMİŞ.....	78



KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

APA: American Psychiatric Association

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

MSPSS: Multidimensional Scale of Perceived Social Support

PTG: Post traumatic Growth Inventory

TSG: Travma Sonrası Gelişim

WHO: World Health Organization

ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 6.1. Kanser Hastalarının Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımları..	28
Tablo 6.2. Hastaların Travma Sonrası Gelişim Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puan Dağılımları.....	32
Tablo 6.3. Kanser Hastalarının Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Puanları	33
Tablo 6.4. Kanser Hastalarının Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanları	38
Tablo 6.5. Hastaların Travma Sonrası Gelişim Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanları Korelasyonu	43

1. ÖZET

KANSER HASTALARINDA TRAVMA SONRASI GELİŞİM VE SOSYAL DESTEĞİN İNCELENMESİ

Bu çalışma kanser hastalarında travma sonrası gelişim ve sosyal destek ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı, kesitsel tipte bir çalışmadır. Araştırmanın örneklemini İstanbul'da bir özel üniversite hastanesinin onkoloji bölümünde takip edilen, belirlenen dahil edilme kriterlerine sahip, rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen 120 hasta oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında Travma Sonrası Gelişim Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve literatür ışığında araştırmacılar tarafından oluşturulan Sosyo-demografik Bilgi Toplama Formu kullanılmıştır. Verilerinin değerlendirilmesinde, bağımsız değişkenlerin ölçek puanları üzerine etkisi Independent-samples t test, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis analizleri kullanılarak incelenmiş, ölçek/ölçek alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki ise Spearman Korelasyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışmamızda hastaların travma sonrası gelişim ölçeği puan ortalamalarının orta düzeyde (62.02 ± 22.34) (min:0.00- max:135.00) olduğu saptanmıştır. Ölçeğin alt boyut puanları incelendiğinde hastaların en yüksek puanı 'Kişinin Kendisindeki Değişim' alanından aldıkları görülmüştür. Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalaması ise 62.98 ± 16.10 (min:22.00 – max:84.00) olarak saptanmış ve alt boyutlardan 'Aile'nin en yüksek algılanan destek alt boyutu olduğu saptanmıştır. Travma Sonrası Gelişim Ölçeği ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği korelasyonları incelendiğinde; sosyal destek düzeyi ile travma sonrası gelişim düzeyi arasında pozitif yönlü korelasyon olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda özellikle kişinin kendisindeki değişimin ve aileden algılanan sosyal desteğin travma sonrası gelişimi etkilediği dikkat çekici diğer bulgudur. Ayrıca iki ölçeğin de tüm alt boyutları ile pozitif yönde ilişkisinin olması bu iki kavramın da kültürümüzdeki yerinin anlaşılması adına büyük önem arz etmektedir. Çalışmamız zorluklarla dolu kanser sürecinin iyi yönetilmesi durumunda, bu deneyimin güçlendirici etkisinin olabileceğini ve bunun için sosyal desteğin bir kolaylaştırıcı olduğunu gözler önüne sermektedir. Bakım sırasında hasta ve hasta yakınlarının beraber ele alındığı multidisipliner bir ekip yaklaşımının benimsenmesi ve bir travma olarak kanseri, kanserde travma sonrası

gelişimi kolaylaştıran faktörleri hasta ve bakım verenler gözünden inceleyebilmek için kalitatif çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Kanser, onkoloji, Travma sonrası gelişim, Sosyal destek



2. ABSTRACT

EXAMINATION OF POST-TRAUMATIC GROWTH AND SOCIAL SUPPORT IN CANCER PATIENTS

This study is a descriptive, cross-sectional study to determine the relationship between post-traumatic growth and social support in cancer patients. The sample of the study consisted of 120 patients who were randomly sampled and had the specified inclusion criteria, who were followed in the oncology department of a private university hospital in Istanbul. In the collection of data, Post-Traumatic Growth Scale, Multidimensional Perceived Social Support Scale and Socio-demographic Information Collection Form created by the researchers in the light of the literature were used. In the evaluation of the data, the effect of independent variables on the scale scores was examined using Independent-samples t test, Mann Whitney U and Kruskal Wallis analyzes, and the relationship between the scale / scale subscale scores was evaluated using Spearman correlation analysis. In our study, it was determined that the mean score of post-traumatic growth scale of the patients was moderate (62.02 ± 22.34) (min:0.00-max:135.00). When subscale scores of the scale were examined, it was seen that the patients got the highest score from the 'Change in the self'. The mean score of the Multidimensional Perceived Social Support Scale of the patients was 62.98 ± 16.10 (min:22.00 – max:84.00) and it was determined that 'Family is the highest perceived support sub-dimension' from the subscales. When the Post Traumatic Growth Scale and Multidimensional Perceived Social Support Scale correlations were examined, there was a positive correlation between social support level and post-traumatic growth level. Another remarkable finding in our study is that the change in the individual itself and the social support perceived from the family influence the post-traumatic growth. In addition, the fact that both scales are positively related to all sub-dimensions is of great importance for the understanding of these two concepts. Our study shows that if the cancer process is full of difficulties, it can be the empowering effect of this experience and that it is an facilitator of social support for it. It is suggested that qualitative studies should be carried out in order to be able to examine the adoption of a multidisciplinary team approach in which patients and their relatives are treated

together during care and to examine factors that facilitate cancer growth as a trauma and posttraumatic cancer in cancer patients and caregivers.

Keywords: Cancer, Oncology, Post-traumatic growth, Social support



3. GİRİŞ VE AMAÇ

Artan görülme sıklığı, neden olduğu morbidite ve mortalite oranları ile tüm dünyada etkileri giderek büyüyen bir hastalık olan kanser, bireyde büyük fiziksel ve psikososyal değişimlere yol açan, bu nedenle de yaşamın her alanını büyük ölçüde etkileyen, ruhsal ve toplumsal problemlerin ortaya çıkmasına sebep olan bir deneyimdir. Birçok toplumda olduğu gibi ülkemizde de kanser; ölüm, kendi kendine yetebilme gücünün kaybı, bağımlılık, beden görünümünün bozulması, yetersizlik, ağrı gibi kavramlar ile anılmaktadır (1, 2, 3, 4, 5). Toplumumuzda var olan kansere ilişkin bu geleneksel kanının da etkisiyle kanser tanısı alan bireylerde birçok psikososyal problem görülmektedir. Literatürde kanser tanısı alan bireylerde depresyon, uyum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, organik beyin sendromları, kişilik bozuklukları gibi psikiyatrik bozukluklar bildirilmiştir (6). Kanserde hastalığa ek olarak en sık uyum bozuklukları olmak üzere, %20- %45 oranlarında depresyon ve %15- %75 oranlarında deliryum tanılarının eşlik eden psikiyatrik tanılar olduğu bilinmekte, yatan hastalarda bu oranlar yükselmekte, sık görülmelerine rağmen bu hastalıkların tanıları konulamamakta ve tedavi edilmemektedirler (7, 8).

Kanser tanısı almak aynı zamanda bireyde bir travma etkisi de yaratabilmektedir. Travma kavramının literatürde çok farklı tanımlamaları olmakla beraber, en genel tanımıyla travma ‘gerçek bir ölüm tehdidinin bulunduğu, ağır yaralanma, fiziksel ve psikososyal bütünlüğe yönelik bir tehdidin meydana geldiği ve kişinin kendisinin başına geldiği, şahit olduğu veya sevdiği bir kişinin olaya maruz kaldığını öğrendiği olağandışı olaylar’ olarak tanımlanmaktadır (9). Kanser günümüzde ilerlemiş teknoloji ve tedavi yöntemlerine rağmen halen, umutsuzluk, dayanılması zor olan ağrılar ve ölüm ile bir görülmektedir. Bu konuyla ilgili yapılan araştırmalar da kanser tanısı almış hastaların büyük bir çoğunluğunda reaksiyonların ötesinde psikiyatrik bozukluk olarak adlandırılabilir bulgular olduğunu ortaya koymaktadır. Kanser ölüm riski yüksek bir hastalık oluşu, tedavi sürecinin zorluğu ve tedavi sürecinden sonra yüksek tekrarlanma riski nedeniyle pek çok değişimleri ve travmayı içeren zorlu, alışılmadık dışındaki bir yaşantıdır (10, 11, 12). Bireylerin kanser ile baş etmeye çalıştıkları dönemde iyi olma, kontrol gücünün olması, hastalıklara karşı dayanıklılık, dünyanın ve hayatın anlamlı, adil ve koruyucu oluşuna

karşı inançları keskin bir şekilde yıkılabilir. Öz bildirim ölçümlerine dayalı çalışmalarda, kanser hastalarında travma sonrası stres bozukluğu oranları %13 ile %35 arasında değişim göstermektedir (13). Travmatik deneyim yaşayan bireylerde olumlu değişimler de görülebilmektedir. Travma literatüründe travma sonrası gelişim olarak ifade edilen bu durum; büyük oranda stresi beraberinde getiren yaşam deneyimleri ile mücadelenin kişinin hayatında bir sıçrama tahtası görevi görerek, bu deneyimler sonucu bireylerde kendini gerçekleştirme yönünde görülen olumlu değişimleri ifade etmek için kullanılan bir terimdir (14).

Travma sonrası gelişimin oluşmasında sosyal desteğin de önemli olduğu düşünülmektedir. Zorlu bir mücadele yaşayan kanser hastası, içinde bulunduğu durumu atlatmak ve bu durumla baş edebilmek için duygusal ve sosyal desteğe ihtiyaç duyar. Sosyal destek; kişinin ait olma, sevildiğini görme, sorumluluk üstlenme, takdir edilme ve kendini gerçekleştirme gibi temel unsurların sosyal ağdaki etkileşimler ile karşılanmasıdır (15). Destek gören birey üzerinde olumlu etkilerinin yanı sıra yardım eden kişide de bıraktığı etkiler nedeniyle sosyal destek oldukça karmaşık yapıya sahip olan bir kavramdır (16). Sosyal destek görmenin, kanser stresinin kişi üzerindeki etkisini minimal düzeye indirmede, kansere bağlı ortaya çıkan hem fiziksel hem ruhsal problemlerin ortadan kaldırılmasında büyük etkisi olduğu bilinmektedir.

Günümüzde yaygın ve toplumsal bir sağlık sorunu haline gelen kanserin, kişi üzerindeki olumsuz psikososyal sonuçlarının aksine, olumlu bir sonuç olan travma sonrası gelişimin oluşmasında, sosyal destek gibi faktörlerin etkisini bilmenin ve bundan yararlanmanın hemşirelik bakımı açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Bu araştırma kanser hastalarında travma sonrası gelişim ve sosyal destek ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Kanser İle İlgili Genel Bilgiler

4.1.1. Kanser hastalığının tanımı

Kanser, yapısı bozulmuş şekilde üreyen hücrelerin (biyolojik veya fiziksel etmenler kaynaklı) DNA yapılarında değişime sebep olan genetik bir hastalıktır. Türkiye ve tüm Dünya üzerinde yapısı en karmaşık hastalıklar arasında yer alan, hücrelerinin sınırsız şekilde çoğalması ile ortaya çıkan bir hastalıktır. Günümüzde, tedavi yöntemleri konusunda çok önemli ilerlemeler kaydedilmesine karşın, kanser sebebi hala belli olmayan, çok kısıtlı miktarda kontrol altında tutulabilen, gizli ilerleme gösterebilen bir hastalıktır (17, 18).

Kanser, birbirinden farklı belirtilerin aynı anda veya peş peşe görüldüğü, planlı ve uzun soluklu tedavi gerektiren, dünya genelinde mortalite ve morbiditesi yüksek olan bir hastalık çeşididir. Erken teşhisin önemli olduğu, tedavi sürecinin gecikmesi veya yapılmaması durumunda ölüme sebep olan bir hastalıktır (17, 18, 19). Kanser, yalnızca gelişmiş ülkelerde değil, gelişmekte olan ülkelerde de görülme sıklığı açısından artan sağlık problemidir. Bu hastalık önceden ölüme yol açan hastalık grupları arasında yedinci ve sekizinci sırada yer alırken, günümüzde dünya üzerinde kalp hastalıklarından sonra ikinci sıraya yerleşmiştir (20).

4.1.2. Kanserin epidemiyolojisi

Kanser, artan görülme sıklığı, neden olduğu morbidite ve mortalite oranları ile tüm dünyada etkileri giderek büyüyen, genetik ve çevresel koşulların etkisi nedeniyle oldukça kompleks yapıda olan ve hücrelerde kontrolsüz çoğalma ile karakterize bir hastalıktır (1). Dünyada mortaliteye neden olan hastalıklar arasında ikinci sırada olduğu bilinen kanserin, 2015 yılında 8,8 milyon ölüme neden olduğu bilinmekte ve 2030 yılında ölüm nedenlerinin başında yer alacağı öngörülmektedir (21). Ülkemizde her yıl 175.000'in üzerinde yeni vaka ile ortaya çıkan kanserin görülme sıklığı zaman içinde hızla artarak dünyada olduğu gibi Türkiye'de de önem sırasında üst sıralarda yer almaktadır (22). Kanser yükünün saptanması/izlenmesini amaçlayan Sağlık Bakanlığı 1982

yılında ülkemizde kanser bildirimini zorunlu hale getirmiştir. Ülkemizde bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle olan ölümler incelendiğinde bunların yaklaşık yarısından kardiyovasküler hastalıkların sorumlu olduğu, %20,7 oranıyla kanserin ikinci sırada yer aldığı görülmektedir. Cinsiyetlere göre en sık görülen kanser çeşitleri, erkeklerde %33'lük prevalans ile akciğer kanseri kadınlarda ise %24'lük prevalans ile meme kanseridir (23).

4.1.3. Kanser etyolojisi

Kanser çeşitlerinin prevalansı ve mortalite oranları; kıtalar, ülkeler hatta bölgeler arasında farklılık göstermektedir ve bu farklılıklar oldukça belirgin ve birçok dış etkene bağlı olarak gelişebilir (24). Bu etkenler;

- Genetik faktörler
- Hormonal faktörler
- İmmünolojik faktörler
- Yaş
- Cinsiyet
- Beslenme biçimi
- Kimyasal maruziyet
- Sigara kullanımı
- Fiziksel şartlar
- Doğurganlık ve cinsel sağlık olarak sıralanabilir (24).

Sigara kanserojen ve kanserin en önemli nedenlerindedir. Tütün alt ürünler sistem kanserleri (renal, penis ve mesane), üst sindirim yolu (oral kavite, farenks, larenks, nasal kavite, paranasal sinüs, özefagus ve mide), karaciğer, böbrek, pankreas, serviks ve uterus aynı zamanda lösemilere neden olur. Sigara, onkogenleri harekete geçirmekte ve kanser baskılayıcı genleri baskılamaktadır. Pasif içicilik de kanser riskini arttırmaktadır (25).

İnsanlar besinler yoluyla sürekli, toksik ve kanserojen kimyasallar içeren çeşitli bileşiklere maruz kalmaktadır. Bu kimyasallar hücre hasarına neden olan hücresel yapılar ile reaksiyona girerek kansere neden olmaktadır. Günümüzde

artan hazır ve donmuş gıda tüketimi de bu maruziyetleri arttırmaktadır. Ayrıca beslenme yetersizliklerine bağlı A, C ve E vitamini yetersizliklerinin; özafagus mide gibi gastrointestinal sistem kanserlerinde, nazo-farenks, akciğer gibi solunum yolu kanserlerinde, ayrıca idrar yolları ve cilt kanserlerinde aktif rol oynadığı bilinmektedir (25). Beslenme alışkanlıkları içerisindeki yağlar, alkol, tuzla pişirilmiş veya közlenmiş etler, yüksek proteinli ve kalorili diyetler, tatlandırıcılar, koruyucu maddeler, salamura, turşu gibi öğelerin ve tütsüleme, odun/kömür ateşinde pişirme gibi yöntemlerin kanser riskini arttırdığı bilinmektedir. Alkol tüketimi primer olarak karaciğer kanserine neden olmakta ayrıca ağız boşluğu, farinks, özefagus ve larinks kanserlerinde sigaranın etkinliğini arttırarak kanser riskini arttırmaktadır (25). Amerikan Kanser Birliği 2002 yılında; 170.000 kanser ölümüne, sigaranın neden olduğu ve bunların 154.900'ünün akciğer kanseri olduğunu bildirilmektedir ve 19.000 kanser ölümünün ise ağız alkol kullanımı ya da sigara alkol kombinasyonu ile gerçekleşebileceğini beklemektedir (26).

Dünya genelinde kanser hastalıklarının yaklaşık %15-20'si enfeksiyon yapıcı mikroorganizmalardan kaynaklı denilebilir. Bu oran kaynakları düşük seviyedeki ülkelerde (%26) gelişmiş ülkelere (%8) kıyasla daha yüksektir. Enfeksiyona neden olan ajanların etkileriyle gelişen kanser çeşitleri arasında hepatit B/hepatit C virüsü ile ilişkilendirilen karaciğer kanserleri, insan papilloma virüsü ile bağlantılı servikal kanserler, lenfomalar ve Epstein-Barr virüsü ile ilişkili diğer kanserler, helicobacter pylori ile ilişkilendirilen gastrik kanserler sayılabilir (27).

Güneşteki ultraviyole ışınları ve iyonize radyasyon kansere neden olan fiziksel faktörler arasında yer almaktadır. Tanı ve tedavi amacı ile sık sık iyonize radyasyon maruziyeti, nükleer santraller, nükleer bomba lösemi ve multipl miyelom, akciğer, meme, kemik, tiroid ve diğer doku kanserlerinin insidansını arttırmaktadır (28).

4.1.4. Kanserde tedavi

Kanser tedavisinin temelde iki önemli amacı vardır. Bunlardan birincisi; başarıyla sonuçlanmış tedavi ile hastanın yaşam süresini arttırmak ve bu sürede kansere ilişkin semptomların tamamen yok olmasını sağlamaktır. İkincisi ise

semptomların azaltılması ile yaşam kalitesinin artırılmasıdır, buna yardımcı semptomatik ve palyatif tedavilerdir. Kanserin en yaygın kullanılan tedavi yöntemleri; radyoterapi, kemoterapi, cerrahi tedavi ve bu yöntemlere ek olarak çeşitli immünolojik, biyolojik tedavi yöntemleridir. Tanı alan hastaların bireysel ve tıbbi özelliklerine uygun olacak şekilde bu yöntemler tek başına veya birlikte uygulanmaktadır (1, 28).

4.1.4.1. Kemoterapi

Vücuttaki sayıca artan hücrelerin ölümüne sebep olan, doğal veya sentetik yollar ile elde edilen kimyasal, biyolojik ajanlar ve hormonlar ile uygulanan bir tedavi tipidir. Kemoterapötik ajanlar nükleid asid sentezini durdurarak, kromozomdaki DNA'ya etki ederek ya da RNA sentezini engelleyerek etki gösterirler (1).

4.1.4.2. Radyoterapi

Radyoterapi, kanser hücrelerinin iyonlaştırıcı radyasyon ile yok edilmesi amacıyla uygulanır. Belirlenmiş tümör hacmine, tümörü saran sağlıklı dokuya vereceği zararı en aza indirir şekilde, belirlenen en doğru radyasyon dozunu vermek ve bu sayede tümör içindeki kanser hücrelerinin çoğalmalarını kalıcı olarak durdurmak amaçlanmaktadır (1).

4.1.4.3. Cerrahi tedavi

Kanser hastalıklarında kullanılan diğer bir tedavi şekli olan cerrahi tedavi lokal etkiye sahip olan bir yöntemdir. Bu yöntemde temel nokta etkilenen bölgedeki dokuların içindeki kanser hücrelerinin vücuttan uzaklaştırılmasıdır. Cerrahi tedavi kemoterapi ve radyoterapiye göre geç toksik etki olmadığı için avantajlıdır. Ancak cerrahi tedavi sonucu ortaya çıkabilen bazı deformasyonlar ve fonksiyon kayıpları bu tedavinin dezavantajlarından (1, 29).

