

T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TOPLUM RUH SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI



**AYAKTAN KEMOTERAPİ ALAN HASTALARDA SOSYAL DESTEK
VE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Metin KAYKUNOĞLU

Danışman

Doç. Dr. Hatice TAMBAĞ

HATAY – 2019

T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TOPLUM RUH SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**AYAKTAN KEMOTERAPİ ALAN HASTALARDA SOSYAL DESTEK
ve ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Metin KAYKUNOĞLU

Danışman
Doç. Dr. Hatice TAMBAĞ

Bu tez Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından
15439 nolu proje olarak desteklenmiştir.

HATAY – 2019

T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TOPLUM RUH SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**AYAKTAN KEMOTERAPİ ALAN HASTALARDA SOSYAL DESTEK VE
ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi
Metin KAYKUNOĞLU

Bu tez aşağıda isimleri yazılı tez jürisi tarafından 27/05/ 2019 günü sözlü olarak yapılan tez savunma sınavında oybirliği ile kabul edilmiştir.

Tez Jürisi: Jüri başkanı : Doç. Dr. Figen İNCİ
Üye : Dr. Öğr. Üyesi Rana CAN
Üye : Doç. Dr. Hatice TAMBAĞ

Bu tez, Enstitümüz Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalında hazırlanmıştır.

25.6.2019

Prof. Dr. İbrahim Halil ÇERÇİ
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam süreci boyunca benden sabır, destek ve yardımlarını esirgemeyen, verdiği yol gösterici bilgi ve deneyimler ile katkılar sağlayan değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Hatice TAMBAĞ'a,

Lisansüstü eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen değerli hocalarım Prof. Dr. Nazan SAVAŞ, Doç. Dr. Mehmet Hanifi KOKAYA, Dr. Öğr. Üyesi Rana CAN'a,

Araştırmanın istatistiksel analizinin yapılmasında ve verilerinin yorumlanmasında danışmanlık hizmeti vererek araştırmaya katkıda bulunduğu için değerli hocam Doç. Dr. Seval KUL'a,

Yüksek lisans eğitimi boyunca katkıları ve destekleriyle yanımda olan, Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Dahili Yoğun Bakım'daki değerli mesai arkadaşlarıma,

Hayatımın her anında yanımda olan, anneme, babama ve kardeşlerime,

İçtenlikle teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	II
TEŞEKKÜR.....	III
İÇİNDEKİLER	IV
ÇİZELGELER DİZİNİ	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VII
ÖZET.....	VIII
ABSTRACT.....	IX
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırmanın Soruları	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Kanser.....	6
2.1.1. Tanımı ve Önemi.....	6
2.1.2. Kanser Sınıflandırılması.....	7
2.1.3. Kanserde Tedavi.....	8
2.1.4. Kansere Hastasında Hemşirelik Bakımı.....	9
2.2. Sosyal Destek	10
2.2.1. Sosyal Desteğin İşlev ve Önemi.....	11
2.2.2. Sosyal Destek ve Kansere	13
2.3. Anksiyete.....	14
2.3.1. Anksiyete ve Kansere.....	15
3. GEREÇ ve YÖNTEM	18
3.1. Araştırmanın Şekli.....	18
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	18
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	18
3.4. Veri Toplama Araçları.....	19
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu	19
3.4.2. Kansere Hastası Sosyal Destek Ölçeği	19
3.4.3. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (State-Trait Anxiety Inventory / STAI)	20
3.5. Araştırmanın Uygulanması.....	21
3.6. Etik Kurul Onayı ve Araştırma İzinleri.....	21

3.7. Araştırmanın Sınır ve Sınırlılıkları.....	22
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	22
4. BULGULAR.....	23
5. TARTIŞMA.....	39
6. SONUÇ.....	57
6.1. Sonuçlar.....	57
6.2. Öneriler.....	59
7. KAYNAKLAR.....	61
EKLER.....	67
Ek - 1 Kişisel Bilgi Formu.....	67
Ek - 2 Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği.....	69
Ek - 3 Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği.....	71
Ek - 3 Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği devam.....	72
Ek - 4 Gönüllülerin Bilgilendirilmiş Olur / (Rıza) Formu.....	73
Ek - 5 Etik Kurul Karar Formu.....	75
Ek - 6 Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Olur Yazısı.....	78
Ek - 7 Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği Kullanım İzni.....	79
Ek - 8 Durumluk - Sürekli Anksiyete Ölçeği Kullanım İzni.....	80
ÖZGEÇMİŞ.....	82

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge No	Sayfa No
Çizelge 4.1 Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri	23
Çizelge 4.2 Hastaların KHSDÖ ve STAI Puan Ortalamaları (n=104)	25
Çizelge 4.3 Hastaların Sosyo-Demografik bilgilerine Göre KHSDÖ ve Alt Ölçekler Puan Ortalamaları	26
Çizelge 4.4 Hastaların Tanıtıcı Bilgilerine Göre KHSDÖ ve Alt Ölçekler Puan Ortalamaları	28
Çizelge 4.5 Hastaların Alternatif Tedavi Kullanımı ve Aktivitelerine Göre KHSDÖ ve Alt Ölçekler Puan Ortalamaları	30
Çizelge 4.6 Hastaların Sosyo-Demografik Bilgilerine Göre STAI Ölçeği Puan Ortalamaları	32
Çizelge 4.7 Hastaların Tanıtıcı Bilgilerine Göre STAI Ölçeği Puan Ortalamaları	34
Çizelge 4.8 Hastaların Alternatif Tedavi Kullanımı ve Aktivitelerine Göre STAI Ölçeği Puan Ortalamaları	36
Çizelge 4.9 KHSDÖ Toplam ve Alt Ölçekleri ile STAI Ölçeği Arasındaki İlişki.....	38

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
KHSDÖ	: Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı)
STAI	: Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)



ÖZET

Ayaktan Kemoterapi Alan Hastaların Sosyal Destek ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi

Dünya genelinde önemli bir sağlık sorunu olan kanser, hastalarla birlikte hasta yakınlarında da korku ve stres oluşturan evrensel bir sorundur. Bu araştırmanın amacı ayaktan kemoterapi alan hastaların sosyal destek ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi olup kesitsel bir çalışma olarak yapılmıştır. Araştırma, Sağlık Bakanlığı İl Sağlık Müdürlüğü Hatay Devlet Hastanesi gününbirlik kemoterapi ünitesinde yapılmıştır. Evrendeki birey sayısının bilindiği durumlarda örneklem hesabında kullanılan formülden yararlanılarak örneklem büyüklüğü hesaplanmış ve araştırmaya katılmayı kabul eden 104 hasta ile tamamlanmıştır. Veri toplama araçları olarak Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği (KHSDÖ), Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI), sosyo-demografik özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından literatür incelenerek oluşturulan Kişisel Bilgi Formu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzdelik, Mann Whitney U, Kruskal Wallis testi ve All Pairwise çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. Hastaların %30,8'inin 40-49 yaş grubunda, %54,8'inin kadın, 64,4'ünün ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların KHSDÖ toplam puan ortalaması $141,38 \pm 20,82$, KHSDÖ alt ölçeklerinden; güven desteği puan ortalaması $56,50 \pm 8,16$, duygusal destek puan ortalaması $48,59 \pm 7,66$ ve bilgi destek puan ortalaması $36,28 \pm 7,28$ olarak saptanmıştır. Araştırmaya katılan hastaların STAI ölçeklerinden; durumluk kaygı puan ortalaması $40,40 \pm 3,89$ ve sürekli kaygı puan ortalaması $46,67 \pm 6,33$ olarak saptanmıştır. Hastaların gelir düzeyleri, tedaviye geldikleri kişi, gereksinim duyduğu anda yardım talep edebilmeleri, tedavinin aile ile olan ilişkileri etkileme durumları ile KHSDÖ toplam ve alt ölçekleri ile; yaşları, cinsiyetleri, öğrenim durumları, meslekleri, gelir durumları ve gelir düzeyleri, yürüyüş yapmaları, başka bir kronik hastalığı olma durumları ile STAI ölçeği arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). Araştırmanın sonucunda KHSDÖ toplam ve duygusal destek alt ölçeği ile durumluk kaygı arasında pozitif yönlü zayıf bir anlamlı ilişki, güven desteği alt ölçeği ile STAI ölçekleri arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu bağlamda hastaların sosyal destek düzeylerinin yüksek, anksiyete seviyelerinin orta seviyede olduğu söylenilebilir.

Anahtar kelimeler: Hemşire, sosyal destek, anksiyete, kemoterapi, kanser.

ABSTRACT

Determination Of Social Support and Anxiety Levels In Outpatient Cancer Patients

As an important health problem worldwide, cancer is a universal issue leading to fear and stress in cancer patients and their relatives. The purpose of this study is to determine the social support and anxiety levels of patients receiving chemotherapy, and the study is conducted as a cross-sectional study. The study is conducted at the Ministry of Health Provincial Health Directorate Hatay Hospital ambulatory chemotherapy unit. The sample size is calculated based on the formula used for sample calculation in cases where the number of individuals in the population is known, and completed with 104 patients who have agreed to participate in the study. Cancer Patient Social Support Scale (CSSS), The State-Trait Anxiety Inventory (STAI), and the Personal Information Form created by the researcher upon examination of the literature in order to determine the sociodemographic characteristics are used as data collection tools. The number, percentage, Mann Whitney U, Kruskal Wallis test, and All Pairwise multiple comparison tests are used for data evaluation. It is identified that 30.8% of the patients are in 40-49 age group, 54.8% are female, and 64.4% are elementary school graduates. CSSS total mean score average of the patients participating in the study is identified as 141.38 ± 20.82 , trust support mean score as 56.50 ± 8.16 , emotional support mean score as 48.59 ± 7.66 and information support mean score as 36.28 ± 7.28 from the CSSS subscales. The patients participating in the study is identified state anxiety mean score as 40.40 ± 3.89 and trait anxiety mean score as 46.67 ± 6.33 from the STAI scales. A statistically significant relationship is found between the patients levels of income, the persons accompanying the treatment, capability to ask for help in case of need, the treatment's impact on the relationship with the family and CSSS total and subscales as well as between the ages, genders, educational backgrounds, professions, levels of income, going for a walk, and another chronic disease and STAI scale ($p < 0.05$). While a positive poor relationship is identified between the CSSS total and emotional support subscale and state anxiety scale, a positive moderate relationship is identified between the trust support subscale and the STAI scale. In this context, it can be said that the level of anxiety increases as the social support levels of the patients increase.

Key words: Nurse, Social Support, Anxiety, Chemotherapy, Cancer.

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya genelinde 2015 yılında %22'lik bir oran ile 8.8 milyon kişinin ölümüne neden olan kanser hastalığı, kardiyovasküler hastalıklardan sonra ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır (WHO 2017). Kanser hastalığı ülkemizde 2017 yılında %19,5'lik bir oran ile ölüm nedenleri arasında, dolaşım sistemi hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır (TÜİK 2018). Tütün kullanımı (aktif ve pasif içicilik), beslenme alışkanlıkları (obezite, alkol), çevre kirliliği (hava, su, mesleki faktörler), ilaçlar, virüs ve bazı biyolojik etkenler (Hepatit) gibi birçok faktör kanser nedeni sayılmaktadır. Yaş, cinsiyet, genetik yatkınlık, etnik köken, sosyoekonomik faktörler de kanser oluşumunda önemli bireysel belirleyicilerdir (Fair 2011).

Sağlık hizmetlerinde sağlanan ilerlemeler kanserle mücadele eden hastalar için yaşam kalitesini büyük ölçüde iyileştirmiş, hayatta kalım oranları ile yaşam süresini yükseltmiştir. Yapılan çalışmalar, kanser tedavisi sonrası hayatta kalanlarda psikososyal zorluklar, infertilite, erken menopoz ve ruhsal sağlık problemleri gibi birçok hastalığın görüldüğü ve hastaneye yatış riskinin yükseldiğini göstermiştir. Yaşanılan bu durumlardan kaynaklı olarak kanser tedavisi sonrası iyileşen bireylerin araştırılması ve karşılaştıkları bu zorluklar dahil olmak üzere, yeni araştırma alanlarının oluşmasına yol açmıştır (Patel ve ark 2018).

Kanser tedavisi genellikle cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi gibi bir ya da daha fazla tedavi tipinin uygun bir seçimini içermektedir. Genel amaç, hastalığın tam iyileşmesini sağlamak ya da hastanın yaşam kalitesini iyileştirirken yaşam beklentisini önemli ölçüde arttırmaktır. Cerrahi tedavi tümörün vücuttan tamamen çıkarılmasını sağladığı için en iyi tedavi seçeneği olarak kabul edilir. Bununla birlikte, tümör her zaman kolay erişilebilir olmamakla beraber bazen hayati organlar ya da dokulardan ayrılmaz olabilmekte ya da ilerlemiş metastaza sahip olabilir, bu da ameliyatı olanaksız hale

getirmektedir. Radyoterapi ve kemoterapi daha sonra tercih edilen tedavi olarak kabul edilebilir (Mohanty 2014).

Kemoterapi terimi ilk olarak mikrobiyal hastalıkları ve daha sonra neoplastik hastalıkları tedavi etmek için kimyasalların ya da ilaçların kullanımını tarif etmek üzere kullanılmıştır (Tortorice 2011). Kemoterapinin esas amacı, kanser nüksetmesi ya da metastaz riskini azaltmanın yanı sıra kanseri tamamen iyileştirmektir. Kemoterapi sıklıkla cerrahi ya da radyoterapi ile birlikte tedavinin etkinliğini arttırmak için ve bazen de palyatif bakım amaçlı kullanılmaktadır (Mohanty 2014). Kanser tedavisinin yan etkileri bireyi ve ailesini duygusal, fiziksel ve sosyoekonomik açıdan olumsuz etkilemekte, yaşam kalitelerini düşürmektedir. Yaşanılan bu etkilerin azaltılmasında ve yaşam kalitesinin artırılmasında sosyal destek sistemleri önemli rol oynamaktadır (Çalışkan ve ark 2015).

İnsan sağlığında çok önemli bir rol oynadığı görülen sosyal destek, sosyal ağlardan, sosyal ilişkiler ağından ve sosyal bağlantılardan oluşmaktadır. Kişinin yönlendirdiği belirli eylemlerin ya da davranışların o kişinin sosyal, psikolojik ya da fiziksel iyi oluşunu geliştirdiği etkileşimli bir süreç olarak görülmektedir. Kanser hastalarında yaşanabilen duygusal sıkıntı, yaşam kalitesini düşürebildiği gibi tıbbi tedaviye uyum üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir ve yüksek mortalite riski taşımaktadır. Çoğu insan için “kanser” kelimesi genellikle çok ağır olan ve çok yorucu tedaviler gerektiren ciddi bir hastalık ile ilişkilidir. Hastaların sahip olduğu sosyal destek düzeyi ve sosyal ağı, psikiyatrik rahatsızlıklara yakalanma riskinin anahtar belirleyicileridir. Sosyal destek tanı anında koruyucu bir rol oynayabilmektedir. Sosyal destek, duygusal sıkıntıların etkilerini azaltmada önemli bir rol oynadığı için, stres yanıtını önleyen ya da azaltan bir tampon olarak da görülmektedir. Sosyal destek kaynaklarından uzak kalmak, vücutta istenmeyen bağışıklık fonksiyonu ve daha yüksek nöroendokrin ve kardiyovasküler reaktivite gibi istenmeyen değişikliklere yol açabilir, bunların tümü de hastalığa karşı duyarlılığı arttırabilir (Zhang ve ark 2014, Riera ve ark 2018).

Erdoğan (2015) yapmış olduğu çalışmada kanser tanısı almış olan 50 bireyi incelemiş olup "algılanan sosyal destek düzeyi ile depresyon, anksiyete ve düzeyleri arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyleri azaldıkça, depresyon, anksiyete ve stres gelişiminde artış meydana geldiği" bildirilmiştir. Kanser tedavisine yanıt olarak doğan anksiyete sıklıkla tanınmaz ve tedavi edilmez. Kanserli hastalarda anksiyete

yaratabilecek bazı olaylar arasında tanıyı duymak, kemoterapi almak, ameliyat olmak, radyasyon tedavisi almak ve aile ile ilgili sorunları tartışmak sayılabilir (Marrs 2006).

Anksiyete, sosyal yaşamın normal bir belirtisi olarak tanımlanır, kalıcı ya da tekrarlayıcı olabilir. Yüksek bir yoğunluk seviyesine ulaştığında, günlük yaşamı etkiler, yaşam kalitesini bozar ve insanların kişisel, mesleki ya da ailevi güçlüklerine cevap verme becerisine etki eder. Belirli bir durum ya da olayla karşı karşıya olan bireyin, çevrenin taleplerine cevap veremediği ve kendi varlığına ya da temel değerlerine bir tehdit hissettiği zaman tetiklenir. Anksiyete bireylerde, korku, güvensizlik, endişe verici beklenti, felakete ilgili düşünce ve daha yüksek bir uyanıklık durumu gibi duyguları açığa çıkarabilir. Çevreye verilen tepkilerde uykusuzluk, taşikardi, solgunluk, terleme, kas gerginliği, baş dönmesi, sinirlilik, dikkat güçlüğü, bağırsak rahatsızlıkları, epigastrik rahatsızlık gibi semptomlar ve sosyal etkileşimde değişiklikler gözlemlenmektedir (Amorim ve ark 2017). Anksiyete, farklı kanser dönemlerinde farklı zamanlarda ortaya çıkabilirken, genellikle tanı anında zirveye ulaşma eğilimindedir. Anksiyete belirtilerinin, kanser hastalarının %20 ila %60'ında gözlemlendiği bildirilmiştir (Baıl 2018). Kanser tedavisine odaklanan onkologlar tarafından psikiyatrik rahatsızlıkların ikincil problem olarak değerlendirilmesi anksiyetenin birçok kez göz ardı edilebilmesine yol açmaktadır (Özgüroğlu 2012). İmamoğlu (2016) 67 kanser hastası ile kanser hastalarının algıladıkları sosyal desteğin depresyon düzeyleri ve anksiyete düzeyleri üzerine etkisinin incelenmesi amacıyla yapmış olduğu çalışmada "kanser hastalarının anksiyete ölçeğinden aldıkları puanlar ile aileden algılanan sosyal destek, arkadaştan algılanan sosyal destek, özel insandan algılanan sosyal destek ve algılanan sosyal destek ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde ilişkili olduğu" bildirilmiştir. Sıkıntılı hastalar tam bir klinik psikiyatrik tanı için uygun kriterleri taşımayabilir ancak yine de yaşam kalitesini iyileştirmek için müdahalelerden faydalanabilir. Onkoloji hemşireleri, kanserli hastalarda psikolojik belirtilerin yaygın olduğunu ve uygun tarama yapılmadan belirgin olmayabileceğini bilmelidir. Psikolojik belirtilerin yönetimi, kaliteli onkoloji hemşireliği bakımının önemli bir tamamlayıcısıdır. Hemşireler, psikolojik belirtileri değerlendirerek hastaların yaşamlarını bir çok alandan desteklemektedir (Baıl 2018).

