

**TÜRK HAVA KURUMU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**KANSER HASTALARININ YAŞAM DOYUM DÜZEYLERİNİN
İNCELENMESİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Devran IŞIK

İşletme Anabilim Dalı

İşletme Programı

TEMMUZ 2014

**TÜRK HAVA KURUMU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**KANSER HASTALARININ YAŞAM DOYUM DÜZEYLERİNİN
İNCELENMESİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Devran IŞIK

1203810075

İşletme Anabilim Dalı

İşletme Programı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Aliye MAVİLİ AKTAŞ

Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nün "1203810075" numaralı Yüksek Lisans Öğrencisi, "Devran IŞIK", ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı "KANSER HASTALARININ YAŞAM DOYUM DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ" başlıklı tezini, aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

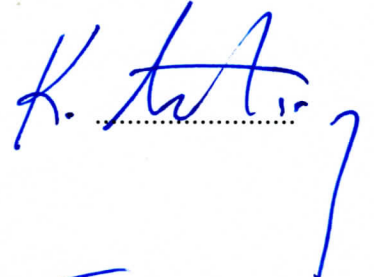
Tez Danışmanı : Prof. Dr. Aliye MAVİLİ AKTAŞ
Selçuk Üniversitesi



Jüri Üyeleri : Prof. Dr. Aliye MAVİLİ AKTAŞ
Selçuk Üniversitesi



Yrd. Doç. Dr. Kemal TEKİN
Türk Hava Kurumu Üniversitesi



Yrd. Doç. Dr. Suat KASAP
Türk Hava Kurumu Üniversitesi



Tez Savunma Tarihi: 18 Temmuz 2014

**TÜRK HAVA KURUMU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE**

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum, “KANSER HASTALARININ YAŞAM DOYUM DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ ve DEĞERLENDİRİLMESİ” adlı çalışmamın, tarafımdan akademik etik ve kurallara aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım kaynakların kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

18/07/ 2014

Devran IŞIK



ÖNSÖZ

Bu araştırma, Kanser hastalarının yaşam doyum düzeylerinin tespit edilmesine yönelik olup, kanser hastalarının yaşı, cinsiyeti, medeni durumları, eğitim durumları, meslekleri, yaşadıkları yer, sigara ve alkol kullanıp kullanmama durumları, tıbbi tanıları, kanser hastalığı ile beraberinde teşhisi konmuş başka bir hastalıklarının mevcut olup olmadıkları ve kanser hastalığı müddetince eş zamanlı olarak psikolojik destek isteyip istememe gibi değişkenlerle değerlendirilmesini oluşturmaktadır.

Araştırma sürecinde hiçbir zaman yardımlarını ve desteğini esirgemeyen, önerileri ile bana yol gösteren ve motive eden danışmanım Prof. Dr. Aliye MAVİLİ AKTAŞ'a,

Analiz ve değerlendirme ve biçim konusunda desteğiyle ve tecrübesiyle hep yanımda olan, önerileriyle büyük katkıda bulunan aile dostum Mustafa ÇINAR ve değerli ailesine,

Araştırmamın başından sonuna kadar hep yanımda olan, önerileriyle büyük katkıda bulunan aile dostum Muhammed YILMAZ, Kürşat YILMAZ, Kubilay YILMAZ ve değerli ailelerine,

Analiz, değerlendirme ve önerileriyle büyük katkıda bulunan Talip KILIÇ ve değerli ailesine,

Çalışmamı yapmama vesile olan ve sürekli desteğini esirgemeyen değerli arkadaşım Burcu ESER'e,

Araştırmamın başından sonuna kadar iş yerinde destek olan mesai arkadaşlarım değerli 11'inci Özel Kuvvetler Taburu ve 115'inci Özel Kuvvetler Tim Personeline,

Araştırmamın başından sonuna kadar her aşamasında yanımda olan değerli Ailem'e,

sabır ve desteklerinden dolayı çok teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar LİSTESİ	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	ix
KISALTMALAR	x
ÖZET	xi
ABSTRACT	xiii
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM	3
1. KANSER VE KANSERLİ HASTA	3
1.1 Kanser	3
1.2 Tıp Tarihinde Kanser	4
1.3 Kanserli Hasta	5
1.4 Kanser Hastalarının Geçirdiği Psikolojik Süreçler ve Gösterdikleri Tepkiler	6
1.5 Kanserın Kötü Haber ile İlişkilendirilmesi	10
1.6 Kanserde Psikolojik ve Sosyal Destek	11
1.7 Yaşam Doyumu	13
1.7.1 Yaşam Doyumu	13
1.7.2 Yaşam Doyumu Tanımlamaları	15
1.7.3 Yaşam Doyumunu Etkileyen Unsurlar	17
1.7.4 Yaşam Doyumunu Etkileyen Bazı Değişkenler	18
1.7.5 Yaşam Doyum Kuramları	19
1.7.5.1 Ereksel (telik) kuramlar	19
1.7.5.2 Aktivite kuramları	20
1.7.5.3 Tavandan-tabana ve tabandan-tavana kuramları	20
1.7.5.4 Bağ kuramları	21
1.7.5.5 Yargı kuramları	22
1.7.5.6 Gereksinim kuramı	22
İKİNCİ BÖLÜM	25
2. YÖNTEM	25
2.1 Araştırmanın Şekli	25
2.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	25
2.3 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	26
2.4 Verilerin Toplanması	26
2.4.1 Araştırmanın Etik Yönü ve İzlenen Diğer Adımlar	26
2.4.2 Veri Toplama Formları	27
2.4.2.1 Kişisel Bilgi Veri Formu	27
2.4.2.2 Yaşam Doyum Ölçeği	27
2.4.3 Veri Toplama Aracının Uygulanması	28
2.4.4 Verilerin Değerlendirilmesi	28
2.4.5 Araştırmanın Sınırlılıkları	28

2.5 Araştırmanın Sayıltıları	28
2.6 Araştırmanın Hipotezleri	29
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	31
3. BULGULAR	31
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	36
4. SONUÇ VE ÖNERİLER	36
4.1 Sonuç.....	36
4.2 Tartışma	38
4.3 Öneriler	48
KAYNAKÇA	51
EKLER	55
1. Ek-A: Gönüllü onam formu.....	57
2. Ek-B: Kişisel bilgi formu.....	58
3. Ek-C:Yaşam doyum ölçeği.....	60
4. Ek-Ç:Etik kurul izin belgesi	62
5. Ek-D:Araştırma anketi izin belgesi	64
6. Ek-E:Araştırma yeri idari izin belgesi	66
ÖZGEÇMİŞ	66

TABLolar LİSTESİ

Tablo 5.1 : Katılımcıların tanıtıcı özellikleri	31
Tablo 5.2 : Katılımcıların Hastanenin Onkoloji Bölümünü Seçme Nedenleri.....	32
Tablo 5.3 : Katılımcıların hastalıkları.....	33
Tablo 5.4 : Katılımcıların diğer hastalıkları.....	34
Tablo 5.5 : Katılımcıların psikolojik destek isteme durumları	34

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3.1 : Yaşam doyumu ve öznel iyi olma ilişkisi	16
Şekil 3.2 : Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi.....	23
Şekil 3.3 : Maslow'un geliştirilmiş ihtiyaçlar hiyerarşisi	24

KISALTMALAR

Hasta	: Kanser Hastası
GATA	: Gülhane Askeri Tıp Akademisi
YDÖ	: Yaşam Doyum Ölçeği
BD	: Bilim Dalı
SPSS	: The Statistical Package for Social Sciences
v.b	: Ve Benzeri
%	: Yüzde

ÖZET

KANSER HASTALARININ YAŞAM DOYUM DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ

IŞIK, Devran

Yüksek Lisans, İşletme Bilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Aliye MAVİLİ AKTAŞ

18 Temmuz 2014, 80 sayfa

Bu araştırma, kendisine kanser teşhisi konulan ve halen kemoterapi tedavisine devam eden hastaların yaşam doyumlarının çeşitli bağımsız değişkenler açısından incelenmesi, tespit edilmesi ve değerlendirilmesi amacıyla yapılan betimsel bir çalışmadır.

Araştırmanın evrenini 10 şubat- 10 nisan 2014 tarihleri arasında poliklinik muayeneye başvurmuş ve kendisine herhangi bir kanser teşhisi konmuş hastalar ile kemoterapi tedavisi almak için hastaneye gelen 123 kanser hastası oluşturmuştur. Araştırmanın değişkenlerine yönelik bilgi toplamak amacıyla “Kişisel Bilgi Formu”, hastaların yaşam doyum düzeylerini tespit etmek amacıyla da, Diener ve ark (1985) tarafından geliştirilen “Yaşam Doyum Ölçeği” kullanılmıştır. Sonuçların karşılaştırılmasında; student-t, varyans analizi, mann whitney u ve kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 15.0 paket programı kullanılmıştır. İstatistiksel kararlarda anlamlı farklılığın göstergesi olarak $p<0.05$ seviyesi kabul edilmiştir.

Katılımcıların yaşam doyum ölçeği toplam puanları ortalama 16,99, kontrol grubunun ise ortalama 21,51'dir. Kontrol grubunun ölçek puanının, hasta olan katılımcılardan daha yüksek olduğu ve ölçek toplam puanı arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç olarak, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında kanser hastalarının yaşam doyumlarının düşük olduğu fakat incelenen bağımsız değişkenlerle yaşam doyumlarında anlamlı bir farklılık olmadığı ortaya çıkmıştır.

Anahtar kelimeler: Kanser hastası, Yaşam doyumı,

ABSTRACT

EVALUATION AND INVESTIGATION OF LEVELS LIFE SATISFACTION OF CANCER PATIENTS

IŞIK, Devran

Master, Department of Business Administration

Thesis Advisor: Prof.Dr. Aliye MAVİLİ AKTAŞ

July 18th of 2014, 80 page

This study is an investigation of life satisfaction of patients who are diagnosed with cancer and the patients who and still being treated with chemotherapy, with various independent variables, degree of life satisfaction of the patients have been evaluated to get an descriptive work.

This study includes patients who started medical examination, the patients are diagnosed with cancer and, the patients who are diagnosed before and still being treated with chemotherapy between February 10th and April 10th of 2014 and totally 123 patients participated in. Aim to compare with the non-cancer patients. With the intension of collecting data about variables of research, a personal information form and again with the intension of determination of life satisfaction of the cancer patient, life satisfaction scale which is developed by Diener and his colleagues (1985) is used. In the evaluation of datum SPSS 15.0 packaged software has been used. In the statistical decisions, for the demonstration of the significant differences level $p<0.05$ has been accepted.

Total average of life satisfaction scale of the participant is 16.99. It is confirmed that the scale score of the control group is higher than the patients scale score and the differences is statistically meaningful.

As a result, compared with the non-cancer control group, the life satisfaction of the cancer patient is lower; on the other hand, by the examination of the independent variables it is convinced that there are no remarkable differences between life satisfactions of each group.

Keywords: Cancer Patients, Life Satisfaction

GİRİŞ

Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, onkoloji servisine başvuran ve kendisine kanser türlerinden bir veya daha fazla kanser teşhisi konulan hastalarda yaşam doyumlarını; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, yaşadıkları bölge, sigara ve alkol kullanıp kullanmama, tıbbi tanı, kanser rahatsızlığı ile beraber tanısı konulmuş başka bir hastalık bulunma durumu ve psikolojik destek isteyip istememe gibi değişkenleri açısından tespit ederek incelemek, değerlendirmek ve bu vesile ile kanser hastalarının, teşhis aşamasında ve hastalıkları süresince karşılaştıkları problemlerin kendisinde yarattığı psikolojik ve duygusal çöküntüyü belirlemek ve bu değişkenleri açısından ölüm ile eş değer tutulan kanserin hastalardaki yaşam doyum düzeylerinin tespit edilmesi ve değerlendirilmesi amacı ile planlanmıştır.

Araştırmanın Önemi

Kanser tüm dünyada ve ülkemizde en önemli sağlık sorunlarından birisidir. Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu (IARC) 2008 yılında 12,4 milyon kanser vakası, 7,6 milyon kanser nedenli ölüm ve 28 milyon kanserli hasta olduğunu tahmin etmektedir. Bu veriler, dünyada yaklaşık 28 milyon kişinin ve ailesinin kanser ve kanser tedavisi ile ilişkili semptomlar ile baş etmek zorunda kaldığını göstermektedir (Seven ve diğ., 2013).

Tıp sektöründeki gelişmeler kanserdeki artışı azaltmadığı gibi, ilerlemesini de halen engelleyebilmiş değildir. Ayrıca hasta açısından, ciddi bir hastalıkla birlikte yaşamak zor ve mücadele gerektiren bir süreçtir. Kanser hastası olmak hastanın yaşamını birçok yönden değiştirebilir. Hastalar, kanser tanısıyla yüzleştiklerinde, diğer hastalıklardan daha farklı bir şekilde şaşkınlık, üzüntü, kızgınlık, çaresizlik, terk edilme, korku gibi büyük psikolojik duygusal problemlere sürüklenmektedirler. Kanser teşhisi sonrası insanların farklı tepkileri olabilmektedir. Diğer taraftan, hasta bu yeni durum karşısında psikolojik olarak yaşam doyumu boyutunu düşünmektedir. Bu aşama da, kanser hastalarının yaşam kalitesini ve tedaviye uyumunu olumsuz bir şekilde etkilemektedir. Hasta, ölümcül hastalık karşısında bir

yandan tedavi aşamaları ve sonrası için uyum göstermeye çalışmakta, diğer yandan da, geçmişini tartmakta ve şimdi ile geçmiş arasında sık sık mukayeseler yapabilmektedir.

Kanser tanısı, hastanın hızla felaket haberlerine uyum sağlamasını gerektiren bir kriz yaratır. Bir yandan ciddi tedavi kararları verilirken diğer yandan duygusal stres düzeyi kontrol edilmeye çalışılır. Psikolojik düzeyde kanser tanısı iyi bir sonlanımın bulunduğu ve agresif terapinin kullanılmadığı durumlarda dahi ölüm, acı, ıstırap ile birlikte düşünülme ve önemli ölçüde psikolojik sıkıntı doğurmaktadır. Sosyal düzeyde, eşle, aile üyeleriyle ya da sosyal ağla ilişkiler konusunda endişeler ortaya çıkabilirken, hayatta kalma aşamasında ise, hastalar işe dönme konusunda sorunlarla karşılaşabilirler (Güleç, G., Büyükkınacı, A., 2011).

BİRİNCİ BÖLÜM

KANSER VE KANSERLİ HASTA

1.1 Kanser

Kanser, yüzyıllar öncesinden olduğu gibi günümüzde de aramızdaki varlığını sürdürmekte ve insanlığı geçmişte olduğundan daha fazla tehdit etmektedir. Tıp tarihi boyunca hiçbir hastalığın kanser kadar araştırmalara konu olmadığını söylemek yanlış olmaz. Günümüzde de kanserden korunma yollarının bilinmesi, erken tanı yöntemleri ve tedaviden elde edilen başarının artması ile birlikte insan, kansere karşı duyduğu korkuyu içinden atabilmesi için birçok nedene sahip olmuştur. Ancak bazı kanser türlerinin iyileştirilebilmesi ya da bu hastalıkla birlikte daha uzun süre yaşamak olanaklı olsa da, kanser korkulan bir hastalık olmaktan, ölüme eş anlamlı görülmekten kurtulamamıştır (Atıcı, 2007).

İnsanın fiziksel, psikolojik, duygusal, tinsel (spiritüel) ve sosyal alanında derin izler bırakan kanser, modern hayatın en yaygın ve tehdit edici hastalıklarındandır. Bununla birlikte kanser, her ne kadar fizyolojik bir hastalık olarak tanımlansa da belirli bir sonu olan, yalnızca tıbbi tedaviye ilişkili tekil bir yaşam olayına indirgenemez. Aksine, tedavi sürecinde ve sonrasında belirsizliğin oldukça yoğun yaşandığı, bireyin psiko-sosyal dünyasında yalnızca iz bırakmayan aynı zamanda anlamlı değişimler yaratan çok boyutlu bir yaşam deneyimidir (Tuncay, 2009).

Dünya da olduğu gibi kanser, ülkemizde de hızla yaygınlaşan bir sağlık sorunudur. Teknolojinin geniş çaplı kullanımı ve ilaç teknolojisindeki ilerlemeler kanserde sağ kalım oranını arttırmıştır. Buna rağmen, bugün onbinlerce hasta ve ailesi kanser ve kanserin neden olduğu birçok sorunla karşı karşıyadır. Kanser, gerek tıp çevrelerinde gerekse toplumun çeşitli kesimlerinde fiziksel bir hastalık olduğu kadar ruhsal ve psikososyal boyutları olan ciddi bir hastalık olarak algılanmaya başlanmıştır (Işıkhan, 2007).

Kanser, çağımızda en sık görülen sağlık sorunlarından birisidir. Ülkemizde ölüme neden olan hastalıklar arasında kanser, kalp hastalıklarından sonra ikinci

sırada yer almaktadır. Bütün yaşlardaki ölümler bir arada değerlendirildiğinde ise on ölümden birinin kanser nedeni ile gerçekleştiği görülmektedir (Bahar, 2007). Günümüzde kanserin tedavisindeki bir çok gelişmeye rağmen kanser, hasta ve aileleri için korkulan bir hastalık olmaya devam etmektedir. Kanser hala, ölüm, ağrı, acı çekme ve umutsuzluk ile eş tutulmaktadır (Işıkhan, 2007).

1.2 Tıp Tarihinde Kanser

Kanser teriminin ilk defa Hipokrat tarafından (M.Ö 460-377) organizmanın şifa bulmayan yeni yapılanmaları için kullanıldığı görülür. Vücut yüzeyinde büyüyen ve genellikle ülser olan, kırmızı, sıcak, ağrılı, diğerlerinden farklı karakterde olup daha yavaş büyüyen şişliklere Hipokrat, “Karkinos” ya da “Karkinoma”, Galen (M.S 2.Yüzyıl) ise yengece benzettiği görünümü nedeniyle “Kanser” adını verdi. Diğer bir yoruma göre bu adlandırma, kanser ağrısının yengeç ısırması ile oluşan ortadan çevreye doğru yayılan kemirici tarzındaki ağrıya benzerlik göstermesi nedeniyle (Yener, 1973, Aktaran Atıcı, 2007). Yunan tıbbında, “praeter naturam” adı verilen anormal patolojik büyüme ise “tümör” olarak adlandırıldı. Galen, tümörleri, doğaya uyan, doğayı aşan ve doğaya karşı olan şekilde üç grupta sınıflandırmıştır. Hipokratla başlayan ve Galenle devam eden humoral patoloji teorisi doğrultusunda, tümör oluşumundan “kara safra” sorumlu tutuldu (Atıcı, 2007).

Türk tıp tarihinde ise kansere “sereton” adı verilmektedir. Tarsuslu Osman Hayri Efendi’nin “Kenzüsıhhatül Ebdaniye (1928)” adlı eserinde sereton, fındık ya da küçük yumru büyüklüğünde, ağzı, etrafı damarlı bir oluşum olarak tanımlanmaktadır (Ünver, 1938, Aktaran Atıcı, 2007).

Türk tıp tarihinde de tıpkı Hipokrat ve Galen’de olduğu gibi hastalığın nedeni humoral patoloji teorisine göre açıklanmakta ve seratanın ya da kanserin nedeni kara safraya bağlanmaktadır (Ünver, 1938, Aktaran Atıcı, 2007).

Rönesans ile birlikte Avrupa tıbbında kanserin tanımlanması ile ilgili yeni gelişmeler oldu. Bu dönemin büyük cerrahı Ambroise Pare (1510-1590) malign tümörleri, “meydana geldiği yerin elemanlarından oluşan etin fazla büyümesi” olarak tanımladı ve kadınlarda kanserin daha fazla olduğunu meme kanserlerinin ise koltukaltı gangliyonları aracılığı ile yayılım yaptığını belirtti (Ünver, 1938, Aktaran Atıcı, 2007).

Bettmann (1956, Aktaran Atıcı, 2007)’a göre, Kanser üzerinde ilk bilimsel, mikroskopik inceleme Marcello Malpighi (1628-1694) tarafından yapıldı. Yener

(1973, Aktaran Atıcı, 2007)'e göre, günümüzde bilinen birçok kanser türünü ise Margagni (1682-1771) tanımladı ve primer tümörleri sekonder tümörlerden ayırdı. Onyedinci yüzyıl cerrahları ile birlikte kanser, dokunulmaması gereken bir olgu olmaktan çıktı (Bettmann, 1956, Aktaran Atıcı, 2007). Hematoloji deyimini ilk olarak 1743'te Thomas Schwenke tarafından kullanıldı. Onsekizinci yüzyılda lenfatik sistemin bulunuşu, lenf sıvısının tümörlerin toplanmasından sorumlu tutulmasına neden oldu. Böylece John Hunter ile birlikte, lenf bezlerinin çıkarılması kanserin tedavisinde uygulanmaya başlandı. İlk defa tümörlerin anatomik ayrımını yapan Laönnec (1781-1826), organizmanın normal yapısına benzeyen tümörlere "homolog", farklı olanlarına ise "heterolog" tümör adını verdi (Yener, 1973, Aktaran Atıcı, 2007). Ondokuzuncu yüzyılın başlamasıyla, kanser oluşumunda önemli bilgiler kazandıran araştırmaların yanı sıra kanserin tanı ve tedavisinde de büyük adımlar atıldı. İngiltere'de 1802 tarihinde, Kanserin Doğası ve Tedavisini Araştırma Derneği (Society for Investigating the Nature and Cure of Cancer) tarafından ortaya atılan "Kanserin tanısal bulguları nedir?, Kanserin nedeneri nelerdir?, Kanser primer bir hastalık mıdır ya da diğer hastalıklardan mı gelişmektedir?, Kanser kalıtsal mıdır?" gibi sorular ortaya atıldı (Atıcı, 2007).