4.2. Psikososyal Açıdan Kanser

Hastalık kavramı bireyden bireye farklılık göstermekle beraber çoğu kez bedene\benliğe zarar veren bir tehdit olarak algılanır ve sıklıkla anksiyete, korku, öfke gibi duygulara neden olmaktadır (30). Kanser birçok toplumda olduğu gibi ülkemizde de ölüm, kendi kendine yetebilme gücünün kaybı, bağımlılık, beden görünümünün bozulması, yetersizlik, ağrı gibi kavramlar ile anılmaktadır (2, 3, 4, 5). Kanser ciddi ve kronik bir hastalık olmasının ötesinde toplumumuzda var olan kanserin yıkıcı ve olumsuz bir etkiye yol açacağına ilişkin geleneksel kanı nedeniyle birçok psikososyal problemi beraberinde getirmektedir (10). Derogatis ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kanser hastalarının yaklaşık yarısında tanı konacak düzeyde psikiyatrik bozuklukların olduğu saptanmıştır (10). Literatürde kanser tanısı alan bireylerde depresyon, uyum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, organik beyin sendromları, kişilik bozuklukları gibi psikiyatrik bozukluklar bildirilmiştir (6). Kanser hastalarında görülen psikiyatrik bozuklukların büyük çoğunluğunu uyum bozuklukları oluşturmaktadır, yatan hastalarda depresyon %20- %45 ve deliryum %15- %75 oranlarına yükselmekte, kanser hastalarında sık görülmelerine rağmen bu hastalıkların tanıları konulamamakta ve tedavi edilmemektedirler (7, 31).

Kanser hastaları hastalığın tanı, tedavi, nüks ve son dönemlerinde farklı duygusal, ruhsal, davranışsal tepkiler gösterebilirler. Hastalarda gelişen tepkiler bu dönemlere göre ele alınmalıdır. Farklı tepkilerin hepsinin “normal” olarak kabul edilmesi gerektiği düşüncesi de, psikiyatrik bozukluk oluştuğu düşüncesi de doğru değildir. Hastanın göstermiş olduğu tepkiler ‘normal’ kabul edilen tepkilerden sapma gösterdiği takdirde psikiyatrik ve psikososyal problemler görülmeye başlar (32).

Kansere karşı oluşan tepkiler;

- Kanserin tipine
- Hastanın kişisel özelliklerine
- Psikososyal çevreye göre değişmektedir (32, 33).

Kanser hastalığına karşı beklenen tepki; endişe, gerginlik, kaybedilen sağlıklı beden düşüncesine karşı keder ve üzüntü sebebiyle hastalığın önemini yok sayma, yaşadığı durumu bir savaş olarak görme veya kadercı bir bakışla durumu

değerlendirmeden kabullenmeye kadar çeşitlilik gösterir. Kanser tanısı alan hastada yaşanan süreç aşamaları; inkar, öfke, pazarlık, depresyon, kabullenme olarak sıralanmaktadır. Bireyin gösterdiği ilk tepki bir şok olma durumudur ve bu durum zamanla geçer. Bu his azalmaya başladığında ve kişi kendisini toparlamaya başladığında akıldan geçen genellikle “hayır bu benim başıma gelmiş olamaz” düşüncesi olur. Hastaların büyük çoğunluğu sadece hastalığın ilk evresinde veya hastalığını öğrendikten sonra değil, sonraki süreçte de inkara, başvurmaktadır. İnkâr, bu beklenmedik durum karşısında, kişinin kendisini toparlaması için tampon görevi görmektedir (34, 35). İlk inkar evresi artık geçmeye başladığında, “Neden ben, neden o değil” şeklinde yerini öfke, haset içeren düşünceler alır. Öfkenin herkese ve tüm çevreye yansıtılması, inkarın aksine tedavi ekibini ve aileyi zor duruma sokan bir duygu halidir (34, 35). Bir diğer aşama olan pazarlık, diğer evrelere göre daha az bilinmekte ve kişiye yardımcı bir görev üstlenmektedir. Bu dönem tedaviye uyum sağlama ve çaba gösterme dönemidir. Kişi “Tanrı bizi bu dünyadan almaya karar vermiş olsa bile iyilikle yardım istesem daha olumlu yanıt verebilir.” Düşüncesi ile kendisi ile Tanrı arasında bir iş birliği yapar (34, 36). Bir sonraki aşama olan depresyon, hastalık durumu daha da ağırlaştığında veya kişi fiziksel olarak gittikçe zayıf ve dayanıksız düştüğünde durumunu örtbas edemez ve gülüp geçemez. Beden imajındaki bozulma, organ kayıpları, tedavi masrafları, aileye maddi yönden yardım edememe kişinin çevresindekiler tarafından da bilinir ve tüm bunların sebep olduğu depresyona tepkisel (reaktif) depresyon adı verilir. Ekonomik destek kolları geliştirildiğinde, sıkıntılar giderildiğinde, kişinin ne kadar hızlı iyileşme gösterdiği gözle görülür şekilde gözlemlenebilir (34). Bu dönemde kişinin her şeye iyi yanından bakması gerektiği söylenmemeli, üzülmemesi söylenmemelidir. Üzüntüsünü ifade etmesine izin verilmesi, kendi sonunu kabullenmesinde yardımcı olacaktır (34, 36). Üzüntüsünü ve tüm hislerini dile getirebilen birey, kabullenme evresine daha çabuk ulaşabilecektir. Bu evrede birey her şeyi kabul etmiş, kendi yasını tutmuş, sessiz bir bekleyişe girmiştir ve bu evre duygudan yoksunluk evresidir. Kişi için ağrıları bitmiş, savaş sona ermiştir. Kısacası “kişinin son uzun yolculuğundan önceki son istirahat” zamanıdır. Ve bu dönem hasta bireyden daha çok ailesinin yardım ve anlayışa ihtiyaç duyduğu dönemdir. Tüm bu evreler her hastada sırası ile görülmeyebilir veya kişi bu evrelerin hiçbirisini yaşamayabilir (33, 34, 35, 36).

Hasta ve yakınlarının tedavi esnasında, bilişsel, ruhsal, psikolojik, duygusal ve sosyal alanlarında büyük etkiler oluşmaktadır. Hem hastalık tanısı konulma süreci hem de tedavi süreci hastanın kişilik ve bedenine ilişkin algısında, gündelik yaşantısı esnasında, kişilerle ilişkilerinde, seksüel durumunda, sosyal rollerinde tanı konulması ile başlayan değişimler yaratarak destek gereksinimini artırır. Kişide geleceğe ilişkin belirsizlik, kemoterapinin ya da radyoterapinin belirgin fiziksel yan etkileri ve ölüm düşüncesi bir taraftan psikososyal iyiliği tehdit ederken öte taraftan hasta birey içerisinde bulunduğu sürece uyum sağlama çabasıdır (37, 38).

Kanser tanısı alan bireyi, tedavi sürecinde birçok ileri tetkik ve çeşitli tedavi yöntemleri beklemektedir. Çoğu hasta ilk tedavi aşamasında büyük umutla beslemektedir ve her türlü uğraşmayı göze almaktadır. Cerrahi girişimler kişide vücut imajının bozulmasına dair endişe ve hareket kısıtlılığı duygusu oluşturur ancak çoğu hastada da, hastalıklarının hayatını tehdit edici boyutuna ilişkin kaygıları daha ön planda olduğu için, vücut görünümüne dair endişeleri ikinci planda kalır. Bu hastalar cerrahi tedaviyi ertelemek isteyebilirler ve cerrahi dışı tedavi yöntemi aramaya yönelebilirler. Bu hastalarda ayrıca cerrahi işlem sonrası post-operatif depresyon gelişme riski oldukça yüksektir. Bu riskin şiddeti, kişinin vücut imajına ilişkin yüklediği duygusal anlamlarla birebir ilişkilidir (39, 40).

Radyoterapi uygulaması ise kişide yeni kaygı ve endişelere yol açar. Kişinin ailesi ve tedavi ekibi ile tedavisinin her aşamasında ilişkilerinin sürdürmesi, yalnızlık ve terk edilmişlik duygularına kapılmamasında etkilidir (39).

Kemik iliği baskılanması ve enfeksiyon risklerinden kaynaklı, zorunlu izolasyon, psikolojik durumu etkilenebilir. Bu sebeple sosyal izolasyon gelişebilir ve bu süreçte kişi ile fiziksel ve psikolojik bağ kurmak, yakınlık göstermek çok önemlidir. Psikoz özgeçmiş olan, duyu organ kaybı olan kişilerde çevresindeki insanların kendisini zehirleyeceği, kötülük yapacağına dair doğruluğu olmayan düşüncelere kapılabilir. Bu durumlarda kişiyi psikiyatri tedavisine yönlendirmek ve süreci izlemek gereklidir (39).

Tüm bu süreçlerde bazı ailelerde kişiler arası iletişim artmakta ve bağ kuvvetlenmekte, bazılarında ise tam tersi etki görülmektedir. Eşler, genellikle evde hakim olan rol algısı ve sorumlulukların değişmesi ve hasta olan kişinin duygusal çöküntüleri karşısında yetersizlik ve çaresizlik hissedebilmektedirler. Aile fertleri ve kişinin sosyal çevresinin, hastaya karşı nasıl davranacakları konusundaki bilgi

yetersizliđi ve tecrube eksikliđinden kaynaklı hasta kiřiyle yakınlık kurmaktan kaçınabilirler ve bu sosyal izolasyona sebep olmaktadır. Kiřinin mesleki hayatındaki performans dūřuklūđu, tedavi zamanlarında iře gidememe gibi sebeplerle maddi kazançta kayba uğrayabilirler (40).

Kanser hastalarında tanı, tedavi aşamasının yanı sıra, tedavi sonrası veya nüks esnasında yaşadığı psikolojik ve fiziksel yıkımlar da vardır (41). Bu dönemde öfke, iče kapanma, depresyon ön plandadır. Kiřinin yaşam şekli ve hayatı algılama şekline göre verdiği tepkiler değişkenlik göstermektedir. Kiřinin özel hayatı ile bulunduğu konumu arasındaki otonomiye koruyabilme endişesi çok yüksektir. Terkedilme ve yalnız kalma hakkındaki endişeleri ičten iče artış gösterebilmektedir (39).

4.3. Travma Sonrası Gelişim

4.3.1. Travma kavramının tarihçesi

Travma kavramının tarihçesi II. Dünya Savaş'ı gazilerine uygulanan hipnoz ve narkosentez uygulamaları ile yaşanılan psikolojik problemleri bastırma uğraşlarına dayanmaktadır (42). Büyük savaşlar sonucu travma kavramı üzerine bilgi ve deneyimler artmış ve literatürde ilk kez Abraham Kardiner "Fizyonöroz" kavramını kullanarak travmatik olaylar sonucundaki semptomları tanımlamıştır (43). Travmaya bağlı stres DSM I'de farklı bir kategori olarak ele alınmış, DSM II'de yetişkinlerde uyum bozuklukları kapsamında ele alınmış, DSM-III'te ise ilk kez (1980) 'Post Travmatik Stres Bozukluğu' ismi altında bir tanı grubu olarak ele alınmıştır (42). Bu grupta travma kavramı da ayrıntılı olarak ele alınmış ve bir yaşam deneyimine travma denilebilmesi için objektif anlamda bir stresörün yani olağan dışı bir olayın olması gerektiği öne sürölmüştür. DSM-IV de bireyin kişisel özellikleri ve öznel tepkinin olması gerektiği de belirtilmiştir. DSM V'te ise travmayla ilişkili bozuklukların Travma ve Stres ile İlişkili Bozukluklar başlığı altında ayrı bir bölümde toplandığı ve travma tanımına deneyimin yalnızca kişinin yaşamış ya da tanıklık etmiş olması değil buna ek olarak başkasının başından da geçebileceği ibaresi eklenmiştir (44, 45).

4.3.2. Kavramsal açıdan travma

Travma kavramının literatürde çok farklı tanımlamaları olmakla beraber, en genel tanımıyla travma 'gerçek bir ölüm tehdidinin bulunduğu, ağır yaralanma,

fiziksel ve psikososyal bütünlüğe yönelik bir tehdidin meydana geldiği ve kişinin kendisinin başına geldiği, şahit olduğu veya sevdiği bir kişinin olaya maruz kaldığını öğrendiği olağandışı olaylar' olarak tanımlanmaktadır (9). Güncel terminolojide travma, doğal afet, trafik kazası, tecavüz, fiziksel saldırı, ciddi fiziksel hastalık gibi akut durumları kapsayan Tip 1 travma ve gelişimsel, tekrarlayıcı, çocukluk çağına dayanan istismar ve ihmal gibi durumların olduğu çoğul travmaları içeren Tip 2 Travma olarak iki kategoride ele alınmaktadır (29, 42, 46).

Travmatik olaylar, beklenmedik olmaları ve bireyin yaşamında uyumu sağlayan baş etme yollarını da kullanamamasıyla karakterizedir (46, 47). Olumsuz ve hatta çoğu zaman yıkıcı sonuçları olan doğal afetler, kazalar, savaşlar, ayrılık ya da kayıplar travmatik yaşam deneyimlerine örnek olarak sayılabileceği gibi yaşamı tehdit eden bir hastalık tanısı almak da travmatik bir deneyim olabilmektedir. Bu tip yaşam deneyimlerinin fiziksel sonuçlarının yanı sıra anksiyete, depresyon, bağımlılık veya kötüye kullanımı, intihar girişimleri ya da travma sonrası stres bozukluğu gibi birçok psikososyal sonuçlara sebep olduğu görülmektedir (48). Diğer taraftan bu deneyimlerden bazıları var oluş nedenini/yaşamın anlamı sorgulama, öncelikleri gözden geçirme, ilişkilerin iyileştirilmesine yönelik çaba gösterme, kişisel güçlenme algısı gibi birtakım önemli olumlu değişikliklere neden olarak kişinin şuan ki ve gelecekteki durumunu belirleme gücüne sahip olabilmektedir (2, 49).

4.3.3. Bir travma olarak kanser

DSM'nin travma kavramını ele alış biçimi baz alındığında kanser, birçok psikososyal probleme yol açabilme olasılığı barındıran travmatik bir olay olarak açıklanabilir (50, 51). Kanser ölüm riski yüksek bir hastalık oluşu, tedavi sürecinin zorluğu ve tedavi sürecinden sonra yüksek tekrarlama riski nedeniyle pek çok değişimleri ve travmayı içeren zorlu, alışıl gelmişin dışında bir yaşantıdır (10, 11, 12).

Bireylerin kanser ile baş etmeye çalıştıkları dönemde iyi olma, kontrol gücünün olması, hastalıklara karşı dayanıklılık, dünyanın ve hayatın anlamlı, adil ve koruyucu oluşuna karşı inançları keskin bir şekilde yıkılabilir. Öz-bildirim ölçümlerine dayalı çalışmalarda, kanser hastalarında travma sonrası stres bozukluğu oranları %13 ile %35 arasında değişim göstermektedir (13). Tokgöz ve arkadaşlarının kanser hastalarında travma sonrası stres bozukluğu oranını %19 olarak bulmuş ve bu bozuklukların sosyo-

demografik özelliklerden etkilenmediğini saptamışlardır. Ancak tıbbi özelliklerin etkileri incelendiğinde kemoterapi alan hastalarda, almayanlara göre bu oranların daha yüksek olduğu görülmüştür. Kemoterapinin travmayı hatırlatıcı bir etken olduğu ve bunun da travmatik strese bağlı problemlerin devam etmesine neden olduğu vurgulanmış, kemoterapi tedavisi alan hastalara daha özenli ve etkili psikolojik yaklaşımların uygulanması önerilmiştir (52). Literatürde hastalığın çeşidi, hastalık süresi, yeri, belirtileri, tahmin edilen prognoz gibi tıbbi faktörlerin, hastanın önceki hastalık deneyimlerindeki uyum düzeyi, hem fiziksel hem psikolojik rehabilitasyon kapasitesi, hastanın kendisine bakışı ve problemleri ile baş etmede kullandığı yöntemleri, ego algısı, hayatın gelişimsel olarak hangi konumda olduğu ve hastalığın bulunduğu konuma etkisi, kişinin destek sistemleri, içinde bulunduğu kültür ve dini inançları, bakım veren ekibinin tutumu gibi psikososyal faktörlerin kansere bağlı gelişen travmatik bozuklukları etkilediği bildirilmektedir (13, 36).

Kanserde, hastanın deneyimlemekte olduğu travmayı atlatabilmesi için psikolojik durumlarını ve yaşam enerjilerini normalden çok daha yüksek tutmaları gereken bu dönemlerinde, psikososyal desteği bakım ve tedavinin köşe taşlarından biri olarak ele almak gerekmektedir (37).

4.3.4. Travma sonrası gelişim

Travma ile ilgili literatür incelendiğinde travma sonrası gelişen olumsuz sonuçların önlenmesi ve bireylerdeki baş etme yöntemlerine odaklandığı görülmektedir (29, 51). Travma sonrası gelişim kavramı ise travma literatüründeki yeni gelişmelerdendir. Travma sonrası gelişim kavramı her ne kadar literatürde Tedeschi ve Calhoun ile 1980'li yıllarda ortaya çıkmış olsa da bu kavramın örneklerine Mısır mitolojisi, İslamiyet, Katolik inancı, Budizm ve Hinduizm öğretilerinde rastlamak mümkündür. Tinsel öğretilerde acı, sevinç kadar değerlidir ve acı çekmenin olumlu değişimi ortaya çıkarabilme gücüne ilişkin anlayış oldukça eskiye dayanır. Travma sonrası gelişim, büyük oranda stresi beraberinde getiren yaşam deneyimleri ile mücadelenin kişinin hayatında bir sıçrama tahtası görevi gördüğü, bu deneyimler sonucu bireylerde görülen kendini gerçekleştirme yönünde olumlu değişimleri ifade etmek için kullanılan bir terimdir (14, 53, 54). Literatürde 'yorumlanan kazanç', 'stres ilişkili büyüme', 'gelişme', 'olumlu psikolojik değişiklikler', 'ters büyüme'

kavramları travma sonrası gelişim kavramıyla eş anlamlı kullanılmaktadır (55, 56). Bu kavram kronik hastalığı ve/veya sakatlığı olan bireylerde, çocuklarında sağlık sorunlarıyla baş etmeye çalışan ebeveynlerde, trafik kazaları, yangınlar ya da tecavüzden sağ kalanlarda, kanser, AIDS, kalp krizi gibi mortalitesi yüksek sağlık problemleri yaşayan kişilerde incelenmiştir. Bu çalışmalarda büyüme terimi, bireyin travmatik olaydan önce var olan uyum seviyesinin ya da psikolojik durumunun ya da yaşamın anlamına dair farkındalığının gelişmesine vurgu yapar (48, 57). Travmatik deneyimi olan bireylerin üçte ikisinde en az bir alanda bu olumlu değişimlerin görüldüğü bildirilmektedir (14, 58). Bu oran oldukça yüksek olmasına karşın, her travmatik deneyimi olan bireyde travma sonrası büyüme olmayacağına da göstergesidir. Travma sonrası büyümenin oluşmasında ve bu büyümenin boyutunun belirlenmesinde travmatik deneyim/travma ile mücadele yaşamak dışında kişisel özellikler (baş etme yöntemleri, özgüven) çevresel destekler (sosyal destek, maddi kaynaklar) ve travmaya neden olan olay ile ilgili faktörler etkili olmaktadır (46, 59).

4.3.4.1. Travma sonrası gelişimin türleri

Travma sonrası gelişim, her bireyde aynı şekilde kendisini göstermeyebilir, kimi bireylerde yaşamının bazı kısımlarında olumlu etkiler görülse de. Başka bireylerde hiçbir farklılık görülmeyebilir (60, 61). Travma sonrası gelişimin oluşmasını etkileyen faktörler bireysel (kişinin sorunlarla başa çıkma yöntemleri, kişinin kendine olan güven duygusu) ve çevresel faktörler (sosyal destek, maddi kaynaklar) olabileceği gibi yaşanan olayla ilgili değişkenler de olabilir (62, 63).