Artan kanser vakalarının sayısı ile birlikte araştırma ve teknolojideki gelişmeler, kanserden etkilenen insanların artan taleplerini ve beklentilerini karşılamak için onkoloji

hemşiresi rolünün önemli ölçüde genişlemesine neden olmuştur (Charalambous 2018). Onkoloji hemşireliğinde yenilik ve gelişmeler sağlam bir kanıt tabanıyla desteklenmelidir. Ayrıca, onkoloji hemşireliği müdahaleleri giderek karmaşıklaşmakta ve bunların etkililiğinin değerlendirilmesi önemli bir bilimsel yatırımı gerektirmektedir (Charalambous 2018). Hemşirelik uzmanları, kanser önleme ve kanser kontrolünün her alanında ayrılmaz rol oynamaktadır. Hemşireler erken dönemde kanserleri teşhis etmek, önlemek ve tespit etmek için etkili araçların geliştirilmesinde önemli roller üstlenmiştir. Kanser kontrolünde kaydedilen ilerlemenin çoğu, spesifik kanserleri açıklamak için çevresel, genetik ve popülasyon risklerini anlamayı amaçlayan epidemiyolojik araştırmalardan kaynaklanmaktadır (Fair 2011).

Hemşireler, bireysel kanser risk değerlendirmesi ve tarama programları, kanser genetik danışmanlık programları, devlet destekli programlar ve halka açık etkinliklerde sunulan programlar aracılığıyla kanser önleme ilkelerini uygulamıştır. Kanser kontrol ve eğitim hizmetlerini koordine etmeleri, uygulamaları ve yardımcı olmaları için hemşirelik uzmanlarına büyük bir ihtiyaç vardır. Kanser önlenmesi ve erken tanı koyma onkoloji uzmanları ve çalıştıkları kurumlar için bir öncelik olarak büyümeye devam ederken, hemşireler kanser kontrol programlarının geliştirilmesi, yönetimi ve başarısında kritik bir rol oynamaya devam etmektedir (Fair 2011).

Hastaların sosyal destek ve anksiyete düzeylerinin hangi faktörlerden dolayı etkilendiğini bilmek bu faktörlerin desteklenmesi ya da ortadan kaldırılmasına yönelik girişimlerin planlanmasına ve istenilen sonucun elde edilmesine katkı sağlayacaktır. Ayaktan kemoterapi alan hastaların sosyal destek kaynaklarını kullanması sağlanarak anksiyete seviyelerinin azaltılması ve bu hasta grubu ile doğrudan ya da dolaylı olarak temas halinde olan sağlık çalışanlara kaynak olması amaçlanmıştır. Araştırma, ayaktan kemoterapi tedavisi alan hastalarda sosyal destek ve anksiyete düzeylerini belirlemek, Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği düzeyleri ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği düzeyleri ile hasta bireylerin sosyodemografik özellikleri, hastalık bilgileri, sosyal aktiviteleri ve hastalığın yaratmış olduğu bazı etkiler hakkında bilgi edinmek amaçlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada, ayaktan kemoterapi alan hastaların sosyal destek ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

Araştırma sonucunda aşağıdaki sorulara cevap alınması planlanmıştır.

- ❖ Ayaktan kemoterapi alan hastaların sosyal destek düzeyi nedir?
- ❖ Ayaktan kemoterapi alan hastaların anksiyete düzeyi nedir?
- ❖ Ayaktan kemoterapi alan hastaların sosyal destek ve anksiyete düzeyleri üzerine etki eden sosyo-demografik özellikler nelerdir?
- ❖ Ayaktan kemoterapi alan hastaların sosyal destek ile anksiyete düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser

2.1.1. Tanımı ve Önemi

Kanser bir organ ya da dokudaki normal hücrelerin genetik yapısında mutasyonlar etkisi ile bozulma meydana gelmesiyle kontrolsüz ve düzensiz şekilde bölünüp, anormal yayılımı ile oluşan bir hastalık grubudur. Normal hücrelerin kanser hücresine dönüşmesi, uzun bir zaman dilimindeki mutasyonların etkisi ile genetik materyalinde meydana gelen hasar sonucudur. Kanser hücreleri kan ve lenfatik dolaşım sistemleri ile farklı doku ve organlara sıçrama yapabilir. Malign tümör büyümesi, yıkıcı ve sınırsızdır (Demirelli 2012, Yokuş ve Çakır 2012, Çalışkan ve ark 2015, Hintistan ve ark 2015, Dobříková ve ark 2017). Dünya genelinde ve ülkemizde morbidite ve mortalite oranlarında ilk sıralarda yer alan kanser hastalığı ciddi ve kronik bir hastalık olmakla beraber, psikososyal sorunların gözlendiği hastalık grubudur (Bahar 2007, Hintistan ve ark. 2012, Çalışkan ve ark 2015, WHO 2017).

Kanser, dünya çapında önemli bir halk sağlığı sorunu olup ülkemizde ölüm nedenleri sıralamasında, kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer almaktadır. Sağlık bakanlığının sunduğu verilere göre ülkemizde günde yaklaşık 450 kişiye kanser teşhisi konmaktadır ve tüm ölümlerin yaklaşık %20 civarını oluşturmaktadır (Keser ve ark 2017, TÜİK 2018). Dünya kanser istatistiklerine göre; ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda yer alan kanser hastalığı dünya genelinde 2018 yılında 18.1 milyon yeni vakaya ve 9.6 milyon ölüme yükseleceği tahmin edilmektedir. Dünyada her beş erkekten ve her altı kadından biri yaşamları boyunca kansere yakalanmakta ve sekiz erkekten biri ile 11 kadından biri kansere bağlı olarak ölmektedir (WHO 2017, WHO 2018).

Kanserin nedeni birçok faktöre bağlı olup, virüslerden bakterilere, radyasyondan kalıtıma, beslenme alışkanlıklarından çevresel faktörlere ve kimyasallara kadar birçok etmen kanser oluşumundan sorumlu sayılmaktadır (Yokuş ve Çakır 2012). Kanser, tedavisindeki ilerlemelerle bazı kanser türlerinin iyileştirilebilmesi ya da bu hastalıkla birlikte yaşam süresinin uzatılmasına rağmen, hastalıklar arasında en çok korkulan hastalık

grubu olmaya devam etmekte ve ölümlerle eş anlamlı görülmektedir (Atıcı 2007, Hintistan ve ark 2015).

2.1.2. Kansere Sınıflandırılması

Kanser bir hastalık grubu olup, çoğunlukla kitle ya da tümör oluşumlarına yol açan kontrolsüz hücre çoğalmasıyla özgü neoplaziyi tanımlamak için kullanılmaktadır (Nussbaum ve ark. 2005). Kanser adı genellikle malign tümörler için kullanılmaktadır. Tümör organizmanın kontrol mekanizması altında olmadan, hızlı ve anormal bir şekilde ortaya çıkıp sürekli gelişme halinde bulunabilmektedir. Şişlik anlamına gelen tümör anormal doku kitlesidir. Tümörlerin gelişme süreci kanserojen etkinin ortadan kalkmasından sonra da devam etmektedir (Ökten 2012).

Tümörle eş anlamlı olan neoplazm ise yeni ve anormal büyüme anlamındadır (Ökten 2012). Neoplazi Türk Dil Kurumu Hemşirelik Terimleri Sözlüğü'nde " Vücutta normal dışı iyicil veya kötücül yeni doku gelişmesi, tümör gelişimi" şeklinde tanımlanmıştır (Türk Dil Kurumu 2017).

Neoplazmlar genel olarak iki ana grup altında toplanmaktadır

Malign (Kötü Huylu) Neoplazmlar: hızlı çoğalıp ve kontrolsüz büyüyebilirler, komşu dokuları istila edebilir, uzak ve yakın mesafelere yayılabilirler(metastaz).

Bening (İyi Huylu) Neoplazmlar: tümörler metastaz yapmıyorsa bening tümör olarak isimlendirilmektedir. Buldukları bölgede sınırlı bir şekilde büyüyüp gelişirler (Nussbaum ve ark. 2005, Ökten 2012).

Kanser tüm organları etkileyen bir hastalıktır ve yaklaşık 200 den fazla çeşidi mevcuttur. Kanseler genelde 3 grup altında toplanmaktadır:

Karsinomalar; epitel dokudaki hücrelerden kaynaklanan, bronş ya da bağırsak mukozasında görülen türdür. Kanselerin %85'ini oluşturur.

Sarkomlar; kıkırdak dokuda, kemikte, kasta, yağda, damar ve sinirler gibi vücudun bağ dokusu elemanlarından köken alırlar.

Hemapoetik ve Lenfoid; lenfatik sistem, kemik iliği gibi dokularda başlar. Lösemi ve lenfomayı örnek olarak verilebilir (Nussbaum ve ark. 2005, Taşkiran 2010).

2.1.3. Kanserde Tedavi

Kanser tanısı alan kişilere uygulanacak tedavi pek çok faktöre bağlı olup; tümörün cinsi, yerleşimi, evresi ve kişinin genel durumu ile yaşı gibi etmenler rol oynamaktadır (Can 2014). Kanserlerin tedavi yöntemlerinde lokal (cerrahi tedavi, radyoterapi) ve sistemik tedavi (kemoterapi, biyolojik tedaviler, hormonal tedavi) yöntemleri kullanılmaktadır. Tedavi planlamasında hastaların bireysel özelliklerine ve hastalık durumlarına göre bu yöntemlerden biri ya da birkaçı kullanılmaktadır (Akgün Şahin ve ark 2009, Tan ve ark. 2009, Can 2014).

Tedavide kullanılan kemoterapinin ana hedefi hastanın normal hücrelerine zarar vermeden tümör hücrelerinin büyümesini ve çoğalmasını durdurmak ya da mümkünse yok etmektir. Uygulanan kemoterapi tedavisi ile hastaların daha nitelikli yaşaması ve yaşam süresinin uzaması amaçlanmaktadır (Aslan ve ark. 2006, Öksüz ve ark. 2013).

Kemoterapi tedavisi tümörün yerleşime ve yayılımına bağlı olarak kullanım amacı değişim göstermektedir.

Neoadjuvan kemoterapi, lokal olarak ilerlemiş hastalık ile başvuran hastalarda standart primer terapötik yaklaşımdan (genellikle cerrahi) önce verilmektedir. Ardışık olarak, sırayla verilen kemoterapi, radyasyon tedavisi ile hastalığın kontrol altına alınması ve potansiyel olarak ortadan kaldırılması için etkili yöntemlerin birleştirilmesinin bir başka popüler yoludur.

Adjuvan tedavi, cerrahi ya da radyasyon tedavisi gibi birincil tedavi yöntemini izleyen tedavidir. Sistemik tedavi genellikle, primer tümörün cerrahi olarak alınmasına takiben, tedavi potansiyelini iyileştirmek amacıyla verilir.

İndüksiyon tedavisi (palyatif tedavi) ve yüksek doz tedavi (Can 2014, Tortorice 2011, Emiroğlu 2010).

Kemoterapi amaçlı verilen ilaçlar kanser hücrelerini yok ettikleri gibi, özellikle saç, kemik iliği, mukoza gibi hızlı çoğalan normal hücreleri de etkileyerek hastada yorgunluk, kanama, alopesi, enfeksiyon, diyare gibi yan etkilerin gelişmesine de neden olabilmektedir (Can 2014). Kanser hastalarının daha uzun süre yaşaması ilaçların yan etkilerini de artırmıştır (Erkurt ve ark. 2009). Kanser tedavisi gören hastalar sıklıkla kemoterapiyle ilişkili bir dizi fiziksel, psikolojik, sosyal problem yaşayabilir ve bu durum yaşam kalitesini

olumsuz yönde etkileyebilir (Wagland ve ark. 2015). Tedavi sürecinde gelişen yan etkilerin kontrol altına alınamaması hastaların yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine, tedavi dozunun azaltılmasına ve tedaviyi terk etmelerine neden olabilmektedir (Can 2014).

2.1.4. Kanser Hastasında Hemşirelik Bakımı

Kanserin hastalarda aşırı bir psikolojik yük yaratması, hastaların zorlu bir süreç yaşamasına neden olmaktadır. Bu süreçte stresin yüksek seviyede yaşanmasının nedenleri; kanser tanısı konması, yaşamındaki hedeflerin ve önceliklerin değişmesi, fiziksel ağrı ve başkalarına bağımlı olma ihtimalinin yüksek olması gibi faktörlerdir (Bernad ve ark. 2010).

Onkoloji hemşireleri ayaktan tedavi birimleri, yataklı tedavi üniteleri, evde bakım hizmetleri, radyoterapi, kemik iliği nakli gibi birimlerde; kanserden korunma, erken tanı, tedavi ve rehabilitasyon alanlarında farklı roller üstlenmektedir. Kanser tanısı, tedavi ve bakımındaki yeni gelişmeler, hastaların yaşam kalitesi ile sağkalım oranları üzerinde pozitif etki yaratmaktadır. Yaşanan bu durum hemşirelerin, hastanın bakımı ve tedavisine ilişkin yenilikleri yakından izlemesini gerektirmektedir (Karadakovan 2010). Onkoloji hemşiresi, hastayı kanser tedavisi konusunda eğitmek için önemli bir sorumluluğa sahiptir ve bu konuda sağlık ekibindeki diğer üyelere göre genellikle daha iyi fırsatlara sahiptir. Hemşireler, hasta değerlendirmesi, eğitim, semptom yönetimi ve destekleyici bakıma odaklanmaktadır (Quinn 2008).

Onkoloji hemşiresinden beklenen roller; bireylerin kanser konusundaki eğitimi, erken tanı ve önleme, kanser tanısı alan bireylerin bakımı, rehabilitasyonu, danışmanlık, araştırmadır. Sağlık alanındaki yeni gelişmelere paralel olarak onkoloji hemşireliğindeki rol ve sorumluluklarda değişim gösterebilmektedir (Ünlü ve ark 2010). Onkoloji hemşireleri kritik düşünebilmeli, analiz yapabilmeli, iyi gözlem yapabilmeli problem çözme becerisini kullanabilmeli ve kanıta dayalı hemşirelik bakımını uygulayabilmelidir (Quinn 2008). Hemşire, tedavisi sürecinde gelişebilecek yan etkiler hakkında hasta ve ailesinin bilgilendirilmesini sağlamalı aynı zamanda disiplinlerarası ekip ile hastanın ihtiyaçları doğrultusunda hemşirelik girişimlerini planlamalıdır (Can 2014).

Anksiyete düzeyini azaltmada hemşire aşağıdaki yolları izleyebilir;

- Hastanın duygu ve düşüncelerini paylaşmaya teşvik etmek.
- Hastanın duygularını rahatça konuşabileceği ve bu sırada kendini güvende hissedeceğini sağlayan bir ortam sağlamak.
- Hasta ile sık temas halinde olmak. Hasta ile konuşma sırasında terapötik dokunmayı kullanmak.
- Tedavilerin hasta üzerindeki etkilerinin farkında olmak.
- Hastanın korkuları ile başa çıkmak ve başa çıkma stratejileri geliştirmeye başlamak için korkuları tanımak ve netliğe kavuşturmak amacıyla hastaya yardımcı olmak.
- Tanı ve prognoz hakkında doğru ve tutarlı bilgi vermek. Hastanın durumla ilgili algılarını tartışmaktan kaçınmak.
- Öfke, korku ve ümitsizlik ifadelerine izin vermek. Duygularının kabul edilmesi hastanın durumla başa çıkmasına izin verir.
- Önerilen tedaviyi, amacını ve olası yan etkilerini açıklamak. Hastayı tedaviler için hazırlamaya yardımcı olmak.
- Hasta yargılanmadan mevcut durumda kabul görmesine yardımcı olunur ve saygınlık, kontrol duygusu teşvik edilir.
- Zayıf sosyal etkileşimler, çaresizlik, günlük işlevlerden vazgeçme ve olağan tatmin kaynakları gibi etkisiz baş etme yollarına dikkat etmek.
- İnkâr, depresyon, geri çekilme belirtileri ve uygunsuz yorumlara karşı dikkatli olunmalı. İntihar düşüncesinin varlığını belirleyin ve potansiyelini 1 ile 10 arasında bir ölçekte değerlendirin.
- Büyük kararların verileceği zaman hasta ve hasta yakınına danışın (Doenges ve ark 2014).

2.2. Sosyal Destek

Sosyal destek, Türk Dil Kurumu Hemşirelik Terimleri Sözlüğü'ne göre üç farklı şekilde tanımlanmış olup bunlar; " ilk olarak; güç durumda olan bireye ailesi, arkadaşları, akrabaları tarafından sağlanan maddi, duygusal ve bilişsel yardım. İkinci olarak; bireyin sevildiğine, gözetildiğine, değer verildiğine ilişkin çevresindeki kişilerden edindiği bilgi. Üçüncü olarak; bireyin, ilişkilerinin niteliği ya da niceliğinden çok, gereksinim duyduğu anda yardım alabileceği kişilerin var olduğu algısı" şeklinde tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu 2018). Ulusal Kanser Enstitüsü sözlüğünde (www.cancer.gov/dictionary) ise; "Psikolojik, fiziksel ve mali yardımda bulunma ihtiyacı

duydularında bulunan bir aile, arkadaşlar, komşular ve toplum üyeleri ağı" şeklinde tanımlanmaktadır (National Cancer Institute 2018). Gottlieb (2000) sosyal desteği; "fiziksel veya psikolojik kaynakların gerçek veya algılanan değişimi yoluyla baş etme, saygı, aidiyet ve yetkinliği geliştiren ilişkilerdeki etkileşim süreci" olarak tanımlamıştır.