Kanser, organizmada hücreleri kontrolsüz büyüyen kötü huylu tümörlere verilen genel addır ve genellikle kontrolden çıkan hücrelerin sürekli çoğalmalarıdır. Kanserler kötü huylu tümörlerdir ve sıklıkla çevre dokulara veya uzak organlara yayılma eğilimindedirler. Kanserlerin yaklaşık %80-90'ı çevresel faktörlerce oluşturulur ve önlenilme potansiyeli vardır. Kalıtım yoluyla kanser oluşma olasılığı çevresel faktörlere oranla çok daha azdır. X-ışınları, ultraviyole ışınları gibi fiziksel faktörler ve bazı ilaçlar, polisiklik aromatik hidrokarbonlar gibi kimyasal faktörlerin yanında virüsler de biyolojik olarak kanser oluşturabilirler (Özmen, 2005).

1.3 Kanserli Hasta

"Kanser deneyimi, hastalık işaretinin ilk algılanmasından başlayıp teşhis ve tedaviye, oradan iyileşmeye veya ölüme kadar giden birbirleriyle ilişkili bir olaylar zinciridir" (Irmak, Bilgin, Sızlan. (2008). Kanserli hasta, teşhis aşamasında kendisine bir veya birkaç farklı kanser tanısı konulan kişidir.

Kanser yaşlı-genç, zengin-yoksul, neşeli-hüzünlü herkesi etkileyen bir hastalıktır. Tedaviye tepki ve hastalığın seyri kestirilememektedir. Hastanın kansere

tepkisi, onların inançlarına, değerlerine, sosyal destek sistemlerine ve strese verdikleri tepkilere göre değişmektedir.

“Kanserli hastalar, kanser tedavisi ya da kanser ve tedavisinin her ikisinin yol açtığı bir çok fiziksel ve duygusal problem ile karşılaşmakta ve bunlar yaşam kalitesinde ve dolayısıyla kişinin yaşam doyumunda azalmaya neden olmaktadır” (Aras ve diğ., 2009).

1.4 Kanser Hastalarının Geçirdiği Psikolojik Süreçler ve Gösterdikleri Tepkiler

Her insanın olduğu gibi kanser hastalarının da hayalleri, ümitleri, ilgileri ve hedefleri vardır. Bu yüzden hastalığın, hastanın yaşam stiline olan etkisi her birey için ayrı ayrı değerlendirilmektedir. Sık sık hastanede kalma, giderilemeyen ağrılar, kişisel kontrol kaybı, kendine bakım aktivitelerini yapmada yetersizlik, hastanede yatma ya da çeşitli tedaviler hastalığın dönemine göre farklılık gösterebilmektedir (Turan, 1993, Aktaran Işıkhana, 2007).

Kanser süregen ve ölümcül bir hastalık olmasının yanı sıra duygusal, ruhsal ve davranışsal tepkilere yol açan önemli bir sorundur (Ateşçi ve diğ., 2003, Aktaran Bahar, 2007). Ciddi ve kronik bir hastalık olmanın ötesinde, kanser hastalığı, psikolojik güçlük ve bozukluklara yol açma potansiyeli en yüksek olan hastalık gruplarından (Özkan, 1999, Aktaran Bahar, 2007).

Kanser gibi yaşamı tehdit eden bir hastalık tanısı konulmuş olması bireyin benlik saygısını ciddi şekilde etkiler. Fiziksel değişimler; sağaltımın şiddetli ve kronik etkileriyle, kişinin aile ve toplumdaki rollerini yerine getirme becerisindeki yeterliliğiyle, yaşamı tehdit edici hastalıkla başa çıkmanın psikolojik ve ruhsal yönleriyle ilişkilidir. Yaşamı tehdit eden kanser, davranışlarda, anlamlandırmada, yaşama bakış açısında ve kişiler arası etkileşimlerde değişmelere neden olmaktadır (Carpenter ve diğ., 1999, Aktaran Işıkhana, 2007).

Kanser tanısı, tedavi yöntemleri ve bunların anlamı, hastada şiddetli kaygı ve çaresizlik duyguları yaratmakta, hastanın kanser hakkındaki bilgisi ve kansere verdiği anlama dayalı olarak yoğun bir huzursuzluk ve keder yaşanmasına sebep olmaktadır (Özkan, 1999, Aktaran Bahar, 2007). Yaşam tarzı değişikliği, rol değişikliği, ekonomik güçlükler, hastaya yönelik bakımın artması, geleceğe yönelik belirsizlik ve korku ile karşı karşıya kalan hasta ve ailesinde oluşacak kaygı, depresyon için potansiyel kaynakları oluşturmaktadırlar. Yaşamı tehdit eden bir

hastalığa yakalanmış olmak bireylerin uyumunu olumsuz etkileyen bir faktör olarak psikolojik zorlanma yaratmaktadır (Bahar, 2007). Kanser hastalarının ölüme yakın oldukları ya da zamanlarının sınırlı olduğu gerçeği ile karşılaştıklarında rahatsızlıkları daha da belirginleşir. Yaşamın son günü ile ilgili üzölmeye başlar ve başkalarına yük olup olmayacaklarını düşünürler. Hastalar özellikle kanserin terminal döneminde ruhani ve dini eğilimleri artar, çatışmalara çözüm ararlar, yaşamın ya da ölümün anlamını sorgulamaya başlarlar (Işıkhan, 2008).

Kanser tanısı almış hastaların yaşadıkları duygular benzer olmasına rağmen, bu duygulara eşlik eden belirtiler tanı öncesinde, tanı döneminde, nüks ve terminal dönemlerinde ve ölüm dönemlerinde farklılıklar gösterebilmektedir (Işıkhan, 2007).

a. Tanı Öncesi Dönem:

Bu dönem sıklıkla en zor dönem olarak tanımlanır. Çünkü; belirsizlik yeni bir tıbbi terminoloji ve prosedürlerle doludur. Hastalar tanılarını öğrenmeden önce, anksiyeteli birkaç hafta geçirebilir. Bazı hastalar kolaylıkla irrite olabilir, neden göstermeksizin ailesine ya da arkadaşlarına ters davranabilir, alkol kullanımını arttırabilir ya da depresyon veya uyku ilacı alabilir. Sıklıkla bu dönemde hastalar, belirsizliğin çok kötü olduğunu belirtir (Işıkhan, 2007).

b. Tanı Dönemi:

“Kanser tanısı alan birey başlangıçta ben imgesini “güçsüzlük”, “çaresizlik” ve “yetersizlik” hisleriyle tanımlamakta ve kurmaktadır” (Tuncay, 2009). Tanıyla birlikte birey, yaşamının tüm temel gerçeklerini, örneğin adaletli bir dünyanın varlığına inanma (herkes hak ettiğini alır düşüncesi), kendi yaşamını anlayabilme, kendi yaşamı üzerine yeniden kontrolün kazanabilmek için sorgulamaya başlar (Bag, 2013).

Kansere yakalanan hastaların hastalığa gösterdiği tepkiler üzerinde ilk çalışmayı Elizabeth Kübler Ross (1997), terminal dönemde bulunan 500 kanser hastasıyla iki yıl süren araştırmada, hastalık sırasında ortaya çıkan tepkilerin zaman zaman bir arada görölmekle birlikte belirli bir sıra izlediğini belirlemiştir. Hastaların, hastalığın teşhis sürecinde ve sonrasında gösterdiği tepkileri öğrenmek hastanın hangi aşamada olduğu ve ne tür yardıma veya sosyal desteğe gerek duyduğu konusunda sosyal hizmet uzmanına bilgiler vermektedir (Işıkhan, 2007).

Ross (1997, Aktaran Işıkhan, 2007), sağlıklı savunma mekanizmaları olarak kabul edilen bu tepkilerin sıralamasını şu şekilde yapmıştır.

1. İnkâr (Denial): Ölüm tehlikesi ile karşı karşıya gelen kanser hastasının ilk tepkisi bir çeşit şaşkınlık halidir. Hastanın ilk tepkisi geçici bir şok durumudur ve sonra bu şoktan yavaş yavaş geçer. Bu tepki öyle şiddetlidir ki, hasta, “Bu gerçek olamaz”, “Ben kanser olamam” gibi tepkilerde bulunur (Işıkhan, 2007). Başlangıçtaki bu inkâr durumu, hastalığı daha en başından itibaren bilenler açısından olduğu kadar, açıkca bilgilendirilmeyen ve bu sonucu kendi başlarına çıkaranlar açısından da geçerlidir. Neredeyse hastaların tümü yalnızca hastalığın ilk evrelerinde veya gerçeği öğrendikten sonra değil, ara ara sonraki dönemlerde de inkara, en azından kısmi inkara başvurur. İnkâr şok edici, beklenmedik haberden sonra hastanın kendisini toplamasına ve zaman içerisinde daha az köktenci savunma mekanizmalarını harekete geçirmesine izin veren bir tampon görevi yapar (Ross, 1997, Aktaran Güleç, Büyükkınacı, 2011).

2. Öfke, Kızgınlık (Anger): Kanser tanısı konmuş bir kişide en sık görülen tepki öfkedir (Tokgöz ve diğ., 2008). İlk inkâr evresi artık varlığını koruyamaz hale geldiğinde, yerine öfke, haset ve içerleme duyguları geçer; “Neden ben, neden o değil”. İnkâr evresinin tersine öfke evresi aile ve tedavi ekibi açısından başa çıkması çok güç bir evredir. Bunun nedeni öfkenin her yöne yöneltmesi ve çevreye zaman zaman neredeyse rastgele biçimde yansıtılmasıdır (Ross, 1997, Aktaran Güleç, Büyükkınacı, 2011). Temelde hastalığa karşı duyulan öfke doktorlara, sağlık personeline ve yakınlara yansıtılmaktadır (Tokgöz ve diğ., 2008). Buradaki sorun pek az kişinin kendini hastanın yerine koyması ve bu öfkenin nereden geldiğini anlamaya çalışmasıdır. Hasta bu dönemde başını nereye çevirirse çevirsin, yalnızca kendini mutsuz eden şeyler görecektir. Aile veya personel bu öfkeyi kişisel olarak algıladıklarında, onlarında tepkileri giderek öfkeli hale gelir; bu da yalnızca hastanın düşmanca davranışlarını pekiştirmeye yarar (Ross, 1997, Aktaran Güleç, Büyükkınacı, 2011).

3. Pazarlık: Daha az bilinen bu evre kısa süre de olsa hastaya diğer evreler kadar yardımcıdır. Eğer ilk dönemde üzücü gerçeklerle yüzleşilmediyse ve ikinci evrede insanlara ve Tanrıya öfkelenildiyse, belki de kaçınılmaz olayı ertelemek için bir tür anlaşma yapılabilir. “Eğer Tanrı bizi bu dünyadan almaya karar verdiyse ve öfkeli yakarıslara yanıt vermiyorsa, belki de iyilikle istersek daha olumlu davranabilir”. Bu dönemde hasta işbirliği yapar. Tedaviye uyum, çaba gösterme dönemidir (Ross, 1997, Aktaran Güleç, Büyükkınacı, 2011).

4. Depresyon: Hasta artık hastalığını yadsıyamaz hale geldiğinde, yeni ameliyatlara girmesi veya tekrar tekrar hastaneye yatması gerektiğinde, belirtiler daha da ağırlaştığında veya daha güçsüz ve zayıf düştüğünde, artık durumuna gülüp geçemez. Uyuşukluk ve kayıtsızlığının, öfkesi ile hiddetinin yerini kısa zamanda büyük bir kayıp duygusu alır. Bedenlerindeki değişiklik, organ kayıplarına ek olarak hastane masrafları ya da iş ve verim kaybına bağlı ekonomik kayıplar hastalarla ilgilenenlerce bilinir ve bu kayıpların yol açtığı depresyona tepkisel (reaktif) depresyon denir. Yaşamsal konular halledildiğinde hastanın ne kadar hızlı iyileştiği görülebilir (Ross, 1997, Aktaran Güleç, Büyükkınacı, 2011).

Sevilen tüm kişilerin yakında kaybedeceği gerçeğine hazırlanmak için ve kabullenmeyi kolaylaştırmak için depresyon bir araç olarak kullanıldığında, verilen güvenceler ve teşvikler bir anlam taşımaz. Hasta her şeye iyi yanından bakmaya teşvik edilmemelidir, çünkü bu yaklaşan ölümü düşünmemesi gerektiği anlamına gelir. Üzülmemesi söylenmemelidir, çünkü hepimiz sevdiğimiz birini kaybettiğimizde korkunç üzülürüz. Hasta da sevdiği her şeyi ve herkesi kaybetmek üzeredir. Eğer üzüntüsünü ifade etmesine izin verilirse, kendi sonunu kabullenmesi daha kolay olacaktır. Hazırlayıcı yasta sözlere gerek yoktur. Bu daha ziyade karşılıklı olarak ifade edilebilen bir duygudur ve diğerinin elini tutmak, saçını okşamak ya da sessizce birlikte oturmak yeterli olur (Ross, 1997, Aktaran Güleç, Büyükkınacı, 2011).

5. Kabullenme: Bu zamana dek hissettiklerini, yaşayan ve sağlıklı olanlara duyduğu hasedi ve eceli bu kadar çabuk gelmemiş olanlara duyduğu öfkeyi ifade edebilmiş kişi kabullenme evresine girecektir. Kendisi için anlam taşıyan insanları ve yerleri yakında kaybedeceği için yasını tutmuş olacak ve bir dereceye kadar sessiz bir beklentiye yaklaşan sonunu düşünebilecektir. Kabullenme mutlu bir evre olarak düşünülmemelidir. Bu evre neredeyse duygudan yoksundur. Sanki ağrı yok olmuştur, savaş bitmiştir. “Uzun yolculuktan önceki son istirahat” zamanıdır. Genellikle ziyaretçiden hoşlanmaz ve gelirlerse de pek konuşmaz. İletişim sözelden sözel olmayana kayar (Ross, 1997, Aktaran Güleç, Büyükkınacı, 2011).

Ancak bu beş evre tamamen her şeyi kuşatan veya önceden öngörülmüş şekilde yaşanmaz. Herkes bu evreleri yaşamayacak, çok az insan kabullenme evresine ulaşacaktır. Bir hasta bir görüşme esnasında bu beş evrenin belirtilerini gösterebilir. Ayrıca dehşet, mizah ya da merhamet gibi diğer başa çıkma tutumlarını gösterebilir (Güleç, Büyükkınacı, 2011).

c. Nüks ve Terminal dönem

Hastalar genellikle tanı konulduğu dönemdeki gibi tepki verirler. Beklenmedik bir nüks haberi daha fazla hayal kırıklığı, ümitsizlik mücadeleye yerine güçsüzlüğün yaşanmasına yol açabilir. Hastaların palyatif hedeflere uyum yapmaları gerekebilir. Hastaların ölüme yakın oldukları ya da zamanlarının sınırlı olduğu gerçeği ile karşılaştıklarında rahatsızlıkları daha da belirginleşir. Yaşamın son günleri için üzölmeye başlar ve başkalarına yük olup olmayacaklarını düşünürler. Hastaların spiritual ve dini eğilimleri artar, çatışmalara çözüm ararlar, yaşamın ya da ölümün anlamını sorgularlar (Işıkhan, 2007).

d. Ölüm

Ölüm olayı, ailenin maddi ve manevi kaynaklarını yıprattığı, üyelerin rollerini değiştirdiği ve herbiri tarafından farklı yorumlandığı için alışlagelmiş problem çözme yolları ile kolayca üstesinden gelinebilecek bir durum değildir. Çoğunlukla bunalıma yol açar (Işıkhan, 2007).

1.5 Kanserin Kötü Haber ile İlişkilendirilmesi

Kötü haber, bireyin gelecekle ilgili planını önemli ölçüde değiştirme olasılığı olan herhangi bir bilgidir. Onkoloji kliniklerinde tanı, nüks ve başarısız tedaviye ilişkin bilgiler kötü haberdur. Sağlık personeli, her ne kadar kötü bir haber vermek zorunda kaldıklarında stres yaşasa da, kanserli hasta kendisine verilen bu kötü haber karşısında ciddi şekilde stres yaşamaktadır (Fesci, 2011).

“Kötü haber alma hastalar için stresli bir durumdur” (Irmak, Bilgin, Sızlan., 2008). Yapılan bir çalışmada; kötü haberi, hastaların % 58,6’sı hastalık ve kanser, % 28,7’si ise kanser ve ölüm şeklinde tanımlamıştır. Hastaların içinde buldukları tıbbi durumun kötü haber tanımlamalarına doğrudan yansıdığı görölmektedir. Hastalara verilen bilginin, yapılan açıklamanın hasta olma, kanser olma, tedavi ve ameliyat gerektiği yönünde olması hastanın hastanede aldığı kötü haberi bu şekilde ifade etmesini etkilemiş olabilir. Hastaların % 87,8’i alınan kötü haberin doktor tarafından, % 7,6’sı çocuğu/yakını tarafından verildiğini söylerken, % 4,6’sı kendisinin anladığını belirtmiştir (Fesci, 2011).

Kötü haber alma hastalar için stresli bir durumdur. Bunun sonucunda kanserin, tanıyı alan bireyin bilişsel, psikolojik, duygusal, tinsel ve sosyal alanlarında derin etkiler yarattığına kuşku yoktur. Gerek hastalık tanısı, gerekse tedavi süreci hastanın ben imgesinde bedenine ilişkin algısında, gündelik hayatının işleyişinde,

ilişkilerinde, kişisel ve sosyal rollerinde, tanıyla başlayan değişimler yaratarak destek gereksinimini arttırır. Tanıyla, tedaviyle ilgili endişeler, geleceğe ilişkin belirsizlik, kemoterapinin ya da radyoterapinin belirgin fiziksel yan etkileri ve ölüm düşüncesi bir yandan psikososyal esenliği tehdit ederken öte yandan kanser hastası bu sürece uyum sağlama çabasına girmektedir (Tuncay, 2010).

Kanserle başeden bir hasta için iyileşmeye giden yolda, ne kadar etkili olursa olsun, yalnızca tıbbi tedavi protokolleri (kemoterapi, radyoterapi, cerrahi müdahale gibi) yeterli değildir. Tedavi süresince ve sonrasında hastanın psikososyal esenliğini temin etmesi ve bunu sürdürebilmesi de temel tedavi ölçütleri arasındadır. Bunu sağlayan en önemli araç psikososyal destektir. Psikososyal destek kapsamını genelde, aile üyeleri, yakın çevre (akrabalar, arkadaşlar) ve sağlık bakım ekibi (sosyal destek uzmanı, psikolog, hekim, hemşire) oluşturur (Tuncay, 2010:60).

1.6 Kanserde Psikolojik ve Sosyal Destek

Sosyal destek kavramı, 1970’li yılların ortalarından itibaren literatürde daha çok ele alınmaya ve incelenmeye başlanmıştır. Sosyal destek zihinsel ve fiziksel sağlığın önemli bir göstergesidir. Kanser hastaları arasında, duygusal desteğin daha az kaygıya, daha az ruhsal bunalıma neden olduğu ve fiziksel iyileşmeyi arttırdığı bildirilmektedir. Sosyal destek, insanları kaygı gibi yaygın patolojik durumlardan koruyabilir ve hastalığın iyileşmesi üzerinde pozitif etki yaratabilir (Işıksan, 2007).

Kanser tanısı alan biretin yaşadığı belirsizlik ve korkular, sosyal destek ihtiyacının artmasıyla sonuçlanır. Fiziksel değişiklikler, acı veren tedaviler ve yenilenme hakkında hasta anksiyete duyduğunda, hastanın destek ihtiyacı şiddetle artar. Hastalığın getirdiği yoğun korkular ve kötü durum nedeniyle kanser hastaları uygun desteği alsalar da bir takım sorunlar yaşayabilirler. Fiziksel değişime maruz kalan kanser hastaları için özellikle duygusal destek önemlidir (Atlı, 1997).