Travma sonrası gelişim genel olarak üç grupta ele alınır (60, 61):

4.3.4.1.a. Kişilik algısında yaşanan değişim

Hayatta kalana karşı kurban ifadesi

Travmatik olaylarda; kişinin kendisini deneyimlediği yıkıcı olayda kurbanı olarak değil, olay sonrasında ayakta kalan olarak tanımlayabilmesi travma sonrasında gelişimden bahsedebilmek için gerekli en önemli basamaktır. Psiko-travmatoloji alanında çalışan uzmanlar bu tarz etiketlemenin önemli olduğunu, kişinin olumsuz etkilenmelerinin en aza indirilmesi konusunda kişiyi desteklemenin temel nokta olduğunu söylemektedir. Hayatta kalan etiketi olayı deneyimleyen bireyin kişiliğinin güçlü ve kendisinin özel olduğuna inanmasını sağlamaktadır (60, 61, 64).

Kendine güvenmek

Bir travma sonrası hayatta kalan bireyin, diğer bir travmatik olay ile baş edebilme becerisini yalnızca yaşadığı yeni travma belirleyebilir. Fakat öncesinde ayakta kalanların çoğunlukla güçlü olduklarına ve yeni bir zorluk ile nasıl baş edeceğine ilişkin duygularının geliştiği belirtilmektedir. İkinci kez farklı bir travma yaşayan vakalara ilişkin literatürde örnekler oldukça kısıtlıdır, ancak bu tip vakalarda kişilerin yeni bir travmatik deneyim sonrasında daha az etkilenecekleri ve önceki deneyiminden gelen travma sonrası gelişimin desteği ile gelişim düzeylerini daha da yükselteceği tahmin edilmektedir (60, 61).

Kolay incinirlik, hassasiyet

Travma sonrası gelişim gösteren kişilerden bazıları güçlerinin farkında olan, kırılğan olduklarına, ölümlü olduklarına dair farkındalık kazanmış ve hayatlarının değerli, narin ve incinebilir olduğunu kavramış kişilerdir. Bu kişilerdeki güçlülük duygusu diğerlerinden gelen desteğe gereksinim duymama ve diğerlerinin kırılğanlığını kavrama ile karıştırılmamalıdır. Güçlü olma duygusu çevreden gelecek desteği aramaya ve yararlı olmayan destekleri de reddetmeye ilişkin kişiyi motive eder (60, 61).

4.3.4.1.b. Kişiler arası ilişkilerde yaşanan değişim

Kendini Açma ve Duyguları İfade Etme

Travma sonrasında görülebilen gelişimlerden biri de kişinin hislerini korkmadan, rahatça açığa vurma konusundadır. Sosyal desteğin bu konuda bir kolaylaştırıcı olduğu ve kişilerin hislerini o zamana kadar hiç olmadığı gibi ifade etmek için bir araç olduğu bildirilmiştir. Travmatik deneyim yaşayan kişilerin bildirdiklerine göre onlara bir fırsat olmaktadır. Örneğin, kanser tanısı sonrası hastaların eşleri ile aralarındaki bağılılıklarının karşılıklı arttığı, ilişkilerinin güçlendiği görülmüştür. Güvenilir olarak görülen kişilere duygusal olarak yakınlık hissetme şeklindeki tepkiler travmatik deneyimin olumsuz sonuçları sonrasında öğrenilmiş bir durum olabilir. Fakat bu travmatik deneyimler bazen güvenilir olarak görülen kişiler ile olumsuz etkileşimler yaşanmasına sebep olarak, hastalıklar veya zorluklar sonucu

görülen gelişimden farklı olarak kişilerarası ilişkiler konusunda farklı sonuçlara yol açabilmektedir (61, 62, 65).

4.3.4.1.c. Yaşam felsefesinde yaşanan değişim

“Yaşam Felsefesi” alanı dört temel konuyu kapsamaktadır. Fakat travma sonrası gelişim kavramı altında ele alınan bu alan henüz felsefede incelenen konular arasında yer almamaktadır (61, 66). Kişinin hayatında bir tehdit olarak algılanabilen bazı travmatik olaylar, kişide kendisine yeni bir şans verildiği ya da canının bağışlandığı düşüncesine kapılmasına sebep olabilir. Bireyler aldıkları her nefesin değerini anladıklarını, mutluluğun onlar için artık daha kolay olduğunu ve günlük yaşamdaki problemlere daha basit baktıklarını söylemektedirler. Büyük bir stres faktörünün baş göstermesi ile yakın ilişkide buldukları insanlara daha çok vakit ayırmaları gerektiğine dair farkındalık oluşması örnek olarak verilebilir. Kişiler bu değişimler sonucu hayatlarında nelere değer verdikleri konusunda karar vermede hislerinin olumlu yönde arttığını bildirmektedirler. Travmanın hassasiyet yarattığı ve hayata verdiği önemi arttırdığını fark eden kişiler daha az önemli gördükleri konulara vakit ayırmaktan rahatsız olduklarını ifade etmektedirler (61, 67).

4.3.5. Kanser ve travma sonrası gelişim

Travmatik deneyimler insanın yaşamının her döneminde ortaya çıkabilmektedir. Sağlık problemleri ve hastalıklar birçok kayıp sürecini ve ciddi yaşam değişikliklerini içerdikleri için sıklıkla karşımıza bireyin kendisi ve ailesi için birer travmatik deneyim olarak çıkmaktadırlar. Kanser ölüm riski yüksek bir hastalık oluşu, tedavi sürecinin zorluğu ve tedavi sürecinden sonra yüksek tekrarlama riski nedeniyle pek çok değişimleri ve travmayı içeren zorlu, alışıl gelmişin dışında bir deneyimdir (10, 11, 12). Bu özellikleri nedeniyle birçok sağlık problemi arasından kanser hastaları travma sonrası gelişim kavramının sıklıkla incelendiği bir gruptur. Bunun yanı sıra literatürde kanser tedavisi sırasında gelişim yaşayan hastaların prognozlarının çok daha iyi olduğu ve immun sistemlerinin çok daha güçlü olduğu bilinmektedir (68, 69). Bu durum travma sonrası gelişim kavramının kanser gibi mortalitesi yüksek bir hastalık grubunda özellikle ele alınması gerektiğini gözler önüne sermektedir.

Kanser hastalarında travma sonrası gelişim kavramını inceleyen ilk çalışmada meme kanseri tanılı kadınlarda travma sonrası büyümenin özellikleri ve bazı özelliklerin etkileri incelenmiştir. Çalışma sonucunda kişiler arası ilişkiler, hayata bakış ve maneviyat alt boyutlarında yüksek oranda travma sonrası gelişim görülmüştür (70, 71). Ülkemizde ise Tokgöz ve arkadaşlarının 2008 yılında yaptıkları çalışma ilk örnektir (52). Bu çalışmada ‘ruhsal gelişim’ terimi kullanılmış olup, kanser hastalarında travma sonrası stres bozukluğu ile gelişim durumları ve etkileyen sosyo-demografik/tıbbi özellikler incelenmiştir. Katılımcıların beşte birinde travma sonrası stres bozukluğu olduğu ve kişilerin cinsiyetinin, yaşlarının, evli olup olmadıklarının, eğitim ve çalışma durumları ile çevreden aldıkları destek, hayatın sürdürüldüğü yer, çocuk sahibi olma, kemoterapi tedavisi değişkenlerinin etkileyen faktörler olduğu saptanmıştır. Katılımcıların ruhsal büyüme puan ortalamaları 124,1 olarak bulunmuş ve yaş ile cinsiyet etkileyen faktörler olarak belirtilmiştir (52).

4.4. Sosyal Destek

Toplumsal bir varlık olan insanın yaşaması ancak çevresinde bulunan diğer insanların yardımı ile mümkündür. Yaşam sürecinde insan doğumdan itibaren diğer insanlarla bir dizi ilişkiler içine girerek hayatını devam ettirmektedir. Bu ilişkiler bireyin yaşamına dair istek ve doyum gereksinimlerini temel almaktadır. Toplumsal yaşantı işte bu beklenti ve bu beklentilerin karşılıklı doyurulma çabalarından oluşmaktadır (15, 72). Toplumsal yaşantı içerisinde geniş bir sosyal çevre içinde yer alan bireyin eş, çocuk, ebeveyn, arkadaş şeklinde farklı rolleri vardır. Sahip olduğu roller içinde kişi destek alıyor, seviliyor, değer görüyor ve ihtiyaç durumunda yardım alabiliyorsa, kendisini güven içerisinde ve mutlu hisseder. Bunun tersi olarak, kişinin gördüğü destek az ya da dengesiz ise her zorlu yaşam deneyimlerinde tedirgin olduğunu, elinden bir şey gelmediğini ve değer görmediğini hissedeceği için, psikolojik ve fiziksel sağlığının olumsuz yönde etkilenme riski artacaktır (72, 73). Literatürde sosyal destek kavramına dair birçok farklı tanımlamalar yer almaktadır. Bu tanımlamaların her biri sosyal desteğin çeşitli yönlerine değinmektedir. Fakat en geniş tanımıyla sosyal destek; kişinin aidiyet, sevilme, sorumluluk alma, takdir görme ve kendini gerçekleştirme gibi önemli gereksinimlerinin sosyal ağdaki etkileşimler ile karşılanmasıdır (15, 74). Bir başka deyişle sosyal destek, genellikle strese maruz kalan

veya zor durumda olan bireye yakın ilişki içerisinde bulunduğu eş, aile, akraba, arkadaş gibi kişilerden alınan fiziksel-ruhsal yardım olarak tanımlanabilir (73, 75).

Literatür incelendiğinde bu kavramın, 1970 yıllarında ortaya çıktığı ve irdelenmeye başlandığı görülmektedir. Sosyal desteğin işlevleri sosyal destek kaynakları, sosyal destek türleri, incelenen konulardandır.

4.4.1. Sosyal desteğin işlevleri

Sosyal desteğin işlevleri incelendiğinde, stresle baş etme, problemleri çözmeye, psikiyatrik hastalıklardan korunma ile sosyal destek arasındaki bağlantıyı inceleyen tüm araştırmacıların sosyal desteği farklı şekillerde sınıflandırdığı görülmektedir. Baş etmede yeterliliğin sağlanmasında sosyal desteğin çok önemli bir rolü olduğu konusunda uzlaşma olmasının yanı sıra literatürde, yeterli sosyal desteğe sahip olmayan/yetersiz olan hastalarda, işlevsel yetersizlik ve kayıpların daha sık yaşandığı, genel hasta sonuçlarının olumsuz etkilendiği, sosyal destek kaynakları olan hastalarda ise işlevsel yetersizlik ve kayıpların hiç yaşanmadığı da belirtilmiştir (76, 77). Sosyal destek, stres kaynağını tamamen yok etmese dahi kişilerin anksiyete düzeylerini en aza indirgeyerek kişilerin daha pozitif, daha sağlam otonomiye sahip olmalarını ve problemler ile başa çıkmak için yeni yöntemlere daha açık hale gelmelerini sağlamaktadır (15, 77, 78).

Sosyal desteğin işlevleri şu şekilde özetlenebilir;

- Kişilere, ihtiyaç duydukları hizmetleri ve malzemeleri sağlayarak, psikolojik rahatlık sağlarlar.
- Beklenen sorunlara dair bireylere rehberlik olarak, sorunlarla başa çıkma yollarını sunarlar.
- Bireylerin performanslarını geliştirmeleri için geribildirimlerde bulunurlar.
- Uyum sağlama ve bireysel gelişime yardımcı olur.
- Hem günlük yaşantıda hem de ihtiyaçlar ve kriz anında bireyler arası ilişkileri kurarak, stresin olumsuz etkilerine karşı korunmasını sağlar (80, 81).

4.4.2. Sosyal destek türleri

Bireyin en önemli sosyal destek kaynakları; kişinin içinde yaşamakta olduğu toplum, ailesi, eşi/hayatındaki özel kişi, akrabaları, arkadaşları, iş arkadaşları, siyasi, dinsel veya kültürel çevresidir. Sosyal destek kavramının tanımlanmasına yönelik çalışmalarda sosyal destek kavramının farklı kategorilere ayrıldığı bilinmektedir. Sosyal destek kaynakları genel olarak bir yasaya bağlı olarak resmi kurum ve kuruluşlar ile hizmet veren sivil toplum kuruluşlarınca yürütülen destekleri kapsayan formal destekler ve yakın ilişkiler içerisinde olduğumuz kişiler ile herhangi bir şekilde destek olan diğer bireylerin sağladıkları desteği ifade eden informal destek kaynakları olarak ele alınmaktadır (72, 79).

Sosyal desteğin farklı gruplandırmaları da bulunmaktadır:

Araçsal destek (instrumental support): Parasal kaynaklar, çalışma desteği, zaman ve çevresel desteği ifade eden, somut ve maddi olan destekleri içermektedir. Kişilere yapılan maddi yardımlar, bağışlar ya da verilen borçlar, bir eşyanın kullanım için ödünç verilmesi, başkası için alışveriş yapma gibi durumlar örnek olarak sayılabilir. Bu alanın diğer sosyal destek tiplerinden farkı yapılan girişimin kişinin problemini direkt olarak onun adına çözmesidir (72, 79, 82).

Duygusal destek (emotional support): Bu destek, karşısındaki bireyin yaşadığı zorlukları dinleme, hislerini açma, sevgi, ilgi, şefkat gösterme gibi paylaşımları içermektedir. Bu paylaşımlar, bireyde diğer kişiler tarafından değer gördüğü, saygı duyulduğu ve duygularının paylaşıldığı hislerini uyandırmaktadır. Bu tür desteğin etkililiği kişinin içinde bulunduğu psikososyal koşullar ile direkt ilgilidir. Duygusal desteğin etkisinin, bireyde kendine olan güven artışı ve sorunlarla başa çıkmada artış gibi olumlu değişikliklerin ortaya çıkmasını sağlayan motivasyon, güdülenme gibi duygulara sahip olmada önemli olduğu belirtilmektedir. Duygusal işlevi oluşturan kişiye özgü tutumların, bireyin stresli olayların sebep olduğu sonuçları ile duygusal yönden başa çıkabilmelerini sağladığı vurgulanmaktadır (72, 79).

Bilgisel Destek (informational support): Kişiyi bireysel ve sosyal problemlerine ilişkin bilgi aktarımında bulunmak, nasihat vermek ve rehberlik etmek gibi

davranışları kapsar. Birey strese yol açan olay ile karşı karşıya geldiğinde problemi çözmeye konusunda başarısız olmuş olabilir. Stres durumunda kişinin sosyal çevresinin dikkatini hiç çekmemiş farklı çıkış yolları sunarak bilgisel destek verilebilir (21, 79).

Yaygın destek: Bireyin boş vakitlerinde başka kişiler ile vakit geçirme, eğlenme, paylaşımda bulunma gibi sosyal arkadaşlıkları tanımlamak amacıyla kullanılmaktadır. Yaygın destek, bir gruba ait olma duygusunu gidermekte ve diğer insanlar ile kişisel problemleri hakkında paylaşımda bulunmasını sağlamakta böylece anksiyeteyi azaltma ve kişide rahatlama sağladığı öngörülmektedir (72, 79).

4.4.3. Kansere ve sosyal destek

Kanserde hastalık temelli ve tedavinin yan etkileri ile bireylerde ağrıdan, cinsel işlev bozukluğuna, yorgunluktan alopesiye kadar uzanan birçok sistemi etkileyen semptomlar görülmektedir (83, 84). Sosyal desteğin kanserli bireyler için yararının önemli ölçüde yararının olduğunu ve aile üyelerinden, arkadaş çevresinden alınan duygusal destek ile kansere fiziksel ve mental uyum derecesi arasında olumlu bir ilişki olduğunu açıklayan birden çok çalışma vardır (85, 86, 87). Kendisine kanser tanısı konulmuş olan birey, o güne kadar hayatını sağlıklı şekilde sürdürmede ve hayatında karşısına çıkan diğer problemlerini çözmeye kullandığı başa çıkma yöntemlerinin artık yetersiz kaldığını fark eder. Bu sebeple kişide bedensel bozuklukların yanı sıra birçok uyum mekanizmalarının sarsılması, geleceğe yönelik beklenti ve planların bozulmasına varan birçok psikososyal değişim gözlenir. Bu duygusal, bilişsel ve fiziksel değişimler bireylerde zayıflık hissi, korku, endişe, çaresizlik ve dağılma gibi duyguların yükselmesine sebep olur (85, 88). Zorlu bir mücadele yaşanan kanser hastası hastalığın kendisinde oluşturduğu şok etkisi ile baş etmek ve kanseri yenebilmek için duygusal ve sosyal desteklere gereksinim duyar. Sosyal desteğe sahip olmanın, kanserin yol açtığı stresin hastadaki etkisini en aza indirmede, bedensel ve ruhsal problemlerin engellenmesinde oldukça etkili rolü olduğu bilinmektedir. Destek gören birey üzerinde olumlu etkilerinin yanı sıra yardım eden kişide de bıraktığı etkiler nedeniyle sosyal destek oldukça karmaşık yapıya sahip olan bir kavramdır (16, 89, 90).

Kişi tarafından ihtiyaç duyulan destek türü hastaya, bulunduğu zamana ve şartlara göre farklılık göstermektedir. Farklı sosyal destek türleri hastaya farklı yönlerden katkıda bulunmaktadır. Farklı kaynaklar kişiye aynı şekilde destek verseler de bireyin bu duruma göstereceği tepki farklıdır. Bu durumda önemli olan kişinin kendisine yakın hissettiği insanlardan aldığı duygusal destektir. Kanser tanısı olan bireylerin kendilerine olumlu etkisi olabilecek sosyal destek kaynaklarından ilk akla gelenler, aile, duygusal birliktelikler ve arkadaşlardır. Bunun yanı sıra kanser yalnızca tanı alan bireyi değil ona bakım veren aile üyelerini ve yakınlarını da etkilemekte, bireyin çevresinde de günlük yaşam aktivitelerinin etkilenmesi, anksiyete, depresyon, sosyal izolasyon ve rol kaybı gibi birçok psikososyal problem görülmektedir (15, 86, 90). Sosyal çevredeki bu olumsuz etkileşim hastanın algıladığı sosyal desteği de etkilemektedir. Bu nedenle hemşirelerin bakım verilen kanser hastalarında sosyal destek durumlarını belirlemeleri ve kaynakları harekete geçirecek şekilde hemşirelik planlamalarını yapmaları önemlidir.

Kanser, bireyde büyük fiziksel ve psikososyal değişimlere yol açan, bu nedenle de yaşamın her alanını büyük ölçüde etkileyen, ruhsal ve toplumsal problemlerin ortaya çıkmasına sebep olan bir deneyimdir. Önemli bir toplumsal sağlık problemi olan ve gün geçtikçe görülme oranı artan kanser hastalığının kişide oluşturduğu psikososyal etkilerden olan travma sonrası gelişim durumlarının sosyal destek ile ilişkisinin ve etkileyen faktörlerin anlaşılması, hemşirelik bakımının planlanmasında ilk adım olacaktır. Bu çalışmanın bu nedenle önemli olduğu düşünülmektedir.

5. METHOD VE MATERYAL

5.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma kanser hastalarında travma sonrası gelişim ve sosyal destek ilişkisini belirlemek amacıyla, tanımlayıcı, kesitsel olarak yapılmıştır.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 1 Aralık 2015- 1 Mart 2016 tarihleri arasında, İstanbul’ da özel bir üniversite hastanesinin onkoloji bölümünde yapılmıştır.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul’ da özel bir üniversite hastanesinin onkoloji bölümünde takip edilen kanser hastaları oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise bu hastalardan; kanser tanısından en az altı ay geçmiş, tanısını bilen, iletişim problemi, mental sorunu olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 120 hasta oluşturmuştur.

5.4. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma; İstanbul’ da özel bir üniversite hastanesinin onkoloji bölümüne gelen ayaktan takibi yapılan, çalışmaya katılım koşullarını karşılayan hastalar ile yüz yüze görüşülerek çalışma ile ilgili bilgi verilip, katılmak isteyen gönüllülerin onamı alındıktan sonra, veri toplama araçlarının (Anket formu, Travma Sonrası Gelişim Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği) uygulaması şeklinde yürütülmüştür (EK-1, EK-2, EK-3).

5.5. Araştırma Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; Travma Sonrası Gelişim Ölçeği puanları, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanlarıdır.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri ise; bireylerin sosyo-demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, aile tipi, çocuk sahibi olma durumu, ekonomik durum) ile tıbbi (tanı ve hastalık süresi) özellikleridir.