Sosyal destek, insanların hayatında önemli bir yeri olan, gerektiğinde sosyal, duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlayan tüm kişilerarası ilişkilerdir (Yüzer ve ark. 2006). Bireylerin sosyal ilişkilerinin bir sonucu olarak ortaya çıkan sosyal desteğin ortak bir tanımı yoktur (Özdevecioğlu 2004). En kapsamlı tanımı yapan Caplan'a göre sosyal destek; "duygusal sorunlarıyla baş edebilmesi için insanlara psikolojik kaynaklarını harekete geçirmede yardımcı olan, kişilere gerekli para, materyal ve aleti sağlayarak ya da beceri, bilgi ve öğüt vererek yüz yüze geldikleri stres yaratan özel ortamlarla baş etmelerinde yardımcı olan, onların görevlerini paylaşan yakınlarından aldığı destektir" (Karakoç 2008).

Sosyal destek genellikle üç tür kaynak açısından farklılık gösterir: maddi, bilgilendirici ve duygusal. Maddi destek, maddi yardım sağlanmasını içerir, örneğin maddi yardım ya da günlük görevler için yardım. Bilgilendirici destek, bireyin mevcut zorluklarla başa çıkmasına yardımcı olmak için planlanan ve birinin sorunlarıyla baş etmede tipik olarak tavsiye ya da rehberlik şeklini alan ilgili bilgilerin sunulmasını ifade eder. Duygusal destek, empati, sevecenlik, güvence ve güven ifadesini içerir, duygusal ifade ve konuşulması için fırsatlar sağlar (Cohen 2004).

Bireylerin algılaması ile ilgili olan sosyal destek bazı bilim adamları tarafından "algılanan sosyal destek" olarak adlandırılmıştır (Özdevecioğlu 2004). Algılanan destek, bireyin sosyal desteğin mevcut olduğuna, genelde olumlu ya da olumsuz kabul edildiğine olan inancına ve bu kişinin ihtiyaç duyduğu şeyleri sağladığına işaret eder (Mattson ve Hall 2011).

2.2.1. Sosyal Desteğin İşlev ve Önemi

Sosyal desteğin uzun zamandır stres deneyimini etkisiz hale getirdiği, refah düzeyini arttırdığı, hastalık şiddetini azalttığı ve meydana geldiğinde sağlık sorunlarının iyileştirilmesinin hızlandığı bilinmektedir (Taylor ve ark. 2004). Sosyal desteğin sevgi, şefkat, benlik saygısı gibi temel sosyal gereksinimleri karşılayarak, fiziksel ve psikolojik sağlığı doğrudan olumlu olarak etkilediği düşünülmektedir. Bunun yanı sıra aile ve

arkadaşları ile ilişkilerinde sorunlarını aşabilmesi, çevreye uyum sağlaması yaşam güçlükleriyle başa çıkmada kişinin en önemli yardımcısıdır (Karakurt ve Ekinci 2015).

Sosyal destek stres oluşumunu engelleyebildiği gibi stres yaratan olayların algılanma şeklini değiştirdiği, bireyin zor zamanlarında ona yardımcı olduğu ve başa çıkma yöntemlerini etkilediği bilinmektedir. Stresin varlığı olsun ya da olmasın sağlığı doğrudan etkileyen sosyal desteğin yokluğu, kişide doğrudan hastalık yapabilmektedir (Ardahan 2006). Sosyal desteğin fiziksel sağlığa neden bu kadar faydalı olduğu konusunda çeşitli teoriler mevcuttur. Temel bir açıklama, daha iyi zihinsel ve duygusal sağlığın daha iyi fiziksel sağlıkla ilişkili olmasıdır. Stres-tamponlama hipotezine göre, stres çeşitli olumsuz sağlık etkileriyle ilişkilidir ve sosyal destek bireyleri stresten korumada etkili olabilir. Stresin meydana getireceği fizyolojik belirtilerinden bazıları baş ağrısı, sırt ağrısı, kalp hastalığı, yüksek tansiyon, bağışıklığın azalması ve uyku bozukluğudur. Yüksek stres seviyelerini yaşayanlar, aşırı yemek yeme ya da yemek yememe, uyuşturucu ya da alkol kullanma veya sigara içmeye daha yatkın olmaktadır. Dolayısıyla, sosyal destek stresi en aza indirebilirse, fiziksel yan etkiler ve bunlarla ilgili sağlıksız davranışlar da en aza indirgenebilir veya ortadan kaldırılabılır (Mattson ve Hall 2011).

İnsanların hayatında önemli bir yeri olan, gerektiğinde kişiye maddi, duygusal ve bilişsel yardım sağlayan tüm kişiler arası ilişkiler 'Sosyal Destek Sistemleri' olarak adlandırılmaktadır (Ardahan 2006). Sağlığın korunmasında ve geliştirilmesinde önemli bir rol oynayan sosyal destek sistemleri bireyin hayat zorlukları ile başa çıkmasında önemli yere sahiptir (Yüzer ve ark 2006). Sosyal bir varlık olan insan için en önemli sosyal destek kaynağı ailedir (Traş ve Arslan 2013). Sosyal ilişkiler büyük bir sevinç ve mutluluk kaynağı olabileceği gibi ağır çatışma ve umutsuzluk kaynağı da olabilir. Çoğu hasta kanser tedavisinin başlangıcında çok iyi sosyal destek almaktadır. Aile ve arkadaşlar hastayı desteklemek için çok fazla zaman geçirmekte ve çaba sarf etmektedir (Singer 2014). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2004 yılında yayınlamış olduğu raporda, ruh sağlığını koruyucu faktörler başlığı altında, kanıta dayalı koruyucu faktör olarak "aile ve arkadaşların sosyal desteği" ifadesi yer almaktadır (World Health Organization 2004). Psikolojik ve sosyal desteğin önemli faktörü olan hasta yakınlarının güçlendirilmesi hemşirelik görevidir (Terakye 2011).

Çalışkan ve ark. (2015) kanser tedavisi gören hastalarının yaşam kalitesi ve sosyal destek seviyelerinin değerlendirilmesi amacıyla, 102 hasta ile yapmış olduğu çalışmada sosyal destek düzeyindeki puanlar arttıkça, genel sağlık durumu, fiziksel, emosyonel, bilişsel fonksiyonlarından almış oldukları puanlarda artış görülmekte; sosyal destek puanları azaldıkça da uykusuzluk ve halsizlik gibi semptomlardan almış oldukları puanların yükseldiğini belirtmişlerdir.

2.2.2. Sosyal Destek ve Kanser

Kanser; hastaları birçok boyutta etkileyip yaşamlarında ciddi değişikliklere yol açabilmekte, uzun ve yorucu olan tedavi süreci ile de birçok ruhsal hastalık belirtisinin ortaya çıkmasına sebebiyet verebilmektedir. Başta aile ve arkadaş grubu olmak üzere hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının sağlamış olduğu sosyal destek hastalığın seyrini olumlu yönde etkilemektedir (Dedeli ve ark. 2008).

Kanser hastalarının tedavi sürecinde önemli bir faktör olan sosyal destek, hastalık sürecinde meydana gelen ekonomik ve psikososyal sorunların azaltılmasında ve tıbbi tedaviden en iyi şekilde faydalanmada önemli bir role sahiptir (Işıkhani 2007). Sosyal destek, biyolojik ve psikolojik sağlığın önemli bir göstergesi olup hastalarda anksiyete gibi yaygın görülen rahatsızlıklardan koruyabilir ya da iyileşme süreci üzerine pozitif bir etki yaratabilir (Işıkhani 2007). Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte 105 hasta ile yapılan çalışmada, sosyal desteğin yararlı olduğu ve aile bireylerinden alınan duygusal destek ile kanserli hastaların genel iyilik hali arasında olumlu bir ilişki olduğu görülmüştür (Dedeli ve ark. 2008).

Kanser tanısının konmasıyla beraber yaşanan belirsizlik ile korku hastalarda sosyal destek ihtiyacını artırabilmekte ve bu süreç hastaların sosyal destek sistemleri olan aile ve diğer sosyal destek gruplarını da etkileyebilmektedir. Sosyal destek grupları, stres kaynağını ortadan kaldıramasa da hastanın başa çıkma ve motivasyonu üzerine olumlu etki yaratmakta, hastalık sürecine uyumunu kolaylaştırmaktadır (Arslan ve ark. 2008). Yapılan bazı araştırmalar, kanser hastalarında sosyal desteğin, fiziksel sağlık, refah ve uyum üzerinde bir etkisi olduğunu göstermektedir (Hann ve ark. 2002, Parker ve ark. 2003, Ashing ve ark. 2004).

2.3. Anksiyete

Nedeni bilinmeyen, içten gelen belirsizlik, nedensiz bir tedirginlik ve korku hali, her an kötü bir şey olacaktı endişesi ile seyreden, somatik belirtilerin de eşlik ettiği korku ve tedirginlik hali olarak tanımlanabilir (Bal ve ark 2013, Buzlu ve ark 2010). Anksiyete, gelecekteki olası olumsuz olaylar için beklentiyle ilişkili bir ruh hali durumudur (Barlow, 2004). Korku ve endişe ile karakterize olan anksiyete her yaşta yaygındır. Bir kişi stres kaynağı ile baş edemediğinde endişe bir bozukluk haline gelir ve anksiyete, kişinin günlük yaşam aktivitelerine müdahale eder. Anksiyete bozukluğunun merkezi, bireyin stresörü yanlış yorumlaması ve stres etmenine verilen yanıtı abartmasıdır (Keogh 2014). Otonom sinir sisteminin yüksek aktivitesinden kaynaklanan ani bir endişe hissi “durumluk kaygı” olarak kabul edilirken, belirsiz durumları yüksek derecede tehdit edici olarak algılamaya yatkınlık, “sürekli kaygı” olarak adlandırılır (Funder 2012).

Fiziksel ve zihinsel belirtileri olan anksiyete, birçok hastalıkta karşılaşılan bir belirtidir. İnsanlarda farklı ruhsal ve duygusal çelişkiler sonucunda ortaya çıkan anksiyete farklı süre ve düzeyde yaşanabilmektedir. Bazı bireylerde normal sınırlarda yaşanırken bazılarında kısa süreli ya da uzun süreli yaşanmaktadır. Anksiyetenin yoğunluğuna ya da seviyesine bağlı olarak birey için yararı değişebilmektedir. Patolojik anksiyete ise, süresi ya da yoğunluğuna bağlı olmaksızın ortaya çıkan bir uyarana verilen uygunsuz cevap olarak ortaya çıkmaktadır (Öz 2010, Özakkaş 2014). Anksiyete hafif, orta, şiddetli ve panik olmak üzere dört farklı düzeyde yaşanabilmektedir.

Hafif Düzey Anksiyetede; bireyin enerjisinde artışa neden olan çok az bir gerilim mevcuttur. Detaylara ilgi, etkin problem çözme becerileri, çevreye duyarlılık, kendine güven artmıştır.

Orta Düzey Anksiyetede; bireyin dikkat ve gerginliği artmıştır. Kendisi için önemli konulara yoğunlaştığından dolayı çevresel ayrıntıların daha az farkındadır. Çarpıntı, ağız kuruluğu, sıkça beden pozisyonlarında değişim, ses tonunda değişim, konuşmanın hızlanması, artan kalp atımı, kas gerginliği ve solunum hızı gibi değişimler gözlenebilir.

Şiddetli Düzey Anksiyetede; dikkatini toplamada yetersizlik, seçici dikkatsizlik, kontrolünü kaybetme korkusu, neden sonuç ilişkisi kuramama, mide bulantısı, daralan kavrama alanı, baş dönmesi, karıncalanma hissi, gözbebeklerinin büyümesi gibi değişimler gözlenebilir. Kişi anksiyete düzeyinin yükseldiğinin farkına varmazken gerilimden dolayı meydana

gelen rahatsızlığını fark edebilir. Dikkatini toplama ve mantık yürütmede zorlanan bireye profesyonel yardım gerekebilir.

Panik Düzey Anksiyetede; olaylar arası bağlantı kuramayan birey çevresinde olup biteni kavrayamaz. Nefes darlığı, boğulma hissi, göğüs ağrısı, kusma, ölüm korkusu, aklını yitirme korkusu, görsel alanın bozulması, tutarsız konuşma gibi değişimler gözlenmektedir. Birey kriz aşamasında olup kesinlikle profesyonel yardım gerekmektedir (Öz 2010, Gorman ve ark 2014, Tambağ ve Kaykunoğlu 2017).

Mental bozuklukların tanısız ve sayımsız el kitabı, beşinci baskısı (DSM-V) anksiyete bozukluklarını şu şekilde bildirir: ayrılma anksiyete bozukluğu, seçici mutizm, özgül fobi, toplumsal anksiyete bozukluğu (sosyal fobi), panik bozukluğu, agorafobi, yaygın anksiyete bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı anksiyete bozukluğu, başka bir sağlık durumuna bağlı anksiyete bozukluğu, tanımlanmış diğer bir anksiyete bozukluğu, tanımlanmamış anksiyete bozukluğu (APA 2013).

2.3.1. Anksiyete ve Kanser

Kanser tanısı konduktan sonra ya da tedavi sürecinde gelişebilen anksiyete fark edilmediğinde tedavisiz kalabilmektedir. Kansere hastalarında anksiyetenin görülme sıklığı artmakla beraber yaklaşık %30'unda kronik anksiyete mevcuttur (Aydoğan ve ark 2012). Kansere karşı normal bir adaptasyonun bir parçası olabilen anksiyete, semptomlar geliştikten sonra tıbbi bakım arayışını da geciktirebilir ya da engelleyebilir, bu durum hastalığın seyrini olumsuz yönde etkileyebilir (Trill 2013). Bireyin yaşadığı anksiyetenin uygun olarak ele alınması kişinin benlik bütünlüğünün devamına ve iyileşmesine yardımcı olmaktadır (Öz 2010). Kansere hastalarındaki anksiyete düzeyinin düşürülmesi ile tedaviye uyum düzeyi ve yaşam kalitesinin pozitif yönde etkilenmesi beklenmektedir (Aydoğan ve ark 2012).

Kansere tanısı alan hastada anksiyete düzeyini etkileyen faktörleri üç ana grupta toplayabiliriz. Bunlar;

Tıbbi faktörler: kanserin evresi ve tipi, hastalığın seyri ve bulantı-kusma, ağrı ve gelişebilen diğer yan etkiler.

Psikolojik faktörler: hastanın daha önceki uyum, baş etme yetenekleri, psikososyal gelişimi.

Sosyal faktörler: hastanın aileden, arkadaşlarından, tıbbi destek ekibinden, çevresinden psiko-sosyal ve duygusal destek alabilme seviyesidir (Özkan 2002).

Anksiyetenin azaltılmasında en önemli etmenler aile ve tıbbi tedavi ekibinin koruyucu ve empatik yaklaşımıdır. Tedavi programında hastaların aktif rol alması faydalıdır (Özkan 2002). Aileler başarılı tedavi planlamasında önemli bir rol oynamakta ve sağlık ekibinin ayrılmaz bir parçası olmalıdır (Antai Otong 2016). Anksiyeteli bireyde meydana gelen değişimlerin dörtte üçü bedensel belirtilerle dışa vurulur. Tıbbi tedavi ekibinde önemli yer edinen hemşirelerin dikkatli gözlemi ile anksiyetenin varlığı belirlenebilir (Buzlu ve ark 2015). Hemşireler çeşitli anksiyete bozukluklarının semptomlarını belirlemek, uygun tedaviyi başlatmak ve uygun tavsiyeleri yapmak için kilit konumdadırlar (Antai Otong 2016).

Genel olarak kanser tanı ve tedavi sürecinde; hastaların sosyal yaşamında, yaşanan fiziksel zorlukların ve kısıtlanmaların yanında, etkisi ağır olan ruhsal sorunlara neden olabilmekte, hastalığın seyri ve tedaviye yanıtı olumsuz etkileyebilmektedir. Uzun ve zorlu bir dönemi kapsayan kanser tedavi sürecinde hastaların hastalıkla etkili bir şekilde baş edebilme becerilerinin geliştirilmesi, hastaların ruh sağlığının korunması açısından önem arz etmektedir. Çok yönlü sorunları olan bu hastalığın bütüncül tedavi ve bakımları multidisipliner olarak ele alınmalıdır. Tedavi süreci ve sonrasında hastanın psiko-sosyal iyiliğinin korunması ve devam ettirilmesi de temel tedavi programı içinde olmalıdır. Sosyal destek bu tedavi programının sağlanmasında çok önemli bir araçtır (Tuncay 2010).

Literatür incelemesinde sosyal desteğin kanser hastaları için faydalı olduğunu ve aile üyelerinden sağlanan duygusal destek ile kansere karşı fiziksel ve psikolojik uyum derecesi arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu belirten çalışmalar vardır (Dedeli ve ark. 2008, Usta 2012, Penedo ve ark 2012). Sosyal destek araştırmaları, meme kanseri hastalarının belirli sosyal destek gereksinimlerine sahip olduğunu ve sosyal desteğin, sıkıntıyı ve psikiyatrik sorunları azaltarak, meme kanseri hastalarının psikososyal işlevselliklerini ve yaşam kalitesini yükselttiğini gösteren çalışmalar mevcuttur (Arora ve ark. 2007, Baidar ve ark. 2003, Bloom ve ark. 2001, Talley ve ark. 2010). Sosyal desteğin düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı görülmektedir. Hastaların sosyal destek düzeyi arttıkça hastaların genel sağlık durumları, fiziksel, emosyonel, bilişsel fonksiyonları artmakta; sosyal destek azaldıkça halsizlik ve uykusuzluk semptomları artmaktadır

(Çalışkan ve ark. 2005). İmamoğlu (2016) anksiyete düzeyinin, algılanan sosyal destek değişkeni ile ilişkisinin zayıf olduğu; bireylerin sosyal destek düzeyi arttıkça anksiyete düzeyinin azalmakta olduğunu belirtmektedir.