Sosyal desteğin, kanser hastaları için yararlı olduğunu ve alınan duygusal destek ile kansere fiziksel ve psikolojik uyum derecesi arasında olumlu bir ilişki olduğunu belirten bir çok çalışma vardır. Sosyal desteğin hasta açısından en gözde gelen işlevinin, desteği alan kişinin iyi olma halini güçlendirmek olduğu görülmektedir. Bu, öncelikle bireyin fiziksel ve mental sağlığını güçlendirmek anlamına gelmektedir ve genel anlamda iki fonksiyonu vardır. Bunlardan birisi Temel ihtiyaçların doyurulmasıdır. Diğer önemli fonksiyonu ise benlik saygısını güçlendirmesidir (Özbesler, 2001).

Sosyal desteğe sahip olmanın, kanser hastasının stresinin birey üzerindeki etkisini azaltmada, fiziksel, ruhsal ve psikiyatrik semptomların giderilmesinde çok önemli rolü olduğu belirtilmektedir. Sosyal çevrenin sağladığı bu destekler hastadaki panik duygusunu en aza indirmekte ve hastanın bulunduğu koşullara uyum sağlamasını kolaylaştırmaktadır. Kanser hastası, uygulanan tedaviler, hastalığın tekrarlaması, vücudunda meydana gelen fiziksel değişiklikler ve ağrılar nedeniyle sürekli anksiyete içindedir (Işıkhan, 2007). Bu nedenle, özellikle hastalığın teşhisi sırasında, psikolojik destek ihtiyacı her geçen gün daha da artar. Hastanın kanserle başa çıkmasını etkileyen önemli unsurlar bulunmaktadır. Bunlar arasında hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, psikolojik destek alma durumu sayılabilir (Özkan, 1993). “Kanser, bireyde işini devam ettirebilme veya sürdürebilmeyle ilgili kaygılara, duygusal zorlanmalara, yaşamımızda üstlendiğimiz roller ve sorumluluklarda önemli değişimlere neden olur” (Helgeson, Tomich, 2005, Aktaran Bağ, 2013). “Yaşamı tehdit eden hastalıklar sıklıkla manevi sıkıntıyı oluşturur” (Bağ, 2013).

Kanser tanısı almak, bireyde gelecekle ilgili belirsizlikleri beraberinde getirirken, kemoterapide yan etkiler nedeniyle yeni korkular eklemektedir. Kanser tedavisi cerrahi tedavi, kemoterapi ve radyoterapi ile yapılmaktadır. Yüksek doz kemoterapi ve beraberinde oluşan yan etkiler, hastalarda strese neden olmaktadır (Duran, 2011). “Kanser tanısı hastada genellikle çaresizlik düşüncesi ve duygusunu yaratır” (Özdemir ve diğ., 2011).

Kanser hastaları, sadece hastalık süreci ile ilgili değil, aynı zamanda kanser tedavisinin yan etkilerine bağlı olarak bir çok sorun yaşamaktadır. Bunlar ağrı, iştahsızlık, kaşeksi, tat değişiklikleri, saç dökülmesi, bulantı, kusma, mukozit yorgunluk, dispne gibi fiziksel ve uyku düzensizlikleri, depresyon, anksiyete gibi psikolojik semptomlardır. Kanser tanısı almak hastanın, bir yandan fiziksel sorunlar ile baş etmeye çalışmasına, diğer yandan geleceğe ilişkin belirsizlik yaşamasına neden olabilmektedir. Bu süreç hastada ruhsal bozukluk gelişme riskini arttırabilmektedir. Tanı ve tedavi sürecinde yaşanan anksiyete ve depresyonun fiziksel ve diğer psikolojik semptomları arttırarak, kanser hastalarının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği ve tedaviye uyumu azalttığı belirtilmektedir (Seven ve diğ., 2013).

1.7 Yaşam Doyumu

1.7.1 Yaşam Doyumu

Yaşam doyumu ya da diğer bilinen adıyla mutluluk, çağlar boyunca insanlığın ilgi odağı olmuş ve felsefeciler mutluluğu insan eylemlerinin motivasyon kaynağı olarak görmüşlerdir (Aksayan, 1990, Özer ve Karabulut, (2003).

Yaşam doyumu ilk kez 1961 yılında Neugarten (Aksayan, 1990, Özer ve Karabulut, 2003) tarafından ortaya atılmış ve birçok araştırmacıya rehber olmuştur. Doyum, beklentilerin, gereksinimlerin, istek ve dileklerin karşılanması durumu olarak tanımlanmaktadır. Yaşam Doyumu ise, bireyin beklentilerinin, gerçek durumla kıyaslanması sonucunda oluşan durumdur. Yaşam doyumu bireyin tüm yaşamını ve bu yaşamının değişik boyutlarını içermektedir. Mutluluk, moral, doyum gibi değişik açılardan iyi olma halini ifade eden yaşam doyumu, belirli bir duruma özgü doyumu değil, tüm yaşam alanlarındaki doyumu ifade etmektedir.

Yaşam doyumu öznel iyi olmanın bilişsel bileşeni olup bireyin kendisine yüklediği kriterler ve yaşam koşullarını algılayışı arasında karşılaştırılmaları, dolayısıyla da yaşamı hakkında değer biçmesini ifade etmektedir. Yaşam doyumu, kişinin kendi belirlediği kriterlere uygun bir biçimde kişinin tüm yaşamını pozitif değerlendirmesi olarak da ifade edilmektedir (Çeçen, 2007).

Yaşam doyumu ile ilgili olarak yapılan tanımlamalar üç grupta incelenebilir. Birinci grupta; iyi oluş, erdem, kutsallık gibi dış bir ölçüte dayandırılarak tanımlama yapılmıştır. Coon (1971), ideal üzerine yapılan kavramsallaştırmaların kültürlere ve bölgelere göre değişiklik gösterdiği sonucuna ulaşmıştır. Mutluluğun normatif tanımlamalarında subjektif durum üzerinde durulmayıp daha çok arzu edilir bir niteliğin elde edilişi, sahip olunuşu üzerinde durulmuştur. İkinci grupta, insanların yaşamlarını olumlu anlamda değerlendirmelerine neden olan etmenler dikkate alınmıştır. Subjektif iyi oluş, yaşam doyumu olarak adlandırılmıştır. Bireylerin kendi yaşamlarına ilişkin yargılarının koşulları incelenerek, Shin ve Johnson (1978) tarafından mutluluk kişinin kendi seçtiği kriterlere göre yaşam kalitesinin global bir değerlendirmesi olarak tanımlanmıştır. Mutluluğun bir başka tanımı, kişilerin arzuları ve amaçlarından çıkan doyumun bütünleşmesi şeklindedir. Üçüncü grupta ise günlük yaşam akışı üzerinde durularak günlük ilişkiler içinde olumlu duygunun olumsuz duyguya egemen olması anlatılmak istenir. Olumlu duygusal yaşantıya ağırlık verilir. Mutlu kişi, belirli bir yaşam periyodunda daha çok hoş duygular

yaşayan biridir (Yetim, 1975, Aktaran Özgen, 2012). “Mutluluk, yaşamı olumlu değerlendirme tutumudur” (Martin, 2007 Aktaran Şimşek, 2011). Günlük yaşamda sık kullanılan mutluluk kavramı, tanımlanması güç ve farklı anlamlara gelen bir kavram olduğu için, sosyal psikologlar, mutluluk kavramı yerine yaşam doyumu, yaşam kalitesi ve subjektif iyi oluş kavramlarını kullanmaktadırlar (Vara, 1999, Özer ve Karabulut, 2003).

Yaşam doyumu ya da subjektif iyi oluş araştırmalarının ortaya koyduğu üç genel sonuç bulunmaktadır. Birincisi, bireyin yaşantısını, deneyimini ifade eden öznellik kavramıdır. İkincisi, yaşam doyumunun olumlu ölçümleri kapsamıdır. Olumsuz etmenlerin varlığının yaşamdan alınan doyumu belirlediği vurgulanmaktadır. Üçüncü sonuç ise, yaşam doyumu ölçeklerinin genellikle bireyin yaşamını tüm yönleri ile global değerlendirerek ölçmesidir (Vara, 1999).

Yaşamın bir bütün olarak öznel değerlendirilmesi olan yaşam kalitesi ise, bireyin kendi yaşamına ilişkin doyumunu anlatması olarak da ifade edilmektedir. Yaşam biçiminin toplumsal görünüşündeki sorunları değerlendiren, pek çok fiziksel ve psikolojik özelliği kapsayan; sağlığa ek olarak, yaşam standardı, ev kalitesi, bireyin yaşadığı komşuluk ilişkileri, iş doyumu ve bir çok etmeni içeren bir kavramdır. Öznel bir kavram olan yaşam kalitesi bireyin kendisi tarafından değerlendirilmektedir ve yaşamını etkileyen boyutların her biri değerlendirmede bulunmaktadır (Kaya, 2004). “Yaşam kalitesi, bireyin kişiliği ile yaşam olayları arasındaki etkileşimin ürünü olarak tanımlanmaktadır. Yaşam olayları çeşitli yaşam alanlarında gerçekleşmekte olup bilgi, ekonomi, kutsallık ve sağlık konuları buna örnek verilebilir” (Hajiran, 2006, Aktaran Şimşek, 2011). “Yaşam kalitesi, öznel ve nesnel boyutta da sınıflandırılabilir. İlki, dış yaşam standartlarının bireyin yaşamında ne ölçüde karşılandığını; ikincisi ise, içsel ölçütler doğrultusundaki öz-değerlendirmeyi kapsamaktadır” (Veenhoven, 2000, Aktaran Şimşek, 2011).

“Genel olarak yaşam doyumunun olumlu değerlendirmeleri mutluluk, olumsuz değerlendirmeleri ise çökkünlük ve mutsuzluk ile ilişkilendirilmektedir” (Proctor ve diğ., 2008, Aktaran Şimşek, 2011). Günlük yaşamda sık kullanılan mutluluk kavramı, tanımlanması güç ve farklı anlamlara gelen bir kavram olduğu için, sosyal psikologlar, mutluluk kavramı yerine yaşam doyumu, yaşam kalitesi ve subjektif iyi oluş kavramlarını kullanmaktadırlar (Vara, 1999, Özer ve Karabulut, 2003).

Yaşam doyumu kavramının algılanma düzeyi kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Günlük yaşamdan mutluluk duymak, yaşamı anlamlı bulmak,

amaçlara ulaşma konusunda uyum, pozitif bireysel kimlik, fiziksel olarak bireyin kendisini iyi hissetmesi, ekonomik güvenlik ve sosyal ilişkiler gibi unsurlar da yaşam doyumunu etkilemektedir (Keser, 2005).

Yaşamın hazla ve olumlu duygularla renklenmesi, zenginleşmesi hemen her bireyin istediği bir durumdur. Öte yandan yaşamın acı, keder, elem, yoksunluk, engeller, gerilimler gibi pek çok kötü öğeyi barındırdığı da bilinmektedir. Bireyin öznel ve nesnel konumlarında olumsuz koşullar bir çok sarsıntıya neden olmaktadır. İnsan bilimcileri durumsal ve bireysel özellikleri çeşitli modellerle birlikte değerlendirerek; iyi olmanın yapısını daha fazla anlamaya çalışmışlardır (Yetim, 2001).

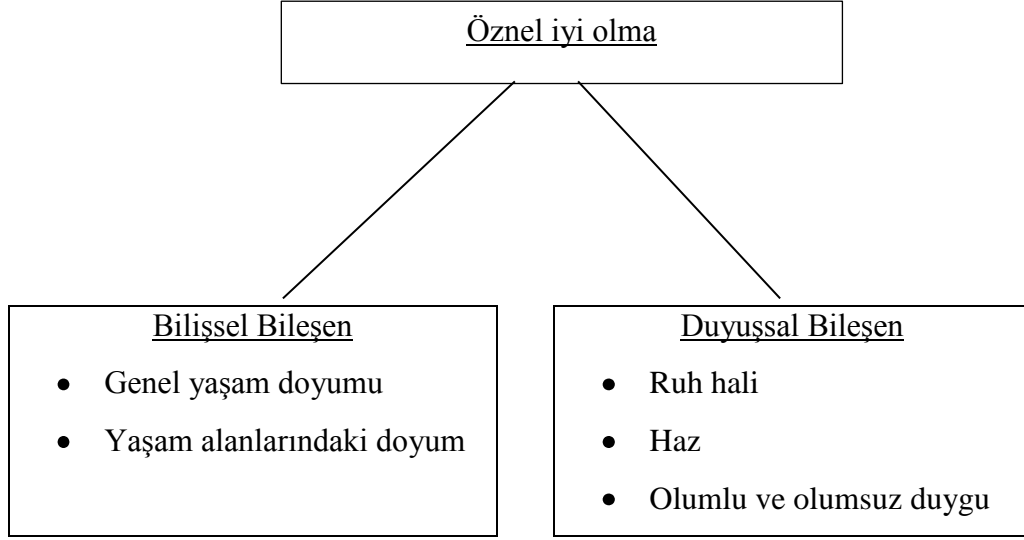
Neugarten yaşam doyumunu belirlemek için kullandığı ölçüte göre yaşam doyumunu yüksek bireylerin;

1. Günlük yaşamdaki etkinliklerden zevk alması,
2. Yaşamının bir anlam taşıması, yaşamıyla ilgili amaçlarının olması ve geçmiş yaşamının sorumluluğunu kabul etmesi,
3. Yaşamı boyunca öngördüğü amaçlara ulaştığı inancına sahip olması,
4. Olumlu bir ben imgesine sahip olması ve yaşlılığında zayıflıkları ne olursa olsun, kendini değerli bir varlık olarak kabul edebilmesi,
5. Yaşama karşı genelde iyimser bir tutum içinde olması,
6. beklenmektedir (Nahcivan, Demirezen, Erdoğan, 1999).

1.7.2 Yaşam Doyumu Tanımlamaları

“Yaşam doyumunu, öznel iyi olmanın bilişsel bir bileşenidir ve bireyin kendisine yüklediği kriterler ile yaşam koşullarını algılayışı arasındaki karşılaştırmaları, dolayısıyla kendi yaşamı hakkında değer biçmesini içermektedir” (Özgen, 2012).

Öznel iyi olma, bireyin yaşamına ilişkin duyuşsal ve bilişsel değerlendirmeleridir. Yaşam doyumunu kavramı, alanyazında çoğunlukla öznel iyi olma yapısının altındaki bilişsel bileşen olarak incelenmektedir. Bilişsel yapı; arzu ve başarı arasındaki uyum-uyumsuzluk algısı tanımı ile yoksunluktan kendini gerçekleştirmeye kadar uzanmaktadır. Öznel iyi olmanın duyuşsal bileşeni hedonik düzeyde haz, duygular, hisler ve ruh halidir (Diener, 1994; Proctor ve diğ., 2008, Aktaran Şimşek, 2011). Diener (1994, Aktaran Şimşek, 2011), bu sınıflandırmaya göre yaşam doyumunu ile öznel iyi olma ilişkisi Şekil-1’de açıklamaktadır.



Şekil 3.1 Yaşam doyumu ve öznel iyi olma ilişkisi (Omay, 2007)

Yaşam doyumu, bir insanın beklentileri ile elinde olanların karşılaştırılması sonucu elde edilen durumdur. Yaşam doyumu kişinin beklentilerinin, gerçek durumla kıyaslanmasıyla ortaya çıkan sonucu gösterir, genel olarak tüm yaşamı ve bu yaşamın çeşitli boyutlarını içerir (Özer ve Karabulut, 2003, Aktaran Arslan, Çelebioğlu, Tezel, 2008). Bir makalede yaşam doyumu “Kişinin kendi seçtiği kriterlere göre yaşam kalitesinin global değeri” olarak tanımlanmıştır (Tate, Forchheimer, 2002, Aktaran Arslan, Çelebioğlu, Tezel, 2008).

“Yaşam doyumu; mutluluk, moral gibi değişik açılardan iyi olma halini ve günlük işler içinde olumlu duygunun olumsuz duyguya egemen olmasını ifade eder” (Vara, 1999).

“Yaşam doyumu, bir anlamda bireyin belirlediği hedeflere ulaşma derecesi olarak da tanımlanmaktadır” (Gürbüz, 2008).

Veenhoven (1996), yaşam doyumunu bir bütün olarak yaşamın kalitesinin, pozitif olarak gelişiminin derecesi olarak tanımlarken, yaşam doyumunun belirleyicilerini yaşamdaki değişimler yani toplumun kalitesi, bireyin toplumdaki yeri, kişisel yetenekleri, yaşam olaylarının gidişatı, tecrübeli olmak, gelişimin içsel ilerlemesi yani sonuç çıkarmak, duyguların temelindeki anlamları irdelemek, yaşam doyumu ve doyum alanı arasındaki ilişkiyi ifade etmek olarak belirtmektedir (Veenhoven, 1996).

1.7.3 Yaşam Doyumunu Etkileyen Unsurlar

Yaşam doyumu kavramının kişiden kişiye farklı algılanma düzeyine bağlı olarak yaşam doyumunu kapsayan öğelerin sınırlarının netleştirilmesini engellemektedir, bu durumda net bir faktörler sıralaması yapmak çok kolay olmamaktadır. Bu bağlamda literatürde çok farklı yaklaşımlara rastlanılmaktadır. Bireylerin yaşam doyumunu etkileyen unsurlar şu şekilde sıralanmaktadır;

1. Günlük yaşamdan mutluluk duymak;
2. Yaşamı anlamlı bulmak,
3. Amaçlara ulaşma konusunda uyum,
4. Pozitif bireysel kimlik,
5. Fiziksel olarak bireyin kendisini iyi hissetmesi,
6. Ekonomik güvenlik ve
7. Sosyal ilişkiler (Baykoçak, 2002).

Andrews ve Withey (1974) ve Andrews ve Ciandall (1976) tarafından yapılan iki çalışmayla yaşam doyumuna ait olduğu varsayılan 800 ayrı öğe sınanmış, ilk çalışmada bu öğeler ancak 100'e indirgenebilmiş, ikincisinde ise 30 öğeye indirgenmiştir. Flanagan (1978) yaptığı çalışma da toplam 6500 öğe sınanmış ve son olarak 15 temel öğeye indirgenmiştir. Bu araştırmaya göre, yaşam doyumunu etkileyen bu öğeler şunlardır;

1. Araçsal rahatlık,
2. Sağlık ve kişisel güven,
3. Ana, baba, kardeşler ve diğer akrabalarla ilişkiler,
4. Bir çocuğa sahip olma ve onu büyütme,
5. Karı-koca ilişkilerinde yakınlık,
6. Yakın arkadaşlara sahip olma,
7. Başkalarına yardım etme ve başkalarını gözetme,
8. Devletin yerel ve ulusal etkinlikleriyle, halk etkinliklerine katılma,
9. Öğreniyor olma,
10. Kendini anlayabilme,
11. Bir işte çalışıyor olma,
12. Kendini tanıyabilme,
13. Toplumsallaşma,
14. Kitap okuma, müzik dinleme, sinema, maç vb. seyretme,

15. Eğlenceli etkinliklere katılma (Aydın, 2004).

1.7.4. Yaşam Doyumunu Etkileyen Bazı Değişkenler

Yaş: İlk çalışmalar gençlerin yaşlılardan daha mutlu olduğunu bulmasına karşın, son yıllarda yapılan çalışmalar mutluluk ile yaş arasında bir ilişkinin olmadığını göstermiştir. Braun (1977), gençlerin hem olumlu hem de olumsuz duyguları daha çok bildirdiklerini; buna karşın yaşlıların daha fazla genel mutluluk ifadelerini ortaya koyduklarını bulmuştur. Bu karışık bulgulara anlam vermek amacıyla yapılan bir metaanaliz çalışmasında, yaş ile yaşam doyumu arasındaki korelasyonun sıfıra yakın olduğu ve bu sonucun ilişkiye giren diğer değişkenler kontrol edilse de edilmese de aynı olduğu kanıtlanmıştır (Yetim, 1991).

Cinsiyet: Kadınlar erkeklere göre daha fazla olumsuz duygu bildirmelerine karşın, aynı zamanda daha fazla kendi yaşamlarından haz duyarlar. Yapılan birçok diğer çalışmada cinsiyetler arasında doyum ya da mutluluk açısından çok az bir farkın olduğu gözlenmiştir. Doyum açısından cinsiyetler arasındaki farklılaşma çok küçüktür (Yetim, 1991).

Çalışma ve iş: Campbell ve arkadaşları (1976, Aktaran Yetim, 1991), gelir farklılıklarının etkisi kontrol altına alınsa dahi işsiz grubun en mutsuz grup olduğunu, bölgesel işsizlik oranlarının duygu durumunu boylamsal olarak öngörmeye önemli bir değişken olduğunu bulmuşlardır. Ancak bunların dışında sözgelimi imalatçıların memurlardan daha az mutlu olduğuna ilişkin herhangi bir kanıt yoktur.