5.6. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak, onkoloji hastalarına yönelik Sosyo-demografik Bilgi Toplama Formu (EK-1) Travma Sonrası Gelişim Ölçeği (EK-2) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (EK-3) kullanılmıştır.

5.6.1. Sosyo-Demografik Bilgi Toplama Formu

Sosyo-demografik ve tıbbi özelliklere ilişkin veri toplama formu (EK-1) bireylerin sosyo-demografik ve tıbbi özelliklerine (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, aile tipi, çocuk sahibi olma durumu, ekonomik durum, tanı ve hastalık süresi) yönelik sorular içermektedir.

5.6.2. Travma Sonrası Gelişim Ölçeği

Travma Sonrası Gelişim Ölçeği (Posttraumatic Growth Inventory [PTGI]) Tedeschi ve Calhoun (1996) tarafından travmatik yaşam olayları sonrasında algılanan pozitif değişiklikleri ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin alt boyutları; “Diğer Kişilerle Olan İlişkilerde Değişim” (16,15,21,6,20,9,8), “Yaşam Felsefesinde Değişim” (7,3,14,17,11) ve “Kişinin Kendisindeki Değişim” (18,4,19,13,2,12,1,5,10) olarak adlandırılmıştır. Toplam 21 maddeden oluşan ölçek altılı likert tipte olup 0 (Stresli olay sonucu bu değişimi hiçbir şekilde yaşamadım) ile 5 (Stresli olay sonucu bu değişimi çok büyük ölçüde yaşadım) arasında puanlanmakta ve ölçekten minimum 0 maksimum 105 puan alınmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı .90 olarak bulunmuştur (60). Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması Işıklı (2006) tarafından yapılmış ve Cronbach alfa değeri 93 olarak hesaplanmıştır.

5.6.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support [MSPSS]) farklı kaynaklardan alınan sosyal desteğin yeterliliğinin öznel olarak değerlendirilmesi amacıyla Zimet ve arkadaşları (1995) tarafından geliştirilmiştir. Eker ve Akar (1995) tarafından ilk kez dilimize uyarlanan ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı $\alpha=.89$ olarak hesaplanmıştır. Alınan desteği “aile”, “arkadaş” ve “özel bir insan” olmak üzere üç alt grupta inceleyen ölçek 12 maddeden oluşmakta ve yedili likert (1-Kesinlikle hayır, 7- Kesinlikle evet) tiptedir ve ölçekten minimum 12 maksimum 84 puan alınmaktadır. Her alt boyuta yönelik dört maddenin puanlarının toplanması ile alt boyut puanları, bütün alt boyut puanlarının

toplanması ile ölçeğin toplam puanı hesaplanmaktadır. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir.

5.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın veri girişi bilgisayar ortamında yapılmış, verilerinin değerlendirilmesinde IBM SPSS Statistics 20.0 paket programından yararlanılmıştır. Sosyo-demografik özelliklere ilişkin bilgi toplama formunun ve ölçek puanlarının değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma hesaplamaları kullanılmıştır. Bağımsız değişkenlerin ölçek puanları üzerine etkisi Independent-samples t test, Mann Whithney U ve Kruskal Wallis analizleri kullanılarak incelenmiş, ölçek/ölçek alt boyut puan ortalamaları arasındaki korelasyon ise Spearman Korelasyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

5.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmış araştırmanın yapıldığı Özel Üniversite Hastanesi Başhekimliğinden yazılı izin (EK-4) alınmıştır. Veri toplamaya başlamadan araştırmaya katılan hastalara araştırma hakkında bilgi verilerek "Gönüllü Oluru" ilkesi ve "Gönüllülük" ilkesi, araştırmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları belirtilerek "Özerkliğe Saygı" ilkesi, araştırmaya katılan hastaların bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi yerine getirilmiştir.

5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Bu araştırmanın verileri İstanbul'da özel bir üniversite hastanesinin onkoloji bölümünde takip edilen hastalardan elde edildiği için, araştırma bulguları sadece bu araştırma kapsamındaki hastalara genellenebilir.

6. BULGULAR

Tablo 6.1. Kanser hastalarının sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları

Sosyo-demografik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	72	60.0
Erkek	48	40.0
Yaş		
17-28	9	7.5
29-40	24	20.0
41-52	35	29.2
53-64	35	29.2
65 ve üzeri	17	14.2
Medeni durum		
Evli	88	73.3
Bekar	19	15.8
Eşi ölmüş/Boşanmış	13	10.8
Eğitim Durumu		
İlköğretim	55	45.8
Lise	38	31.7
Önlisans ve üzeri	27	22.5
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	40	33.3
Çalışmıyor	80	66.7
Aile tipi		

Geniş aile	28	23.3
Çekirdek aile	87	72.5
Parçalanmış aile	5	4.2
Çocuk sahibi olma durumu		
Evet	94	78.3
Hayır	26	21.7



Tablo 6.1. Kanser hastalarının sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları (Devamı)

Sosyo-demografik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çocuk sayısı		
1	14	14.8
2	35	37.2
3	22	23.4
4 ve üzeri	23	24.4
Ekonomik durum		
Kötü	7	5.8
Orta	83	69.2
İyi	30	25.0
Tanı		
Meme ca	37	30.8
Akciğer ca	22	18.3
Kolorektal	18	15.0
Ürogenital	17	14.2
GİS	12	10
Baş ve Boyun	5	4.2
Lenfoma	9	7.5
Hastalık Süresi		
6 ay- 1 yıl arası	46	38.3
1 yıl	22	18.3
2 yıl	28	23.3
3 yıl ve üzeri	24	20.0

Katılımcıların %60'ı (n:72) kadın, %29.2'si (n:35) 41-52 yaş arasında ve %73.3'ü (n:88) evlidir. Bireylerin eğitim durumları incelendiğinde %45.8'inin (n:55) ilköğretim mezunu olduğu ve % 66.7'sinin (n:80) çalışmadığı saptanmıştır. Katılımcıların ailesel özellikleri incelendiğinde %72.5'inin (n:87) çekirdek aile yapısında, %78.3'ünün (n:94) çocuk sahibi olduğu ve %37.2'sinin (n:35) çocuk sayısının iki olduğu, %69.2'sinin ekonomik durumunu orta olarak tanımladığı görülmektedir. Hastaların %30.8'i (n:37) meme kanseri tanısı almış ve %38.3'ünün (n:46) tanı süresi altı ay-bir yıl arasındadır (Tablo 6.1.).



Tablo 6.2. Hastaların travma sonrası gelişim ölçeği ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puan dağılımları

Travma Sonrası Gelişim Ölçeği			Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği		
Ölçek Alt Boyutları	Mean±SD	Median (Min-Max)	Ölçek Alt Boyutları	Mean±SD	Median (Min-Max)
Diğer Kişilerle Olan İlişkilerde Değişim	20.10±8.14	21.00 (0.00-35.00)	Aile	22.97±5.61	24.50 (4.00-28.00)
Kişinin Kendisindeki Değişim	29.54±9.57	31.00 (0.00-45.00)	Arkadaş	20.68±6.44	21.00 (4.00-28.00)
Yaşam Felsefesindeki Değişim	12.38±7.10	14.00 (0.00-25.00)	Özel Bir İnsan	19.33±7.31	21.00 (4.00-28.00)
Toplam Puan	62.02±22.34	64.00 (0.00-135.00)	Toplam Puan	62.98±16.10	64.00 (22.00-84.00)

Çalışmaya katılan hastaların travma sonrası gelişim ölçeği ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puan dağılımları Tablo 6.2.'de verilmiştir.

Hastaların travma sonrası gelişim ölçeği puan ortalamaları 62.02±22.34 (min:0.00- max:135.00) olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin alt boyut puanları incelendiğinde 'Diğer Kişilerle Olan İlişkilerde Değişim' boyutu puan ortalaması 20.10±8.14 (min:0.00 - max:35.00), 'Kişinin Kendisindeki Değişim' boyutu puan ortalaması 29.54±9.57 (min:0.00 - max:45.00), 'Yaşam Felsefesindeki Değişim' boyutu puan ortalaması ise 12.38±7.10 (min:0.00 - max:25.00) olduğu görülmektedir.

Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalaması ise 62.98±16.10 (min:22.00 – max:84.00) olarak saptanmıştır. Ölçeğin alt boyut puanları incelendiğinde 'Aile' boyutu puan ortalaması 22.97±5.61 (min:4.00 - max:28.00), 'Arkadaş' boyutu puan ortalaması 20.68±6.44 (min:4.00 - max:28.00), 'Özel Bir İnsan' boyutu puan ortalaması 19.33±7.31 (min:4.00 - max:28.00) olarak saptanmıştır.

Tablo 6.3. Kanser hastalarının sosyo-demografik özelliklerine göre travma sonrası gelişim ölçeği puanları (n=120)

Sosyo-demografik Özellikler	Sayı (n)	Diğer Kişilerle Olan İlişkilerde Değişim	Kişinin Kendisindeki Değişim	Yaşam Felsefesindeki Değişim	TSGÖ Toplam Puan
		Mean±SD (Min-Max)	Mean±SD (Min-Max)	Mean±SD (Min-Max)	Mean±SD (Min-Max)
Cinsiyet					
Kadın	72	19.72±8.58 (0.00-35.00)	29.19±9.96 (0.00-45.00)	11.64±7.05 (0.00-25.00)	60.56±23.08 (3.00-105.00)
Erkek	48	20.67±7.48 (0.00-35.00)	30.06±9.03 (0.00-45.00)	13.48±7.11 (0.00-25.00)	64.21±21.24 (0.00-105.00)
<i>Test</i>		<i>U=1662.00</i> <i>p=0.72</i>	<i>U=1694.50</i> <i>p=0.86</i>	<i>U=1486.00</i> <i>p=0.19</i>	<i>U=1642.00</i> <i>p=0.65</i>
Yaş					
17-28	9	20.89±8.89 (0.00-31.00)	30.11±12.52 (0.00-44.00)	15.44±6.77 (0.00-21.00)	66.44±26.41 (0.00-88.00)
29-40	24	21.67±5.87 (8.00-33.00)	31.50±6.81 (15.00-43.00)	13.58±5.85 (0.00-21.00)	66.75±16.37 (23.00-96.00)
41-52	35	20.31±8.17 (0.00-35.00)	29.69±10.56 (0.00-45.00)	12.43±6.52 (0.00-25.00)	62.43±23.31 (3.00-105.00)
53-64	35	19.69±8.61 (6.00-35.00)	30.40±8.95 (9.00-45.00)	12.69±7.73 (0.00-25.00)	62.77±21.50 (21.00-105.00)
65 ve üzeri	17	17.88±9.71 (5.00-35.00)	24.41±9.62 (14.00-45.00)	8.29±7.74 (0.00-25.00)	50.89±25.62 (22.00-105.00)
<i>Test</i>		<i>$\chi^2_{KW}=6.93$</i> <i>p=0.03</i>	<i>$\chi^2_{KW}=13.76$</i> <i>p=0.00</i>	<i>$\chi^2_{KW}=11.75$</i> <i>p=0.00</i>	<i>$\chi^2_{KW}=12.30$</i> <i>p=0.00</i>
Medeni durum					
Evli	88	21.03±8.15 (0.00-35.00)	30.48±8.90 (0.00-45.00)	12.83±7.04 (0.00-25.00)	63.34±21.73 (3.00-105.00)
Bekar	19	19.79±7.04 (0.00-29.00)	31.742±10.31 (0.00-44.00)	14.42±6.47 (0.00-25.00)	65.63±19.97 (0.00-88.00)
Eşi ölmüş/ Boşanmış	13	14.23±7.58 (3.00-25.00)	20.46±8.55 (2.00-37.00)	6.31±5.41 (0.00-14.00)	41.00±19.77 (5.00-72.00)

Test		$\chi^2_{KW}=2.18$ $p=0.70$	$\chi^2_{KW}=2.18$ $p=0.70$	$\chi^2_{KW}=2.18$ $p=0.70$	$\chi^2_{KW}=2.18$ $p=0.70$
Eğitim Durumu					
İlköğretim	55	19.11±8.06 (5.00-35.00)	29.31±9.35 (9.00-45.00)	11.42±7.02 (0.00-25.00)	59.84±21.32 (21.00-105.00)
Lise	38	20.58±8.78 (0.00-35.00)	30.03±10.71 (0.00-45.00)	12.26±7.92 (0.00-25.00)	62.86±25.30 (0.00-105.00)
Önlisans ve üzeri	27	21.44±7.40 (0.00-35.00)	29.33±8.59 (0.00-45.00)	13.48±5.71 (0.00-25.00)	65.26±20.17 (3.00-105.00)
Test		$\chi^2_{KW}=2.13$ $p=0.35$	$\chi^2_{KW}=0.64$ $p=0.73$	$\chi^2_{KW}=3.59$ $p=0.17$	$\chi^2_{KW}=1.56$ $p=0.46$
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	40	20.58±6.52 (3.00-35.00)	28.90±8.51 (2.00-45.00)	12.93±6.20 (0.00-25.00)	62.40±19.64 (5.00-105.00)
Çalışmıyor	80	19.86±8.86 (0.00-35.00)	29.86±10.09 (0.00-45.00)	12.10±7.53 (0.00-25.00)	61.83±23.69 (0.00-105.00)
Test		$t=0.50$ $p=0.62$	$U=1466.50$ $p=0.46$	$U=1493.50$ $p=0.55$	$U=1582.00$ $p=0.92$

Tablo 6.3. Kanser hastalarının sosyo-demografik özelliklerine göre travma sonrası gelişim ölçeği puanları (n=120) (Devamı)

Sosyo-demografik Özellikler	Sayı (n)	Diğer Kişilerle Olan İlişkilerde Değişim	Kişinin Kendisindeki Değişim	Yaşam Felsefesindeki Değişim	TSGÖ Toplam Puan
		Mean±SD (Min-Max)	Mean±SD (Min-Max)	Mean±SD (Min-Max)	Mean±SD (Min-Max)
Geniş aile	28	19.18±8.65 (5.00-35.00)	30.21±10.45 (9.00-44.00)	12.36±7.50 (0.00-25.00)	61.75±23.68 (21.00-101.00)
Çekirdek aile	87	20.51±8.13 (0.00-35.00)	29.42±9.36 (0.00-45.00)	12.26±6.92 (0.00-25.00)	62.20±22.44 (0.00-105.00)
Parçalanmış aile	5	18.20±5.45 (9.00-23.00)	27.80±9.65 (20.00-44.00)	14.40±9.13 (0.00-25.00)	60.40±15.14 (38.00-78.00)
<i>Test</i>		$\chi^2_{KW}=1.26$ $p=0.53$	$\chi^2_{KW}=0.75$ $p=0.69$	$\chi^2_{KW}=0.42$ $p=0.81$	$\chi^2_{KW}=0.07$ $p=0.97$
Çocuk sahibi olma durumu					
Evet	94	19.81±8.24 (0.00-35.00)	29.00±9.45 (0.00-45.00)	11.69±6.95 (0.00-25.00)	60.50±22.36 (3.00-105.00)
Hayır	26	21.15±7.84 (0.00-35.00)	31.50±9.91 (0.00-44.00)	14.85±7.22 (0.00-25.00)	67.50±21.83 (0.00-101.00)
<i>Test</i>		$U=1101.00$ $p=0.44$	$U=993.50$ $p=0.15$	$U=870.50$ $p=0.03$	$U=929.00$ $p=0.06$
Çocuk sayısı					
1	14	20.86±8.07 (3.00-32.00)	30.21±10.08 (2.00-39.00)	13.00±6.00 (0.00-20.00)	64.07±22.68 (5.00-88.00)
2	35	21.54±7.46 (6.00-35.00)	31.14±7.91 (9.00-45.00)	12.14±6.70 (0.00-25.00)	64.83±19.66 (21.00-105.00)
3	22	18.50±9.63 (0.00-35.00)	28.18±11.07 (0.00-45.00)	10.45±8.13 (0.00-25.00)	57.14±26.96 (3.00-105.00)
4 ve üzeri	23	17.78±7.90 (5.00-35.00)	27.78±9.17 (14.00-44.00)	11.39±6.88 (0.00-25.00)	54.96±20.91 (22.00-97.00)
<i>Test</i>		$\chi^2_{KW}=3.91$ $p=0.27$	$\chi^2_{KW}=6.55$ $p=0.09$	$\chi^2_{KW}=2.34$ $p=0.51$	$\chi^2_{KW}=4.63$ $p=0.20$
Ekonomik durum					

Kötü	7	20.71±7.34 (10.00-35.00)	30.00±7.07 (22.00-41.00)	12.86±6.57 (5.00-25.00)	65.57±18.11 (44.00-101.00)
Orta	83	20.16±8.59 (0.00-35.00)	29.82±10.44 (0.00-45.00)	12.39±7.35 (0.00-25.00)	62.36±23.72 (0.00-105.00)
İyi	30	19.80±7.20 (8.00-33.00)	28.67±7.48 (16.00-44.00)	12.23±6.69 (0.00-24.00)	60.70±19.67 (28.00-98.00)
Test		$\chi^2_{KW}0.26$ $p=0.88$	$\chi^2_{KW}1.16$ $p=0.56$	$\chi^2_{KW}0.04$ $p=0.98$	$\chi^2_{KW}0.50$ $p=0.78$
Tanı					
Meme ca	37	20.40±8.01 (5.00-35.00)	31.37±7.98 (17.00-44.00)	12.81±7.05 (0.00-25.00)	64.59±20.47 (27.00-101.00)
Akciğer ca	22	20.13±9.53 (0.00-35.00)	27.18±11.83 (0.00-45.00)	12.40±7.85 (0.00-25.00)	59.72±27.57 (3.00-105.00)
Kolorektal	18	20.05±8.16 (6.00-32.00)	29.61±8.76 (9.00-44.00)	12.72±7.65 (0.00-25.00)	62.38±21.42 (21.00-88.00)
Ürogenital	17	20.76±8.99 (0.00-35.00)	30.70±11.60 (0.00-45.00)	12.82±7.21 (0.00-25.00)	64.29±25.88 (0.00-105.00)
GİS	12	18.75±8.50 (7.00-35.00)	25.00±9.74 (14.00-45.00)	11.58±7.06 (0.00-25.00)	55.33±22.83 (22.00-105.00)
Lenfoma	9	21.33±4.58 (12.00-27.00)	32.33±6.08 (24.00-44.00)	13.44±4.79 (4.00-20.00)	67.11±11.31 (46.00-80.00)
Baş ve Boyun	5	16.60±6.22 (10.00-26.00)	28.00±7.90 (15.00-34.00)	6.20±5.63 (0.00-15.00)	50.80±17.31 (27.00-73.00)
Test		$\chi^2_{KW}2.64$ $p=0.85$	$\chi^2_{KW}6.80$ $p=0.34$	$\chi^2_{KW}4.32$ $p=0.63$	$\chi^2_{KW}6.04$ $p=0.42$
Hastalık Süresi					
6 ay- 1 yıl arası	46	18.76±8.34 (0.00-35.00)	27.32±10.61 (0.00-44.00)	11.22±6.64 (0.00-23.00)	57.30±23.50 (0.00-101.00)
1 yıl	22	19.73±7.69 (5.00-35.00)	30.50±9.36 (15.00-45.00)	14.27±6.94 (0.00-25.00)	64.50±20.77 (22.00-105.00)
2 yıl	28	21.14±8.61 (7.00-35.00)	30.61±8.92 (9.00-45.00)	13.07±7.77 (0.00-25.00)	64.82±22.80 (21.00-105.00)
3 yıl ve üzeri	24	21.79±7.59 (6.00-33.00)	31.67±7.93 (17.00-44.00)	12.04±7.25 (0.00-25.00)	65.50±20.63 (28.00-98.00)
Test		$\chi^2_{KW}0.98$ $p=0.61$	$\chi^2_{KW}0.25$ $p=0.88$	$\chi^2_{KW}0.91$ $p=0.64$	$\chi^2_{KW}0.05$ $p=0.97$