Anksiyete doğal bir insan tepkisi ve uyarlanabilir uyarı mekanizması olsa da, durumun kontrol edilemeyen ve aşırı belirgin olması patolojik bir rahatsızlığa dönüşebilir. Beşer ve Öz'ün (2003) çalışmalarında kemoterapi tedavisinin uzun sürmesi ve yan etkilerin artması anksiyete ve depresyon düzeyinin artmasına neden olduğu bulunmuştur. Schreier ve Williams (2004) kemoterapi ve radyoterapi alan meme kanserli hastaların anksiyete ve yaşam kalitelerini inceledikleri çalışmalarında, kemoterapi öncesi hastaların anksiyete seviyeleri yüksek bulunmuştur. Kanser hastalarındaki anksiyete varlığı ve seviyeleri; yaş (Schreier ve Williams 2004, Alacacıoğlu ve ark 2007), cinsiyet (Alacacıoğlu 2006), eğitim düzeyi (Montazeri ve ark 2000, Gülçığ Çapar 2010), meslekler (Mutluay 2013), gelir durumu (Nordin ve ark 2001) gibi faktörlerden etkilendiğini belirten çalışmalar mevcuttur.

3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, ayaktan kemoterapi tedavisi alan hastalarda sosyal destek ve anksiyete düzeylerini, Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği düzeyi ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği düzeyi ve Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği arasındaki ilişkiyi, hasta bireylerin sosyodemografik özellikleri, sosyal aktiviteleri ve hastalığın yaratmış olduğu etkilerin belirlenmesi amacıyla kesitsel bir çalışma olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Sağlık Bakanlığı İl Sağlık Müdürlüğü Hatay Devlet Hastanesinde yer alan günübirlik kemoterapi ünitesinde yapılmıştır.

Ayaktan kemoterapi ünitesinde on adet hasta tedavi koltuğu, iki adet hasta yatağı ve sitotoksik ilaç hazırlama odası bulunmaktadır. Ünite de iki hekim, üç hemşire ve bir yardımcı personel ile yetişkin hastalara hafta içi, gündüz hizmet verilmektedir. Tedavi öncesi hastalara kemoterapinin etki ve yan etkileri hakkında hemşireler tarafından bilgilendirilme yapılmaktadır. Tedavi sürecinde ortaya çıkabilecek yan etkilere karşı hastaların alabileceği önlemler hakkında eğitim verilmektedir. Hasta yakınları, tedavi sürecinde ünitenin dışındaki bekleme salonunda beklemektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evreni Sağlık Bakanlığı İl Sağlık Müdürlüğü Hatay Devlet Hastanesinde hizmet veren ve Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde hizmet veren ayaktan kemoterapi ünitelerine son bir yıl içinde (Ocak 2015- Aralık 2015) başvuran hastalar (n=853) oluşturacak şekilde planlanmıştır. Evrendeki birey sayısının bilindiği durumlarda örneklem hesabında kullanılan formülden yararlanılarak örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır (Tezcan 1992).

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde hizmet veren ayaktan kemoterapi ünitesi veri toplama sürecinden önce kapandığı için araştırma kapsamına dahil edilememiş ve tüm veriler Sağlık Bakanlığı İl Sağlık Müdürlüğü Hatay Devlet Hastanesi binasında hizmet veren gününbirlik kemoterapi ünitesinde toplanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden 104 hasta ile tamamlanmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplama araçları olarak araştırmacı tarafından geliştirilen Kişisel Bilgi Formu, 'Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği' ve 'Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği' kullanılmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Bu form hasta bireylerin sosyodemografik özellikleri, hastalık bilgileri, sosyal aktiviteleri ve hastalığın yaratmış olduğu bazı etkiler hakkında bilgi edinmek amacıyla araştırmacı tarafından literatür incelenerek oluşturulan 15 soruluk (Ek-1) bir formdur (Beşer ve Öz 2003, Karakoç 2008, Dedeli ve ark 2008, Öksüz ve ark 2013).

3.4.2. Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği

Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği (KHSDÖ), hastaların, ailelerinden aldıklarını düşündükleri sosyal destek türünü ve düzeyini belirlemek amacıyla ülkemizde Eylene (2002) tarafından geliştirilmiş ve geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır. KHSDÖ 35 maddeden oluşan, özellikle kanser hastalarının ailelerinden algıladıkları sosyal desteği ölçmek üzere geliştirilmiştir. Hastaların ailelerinden algıladıkları desteğin derecesi, 5'li derecelendirme ölçeği ile belirlenmiştir (Ek-2).

Toplam 35 sorudan oluşan ölçme aracındaki maddelerin 13'ü (5, 9, 13, 14, 21, 22, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33) olumsuz, 22'si olumlu ifadeden oluşmaktadır. Bireylerden, her bir ifadeye ilişkin yanıtlarını beşli likert tipi ölçekle (5) "benim durumuma çok uygun", (4) "benim durumuma uygun", (3) "benim durumuma kısmen uyuyor", (2) "benim durumuma uygun değil" ve (1) "benim durumuma hiç uygun değil", seçeneklerinden kendi durumuna uygun olanı belirtmeleri istenmiştir. Maddelere verilen yanıtlar olumlu maddelerde "benim

durumuma çok uygun”dan, “benim durumuma hiç uygun değil” seçeneklerine 5’den 1’e olumsuz maddelerde ise aynı seçenekler için 1’den 5’e doğru puan verilerek puanlanmaktadır. Uygulanan ölçek sonucunda güven desteği puanı, duygusal destek puanı ve bilgi desteği puanı olumlu maddelerden alınan puanların toplamı ile olumsuz maddelerin puanlarının ters çevrilip toplanmasından elde edilir. Algılanan sosyal destek puanı, bu alt ölçek puanlarının toplamına eşittir. Ölçekte yüksek puan kanser hastasının ailesinden algıladığı sosyal desteğin yüksek olduğunu gösterir. Ölçeğin puan ranjı '35-175'dir (Eylen 2002).

Ölçeğin güvenilirliğini belirlemek amacıyla Alpha hesaplanmış, 0.92 olarak bulunmuştur. Her bir alt ölçeğin Alpha katsayıları “güven desteği” alt ölçeği için 0.88, “duygusal destek” alt ölçeği için 0.88, ve “bilgi desteği” alt ölçeği için 0.87 olarak bulunmuştur (Eylen 2002).

Araştırmamızda Cronbach Alpha hesaplanmış ve katsayı Alfa= 0.95 olarak bulunmuştur. Her bir alt ölçeğin Alpha katsayıları “güven desteği” alt ölçeği için 0.96, “duygusal destek” alt ölçeği için 0.88, ve “bilgi desteği” alt ölçeği için 0.82 olarak bulunmuştur.

3.4.3. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (State-Trait Anxiety Inventory / STAI)

Spielberger ve ark. (1970) tarafından geliştirilen envanter ile durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini ayrı ayrı saptamak amaçlanmıştır. Türkçeye uyarlanması Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır (Öner ve Le Compte 1983).

Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri toplam kırk maddeden oluşan iki ayrı ölçeği içermektedir (Ek-3). Durumluk Kaygı Ölçeği bireyin belli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini betimlemesini, içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını dikkate alarak cevaplamasını; Sürekli Kaygı Ölçeği ise, bireyin genellikle nasıl hissettiğini betimlemesini gerektirmektedir. Her iki ölçek, yirmişer maddeden oluşmuştur.

Öner ve Le Compte tarafından yapılan güvenilirlik çalışmasında, Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri'nin Alpha güvenilirlik katsayısını Sürekli Kaygı Ölçeği için çeşitli uygulamalarda 0,83-0,87 arasında, Durumluk Kaygı Ölçeği için 0,94-0,96 arasında bulunmuştur (Öner ve Le Compte 1983).

Puanlanmasında, ölçeklerde 'doğrudan (düz)', ve 'tersine çevrilmiş', ifadeler vardır. Olumlu duygular 'ters' ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüştürülür. Olumsuz duygular dile getiren doğrudan ifadelerde yanıtlar kaygının yüksekliğini gösterir. Tersine çevrilmiş ifadelerde ise 4 değerindeki yanıtlar düşük, 1 değerindeki yanıtlar yüksek kaygıyı gösterir. Durumluk Kaygı Ölçeği'nde 10 tane (1, 2 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddeler), Sürekli Kaygı Ölçeği'nde ise 7 tane (21, 26, 27 30, 33, 36 ve 39. maddeler) tersine çevrilmiş ifade vardır. Puanların yorumlanmasında, en son elde edilen puan bireyin anksiyete puanıdır. Her iki ölçekten elde edilen puanlar kuramsal olarak 20 ile 80 arasında değişmektedir. Yüksek puan yüksek anksiyete seviyesini, düşük puan ise düşük anksiyete seviyesini ifade etmektedir (Öner ve Le Compte 1983, Aydemir ve Köroğlu 2006).

Araştırmamızda Durumluk Anksiyete Ölçeği Cronbach's alfa değeri 0.92, Sürekli Anksiyete Ölçeği Cronbach's alfa değeri 0.85 olarak bulunmuştur.

3.5. Araştırmanın Uygulanması

Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından Mayıs 2016 ile Ağustos 2017 tarihleri arasında toplanmış olup, formun ve ölçeklerin doldurulma süresi yaklaşık olarak 40 dakika sürmüştür. Uygulama öncesi araştırmacı tarafından, hastalardan sözel izin alınmış, açıklama yapılmış ve araştırmaya katılmayı kabul edenlerden bilgilendirilmiş gönüllü onamları yazılı olarak alınmıştır (Ek-4). Araştırma çalışmaya katılmayı kabul eden 104 kişi ile tamamlanmıştır.

3.6. Etik Kurul Onayı ve Araştırma İzinleri

Araştırmanın uygulanması için gerekli olan etik izin, Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 11/01/2016/07 nolu Etik Kurul Onayı ile alınmıştır (Ek-5). Sonrasında ise Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden gerekli yazılı izin (Ek-6) ve Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden gerekli yazılı izin (Ek-9) alınmıştır. Uygulama öncesi araştırmacı tarafından, hastalardan sözel izin alınmış, açıklama yapılmış ve araştırmaya

katılmayı kabul edenlerden bilgilendirilmiş gönüllü onamları yazılı olarak alınmıştır (Ek-4). Araştırmada kullanılan ölçeklerin izinleri alınmıştır (Ek-7 ve Ek-8).

3.7. Araştırmanın Sınır ve Sınırlılıkları

Araştırma, Mayıs 2016 ile Ağustos 2017 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı İl Sağlık Müdürlüğü Hatay Devlet Hastanesi binasında yer alan günübirlik kemoterapi ünitesinde tedavi alan hastaların veri toplama formlarına verdikleri cevaplar ile sınırlıdır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler için SPSS Windows versiyon 24.0 paket programı kullanıldı (IBM SPSS 2016). Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shaphiro Wilk testi ile test edilmiş, normal dağılmayan özelliklerin iki bağımsız grupta karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Ayrıca sayısal verilerin ikiden fazla bağımsız grupta karşılaştırılmasında normal dağılmayan özellikler için ise Kruskal Wallis testi ve All Pairwise çoklu karşılaştırma testi kullanılmıştır. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon katsayısı ile test edilmiştir. Geçerlik ve güvenilirliğin test edilmesi amacıyla Cronbach alfa katsayıları hesaplanmıştır. Tanımlayıcı istatistik olarak sayısal değişkenler için ortalama±standart sapma, kategorik değişkenler için ise sayı ve yüzde değerleri verilmiştir. İstatistiksel olarak p değeri <0.05 anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde ayaktan kemoterapi alan hastaların, tanıtıcı bilgileri ile alternatif tedavi kullanımı ve aktivitelerinin sosyal destek ve anksiyete düzeylerine olan etkileri sunulmuştur.

Çizelge 4.1 Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri

Tanımlayıcı Özellikler	n (104)	%
Yaş Grupları (53,85±12,80)		
<40 yaş	12	11.5
40-49 yaş	32	30.8
50-59 yaş	23	22.1
60-69 yaş	22	21.2
70≥ yaş	15	14.4
Cinsiyet		
Kadın	57	54.8
Erkek	47	45.2
Öğrenim Durumu		
Okuryazar Değil	24	23.1
İlköğretim	67	64.4
Lise ve Üzeri	13	12.5
Meslek		
Ev Hanımı	51	49.0
İşsiz	9	8.7
Serbest Meslek	34	32.7
Memur	10	9.6
Gelir Durumu		
Gelir Giderden Fazla	9	8.6
Gelir Gidere Denk	26	25.0
Gelir Giderden Az	19	18.3
Geliri Yok	50	48,1
Medeni Durumu		
Evli	91	87.5
Bekâr-Boşanmış	13	12.5
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	76	73.1
Geniş Aile	28	26.9
Kronik Hastalık		
Olan	23	22.1
Olmayan	81	77.9
Tedaviye Kimlerle Geldiği		
Tek Başına	20	19.2
Birinci Derece Akraba	80	77
Diğer(Bakıcı, Komşu)	4	3.8

Çizelge 4.1 Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri devam

Tanımlayıcı Özellikler	n (104)	%
Hobi ve Boş Zamanları Değerlendirme*		
Elişi Yapma	18	17.3
Yürüyüş	28	26.9
Televizyon İzleme	50	48.1
Kitap Okuma	9	8.7
Komşu Akraba Ziyareti	14	13.5
Diğer	14	13.5
İyileşme Beklentisinin Durumu		
İyileşip Eski Haline Döneceğime İnanıyorum	29	27.9
İyileşeceğime İnanıyorum	59	56.7
İlerlemesinin Duracağına İnanıyorum	7	6.7
Kısmen İyileşeceğime İnanıyorum	8	7.7
İyileşeceğime İnanmıyorum	1	1.0
Alternatif Tedavi Kullanımı		
Hayır	100	96.2
Evet (Polen, Isırgan Otu)	4	3.8
Gereksinim Duyduğu Anda Yardım Talep Edebilme		
Evet	87	83.7
Hayır	17	16.3
Yardıma İhtiyaç Olduğunda Yardım Talep Edilen Kişi(n=87)		
Ailesi	83	95.4
Diğer (Bakıcı)	4	4.6
Tedavinin Aile İle Olan İlişkiyi Etkileme Durumu		
Evet	38	36.5
Hayır	66	63.5

*n katlanmıştır.

Çizelge 4.1’de hastaların tanıtıcı özellikleri yer almaktadır. Hastaların %30,8’inin 40-49 yaş grubunda, %54,8’inin kadın, 64,4’ünün ilköğretim mezunu, yaklaşık yarısının (%49) ev hanımı, %48,1’inin gelirinin olmadığı, %87,5’inin evli olduğu, %73,1’inin çekirdek ailede yaşadığı, %77,9’unun herhangi bir kronik hastalığının olmadığı saptanmıştır.

Hastaların %77 sinin tedaviye birinci derece akraba ile geldiği, %48,1’inin boş vakitlerinde film-televizyon izlediği, %56,7’sinin tedaviden sonra iyileşeceğine inandığı, %96,2’sinin alternatif tedavi kullanmadığı, %83,7’sinin ihtiyaç halinde rahat bir şekilde yardım talep edebildiği ve bu yardımı %95,4’ünün ailesinden talep ettiği, %63,5’i tanı ve tedavinin aile ve yakınları ile olan ilişkilerini etkilemediği saptanmıştır.

Çizelge 4.2 Hastaların KHSDÖ ve STAI Puan Ortalamaları (n=104)

ÖLÇEKLER	Ort ± SS	Minimum	Maksimum
KHSDÖ			
Güven Desteği	56.50±8.16	20.00	65.00
Duygusal Destek	48.59±7.66	27.00	60.00
Bilgi Desteği	36.28±7.28	22.00	50.00
KHSDÖ Toplam	141.38±20.82	79.00	175.00
STAI			
Durumluk Kaygı	40.40±3.89	32.00	50.00
Sürekli Kaygı	46.67±6.33	32.00	64.00

Çizelge 4.2'de hastaların KHSDÖ ve STAI puan ortalamaları yer almaktadır. Araştırmaya katılan hastaların KHSDÖ toplam puan ortalaması 141,38±20,82 KHSDÖ alt ölçeklerinden; güven desteği puan ortalaması 56,50±8,16, duygusal destek puan ortalaması 48,59±7,66 ve bilgi destek puan ortalaması 36,28±7,28 olarak bulunmuştur.

Araştırmaya katılan hastaların STAI ölçeklerinden; durumluk kaygı puan ortalaması 40,40±3,89 ve sürekli kaygı puan ortalaması 46,67±6,33 olarak bulunmuştur.