Eğitim: Campbell (1981), ABD'de 1957–1978 yılları arasında eğitimin yaşam doyumu üzerinde etkisinin olduğunu göstermektedir. Ancak bu etki çok güçlü bir etki değildir ve gelir gibi diğer değişkenlerle etkileşim içinde görülmektedir. Çeşitli araştırmalar diğer değişkenlerin etkileri kontrol altına alındığında eğitimin yaşam doyumu üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığını ortaya koyarken, diğer bazı araştırmalar kadınlarda eğitimin daha olumlu etkilere sahip olduğunu buldular. Eğitimin istekleri arttırırken aynı zamanda alternatif yaşama biçimleri üzerinde kişileri yoğunlaştırdığı ortaya çıkmıştır (Yetim, 1991).

Evlilik ve Aile: Çeşitli çalışmalar evli oluşun yaşam doyumu üzerinde anlamlı bir etkisini bulmamışlardır (Yetim, 1991).

1.7.5 Yaşam Doyum Kuramları

“Yaşam doyumu yalnızca bir alana ya da kurama bağlı olmayıp disiplinlerarası niteliktedir” (Şimşek, 2011). Wilson (1967)’e göre antik Yunandan beri mutluluğu anlamada çok az kuramsal gelişme olduğunu kaydetmiştir. Son yıllarda çeşitli yönde kuramsal gelişmeler görülmesine karşın, ilerleme istenen düzeyde değildir. Kuram ile araştırma arasındaki bağı şiddetle ihtiyaç duyulmaktadır (Yetim 1991).

1.7.5.1 Ereksel (telik) kuramlar

Yaşam doyumunun ereksel ya da sonlu açıklamaları, mutluluğun amaç veya ihtiyaç gibi bazı durumlara erişildiğinde elde edildiğini öne sürer. Wilson (1960) tarafından önerilmiş olan bir kuramsal postüla "ihtiyaçların doyurulması mutluluğa, doyurulmamış ihtiyaçlar mutsuzluğa neden olur" şeklindedir (Yetim 1991).

Çoğu felsefeci ereksel kuramlarla ilgili sorunlarla ilgilenmiştir. Örneğin mutluluk kişinin isteklerinin doyurulması sonucunda mı yoksa onların bastırılmasıyla mı elde edildiği sorusu felsefecilerce ele alınmıştır. Hedonistler isteklerin doyurulmasının iyi oluşu yarattığını savunurken, estetikler arzudan arınık olmayı mutluluğun kaynağı olarak görmüşlerdir (Yetim 1991).

Alternatif ereksel kuramlar, öğrenilmiş yaşantı sonucu olan ihtiyaçların doyurulması üzerinde durmuşlardır. Kişi bunların farkında olur ya da olmayabilir. Bu kuramlarda ihtiyaçların doyurulmasının mutluluğa yol açacağı postüle edilmiştir (Yetim 1991).

Amaç kuramlarında ise, kişinin farkında olduğu belirli istekleri üzerinde dururlar. Kişi bilinçli olarak belli amaçlara erişmek istemektedir ve mutluluk, kişi bunlara eriştiğinde ortaya çıkar. İhtiyaçlar ve amaçlar, ihtiyaçların belli amaçlara yol açması bakımından birbiriyle ilişkilidirler. Ayrıca kişinin sahip olduğu değerlerde bazı amaçların ortaya çıkmasına neden olurlar. Maslow tarafından teklif edildiği gibi, ihtiyaçlar belki evrenseldir veya Murray tarafından postüle edildiği gibi, ihtiyaçlar bireylere göre değişmektedir. İhtiyaçların, mutlulukla bir şekilde ilişkili olduğu, yaygın olarak kabul görmektedir (Yetim 1991).

1.7.5.2 Aktivite kuramları

Ereksel kuramlar, mutlulukta son durumları önemli bulurken; aktivite kuramları mutluluğun insan aktivitesinin bir ürünü olduğunu belirtirler. Örneğin, doğa tırmanma aktivitesi, dağın doruğuna erişmeden daha fazla mutluluk vericidir.

Aristo, ilk ve önemli aktivite kuramcılarında biridir. O, mutluluğun erdemli aktiviteden geldiğini, yani iyi başarılan aktivitenin mutluluk getirdiğini vurgulamıştır. Aktivite ve yaşam doyumu ilişkisi üzerinde en açık formülasyon akış kuramıdır. Bu formülasyon da kişinin beceri düzeyi yeterli ise aktiviteler ve bunlara karşı koyanların zaman içindeki ilerleyişinin haz getireceği öne sürülmüştür. Eğer aktivite çok kolay ise can sıkıntısı yaratır. Aksine zor ise anksiyete yaratır. Eğer kişi uygun uğraştırmayı gerektiren ve sahip olduğu becerileriyle işin zorluğu hemen hemen eşit olan bir aktivite ile ilişkili ise, olayın tamamlanma süreci hazların akışını getirecektir. Aktivite kuramcılarının mutluluğun davranıştan kaynaklandığını vurgularlar (Yetim, 2001).

1.7.5.3 Tavandan-tabana ve tabandan-tavana kuramları

Tavandan-tabana ve tabandan-tavana yaklaşımları, çağdaş psikolojide oldukça popüler yaklaşımlardır ve aynı tarz açıklamalar mutluluk literatüründe de yapılmaktadır. Örneğin bazı felsefecilere göre, mutluluk birçok küçük hazzın toplamından ibarettir. Tabandan-tavana görüşü çerçevesinde kişi anlık haz ve acılarının bir muhasebesini yaparak kendini mutlu ya da mutsuz olarak görür. Yani mutlu yaşam mutlu anların bir bütünüdür. Kant'ın felsefi görüşü bu kuramı temellendirmektedir. Üst düzeydeki öğeler arasındaki nedensellik ilişkisi, düşük düzeyde, element düzeyindeki ilişkilere yansır.

Tavandan-tabana yaklaşımında mutluluk, kişinin global bir özelliğidir ve bu özellik kişinin olaylara tepki göstermesini etkiler. Kişinin olaylara hoşgörüsüyle bakıyor olması, onun tek tek olaylarda da hoşgörülü olmasını gerektirir. Tavandan-tabana yaklaşımının ve felsefecilerin görüş birliğine vardığı ortak nokta, mutlulukta odağın tutumlar olduğudur. Örneğin, Demokritos "mutlu yaşamı iyi talihe veya dış koşullara bağlı görmeyip, kişinin zihinsel niteliklerine bağlı görmüştür. Önemli olan kişinin neye sahip olduğu değil, sahip olduklarına nasıl tepkide bulunduğu (Yetim, 2001).

Andrews ve Withey (1976), tavandan-tabana yaklaşımını destekleyen kanıtlar elde ettiler. Araştırmacılar yaşam alanlarından elde edilen doyumun genel olarak yasamdan alınan doyumunu öngörme de yetersiz kaldığını buldular. Özetle bulgular, yaşam alanlarından elde edilen doyumun global yaşam doyumuna neden olmaktan çok kendilerinin global yaşam doyumundan kaynaklandığını göstermiştir. Kişinin yaşamında olumlu yaşantıların birikimi anlamında bir olumlu dünya görüşünün oluşması gereklidir. Yani genel bir eğilim olarak mutlu dünya görüşünün oluşumu tabandan-tavana yaklaşımını doğrulamaktadır. Ancak bir kez oluştuktan sonra bu dünya görüşü alanlardan alınan doyumunu belirlemektedir. Hedonistlere göre hazlar, dikkatli olarak seçilmiş ve biriktirilmişse (tabandan-tavana kuramı) kişi mutlu olabilir (Yetim, 2001).

Yukarıda aktarılan her iki görüşte kısmen doğrudur. Ancak tavandan-tabana yaklaşımında sözü geçen içsel etmenlerin nasıl ortaya çıktığı ve tabandan-tavana yaklaşımında moleküler olayların nasıl etkileşimde buldukları henüz açıklığa kavuşmamıştır. İnsanlar olayları öznel olarak algıladıklarından tavandan-tabana oluşan bir sürecin varlığı gereklidir. Ancak belli bazı olayların bütün insanlar tarafından haz verici olarak görülmesi de mümkündür. Bu gerçekte tabandan-tavana yaklaşımının yararlı olduğunu göstermektedir (Yetim, 2001).

1.7.5.4 Bağ kuramları

İnsanların mutlu olma eğilimine neden sahip olduklarını açıklayan çeşitli kuramlar vardır. Bu kuramlardan çoğu, bağ modelleri altında belleğe, koşullamaya veya bilişsel ilkelere dayanır. Mutluluğa ilişkin bilişsel yaklaşımlar henüz çok yenidirler. Bilişsel yaklaşımlardan biri, kişinin kendisini ilgilendiren olaylara ilişkin yüklenmeleridir. Sonuçta iyi olaylar eğer iç, bilişsel öğelere atfedilmişse daha fazla mutluluk getireceklerdir. Diğer bir olasılık yüklenme olsun olmasın iyi olarak görülen olayların mutluluk getirmesidir. Mutluluğun bellekte bir ağının bulunduğu, genel olarak bilişsel psikologlar tarafından benimsenen bir kabuldür (Yetim, 2001).

Bower (1981, Aktaran Yetim, 2001), insanların şimdiki duygu durumlarına göre geçmiş anılarını hatırladıklarını ve yorumladıklarını bulmuştur. Bellek konusunda yapılan çalışmalar, mutlu kişilerin birbiriyle olumlu ilişkilerle bağlı zengin bir ağının olduğunu göstermiştir. Aksine mutsuz kişilerin birbiriyle olumsuz ilişkilerle bağlı sınırlı ve yalıtılmış ağlara sahip oldukları ortaya çıkmıştır. Olumlu ağa sahip olan birey, olaylara olumlu şekilde tepki vermektedir.

Konuyla ilişkili bir başka kuram, duyguların ortaya çıkmasında klasik koşullanmanın önemini vurgulamaktadır. Araştırmalar, duygu yüklü koşullamaların sönmeye çok dirençli olduklarını göstermiştir. Kişi böyle duygusal yaşantılara sahip olabilir ve bunlarla geniş sayıda günlük uyaran arasında bağ kurabilir (Yetim, 2001).

1.7.5.5 Yargı kuramları

Öznel iyi olmanın bazı standartlarla gerçek koşullar arasındaki karşılaştırmalar sonucu ortaya çıktığını öne süren birçok kuram vardır. Eğer gerçekteki durum saptanan standardı aşarsa mutluluk oluşacaktır. Doyum göz önüne alındığında bu tür karşılaştırmalar bilinçli olarak yapılabilir. Ancak duygularda, duygu durumunda standartlarla karşılaştırma olayı bilinçsiz ya da bilinçdışı yapılmaktadır. Yargı kuramları ne tür olayların olumlu ya da olumsuz olduğunu belirlemekle birlikte; olayların ortaya çıkaracağı duygunun miktarını öngörebilmektedirler (Yetim, 2001).

Yargı kuramlarını sınıflamada bir yol, onların ele aldığı standartlara bakmaktır. Sosyal karşılaştırma kuramında kişi diğerlerini bir standart olarak alır. Burada, seçilen diğerinin, kişinin düzeyinde aşağıda veya üzerinde olma durumu vardır. Kişi, karşılaştırma standardı olarak kendisinden alt düzeyde birini seçmişse, aşağı düzeyde karşılaştırmada bulunmaktadır. Eğer kişi kendini diğerlerinden daha iyi görüyorsa, bu kişi doyumlu veya mutludur (Yetim, 2001).

Yargı kuramları içinde en popüler yaklaşım kişinin gerçek koşulları ile emelleri arasındaki uyumsuzluğu ele alan emel düzeyi kuramıdır. Emel düzeyi kuramına göre, yüksek emeller kötü koşullar kadar mutluluğu tehdit ederler. Emel düzeyi, kişinin yaşantılarından ve amaçlarından ortaya çıkar (Yetim, 2001).

1.7.5.6 Gereksinim kuramı

Maslow'un gereksinim kuramı ve dengelenmiş yaşam modeli, yaşam doyumunu gereksinimler bağlamında incelemektedir. Maslow, gereksinimleri sınıflamış ve hiyerarşinin önemine değinmiştir. Siry ve Wu (2007) ise yaşam doyumunda hiyerarşik yaklaşım yerine bütün gereksinimlerin dengeli olarak doyumunun gereğini önermiştir (Şimşek, 2011).

Maslow'un gereksinim kuramı (1954) en bilinen gereksinim kuramlarındandır. Bu kuramda içsel ve evrensel gereksinimlerin karşılanmasıyla iyi olma ve yaşam doyumuna ulaşılacağı düşünülmektedir. Bu kuramda gereksinimler; temel (survival) ve gelişme (growth) olarak ikiye ayrılmıştır. Şekil 2'de de belirtildiği

üzere, fizyolojik, güvenlik, sosyal gereksinimler temel; güven (takdir ve saygı) ve kendini gerçekleştirme gereksinimleri ise gelişme gereksinimi altında sınıflandırılmaktadır. Gereksinimler arasında hiyerarşi olduğu ve alt basamaktaki gereksinim gerçekleşikten sonra üst basamaktaki gereksinimin, doyumda baskın hale geleceği öne sürülmektedir (Sirgy, 1986, Aktaran Şimşek, 2011). Maslow'un teorisine göre, insan ihtiyaçlarının tatmini belirli bir sırayı takip etmektedir. Üst sıralardaki bir ihtiyacın kesin olarak tatmin edilebilmesi için alt sıralardaki ihtiyaçların kesin olarak giderilmesi gerekmektedir. Aksi durumda, üst sıralardaki ihtiyaçlar arka plana itilmekte ve öncelik alt sıradaki ihtiyaçlara verilmektedir (Omay, 2007).



Şekil 3.2 Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi (Omay, 2007)

Son dönemlerde ise, sosyal psikologlar Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisini gözden geçirilip, çeşitli nedenlerle söz konusu hiyerarşinin kademe sayısının yedi olması gerektiğini öne sürmüşlerdir (İnceoğlu, 2004 Aktaran Omay, 2007). Buna göre Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi şekil 3'deki gibi olmalıdır:



Şekil 3.3 Maslow'un geliştirilmiş ihtiyaçlar hiyerarşisi (Omay, 2007)

Maslow'un geleneksel bir güdülenme kuramı olan ihtiyaçlar hiyerarşisine sosyal psikologlar tarafından eklenen kademeler altıncı kademe olarak "Bilme-Anlama" ve yedinci kademe olarak da "Estetik"tir (Omay, 2007).

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmanın şekli, araştırmanın yapıldığı yer ve özellikleri, araştırmanın evreni ve örnekleme, verilerin toplanması ve araştırmanın hipotezlerine ilişkin açıklamalar yer almaktadır.

2.1 Araştırmanın Şekli

1. Tıp sektöründeki gelişmeler kanserdeki artışı azaltmadığı gibi ilerlemesini de halen engelleyebilmiş değildir. Ayrıca hasta açısından, ciddi bir hastalıkla birlikte yaşamak zor ve mücadele gerektiren bir süreçtir. Kanser hastası olmak hastanın yaşamını birçok yönden değiştirebilir. Hastalar, kanser tanısıyla yüzleştiklerinde, diğer hastalıklardan daha farklı bir şekilde şaşkınlık, üzüntü, kızgınlık, çaresizlik, terk edilme, korku gibi büyük psikolojik duygusal problemlere sürüklenmektedirler. Diğer taraftan hasta bu yeni durum karşısında psikolojik olarak yaşam doyumu boyutunu düşünmektedir. Bu aşama da, kanser hastalarının yaşam kalitesini ve tedaviye uyumunu olumsuz bir şekilde etkilemektedir. Hasta, ölümcül hastalık karşısında bir yandan tedavi aşamaları ve sonrası için uyum göstermeye çalışmakta, diğer yandan da, geçmişini tartmakta ve şimdi ile geçmiş arasında sık sık mukayeseler yapabilmektedir.

2. Bu tez çalışması, kendisine bir veya birden fazla kanser tanısı konmuş hastalarda, yaşam doyumlarının tespit edilmesi ve değerlendirilmesi amacı ile tanımlayıcı olarak planlanmış ve uygulanmıştır.

2.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniğinde yapılmıştır. GATA Tıbbi Onkoloji kliniği dört katlı olup, 1994 yılında hizmete girmiştir. Klinikte, Tıbbi onkoloji polikliniği muayene, laboratuvarlar, sekreterlik, depo, ayaktan kemoterapi bölümü, kemik iliği transplantasyon ünitesi, 30 yataklı klinik servisi, toplantı salonu, plazmaferez odası,

immunfloresans ve ışık mikroskobu odası ve öğretim üyeleri ile görevlilere ait odalar mevcuttur. Tıbbi Onkoloji Kliniği, Öğretim Üyesi, uzmanlık öğrencisi, Sağlık Astsubayı, Hemşire, Biyolog, Laborant, Kat Bakım Görevlisi, Sosyal Hizmet Uzmanı ve Diyetisyen kadrosu ile modern kanser tedavisi yaklaşımlarını yapabilen bir klinikdir. Klinikte yıllık ortalama 4500 hastaya poliklinik tedavisi, 1000'e yakın hastaya tetkik ve tedavisi ve 10000 hastaya poliklinik hizmeti verilebilmektedir (<http://www.gata.edu.tr/dahilitipbilimleritibbionkolojibd/onkolojibilimdalinintanitim-1698.asp>).

2.3 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini 10 şubat 2014-10 nisan 2014 tarihleri arasında Tıbbi Onkoloji Kliniğinde poliklinik muayeneye başvurmuş ve kendisine herhangi bir veya daha fazla kanser teşhisi konmuş hastalar ile daha önceden kendisine kanser teşhisi konarak halen kemoterapi tedavisi almak için hastaneye gelen hastalar oluşturmaktadır. Örneklem seçimine gidilmemiş, belirtilen tarihler arasında ulaşılan tüm hastalar araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmada 132 kanser hastasına ulaşılmış, fakat 5 hasta araştırmayı kabul etmediğinden ve 4 hasta da cevap veremeyecek durumda olduğundan, Araştırma 123 kanser hastası ile tamamlanmıştır. Yaşam doyumu ölçeği sonuçlarının kanser hastası olmayan bireylerle karşılaştırılması amacı ile kontrol grubu olarak belirlenen kanser hastası olmayan 41 kişiye ölçek ayrıca uygulanmıştır.

Araştırmaya dahil olma kriterleri:

- a) GATA Tıbbi Onkoloji Kliniğine hasta olarak başvuruda bulunmak,
- b) Bir veya daha fazla kanser hastalığı teşhisi konmak,
- c) 18 yaş ve üzerinde olmak,
- d) Türkçe iletişim kurabilmek
- e) Çalışmaya gönüllü olarak katılmak.
- f) Araştırma dışı kalma kriterleri:
- g) Araştırmaya dahil olma kriterlerini taşıyor olmak.

2.4 Verilerin Toplanması

2.4.1 Araştırmanın Etik Yönü ve İzlenen Diğer Adımlar

Araştırmanın uygulanması için GATA Etik Kurulu'ndan "2662" numaralı onay (Ek-Ç) ve Komutan Bilimsel Yardımcılığı'ndan "3730" numaralı Araştırma anketi

uygulanması izni (Ek-D) alınmıştır. Araştırma Anketi ve ölçeğini uygulamadan önce, GATA Hastanesi Tıbbi Onkoloji BD. Başkanlığından ayrıca yazılı idari izin alınmıştır (Ek-E). Verilerin toplanması esnasında katılımcılara gerekli açıklamalar yapılmış, araştırmaya dahil olma kriterlerine uyanlara gönüllü bilgilendirme ve olur formu (Ek-A) ile yazılı ve sözlü izinleri alınmıştır.

Katılımcılara uygulanacak olan formların uygulanabilirliğini görmek ve anketleri test etmek maksadıyla, rastgele seçilen 10 katılımcıya sosyodemografik bilgileri içeren kişisel veri formu ve yaşam doyum ölçeği ön uygulama olarak yapılmış ve sonrasında gerekli değişiklikler yapılarak anket formuna son şekli verilmiştir.

2.4.2 Veri Toplama Formları

Veri toplamak maksadıyla katılımcılara, kişisel bilgi veri formu ve yaşam doyum ölçeği uygulanmıştır.

2.4.2.1 Kişisel Bilgi Veri Formu

Araştırmada örnekleme oluşturan bireylerin sosyodemografik özellikleri ile ilgili bilgi toplamak maksadıyla araştırmacı tarafından hazırlanan ve yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek v.b. soruları içeren “Kişisel Bilgi Veri Formu” kullanılmıştır (Ek-B). Kişisel Bilgi Veri Formunda 13 soru bulunmakta, bu sorulardan ilk 12’si kişisel bilgiler olup yaşam doyum ölçeği ile değerlendirilmek, 13’üncü soru ise araştırmacı tarafından tartışma, sonuç ve öneri kısmında öneri ve tavsiyelerde bulunmak amacıyla hazırlanmıştır.