Kanser hastalarının sosyo-demografik özelliklerine göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği puanları Tablo 6.3.'de verilmiştir. Yaşa göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde 'Yaşam Felsefesindeki Değişim' alt boyutunda 17-28 yaş arası puan ortalamalarının (15.44±6.77), 'Diğer Kişilerle Olan İlişkilerde Değişim' (21.67±5.87) 'Kişinin Kendisindeki Değişim' (31.50±6.81) alt boyutlarında ve Travma Sonrası Gelişim Ölçeği toplam puanında (66.75±16.37) ise 29-40 yaş arası bireylerin diğer gruplara oranla daha yüksek puan aldığı saptanmıştır (p<0.05). Çocuk sahibi olmayanların olanlara göre 'Yaşam Felsefesindeki Değişim' alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu (14.85±7.22) saptanmıştır (p<0.05). Sosyo-demografik özelliklerden cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, aile tipi, ekonomik durum, tanı ve hastalık süresi özelliklerine göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Tablo 6.4. Kanser Hastalarının Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanları (n=120)

Sosyo-demografik Özellikler	Sayı (n)	CBASD Aile	CBASD Arkadaş	CBASD Özel Bir İnsan	CBASD Toplam Puan
		Mean±SD (Min-Max)	Mean±SD (Min-Max)	Mean±SD (Min-Max)	Mean±SD (Min-Max)
Cinsiyet					
Kadın	72	23.01±5.76 (7.00-28.00)	20.64±6.68 (4.00-28.00)	19.19±7.00 (4.00-28.00)	62.85±15.63 (22.00-84.00)
Erkek	48	22.90±5.44 (4.00-28.00)	20.75±6.15 (5.00-28.00)	19.54±7.84 (4.00-28.00)	63.19±16.93 (22.00-84.00)
<i>Test</i>		<i>U=1696.50</i> <i>p=0.86</i>	<i>U=1704.50</i> <i>p=0.89</i>	<i>U=1618.50</i> <i>p=0.56</i>	<i>U=1672.00</i> <i>p=0.76</i>
Yaş					
17-28	9	23.22±3.73 (17.00-28.00)	21.67±4.87 (11.00-28.00)	18.33±6.71 (7.00-28.00)	63.22±10.64 (43.00-78.00)
29-40	24	22.79±5.12 (14.00-28.00)	22.75±5.23 (14.00-28.00)	18.79±8.43 (4.00-28.00)	64.33±15.08 (33.00-84.00)
41-52	35	23.91±4.54 (12.00-28.00)	21.40±5.78 (4.00-28.00)	19.20±6.35 (4.00-28.00)	64.51±12.93 (34.00-84.00)
53-64	35	23.11±6.30 (4.00-28.00)	19.34±6.90 (5.00-28.00)	20.43±7.07 (4.00-28.00)	62.89±17.04 (22.00-28.00)
65 ve üzeri	17	20.82±7.37 (7.00-28.00)	18.53±8.28 (5.00-28.00)	18.65±8.77 (4.00-28.00)	58.00±23.14 (22.00-84.00)
<i>Test</i>		<i>χ² kW-2.13</i> <i>p=0.71</i>	<i>χ² kW-4.96</i> <i>p=0.29</i>	<i>χ² kW-1.40</i> <i>p=0.84</i>	<i>χ² kW-0.68</i> <i>p=0.96</i>
Medeni durum					
Evli	88	23.16±5.35 (7.00-28.00)	20.58±6.47 (4.00-28.00)	19.86±6.99 (4.00-28.00)	63.60±15.77 (22.00-84.00)
Bekar	19	23.00±6.81 (4.00-28.00)	22.21±5.70 (11.00-28.00)	16.74±8.64 (4.00-28.00)	61.95±16.18 (22.00-84.00)
Eşi ölmüş/Boşanmış	13	21.62±5.75 (12.00-28.00)	19.15±7.27 (5.00-28.00)	13.54±7.09 (4.00-28.00)	60.31±18.97 (27.00-84.00)
<i>Test</i>		<i>χ² kW-1.16</i> <i>p=0.56</i>	<i>χ² kW-1.56</i> <i>p=0.46</i>	<i>χ² kW-1.99</i> <i>p=0.37</i>	<i>χ² kW-0.48</i> <i>p=0.79</i>

Eğitim Durumu					
İlköğretim	55	22.36±6.02 (7.00-28.00)	19.18±7.07 (4.00-28.00)	19.27±7.18 (4.00-28.00)	60.82±17.66 (22.00-84.00)
Lise	38	22.82±5.63 (4.00-28.00)	20.84±5.85 (6.00-28.00)	18.87±6.95 (4.00-28.00)	62.53±15.07 (22.00-84.00)
Önlisans ve üzeri	27	24.41±4.55 (12.00-28.00)	23.52±4.95 (12.00-28.00)	20.11±8.24 (4.00-28.00)	68.08±13.31 (34.00-84.00)
Test		$x^2_{KW}=2.17$ $p=0.33$	$x^2_{KW}=7.45$ $p=0.02$	$x^2_{KW}=1.04$ $p=0.60$	$x^2_{KW}=3.27$ $p=0.19$
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	40	23.10±5.74 (8.00-28.00)	22.05±5.28 (8.00-28.00)	21.08±6.74 (4.00-28.00)	66.23±15.47 (27.00-84.00)
Çalışmıyor	80	22.90±5.74 (4.00-28.00)	20.00±6.88 (4.00-28.00)	18.46±7.47 (4.00-28.00)	61.36±16.24 (22.00-84.00)
Test		$U=1572.50$ $p=0.88$	$U=1369.00$ $p=0.20$	$U=1262.50$ $p=0.06$	$U=1314.50$ $p=0.11$

Tablo 6.4. Kanser hastalarının sosyo-demografik özelliklerine göre çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanları (n=120) (Devamı)

Sosyo-demografik Özellikler	Sayı (n)	CBASD Aile	CBASD Arkadaş	CBASD Özel Bir İnsan	CBASD Toplam Puan
		Mean±SD (Min-Max)	Mean±SD (Min-Max)	Mean±SD (Min-Max)	Mean±SD (Min-Max)
Geniş aile	28	23.79±5.64 (7.00-28.00)	19.29±7.75 (4.00-28.00)	19.07±8.33 (4.00-28.00)	62.14±19.00 (22.00-84.00)
Çekirdek aile	87	22.83±5.33 (8.00-28.00)	21.07±5.94 (5.00-28.00)	19.36±6.98 (4.00-28.00)	63.25±14.63 (27.00-84.00)
Parçalanmış aile	5	20.80±9.96 (4.00-28.00)	21.80±7.29 (11.00-28.00)	20.40±8.56 (7.00-28.00)	63.00±25.63 (22.00-84.00)
Test		$\chi^2_{KW} 0.87$ $p=0.65$	$\chi^2_{KW} 0.92$ $p=0.63$	$\chi^2_{KW} 0.22$ $p=0.89$	$\chi^2_{KW} 0.15$ $p=0.92$
Çocuk sahibi olma durumu					
Evet	94	22.85±5.46 (7.00-28.00)	20.11±6.68 (4.00-28.00)	19.65±7.11 (4.00-28.00)	62.62±16.37 (22.00-84.00)
Hayır	26	23.48±6.21 (4.00-28.00)	22.73±5.10 (11.00-28.00)	18.19±8.05 (11.00-28.00)	65.30±15.28 (22.00-84.00)
Test		$U=1104.50$ $p=0.44$	$U=939.50$ $p=0.07$	$U=1104.50$ $p=0.45$	$U=1143.50$ $p=0.62$
Çocuk sayısı					
1	14	25.00±3.46 (18.00-28.00)	22.00±6.06 (11.00-28.00)	21.21±6.10 (9.00-28.00)	68.21±12.63 (48.00-84.00)
2	35	22.71±5.06 (12.00-28.00)	20.37±6.24 (5.00-28.00)	19.91±6.97 (5.00-28.00)	63.00±15.08 (34.00-84.00)
3	22	24.36±4.33 (12.00-28.00)	20.95±6.49 (6.00-28.00)	20.36±7.20 (4.00-28.00)	65.68±13.81 (43.00-84.00)
4 ve üzeri	23	20.30±7.04 (7.00-28.00)	17.28±7.61 (4.00-28.00)	17.61±7.77 (4.00-28.00)	55.70±20.62 (22.00-84.00)
Test		$\chi^2_{KW} 5.90$ $p=0.12$	$\chi^2_{KW} 3.33$ $p=0.34$	$\chi^2_{KW} 2.71$ $p=0.44$	$\chi^2_{KW} 5.04$ $p=0.17$
Ekonomik durum					
Kötü	7	23.86±5.05 (14.00-28.00)	21.57±5.99 (11.00-28.00)	20.14±6.12 (10.00-28.00)	65.57±15.66 (43.00-84.00)

Orta	83	22.63±6.02 (4.00-28.00)	21.16±6.24 (5.00-28.00)	18.94±7.32 (4.00-28.00)	62.72±16.19 (22.00-84.00)
İyi	30	23.70±4.50 (12.00-28.00)	19.17±7.05 (4.00-28.00)	20.23±7.66 (4.00-28.00)	63.10±16.40 (27.00-84.00)
Test		$\chi^2_{KW}0.29$ $p=0.87$	$\chi^2_{KW}1.85$ $p=0.40$	$\chi^2_{KW}1.07$ $p=0.59$	$\chi^2_{KW}0.21$ $p=0.90$
Tanı					
Meme ca	37	22.83±5.55 (7.00-28.00)	20.91±6.36 (4.00-28.00)	19.78±6.93 (4.00-28.00)	63.54±14.89 (22.00-84.00)
Akciğer ca	22	23.90±5.65 (8.00-28.00)	21.68±7.21 (5.00-28.00)	21.27±7.28 (4.00-28.00)	66.86±17.68 (27.00-84.00)
Kolorektal	18	23.61±6.28 (4.00-28.00)	20.33±6.46 (10.00-28.00)	18.33±7.50 (4.00-28.00)	62.27±16.67 (22.00-84.00)
Ürogenital	17	22.94±4.42 (12.00-28.00)	19.76±6.75 (5.00-28.00)	17.41±7.60 (4.00-28.00)	60.11±15.02 (27.00-84.00)
GİS	12	21.58±6.66 (11.00-28.00)	20.08±6.81 (6.00-28.00)	19.75±5.87 (10.00-28.00)	61.41±16.59 (37.00-84.00)
Lenfoma	9	20.22±6.07 (12.00-28.00)	18.77±4.68 (12.00-26.00)	17.66±9.34 (4.00-28.00)	56.66±18.49 (33.00-77.00)
Baş ve Boyun	5	25.80±3.03 (22.00-28.00)	23.80±5.76 (17.00-28.00)	19.60±9.44 (5.00-28.00)	69.20±16.51 (44.00-84.00)
Test		$\chi^2_{KW}6.42$ $p=0.38$	$\chi^2_{KW}4.01$ $p=0.68$	$\chi^2_{KW}4.05$ $p=0.67$	$\chi^2_{KW}0.85$ $p=0.56$
Hastalık Süresi					
6 ay- 1 yıl arası	46	24.11±4.91 (12.00-28.00)	21.98±6.22 (5.00-28.00)	19.58±7.72 (4.00-28.00)	65.67±14.83 (27.00-84.00)
1 yıl	22	20.00±7.21 (4.00-28.00)	19.32±5.95 (7.00-28.00)	18.18±7.05 (7.00-28.00)	57.50±18.39 (22.00-84.00)
2 yıl	28	23.32±5.45 (12.00-28.00)	20.68±6.61 (5.28-19.46)	19.50±8.04 (4.00-28.00)	63.50±16.99 (33.00-84.00)
3 yıl ve üzeri	24	23.08±4.69 (8.00-28.00)	19.46±6.98 (4.00-28.00)	19.71±6.09 (4.00-28.00)	62.25±14.74 (27.00-84.00)
Test		$\chi^2_{KW}3.05$ $p=0.21$	$\chi^2_{KW}0.69$ $p=0.71$	$\chi^2_{KW}0.79$ $p=0.67$	$\chi^2_{KW}1.37$ $p=0.56$

Kanser hastalarının sosyo-demografik özelliklerine göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalamaları Tablo 6.4.'de verilmiştir. Ön lisans ve üzeri eğitim düzeyindeki hastaların 'Arkadaş' alt boyutu puan ortalamalarının diğer gruplara oranla (23.52±4.95) daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.05). Sosyo-demografik özelliklerden cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek, aile tipi, çocuk sahibi olma, ekonomik durum, tanı ve hastalık süresi özelliklerine göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.



Tablo 6.5. Hastaların travma sonrası gelişim ölçeği ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanları korelasyonu

Ölçekler ve Alt Boyutları	Diğer Kişilerle Olan İlişkilerde	Kişinin Kendisindeki Değişim	Yaşam Felsefesindeki Değişim	TSG Toplam Puan	Aile	Arkadaş	Özel Bir İnsan	ÇBASD Toplam Puan
Diğer Kişilerle Olan İlişkilerde Değişim		r=0.669 p=0.000	r=0.713 p=0.000	r=0.866 p=0.000	r=0.124 p=0.176	r=0.089 p=0.333	r=0.113 p=0.220	r=0.126 p=0.170
Kişinin Kendisindeki Değişim	r=0.669 p=0.000		r=0.694 p=0.000	r=0.896 p=0.000	r=0.338 p=0.000	r=0.264 p=0.004	r=0.203 p=0.026	r=0.290 p=0.001
Yaşam Felsefesindeki Değişim	r=0.713 p=0.000	r=0.694 p=0.000		r=0.887 p=0.000	r=0.027 p=0.766	r=0.083 p=0.367	r=0.038 p=0.680	r=0.054 p=0.556
TSG Toplam Puan	r=0.866 p=0.000	r=0.896 p=0.000	r=0.887 p=0.000		r=0.193 p=0.035	r=0.175 p=0.056	r=0.142 p=0.122	r=0.188 p=0.040
Aile	r=0.124 p=0.176	r=0.338 p=0.000	r=0.027 p=0.766	r=0.193 p=0.035		r=0.628 p=0.000	r=0.491 p=0.000	r=0.739 p=0.000
Arkadaş	r=0.089 p=0.333	r=0.264 p=0.004	r=0.083 p=0.367	r=0.175 p=0.056	r=0.628 p=0.000		r=0.612 p=0.000	r=0.866 p=0.000
Özel Bir İnsan	r=0.113 p=0.220	r=0.203 p=0.026	r=0.038 p=0.680	r=0.142 p=0.122	r=0.491 p=0.000	r=0.612 p=0.000		r=0.890 p=0.000
ÇBASD Toplam Puan	r=0.126 p=0.170	r=0.290 p=0.001	r=0.054 p=0.556	r=0.188 p=0.040	r=0.739 p=0.000	r=0.866 p=0.000	r=0.890 p=0.000	

Tablo 6.5.'te hastaların Travma Sonrası Gelişim Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve ölçeklerin alt boyut puanları korelasyonları verilmiştir. Tablo incelendiğinde iki ölçeğin de ölçek toplam puanları ile ölçek alt boyut puanları arasında pozitif yönde, çok kuvvetli düzeyde ilişki olduğu görülmektedir ($p=0.000$). Ayrıca Travma Sonrası Gelişim Ölçeği toplam puanı ve 'Kişinin Kendisindeki Değişim' alt boyutu ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puanı arasında ve Travma Sonrası Gelişim Ölçeği toplam puanı ile 'Aile' alt boyutu arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde, ilişki olduğu görülmektedir ($p<0.05$). 'Kişinin Kendisindeki Değişim' alt boyutu ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin tüm alt boyut puanları arasında da pozitif yönde, zayıf düzeyde, ilişki olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

Tablo incelendiğinde Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği alt boyutlarının tümünün birbiri ile pozitif yönde orta düzeyde ilişki olduğu görülmektedir ($p=0.000$).

Travma Sonrası Gelişim Ölçeği alt boyutlarının tümünün birbiri ile ilişkisi olduğu saptanmıştır. 'Diğer Kişilerle Olan İlişkilerde Değişim' ile 'Kişinin Kendisindeki Değişim' alt boyutu arasında pozitif yönde orta düzeyde, 'Yaşam Felsefesindeki Değişim' alt boyutu ile arasında ise pozitif yönde, çok kuvvetli düzeyde ilişki olduğu görülmektedir. Kişinin Kendisindeki Değişim' alt boyutu ile 'Yaşam Felsefesindeki Değişim' alt boyutu arasında ise arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki olduğu görülmektedir ($p=0.000$).

7. TARTIŞMA

Bu bölümde sırasıyla çalışmaya katılan hastaların travma sonrası gelişim durumları ve etkileyen faktörler, sosyal destek durumları ve etkileyen faktörler ile travma sonrası gelişim ile sosyal destek arasındaki ilişki incelenecektir.

1- Hastaların Travma Sonrası Gelişim Durumları ve Etkileyen Faktörler

Çalışmamızda hastaların travma sonrası gelişim ölçeği puan ortalamalarının orta düzeyde (62.02 ± 22.34) olduğu saptanmıştır. Ölçeğin alt boyut puanları incelendiğinde hastaların en yüksek puanı 'Kişinin Kendisindeki Değişim' alanından aldıkları bu sıralamanın 'Diğer Kişilerle Olan İlişkilerde Değişim' boyutu ve sonrasında 'Yaşam Felsefesindeki Değişim' boyutu olarak devam ettiği görülmektedir. Burada da görüldüğü gibi Kişinin Kendisindeki Değişim ve Diğer Kişilerle Olan İlişkilerde Değişim alt ölçek puanları ortalamasının üstündedir. Çalışmamıza katılan hastaların çoğunluğunun tanı süresinin bir yıl ve daha kısa olmasının Yaşam Felsefesinde Değişim alt boyutunun ortalamasının altında olmasına sebep olmuş olabilir. Tanrıverdi, Savaş ve Can'ın (2012), kanser hastalarında travma sonrası gelişme ve sosyal destek ilişkisini inceledikleri çalışma ile çok büyük oranda benzerlik göstermektedir (91). Bu çalışmada katılımcıların TSG ölçeği puan ortalamaları 57.14 ± 16.52 , en yüksek puan aldıkları alt boyut ise sırasıyla kendisinde gerçekleşen alt boyutu olmuş ve 29.27 ± 7.62 puan aldıkları görülmüştür. Sıralamayı çalışmamızda olduğu gibi Diğer Kişilerle Olan İlişkilerde Değişim ve sonrasında 'Yaşam Felsefesindeki Değişim' alt boyutları takip etmektedir. Bayraktar ve Özkan'ın (2008) 'Kanser Hastalarında Travma Sonrası Gelişim Olgusunun ve Etkileyen Faktörlerin incelenmesi' isimli çalışmasında katılımcıların TSG ölçeği ortalama puanları 69,71 olarak bulunmuş, alt boyut sıralaması da çalışmamızla aynı şekilde saptanmıştır (29). Ülkemizde yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar görülürken yurt dışında yapılan bazı çalışmalarda bu puanların daha yüksek olduğu görülmüştür. Cohen ve Numa (2011)'nin çalışmasında ölçek puan ortalamaları 70.22 olarak (92), Rahmani ve arkadaşlarının (2012) yapmış olduğu çalışmada ise 76.01 olarak bulunmuştur (93). Bu farklılıkların kültüre bağlı olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda erkeklerin travma sonrası gelişim ölçeğinin her alt boyutunda kadınlara göre daha yüksek puan aldıkları görülmüş fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Literatürde cinsiyetin travma sonrası gelişim üzerine farklı etkileri olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Farklı travmatik olay geçmişi olay bireylerde sosyo-demografik özelliklerin PTG üzerine etkisini inceleyen Dürü (2006), erkeklerde kadınlara oranla daha yüksek oranda gelişim olduğunu saptamış (94), Zwahlen ve arkadaşları ise (2009) TSG üzerine medeni durum ve cinsiyetin etkisini inceledikleri çalışmada kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek oranda gelişim olduğunu saptamış (95), Cohen ve Numa (2011) ile, Rahmani ve arkadaşlarının (2012) yapmış olduğu çalışmalarda ise cinsiyetin etkisinin olmadığı saptanmıştır (92, 93). Türk kültüründe genel olarak, erkekler kadınlara göre daha güçlü bir kimlik algısı ve baş etmelerle donanık olarak yetiştirilmektedir. Sonucumuz bu durumun bir yansıması olabilir.