Çizelge 4.3 Hastaların Sosyo-Demografik Bilgilerine Göre KHSDÖ Toplam ve Alt Ölçekler Puan Ortalamaları

Sosyo-Demografik Özellikler	N	KHSDÖ Toplam ve Alt Ölçekler			
		Güven desteği $\bar{x} \pm SS$	Duygusal destek $\bar{x} \pm SS$	Bilgi desteği $\bar{x} \pm SS$	KHSDÖ Toplam $\bar{x} \pm SS$
Yaş					
<40	12	56.17 ± 6.94	48.67 ± 6.87	36.08 ± 8.51	140.92 ± 20.67
40-49	32	58.81 ± 7.33	51.00 ± 7.30	37.34 ± 7.52	147.16 ± 19.45
50-59	23	55.57 ± 7.35	46.30 ± 6.24	33.65 ± 6.60	135.52 ± 17.29
60-69	22	54.68 ± 7.97	46.77 ± 7.93	36.23 ± 7.34	137.68 ± 21.76
70≥	15	55.93 ± 11.57	49.6 ± 9.68	38.33 ± 6.41	143.87 ± 25.99
		$\chi^2 = 5.175$ P= 0.270	$\chi^2 = 7.713$ P= 0.103	$\chi^2 = 5.117$ P= 0.276	$\chi^2 = 6.235$ P= 0.182
Cinsiyet					
Kadın	57	57.32 ± 6.93	49.21 ± 6.67	35.68 ± 6.97	142.21 ± 18.28
Erkek	47	55.51 ± 9.43	47.85 ± 8.74	37.02 ± 7.67	140.38 ± 23.71
		Z = -0.891 P= 0.373	Z = -0.696 P= 0.486	Z = -0.919 P= 0.358	Z = -0.320 P= 0.749
Öğrenim Durumları					
Okuryazar Olmayan	24	55.83 ± 7.76	47.33 ± 7.39	34.17 ± 6.79	137.33 ± 19.74
İlköğretim	67	56.88 ± 7.32	49.10 ± 7.49	37.12 ± 7.29	143.10 ± 20.18
Lise ve Üniversite	13	55.77 ± 12.62	48.31 ± 9.31	35.92 ± 7.93	140.00 ± 26.17
		$\chi^2 = 1.029$ P= 0.598	$\chi^2 = 1.200$ P= 0.549	$\chi^2 = 2.824$ P= 0.244	$\chi^2 = 1.811$ P= 0.404
Meslek					
Ev kadını	51	57.08 ± 7.05	48.84 ± 6.70	35.33 ± 7.06	141.25 ± 18.36
İşsiz	9	51.89 ± 7.70	45.11 ± 7.79	35.56 ± 5.46	132.56 ± 19.42
Serbest meslek	34	57.56 ± 7.45	49.09 ± 8.24	37.26 ± 8.25	143.91 ± 22.14
Memur	10	54.10 ± 14.01	48.80 ± 10.32	38.50 ± 6.31	141.40 ± 29.26
		$\chi^2 = 4.225$ P= 0.238	$\chi^2 = 2.233$ P= 0.525	$\chi^2 = 2.570$ P= 0.463	$\chi^2 = 2.282$ P= 0.516
Gelir Durumları					
Gelir giderden Fazla	9	53.78 ± 14.50	47.00 ± 9.87	34.56 ± 6.86	135.33 ± 27.40
Gelir gidere Denk	26	57.35 ± 7.17	49.50 ± 7.25	38.46 ± 6.69	145.31 ± 19.97
Gelir Giderden Az	19	52.26 ± 8.12	46.11 ± 7.39	35.84 ± 6.34	134.21 ± 20.39
Geliri yok	50	58.16 ± 6.62	49.36 ± 7.54	35.64 ± 7.93	143.16 ± 19.86
		$\chi^2 = 7.907$ P= 0.048	$\chi^2 = 3.057$ P= 0.383	$\chi^2 = 3.650$ P= 0.302	$\chi^2 = 3.693$ P= 0.297
Medeni Durumları					
Evli	91	56.86 ± 8.36	48.66 ± 7.72	36.38 ± 7.36	141.90 ± 21.15
Diğer	13	54.00 ± 6.28	48.15 ± 7.55	35.62 ± 7.01	137.77 ± 18.77
		Z= -1.723 P= 0.085	Z= -0.182 P= 0.856	Z= -0.526 P= 0.599	Z= -0.654 P= 0.513
Aile Tipleri					
Çekirdek Aile	76	56.20 ± 8.23	48.09 ± 7.40	36.14 ± 7.50	140.43 ± 20.60
Geniş Aile	28	57.32 ± 8.06	49.96 ± 8.32	36.68 ± 6.82	143.96 ± 21.58
		Z= -0.707 P= 0.479	Z= -1.086 P= 0.278	Z= -0.260 P= 0.795	Z= -0.722 P= 0.470

* Z : Mann-Whitney U, χ^2 : Kruskal-Wallis H

Çizelge 4.3'te hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre KHSDÖ toplam ve alt ölçekler puan ortalamaları verilmiştir. Buna göre;

Hastaların gelir durumları ile KHSDÖ alt ölçeği güven desteği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Yapılan ileri analiz testi all pairwise'e göre; geliri olmayan grubun puanları, geliri giderden az olan grubun puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0,05$).

Hastaların yaşları, cinsiyetleri, öğrenim durumları, meslekleri, medeni durumları ve aile tipleri ile KHSDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).



Çizelge 4.4 Hastaların Tanıtıcı Bilgilerine Göre KHSDÖ Toplam ve Alt Ölçekler Puan Ortalamaları

Hastalara ilişkin özellikler	N	KHSDÖ Toplam ve Alt Ölçekler			
		Güven Desteği $\bar{x} \pm SS$	Duygusal Destek $\bar{x} \pm SS$	Bilgi Desteği $\bar{x} \pm SS$	KHSDÖ Toplam $\bar{x} \pm SS$
Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumlarına Göre					
Olan	23	58.26 ± 7.01	49.96 ± 7.56	36.96 ± 6.83	145.17 ± 19.90
Olmayan	81	56.00 ± 8.43	48.21 ± 7.70	36.10 ± 7.44	140.31 ± 21.07
		Z= -1.147 P= 0.251	Z= -0.937 P= 0.349	Z= -0.647 P= 0.518	Z= -0.925 P= 0.355
Tedaviye Geldikleri Kişiler					
Tek Başına	20	50.60 ± 11.24	45.15 ± 8.30	35.30 ± 6.84	131.05 ± 24.55
Birinci Derece Akraba	80	58.03 ± 6.62	49.30 ± 7.45	36.61 ± 7.55	144.06 ± 19.52
Diğer	4	55.50 ± 6.19	49.25 ± 4.86	34.75 ± 3.86	139.50 ± 11.33
		$\chi^2= 8.769$ P= 0.012	$\chi^2= 4.477$ P= 0.107	$\chi^2= 0.737$ P= 0.692	$\chi^2= 4.908$ P= 0.086
İyileşme Beklentilerine Göre					
Hastalığın İyileşip Eski Halime Döneceğim	29	58.21 ± 5.63	49.93 ± 5.42	36.69 ± 6.10	144.83 ± 15.49
Hastalığın İyileşeceğime İnanıyorum	59	55.75 ± 9.00	47.73 ± 8.62	35.61 ± 8.10	139.08 ± 23.11
Hastalığın İlerlemesinin Duracağına İnanıyorum	7	56.71 ± 9.52	48.86 ± 8.61	37.29 ± 7.83	142.86 ± 24.04
Hastalığın Kısmen İyileşeceğine İnanıyorum veya İyileşeceğime İnanmıyorum	9	55.78 ± 8.71	49.78 ± 6.74	38.67 ± 4.64	144.22 ± 18.60
		$\chi^2= 0.995$ P= 0.802	$\chi^2= 1.386$ P= 0.709	$\chi^2= 1.837$ P= 0.607	$\chi^2= 1.601$ P= 0.659
Yardım Talep Edebilme					
Eden	87	57.52 ± 7.52	49.74 ± 7.42	36.97 ± 7.58	144.22 ± 20.37
Edemeyen	17	51.29 ± 9.53	42.76 ± 6.29	32.82 ± 4.23	126.88 ± 17.14
		Z= -2.820 P= 0.005	Z= -3.384 P= 0.001	Z= -2.077 P= 0.038	Z= -2.972 P= 0.003
Kimden Yardım Talep Ettiğine Göre					
Ailesi	83	57.02 ± 7.35	48.97 ± 7.39	36.36 ± 7.33	142.35 ± 19.91
Diğer	4	54.80 ± 9.73	47.60 ± 10.04	36.20 ± 9.65	138.60 ± 28.48
		Z= -0.520 P= 0.959	Z= -0.020 P= 0.984	Z= -0.071 P= 0.943	Z= -0.061 P= 0.951
Aile İle Olan İlişkilerini Etkileme Durumları					
Etkileyen	38	55.32 ± 9.42	45.87 ± 8.18	34.32 ± 7.44	135.50 ± 22.20
Etkilemeyen	66	57.18 ± 7.33	50.17 ± 6.94	37.42 ± 7.01	144.77 ± 19.36
		Z= -0.812 p= 0.417	Z= -2.538 p= 0.011	Z= -2.027 p= 0.043	Z= -2.076 p= 0.038

* Z : Mann-Whitney U, χ^2 : Kruskal-Wallis H

Çizelge 4.4'te hastalara ilişkin özelliklere göre KHSDÖ toplam ve alt ölçekler puan ortalamaları verilmiştir. Buna göre;

Tedaviye kimlerle geldiğine göre KHSDÖ güven alt ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Yapılan ileri analiz testi all pairwise'e göre tedaviye birinci derece akrabası ile gelen hastaların puanları, tedaviye tek başına gelen hastaların puanlarından anlamlı yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Hastaların gereksinim duyduğu anda yardım talep etme durumlarına göre KHSDÖ toplam ve KHSDÖ alt ölçeklerinden, güven desteği, duygusal destek ve bilgi desteği puan ortalamaları; yardım talep eden hastalarda, yardım talep edemeyen hastalara göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Hastaların almış olduğu tedavinin aile ile olan ilişkilerini etkileme durumları ile KHSDÖ toplam ve KHSDÖ alt ölçeklerinden, duygusal destek ile bilgi desteği puan ortalamaları; etkilenmeyenlerin etkileyenlere göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Hastaların kronik hastalığa sahip olma durumları, iyileşme beklentileri ve kimden yardım talep ettiğine göre, KHSDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.5 Hastaların Alternatif Tedavi Kullanımı ve Aktivitelerine Göre KHSDÖ Toplam ve Alt Ölçekler Puan Ortalamaları

Hastaların Alternatif Tedavi Kullanımı ve Aktiviteleri	N	KHSDÖ Toplam ve Alt Ölçekler			
		Güven Desteği $\bar{x} \pm SS$	Duygusal Destek $\bar{x} \pm SS$	Bilgi Desteği $\bar{x} \pm SS$	KHSDÖ Toplam $\bar{x} \pm SS$
Alternatif Tedavi Kullanımı					
Kullanan	4	56.75 ± 4.99	49.75 ± 5.25	37.75 ± 2.06	144.25 ± 11.41
Kullanmayan	100	56.49 ± 8.28	48.55 ± 7.76	36.23 ± 7.42	141.27 ± 21.14
		Z= -0.137 P= 0.891	Z= -0.245 P= 0.806	Z= -0.525 P= 0.600	Z= -0.211 P= 0.833
Hobi ve Boş Zamanlarında El İşi Yapma					
Yapan	18	58.72 ± 5.51	50.89 ± 4.52	38.06 ± 5.73	147.67 ± 12.88
Yapmayan	86	56.03 ± 8.57	48.12 ± 8.11	35.92 ± 7.55	140.07 ± 21.96
		Z= -1.055 P= 0.292	Z= -1.372 P= 0.170	Z= -1.320 P= 0.187	Z= -1.457 P= 0.145
Yürüyüş Yapma					
Yapan	28	57.71 ± 7.33	49.46 ± 7.55	36.71 ± 7.89	143.89 ± 20.67
Yapmayan	76	56.05 ± 8.45	48.28 ± 7.73	36.13 ± 7.11	140.46 ± 20.94
		Z= -0.907 P= 0.364	Z= -0.734 P= 0.463	Z= -0.202 P= 0.840	Z= -0.627 P= 0.531
Televizyon İzleme					
İzleyen	50	56.68 ± 9.24	48.40 ± 8.29	36.58 ± 8.43	141.66 ± 23.24
İzlemeyen	54	56.33 ± 7.11	48.78 ± 7.12	36.02 ± 6.12	141.13 ± 18.53
		Z= -0.799 P= 0.424	Z= -0.176 P= 0.860	Z= -0.306 P= 0.760	Z= -0.387 P= 0.699
Kitap Okuma					
Okuyan	9	60.67 ± 5.10	52.33 ± 6.20	40.22 ± 5.47	153.22 ± 15.33
Okumayan	95	56.11 ± 8.31	48.24 ± 7.72	35.92 ± 7.35	140.26 ± 20.99
		Z= -1.536 P= 0.125	Z= -1.534 P= 0.125	Z= -1.684 P= 0.092	Z= -1.810 P= 0.070
Komşu-Akraba Ziyaret Etme					
Eden	14	56.50 ± 8.73	48.36 ± 7.42	35.71 ± 7.78	140.57 ± 20.75
Etmeyen	90	56.50 ± 8.12	48.63 ± 7.74	36.38 ± 7.25	141.51 ± 20.95
		Z= -0.053 P= 0.958	Z= -0.296 P= 0.768	Z= -0.248 P= 0.804	Z= -0.295 P= 0.768
Diğer Aktiviteler					
Yapan	13	54.54 ± 12.35	48.31 ± 9.07	37.92 ± 6.44	140.77 ± 25.97
Yapmayan	91	56.78 ± 7.44	48.64 ± 7.50	36.05 ± 7.41	141.47 ± 20.16
		Z= -0.288 P= 0.773	Z= -0.030 P= 0.976	Z= -0.940 P= 0.347	Z= -0.084 P= 0.933

* Z : Mann-Whitney U

Çizelge 4.5'te hastaların alternatif tedavi kullanımı ve aktivitelerine göre KHSDÖ toplam ve alt ölçekler puan ortalamaları verilmiştir. Buna göre;

Hastaların alternatif tedavi kullanımı ile hobi ve boş zamanlarında yaptıkları el işi, yürüyüş, televizyon izleme, kitap okuma, komşu akraba ziyareti ve diğer aktiviteler (Ev İşleri, Bilgisayar Karşısında Vakit Geçirmek, Hiçbir Şey, Dua-Kuran Okumak) ile KHSDÖ toplam ve alt ölçekleri puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).



Çizelge 4.6 Hastaların Sosyo-Demografik bilgilerine Göre STAI Ölçeği Puan Ortalamaları

Sosyo-Demografik Özellikler	N	STAI	
		Durumluk Kaygı $\bar{X} \pm ss$	Sürekli Kaygı $\bar{X} \pm ss$
Yaş			
<40	12	41.42 ± 4.08	50.58 ± 6.42
40-49	32	40.25 ± 3.72	48.03 ± 6.35
50-59	23	40.87 ± 3.43	47.00 ± 5.93
60-69	22	39.95 ± 4.34	44.86 ± 6.39
70≥	15	39.87 ± 4.36	42.80 ± 4.30
		$\chi^2 = 1.965$ P = 0.742	$\chi^2 = 14.825$ P = 0.005
Cinsiyet			
Kadın	57	41.04 ± 3.72	50 ± 5.55
Erkek	47	39.64 ± 3.99	42.64 ± 4.69
		Z = -2.310 P = 0.021	Z = -6.113 P = 0.001
Öğrenim Durumları			
Okuryazar Olmayan	24	40.92 ± 3.92	47.46 ± 5.10
İlköğretim	67	40.70 ± 3.95	46.75 ± 6.63
Lise ve Üniversite	13	37.92 ± 2.60	44.85 ± 6.91
		$\chi^2 = 7.258$ P = 0.027	$\chi^2 = 1.330$ P = 0.514
Meslek			
Ev Kadını	51	40.92 ± 3.59	49.71 ± 5.60
İşsiz	9	39.44 ± 3.97	44.00 ± 6.44
Serbest Meslek	34	40.56 ± 4.42	44.21 ± 5.47
Memur	10	38.10 ± 2.73	42.00 ± 5.66
		$\chi^2 = 6.485$ P = 0.090	$\chi^2 = 25.415$ P = 0.001
Gelir Durumları			
Gelir Giderden Fazla	9	38.89 ± 3.59	42.33 ± 6.02
Gelir Gidere Denk	26	39.23 ± 3.49	43.35 ± 4.98
Gelir Giderden Az	19	40.11 ± 4.05	44.95 ± 4.64
Geliri Yok	50	41.40 ± 3.91	49.84 ± 6.10
		$\chi^2 = 7.591$ P = 0.055	$\chi^2 = 26.041$ P = 0.001
Medeni Durumları			
Evli	91	40.53 ± 3.84	46.64 ± 6.46
Diğer	13	39.54 ± 4.27	46.92 ± 5.59
		Z = -1.072 P = 0.284	Z = -0.241 P = 0.809
Aile Tipleri			
Çekirdek Aile	76	39.95 ± 3.33	46.62 ± 6.37
Geniş Aile	28	41.64 ± 4.98	46.82 ± 6.35
		Z = -1.904 P = 0.057	Z = -0.029 P = 0.977

* Z : Mann-Whitney U, χ^2 : Kruskal-Wallis H

Çizelge 4.6'da hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre STAI ölçeği puan ortalamaları verilmiştir. Buna göre;

Hastaların yaşları ile sürekli kaygı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Yapılan ileri analiz testi all pairwise'e göre 70 yaş ve üzeri olanların puanları, 60-69 yaş grubu dışındaki grupların puanlarından anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0,05$). 60-69 yaş grubunun puanları, 40-49 yaş grubu puanlarından anlamlı düzeyde düşüktür ($p<0,05$).

Hastaların cinsiyetleri ile durumluk kaygı ve sürekli kaygı puan ortalamaları, eklerde kadınlara göre düşük ve istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Hastaların öğrenim durumları ile durumluk kaygı ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Yapılan ileri analiz testi all pairwise'e göre lise ve üniversite mezunu hastaların puanları; okuryazar olmayan ve ilköğretim mezunu olan hastaların puanlarından anlamlı düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Hastaların meslekleri ile sürekli kaygı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Yapılan ileri analiz testi all pairwise'e göre, ev kadınlarının puanları; memurların puanlarından, serbest meslek çalışanlarının puanlarından ve işsizlerin puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$).

Hastaların gelir durumları ile sürekli kaygı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Yapılan ileri analiz testi all pairwise'e göre geliri olmayan grubun puanları; geliri giderden az olan grubun puanlarından, geliri gidere denk olan grubun puanlarından ve geliri giderden fazla olan grubun puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$).