2.4.2.2 Yaşam Doyum Ölçeği

Araştırmada hastaların yaşam doyum düzeylerini tespit etmek amacıyla kullanılan “Yaşam Doyum Ölçeği”, Diener ve ark. (1985) tarafından geliştirilmiştir (Ek-C). Ölçeğin Türkçe’ye uyarlanması Köker (1991) tarafından yapılmış olup, Cronbach alpha iç tutarlılık katsayısı 0,70 olarak hesaplanmıştır. Ölçek; “pek çok açıdan ideallerime yakın yaşamım var, yaşam koşullarım mükemmeldir, yaşamım beni tatmin ediyor, şimdiye kadar yaşamda istediğim önemli şeyleri elde ettim, hayatımı bir daha yaşama şansım olsaydı hemen hemen değiştirmezdim” ifadelerini içeren beş maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınan toplam puanın düşük olması yaşam doyumunun düşük olduğunun göstergesi olarak kabul edilmektedir. 5’li likert

türü ölçekte “tamamen katılıyorum” 5, “hiç katılmıyorum” cevabına ise 1 puan verilmektedir. Hastaların önce ve mevcut durumunu düşünerek soruları yanıtlamaları istenmiştir.

2.4.3 Veri Toplama Aracının Uygulanması

Veriler 10 şubat-10 nisan 2014 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplama formu katılımcılar ve bazı katılımcıların talebi doğrultusunda kendisinden alınan bilgileri işaretleme suretiyle araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Bir formun doldurulması ortalama 10 dakika sürmüştür. Çalışmada hastaların kimlik bilgilerine yönelik olarak, gizlilik ilkelerine insan onuruna saygı ilkesine ve tüm etik ilkelere bağlı kalınmıştır.

2.4.4 Verilerin Değerlendirilmesi

Veri toplama formları ile elde edilen bilgiler bilgisayar ortamına aktarılmış ve gerekli hata kontrolleri ve düzeltmeler yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler; sayımla belirtilen değişkenler için sayı ve yüzde, ölçümle belirlenen değişkenler için ortalama \pm standart sapma şeklinde gösterilmiştir. Katılımcıların yaşam doyum ölçeği sonuçlarının bağımsız değişkenler ile karşılaştırılmasında normal dağılıma uygunluklarına göre; student-t, varyans analizi, mann whitney u ve kruskal wallis testleri kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu kolmogorov smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Ölçeğin sürekli değişkenler ile ilişkisine pearson korelasyonu ile bakılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ve istatistiksel analizlerde SPSS 15.0 paket programı kullanılmıştır. İstatistiksel kararlarda anlamlı farklılığın göstergesi olarak $p < 0.05$ seviyesi kabul edilmiştir.

2.4.5 Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma Ankara ili GATA Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniğine başvuruda bulunan ve kanser tanısı konan hastalar ile önceden tanı konupta kemoterapi tedavisi alan hastalar üzerinde gerçekleştirildiğinden; elde edilen bulgular tüm kanser hastalarına genellenemez.

2.5 Araştırmanın Sayıltıları

- a. Araştırmada kullanılan kişisel bilgi formu ve uygulanan yaşam doyum ölçeği alt problemleri ölçmek için yeterlidir.

- b. Araştırmada kullanılan ölçme araçlarının ölçtükleri nitelikler bakımından geçerliliği ve güvenilirliği yüksek olduğundan toplanan verilerin geçerlik ve güvenilirliği yüksektir.
- c. Evreni oluşturan Örneklem grubundaki hastaların verdikleri yanıtların doğruyu yansıttığı varsayılmıştır.
- d. Evreni oluşturan Örneklem grubundaki hastaların soruları doğru bir şekilde algıladıkları varsayılmıştır.
- e. Seçilen örneklemin evreni temsil etme yeteneğine sahip olduğu varsayılmıştır.

2.6 Araştırmanın Hipotezleri

Yaşam doyum ölçeğinden elde edilen puanların kişisel bilgi formundan elde edilen bilgiler yardımı ile kanser hastalarının yaşam doyum düzeylerini ölçmek amacı ile aşağıda verilen sorulara cevap aranmış ve istatistiksel olarak farkın anlamlı olup olmadığı incelenmiştir.

- a. Kanser hastalarının yaşam doyumları ile yaş durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark var mıdır?
- b. Kanser hastalarının yaşam doyumları ile cinsiyet durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark var mıdır?
- c. Kanser hastalarının yaşam doyumları ile medeni durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark var mıdır?
- ç. Kanser hastalarının yaşam doyumları ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark var mıdır?
- d. Kanser hastalarının yaşam doyumları ile meslek durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark var mıdır?
- e. Kanser hastalarının yaşam doyumları ile yaşadıkları yer durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark var mıdır?
- f. Kanser hastalarının yaşam doyumları ile sigara ve alkol kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark var mıdır?
- g. Kanser hastalarının yaşam doyumları ile kanser türünün durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark var mıdır?
- h. Kanser hastalarının, kendilerinde kanser ile beraber teşhis konulmuş başka hastalık bulunması yaşam doyumlarını etkilemektedir.

- i. Kanser hastalarının içinde buldukları durum itibariyle psikolojik destek ihtiyacı vardır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde araştırmacının hazırlamış olduğu kişisel bilgi formundan elde edilen bilgilere ilişkin bazı tanımlayıcı tablolara yer verilmiştir.

Tablo 5.1: Katılımcıların tanıtıcı özellikleri

Özellikler (N=123)	N	%	Ölçek toplam puanı
Yaş (n=114)			
	en az=21,ençok=82,ortalama=46,18±16,07		
Cinsiyet			
Kadın	59	48,0	
Erkek	64	52,0	
Medeni Durum			
Evli	80	65,0	17,81±3,809
Bekar	43	35,0	15,47±4,328
Eğitim Durumu			
Okur-yazar değil	2	1,6	18,00±0,000
Okur yazar	10	8,1	16,20±2,741
İlkokul	19	15,4	14,68±3,301
Ortaokul	18	14,6	15,89±3,939
Lise	54	43,9	17,85±4,427
Lisans	12	9,8	18,33±3,367
Diğer...	8	6,5	17,88±5,303
Mesleği			
Memur	22	17,9	
İşçi	6	4,9	
Ev hanımı	35	28,5	
Serbest meslek	9	7,3	
Emekli	34	27,6	
Diğer...	17	13,8	
Yaşadıkları Yerler (n=122)			
İl	78	63,9	
İlçe	28	23,0	
Kasaba	4	3,3	
Köy	12	9,8	
Sigara içme durumları			
İçiyor	13	10,6	14,69±4,211
İçmiyor	110	89,4	17,26±4,061
Alkol kullanma durumları			
Kullanıyor	6	4,9	
Kullanmıyor	117	95,1	

Katılımcıların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 5.1’de gösterilmiştir. Tablo 5.1’de görüldüğü üzere, araştırmanın örneklemini oluşturan 123 katılımcıdan yaş seçeneğini dolduran 114’ünün yaş ortalaması $46,18 \pm 16,07$ ’dir. Araştırmaya en küçük 21, en büyük ise 82 yaşında katılım olmuştur. 9 katılımcı ise yaş seçeneğini doldurmamıştır.

Katılımcıların %48’i (n=59) kadın, %52’si (n=64) erkektir. Katılımcıların %65’i (n=80) evli, %35’i (n=43) bekarıdır. Katılımcıların %43,9’u (n=54) lise mezunu, %15,4’ü (n=19) ilkokul, %14,6’sı (n=18) ortaokul, %9,8’i (n=9) lisans, %8,1’i (n=10) okuryazar, %6,5 (n=8) diğer eğitim durumlarına ve %1,6 (n=2) okuryazar değil eğitim durumunu taşımaktadır.

Katılımcıların %28,5’i (n=35) ev hanımı, %27,6’sı (n=34) emekli, % ve %17,9’u (n=22) memur, %7,3’ü serbest meslek, %4,9’u işçi olarak ve %13,8’i ise diğer mesleklerde çalışmaktadır.

Katılımcıların büyük bir çoğunluğu %63,9’u (n=78) ilde yaşamakta, %23’ü ilçede, %9,8’i köyde ve %3,3’ü ise kasabada yaşamaktadır. Katılımcılardan birisi bu seçeneği boş bırakmıştır.

Katılımcıların %89,4’ü sigara kullanmadığını, %10,6’sı ise sigara kullandığını belirtmiştir. Katılımcıların %95,1’i alkol kullanmadığını, %4,9’u ise alkol kullanmadığını belirtmiştir.

Tablo 5.2: Katılımcıların Hastanenin Onkoloji Bölümünü Seçme Nedenleri

Seçme nedeni	n*	%
Hastanenin tanınmış olması	30	13,0
Hekimlerin tanınmış olması	42	18,3
Daha önceki hizmetlerden memnun kalınması	41	17,8
Yakın olması	21	9,1
Sigorta şirketi ile hastanenin anlaşmış olması	20	8,7
Öneri üzerine (Sağlık personeli dışında bir kişi tarafından)	41	17,8
Sevk edildim	18	7,9
Diğer	17	7,4
Toplam (*n katlanmıştır.)	230	100

Katılımcıların GATA hastanesinin onkoloji bölümünü seçme nedenleri Tablo 5.2'de gösterilmiştir. Katılımcıların %18,3'ü (n=30) hekimlerin tanınmış olması nedeni ile bu hastaneyi tercih ettiklerini belirtirken, %17,8'i (n=41) daha önceki hizmetlerden memnun kaldıklarını ve yine %17,8'lik (n=41) aynı oranla sağlık personeli dışında bir kişi tarafından öneri üzerine bu hastaneyi tercih ettiklerini belirtmiştir.

Katılımcıların mevcut hastalıkları Tablo 5.3'de gösterilmiştir. Katılımcıların en çok %25 (n=30) ile kadın üreme sistemi, %19,2 (n=23) ile solunum sistemi ve %15,8 (n=19) ile de sindirim sistemi kanserlerinin olduğu görülmektedir.

Tablo 5.3: Katılımcıların hastalıkları

Hastalıklar	n	%	Ölçek toplam puanı
Kadın üreme sistemi kanserleri	30	25,0	16,73±3,503
Bağışıklık sistemi kanserleri	11	9,2	16,27±4,839
Sinir sistemi kanserleri	4	3,3	14,00±3,162
Kan kanserleri	13	10,8	13,46±3,733
Solunum sistemi kanserleri	23	19,2	19,35±3,039
Sindirim sistemi kanserleri	19	15,8	14,53±3,878
Erkek üreme sistemi kanserleri	9	7,5	16,56±3,644
Cilt kanserleri	3	2,5	17,67±2,082
Ortopedik kanserler	6	5,0	21,17±4,834
Yumuşak doku kanserleri	2	1,7	23,00±0,000
Toplam	120	100	

Katılımcıların %26,8'i (n=33) kanser dışında başka bir hastalığının da olduğunu belirtmiştir. Hastalardan 8' i başka hastalığı olduğunu belirtmesine rağmen hastalığın ne olduğu bilgisini belirtmemiştir. Belirtilmiş olan hastalıklar Tablo 5.4'de gösterilmiştir. Başka hastalığı olduğunu belirten katılımcıların %48' inin (n=12) diyabetes mellitus hastalığı olduğu görülmektedir.

Tablo 5.4: Katılımcıların diğer hastalıkları

Hastalıklar	n	%
Diyabetes mellitus	12	48,0
Romatoid artrit	1	4,0
Bel fıtığı	2	8,0
Hiper tansiyon	4	16,0
Kalp hastalıkları	5	20,0
Kronik bronşit	1	4,0
Toplam	25	100

Katılımcıların psikolojik destek isteme durumları Tablo 5.5’de gösterilmiştir. Katılımcıların %40,7’si (n=50) psikolojik destek istediğini belirtmiştir.

Tablo 5.5: Katılımcıların psikolojik destek isteme durumları

	n	%
Evet isterim	50	40,7
Hayır istemem	47	38,2
Kararsızım	26	21,1
Toplam	123	100

Katılımcıların yaşam doyum ölçeği toplam puanları ortalama $16,99 \pm 4,136$ ’dır. Kontrol grubu olarak seçilen 41 kişinin toplam ölçek puanları ise ortalama $21,51 \pm 2,410$ ’dur. Yaşam doyum ölçeğinden elde edilen sonuçlarla yapılan iç güvenirlik analizinde cronbach alfa katsayısı 0,851 olarak tespit edilmiştir.

Kontrol grubunun ölçek puanının, hasta olan katılımcılardan daha yüksek olduğu ve ölçek toplam puanı arasındaki bu farkın istatistiksel olarak *anlamlı* olduğu tespit edilmiştir ($p=0,000$ $Z=-6,106$).

Katılımcıların ölçek toplam puanı ile yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir ($p=0,233$ $r=0,113$). Katılımcıların cinsiyetleri ($p=0,145$ $t=1,468$), meslekleri ($p=0,292$ $F=1,247$), yaşadıkları yerler ($p=0,072$ $X^2kw=6,985$), alkol kullanma durumları ($p=0,055$ $t=-1,940$), başka hastalık bulunma durumları ($p=0,832$ $Z=-0,212$) ve psikolojik destek isteme durumları

($p=0,793$ $F=0,232$) ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında evli olan hastaların bekar olanlar hastalardan daha yüksek ölçek puanı aldığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p=0,009$ $Z=-2,616$). Katılımcıların eğitim durumları ile ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=0,037$ $X^2_{kw}=11,833$). İlkokul mezunu olanların daha düşük, lisans mezunu olanların ise daha yüksek puan aldıkları görülmektedir. Katılımcıların sigara içme durumları ile ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=0,033$ $t=-2,151$). Sigara içmeyenlerin puanlarının sigara içenlerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Katılımcıların hastalıkları ile ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=0,001$ $X^2_{kw}=28,410$). Solunum sistemi kanseri olan hastaların kan kanseri olan hastalardan daha yüksek ölçek puanına sahip olduğu görülmektedir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

4.1 Sonuç

Bu bölümde kanser hastalarının yaşam doyum düzeylerinin incelenmesi ve değerlendirilmesi üzerine yapılmış çalışmalarda bulunan bulgular doğrultusunda genel bir değerlendirme yapılmış ve bu değerlendirme doğrultusunda bulunan sonuçlar sıralanmış ve önerilerde bulunulmuştur.

Araştırmamızda genel sonuç olarak kanser hastalarının yaşam doyum düzeyi ölçek ile yapılan kıyaslama sonucu ortalama 16,99 olarak bulunmuştur. Araştırmamızdan çıkan sonucun doğruluğunu arttırmak ve karşılaştırma maksadıyla kanser hastalarına uygulanan yaşam doyum ölçeğinin aynısı 41 kişilik kanser hastası olmayan kontrol grubuna da uygulanmıştır. Kontrol grubu olarak seçilen 41 kişinin toplam ölçek puanları ortalama 21,51'dir.

Kontrol grubunun ölçek puanının, hasta olan katılımcılardan daha yüksek olduğu ve ölçek toplam puanı arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmamız kapsamında kanser hastalarının yaşam doyum düzeyleri her ne kadar yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, yaşanan bölge, sigara içme durumu, tıbbi tanı ve psikolojik destek isteme gibi çeşitli bağımsız değişkenler ile karşılaştırma yapılsada, genel olarak sadece kanser teşhisinin bile tek başına yaşam doyumunu azaltacağı tespit edilmiştir.

Araştırmamızın örneklemini oluşturan 123 katılımcının yaş ortalaması 46,18 (en düşük=21, en yüksek=82) olarak bulunmuş. Kanser hastalarının yaşam doyumları ile yaş durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir.

Bu bilgilerden hareket ederek, kanser hastalığının fazlaca yaşlı bireylerde görülmesinden ziyade bütün yaş gruplarında görülebildiği ve yaş faktörünün bu çalışmada yaşam doyumunu etkilemediği değerlendirilmektedir.

Araştırmamızda, kanser hastalarının cinsiyetleri kıyaslandığında ölçek toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Doyum açısından cinsiyetler arasındaki farklılaşma çok küçüktür. Bu sebeple, cinsiyet faktörünün bu çalışmada yaşam doyumunu etkilemediği tespit edilmiştir.

Araştırmamızda evli olan hasta katılımcıların (17,81) bekar olan hasta katılımcılardan (15,47) daha yüksek ölçek puanı aldığı görülmüş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Araştırmamız yapılan çalışmalarla paralellik olarak, medeni durumun, bireylerarası ilişki içermesi ve sosyal destek sağlama bakımından yaşam doyumundaki en temel faktörlerden birisi olduğunu göstermiştir. Bekar kanser hastalarındaki yaşam doyumunu düzeyinin düşüklüğü ise genelde bekar katılımcıların er/erbaşdan ve mesleğin henüz başında olan genç askeri personelden oluşması ve icra ettikleri askerlik mesleği ile beraber kanser hastalığı ile baş etmek zorunda kalmalarına bağlanmıştır.

Kanser Hastalarının eğitim durumları ile yaşam doyum düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=0,037$ $X^2_{kw}=11,833$). Araştırmamızda her eğitim durumunun ölçekten azalan ve artan değerler aldıkları tespit edilmiştir. Araştırmamız da, lisans mezunu olanların ölçekten aldıkları puan 18,33 iken, okuryazar olmayan katılımcıların ölçekten aldıkları puan 18,00, ortaokul mezunlarının 15,89, lise mezunlarının ise 17,85'dir. İlkokul mezunlarının 14,68 iken, okuryazar olan katılımcıların ölçekten aldıkları puan 16,20, diğer grup eğitim durumunun ölçekten aldıkları puan ise 17,88'dir. İlkokul mezunu olanların daha düşük, lisans mezunu olanların ise daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. Kılıçkap (2009), Easterline (2008, Aktaran Şimşek, 2011), Seligman (2007, Aktaran Şimşek, 2011) gibi literatürdeki çalışmalarda eğitim durumları arasında genel olarak net bir kıyaslama yapılsa da, Araştırmamızın sınırlı sayıda örneklem üzerinde yapılmış olmasında dolayı, tüm kanser hastalarına genellenemeyeceğinden, eğitim durumu yüksek olanların yaşam doyumunun yüksek olması ya da eğitim durumu düşük olanlarda yaşam doyumunu daha yüksek olacağı yönünde bir değerlendirme yapmanın yanlış olacağı görülmüştür.

Araştırmada kanser hastalarının meslek durumları, alkol kullanma durumları ile yaşadıkları yerlerin yaşam doyum ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı, kişilerin mesleklerinin, alkol kullanma durumlarının ve yaşadıkları yerlerin (il, ilçe, kasaba ya da köy olması) kanser gibi ölümcül bir hastalık tanısıyla

yüzleştiklerinde sahip oldukları yaşam doyum düzeylerine anlamlı bir etki etmediği tespit edilmiştir.

Kanser hastalarının sigara içme durumları ile ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ($p=0,033$ $t=-2,151$) ve sigara içmeyenlerin ölçekten aldıkları puanlarının sigara içenlerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmada, özellikle sigara içerek hastalık teşhisi ile bırakanlarda, sigaranın zararlı etkilerinin sadece kendilerini değil aynı zamanda çevresel zararlara da yol açtığı konusunda bilinçli oldukları görülmüştür. Bu hastalar sigarayı bıraktıklarında kendilerinde anlaşılır bir şekilde düzelme olduğunu, iyi hissettiklerini ve kanserden kurtulmak için büyük bir umut taşıdıklarını ifade etmişlerdir. Kanser hastalarında sigara bırakmayı müteakip tedavide iyimser yönde bir gelişme ve bu iyimser gelişmenin de daha önce hiç sigara içmemiş hastalar gibi mevcut yaşam doyum düzeylerine artı olarak katkı sağladığı izlenmiştir.

Kanser hastalarının hastalıkları ile ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ($p=0,001$ $X^2_{kw}=28,410$) ve solunum sistemi kanseri olan hastaların kan kanseri olan hastalardan daha yüksek ölçek puanına sahip olduğu tespit edilmiştir. Kanser hastalarındaki kanserin türünün, özellikle vücutta kritik organlarda tespit edilen kanserin, hastadaki yaşam düzeyine olumlu ya da olumsuz olarak etki ettiği sonucuna varılmıştır.

Kanser hastalarının, kendilerinde kanser ile beraber teşhis konulmuş başka hastalık bulunma durumları ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ve kendilerinde kanser ile beraber teşhisi konulmuş başka hastalık bulunmasının yaşam doyumlarını etkilemediği tespit edilmiştir. Kanserli hastalar üzerinde başka bir araştırmanın değişkenlerinin bu hastalıkların tespit edilmesine yönelik olarak hazırlanıp uygulayarak yapılmasının daha faydalı bilgiler sunacağı düşünülmektedir.

4.2. Tartışma

Bu bölümde kişisel veri formu ile elde ettiğimiz hastaların sosyodemografik özelliklerinin yaşam doyum ölçeği ile kıyaslanmasıyla ortaya çıkan sonuçların, konu ile ilgili yapılan çalışmalar ışığında araştırma hipotezlerini destekleyip desteklemediği tartışılmıştır.

Kanser hastalarının yaşam doyumları ile yaş durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir.