Çalışmamızda yaşın travma sonrası gelişim düzeyini anlamlı ölçüde etkilediği, yaş arttıkça travma sonrası gelişim puanlarının düştüğü saptanmıştır. Kolokotroni ve arkadaşlarının (2014) bazı psikososyal faktörlerin travma sonrası büyüme üzerine etkisini inceledikleri sistematik derlemede, toplamda 22 araştırma çalışmaya dahil edilmiş ve yaşın travma sonrası büyümeyi etkileyen bir faktör olduğu saptanmıştır (96). Çalışmada daha genç yaşta olmanın pozitif etkisinin olduğu vurgulanmıştır. Benzer şekilde Rahmani ve arkadaşlarının (2012) yapmış olduğu çalışmada da yaş ile travma sonrası büyüme arasında negatif yönde bir korelasyon olduğu saptanmıştır (93). Çalışmamız literatür ile paralellik göstermektedir. Genç hastalarda travma sonrası büyümenin daha iyi düzeyde olmasının nedeni daha genç yaşta olan bireylerde hastalık sonrasında pozitif mental sağlık durumlarının daha yüksek olması ve çabuk iyileşmenin daha sık görülmesiyle ilişkilendirilebilir (97).

Çalışmamızda medeni durumun travma sonrası gelişim üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmamasına rağmen, eşi ölmüş/ boşanmış hastaların TSG puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Kolokotroni ve arkadaşlarının (2014) yapmış olduğu sistematik derlemede incelenen çalışmalar medeni durumun etkisinin hala net olmadığını bu konuda çok farklı sonuçların olduğunu göstermektedir (96) .

Zwahlen ve arkadaşlarının (2009) kanser hastaları ve eşlerinin TSG'lerini beraber değerlendirdikleri çalışmada çiftlerin her ikisinde de birebir aynı gelişmenin yaşandığı saptanmıştır (95). Bu durum literatürdeki farklı sonuçları açıklamakta; hastanın eşi rolündeki kişinin de bir bakım veren olarak travmatik bir deneyim yaşadığını akla getirmektedir. Bu durumda evli olmak hastaların gelişim göstermeleri adına bir fırsat ya da negatif etkilenimin artması yönünde bir dezavantaj olarak karşımıza çıkabilmektedir. Ayrıca eşi ölmüş/ boşanmış katılımcıların sosyal destek gereksiniminin yeterince karşılayamaması nedeniyle daha düşük puan aldıkları düşünülmektedir.

Çalışmamızda eğitim durumu ile travma sonrası gelişim düzeyleri incelenmiş fakat istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Literatür incelendiğinde eğitim durumunun travma sonrası gelişimi etkilediğini ve etkilemediğini gösteren farklı çalışma sonuçlarına rastlanmıştır (98, 99). Eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin bilgiye kolayca ulaşarak hastalık ve tedavi yöntemlerine ilişkin bilgi sahibi olmaları buna bağlı olarak hastalığa uyumlarının ve baş etmelerinin de daha kolay olabileceği düşünülmektedir. Gruplar arası anlamlı farkın olmaması çalışma grubumuzun eğitim düzeylerinin homojen olmamasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda çocuk sahibi olmayanların olanlara göre TSG ölçeği puanlarının tüm alt boyutlarda daha yüksek olduğu fakat farklılıklardan yalnızca 'Yaşam Felsefesindeki Değişim' alt boyut puan farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Literatürde buna ilişkin herhangi bir veriye ulaşılamamıştır. Fakat Toker ve Doğan (2017) farklı hastalıklarda bakım verenlerde TSG düzeylerini inceledikleri çalışmada kanserde aile üyelerinin de oldukça yüksek oranda hastalıktan etkilendikleri belirtilmiştir (100). Kanser gibi travmatik bir deneyimin çocuklar üzerinde de olumsuz etkisinin olduğu; bireylerin hastalık sırasında rollerini yerine getirememeleri ve çocuklardaki kayıp korkusunun çocuklar üzerinde hastalığın etkisinin artmasına sebep olduğu düşünülmektedir. Çocukların yetişkinlere göre bu problemleri çok daha zor aşmaları, bireylerin hastalığı atlattıktan sonra da bu problemlerin çözümüne odaklanmak zorunda kalmaları gelişimin önünde bir engel olmuş olabilir. Çalışmamızda iki ve daha fazla çocuğu olan bireylerin TSG ölçeği puanlarının tüm boyutlarda diğerlerinden daha düşük olması da bu düşüncüyü desteklemektedir. Ayrıca parçalanmış aile tipine sahip bireylerin de diğer aile tiplerine sahip olan hastalardan daha düşük puan almaları kanser deneyiminin yalnızca hastayı

değil yakınlarını da eş ve/veya çocuklarını da etkilediğini, bu dönemde bireylerin destek sistemlerine ihtiyaç duyduğunu desteklemektedir. Fakat bu sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Çalışmamızda elde edilen bir diğer bulgu ise ekonomik durumu kötü olan bireylerin diğer gruplara göre daha yüksek düzeyde gelişim göstermeleridir. Literatürde buna ilişkin herhangi bir veriye ulaşılamamıştır. Bu sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, yüksek maliyet gerektiren kanser tedavisi sürecinin gelir durumu iyi olmayan bireyler için daha büyük oranda zorluklar içerdiği ve gelişim açısından bu zorlukların birer fırsata dönmüş olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca maddi durumu kötü olan bireylerin bu sırada yakınlarından ve ailelerinden destek almış olabileceği bunun da travma sonrası gelişimi olumlu etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda tanı ve hastalık süresi özelliklerine göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Fakat hastalık süresi 6 ay- 1 yıl arası olan bireylerde ölçek puanlarının diğer gruplara göre oldukça düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Bayraktar ve Özkan'ın (2008) hastalık tipinin gelişimi etkilemediğini fakat tanı süresi 4 yıl ve üzeri olanlarda gelişimin anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (29). Benzer şekilde Grau ve arkadaşlarının yapmış olduğu sistematik derlemede de (2017) kanser tipinin travma sonrası gelişmeyi etkilemediği, fakat hastalık süresinin ve relapsların etkilediği bulunmuştur (101). Kanser fizyolojik ve psikolojik etkilerinin tutulum yeri ya da tipine bakılmaksızın farklı bireylerde farklı düzeylerde olması bu sonuçlar ile ilişkilendirilebilir. Bunun yanı sıra kanser tanısını yeni alan bireylerde öncelikle inkar, pazarlık, öfke gibi farklı psikolojik süreçlerin yaşandığı bilinmekte, çalışma sonuçlarımızın bundan kaynaklandığı tahmin edilmektedir.

2- Hastaların Sosyal Destek Durumları ve Etkileyen Faktörler

Çalışmamızda hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalaması 62.98 ± 16.10 olarak saptanmıştır. Ölçeğin alt boyut puanları incelendiğinde 'Aile' boyutu puan ortalaması 22.97 ± 5.61 , 'Arkadaş' boyutu puan ortalaması 20.68 ± 6.44 , 'Özel Bir İnsan' boyutu puan ortalaması ise 19.33 ± 7.31 olarak saptanmıştır. Ülkemizde yapılan farklı çalışmalarda sonuçlarımızdan yüksek ve düşük

değerlere ulaşan çalışmalar bulunmaktadır. Tanrıverdi, Savaş ve Can'ın (2012) kanser hastalarında travma sonrası gelişme ve sosyal destek ilişkisini inceledikleri çalışmalarında katılımcıların algılanan sosyal destek puan ortalamaları 65.90 ± 14.09 bulunmuş, aile alt boyut puan ortalaması 23.93 ± 4.77 özel bir insan puan ortalaması 22.14 ± 6.50 iken arkadaş puan ortalaması ise 19.82 ± 6.70 olarak saptanmıştır (91). Savcı ve Güraksın'ın (2006) kanserli hastalarda sosyal destek düzeyini inceledikleri çalışmada ise algılanan sosyal destek ortalama puanı 59.19 ± 17.5 olarak bulunmuştur (102). Hastaların sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların dağılımına bakıldığında; aileden algılanan sosyal destek puan ortalamasının 24.34 ± 5.27 olduğu, özel bir kişiden algılanan sosyal destek puan ortalamasının 17.73 ± 7.9 , arkadaştan algılanan sosyal destek puan ortalamasının ise 17.16 ± 8.65 olduğu saptanmıştır. Bu çalışmaların tümünde aileden algılanan sosyal destek puanının diğer alt boyutlardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Yurt dışında yapılan çalışmalarda da aileden algılanan desteğin öne çıktığını gösteren çalışma sonuçlarına ulaşılmıştır (99). Bu sonuçlar çalışmamızda elde edilen bulgular ile uyumludur ve Türk kültüründe aileye verilen değer bu sonuçları etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmamızda bireylerin cinsiyete göre algılanan sosyal destek puan dağılımına bakıldığında erkeklerin kadınlarda daha yüksek olduğu fakat bu sonuçların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir. Literatürde benzer şekilde erkeklerin daha yüksek düzeyde sosyal destek aldıkları fakat istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunmadığı çalışma sonuçlarına ulaşılmıştır (103, 104). Erkek hastalarda sosyal desteğin yüksek bulunmasının, Türk toplumunda erkeğin aile reisi olarak kabul edilmesi ve bu nedenle kanser gibi bir travmatik yaşantı sırasında yoğun destek görmeleri ile ilişkilendirilebilir. Ayrıca toplumumuzda erkeklerin kadınlara göre daha aktif ve dışa dönük bir hayata sahip olduğu bilinmektedir. Yaşam alanında daha geniş sosyal ağa sahip olmanın da algılanan sosyal desteği etkilediği düşünülebilir. Bu kültürel özelliklerin yanı sıra yurt dışında yapılan çalışmalarda kanser deneyiminde ailenin kadınlara daha büyük oranda destek verirken sağlık çalışanlarının ise erkeklere daha çok destek olduğu saptanmıştır (105). Benzer durumun ülkemizde de geçerli olduğu düşünülebilir.

Çalışmamıza katılan 65 yaş ve üzeri bireylerin diğer gruplara göre algıladıkları sosyal destek puanlarının tüm alt boyutlarda daha düşük olduğu fakat bu farkın

istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Novotny ve arkadaşlarının (2010) genç ve yaşlı kanserli hastalarda sosyal desteği karşılaştırdıkları çalışmalarında yaşa göre algılanan sosyal desteğin farklılık göstermediğini bununla birlikte artan yaşla yakın olunan akraba sayısının arttığı, daha fazla arkadaşına sahip olduğunu ve daha iyi ilişkiler kurulduğu bu nedenle 65 yaş ve üzeri grupta algılanan sosyal destek puan ortalamalarının arttığı saptanmıştır (106). Ülkemizde de aile içi ilişkilerin ve akrabalar ile süregelen ilişkilerin sosyal desteği etkilediğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (107, 108). Bunun yanı sıra ülkemizde yaşlılarda eş/arkadaş kaybı, emeklilik, çocukların evden ayrılması, onlardan farklı yerde/yörede yaşama gibi nedenlerle yalnızlık ve sosyal izolasyon giderek büyüyen bir sorundur. Bu sorunların çalışmamızın sonuçlarını etkilemiş olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda kanser hastası bireylerin algılanan sosyal desteğe medeni durumun etkisi incelendiğinde en yüksek puanı evli bireylerin, en düşük puanı ise eşi ölmüş/boşanmış bireylerin aldığı fakat bu sonuçların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Ülkemizde yapılan çalışmalarda evli olan bireylerin olmayanlara göre algılanan sosyal destek düzeylerinin anlamlı düzeyde yüksek olduğunu gösteren çalışma sonuçları bulunmaktadır (105, 109). Sonuçlarımız bu açıdan literatür ile benzerlik göstermektedir. Evli bireylerin sosyal destek puanlarının yüksek olmasının, kendi anne babalarının yanı sıra eş ve çocuklarından da destek alıyor olmalarından kaynaklandığı düşünülebilir. Bunun yanı sıra ülkemizde bekar kişilerin genel olarak anne babası ile yaşadıkları bilinmektedir. Evli olmayan bu bireylerin bu nedenle sosyal destek kaynaklarının da oldukça fazla olduğu söylenebilir. Çalışmamızda farkın istatistiksel olarak anlamlı çıkmaması ve eşi ölmüş/boşanmış bireylerin aldıkları puanların diğer iki gruba göre daha düşük olması bununla ilişkilendirilebilir.

Algılanan sosyal destek ile eğitim arasındaki ilişki incelendiğinde, çalışmamıza katılan ön lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip bireylerin tüm alt boyutlarda diğer gruplarda oldukça daha yüksek puan aldıkları görülmüş ve bu farkın arkadaştan algılanan destek alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Bu bulgular literatür ile benzerlik göstermektedir. Güni ve Aktaş'ın (2005) kanserli hastaların ve ailelerinin algıladıkları sosyal destek düzeylerini inceledikleri çalışmada artan eğitim düzeyinin hastaların algılanan sosyal destek düzeyini anlamlı düzeyde

arttırdığını saptamışlardır (104). Benzer şekilde Karaman ve Karabulutlu' nun (2015) kanserli hastalarda algılanan sosyal desteğin fonksiyonel durum üzerine etkisini inceledikleri çalışmada da artan eğitim düzeyinin algılanan sosyal desteği olumlu yönde anlamlı düzeyde etkilediği bulunmuştur (110). Eğitim düzeyi yükseldikçe kişilerin sahip oldukları hastalık ile ilgili bilgiye erişimlerinin daha kolay olması ve bununla baş edebilecekleri sosyal destek kaynaklarına daha çabuk ulaşabilecekleri, eğitim düzeyi ile ekonomik durumlarının paralel olarak iyileşeceği göz önünde bulundurulacak olursa, daha rasyonel sosyal çevreye ulaşabilecekleri düşünülebilir. Bunun yanı sıra çalışmamızda ön lisans ve üzeri eğitim durumuna sahip olan bireylerin azınlıkta olması, sonuçların tüm alt boyutlarda anlamlı olmamasına neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda hastaların çalışma durumları ile algılanan sosyal destek durumları karşılaştırıldığında çalışan bireylerin çalışmayanlara göre tüm alt boyutlarda oldukça yüksek puan aldığı fakat bu sonuçların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir. Savcı ile Güraksın' ın (2006) ve Arslan ile Batmaz'ın (2016) çalışmalarında aynı sonuçlara ulaşılmış; çalışmanın algılanan sosyal destek puanını arttırdığı fakat bu farkın istatistiksel olarak anlamlı çıkmadığı görülmüştür (102, 111). Karaman ve Karabulutlu' nun (2015) çalışmasında ise meslek tipine bakılmaksızın çalışma durumunun algılanan sosyal desteği olumlu etkilediği ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptamıştır (110). Çalışan hastalarda sosyal desteğin yüksek bulunması, aile ve akraba dışında iş çevresinin de hayatına katılması ve aileye ekonomik destek vermesinin aile fertleri tarafından önemsenerek, ihtiyacı olan desteği sağlamak için çaba sarf etmelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamıza katılan bireylerin aile yapılarına göre algılanan sosyal destek puanları karşılaştırıldığında, puanların tüm gruplar arasında oldukça benzer olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Literatürde aile tipinin algılanan sosyal destek üzerine etkisinin olduğu ve olmadığını gösteren, farklı aile tiplerinin algılanan sosyal destek üzerine olumlu etkisinin olduğunu gösteren oldukça farklı sonuçlara ulaşılmıştır (102, 108, 110). Çekirdek aile tipine sahip bireylerin sosyal destek puanlarının yüksek bulunması, eş ve çocuktan gelen desteğin bireye olumlu etkisinin olmasından kaynaklı olduğu düşünülebilir. Bunun yanı sıra geniş ailede artan birey ve hane halkı sayısı da artan sosyal destek kaynakları olarak

düşünülebilir. Bunun yanı sıra bazen bu artış kanser gibi travmatik bir deneyimin etkilerinin de daha geniş olmasına ve aile yakınının bu deneyimine verdikleri çok farklı tepkilerin kaos ortamı oluşturmalarına neden olabileceği düşünülmektedir. Literatürdeki bu çatışmaların çözümlenmesi, sonuçların anlaşılabilmesi için aile içi ilişkilerin, aile tipinin, ailenin yaşadığı fiziksel çevrenin, yerleşim yerinin, ekonomik koşulların ve bunların etkilerinin derinlemesine incelendiği çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda algılanan sosyal destek üzerine çocuk sahibi olma durumu ve çocuk sayısının da etkileri incelenmiş ve çocuk sahibi olan bireylerin algıladıkları sosyal desteğin olmayanlara göre daha düşük olduğu, bu puan farkının çocuk sayısı arttıkça olumsuz etkilendiği saptanmıştır. Arslan ve Batmaz'ın (2016) onkoloji kliniklerinde tedavi gören hastaların sosyal destek ve yalnızlık ilişkisini inceledikleri çalışmalarında çocuk sahibi olmayan bireylerin, olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puan aldığı saptanmış ve çocuk sayısı arttıkça algılanan desteğin azaldığı görülmüştür (111). Bu sonuçlar çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. Kanser yalnızca hastayı değil hasta yakınlarını da eş ve/veya çocukları da etkilediği bir deneyimdir ve kanserde bakım veren yükü de oldukça büyük bir problemdir. Çocuk sahibi olmak kanser ile mücadele eden hastayı yaşanan süreçten fazlaca etkilenen çocuğa da odaklanmaya, gereksinimlerini karşılamaya ve etkileri en aza indirmeye çalışmaya zorlar. Bu kişi için oldukça yorucu bir döngüdür. Bunun yanı sıra kanser tanısı alan bireye destek olmaya çalışan, bireye bakım verenlerin ilgisinin bölünmesine de sebep olur. Bütün bunların algılanan desteği olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda elde edilen bir diğer bulgu ise ekonomik durumu kötü olan bireylerin diğer gruplara göre algılanan sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olması ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olmamasıdır. Arslan ve Batmaz'ın (2016) çalışmasında ailenin gelir düzeyi kötü olan hastaların, orta olan hastalara göre ileri düzeyde daha düşük olduğu (111), Uysal ve Bostanoğlu'nun çalışmasında ise (2011) gelirini kötü olarak tanımlayan grubun gelir gideri dengeli olarak tanımlayan gruba göre sosyal destek puanlarının oldukça düşük olduğu saptanmıştır (109). Literatür incelendiğinde ekonomik durumun farklı şekillerde gruplandırıldığı, farklı çalışmalarda farklı ekonomik gruplar arasında fark bulunduğu görülmüş fakat ulaşılan çalışmaların tümünde ekonomik durumun sosyal desteğin bir belirleyicisi olduğu

saptanmıştır. Çalışmamızın bu sonuçları literatür sonuçlarından farklılık göstermektedir. Kanser tedavi süreci uzundur, etkileri çok yönlüdür, tekrarlayan yatış ya da ayaktan başvuruları içerir ve bu nedenle de yüksek maliyet gerektirmektedir. Maddi durumu kötü olan bireylerin bu sırada yakınlarından, ailelerinden ya da resmi kurum ve kuruluşlardan destek almış olabileceği düşünülmekte, fakat çalışmamıza katılanlarda yardım almaya yönelik herhangi bir veri bulunmamaktadır. Kanserde maddi yardım alan hastaların algıladıkları sosyal desteğin almayanlara göre daha yüksek olduğunu gösteren çalışma sonuçları bulgularımızı açıklamaktadır (108, 109).