Hastaların medeni durumlarına ve aile tiplerine göre STAI ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.7 Hastaların Tanıtıcı Bilgilerine Göre STAI Ölçeği Puan Ortalamaları

Hastalara ilişkin özellikler	N	STAI	
		Durumluk Kaygı $\bar{X} \pm ss$	Sürekli Kaygı $\bar{X} \pm ss$
Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumlarına Göre			
Olan	23	41.91 ± 3.72	46.30 ± 4.98
Olmayan	81	39.98 ± 3.85	46.78 ± 6.70
		Z= -2.204 P= 0.028	Z= -0.173 P= 0.863
Tedaviye Geldikleri Kişilere			
Tek Başına	20	39.60 ± 4.43	43.70 ± 6.10
Birinci Derece Akraba	80	40.65 ± 3.81	47.44 ± 6.33
Diğer	4	39.50 ± 2.65	46.25 ± 3.50
		$\chi^2= 1.246$ P= 0.536	$\chi^2= 5.628$ P= 0.060
İyileşme Beklentilerine Göre			
Hastalığın İyileşip Eski Halime Döneceğim	29	41.66 ± 4.07	48.48 ± 5.53
Hastalığın İyileşeceğine İnanıyorum	59	39.97 ± 3.87	46.49 ± 6.73
Hastalığın İlerlemesinin Duracağına İnanıyorum	7	39.57 ± 4.65	43.71 ± 7.18
Hastalığın Kısmen İyileşeceğine İnanıyorum veya İyileşeceğine İnanmıyorum	9	39.89 ± 1.96	44.33 ± 4.09
		$\chi^2= 5.184$ P= 0.159	$\chi^2= 4.833$ P= 0.184
Yardım Talep Edebilme			
Eden	87	40.57 ± 3.83	46.69 ± 6.39
Edemeyen	17	39.53 ± 4.21	46.59 ± 6.23
		Z= -0.985 P= 0.325	Z= -0.145 P= 0.884
Kimden Yardım Talep Ettiğine Göre			
Ailesi	83	40.41 ± 3.89	46.64 ± 6.27
Diğer	4	38.40 ± 2.88	46.80 ± 6.65
		Z= -1.183 P= 0.237	Z= -0.518 P= 0.605
Aile İle Olan İlişkilerini Etkileme Durumları			
Etkileyen	38	40.42 ± 3.89	47.74 ± 6.91
Etkilemeyen	66	40.39 ± 3.92	46.06 ± 5.95
		Z= -0.237 P= 0.812	Z= -1.352 P= 0.176

* Z : Mann-Whitney U, χ^2 : Kruskal-Wallis H

Çizelge 4.7'de hastalara ilişkin özelliklere göre STAI ölçeği puan ortalamaları verilmiştir. Buna göre;

Kronik hastalığa sahip olma durumlarına göre durumluk kaygı puan ortalamaları; kronik hastalığı olanlarda, kronik hastalığı olmayanlara göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Hastaların tedaviye geldikleri kişiler, iyileşme beklentileri, yardım talep edebilme, kimden yardım talep ettiği ve aile ile olan ilişkilerini etkileme durumları ile durumluk kaygı ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).



Çizelge 4.8 Hastaların Alternatif Tedavi Kullanımı ve Aktivitelerine Göre STAI Ölçeği Puan Ortalamaları

Hastaların Alternatif Tedavi Kullanımı ve Aktiviteleri	N	STAI	
		Durumluk Kaygı $\bar{X} \pm ss$	Sürekli Kaygı $\bar{X} \pm ss$
Alternatif Tedavi Kullanımı			
Kullanan	4	39.75 ± 2.06	45.00 ± 3.83
Kullanmayan	100	40.43 ± 3.95	46.74 ± 6.42
		Z = -0.323 P = 0.747	Z = -0.550 P = 0.582
Hobi ve Boş Zamanlarında El İşi Yapma			
Yapan	18	40.56 ± 3.71	47.67 ± 6.56
Yapmayan	86	40.37 ± 3.95	46.47 ± 6.31
		Z = -0.773 P = 0.440	Z = -0.469 P = 0.639
Yürüyüş Yapma			
Yapan	28	42.29 ± 4.47	48.07 ± 7.03
Yapmayan	76	39.71 ± 3.43	46.16 ± 6.03
		Z = -2.935 P = 0.003	Z = -0.895 P = 0.371
Televizyon İzleme			
İzleyen	50	41.00 ± 4.05	47.20 ± 7.16
İzlemeyen	54	39.85 ± 3.69	46.19 ± 5.48
		Z = -1.298 P = 0.194	Z = -0.870 P = 0.384
Kitap Okuma			
Okuyan	9	39.78 ± 3.99	48.56 ± 6.25
Okumayan	95	40.46 ± 3.90	46.49 ± 6.35
		Z = -0.383 P = 0.701	Z = -0.828 P = 0.408
Komşu-Akraba Ziyareti			
Eden	14	40.50 ± 4.18	48.43 ± 8.52
Etmeyen	90	40.39 ± 3.87	46.40 ± 5.94
		Z = -0.100 P = 0.920	Z = -0.534 P = 0.593
Diğer Aktivitelerin			
Yapan	13	38.38 ± 3.18	43.08 ± 5.48
Yapmayan	91	40.69 ± 3.91	47.19 ± 6.31
		Z = -2.114 P = 0.035	Z = -2.038 P = 0.042

* Z : Mann-Whitney U

Çizelge 4.8'de hastaların alternatif tedavi kullanımı ve aktivitelerine göre STAI ölçeği puan ortalamaları verilmiştir. Buna göre;

Hastaların hobi ve boş zaman aktivitesi olan yürüyüş ile durumluk kaygı puan ortalamaları; yapanlarda, yapmayanlara göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Diğer aktiviteleri olan hastaların durumluk kaygı ve sürekli kaygı ölçek puanları; diğer aktiviteleri (Ev İşleri, Bilgisayar Karşısında Vakit Geçirmek, Hiçbir Şey, Dua-Kuran Okumak) olmayan hastaların puanlarına göre düşük ve istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Hastaların alternatif tedavi kullanımı ile hobi ve boş zamanlarında yaptıkları; el işi, televizyon izleme, kitap okuma, komşu akraba ziyareti ile STAI ölçekleri puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.9 KHSDÖ Toplam ve Alt Ölçekleri ile STAI Ölçeği Arasındaki İlişki

KHSDÖ		STAI	
		Durumluk kaygı	Sürekli kaygı
Güven desteği	r	0.343**	0.313**
	p	0.001	0.001
Duygusal destek	r	0.226*	0.093
	p	0.021	0.349
Bilgi desteği	r	0.105	-0.127
	P	0.289	0.199
KHSDÖ Toplam	r	0.256**	0.103
	p	0.009	0.299

r: Spearman korelasyon katsayısı

** Korelasyon katsayısı 0,01 düzeyinde anlamlı

* Korelasyon katsayısı 0,05 düzeyinde anlamlı

Çizelge 4.9’da KHSDÖ toplam ve alt ölçekleri ile STAI ölçeği arasındaki ilişki verilmiştir. Çizelgede; KHSDÖ Güven desteği alt ölçeği ile Durumluk kaygı ($r=0,343$) ve Sürekli kaygı ($r=0,313$) puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır. KHSDÖ toplam puanı ile Durumluk kaygı ölçeği ($r=0,256$) arasında pozitif yönde zayıf bir anlamlı ilişki saptanmıştır. KHSDÖ Duygusal destek alt ölçeği ile durumluk kaygı ölçeği puanları arasında pozitif yönde zayıf bir anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=0,226$, $p<0,05$).

KHSDÖ Bilgi destek alt ölçeği ile STAI ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

5.TARTIŞMA

Bu bölümde ayaktan kemoterapi alan hastaların, tanıtıcı bilgileri ile alternatif tedavi kullanımı ve aktivitelerinin sosyal destek ve anksiyete düzeylerine olan etkilerini belirlemek amacıyla elde edilen bulgular yedi bölümde tartışılmıştır.

5.1 Hastaların KHSDÖ ve STAI Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Araştırmamıza katılan hastaların KHSDÖ alt ölçeklerinden; güven desteği puanları ve duygusal destek puanları yüksek seviyede olup bilgi destek puanları orta seviyededir. Hastaların KHSDÖ toplam puanları yüksek seviyede olup, algıladığı sosyal desteğin yüksek düzeyde olduğu saptandı. Literatür incelendiğinde araştırmamıza benzer sonuçlar içeren çalışmalar mevcuttur (Karakoç 2008). Araştırmamıza paralel olarak Dedeli ve ark. (2008), kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi amacıyla ayaktan kemoterapi ünitesi ve polikliniklere başvuran 105 hasta ile yaptıkları çalışmada, hastaların sosyal destek puanlarının yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Çalışkan ve ark. (2015) kanser tanısı alan hastaların yaşam kalitesini, sosyal destek düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla kemoterapi ünitesinde ayaktan tedavisi yapılan 102 hasta ile yaptıkları çalışmada, hastaların sosyal destek puanlarının yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Hastaların sosyal destek düzeylerinin yüksek düzeyde olması istendik bir sonuç olup kanser hastalarının algıladığı sosyal desteğin, destek sistemleri tarafından yeterli düzeyde sağlandığını söyleyebiliriz.

Araştırmamıza katılan hastaların STAI ölçekleri; durumluk kaygı puanları ve sürekli kaygı puanları orta seviyede bulunmuştur. Hastaların anksiyete seviyesinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde araştırmamıza paralel sonuçlar içeren çalışmalar mevcuttur (Demir Zencirci 2015). Mutluay'ın (2012) geriatrik kanser hastalarının ağrı ve kaygı düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacı ile 65 yaş ve üzeri 106 hasta ile yaptığı çalışmada hastalarının kaygı düzeylerinin yüksek olduğunu belirtmiştir.

Araştırmamızın literatür ile benzerlik ve farklılık gösteren yanları mevcuttur. Bu bağlamda daha detaylı sonuçlar için geniş araştırma grupları ile çalışmalar yapılması gerektiği söylenebilir.

5.2 Hastaların Sosyo-Demografik Bilgilerine Göre KHSDÖ Puanlarının İncelenmesi

Araştırmamızda hastaların yaş gruplarına göre KHSDÖ puanlarında istatistiksel anlamda bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Literatür incelendiğinde araştırmamızdan elde ettiğimiz bulgular bu çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Çalışkan ve ark. (2015) 102 kanser hastasının yaşam kalitesini, sosyal destek düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada, yaşın sosyal destek düzeyini etkilemediğini belirtmişlerdir. Benzer şekilde kanserli hastalar ile yapılan diğer araştırmalarda, yaşın sosyal destek düzeyini etkilemediği ortaya koymuştur (Özbek Guni 2005, Savcı 2006, Ayaz ve ark 2008, Naseri ve Taleghani 2012, Yılmaz 2014, Demirel 2015). Bu bağlamda; yaş farkı gözetilmeksizin her yaş aralığındaki hastaya sosyal destek sistemleri hakkında bilgi verilmesi ve sosyal destek seviyesinin yükseltilmesi gerektiği söylenebilir.

Araştırmamızda hastaların cinsiyetlerine göre KHSDÖ puanlarında istatistiksel anlamda bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Ayrıca araştırmamızda kadın hastaların sosyal destek ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı olmasa da hem genel toplamda hem de duygusal ve güven destek ortalamalarında erkeklere oranla daha yüksek bulunmuştur. Araştırmamız sonuçlarına paralel olarak, Özbek Guni (2005) yapmış olduğu çalışmada kadınların sosyal destek ortalamaları hem genel toplamda hem de bilgisel, duygusal ve güven destek ortalamalarında erkeklere oranla daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığını bildirilmiştir. Literatür incelemesinde; hastaların cinsiyeti ile sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ortaya konmuştur (Savcı 2006, Dedeli ve ark 2008, Çalışkan ve ark 2015, Demirel 2015, Arslan 2016). Karakoç (2008) yapmış olduğu çalışmada erkek hastaların sosyal destek alt ölçek puanları kadın hastalara göre daha yüksek bulunmasına rağmen bu iki grup arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır. Bu bağlamda; cinsiyet farkı gözetilmeksizin her hastanın sosyal desteğe ihtiyacı olduğu ve sosyal destek sistemlerinden faydalanması gerektiği söylenebilir.

Araştırmamızda hastaların öğrenim durumları ile KHSDÖ puanlarında istatistiksel anlamda bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). İlköğretim mezunu hastaların sosyal destek ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı olmasa da hem genel toplamda hem de bilgisel, duygusal ve güven destek ortalamalarında diğer gruplara oranla daha yüksek bulunmuştur.

Literatür incelendiğinde bizim araştırmamızın aksine, öğrenim durumları ile sosyal destek arasında ilişkinin olduğu bildiren çalışmalar mevcuttur. Çalışkan ve ark. (2015) yapmış olduğu çalışmada lise mezunu olan hastaların, okuryazar olmayanlara göre sosyal destek ölçeğinden daha yüksek puan aldığı bildirilmiştir. Ayaz ve ark. (2008) yapmış olduğu çalışmada ortaokul/lise ve üzeri mezunu olanların, algıladıkları ortalama sosyal destek puanlarının daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bildirilmiştir. Karakoç (2008) yapmış olduğu çalışmada hastaların eğitim düzeyleri ile sosyal destek alt ölçek puanları karşılaştırıldığında sadece bilgi desteği alt ölçek puanları arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı olduğunu bildirmiştir. Arslan (2006) yapmış olduğu çalışmada eğitim düzeyine göre hastaların algılanan sosyal destek ölçeğinin tüm alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterdiği; eğitim düzeyi lise ve üzerinde olan hastaların algıladığı sosyal desteğin daha yüksek olduğu bildirmiştir. Araştırmamızın literatür ile benzerlik göstermemesi, araştırmamızdaki ilköğretim mezunu hastaların diğer gruplara oranla daha yüksek sayıda bulunmasından kaynaklı olduğu düşünülebilir.

Araştırmamızda hastaların mesleklerine göre KHSDÖ puanları; ev kadını, memur ve serbest meslek grupları, çalışmayan gruba göre yüksek olup istatistiksel anlamda bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Araştırmamızın bu bulgusunun literatür ile benzeyen ve ayırışan yönleri vardır. Literatür incelendiğinde; Çalışkan ve ark. (2015) yapmış olduğu çalışmada hastaların meslekleri ile KHSDÖ madde toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Arslan (2006) yapmış olduğu çalışmada hastaların çalışma durumuna göre hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yılmaz (2014) yapmış olduğu çalışmada ev hanımlarının aileden alınan sosyal destek algısı ve toplam algılanan destek düzeylerini, çalışanlara göre anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır. Ayaz ve ark (2008) yapmış olduğu çalışmada çalışanların, algıladıkları ortalama sosyal destek puanlarının daha yüksek olduğu ve gruplar arasında ki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir. Ekonomik desteğin de sosyal destek sistemlerinden biri olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (Cohen 2004, National Cancer Institute 2018). Bu bağlamda; çalışmıyor olmaları hastaları olumsuz etkilemiş olabilir. Finansal zorlukların yaşam kalitesini ve sosyal destek düzeyini önemli oranda etkileyen faktörlerden biri olduğu söylenebilir. Ayrıca çalışan hastalarda

aile ve akraba dışında iş arkadaşlarının da varlığı sosyal desteğin sağlanmasında önemli rol alabileceği düşünülebilir.

Araştırmamızda hastaların gelir durumları ile güven desteği alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmış olup, yapılan ileri analiz testine göre; geliri olmayan grubun puanları, geliri giderden az olan grubun puanlarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Literatür incelendiğinde; Karakoç (2008) yapmış olduğu çalışmada gelir düzeyinin artması ile birlikte hastaların sosyal destek alt ölçek puanlarının arttığı belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farklılıkların, geliri giderinden az olan grup ile geliri giderinden fazla olan ve geliri giderine denk olan gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu saptanmıştır. Ayaz ve ark. (2008) yapmış olduğu çalışmada, ekonomik durumunu iyi düzeyde algılayan grubun diğer gruplara göre algıladıkları ortalama sosyal destek puanlarının daha yüksek olduğu ve gruplar arasında ki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bu sonucun oluşmasında; ekonomik durumunun kötü olması tek başına stres kaynağı yaratacak bir faktör olup, hastaların gelirlerinin olmaması-borçlu olması aile arası iletişimi olumsuz etkileyebileceği ve ailenin sosyal destek rolüne olumsuz yönde etki edebileceği söylenebilir. Geliri olmayan hastaların çevreleri tarafından daha çok desteklenmesi bu sonucun oluşmasında etki edebileceği söylenebilir.

Araştırmamızda hastaların medeni durumlarına göre KHSDÖ puanlarında istatistiksel anlamda bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Araştırmamızda evli olan hastaların sosyal destek ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı olmasa da hem genel toplamda hem de bilgisel, duygusal ve güven destek ortalamaları evli olmayanlara oranla daha yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde; Arslan (2016) yapmış olduğu çalışmada bekâr olan bireylerin evlilere göre algıladıkları toplam sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Karakoç (2008) yapmış olduğu çalışmada, evli bireylerin sosyal destek alt ölçek puanları dul/bekâr/boşanmış bireylere göre daha yüksek olduğu, fakat yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmadığı saptanmıştır. Savcı (2006) yapmış olduğu çalışmada evli olan kanser hastalarının sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğu ortaya koymuştur. Özbek Guni (2005) yapmış olduğu çalışmada sosyal destek ile medeni durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Özyurt (2007) yapmış olduğu çalışmada kanser

hastalarında sosyal desteğin en sık eşlerinden aldıklarını belirtmiştir. Bu bağlamda; araştırmamızın bu bulgusunun literatür ile benzeyen ve ayrışan yönleri vardır. Araştırmamızda evli olmayan hastaların katılımının az olması bu sonucu etkilediği düşünülebilir. Evli hastaların eş ve çocuklarından da destek alması sonucu etkilediği düşünülebilir.