İlk çalışmalar gençlerin yaşlılardan daha mutlu olduğunu bulmasına karşın, son yıllarda yapılan çalışmalar mutluluk ile yaş arasında bir ilişkinin olmadığını göstermiştir. Braun (1977, Aktaran Yetim, 1991), gençlerin hem olumlu hem de olumsuz duyguları daha çok bildirdiklerini, buna karşın yaşlıların daha fazla genel mutluluk ifadelerini ortaya koyduklarını bulmuştur.

Öte yandan, Bleyer ve diğ. (2006, Aktaran Tuncay, 2009), kanserle yüzleşmenin ve onun etkileriyle başetmenin en zor olduğu dönemler arasında gençlik ve genç yetişkinlik döneminin olduğunu, gençlerin birçoğunun yaşamlarında bu düzeyde bir güçlüğün yol açtığı çeşitli baskılarla mücadele edebilecek bilgi, bilinç ve deneyime yoğun biçimde gereksinim duyacaklarını, bu yüzden genç ve genç yetişkin kanser hastalarının, henüz yaşamın başında oldukları ve birçok yönden doyuma ulaşamadıklarını, bununla birlikte yaşam doyumlarının da düşük olabileceklerini belirtmiştir. Bu nedenle de, kanser hastalığında araştırma ve güçlendirme yaklaşımlarının genç hastalar üzerinde analiz etmeye odaklanıldığını değerlendirmiştir.

Kılıçkap (2009), kanserli hastalarda yaptığı bir araştırmada yaşın yaşam doyumunu ile bire bir ilişkili olduğunu, ileri yaşlardaki hastalarda yaşam doyumunun genç yaştaki hastalara göre genellikle daha düşük olduğunu belirtmiştir. Aynı araştırmaya göre, bu hastalarda kanser dışında diğer sistemik hastalıkların sık görülmesi, uzun süredir devam eden kronik hastalıkların varlığı, yaşa bağlı fonksiyonel kapasitenin düşük olması, kullanılan ilaçlara bağlı yan etkilerin daha sık görülmesi ve efor kapasitesindeki azalma düşük yaşam doyumunun önemli nedenleri arasında sayılmıştır.

Bostankolu ve ark. (2008)'nin yaşlı hastalarda kanser görülme oranı ve hızının yüksek olduğunu ve Savcı (2006), bazı istisnalar dışında önde gelen kanserlerin büyük bir bölümünün 50-60'lı yaşlarda ortaya çıkacağını ve görülme olasılığının ileri yaşlarda sıklıkla artacağını belirtse de, Aras ve ark. (2009)'nin 300 kanser hastası üzerinde yaptığı çalışmada yaş ortalaması 49,83, Özdemir ve Ark. (2011)'nin 100 kanser hastası üzerinde yaptığı çalışmada yaş ortalaması 51,6, Fesci ve Ünal (2011)'in 237 kanser hastası üzerinde yaptığı çalışmada yaş ortalaması 53,1 (min.=18, max.=83) çıkmıştır. Araştırmamızın örneklemini oluşturan 123

katılımcının yaş ortalaması ise 46,18'dir. Çalışmamıza katılan en genç katılımcı 21, en yaşlı katılımcı ise 82 yaşında olmuştur.

Bu bilgilerden hareket ederek, kanser hastalığının fazlaca yaşlı bireylerde görülmesinden ziyade bütün yaş gruplarında görülebildiği sonucu çıkmaktadır. Yaş faktörünün bu çalışmada yaşam doyumunu etkilemediği düşünülmektedir.

Kanser hastalarının cinsiyetleri ile yaşam doyum ölçeği puanı ($p=0,145$ $t=1,468$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir.

Araştırmamızda, katılımcıların %48'i (n=59) kadın, %52'si (n=64) erkek olarak tespit edilmiştir ve ölçek ile kıyaslandığında, ölçek toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir.

Nitekim, Kılıç ve diğ. (2004)'nin "GATA Tıbbi Onkoloji Bilim Dalında İzlenen Hastaların Bazı Sosyodemografik Özellikleri" isimli çalışmalarına göre, gelişmiş ülkelerde erkek ve kadınlarda kanser prevalansları birbirine yakınken, gelişmekte olan ülkelerde erkeklerin kanser prevalanslarının daha fazla olduğu, Türkiye'de ise, cinsiyetlere göre insidans hızları incelendiğinde; bildirilen kanser olgularında erkeklerin sürekli yüksek olduğu belirtilmiştir.

Çalışmamız bu sonucu desteklemesine karşın, bizim çalışmamızda erkeklerin çalışma grubunda daha büyük paya sahip olmasının uygulama yapılan GATA Ankara Eğitim Hastanesinin (sivil hastalara açık olmasına karşın özellikle askeri personelin çoğunlukta erkek olması ve daha çok erbaş/erlerden dolayı) daha çok erkek hastalara hizmet vermesinden dolayı kaynaklandığı değerlendirilmektedir.

Yetim (1991), kadınların erkeklere göre daha fazla olumsuz duygu bildirmelerine karşın, aynı zamanda daha fazla kendi yaşamlarından haz duyduklarını, yapılan diğer birçok çalışmada cinsiyetler arasında doyum ya da mutluluk açısından çok az bir farkın olduğunu belirtmiştir. Doyum açısından cinsiyetler arasındaki farklılaşma çok küçüktür. Bu sebeple, cinsiyet faktörünün bu çalışmada yaşam doyumunu etkilemediği düşünülmektedir.

Diğer bir araştırmada Kılıçkap (2009), cinsiyetin yaşam doyumunu etkileyen en önemli unsurlardan biri olarak belirtmiştir. Özellikle erkek hastalar ile karşılaştırıldığında her alanda kadın hastalarda yaşam doyumunu skorlarının daha düşük olduğunun bulunduğu ve kadınların psikolojik olarak hastalık ve sonuçlarından daha kolay etkileniyor olmaları ve tedaviye daha düşük dayanıklılık oranlarının bu düşüklüğün başlıca sebepleri olabileceğini belirtmiştir.

Kanser Hastalarının yaşam doyumları ile medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında evli olan hastaların (17,81) bekar olan (15,47) hastalardan daha yüksek ölçek puanı aldığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p=0,009$ $Z=-2,616$).

Evli olanların niçin daha yüksek puan aldığı sorgulanması gerekirse, Diener & Seligman (2002, Aktaran Şimşek, 2011), sağlıklı bir evlilik, sürdürülen duygusal ve sosyal bir ilişkinin varlığına işaret etmektedir ve ayrıca çalışmaya göre çok mutlu insanların hemen hepsinin yalnız olmayıp, güçlü romantik ve sosyal ilişkilere sahip olmalarının evliliğin mutluluk yani yaşam doyumu ile anlamlı ilişkisinin nedeni kabul edilebilir. Seligman (2007, Aktaran Şimşek, 2011), gelir, yaş ve cinsiyet farkı olmaksızın evlilerin daha mutlu olduğu ve bu vesileyle de yaşam doyum düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Bowen (1988, Aktaran Şimşek, 2011)'a göre aile yaşamında paylaşılan ortak değerleri ve bu değerlere dayanan davranışları algılamak doyumu artırmaktadır.

Wan, Jaccard ve Ramey (1996, Aktaran Şimşek, 2011)'ın sağlam bireyler üzerinde yaptığı çalışmaya göre evlilik kurumu, yaşam doyumunda önemli bir kavram olan sosyal desteği sağlamaktadır. Sosyal desteğin birbirinden farklı dört boyutu vardır. Duygusal destek kendine güvenle, bilgi desteği anlayış ve sorunlarla baş etmeyle, arkadaşlık desteği ait olma ve olumlu ruh halini artırmayla, maddi destek, finansal yardım ve kaynaklarla ilişkilidir. Eşten alınan desteğin her boyutta anne-babalardan, akrabalarından, yakın arkadaşlardan ve iş arkadaşlarından alınan destekten fazla olması, evlilerin niçin daha mutlu olduklarına ilişkin bir yanıt olabilir.

Bekar olanların yaşam doyumunun evli olanlara nazaran düşük olmasını belirleyen etmenlerin ise, Cockrum ve Whitein (1985, Aktaran Şimşek, 2011)'ın sağlam bireyler üzerinde yaptığı çalışmada, erkeklerin kendine güven ve ayrıca grup bağlamında ve düşük yakınlık düzeyinde sosyalleşmeleriyle, kadınların ise bir erkeğin yokluğundan kaynaklanan duygusal yalnızlıktan ve duygusal yakın ilişkilere sahip olma durumundan dolayı bekar erkek ve bekar kadınlarda farklılık olabileceği ile açıklanmıştır. Aynı çalışmada bekar kadınların yaşam doyum ortalaması ($M=3.80$), bekar erkeklerden ($M=4.00$) daha düşük bulunmuştur. Bu durum kadınların daha çok duygusal yalnızlık hissetmelerine bağlanmaktadır.

Medeni duruma ilişkin yukarıda açıklanan tüm sonuçlar ile çalışmamızda ortaya çıkan sonuç, bireylerarası ilişkiler ve sosyal desteğin yaşam doyumundaki en

temel faktörlerden birisi olduğunu, evli olup mutlu olanların oranının bekarlardan fazla olduğunu ve evli olanların eşlerinden sağladığı bu doyumunu bekar olanların arkadaşlık ilişkileri ile artırmaya çalıştıklarını göstermektedir. Her ne kadar çalışmamızın sonucu yapılan araştırmalarla paralellik gösterse de, nitekim, çalışmamızın GATA Hastanesinde çalışılmış olması (genelde bekar katılımcıların er/erbaşdan oluşması) ve katılımcıların mesleğinin henüz başında olan genç askeri personelden oluştuğu göz önüne alınırsa, çalışmamızdaki bekar katılımcıların yaşam doyumunun düşük olması, böylesine zor, stresli Askerlik mesleğini icra ederken henüz ailesel anlamda tam düzen kuramadan kanser gibi bir hastalık teşhisi ile yüzleşmeleri bireydeki yaşam doyumunu düşürebileceği değerlendirilmektedir.

6.4 Kanser Hastalarının eğitim durumları ile yaşam doyum düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır.

Genel olarak, genellikle daha yüksek eğitim düzeyine sahip olan insanların daha yüksek bir gelir ve sosyal statüye sahip olmaları, doğal olarak da daha mutlu olmaları, buna eş değer olarak da düşük eğitim seviyesi olan bireylerin yaşam doyumunun düşük olması beklenir (Kılıçkap, 2009). Ancak eğitim durumu ve yaşam doyumunu arasındaki ilişki konusunda araştırma sonuçları çelişkilidir. Plagnol ve Easterline (2008, Aktaran Şimşek, 2011), daha eğitilmiş insanların isteklerini karşılama ve aile yaşamlarında mutlu olma becerilerinin daha yüksek olmasından dolayı daha mutlu olduklarını ve dolayısı ile yaşamdan doyumlarının daha yüksek olacağını söylemektedir.

Nitekim Seligman (2007, Aktaran Şimşek, 2011)'in yaptığı bir çalışma da ise, eğitimin ancak düşük gelir düzeyinde mutluluğu, doğal olarak da doyumunu artırdığı belirtilmektedir. Yine de eğitimin iyi olmaya ilişkin karar verme sürecinde etkili olduğu göz ardı edilmemelidir. Bryant ve Marquez'in (1986) çalışmalarına göre, eğitim düzeyi kadın ve erkeklerde farklı şekilde öznel iyi olma yargılarını etkilemektedir. Şimşek (2011)'in yaptığı çalışma da, eğitim düzeyi değiştikçe kadınların kendini değerlendirmelerinde dikkate değer bir farklılık gözlemlenmemiştir. Bu durum, kadınların kendileri ile ilgili değerlendirmelerde farkındalık ve duyarlılıklarının zaten var olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Ancak yüksek öğrenim gören erkekler, lise ve daha altında eğitim gören erkeklere oranla duygularını daha iyi psikolojik terimlerle ifade edebilmektedir. Eğitim düzeyi düşüktükçe erkekler rahatsızlıklarını fiziksel terimlerle ifade etme eğilimindedirler.

Eğitim, erkeklerde iyi olma konusunda değerlendirme ölçütlerini geliştirerek daha duyarlı karar verebilmelerini sağlamaktadır.

Kılıçkap (2009), hastaların eğitim durumu yükseldikçe, yaşam doyum puanlarının da yükseldiğini ve eğitimin yaşam doyumunu üzerinde etkili olduğu sonucuna varmıştır.

Araştırmamızda katılımcıların eğitim durumları ile ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=0,037$ $X^2_{kw}=11,833$). İlkokul mezunu olanların daha düşük, lisans mezunu olanların ise daha yüksek puan aldıkları görölmektedir. Çalışmamız, Kılıçkap (2009) ve Plagnol ve Easterline (2008, Aktaran Şimşek, 2011)'nin de çalışmasında belirttiği gibi, eğitim durumu yüksek olanların, daha yüksek bir gelir ve sosyal statüye sahip olmaları beklendiğinden, isteklerini karşılama ve aile yaşamlarında mutlu olma becerilerinin daha yüksek olmasından dolayı yaşam doyum düzeyinin yüksek olduğu yönünde paralellik gösterebilir, çalışmamızda her eğitim durumunun ölçekten azalan ve artan değerler aldıkları görölmektedir. Araştırmamız da, lisans mezunu olanların ölçekten aldıkları puan 18,33 iken, okuryazar olmayan katılımcıların ölçekten aldıkları puan 18,00±0,000, ortaokul mezunlarının 15,89, lise mezunlarının ise 17,85'dir. İlkokul mezunlarının 14,68 iken, okuryazar olan katılımcıların ölçekten aldıkları puan 16,20'dir. Çalışmamızda diğer grup eğitim durumunun ölçekten aldıkları puan ise 17,88'dir.

Çalışmamızda kanser hastalarının meslek durumları ile yaşam doyum ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir.

Şimşek (2011)'in kanser hastası olmayan bireyler üzerinde yaptığı çalışmasında yaşam doyumunu algılanan sosyal statüyle güçlü bir etkileşim içindedir. Çalışmalarında öğrenciler sırasıyla; yoksullar (işsizler), çalışanlar, orta sınıf, orta-yüksek, yüksek olarak beş sosyal sınıfa ayrılmış ve en mutlu olanların çalışanlar sınıfındaki öğrenciler olduğu belirtilmiştir. Mutluluk sıralamasında daha sonra orta sınıf, yoksullar, yüksek ve orta-yüksek olanlar gelmektedir. Çalışmamızda da benzer bir durumda olarak, kişilerin mesleklerinin kanser gibi ölümcül bir hastalık tanısıyla yüzleştiklerinde sahip oldukları yaşam doyum düzeylerine anlamlı bir etki etmemiştir. Katılımcıların meslekleri ($p=0,292$ $F=1,247$) ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir.

Kanser hastası katılımcıların yaşadıkları yer ile ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Çalışmamızda hastaların yaşadıkları yerlerin (il, ilçe, kasaba ya da köy olması), mevcut yaşam doyumları üzerinde etkili olmadığı belirlenmiştir.

Kanser Hastalarının sigara içme durumları ile ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=0,033$ $t=-2,151$).

Bilir (2008), “Sigara ve Kanser” isimli çalışmasında sigara ile kanser arasındaki ilişkinin yalnızca akciğer kanseri bakımından olmadığını, vücutta en az 10-12 değişik kanserin meydana gelmesinde sigara içilmesinin etkisi olduğunu ifade etmiştir. Bu kanserlerin bazıları sigara dumanının doğrudan temas ettiği ağız-yutak-gırtlak-akciğer gibi organlar olurken bazı kanserler de sigara dumanının doğrudan temas etmediği mesane, meme, rahim gibi diğer organ kanserleridir. O halde sigara dumanı içinde bulunan kanser yapan kimyasal maddeler kan yolu ile bu organlara ulaşmak suretiyle çeşitli organlarda kanser meydana gelmesine neden olmaktadır.

Sigara kullanımının akciğer kanserinin tüm histolojik tiplerinin gelişiminde rol oynadığı ayrıca larenks, ağız boşluğu, farenks, özafagus, mesane, pankreas kanserlerinin çoğu ile de bağlantılı olduğu saptanmıştır. Bunun yanı sıra sigara içenlerin böbrek, serviks, burun boşluğu, mide kanseri ve lösemilere yatkınlığının arttığı çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir (Savcı, 2006). Sigara dumanının sadece yüzde 15’i sigara içenin ciğerlerine girer, geri kalanı başkalarının soluduğu havaya karışır. Aktif sigara kullanmanın pasif içicilikten daha tehlikeli olduğu, ama bunun pasif sigara içmenin tehlikeli olmadığı anlamına gelmediğidir. Sigara dumanına maruz kalmak, sigara kullanmayanlarda kanser nedenleri arasındadır. Sigara dumanına maruz kalan sigara içmeyen kimseler, sigara dumanına maruz kalmayan sigara içmeyen kimselere göre %26 oranında daha fazla kanser tehlikesi ile karşı karşıyadır (Özbaşı, 2007).

Çalışmamızda, sigara içmeyen 110 kişilik gruba (%89,4’ü), anketlerde “içtim sonra bıraktım” hanesini işaretleyen 48 kişi de dahil edilmiştir. Bu haneyi işaretleyenler, kendisine kanser teşhisi konulduktan sonra ve sigaranın zararlı etkilerinin sadece kendilerini değil aynı zamanda çevresel zararlara da yol açtıklarını, kendilerinin zaten bu yüzden kansere yakalandıklarını, bir başkasının kendisi yüzünden kansere yakalanmamasını istedikleri için sigarayı bıraktıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca bu kişiler, kesin tanı ile kanserle yüzleştiklerinde sigarayı

bırdıklarında kendilerini anlaşılır bir şekilde iyi hissettiklerini ve kanserden kurtulmak için büyük bir umut taşıdıklarını ifade etmişlerdir.

Araştırmamız da, sigara içmeyenlerin puanlarının sigara içenlerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Çalışmamızda, büyük bir oranda sigara içmemekle birlikte (%89,4), kesin tanı ile kanser hastalığına yakalanarak sigarayı bırakan hastalardan elde ettiğimiz bilgiler, Özbaşı (2007), Savcı (2006) ve Bilir (2008)'in çalışmalarında ifade ettiği bilgileri desteklemektedir. Bu bilgiler ışığında, hastaların sigara bıraktıktan sonra kanser tedavisinde iyimser yönde bir tutum sergileyeceği ve bunun hastalarda günlük düşünceleri ile yaşantısına olumlu yansıtacağı düşünülmektedir yaşam doyum düzeyini yükselteceği değerlendirilmektedir.

Katılımcıların alkol kullanma durumları ($p=0,055$ $t=-1,940$) ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Bu çalışmada alkol kullanma değişkeninin hastaların mevcut yaşam doyumları üzerinde etkili olmadığı belirlenmiştir.

Kanser Hastalarının hastalıkları ile ölçek toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=0,001$ $X^2_{kw}=28,410$).

Solunum sistemi kanseri olan hastaların kan kanseri olan hastalardan daha yüksek ölçek puanına sahip olduğu görülmektedir.

Farklı olarak Bağ (2013), over, prostat, baş ve boyun, kolorektal, rahim ağzı kanseri ve hodkjin lenfoma hastaları üzerinde yapılan çalışmalarda bu hastaların yaşam doyumunun daha iyi olduğunun saptandığını belirtmiştir.

Kanser Hastalarının, kendilerinde kanser ile beraber teşhis konulmuş başka hastalık bulunma durumları ($p=0,832$ $Z=-0,212$ mann whitney u test) ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların %26,8'i ($n=33$) kanser dışında başka bir hastalığının da olduğunu belirtmiştir. Bu hastalardan 8' i başka hastalığı olduğunu işaretlemesine rağmen hastalığın ne olduğu bilgisini belirtmemiştir. Belirtilmiş olan hastalıklar sırasıyla; Diabetes Mellitus (%48'), Kalp hastalığı (%20), Hipertansiyon (%16), Bel fitiği (%8), Kronik bronşit ve Romatoid artrit (%4)'tir. Normal durum itibariyle kanser tanısı konulmuş bir bireyin aynı anda başka bir hastalıkla mücadele ederek daha yorgun düşeceği, direncinin düşük olacağı ve fazla bir umudunun olmayışı beklenir. Genel olarak bizim çalışmamızda, kanser hastalarının, kendilerinde kanser ile beraber teşhisi konulmuş başka hastalık bulunmasının yaşam doyumlarını etkilemediği değerlendirilmektedir. Kanserli hastalar üzerinde başka bir araştırmanın

değişkenlerinin bu hastalıkların tespit edilmesine yönelik olarak hazırlanıp uygulanarak yapılmasının daha faydalı bilgiler sunacağı düşünülmektedir.

Araştırmamız da, psikolojik destek isteme durumları ($p=0,793$ $F=0,232$) ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların %40,7'si psikolojik destek isterken, %38,2'si istememiş, %21,1'i de psikolojik destek isteme konusunda kararsız kaldığını ifade etmiştir.