Çalışmamızda tanı ve hastalık süresi özelliklerine göre hastaların algılanan sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır fakat hastalık süresi 6 ay- 1 yıl arası olanların algılanan sosyal desteklerinin en yüksek olduğu dikkat çekicidir. Literatürde tanı tipinin sosyal desteği etkilemediğini, gösteren birçok çalışma mevcuttur (105, 111). Fakat tanı süresinin algılanan sosyal destek üzerine etkisine ilişkin farklı çalışma sonuçları bulunmaktadır. Requena ve arkadaşlarının (2014) yapmış olduğu çalışmada tanı süresi arttıkça algılanan sosyal desteğin anlamlı düzeyde azaldığı (105), Tanrıverdi, Savaş ve Can'ın (2012) üç yıl ve üzeri hastalık süresine sahip bireylerde algılanan sosyal desteğin diğerlerine göre daha az olduğu (91), Savcı ve Güraksın'ın (2006) çalışmalarında ise hastalık süresi bir yıldan az olanların sosyal destek algılarının daha yüksek olduğu saptanırken (102), Uysal, Bostanoğlu (2011), Tan ve Karabulut (2005) ile Arslan ve Batmaz (2016) yapmış oldukları çalışmalarda tanı süresinin algılanan sosyal desteği etkilemediği bulunmuştur (109, 103, 111). Kanserde görülen semptomlar, kanserin tipi ve tanı süresinden ziyade tedavi yöntemi ve hastalığın seviyesine göre farklılık göstermektedir. Bu da bireylerin ihtiyaç duyduğu destek tipi ve destek düzeyini etkileyebilir. Literatürde görülen bu farklı sonuçların kanserin etkilerinin ve dolayısıyla sosyal destek gereksinimlerinin bireysel farklılıklarına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

3- Hastalarda TSG ve Sosyal Destek İlişkisi

Çalışmamızda sosyal destek düzeyi ile travma sonrası gelişim düzeyi arasında pozitif yönlü korelasyon olduğu saptanmıştır. Farklı hasta gruplarıyla yapılan ve sosyal destek ile travma sonrası gelişim arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışma, sosyal desteğin travma sonrası gelişim üzerinde pozitif yönde etkisi olduğunu göstermiştir (91, 96, 112, 113). Bu sonuçlar bulgularımızı destekler niteliktedir. Travmatik deneyim sonrasında bilişsel ve ruhsal olarak pozitif değişimler gösteren bireylerin baş etme becerilerinin de geliştiği düşünülmektedir. Bu kişilerin hayattaki sosyal ilişkilerle de daha kolay baş ettikleri, öz güven, kendinin farkında olma gibi özellikler geliştirerek kişiler arası ile ilişkilerde daha özverili davranma, empati kurabilme, ilişkilere dair daha pozitif bakış açısına sahip olma gibi kazanımlar ile sosyal hayata dair algılarının değiştiği düşünülmektedir. Ayrıca kanser ile mücadele eden bireylerin aldıkları sosyal destek ile hayatın ve etrafındaki insanların değerini bilme, hayata yeni bir yön verme, anı yaşayabilme, önceliklerini belirleme gibi pozitif değişimler gösterdiği de düşünülebilir. Çalışmamızda özellikle kişinin kendisindeki değişimin ve aileden algılanan sosyal desteğin travma sonrası gelişimi etkilediği dikkat çekici diğer bulgudur. Heidarzadeh ve arkadaşlarının (2017) kanserli hastalarda TSG'nin farklı boyutlarının tanımlanması amacıyla mix metod ile yaptıkları çalışmada hastalar kanseri atlattıktan sonra iç huzuru bulma, daha güçlü hissetme, gibi pozitif kişisel özelliklerinde gelişmeler olduğunu, artan sosyal destek ile özellikle aile ile daha etkili iletişim kurma ve onlara rol model olma, daha sıkı görüşme, daha anlayışlı olma gibi yeni özellikler kazandıklarını ifade etmişlerdir (114). Bu hasta ifadeleri niceliksel verilerimizi açıklar niteliktedir. Kolokotroni ve arkadaşlarının yapmış olduğu sistematik derlemede sosyal desteği TSG'yi etkileyen bir faktör olarak inceleyen çalışmaların çoğunluğunda bu iki kavram arasında pozitif yönlü bir ilişki saptandığı, bu çalışmalarda yine aileden gelen desteğin öne çıktığı ifade edilmiştir (96). Türk kültüründe hastalık gibi zor durumlarda ailenin bireye çok yönlü destek olması gerektiği anlayışı hakimdir. Bu kültürel özelliklerimizin sonuçlara yansıdığı söylenebilir. Ayrıca iki ölçeğin de tüm alt boyutları ile pozitif yönde ilişkisinin olması bu iki kavramın da kültürümüzdeki yerinin anlaşılması adına büyük önem arz etmektedir. Tanrıverdi, Savaş ve Can'ın (2012) çalışmalarında benzer şekilde travma sonrası gelişim toplam puanı ile tüm alt boyutları arasında ilişki olduğu saptanmış

fakat özel bir insandan algılanan desteğin sosyal destek ile ilişkisinin olmadığı saptanmıştır (91). Bu farklılığın genelde bakım veren rolünü üstlenen eşlerin algıladıkları yüklerin farklılığından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.



8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde kanser hastalarında travma sonrası gelişim ve sosyal destek ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada elde edilen sonuçlara yer verilmiştir.

Çalışmada:

- Katılımcıların %60'ı kadın, %29.2'si 41-52 yaş arasında ve %73.3'ü evli olduğu, bireylerin %45.8'inin ilköğretim mezunu olduğu ve %66.7'sinin çalışmadığı, %72.5'inin çekirdek aile yapısında, %78.3'ünün çocuk sahibi olduğu ve %37.2'sinin çocuk sayısının iki olduğu, %69.2'sinin ekonomik durumunu orta olarak tanımladığı, hastaların %30.8'i meme kanseri tanısı almış ve %38.3'ünün tanı süresinin 6 ay- 1 yıl arası olduğu saptanmıştır.
- Çalışmamızda hastaların travma sonrası gelişim ölçeği puan ortalamalarının orta düzeyde (62.02 ± 22.34) olduğu saptanmıştır. Ölçeğin alt boyut puanları incelendiğinde hastaların en yüksek puanı 'Kişinin Kendisindeki Değişim' alanından aldıkları bu sıralamanın 'Diğer Kişilerle Olan İlişkilerde Değişim' boyutu ve sonrasında 'Yaşam Felsefesindeki Değişim' boyutu olarak devam ettiği, Kişinin Kendisindeki Değişim ve Diğer Kişilerle Olan İlişkilerde Değişim alt ölçek puanları ortalamanın üstünde olduğu görülmektedir.
- Travma Sonrası Gelişim Ölçeği puanlarını etkileyen faktörler incelendiğinde; 'Yaşam Felsefesindeki Değişim' alt boyutunda 17-28 yaş arası puan ortalamalarının (15.44 ± 6.77), 'Diğer Kişilerle Olan İlişkilerde Değişim' (21.67 ± 5.87) 'Kişinin Kendisindeki Değişim' (31.50 ± 6.81) alt boyutlarında ve Travma Sonrası Gelişim Ölçeği toplam puanında (66.75 ± 16.37) ise 29-40 yaş arası bireylerin diğer gruplara oranla daha yüksek puan aldığı saptanmıştır ($p < 0.05$). Çocuk sahibi olmayanların olanlara göre 'Yaşam Felsefesindeki Değişim' alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu (14.85 ± 7.22) saptanmıştır ($p < 0.05$).
- Sosyo-demografik özelliklerden cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, aile tipi, ekonomik durum, tanı ve hastalık süresi özelliklerine göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

- ↗ Hastaların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalaması ise 62.98 ± 16.10 olarak saptanmış ve alt boyutlardan 'Aile'nin en yüksek algılanan destek alt boyutu olduğu saptanmıştır.
- ↗ Hastalarının sosyo-demografik özelliklerine göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde ön lisans ve üzeri eğitim düzeyindeki hastaların 'Arkadaş' alt boyutu puan ortalamalarının diğer gruplara oranla (23.52 ± 4.95) daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).
- ↗ Sosyo-demografik özelliklerden cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek, aile tipi, çocuk sahibi olma, ekonomik durum, tanı ve hastalık süresi özelliklerine göre Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.
- ↗ Travma Sonrası Gelişim Ölçeği ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği korelasyonları incelendiğinde; sosyal destek düzeyi ile travma sonrası gelişim düzeyi arasında pozitif yönlü korelasyon olduğu saptanmıştır.
- ↗ Çalışmamızda özellikle kişinin kendisindeki değişimin ve aileden algılanan sosyal desteğin travma sonrası gelişimi etkilediği dikkat çekici diğer bulgudur. Ayrıca iki ölçeğin de tüm alt boyutları ile pozitif yönde ilişkisinin olması bu iki kavramın da kültürümüzdeki yerinin anlaşılması adına büyük önem arz etmektedir.

Çalışma Sonuçlarımızagöre:

Çalışmamız; zorluklarla dolu kanser sürecinin iyi yönetilmesi durumunda, bu deneyimin güçlendirici etkisinin olabileceğini ve bunun için sosyal desteğin bir kolaylaştırıcı olduğunu gözler önüne sermektedir.

- ↗ Onkoloji hasta ve yakınlarına sunulan tedavi ve bakım hizmetlerinin sunumunda multidisipliner bir ekip anlayışının benimsenmesi, bu ekip içerisinde konsültasyon liyezon psikiyatrisi özellikle de psikonkoloji alanında uzmanlaşmış hekim ve hemşirelerin bulunması,
- ↗ Hastalara yönelik bakım ve tedavi hizmetlerinin yalnızca hastanın fizyolojik ihtiyaçlarına göre değil, hasta ve yakınlarının biyopsikososyal ihtiyaçları dikkate alınarak planlanması,

- Hasta ve yakınlarının biyopsikososyal ihtiyaçlarına yönelik, psikososyal uygulamalar, danışmanlık ve psikoeğitim faaliyetlerinin onkolojik birimlerinde standart uygulamalar içerisinde yer alması,
- Hastane yapılanması içinde, kanser tedavisi alan hastalar ve yakınlarının gerektiğinde destek alabileceği konsültasyon liyezon psikiyatrisi birimlerinin oluşturulması,
- Kanser hastalarının algıladıkları sosyal desteği etkileyen faktörlerin anlaşılması amacıyla kalitatif çalışmaların yürütülmesi,
- Bir travma olarak kanseri, kanserde travma sonrası gelişimi kolaylaştıran faktörleri hasta ve bakım verenler gözünden inceleyebilmek için kalitatif çalışmaların yapılması önerilmektedir.

EKLER

EK- 1 : ANKET FORMU:

1. Cinsiyetiniz : 1) Kadın 2) Erkek

2. Yaşınız:

3. Medeni durumunuz : 1) Evli 2) Bekâr 3)Eşi ölmüş/Boşanmış

4. Eğitim Durumu :

1. Okuma yazma bilmiyor 2. İlköğretim 3.Lise 4. Ön lisans

5.Lisans 6. Lisans üstü

5. Mesleğiniz:

1. Çalışıyor

2. Çalışmıyor

6. Aile tipi : 1. Geniş aile () 2. Çekirdek aile () 3. Diğer ()

7.Çocuk sahibi olma durumu : 1)Evet (Çocuk sayısı)

2)Hayır

8. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız? 1) Kötü 2) Orta 3) İyi 4) Çok iyi

9. Tanı :

10.Hastalık süresi :

EK- 2 :**TRAVMA SONRASI GELİŞİM ÖLÇEĞİ**

Aşağıda hastalığınızdan dolayı yaşamınızda olabilecek bazı değişiklikler verilmektedir. Her cümleyi dikkatle okuyunuz ve belirtilen değişikliğin sizin için ne derece gerçekleştiğini aşağıdaki ölçeği kullanarak belirtiniz.

0= Hastalığımın dolay böyle bir değişiklik yaşamadım

1= Hastalığımın dolay bu değişikliği çok az derecede yaşadım

2= Hastalığımın dolay bu değişikliği az derecede yaşadım

3= Hastalığımın dolay bu değişikliği orta derecede yaşadım

4= Hastalığımın dolay bu değişikliği oldukça fazla derecede yaşadım

5= Hastalığımın dolay bu değişikliği aşırı derecede yaşadım

	Hiç Yaşamadım					Aşırı Derecede
1. Hayatıma verdiğim değer arttı.	0	1	2	3	4	5
2. Hayatımın kıymetini anladım.	0	1	2	3	4	5
3. Yeni ilgi alanları geliştirdim	0	1	2	3	4	5
4. Kendime güvenim arttı	0	1	2	3	4	5
5. Manevi konuları daha iyi anladım	0	1	2	3	4	5
6. Zor zamanlarda başkalarına güvенеbileceğimi anladım	0	1	2	3	4	5
7. Hayatıma yeni bir yön verdim.	0	1	2	3	4	5
8. Kendimi diğer insanlara daha yakın hissetmeye başladım.	0	1	2	3	4	5
9. Duygularımı ifade etme isteğim arttı.	0	1	2	3	4	5
10. Zorluklarla başa çıkabileceğimi anladım.	0	1	2	3	4	5
11. Hayatımı daha iyi şeyler yaparak geçirebileceğimi anladım.	0	1	2	3	4	5

	Hiç Yaşamadım					Aşırı Derecede
12. Olayları olduğu gibi kabullenmeyi öğrendim.	0	1	2	3	4	5
13. Yaşadığım her günün değerini anladım.	0	1	2	3	4	5
14. Hastalığımın sonra benim için yeni fırsatlar doğdu.	0	1	2	3	4	5
15. Başkalarına karşı şefkat hislerim arttı.	0	1	2	3	4	5
16. İnsanlarla ilişkilerimde daha fazla gayret göstermeye başladım.	0	1	2	3	4	5
17. Değişmesi gereken şeyleri değiştirmek için daha fazla gayret göstermeye başladım.	0	1	2	3	4	5
18. Dini inancım daha da güçlendi.	0	1	2	3	4	5
19. Düşündüğümde daha güçlü olduğumu anladım.	0	1	2	3	4	5
20. İnsanların ne kadar iyi olduğu konusunda çok şey öğrendim.	0	1	2	3	4	5
21. Başkalarına ihtiyacım olabileceğini kabul etmeyi öğrendim.	0	1	2	3	4	5

EK- 3

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1’den 7’ ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenen sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.
Kesinlikle HAYIR 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. Kesinlikle EVET
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.
Kesinlikle HAYIR 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. Kesinlikle EVET
3. Ailem (örneğin annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.
Kesinlikle HAYIR 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. Kesinlikle EVET
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerimden) alırım.
Kesinlikle HAYIR 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. Kesinlikle EVET
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.
Kesinlikle HAYIR 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. Kesinlikle EVET
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.
Kesinlikle HAYIR 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. Kesinlikle EVET

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle HAYIR 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. Kesinlikle EVET

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle HAYIR 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. Kesinlikle EVET

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var

Kesinlikle HAYIR 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. Kesinlikle EVET

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var

Kesinlikle HAYIR 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. Kesinlikle EVET

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle HAYIR 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. Kesinlikle EVET

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim

Kesinlikle HAYIR 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. Kesinlikle EVET

EK-4

> < MEDİPOL
A N

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Siyah : 31034136-302.01.01 / 2
Konu : Cevahir SIMSEK
Anketah ması

10.11.2015

İSTANBUL MEDİPOL MEGA İİA TANE İBAHEKİ TLENE

Enstitümüz Heirlik Jnabilim Dalı Tezli YÜKsek Lisans Programı öğrencisi Cevahir SIMSEK'in. Oniversitemiz Giimscil Olmayan Klinik Ara İllmalar Etiİ Kurulu B kanhtarntmdan da onayhmdan "Kaiser Hastalarında Travma Sonrast GeliSim ve Sosyal Deste/. İti-kisi" isimli tez 9ah ması kapsanundaki anketah malarım İlastancı7in Kemotcrapi BolilmOnde yapmaları konusunda mOsaadelerinizi arz ve rica edirim.

Prof.Dr. İesrin EMEKLI
İUdUr V.

Medipol Ün. Yüksek İnan Öğrencisi
ATM aarında adınarı kurumunda yerleşti
uyandı. M. N. N. N.

ceyhan


Ka:İCk Mahallesi Ekinciler Caddesi No: 19 ncy ko/İSTANBUL
Tel: (216) 681 53 H Faks: (212) 531 7555

10. KAYNAKLAR

- 1- Baykara O. Kanser tedavisinde güncel yaklaşımlar. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. 5(3): 154-163, 2016.
- 2- Özçetin YSÜ, Hiçdurmaz D. Kanser deneyiminde travma sonrası büyüme ve psikolojik sağlamlık. 9(4): 388-397, 2017.
- 3- Korkmaz E. Kanser ve Kanser Hastalarına İlişkin Tutumların İncelenmesi. İ.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010.
- 4- Cho J, Choi E, Kim YS, Shin WD, Cho B, Kim C, Koh DH, Guallar E, Bardwell AW, Park HJ. Association Between Cancer Stigma and Depression Among Cancer Survivors: A Nationwide Survey In Korea. *Psycho-Oncology*. 22: 2372–2378, 2013.
- 5- Park JH, Kim SG. Effect of Cancer Diagnosis on Patient Employment Status: A Nationwide Longitudinal Study in Korea. *Psycho-Oncology*. 18: 691–699 2009.
- 6- Elbi MH. Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar. *Türkiye Klinikleri*. 1(2): 36-46, 2008.
- 7- Aydoğan Ü, Doğaner YÇ, Borazan E, Kömürcü Ş, Koçak N, Öztürk B, Özet A, Sağlam K. Kanser hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyleri ve hastalıkla başa çıkma tutumlarının ilişkisi. *Türk Aile Hek. Derg.* 16(2): 55-60, 2012.
- 8- Roelofs K, Spinhoven P, Sandijck P, Moene FC, Hoogduin KAL. The Impact of Early Trauma and Recent Life-Events on Symptom Severity in Patients With Conversion Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 193(8): 508-514, 2005.
- 9- Köroğlu E. Çeviri editörü. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*. 4. Hekimler Yayın Birliği. s: 424- 429, Ankara. 1995.
- 10- Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM, Henrichs M, Carniceke LM, The Prevalence of Psychiatric Disorders Among Cancer Patients. *JAMA*. 249 (6): 751-757, 1983.

- 11- Devrimci H. İbn-i Sina Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniğinde Yatarak Tedavi Gören Kansere Hastaları ve Yakınlarında Psikiyatrik Morbidite, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı. 1996.
- 12- Massie MJ, Holland JC. The cancer patient with pain: psychiatric complications and their management. *Journal Of Pain and Symptom Management*. 7(2): 99-109, 1992.
- 13- Güleç G, Büyükkınacı A. Kansere ve Psikiyatrik Bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 3(2): 343-367, 2011.
- 14- Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*. 15(1): 1-18, 2004.
- 15- Dedeli Ö, Fadıloğlu Ç, Uslu R. Kansere bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*. 23(3): 132-139, 2008.
- 16- Avcı D, Doğan S. Kansere hastalarında travma sonrası stres bozukluğu, sosyal destek ve stresle başa çıkma arasındaki ilişki. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 3(1): 16-21, 2014.
- 17- Akbulut H, Akbulut KG. *Tıbbi Onkoloji Kitabı*. S. 23. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Antıp Yayınları, Editör İçli F, Ankara, 2005.
- 18- Fışkın K. *Genetik Kavramlar*. s. 635-651. Altıncı Baskıdan Çeviri, Çevirmen: Öner C, Ankara, 2002.
- 19- Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat AY. Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü. 3(3): 513-552, 2011.
- 20- Globocan. Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. <http://globocan.iarc.fr> . Erişim Tarihi: 08.05.2018.
- 21- World Health Organization [WHO]. Key Facts About Cancer, 2018. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/> . Erişim Tarihi: 08.05.2018.
- 22- TC Halk Sağlığı Kurumu. *Türkiye Kansere İstatistikleri Ana Raporu*. Ankara. 2016.