Araştırmamızda hastaların aile yapılarına göre KHSDÖ puanlarında istatistiksel anlamda bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Araştırmamızda geniş aile yapısında yaşayan hastaların sosyal destek ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı olmasa da hem genel toplamda hem de bilgisel, duygusal ve güven destek ortalamaları çekirdek aile yapısında yaşayan hastalara oranla daha yüksek bulunmuştur. Yılmaz (2014) yataklı servis ve ayaktan kemoterapi ünitesinde 364 kişiye ulaşmış, kanser hastalarının sosyal destek algısı ve yaşam kalitelerinin değerlendirildiği çalışmada, çekirdek ailede yaşayanların, geniş ailede yaşayanlara göre algıladıkları sosyal destek puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Günay İsmailoğlu ve Khorshid (2016) baş-boyun kanserli hastaların stresle baş etme tarzlarını ve algıladıkları sosyal destek düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte 117 hasta ile yapmış olduğu çalışmada sosyal destek düzeylerine bakıldığında; özel insandan ve arkadaşından aldıkları sosyal desteğin orta düzeyde, aileden aldıkları sosyal desteğin ise yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu sonuç en güçlü sosyal destek kaynağı olarak belirtilen ailenin önemini vurgular niteliktedir. Bu sonucun oluşmasında hastaların geniş ailede, günlük sorumluluklarını yerine getirmede yaşadığı zorlukları ve yüklenmiş olduğu sorumlulukları aile bireylerine daha rahat paylaştırabilmesinden kaynaklandığı düşünülebilir.

5.3 Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre KHSDÖ Puanlarının İncelenmesi

Araştırmamızda hastalarda kronik hastalık varlığı ile KHSDÖ puanlarında istatistiksel anlamda bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Ayrıca araştırmamızda kronik hastalığı olan hastaların sosyal destek ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı olmasa da hem genel toplamda hem de bilgisel, duygusal ve güven destek ortalamalarında kronik hastalığı olmayanlara oranla daha yüksek bulunmuştur. Literatür incelemesinde; Karakoç (2008) yorgunluk ile sosyal destek arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacı ile ayaktan kemoterapi alan 60 yaş üzeri 71 bireyle yapmış olduğu çalışmada hastaların kronik hastalıklarının

olma durumları ile sosyal destek alt ölçek puanları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadığını bildirmiştir. Sosyal desteğin birçok kronik hastalık durumuyla ilişkili ölüm oranlarının azaltılmasının olumlu yönde etkilendiğini inceleyen araştırmalar bulunmaktadır (DeVries ve ark. 2003, Uchino ve ark. 1996). Bu bağlamda; araştırmamızda kronik hastalığı olan hastaların sosyal destek puanlarının yüksek olması, hastaların önceki hastalığına bağlı olarak, sosyal destek sistemlerinden faydalanmaları kaynaklı olduğu düşünülebilir.

Araştırmamızda hastaların tedaviye kimlerle geldiği ile güven desteği alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmış olup, yapılan ileri analiz testine göre; tedaviye birinci derece akrabası ile gelen hastaların puanları, tedaviye tek başına gelen hastaların puanlarından anlamlı yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca araştırmamızda tedaviye birinci derece akrabası ile gelen hastaların sosyal destek ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı olmasa da hem genel toplamda hem de bilgisel, duygusal ve güven destek ortalamalarında diğer gruplara oranla daha yüksek bulunmuştur. Günay İsmailoğlu ve Khorshid (2016) yapmış oldukları çalışmada, özel insandan ve arkadaşından aldıkları sosyal desteğin orta düzeyde, aileden aldıkları sosyal desteğin ise yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu sonucun oluşmasında; hastaların birinci derece akrabalarından daha fazla sosyal destek almalarından kaynaklandığı düşünülebilir.

Araştırmamızda hastaların gereksinim duyduğu anda yardım talep edebilme durumlarına göre KHSDÖ toplam ve KHSDÖ alt ölçeklerinden güven desteği, duygusal destek ve bilgi desteği puan ortalamaları; yardım talep edenler hastalarda, yardım talep edemeyen hastalara göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Ng ve ark. (2012) Singapur'da ayaktan bakımı yapılan kanser hastaları arasındaki karşılanmamış psikososyal ihtiyaçları belirlemek amacıyla 535 kanser hastası ile yapmış olduğu çalışmada hastaların karşılanmamış gereksinim oranını %75 olarak bulunmuştur. Hastalık hakkında bilgi gereksinimi en sık (%61.5) olmak üzere, bunu ekonomik (%40.2), sosyal destek (%39.7), psikolojik (%27.3) ve fiziksel (%26.1) gereksinimlerin takip ettiği bildirilmiştir. Bu sonucun oluşmasında; tanımlarından biri 'kişinin gereksinim duyduğu anda yardım talep edebilmesi' olan sosyal desteğin, hastalar tarafından hissedildiğinin göstergesi olarak düşünülebilir. Hastaların rahat yardım talep edebiliyor olması,

psikososyal sorunları daha az yaşamaları ve hastalığın yaratmış olduğu olumsuz etkileri en aza indirmeye açısından oldukça önemli olduğu söylenebilir.

Araştırmamızda hastaların gereksinim duyduğu anda kimden yardım talep ettiğine göre KHSDÖ puanları arasında istatistiksel anlamda bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Araştırmamızda gereksinim duyduğu anda yardım talep edebilen hastaların büyük çoğunluğu (%95.4) ailesinden yardım talep etmektedir. Beşer ve Öz (2003) lenfoma tanısı almış 90 hastada yapmış oldukları çalışmada bakım gereksinimleri olduğunda ve sorumlulukları yerine getiremediklerinde eşlerinin ve çocuklarının yardımcı olduklarını belirtmişlerdir. Northouse ve ark. (2000) kolon kanserli hastalar ve eşleriyle yaptığı bir çalışmada eşlerin hastalara kıyasla operasyondan bir yıl sonrasında dahi daha fazla duygusal stres ve daha az sosyal destek bildirdikleri saptanmıştır. Bu bağlamda; hasta ailelerine danışmanlık hizmetlerinin verilmesi ve sosyal destek faktörleri konusunda farkındalık kazandırılması, tedavi ve iyileşme sürecinde önem kazanmaktadır.

Araştırmamızda hastaların almış olduğu tedavinin aile ile olan ilişkilerini etkileme durumları ile KHSDÖ toplam ve KHSDÖ alt ölçeklerinden, duygusal destek ile bilgi desteği puan ortalamaları; etkilenmeyenlerin etkileyenlere göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Özdemir ve ark. (2011) 90 kanser hastası ile radyoterapi uygulanan kanser hastalarının psikososyal özellikleri ve radyasyon onkoloğundan beklentilerini belirlemek amacıyla yapmış olduğu çalışmada, hastaların %77.5'i hastalığının öğrenilmesinden sonra yakınlarının ilgisinin çok arttığından bahsetmişler ve çoğu bu durumdan memnun olmadığını belirtmiş, yakınlarının hiçbir şey olmamış gibi davranmalarını tercih ettiklerini bildirmişlerdir. Tan ve Karabulutlu (2005) kanser hastalarında sosyal destek ile umutsuzluk arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla kanser tanısı almış 100 hasta ile yaptıkları bir çalışmada, kanserli hastaların ailelerinden daha fazla sosyal destek aldıklarını belirtmiştir. Bu bağlamda; hastaların aileden aldıkları sosyal desteğin yüksek olması, tedavinin aile ile olan iletişimini olumsuz etkilemediğinin bir göstergesi olduğu söylenebilir. Ailenin, sosyal destek sistemleri içindeki önemini destekler niteliktedir.

5.4 Hastaların Alternatif Tedavi Kullanımı ve Aktivitelerine Göre KHSDÖ ve Alt Ölçekler Puan Ortalamaları

Araştırmamızda hastaların alternatif tedavi kullanımı ile KHSDÖ puanları arasında istatistiksel anlamda bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Literatür incelemesinde; Ceylan ve ark. (2002) 186 kanser hastası ile kanser hastaları arasında tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımının araştırılması amacıyla yaptıkları çalışmada, alternatif tedavi kullanma oranı %61 olarak bulunmuş ve "hastaların, alternatif tedavi uygulamalarından sonra psikolojik olarak iyi hissetme ifadesi, kanser tedavisi sürecinde psikolojik desteğe gereksinim olduğunu ortaya koymaktadır" sonucuna varıldığı bildirilmiştir. Araştırmamızda ki hastaların alternatif tedavi kullanım oranlarının düşük olması bu sonucun oluşmasında etkili olduğu düşünülebilir.

Araştırmamızda hastaların hobi ve boş zamanlarında el işi yapma durumları ile KHSDÖ puanları arasında istatistiksel anlamda bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Ayrıca araştırmamızda el işi yapan hastaların sosyal destek ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı olmasa da hem genel toplamda hem de bilgisel, duygusal ve güven destek ortalamaları yapmayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde Çam Yıldırım'ın (2003) kanser hastalarında müziğin, kemoterapi yan etkilerine ve durumluk - sürekli kaygı düzeylerine etkisini incelemek amacı ile deneysel olarak yaptığı, 30 hastanın kontrol grubu ve 30 hastanın deney grubu olarak katıldığı çalışmada, hastaların sadece %10'unun bir hobisinin olduğunu ve kontrol grubu hastalarının %66.7' sinin örgü ördüğünü belirtmiştir.

Araştırmamızda hastaların yürüyüş yapma durumları ile KHSDÖ puanları arasında istatistiksel anlamda bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Ayrıca araştırmamızda yürüyüş yapan hastaların sosyal destek ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı olmasa da hem genel toplamda hem de bilgisel, duygusal ve güven destek ortalamaların yürüyüş yapmayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmamızda hastaların televizyon izleme durumları ile KHSDÖ puanları arasında istatistiksel anlamda bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Çokmert ve ark. (2011) kemoterapi alan kanser hastalarının tedavi aldıkları süre içerisinde kemoterapi ile ilgili endişelerinin azalmasını sağlayabilecek uğraş tercihlerinin belirlenmesi amacı ile 100 hasta ile yaptığı çalışmada, kemoterapi uygulanırken ilgilenmek ya da yapmak istedikleri

uğraşlar sorgulandığında; %56'sı müzik dinlemek, %14'ü sinema izlemek, %11'i uyumak, %5'i herhangi bir işlevde bulunmamak ve %4'ü de sohbet etmek olduğu bildirmiştir.

Araştırmamızda hastaların kitap okuma ile KHSDÖ puanları arasında istatistiksel anlamda bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Ayrıca araştırmamızda kitap okuyan hastaların, sosyal destek ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı olmasa da genel toplam ile bilgisayar, duygusal ve güven destek ortalamaları kitap okumayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Çokmert ve ark. (2011) yapmış olduğu çalışmada hastaların %10'u kemoterapi uygulanırken kitap okumak istediklerini belirtmiştir.

Araştırmamızda hastaların komşu-yakın ziyareti ile KHSDÖ puanları arasında istatistiksel anlamda bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Özdemir ve ark. (2011) yapmış olduğu çalışmada; hastalar tedavi sürecinde en çok destek gördükleri kişi sıralaması eş-çocuklar(%70), anne-baba (%16.6), akrabalar (%8.8), arkadaş-komşu %3.3), sağlık personeli (%1.1) olduğunu belirtmiştir. Akrabalar ile süregelen ilişkilerin sosyal desteği etkilediğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Demirel 2015, Taşkiran 2010). Bu bağlamda; kanser hastalarının almış olduğu ağır tedavilerden ve gelişebilen yan etkilerinden dolayı evden çıkamadığı ve araştırmamızın sonuçlarını etkilediği düşünülebilir.

Araştırmamızda hastaların hobi ve boş zamanları değerlendirme aktiviteleri olan diğer aktiviteler ile KHSDÖ puanları arasında istatistiksel anlamda bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Tamamlayıcı/ alternatif tedaviler kanserin tıbbi tedavisini tamamlayan kişilerde iyilik halini sağlamayı amaçlayan rehabilitasyon yöntemleri, ruh-beden farkındalığı tedavileri, beslenme terapisi, hareket tedavisi gibi yöntemleri kapsamaktadır. Tamamlayıcı/alternatif tedaviler genellikle sosyal ve kültürel yapı ile ilişkilidir ve hastalar tarafından umut ve motivasyon kaynağı olarak görülmektedir (Akel 2013). Tamamlayıcı tedavilerin yaşam kalitesini artırdığı, sadece fiziksel yapıya değil duygusal, ruhsal, psikolojik yapıya da odaklanması, genel iyilik hali sağlaması, iç denge ve huzur bulmayı sağlaması, kişinin rahatlığını düşünmesi kişilerin bu tedavileri tercih etme nedeni olarak gösterilmiştir. Ayrıca doğal, toksik etkisi olmayan yaklaşımlardır ve bağışıklık sistemini kuvvetlendirmede, semptomları azaltmada ve diğer tedavilere katılımı artırmada etkisi olduğu bildirilmiştir (Akel 2013). Hastaların boş vakitlerini değerlendirmek amaçlı olarak çeşitli aktivitelere ve hobi alanlarına yönlendirilmesi,

hastaların farklı ortamlar ve kişiler ile tanışmasını, hastaların moral motivasyon açısından desteklenmesini sağlayabilir. Literatürde bu alana yönelik çalışmalara ihtiyaç vardır.

5.5 Hastaların Sosyo-Demografik Bilgilerine Göre STAI Puanlarının İncelenmesi

Araştırmamızda hastaların yaş grupları ile sürekli kaygı ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Hastaların yaşları ile sürekli kaygı puanı arasında yapılan ileri analiz testine göre; 70 yaş ve üzeri olan grubun puanları; 40 yaş altı, 40-49 yaş grubu ve 50-59 yaş grubu puanlarından anlamlı düzeyde düşüktür. 60-69 yaş grubunun puanları, 40-49 yaş grubu puanlarından anlamlı düzeyde düşüktür bulunmuştur ($p<0,05$). Literatür incelendiğinde; Gülçığ Çapar'ın (2010) kemoterapi gören hastalarda ağrı ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yatarak tedavi gören akciğer ve meme kanseri tanısı almış olan 60 hasta ile yapmış olduğu çalışmada, anksiyete puan ortalamaları ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığını bildirmiştir. Alacacioğlu ve ark (2007) ayaktan kemoterapi gören 68 kanser hastası ile yapmış olduğu çalışmada genç veya orta yaştaki kanser hastalarının anksiyete seviyeleri daha yüksek olduğu saptanmıştır. Schreier ve Williams (2004) kemoterapi ve radyoterapi alan 48 meme kanserli hastayla yaptıkları çalışmada, genç hastaların anksiyete puanlarının, yaşlı hastalara oranla daha yüksek olduğunu saptamıştır. Araştırmamızda ileri yaştaki hastaların anksiyete puanları diğer hastaların puanlarına göre daha düşük olduğu saptanmış olup literatür ile paralellik göstermektedir. Bu sonucun oluşmasında ileri yaşlardaki hastaların gençlerden farklı olarak daha kadercı bir bakış açısının oluşu ve yaşlı hastaların ailelerine karşı sorumluluklarının daha az oluşuna bağlı olduğu düşünülebilir.

Araştırmamızda hastaların cinsiyetleri ile durumluk kaygı ve sürekli kaygı ölçekleri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup, erkeklerde kadınlara göre düşük ve istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Yapılan çalışmalarda; Demir Zencirci ve ark (2015) kemoterapi alan onkoloji hastalarının anksiyete ve depresyon düzeylerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla 228 kanser hastası ile yapmış olduğu çalışmada kadınların sürekli kaygı puanlarının erkeklerden yüksek olduğu bildirilmiştir. Yapılan bir çalışmada anksiyete puan ortalamaları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Gülçığ Çapar 2010). Alacacioğlu ve ark (2007) ayaktan kemoterapi gören 68 kanser hastası ile yapmış olduğu çalışmada kadın

kanser hastalarının anksiyete seviyeleri daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmamıza paralellik gösteren diğer çalışmalarda da kaygı düzeyinin kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Mutluay 2013, Dogar 2009, Alacacioğlu 2006). Bu sonucun; erkeklerin kadınlara göre yaşam şartlarına karşı daha dirençli olma çabalarından kaynaklandığı düşünülebilir. Ayrıca, kadınların yaşam sorumluluklarının daha fazla üstlenmesi anksiyete düzeyinin artmasında etkili rol aldığı düşünülebilir.

Araştırmamızda öğrenim durumları ile durumluk kaygı ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup, yapılan ileri analiz testine göre lise ve üniversite mezunu hastaların puanları; okuryazar olmayan ve ilköğretim mezunu olan hastaların puanlarından anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Mutluay (2013) kemoterapi alan geriatric 106 kanser hastası ile ağrı ve kaygı düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapmış olduğu çalışmada, hastalarının eğitim durumu ile kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Demir Zencirci ve ark (2015) yapmış olduğu çalışmada hastaların eğitim düzeyi düştükçe durumluk kaygı puanlarının yükseldiği saptanmıştır. Yapılan diğer çalışmalarda da kanser hastalarının eğitim düzeyleri yükseldikçe anksiyete puan ortalamalarının düştüğü saptanmıştır (Alacacioğlu 2006, Gülçığ Çapar 2010). Bununla birlikte yapılan bir çalışmada kanser hastalarının eğitim durumu ile kaygı puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (Montazeri ve ark 2000). Bu sonucun; eğitim düzeyi arttıkça strese karşı daha etkili baş etme mekanizmalarının geliştirilmesi ve kullanımından kaynaklandığı düşünülebilir. Hastaların eğitim düzeyi yükseldikçe, stres yönetimini daha iyi yapabilecekleri ve anksiyete seviyeleri üzerine olumlu etkisinin olabileceği düşünülebilir.

Araştırmamızda hastaların meslekleri ile sürekli kaygı ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup, yapılan ileri analiz testine göre ev kadınlarının puanları; memurların puanlarından, serbest meslek çalışanlarının puanlarından ve işsizlerin puanlarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Mutluay (2013) tarafından yapılan çalışmaya göre, çalışmayan hastaların durumluk ve sürekli kaygı puanlarının çalışanların puanlarından daha yüksek olduğu belirlenmiş, ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadığı bildirilmiştir. Yapılan bir diğer çalışmada ise anksiyete puan ortalamaları ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak

anlamli bir fark bulunmamıştır (Gülçığ Çapar 2010). Bu sonucun, aile içi sorumlukların çoğunu üstlenen ev hanımlarının aile içi rol ve işlevlerini devam ettirememeye kaygısından kaynaklandığı düşünülebilir.