Güleç ve Büyükkınacı (2011)'ya göre, kanserin kişinin hayatını pek çok yönden olumsuz etkileyen, kronik ve kişinin ölümle ve yaşamla ilgili beklentilerini değiştiren bir durum olması ve kullanılan tedavilerin ciddi sonuçlarının olma olasılığı pek çok psikiyatrik sorunun tetiklenmesine neden olmaktadır. Seven ve ark. (2013)'nın çalışmasında, kanser hastalarının yarısından daha fazlasının depresif belirtiye sahip olduğuna ve Aras ve ark. (2009)'nın çalışmasında ise kanserin, hastalarda fonksiyonel yetersizliğe yola açan ve rehabilitasyon gereksinimi oluşturan; yorgunluk, güçsüzlük, ağrı, kendine bakım sorunları, iletişim sorunları, kemoterapi ve radyoterapiye bağlı yan etkiler ile beraberinde bir çok psikolojik sorunları meydana getiren bir tablo olduğuna dikkat çekmiştir. Bununla beraber, kanser hastalarında psikolojik problem oluşturan pek çok neden bulunmakta ancak hastaların büyük bir bölümünün rehabilitasyon ve psikolojik destek gereksinimlerinin karşılanamadığı belirtilmiştir.

Bag (2013), psikolojik sıkıntıyı, hastaların düzenli kontrollerinde yoğun olarak yaşadıkları hastalığın tekrar nüks etme ihtimalinin yarattığı kaygı olarak tanımlamış ve yaşanan bu yoğun kaygının hastalara ömürleri boyunca eşlik ettiğini ifade etmiştir. Ateşçi ve ark. (2003)'nin çalışmasında, psikiyatrik bozukluklar yatan ve ayaktan kanser hastalarında diğer hastalıklara sahip hastalara oranla yüksek bulunduğunu ve bunun olasılıkla hastanede tedavi gerektirecek düzeyde bir sağlık sorununun varlığı ve hastane ortamında bulunma, bireylerin stresini artırarak kanserle baş etme becerilerini azalttığını ifade etmiştir.

Tuncay (2009)'a göre, verilen psikolojik ve sosyal destek ile kanser hastaları, potansiyel güçlerinin ve yeteneklerinin farkına varmaları sonucunda içinde buldukları durumu kabullenmekte ve tedavi sürecinin gidişatına olumlu etkiyle bulduklarına belirli ölçüde inanmaktadırlar. Bireyi yetkin hissettiren bu gelişme, hastaların tedavi uygulamalarını onaylayarak desteklemelerini sağlamaktadır. Yine aynı çalışmada, hastalık sürecinde ve tedavi sonrasında psiko-sosyal desteği temin

eden bireylerin kendilerini hastalıklarıyla bağlantılı olarak huzursuz ve baskı altında hissettikleri durumları oldukça seyrek yaşadıkları ifade edilmiştir.

Işıkhan (2007), kanser ve ve kanser tedavisinin benlik saygısı üzerinde yapabileceği olası değişimler kronik sorunlara neden olabileceğini belirterek, tedavi aşamasında zayıflama, saçların dökülmesi ve diğer fiziksel değişimler vücut imajının değişmesine neden olurken tedavi sonrasında yaşamaya devam eden hastaların sosyal rollerinde ortaya çıkan yetersizlikler daha da belirginleşeceğini, tedavi sürecinde verilen hizmetlerde yaşanan yetersizliklerin de hastanın ihtiyacı olan sosyal desteği etkileyebileceğini ifade etmiştir. Sosyal destek kanser hastaları için gerektiğinde yaşamlarını uzatıcı etkilere neden olabilecek kadar önemli bir kaynaktır.

Psikososyal destek sağlanmasının önemine dikkat çeken Özdemir ve ark. (2011), kanserde bir yandan geleceğe ilişkin belirsizlik yaşanırken diğer yandan hastalığın ölümü yakınlaştırdığı ve belirginleştirdiği düşüncesinin oluşturduğunu belirtmiştir.

Çalışmamızda her ne kadar psikolojik destek isteme ve istememe oranları birbirine yakın bir değer olarak gözükse de, geniş literatür taraması sonucu çalışmamıza katılan hastalara psikolojik destek verilmesinin kaçınılmaz olduğu değerlendirilmektedir. Nitekim, Özdemir ve ark. (2011)'nin da belirttiği gibi, teşhisi koyan hekimlerden, tedaviyi uygulayan hemşirelere ve diğer yardımcı sağlık personeli ile tedavi sürecini takip eden sosyal hizmet uzmanlarına kadar tedavi sürecindeki herkesin, hastaların kendisinden beklentilerinin farkında olması ve bunlara göre hastaya yaklaşımı, hastanın tedavisine ve psikolojik durumuna olumlu katkıda bulunacağı belirtilmiştir.

Bu bilgiler ışığında, hastanın psikolojik sorunlarına olumlu katkıda bulunmanın da yaşam doyum düzeyini arttıracığı düşünülmektedir. Literatürden farklı olarak çalışmamızda psikolojik destek isteme durumları ile ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir.

Araştırmamız da bunlara ek olarak, katılımcıların %18,3'ü hekimlerin tanınmış olmasından dolayı, %17,8'i ise hem daha önceki hizmetlerden memnun kalınması hem de hastanenin kendi sağlık personeli dışında bir kişi tarafından önerilmesi üzerine GATA Hastanesi Onkoloji bölümünü tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Buradan hastanenin uzmanlık alanı itibarıyla işinde iyi bir seviyede olduğu, doktor ve diğer yardımcı sağlık personeliyle hastalara karşı ilgili olduğu ve iyi bir tedavi seçeneği sunduğu düşünülmektedir. Hastanenin bu tutumunun, servislerinde tedavi

gören kanser hastalarının iyileşmeye yönelik umutlarını arttırdıkları bununla beraber yaşam doyumunun artmasına yönelik az da olsa etki sağlayacağı değerlendirilmektedir.

Araştırmamızdan çıkan sonucun doğruluğunu arttırmak ve karşılaştırma maksadıyla kanser hastalarına uygulanan yaşam doyum ölçeğinin aynısı 41 kişilik kanser hastası olmayan kontrol grubuna da uygulanmıştır. Kontrol grubu olarak seçilen 41 kişinin toplam ölçek puanları ortalama 21,51'dir. Kanser hastası katılımcıların yaşam doyum ölçeği toplam puanları ise ortalama 16,99'dur. Yaşam doyum ölçeğinden elde edilen sonuçlarla yapılan iç güvenirlik analizinde cronbach alfa katsayısı 0,851 olarak tespit edilmiştir.

Kontrol grubunun ölçek puanının, hasta olan katılımcılardan daha yüksek olduğu ve ölçek toplam puanı arasındaki bu farkın istatistiksel olarak *anlamlı* olduğu tespit edilmiştir ($p=0,000$ $Z=-6,106$).

Araştırmamız kapsamında kanser hastalarının yaşam doyum düzeyleri her ne kadar yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, yaşanan bölge, sigara içme durumu, tıbbi tanı ve psikolojik destek isteme gibi çeşitli bağımsız değişkenler ile karşılaştırma yapılsada, genel olarak sadece kanser teşhisinin bile tek başına yaşam doyumunu azaltacağı değerlendirilmektedir.

4.3. Öneriler

Bu bölüm araştırmada elde edilen bilgiler ışığında araştırmacı tarafından gözlemlenen hususlar ile hastaların araştırma anketindeki bölümde özellikle belirterek hizmet aldıkları birimden arzu ettikleri taleplerden oluşmaktadır. Hastaların görüşleri alınarak yapılan bu önerilerin giderilmesi kanser hastalarındaki mevcut yaşam düzeyini arttırılmasında yardımcı olacağı değerlendirilmektedir. Araştırma yeri tek merkezli olduğundan önerilen hususlar kanser tedavisi veren tüm merkezlere genellenemez.

1. Erken teşhisin büyük önem kazandığı kanser gibi ölümcül olasılıkları olan hastalıklarda tedaviye erken başlamak büyük önem taşımaktadır. Bu sebeple kanserin vücutta verdiği zararlı etkileri büyümeden, bireylerin gerekli testleri zamanında yaptırarak, olası bir kanser rahatsızlığının ortaya çıkartılması için, bireylerin henüz daha kanser belirtileri oluşmadan hastanelere

başvurarak kanser tarama testi yaptırmaları için çeşitli teşvik edici kampanyalar düzenlenebilir.

2. Kanser teşhisi alarak yatarak veya ayaktan kemoterapi tedavisi alan hastaların tedavi saatlerinde birbirlerinden etkilenmeleri sözkonusu olabilmektedir. Kanser hastalarının birbirlerinden etkilenmelerini en az seviyeye düşürmek, daha ferah bir tedavi ortamı oluşturmak ve tedavideki hasta yoğunluğunu azaltmak için hastaların kemoterapi saatlerinin günün yoğunluğuna uygun olarak dağıtılması planlanabilir. Ayrıca, düzgün bir planlama ile kemoterapi esnasında görevli sağlık çalışanlarında hasta yoğunluğundan dolayı oluşabilecek ilgi düşüklüğünün de önüne geçilebilir.
3. Genelde kemoterapi tedavi odasının tek büyük bir oda olduğu varsayılırsa oda içinde ek bölmeler yaptırılarak veya ek odalar hizmete açtırılarak oda sayısı artırıp kanser hastalarının birbirlerinden etkilenmelerinin önüne geçilebilir.
4. Hastaların, anket uygulama esnasında kendilerine hastalıklarının seyri hakkında fazla bilgi verilmediğinden yakındıkları gözlemlenmiştir. Bu hastalar, eğer kendilerine hastalığın seyri hakkında bilgi verilirse psikolojik olarak hastalığa karşı daha fazla direnç göstereceklerini, yaşama umutlarını arttıracaklarını belirtmişlerdir. Kanser hastalarına hastalıkları ile ilgili tedavi öncesi ve tedavi aşamaları süresince detaylı bilgi verilmesi sağlanabilir.
5. Kanser hastaları ve ailelerinin, kanserin ölüm korkusu, hastalığın doğası, gelişimi ve sonlanımı hakkında belirsizlikleri gibi ıstırap verici bir duygu ile karşı karşıya kaldıkları zaman, en çok ihtiyaç duydukları şey psikolojik ve sosyal destektir. Hastalık süresince hastaya ve ailesine daha fazla destek olmak, kanserle baş etmede yol yordam göstermek ve destek vermek için, özellikle bekar hastalar olmak üzere, kimsesi olmayanlar, ailesi ile problem yaşayan hastalar ile ailelerin, birimde bulunan sosyal hizmet uzmanı, psikolog ya da psikolojik danışma personeline yönlendirilmesi yapılabilir ve birimdeki sayıca yetersiz sosyal hizmet uzmanı, psikolog gibi sosyal destek ekibinin sayısı arttırılabilir.
6. Özellikle şehir dışından gelen ve evleri günlük hastaneye gidip gelmeye müsait durumda olmayıp da hastane imkanlarından istifade eden hastalar için konaklama büyük önem taşımaktadır. Özellikle büyük şehirlerde şehrin doğal yapısına (ulaşım, trafik, yeme-içme, vb..) yabancı olupta tedavi alan

birçok hasta bulunmaktadır. Bunlar düşünülduğünde, hastane sosyal ortamlarının daha iyi halde tutulması hastalardaki moralin daha üst seviyede tutulmasını sağlayabilir.

7. Araştırma esnasında hastalar ile yapılan mülakatlarda, hastaların bazılarının kemoterapi esnasında çalışanların söyledikleri moral verici sözler ile ayakta durmaya çalıştıklarını ifade ettikleri gözlemlenmiştir. Her ne kadar genellenemezse de, sağlık çalışanlarının hastalara tedavi sürecinde moral telkin edici bir rol oynadığı gerçeği çıkmaktadır. Tedavi aşamasında bu birimlerde görevli doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, diyetisyen vb.. çalışanların hastalara karşı daha fazla güleryüzlü davranmaları, olumlu telkin etmeleri hastaların baş etme gücünü arttırabilir.
8. Onkoloji servisinde kemoterapi tedavisi alan hastaların beslenme konusunda diyetisyende bilgi desteği almak istedikleri gözlemlenmiştir. Görevli diyetisyen personel, tedavi sürecinde uygun zaman periyodlarında hastalara ve ailelerine beslenme konusunda bilgi desteği vermek amacıyla yönlendirilebilir.

KAYNAKÇA

- Aksayan, S. (1990). Koruyucu ve Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşirelerin İş Doyumu ve Etkenlerinin İrdelenmesi. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Ankara.
- Aras, M., Delialioğlu, S.Ü., Atalay, N., Taflan, S. (2009). Kanser Hastalarının Rehabilitasyon Gereksinimi. *Türkiye Fiziksel tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*,55,25-29.
- Arslan, S., Çelebioğlu, A., Tezel, A. (2008). Kemoterapi Alan Kanserli Hastalarda Depresyon ve Yaşam Doyumunun Belirlenmesi, *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 28,628-634.
- Ateşçi, F.Ç., Oğuzhanoğlu, N.K., Baltalarlı, B. ve Ark. (2003). Kanser Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar ve İlişkili Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14 (2), 145-152.
- Atıcı, E. (2007). Tıp Tariğinde Kanser ve Lösemi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 22 (4),197-204.
- Atlı, H. (1997). Sosyal Çalışma Açısından Kanserın Aile İçinde Yarattığı Sorun Alanlarının Belirlenmesi ve Sosyal Desteğin Gerçekleşmesinde Etkili Olan Unsurlar. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Aydın, K. (2004). Beden Eğitimi Öğretmenlerinin Tükenmişlik Düzeyleri ve Tükenmişliği Etkileyen Bazı Faktörlerin İncelenmesi Aksaray İl Örneği. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi/ Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Bag, B. (2013). Kanser Hastalarında Uzun Dönemde Görülen Psikososyal Sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*,5 (1), 109-126.
- Bahar, A. (2007). Kanser Hastalarında Psikososyal Yaklaşım. *Ankara Üniversitesi Hemşirelik yüksekokulu Dergisi*, 10, 105-111.
- Baykoçak, C. (2002). Beden Eğitimi Öğretmenlerinin Mesleki Sorunları ve Tükenmişlik Düzeyleri (Bursa ili Uygulaması). Yüksek Lisans Tezi. Sakarya Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.
- Bettmann, O. (1956). 17th Century Surgeons Operate For Cancer, Apictorial History of Medicine. *Springfield: Thomas CC Publisher*, 175.

- Bilir, N. (2008). Sigara ve Kanser. *Sağlık Bakanlığı Yayınları*, Yayın no:731, Ankara.
- Bostankolu, Ö., Öztürk, B., Coşkun, U., Büyükberber, S., Benekli, M. (2008). Yaşlı Hastalarda Kanser Kemoterapisi. *International Journal of Hematology and Oncology*, 3 (8), 186-192.
- Carpenter, J.S., Dorothy, Y.B., Andrykowski, M.A. (1999). Self-Transformation as a Factor in the Self-Esteem and Well-Being of Breast Cancer Survivors. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (6), 1402-1411.
- Çeçen, R.A. (2007). Üniversite Öğrencilerinde Yaşam Doyumunu Yormada Bireysel Bütünlük (Tutarlık) Duygusu, Aile Bütünlük Duygusu ve Benlik Saygısı. IX. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi Bildirileri, İzmir.
- Duran, E.T. (2011). Kanser Tedavisinin Yan Etkilerine Yönelik Alternatif Uygulamalar. *S.D.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 18 (2), 72-77.
- Fesci, H.B. (2011). Kanserli Hastaların Kötü Haber Almaya İlişkin Görüşleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10 (3), 319-326.
- Güleç, G., Büyükkınacı, A. (2011). Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3 (2), 343-367.
- Gürbüz, A.G. (2008). Öfke Denetimi Eğitiminin Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Öfkeyle Başa Çıkmaları, Yaşam Doyumları ve Depresyon Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi/ Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Helgeson, V.S., Tomich, P.L. (2005). Surviving Cancer: A Comparison of 5-year Disease-free Breast Cancer Survivors With Healty Women. *Psychooncology* 2005,14, 307-317.
- Irmak, M.K., Bilgin, M.G., Sızlan, A. (2008). Hasta Gözüyle Kanser. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 7 (2), 167-172.
- Işıkkhan, V. (2007). Kanser ve Sosyal Destek. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 18 (1), 15-29.
- Işıkkhan, V. (2008). Terminal Dönemdeki Kanser Hastalarının Ölüm Yeri Tercihleri. *Türk Onkoloji Dergisi*,23 (1), 34-44.
- Kaya, M. (2004). Ankara'da 112 Acil Yardım Hizmetleri Sağlık Çalışanlarının Öznel Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 14 (4), 9-18.
- Keser, A. (2005). İş Doyumu ve Yaşam Doyumu İlişkisi: Otomotiv Sektöründe Bir Uygulama. *İş, Güç, Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 7 (2), 52-63.

- Kılıç, S. ve Diğ. (2004). GATA Onkoloji Bilim Dalında İzlenen Kanser Hastalarının Bazı Sosyodemografik Özellikleri ve Tanıları. *Gülhane Tıp Dergisi*, 46 (2), 115-124.
- Kılıçkap, S. (2009). Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi ile Hastalığın Klinikopatolojik özellikleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi/ Sağlık Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Nahcivan, N.Ö., Demirezen, E., Erdoğan, S. (1999). Birinci Basamakta Yaşlılarda Depresyon ile İlişkili Faktörler, 35. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Trabzon, 1-15
- Omay, U. (2007). Tüccar Sınıfın protestan Hareketi Desteklemesinin Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi Yaklaşımı Açısından Değerlendirilmesi. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, 52; 231-243.
- Özbaş, İ. (2007). Akciğer Kanseri ve Sigara İlişkisi. Bitirme Tezi. Ege Üniversitesi/ Diş Hekimliği Fakültesi Dekanlığı, Patoloji Birimi, İzmir.
- Özbesler, C. (2001). Çocukluk Çağı Lösemileri ve Sosyal Destek Sistemlerinin Aile İşlevlerinin Etkisi. Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmetler Anabilim Dalı, Ankara
- Özdemir, S., Dinçbaş, F.Ö., Atkovar, G., Özbek, Ö., Özmen, M. (2011). Radyoterapi Uygulanan Kanser Hastalarının Psikososyal Özellikleri ve Radyasyon Onkoloğundan Beklentileri. *Türk Onkoloji Dergisi*, 26 (1),12-17.
- Özer, M., Karabulut, Ö.Ö. (2003). Yaşlılarda Yaşam Doyumu. *Geriatry Dergisi*, 6 (2), 72.
- Özgen, F. (2012). Öğrencilerin Yaşam Doyumu Düzeylerinin İncelenmesi. Mezuniyet Tezi. Ç.O.M.Ü. Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu, Çanakkale.
- Özkan, M. (1999). Kanser Hastalarında Psikolojik Tedavi, İstanbul. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı,154-158.
- Özkan, S. (1993). Psikiyatrik ve Psikososyal Açıdan Kanser, İstanbul. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi,153-172.
- Özmen, M. (2005). Yaşlılık ve Kanser. *Sağlıklı Yaşlanma*, Erişim Tarihi: 06 Temmuz 2014, http://www.turkgeriatri.org/pdfler/saglikli_yaslanama2005/S_Y_2005_12.pdf
- Ross, E.K. (1997). Ölüm ve Ölmek Üzerine. (A. Büyükkal, Çev.). İstanbul: Boyner Holding Yayınları.