- 23- Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm Nedeni İstatistikleri. 2015. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18855>. Erişim Tarihi: 08.05.2018.
- 24- Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. s. 60-94. Nobel Kitap Evi, Basım 3, Ankara, 2011.
- 25- McCance KL, Huether SE. Pathophysiology The Biologic Basis For Disease in Adults and Children, The C.V. Mosby Company, StLouis. 2005.
- 26- Smith RA, Mettlin CJ, Davis KJ, Eyre H. American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer. Guidelines For Early Detection Of Cancer. 50(1): 34-49, 2000.
- 27- Parkin DM. The global health burden of infection-associated cancers in the year 2002. Int J Cancer 118: 3030-3044, 2006.
- 28- Onat H, Mandel MN. (editörler). Kanser hastasına yaklaşım. Tanı, tedavi, takipte sorunlar. s. 261. Nobel Tıp Kitabevleri, İzmir 2002.
- 29- Bayraktar S, Özkan S. Kanser Hastalarında Travma Sonrası Gelişim Olgusunun ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. İ.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2008.
- 30- Kocaman N. Genel hastane uygulamasında psikososyal bakım ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 9(1): 49- 51, 2005.
- 31- Kutlu R, Çivi S, Börüban MC, Demir A. kanserli hastalarda depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi. 27(3):149-153, 2011.
- 32- Bag B. Psiko-Onkoloji, Psikososyal Sorunlar ve Ölçüm Yöntemleri. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 4(4): 449-464, 2012.
- 33- Ülger E, Alacacioğlu A, Gülseren AŞ, Zencir G, Demir L, Tarhan MO. Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 28(2): 85-92, 2014.
- 34- Ross EK. Ölüm ve Ölmek Üzerine. s: 11-161. April Yayıncılık, Ankara, 2010.
- 35- Özkan S. Psikiyatrik ve Psikososyal Açından Kanser. s:140-153. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı, İstanbul, 1998-1999.

- 36- Bahar A. Kanser hastalarına psikososyal yaklaşım. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 10(1): 105-111, 2007.
- 37- Tuncay T. Kanserle Başetmede Destek Grupları. Toplum ve Sosyal Hizmet. 21(1): 59-71, 2010.
- 38- Fortinasit KM, Worret PH. Psychiatric mental health nursing. USA: Mosby-Year Book. 9: 678, 1996.
- 39- Özkan S. Psikiyatrik Tıp. Konsültasyon ve Leyezon Psikiyatrisi Kitabı. Nadir Kitap. s:158-159. Roche Yayınevi, Aralık, İstanbul, 1993.
- 40- Dedeli Ö, Karadeniz G. Kanser ağrısının kontrolü ile psikososyal- spiritüel modelin birleştirilmesi. Ağrı 21:45-53, 2009.
- 41- Özçelik H, Fadıloğlu Ç, Uyar M, Karabulut B. Tülay Aktaş Onkoloji Hastanesi. Kanser Hastaları ve Aileleri İçin Palyatif Bakım Kitabı. s: 9-57. İzmir, 2010.
- 42- Şengün Fİ. Türkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics. 3(1):76-82, 2017.
- 43- Battal S, Özmenler N. Psikiyatri Temel Kitabı. Ed. Cengiz Güleç Ve Ertuğrul Köroğlu. s: 47. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, Cilt: 1, 1997.
- 44- Şar V. DSM-5 Taslak tanı ölçütlerine genel bir bakış: “batı cephesinde yeni bir şey yok mu?” Klinik Psikiyatri Dergisi. 13: 196-208, 2010.
- 45- Aker T, Önder ME. Psikolojik Travma Ve Sonuçları. 5US Yayınları. İstanbul, s: 9-21, 2003.
- 46- Karancı NA, Acartürk C. Post-Traumatic Growth Among Marmara Earthquake Survivors Involved in Disasters Preparedness as Volunteers. Traumatology. 11:307-23, 2005.
- 47- İnci F, Boztepe H. Travma sonrası büyüme: öldürmeyen acı güçlendirir mi? Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 4(2): 80-84, 2013.
- 48- Haselden M. Üniversite Öğrencilerinde Travma Sonrası Büyüme Yordayan Çeşitli Değişkenlerin Türk ve Amerikan Kültürlerinde İncelenmesi: Bir Model Önerisi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji, Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Bilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara, 2014.
- 49- Thegee BK, Kovacs E, Balog P. A Bifactor model of the posttraumatic growth inventory. Health Psychology & Behavioural Medicine. 2(1): 529-540, 2014.

- 50- Güleç G, Büyükkınacı A. Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 3(2):343-367, 2011.
- 51- Silva SM, Crespo C, Canavarro MC. Pathways For Psychological Adjustment in Breast Cancer: A Longitudinal Study On Coping Strategies And Posttraumatic Growth. *Psychology And Health*. 27:1323-41, 2012.
- 52- Tokgöz G, Yaluğ İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K, Aker T. Kanserli hastalarda travma sonrası stres bozukluğunun yaygınlığı ve ruhsal gelişim. *New/Yeni Symposium Journal*. Nisan. 46(2): 52-61, 2008.
- 53- Zoellner T, Maercker A. Posttraumatic Growth in Clinical Psychology - A Critical Review And Introduction Of a Two Component Model. *Clinical Psychology Review*. 26 : 626–653, 2006.
- 54- Joseph S. Growth Following Adversity: Positive Psychological Perspectives on Posttraumatic Stress. *Psychological Topics*. 18(2): 335 – 344, 2009.
- 55- Kanat BB, Özpolat AGY. Kanser hastalarında travma sonrası büyüme kavramı. *Turk J Clin Lab*. 7(4): 106-110, 2016.
- 56- Turner-Sack AM, Menna R, Setchell SR. Posttraumatic Growth, Coping Strategies And Psychological Distress in Adolescent Survivors of Cancer. *J Pediatr Oncol Nurs*. 29:70-9, 2012.
- 57- Taku K, Arnie C, Lawrence G, Calhoun, Richard G, Tedeschi RG. The factor structure of the posttraumatic growth inventory: a comparison of five models using confirmatory factor analysis. *Journal of Traumatic Stress*. 21(2): 158-164, April 2008.
- 58- Ramos C, Leal I. Posttraumatic Growth in the Aftermath of Trauma: A Literature Review About Related Factors and Application Contexts. *Psychology. Community & Health*. 2(1): 43 – 54, 2013.
- 59- Morris BA, Shakespeare-Finch J, Scott JL. Posttraumatic Growth After Cancer: The Importance Of Health-Related Benefits And Newfound Compassion For Others. *Support Care Cancer*. 20:749-56, 2012.
- 60- Şengün Fİ, Üstün N. Meme kanseri ve travma sonrası gelişim. *Meme Sağlığı Dergisi*. *Journal of Breast Health*. 10(2): 75-78, 2014.

- 61- Tedeschi RG, Calhoun LG. The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 9(3): 455-471, 1996.
- 62- Sarısoy G. Travma Sonrası Büyümenin Derecesinin ve Travma Sonrası Büyüme Yordayan Etkenlerin Meme Kanseri Hastalarında İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. 2012.
- 63- Abraido-Lanza AF, Guier C, Colon RM. Psychological Thriving Among Latinas With Chronic Illness. *Journal Of Social Issues*, 54(2): 405-424, 1998.
- 64- Almedom AM, Resilience, Hardiness, Sense Of Coherence And Posttraumatic Growth: All Paths Leading To -Light At The End Of The Tunnel? *Journal of Loss and Trauma*. 10: 253-265, 2005.
- 65- Westphal M, Bonanno GA. Posttraumatic Growth and Resilience to Trauma: Different Sides of the Same Coin or Different Coins. *International Association of Applied Psychology*. 56 (3): 417–427, 2007.
- 66- Bostock L, Sheikh AI, Barton S. Posttraumatic Growth and Optimism in Health – Related Trauma: A Systematic Review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 16(4): 281 – 296, 2009.
- 67- Affleck G, Tennen H. Construing Benefits From Adversity: Adaptational Significance and Dispositional Underpinnings. *Jourrml of Persornlity* 64 (4): 900-922, 1996.
- 68- Coyne CJ, Tennen H. Positive Psychology in Cancer Care: A Story Line Resistant to Evidence, *ann. behav. Med*. 39: 35-42, 2010.
- 69- Jim HSL, Jacobsen PB. Posttraumatic Stress and Posttraumatic Growth in Cancer Survivorship: A Review. *The Cancer Journal*. 14(6): 414-419, 2008.
- 70- Cordova MJ, Cunningham LLC, Carlson CR, Andrykowski MA. *American Psychological Association, Inc*, 20(3): 176-185, 2001.
- 71- Bellizzi KM, Blank TO. Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psycholgy*. 25: 47-56, 2006.
- 72- Okanlı A, Durmaz H. Investigation of the effect of self-efficacy Levels of caregiver family members of the individuals with schizophrenia on burden of care. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2014.

- 73- Cassel J. An Epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. *American Journal of Public Health*. 64: 1040-1043, 1974.
- 74- Şahin D. Sosyal Destek ve Sağlık. Edt. Okyayuz UH. Sağlık Psikolojisi. s. 79-106. Türk Psikologlar Derneği Yayınları. Ankara, 1. Baskı, 1999.
- 75- Öner Öİ. Onkoloji Hastalarında Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilimdalı, Yüksek Lisans Tezi, 2012.
- 76- Fadiloğlu Ç. Kronik hastalıklarda bakım. s: 9-39. İntertıp Tıbbi Yayıncılık, İzmir, 2003.
- 77- Özyurt BE. Kanser hastalarının algıladıkları sosyal destek düzeyine ilişkin betimsel çalışma. *Kriz Dergisi*.15(1): 1-15, 2007.
- 78- Peters-Golden H. Breast Cancer: Varied Perceptions of Social Support in the Illness Experience. *Social Science and Medicine*. 16: 483- 492, 1982.
- 79- Taylor SE, Dakof GA. Social Support and The Cancer Patient. In S. Spacapan and S. Oskamp (Eds.). *The Social Psychology of Health: The Cleremont Symposium on Applied Psychology*. USA, Sage Publications. 4: 95-116, 1987.
- 80- Dunst CJ, Trivette CM, Hamby D, Pollock B. Family Systems Correlates of the Behavior of Young Children with Handicaps. *Journal of Early Intervention*. 14(3): 204-218, 1990.
- 81- Kazak AE, Marvin RS. Differences, Difficulties and Adaptation: Stress and Social Networks in Families with a Handicapped Child. *Family Relations*. 33(1): 67-77, 1984.
- 82- Tuna P. Kanserli Hastaların Benlik Saygıları Üzerine Bir Araştırma. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1993.
- 83- Karadakovan A, Aslan FE. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 29-126. *Akademisyen Kitabevi*, 1(3), 2014.
- 84- Helgeson VS, Cohen S. Social Support and Adjustment to Cancer: Reconciling Descriptive, Correlational, and Intervention Research. *Health Psychological Association*. 15(2): 135-148, 1996.

- 85- Çalışkan T, Duran S, Karadaş A, Ergün S, Tekir Ö. Kanser hastalarının yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeylerinin değerlendirilmesi. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 17(1): 27-36, 2015.
- 86- Bıkmaz Z. Lösemili Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne, 2009.
- 87- Usta YY. Importance of Social Support in Cancer Patients. Asian Pacific J Cancer Prev. 13: 3569-72. 2012.
- 88- Işıkhan V. Kanser ve Sosyal Destek. Toplum ve Sosyal Hizmet. 18(1): 15-29, 2007.
- 89- Bertero CM. Types and Sources of Social Support for People Afflicted with Cancer. Nursing And Healty Sciences. 2: 93-101, 2000.
- 90- Kızıler E. Kanserli Çocuğu Olan Ailelerin Sosyal Destek Algısı, Umutsuzluk ve Başetme Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007.
- 91- Tanrıverdi D, Savaş E, Can G. Posttraumatic Growth and Social Support in Turkish Patients with Cancer. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 13: 4311-4314, 2012.
- 92- Cohen M, Numa M. Posttraumatic Growth in Breast Cancer Survivors: A Comparison Of Volunteers And Non-volunteers. Psycho-Oncology. 20: 69-76, 2011.
- 93- Rahmani A, Ferguson C, Gholizadeh L, Zirak M. Posttraumatic growth in Iranian cancer patients. Indian Journal of Cancer. 49(3): 287-292, 2012.
- 94- Dürü Ç. Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Büyümenin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi ve Bir Model Önerisi. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı Klinik Psikolojisi Bilim Dalı Doktora Tezi, Ankara, 2006.
- 95- Zwahlen D, Hagenbuch N, Carley MI, Jenewein J, Buchi S. Posttraumatic Growth in Cancer Patients And Partners-effects Of Role, Gender And The Dyad On Couples' Posttraumatic Growth Experience. Psycho-Oncology. 2009.

- 96- Kolokotroni P, Anagnostopoulos F. Psychosocial factors related to posttraumatic growth in breast cancer survivors: A Review. *Women & Health*. 54: 569-592, 2014.
- 97- Gallager KS. Factors Influencing Resilience Among Haematological Cancer Survivors. School of Arts and Humanities. Edith Cowan University Western Australia. Doctor of Philosophy (Psychology). 2016.
- 98- Akyüz M, Ünal S. Meme Kanseri Tanılı Hastalarda, Dindarlık Düzeyi ile Psikolojik Dayanıklılık ve Travma Sonrası Büyüme Arasındaki İlişkinin Araştırılması. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Malatya, 2017.
- 99- Weiss A, Delproposto J, Giroux CN. High-Throughput Phenotypic ProWling Of Gene–Environment interactions by Quantitative Growth Curve Analysis in *Saccharomyces Cerevisiae*. *Analytical Biochemistry*. 327: 23-34, 2004.
- 100-Toker S, Doğan S. Kanser, Şizofreni ve Alzheimer Hastalarının Bakım Vericilerinde Travma Sonrası Gelişimin İncelenmesi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2017.
- 101-Grau AC, Ochoa C, Ruini C. Psychological And Clinical Correlates Of Posttraumatic Growth In Cancer. A Systematic And Critical Review. 2017.
- 102-Savcı AB, Güraksın A. Kanserli Hastalarda Yaklaşım Kalitesini Ve Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2006.
- 103-Tan M, Karabulutlu E. Hemodiyaliz hastalarında sosyal destek ve umutsuzluk arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 8(2): 32-39, 2005.
- 104-Güni ÖÖ, Aktaş AM. Kanserli Birey Ve Ailelerinin Sosyal Destek Algılarının Değerlendirilmesi. Hacettepe Sosyal Bilimler Anabilim dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2005.
- 105-Requena CG, Arnal RB, Gil F. The Influence Of Coping Response And Health-Related Quality Of Life On Perceived Social Support During Cancer Treatment. *Palliative and Supportive Care*. 1-7,2014.

- 106-Novotny P, Smith DJ, Guse L, Rummans TA, Hartmann L, Alberts S, Goldberg R, Gregory D, Johnson M, Sloan JA. A Pilot Study Assessing Social Support Among Cancer Patients Enrolled On Clinical Trials: A Comparison Of Younger Versus Older Adults. 2: 133-142, 2010.
- 107-Taşkıran H, İl S. Kanserli Bireylerde Algılanan Sosyal Desteği Etkileyen Bazı Etmenlerin İncelenmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hastanesi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2010.
- 108-Demirel AC, Acar H. Genç Kanser Hastalarının Sosyal Destek Düzeyleri ve Yaşam Doyumu. Kocaeli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmetler Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2015.
- 109-Uysal N, Bostanoğlu H. Baş Boyun Kanserli Hastalarda Fonksiyonel Durum Ve Sosyal Desteğin Belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2011.
- 110-Karabulutlu EY, Karaman S. Kanser Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. HSP, 2(3):271-284, 2015.
- 111-Arslan A, Batmaz M. Onkoloji Kliniklerinde Tedavi Gören Hastalarda Yalnızlık Ve Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişki. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2016.
- 112-Özlü A, Yıldız M, Aker T. Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinin Şizofreni Hasta Yakınlarında Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Noropsikiyatri Ars. 46:38-42, 2009.
- 113-Yola İ. The Mediating Roles Of Coping Styles And Perceived Social Support Between Dispositional Hope And Posttraumatic Growth / PTSD Relationships Among Postoperative Breast Cancer Patients: A Longitudinal Study. A Thesis Submitted To The Graduate School Of Social Sciences Middle East Technical University. The Department Of Psychology. 2011.
- 114-Heidarzadeh M, Rassouli M, Brant JM, Mohammadi-Shahbolaghi F, Alavi-Majd H. Dimensions of posttraumatic growth in patients with cancer. Cancer Nursing. 00(0): 1-9, 2017.

11- ETİK KURUL ONAYI

MED POL
"U"IV

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLİMPİYAT KLİNİK VE RAHATLAMA ETİK KURULU



Sayı: 10840091.01 O.E.397S
Konu: Etik Kurulu Kararı

26111/IOIS

Sayın Yrd. Do. Dr.Sibel DOĞAN

Oniversitemiz Girişim Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yjpmış
olduğunuz "Klinik Hastanelerinde Travma Sonrası Belirtilerin Sosyal Destekle
Değerlendirilmesi" başlıklı çalışmanızın değerlendirilmesini rica ederiz.

Bilgilerinizi rica ederiz

O. Or. Hani ÖZBEK Girişim
Olmayan Klinik Anjenneler Etik Kurulu
Başkanı

Formu (2011yfa)

Form No: 10840091.01 O.E.397S
Tarih: 26.05.2011

Kavattk Mahallesi Eldntilor Caddesi No:19 Beyko1/ İSTAJİIB UL
Ttl: (216) 681 5100 Foko: (111) 531 7555

\A:\)lllt\1 ,,,, z(L... \I\ 1\:\ ".:rHJ->IJ,,lr:ld,J r r' na
- - t..

hJHROI\ \ r<)\,SOI\ \IU
..I\I\$JR\ACI \rJ Dt'l llr 1-<1 Ont A\
1.1'1\<W,AUI.\0\ \nl

tr.:lltiROJ\ noR "OIH 'ILl
\R.V)\IR.V\ \CIV\ p !
'1.1"IJio. \I \I

t\OORDI\for.'->"I \Itt
VU III\1\Cit\1 ,l<tu;bul
RILL\DIçI\IEA rJ

lll.'tU.t\ If t

\t\SIUt\I.\ \ "-\ftLV
\UtMIIIM n G)



...GİRİ...

ARASTIRMALAR ETİK K

Değerlendirilme Belgeleri	Belge Adı	Tarihi	EMIN)re (L.mJr><J	İlir
	ARAŞTIRMA PROTOKOLU/PLANI	19.11.2015	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	19.11.2015	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>		

1\Jrr ,lu: S"9

Tnrth: I II O1

>.d.r bJ;iln'. :nIn Cür: Jml lJmJn n. r. ; Arştm Jiar Etll\u" n b' ru.J \X11'e İ;-I
t-.•d.; UJ)r:JJRn .Pl.f;3:11J<, n'l..l ' < ntemlen CJ Jlmuat:cdnm \.1:J)t.mut
çt 'e l'othahelnJenu gun olJuuna "oblrdig i" l!ékJrat'enlnu ur

IST\BİH. 'i:DLI'OI. (I)N ERSİTİSİ GİRİŞİSEL OL\I\ \ \ KLI'İK 4RASTIR\I\AR ETİK MRILL

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişki	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Şeref DEMIRAYAK	Eczacılık	Istanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Tangül MÜDOK	Histoloji ve Embriyoloji	Istanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Dx İlf tlu: I OZBEK	Farmakoloji	Istanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	PsikCHinkoloji	Istanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hestyn Cmu İ:::ze, SiOGL	Protetik Diş Tedavisi	Istanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	
Yrd Doç. Or İlkrur NESİ	Histoloji ve Embriyoloji	Istanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd iye' Or Mh:mr:İrd fJLhCVCI İİK	Kulak-Burun Boğaz	Istanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	

Foplantıda Bulunma

12. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Cevahir	Soyadı	Şimşek
Doğum Yeri	Gaziantep	Doğum Tarihi	29/01/1989
Uyruğu	TC	TC Kimlik No	-
E-mail	cevahirozan@gmail.com	Tel No	-

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurum Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Ege Üniversitesi	2012
Lise	Kemalpaşa Lisesi	2005

Mesleki Deneyimi (Sondan Geçmişe Doğru Sıralanmıştır)

Görevi	Kurum	Servis	Süre/Yıl
Hemşire	Medipol Mega Hastanesi	Kemoterapi Servisi	1 Yıl
Ekip Lideri	Medipol Mega Hastanesi	Organ Nakil Servisi	1 Yıl
Sorumlu Hemşire	Özel Fransız Lape Hastanesi	Akut Erkek Servisi	1 Yıl
Sağlık Eğitmeni	Sığınmacılar ve Göçmenlerle Dayanışma Derneği		2 Yıl 4 Ay

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
Ales Puan	64,73513	66,19294	62,57255

Yabancı Diller	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	Orta	Orta	Orta