- Savcı, A.B. (2006). Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesini ve Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi/Sağlık Bilimler Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Erzurum.
- Seven, M., Akyüz, A., Sever, N., Dinçer, Ş. (2013). Kanser Tanısı Alan Hastaların Yaşadığı Fiziksel ve Psikolojik Semptomların Belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12 (3), 219-224.
- Şimşek, E. (2011). Örgütsel İletişim ve Kişilik Özelliklerinin Yaşam Doyumuna Etkileri. Doktora Tezi. Anadolu Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, İletişim Anabilim Dalı, Eskişehir.
- Tate, D.G., Forchheimer M. (2002). Quality of life, life satisfaction, and spirituality: comparing outcomes between rehabilitation and cancer patients. *Am J Phys Med Rehabil*, 81, 400-410.
- Tokgöz, G., Yaluğ, İ., Özdemir, S., Yazıcı, A., Uygun, K., Aker, T. (2008). Kanser Hastalarında Majör Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9, 59-66.
- Tuncay, T. (2009). Genç Kanser Hastalarının Hastalık Anlatılarının Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 20 (2), 69-87
- Tuncay, T. (2010). Kanserle Başetmede Destek Grupları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 21 (1), 59-71
- Turan, N. (1993). Kanser Tedavisinde Sosyal Destek Sistemlerinin Önemi. *Acta Oncologia Turcica*, 26, 125-127.
- Ünver, S.A. (1938). Türk Tıp Tarihinde Kanser ve Tedavisine Dair. *İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası*, 1 (5), 673-678.
- Vara, Ş. (1999). Yoğun Bakım Hemşirelerinde İş Doyumu ve Genel Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Veenhoven, R. (1996). "Is Happiness Relative?". *Social Indicators Research*, 24, 1-34.
- Yener, N. (1973). Meme Kanseri. *Ankara Hastanesi Dergisi*, 8 (1), 5-13.
- Yetim, Ü. (1991). Kişisel Projelerin Organizasyonu ve Örüntüsü Açısından Yaşam Doyumu. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, İzmir.
- Yetim, Ü. (2001). Toplumdan Bireye Mutluluk Resimleri. İstanbul:1. Baskı Bağlam Yayınları

<http://www.gata.edu.tr/dahilitipbilimleri-ibbionkolojibd/onkolojibilimdalintanitimii->

EKLER

- 1. Ek-A:** Gönüllü onam formu
- 2. Ek-B:** Kişisel bilgi formu
- 3. Ek-C:** Yaşam doyum ölçeği
- 4. Ek-Ç:** Etik kurul izin belgesi
- 5. Ek-D:** Araştırma anketi izin belgesi
- 6. Ek-E:** Araştırma yeri idari izin belgesi

Ek-A: Gönüllü bilgilendirme ve olur formu

Değerli Katılımcı;

Bu çalışma, ‘Onkoloji servisine başvuruda bulunan hastalarda yaşam doyumunun tespit edilmesi ve değerlendirilmesi’ konulu Yüksek Lisans Tezi için bilgi toplamayı amaçlayan bir çalışmadır. Araştırma, Onkoloji servisine başvuruda bulunan hastaların yaşam doyumlarının tespit edilmesi ve değerlendirilmesi amacı ile planlanmıştır. Onkoloji hastaları, bu hastalığın tanısı sonrasında ve tedavisi sırasında çok sayıda tıbbi, ruhsal ve sosyal sorunlar yaşamaktadır. Bu sıkıntılar hastaların yaşam kalitelerini ve yaşamaktan aldıkları doyumunu bozmaktadır. Bu anketin amacı, hastalarımızın yaşam doyumları hakkında bilgi sağlamaktır. Elde edilen bilgiler hastalarımız için gereken tedavi ve yaklaşımları düzenlemek için temel oluşturacaktır. Araştırmanın yürütülmesine yardımcı olmak için, size açıklama yapılmayı müteakip 8-10 dakikalık bir zaman diliminde, diğer sayfalarda mevcut olan “kişisel veri formu” ile “yaşam doyum ölçeği” sorularını cevaplandırmanızı rica eder, desteğiniz için teşekkür ederim.

Bu çalışmadan elde edilecek bulguların ve çıkartılacak sonuçların güvenilirliği, anketteki her maddeyi cevaplandırmada göstereceğiniz dikkat ve samimiyete bağlıdır. Çalışma için verdiğiniz bilgiler gizli kalacak ve bu araştırma dışında kullanılmayacaktır.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlarhakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarda söz konusu Klinik Araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllü Adı-soyadı, İmzası

Ek-B: Kişisel bilgi formu

SOSYODEMOGRAFİK ANKET FORMU (KİŞİSEL BİLGİ FORMU)			
1	Yaşınız:		
2	Cinsiyetiniz:	<input type="checkbox"/> Kadın	
		<input type="checkbox"/> Erkek	
3	Medeni Durumunuz:	<input type="checkbox"/> Evli	
		<input type="checkbox"/> Boşanma	
		<input type="checkbox"/> Eşim Öldü	
		<input type="checkbox"/> Bekar	
4	Eğitim Durumunuz:	<input type="checkbox"/> Okuryazar değil	<input type="checkbox"/> Ortaokul
		<input type="checkbox"/> Okuryazar	<input type="checkbox"/> Lise
		<input type="checkbox"/> İlkokul	<input type="checkbox"/> Lisans
		<input type="checkbox"/> Diğer	
5	Mesleğiniz:	<input type="checkbox"/> Memur	<input type="checkbox"/> Serbest Meslek
		<input type="checkbox"/> İşçi	<input type="checkbox"/> Emekli
		<input type="checkbox"/> Ev Hanımı	<input type="checkbox"/> Diğer
6	Yaşadığınız yer:	<input type="checkbox"/> İl	<input type="checkbox"/> Kasaba
		<input type="checkbox"/> İlçe	<input type="checkbox"/> Köy
7	Sigara kullanıyormusunuz:	<input type="checkbox"/> Evet	
		<input type="checkbox"/> İçtim sonra bıraktım	
		<input type="checkbox"/> Hayır	
8	Alkol kullanıyormusunuz:	<input type="checkbox"/> Evet	
		<input type="checkbox"/> Hayır	

9	Bu hastanenin Onkoloji bölümünü seçme nedeniniz: (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)	<input type="checkbox"/> Hastanenin tanınmış olması
		<input type="checkbox"/> Hekimlerin tanınmış olması
		<input type="checkbox"/> Daha önceki hizmetlerden memnun kalınması
		<input type="checkbox"/> Yakın olması
		<input type="checkbox"/> Sigorta şirketi ile hastanenin anlaşmış olması
		<input type="checkbox"/> Öneri üzerine (Sağlık personeli dışında bir kişi tarafından)
		<input type="checkbox"/> Sevk edildim
		<input type="checkbox"/> Diğer
10	Hastalığınızın tıbbi tanısı	
11	Tanısı konulmuş başka herhangi bir rahatsızlığınız veya hastalığınız mevcut mu? (Cevabınız evetse hastalığınızı belirtirsiniz, belirtmek zorunlu değildir.)	<input type="checkbox"/> Evet
		<input type="checkbox"/> Hayır
12	Bu aşamada psikolojik destek almak istermisiniz ?	<input type="checkbox"/> Evet
		<input type="checkbox"/> Hayır
		<input type="checkbox"/> Kararsızım
13	Söylemek istediğiniz başka herhangi bir şey var mı? (Varsa lütfen belirtiniz.)	

Ek-C: Yaşam doyum ölçeği

1. YDÖ'NİN TANITIMI

Ölçtüğü Nitelik: Kişinin yaşam doyum konusundaki algısı

Ölçek Türü: Mevcut hal, durum itibariyle kendini değerlendirme türü

Uygulama Süresi: Zaman sınırlaması yok

Kapsamı: 5 maddeden oluşan, 1-5 arası puanlanan Likert tipi ölçektir.

Uygulanışı: Bireylerin kendi kendine cevaplandırabilecekleri, uygulanışı kolay bir ölçektir.

Yanıtlaması: Yatay sütunda yer alan her bir cevap için, dikey sütunda bulunan rakamlardan kişinin algısına en uygun olanı işaretlemek suretiyle mevcut olan yaşam doyum düzeyini tespit etmek için sorulmaktadır.

Puanlanması: Yatay sütunda bulunan cevaplara 1 ile 5 arasında değişen puanlar verilir. En yüksek puan 25, en düşük ise 5'tir.

Yorumlanması: Ölçekten alınan toplam puanların düşük olması kişinin yaşam doyum konusunda kendini yetersiz olarak algıladığını gösterir.

2. YAŞAM DOYUM ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki tablonun yatay sütununda 5 ifade ve her bir ifadenin karşısında cevaplarınızı işaretlemeniz için dikey sütunda 1'den 5'e kadar rakamlar verilmiştir. Yanıtlarınızı aşağıdaki ifadelere göre değerlendirin;

- 1- Hiç Katılmıyorum (Kesinlikle Katılmıyorum)
- 2- Kararsızım (Katılmıyorum)
- 3- Tamamen Katılmıyorum (Ne Katılıyorum, Ne Katılmıyorum)
- 4- Katılıyorum (Katılıyorum)
- 5- Tamamen Katılıyorum (Kesinlikle Katılıyorum)

***Bu ifadelerin sizin için doğruya en uygun olanın derecesini seçiniz.

	1 (Kesinlikle Katılmıyorum)	2 (Kararsızım)	3 (Tamamen Katılmıyorum)	4 (Katılıyorum)	5 (Tamamen Katılıyorum)
Pek çok açıdan ideallerime yakın yaşamım var.					
Yaşam koşullarım mükemmeldir.					
Yaşamım beni tatmin ediyor.					
Şimdiye kadar yaşamda istediğim önemli şeyleri elde ettim.					
Hayatımı bir daha yaşama şansım olsaydı hemen hemen değiştirmezdim.					

Ek-Ç: Gata etik kurul kararı

HİZMETE ÖZEL

HİZMETE ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTAN BİLİMSEL YARDIMCILIĞI
ANKARA

EĞT.ÖĞT. : 50687469-1491 -2662 - 13/1648.4-2823
KONU : GATA Etik Kurulu Kararı.

25 Aralık 2013

Sağ. Kd. Üçvş. Devran IŞIK'a

GATA Etik Kurulu'nun 16 Aralık 2013 günü yapılan 29'uncu oturumunda, Özel Kuvvetler K.lığında görevli Sağ. Kd. Üçvş. Devran IŞIK'ın sorumlu araştırmacılığını yaptığı "Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Onkoloji Servisine Başvuran Hastalarda Yaşam Doyumunun İncelenmesi" başlıklı, tek merkezli, prospektif, tutum belirleme çalışması olan araştırma dosyası ile ilgili GATA Etik Kurulu'nun kararı EK-A'dadır.

Rica ederim.



Mustafa BAŞBOZKURT
Profesör Tabip Tuğgeneral
GATA Komutan Bilimsel Yardımcısı,
Askeri Tıp Fakültesi Dekanı ve
Eğitim Hastanesi Baştabibi

EKİ :
EK-A (1 Adet Etik Kurul Raporu)

HİZMETE ÖZEL
Bağlantı Noktası : Svl.Me.N.ARAY (Tel : 2298)

HİZMETE ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ETİK KURUL TOPLANTI RAPORU

OTURUM NO : 29
OTURUM TARİHİ : 16 Aralık 2013
OTURUM BAŞKANI : Prof.Dış Tbp.Alb.Yaşar Meriç TUNCA
OTURUM SEKRETERİ : Doç.Tbp.Alb.Muharrem UÇAR

GATA Etik Kurulu'nun 16 Aralık 2013 günü yapılan 29'uncu oturumunda, Özel Kuvvetler K.lığında görevli Sağ. Kd. Üçvş. Devran IŞIK'ın sorumlu araştırmacılığını yaptığı "Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Onkoloji Servisine Başvuran Hastalarda Yaşam Doyumunun İncelenmesi" başlıklı, tek merkezli, prospektif, tutum belirleme çalışması olan araştırma dosyası değerlendirildi.

Araştırma dosyasının amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere UYGUN olduğuna karar verildi.

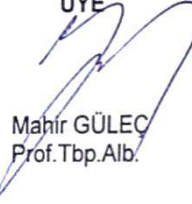
BAŞKAN


Y. Meriç TUNCA
Prof.Dış Tbp.Alb.


ÜYE


Ayhan KUBAR
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE


Mahir GÜLEC
Prof.Tbp.Alb.

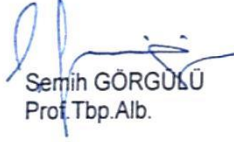
ÜYE


Cengiz BAŞOĞLU
Prof.Tbp.Alb.

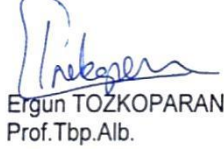
ÜYE

TOPLANTIYA KATILMADI
Cemil YILDIZ
Prof.Tbp.Alb.

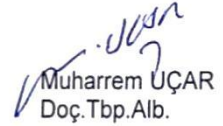
ÜYE


Semih GÖRGÜLÜ
Prof.Tbp.Alb.

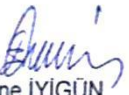
ÜYE


Ergun TOZKOPARAN
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE


Muharrem UÇAR
Doç.Tbp.Alb.

ÜYE


Emine İYİGÜN
Doç.Dr.Hv.Sağ.Alb.

ÜYE


Harun TUĞCU
Doç.Tbp.Alb.

ÜYE


Cengiz Han AÇIKEL
Doç.Tbp.Alb.

Ek-D: Araştırma anketi izin belgesi

HİZMET ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
KOMUTAN BİLİMSSEL YARDIMCILIĞI
ANKARA

EĞT OGT 50687469-3730-11 -14/MzH Son (4) (1648-214) Ocak 2014
KONU Araştırma İzinleri

1. GATA Komutan Bilimsel Yardımcılığına gelen anket talepleri Araştırma Amaçlı Anketleri Değerlendirme Kurulu tarafından incelenerek değerlendirilmiş, söz konusu anketlerle ilgili değerlendirmeler EK-A'da sunulmuştur.

2. GATA dışı birliklerden başvuran araştırmacılara anket başvuru sonuçlarının bildirilmesi hususunu Akademi Komutanlığının emirlerine maruzdur.

3. Araştırmacılara sonuçların tebliğ edilmesinin arz ve rica ederim.

Mustafa BAŞBOZKURT
Profesör Tabip Tuğgeneral
GATA Komutan Bilimsel Yardımcı
Askeri Tıp Fakültesi Dekanı ve
Eğilim Hastanesi Baştabibi

EKI
EK-A (Anket Değerlendirmeleri)

DAGITIM
Gereği
GATA K.İ.İ.ğine
GATF Dek. ve Eğt. Hast. Bştblığıne
SBE Md.İ.ğüne
SAMYO K.İ.İ.ğine
HYO Md.İ.ğüne

H. Sp. Uğur İrsen
tebliğ 05/02
Gülbiz
İrsen Gülbiz

HİZMETE ÖZEL

EĞT ÖĞT 50687469-3730-14/Mzn Sor (4) (1648-14)

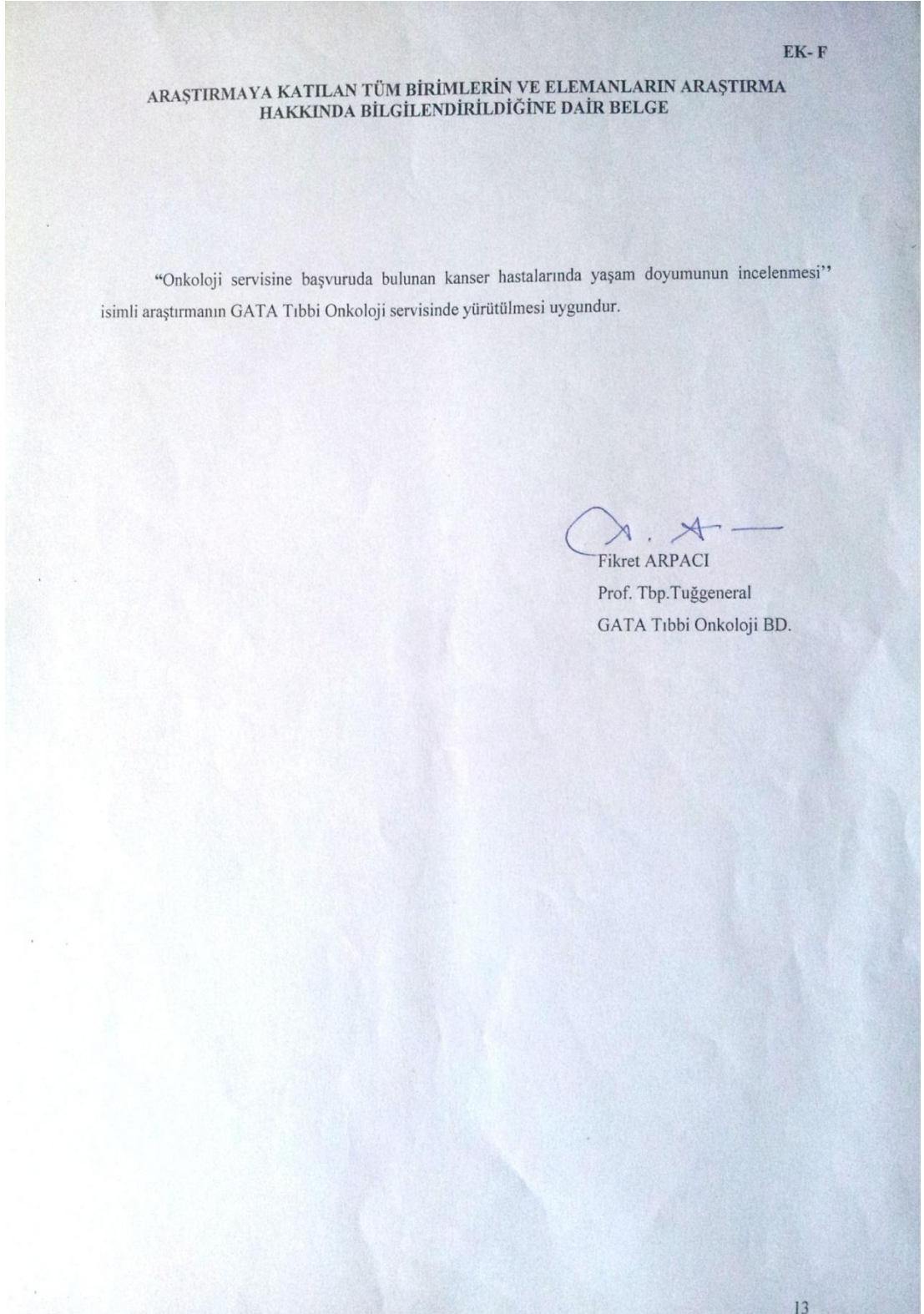
ARAŞTIRMA AMAÇLI ANKETLERİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU TARAFINDAN ONAYLANAN ANKETLER

S.NO	Araştırmacının Kimliği	Görev Yeri	Araştırmanın Konusu	Uygulama Yeri	Açıklama
24	Hv Sağ Üvüş Levent AYTAÇ	TSK Sıhhiye İkmal ve Bakım Merkez Kilgi	GATA Dahili Bilimler Anabilim Dalı Başkanlığında Çalışan Hekimlerin İş Doyumunun Saptanması	GATA Dahili Bilimler Bölüm Başkanlığı	Uygun olduğu değerlendirilmiştir
25	Sağ Bvüş Erhan BİYİK	Ankara Nevvi Asker Hastanesi	Sağlık Donüşüm Programının Asker Hastanelerine Etkilerinin Asker Hastanelerinde Çalışan Sağlık Personeli Algısıyla Değerlendirilmesi	Asker hastanelerinde ve GATA'da çalışan personel	Uygun olduğu değerlendirilmiştir
26	Hv Sağ Üvüş Serta KAYA	Hava Lojistik Kilgi Lojman Sosyal İstaimle - Mid İlgi	Sağlık Meslek Yüksek Okullarında Eğitim Görmekte Olan Öğrencilerin Hasta Hakları Konusunda Bilgi Düzeylerinin Orçülmesi	HYO ve SANYO öğrencileri	Uygun olduğu değerlendirilmiştir
27	Sağ Üvüş Devran İSİ	Ozet Kültürler Kilgi	Hastane Onkoloji Servisine Başvuruda Bulunan Hastalarda Yaşam Doyumunun Tespit Edilmesi ve Değerlendirilmesi	GATF Tıbbi Onkoloji BD BŞK İlgi	Uygun olduğu değerlendirilmiştir

Ercan GÖÇGELDI
Doç Tıp Alb
Eğt Ogr Şb Mz

HİZMETE ÖZEL

Ek-E: Araştırma anketi uygulama idari izin belgesi



ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Devran IŞIK

Uyruğu: T.C

Doğum Yeri ve Tarihi: Manisa/ Salihli 1984

Medeni Hali: Bekar

Adres: Abidinpaşa Mah. Güzeliş Sokak No:19/4 Mamak-ANKARA

E-Posta Adresi: devran06@yahoo.com

İletişim (Telefon): 0533 729 65 23

EĞİTİM

Lise: GATA Sağlık Astsubay Okulu (2002)

Lisans: Anadolu Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme Bölümü (2008)

Yüksek Lisans: Türk Hava Kurumu Üniversitesi (2014)

MESLEKİ DENEYİM

2002 yılında GATA Sağlık Astsubay Okulu (ANKARA)'ndan mezun olmayı müteakip, 2002-2003 yıllarında GATA Haydarpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi (İSTANBUL)'nde ve 2003-2005 yılları arası 3'üncü Komando Tugay Komutanlığı (SİİRT)'nda Cerrahi Teknisyeni, 2005-2007 yılları arasında 39'uncu Mekanize Piyade Tümen Komutanlığı (KIBRIS)'nda Revir Tedavi Kısmı Sağlık Astsubayı, 2007-2010 Genelkurmay Özel Kuvvetler Komutanlığı Doğal Afetler Arama ve Kurtarma Tabur Komutanlığı (ANKARA)'nda Acil Müdahale Uzmanı olarak görev yapmıştır. 2010 yılı itibariyle halen Genelkurmay Özel Kuvvetler Komutanlığı (ANKARA)'nda Özel Kuvvet Tim Sağlık Uzmanı olarak görevini yapmaktadır.

YABANCI DİL

İngilizce

Arapça (Temel düzeyde)