Araştırmamızda hastaların gelir durumu ile sürekli kaygı ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup, gelir durumu ile sürekli kaygı puanları için yapılan ileri analiz testine göre, geliri olmayan grubun puanları; geliri giderden fazla olan, geliri gidere denk olan ve geliri giderden az olan grupların puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$). Mutluay (2013) yapmış olduğu çalışmada geliri giderinden az olan hastaların STAI puan ortalamalarının geliri giderine eşit olan gruptan daha düşük olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını saptamış ve yapılan diğer çalışmalarda anksiyete puan ortalamaları ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Gülçığ Çapar 2010). Konu ile ilgili yapılan bir çalışmada ise düşük ekonomik geliri olan hastaların yüksek anksiyete düzeyleri olduğu saptanmıştır (Alacacıoğlu 2006). Nordin ve ark. (2001) kanser hastalarında anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik çalışmalarında gelir düzeyinin yetersizliğinin anksiyete ve depresyon için risk etmeni olduğunu bildirmişlerdir. Gelir durumunun iyi olmaması tek başına stres kaynağı yaratan bir faktör olup, kanser hastalığının getireceği yük ile şiddetini arttırabileceği bu sonucun oluşmasında etken rol oynadığı düşünülebilir. Bu bağlamda; hastaların gelirlerinin olmaması hastaları emosyonel ve psikolojik olarak olumsuz etkilemektedir.

Araştırmamızda hastaların medeni durumları ile durumluk kaygı ve sürekli kaygı ölçekleri puanları arasında istatistiksel anlamda bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Literatür incelendiğinde; evlilerin anksiyete düzeyinin bekâr bireylerden daha yüksek olduğunu saptayan çalışmalar mevcuttur (Beşer ve Öz 2003, Demir Zencirci ve ark. 2015). Mutluay (2013) yaptığı çalışmada evlilerin puan ortalamalarının bekâr bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Montazeri ve ark (2000), meme kanserli 168 hastada anksiyete ve depresyonu inceledikleri çalışmada yalnız yaşayan meme kanserli hastaların, evli olanlara göre daha fazla anksiyete yaşadıkları belirtilmiştir. Araştırmamıza paralellik gösteren çalışmalarda da anksiyete puan ortalamaları ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Gülçığ Çapar 2010, Demiralp M 2006). Bu bağlamda;

araştırmamızın bu bulgusunun literatür ile benzeyen ve ayrışan yönleri vardır. Araştırmamızda ki evli olmayan hastaların katılımının az olması bu sonucu etkilediği düşünülebilir. Özyurt (2007) yapmış olduğu çalışmada kanser hastalarında sosyal desteğin en sık eşlerinden aldıklarını belirtmiştir.

Araştırmamızda hastaların yaşadıkları aile tipleri ile durumluk kaygı ve sürekli kaygı ölçekleri puanları arasında istatistiksel anlamda bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Ayrıca araştırmamızda geniş aile yapısında yaşayan hastaların anksiyete puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı olmasa da durumluk ve sürekli kaygı ortalamaları çekirdek aile yapısında yaşayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Mutluay (2013) yaptığı çalışmada geniş aile yapısına sahip olan hastaların durumluk ve sürekli kaygı puanlarının çekirdek aile yapısına sahip olan hastalardan daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Yapılan bir diğer çalışmada anksiyete puan ortalamaları ile aile tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Gülçiğ Çapar 2010).

5.6 Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre STAI Puanlarının İncelenmesi

Araştırmamızda hastaların kronik hastalık varlığına göre durumluk kaygı puan ortalamaları; kronik hastalığı olanlarda, kronik hastalığı olmayanlara göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Literatür incelemesinde; Mutluay (2013) yapmış olduğu çalışmada kronik hastalığı olmayan hastaların kronik hastalığı olan hastalara göre durumluk ve sürekli kaygı puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Tedavi sürecindeki belirsizliklerin artması kaygı düzeyini de artırmaktadır (Öz 2001). Kronik hastalığa sahip olan hastaların geliştirmiş oldukları stresle etkili baş etme mekanizmalarını etkin şekilde kullanımından kaynaklı olarak anksiyete puanlarının daha düşük olduğu düşünülebilir.

Araştırmamızda hastaların iyileşme beklentisi ile durumluk kaygı ve sürekli kaygı ölçekleri puanları arasında istatistiksel anlamda fark görülmemiştir ($p>0,05$). Çıtlık Sarıtaş ve Büyükbayram (2016) kemoterapi alan 250 hasta ve bakım veren 250 kişi ile kemoterapi alan hastaların ve bakım veren yakınlarının anksiyete düzeyleri ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada; hastaların büyük çoğunluğunun (240) hastalıklarını uzun süre tedavi gerektiren bir hastalık olduğunu ve aynı sayıdaki hasta aldıkları ilaçların hastalıklarını tedavi edeceklerine inandıklarını belirtmişlerdir. Yapılan

analizler sonrası durumluk ve sürekli anksiyete puan ortalamalarına göre gruplar arasında görülen fark istatistiksel olarak anlamsız bulunduğunu belirtmişlerdir. Araştırmamız literatür ile paralellik göstermiş olup bu sonucun oluşmasında; kanser ciddi ve ölümcül bir hastalık olarak algılandığından (Atıcı 2007, Hintistan ve ark 2015) iyileşme beklentisinin anksiyete düzeylerini etkilemediğini söyleyebiliriz.

Araştırmamızda hastaların gereksinim duyduğu anda yardım talep etme durumlarına göre durumluk kaygı ve sürekli kaygı ölçekleri puanları arasında istatistiksel anlamda bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Ugalde ve ark. (2012) ameliyatı mümkün olmayan akciğer kanserli kemoterapi veya radyoterapi tedavisi gören 108 hastanın içinde; en fazla (%62) psikolojik/emosyonel ve tıbbi iletişim alanlarıyla ilgili gereksinimleri olmak üzere %93.5'inin en az bir karşılanmamış gereksinimi olduğunu bulmuşlardır. Clavarino ve ark. (2002) radyoterapi tedavisi alan kanser hastalarıyla yapmış olduğu çalışmaya göre en fazla psikolojik gereksinimler olmak üzere, hastaların %20'sinden daha fazlasının yüksek düzeyde karşılanmamış gereksinimleri olduğu saptanmış olup oranlarına göre sırasıyla; yakınları hakkında endişe (%50), kanserin nüks etme korkusu (%42.9), kanserin yayılması korkusu (%32.1), sağlık ekibinin biriyle durumu ve tedavisi hakkında konuşabilmek (%32.1) olarak bulunmuştur.

Araştırmamızda hastaların gereksinim duyduğu anda kimden yardım talep ettiğine göre durumluk kaygı ve sürekli kaygı ölçekleri puanları arasında istatistiksel anlamda bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Gereksinim duyduğu anda yardım talep edebilen hastaların büyük çoğunluğu (%95.4) ailesinden yardım talep etmektedir. Literatür incelemesinde; Beşer ve Öz (2003) kemoterapi alan lenfomalı hastaların anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesini belirlemek amacıyla 80 lenfomalı hasta ile yapmış oldukları çalışmada hastaların çoğunluğunun (%98.8) bakım gereksinimleri olduğunda ve sorumlulukları yerine getiremediklerinde eşlerinin ve çocuklarının yardımcı olduklarını belirtmişlerdir. Flashkerud ve ark. (2000) belirttiğine göre, kanser hastasına bakım veren kişilerin %70-80'ini eşler, %20'sini çocuklar ve %10'unu da arkadaşlar ve diğer yakınlar oluşturmaktadır. Araştırmamız yapılan çalışmalar ile paralellik göstermektedir. Bu bağlamda hastaların çoğunun ailesi ile beraber yaşaması ve aile bireyleri arasındaki bağların daha güçlü olmasının etkin rol aldığı düşünülebilir.

Araştırmamızda hastaların almış olduğu tedavinin aile ile olan ilişkilerini etkileme durumları ile durumluk kaygı ve sürekli kaygı ölçekleri puanları arasında istatistiksel anlamda bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Ayrıca araştırmamızda aile içi ilişkileri etkilenen hastaların anksiyete ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı olmasa da durumluk ve sürekli kaygı ortalamaları aile ile olan ilişkilerini etkilemeyen hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Özdemir ve ark. (2011) 90 kanser hastası yapmış olduğu çalışmada, hastaların %55.5'i durumu öğrenince ilk olarak eşiyile konuştuğu ve tedavi süresince en çok destek olan kişinin de eşleri olduğunu. Hastalığın öğrenilmesinden sonra hastaların %77.5'inde yakınlarının ilgisinin çok arttığını bildirmişlerdir. Bu bağlamda; aile ile olan olumlu ilişkilerin hastaların içinde bulunduğu zorlu durumlar ile baş etmelerini olumlu yönde desteklediği söylenebilir.

5.7 Hastaların Alternatif Tedavi Kullanımı ve Aktivitelerine Göre STAI Puan Ortalamalarının İncelenmesi

Araştırmamızda hastaların alternatif tedavi kullanımı ile STAI puanları arasında istatistiksel anlamda bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Ceylan ve ark (2002) Türk kanser hastalarında tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımının araştırılması amacıyla 186 kanser hastası ile yapmış olduğu çalışmada, alternatif tedavi kullanım oranı eğitim süresiyle ters orantılı olarak azaldığı, çekirdek ailede kullanım oranı geniş aileye göre daha yüksek ve kırsal yerleşim yerlerinde yaşayanların şehirlerde yaşayanlara göre kullanım oranı daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca alternatif tedavi kullanma oranı %61 olarak bulunmuş ve "hastaların, alternatif tedavi uygulamalarından sonra psikolojik olarak iyi hissetme ifadeleri, kanser tedavisi sürecinde psikolojik desteğe ihtiyaç duyulduğunu vurgulamaktadır" sonucuna varılmıştır. Araştırmamızda alternatif tedavi kullanım oranının düşük olması bu sonucu etkilediği düşünülebilir.

Araştırmamızda hastaların hobi ve boş zamanlarında el işi yapma durumları ile STAI puanları arasında istatistiksel anlamda fark görülmemiştir ($p>0,05$). Literatür incelendiğinde Çam Yıldırım'ın (2003) kanser hastalarında müziğin, kemoterapi yan etkilerine ve durumluk - sürekli kaygı düzeylerine etkisini incelemek amacı ile deneysel olarak yaptığı, 30 hastanın kontrol grubu ve 30 hastanın deney grubu olarak katıldığı çalışmada, hastaların sadece %10'unun bir hobisinin olduğunu ve kontrol grubu

hastalarının %66.7' sinin örgü ördüğünü belirtmiştir. Bu bağlamda; hastaların çevreden bağımsız olma, kendine yeterli olma, tam olarak fonksiyonda bulunma gibi özelliklerini gerçekleştirme düşüncesiyle el işi yaptıkları düşünülebilir.

Araştırmamızda hastaların yürüyüş yapma durumları ile durumluk kaygı puan ortalamaları; yapanlarda, yapmayanlara göre yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Ayrıca araştırmamızda yürüyüş yapan hastaların anksiyete ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı olmasa da durumluk ve sürekli kaygı ortalamaları yürüyüş yapmayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Şenışık (2014) kanser tanısından sonra yapılan düzenli egzersiz hissedilen yakınmalarda azalma, tedaviye bağlı yan etkilerde düzelme, psikolojik olarak iyi olma halinde artış ve çeşitli mekanizmalar aracılığında yaşam süresinde artış sağladığını bildirilmektedir. Bu bağlamda; anksiyete düzeyi yüksek olan hastaların rahatlamak amacıyla yürüyüş yapıyor olabileceği düşünülebilir.

Araştırmamızda hastaların televizyon izleme durumları ile STAI puanları arasında istatistiksel anlamda bir farklılık görülmemiştir ($p > 0,05$). Ayrıca araştırmamızda televizyon izleyen hastaların anksiyete ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı olmasa da durumluk ve sürekli kaygı ortalamaları televizyon izlemeyen hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Literatür taramasında; Çokmert ve ark. (2011) kemoterapi alan kanser hastalarının, tedavi aldıkları süre içerisinde kemoterapi ile ilgili endişelerinin azalmasını sağlayabilecek uğraş tercihlerinin belirlenmesi amacı ile 100 hasta ile yaptıkları çalışmada kemoterapi uygulanırken ilgilenmek ya da yapmak istedikleri uğraşlar sorgulandığında hastaların %56'sı kemoterapi süresini müzik dinleyerek geçirmek isterken, %14'ü sinema izlemek, %11'i uyumak, %5'i herhangi bir faaliyet ile ilgilenmemek ve %4'ü de sohbet etmek istediklerini bildirmişlerdir.

Araştırmamızda hastaların kitap okuma ile STAI puanları arasında istatistiksel anlamda bir farklılık görülmemiştir ($p > 0,05$). Çokmert ve ark. (2011) yapmış olduğu çalışmada hastaların %10'u kemoterapi uygulanırken kitap okumak istediklerini belirtmiştir. Bu sonucun oluşmasında kitap okuyan hasta sayısının düşük olmasının etkili olduğu düşünülebilir.

Araştırmamızda hastaların komşu-yakın ziyareti ile STAI puanları arasında istatistiksel anlamda bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Özdemir ve ark. (2011) yapmış olduğu çalışmada; hastalar tedavi sürecinde en çok destek gördükleri kişi sıralaması eş-çocuklar (%70), anne-baba (%16.6), akrabalar (%8.8), arkadaş-komşu (%3.3), sağlık personeli (%1.1) olduğunu belirtmiştir.

Araştırmamızda hastaların hobi ve boş zamanları değerlendirme aktiviteleri olan diğer aktiviteler ile durumluk kaygı ve sürekli kaygı puan ortalamaları; diğer aktiviteleri olan hastaların puanı, diğer aktiviteleri olmayan hasta puanlarına göre düşük ve istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ceylan ve ark (2002) çalışmasında hastaların büyük çoğunluğunun bitkisel preparatların, dini uygulamaların kullanıldığını belirtmiştir. Kanser tedavisinde alternatif tedavinin birbiri ile ilişkili amaçları; gevşemeyi sağlamak, stres ve anksiyete seviyesini azaltılmak, ağrı ve diğer semptomları hafifletmek, kanser tedavisinin yan etkilerini azaltmak, uyku kalitesini geliştirmektir. Bu amaçların her biri hastanın genel iyilik halinin ve yaşam kalitesinin artmasına katkıda bulunabilir (Ernst 2001). Bu bağlamda hastaların sevdikleri aktiviteleri yapmaları, anksiyete seviyesinin azalmasına dolaylı veya doğrudan olarak yardımcı olabileceği düşünülebilir. Hastaların boş vakitlerinde keyif aldıkları aktiviteleri yapmaları desteklenmelidir.

5.8 KHSDÖ Toplam ve Alt Ölçekleri ile STAI Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Araştırmamızda hastaların KHSDÖ toplam puanı ile Durumluk kaygı ölçeği arasında pozitif yönde zayıf bir anlamlı ilişki saptanmıştır. KHSDÖ Güven desteği alt ölçeği ile Durumluk kaygı ve Sürekli kaygı puanları arasında pozitif yönde orta şiddette anlamlı ilişki saptanmıştır. KHSDÖ Duygusal destek alt ölçeği ile durumluk kaygı ölçeği puanları arasında pozitif yönde zayıf bir anlamlı ilişki saptanmıştır.

Araştırmamızda hastaların KHSDÖ Bilgi destek alt ölçeği ile STAI ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Hastaların sosyal destek düzeyleri arttıkça durumluk kaygılarında da artış görülmektedir. Hastaların güven desteği arttıkça durumluk ve sürekli anksiyete seviyeleri de yükselmektedir. Hastaların duygusal destekleri arttıkça durumluk anksiyete

seviyelerinde artış görülmektedir. Hastaların bilgi destekleri ile anksiyete seviyeleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Biyolojik ve psikolojik sağlığın önemli bir göstergesi olan sosyal desteğin hastalara sağlanması, anksiyete gibi sık gözlenen durumlardan korunmada önemli rol alabilmekte ve hastalığın seyrine olumlu etkiler yaratabilmektedir (Işıkhan 2007). Bahar (2007) sosyal destek sistemlerinin etkin şekilde kullanılmasının, duygusal iletişimin ve paylaşımın sağlanmasının psikiyatrik problemleri azaltacağına ve hastanın tedaviye uyumunun sağlanmasında etkili olacağını belirtmiştir. Nordin ve ark. (2001) 522 kanser hastası ile yaptığı çalışmada, kanser hastalarında duygusal ve maddi yetersizliğin anksiyete ve depresyon için risk etmeni olduğunu bildirmişlerdir. Hastaların zorlu bir süreç yaşamasına neden olan kanser, hastalarda aşırı bir psikolojik yük yaratmakta, stresin yüksek seviyede yaşanmasına neden olmaktadır (Bernad ve ark. 2010). Bu bağlamda hastaların sosyal destek sistemlerinden yardım aldığını, anksiyete seviyesini azalttığını; fakat kanser tanısına bağlı olarak sağlık kaygılarının yüksek seviyede yaşanması bu sonucun oluşmasında etkili olabileceği düşünülebilir.

6. SONUÇ

6.1. Sonuçlar

Ayaktan kemoterapi alan hastalarda sosyal destek ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- ❖ Hastaların %30,8'inin 40-49 yaş grubunda, %54,8'inin kadın, 64,4'ünün ilköğretim mezunu, yaklaşık yarısının (%49) ev hanımı, %48,1'inin gelirin olmadığı, %87,5'inin evli olduğu, %73,1'inin çekirdek ailede yaşadığı, %77,9'unun herhangi bir kronik hastalığının olmadığı saptanmıştır.
- ❖ Hastaların %76,9'unun tedaviye birinci derece akraba ile geldiği, %48,1'inin boş vakitlerinde film-televizyon izlediği, %56,7'sinin tedaviden sonra iyileşeceğine inandığı, %96,2'sinin alternatif tedavi kullanmadığı, %83,7'sinin ihtiyaç halinde rahat bir şekilde yardım talep edebildiği ve bu yardımı %91,3'ünün ailesinden talep ettiği, %63,5'i tanı ve tedavinin aile ve yakınları ile olan ilişkilerini etkilemediği saptanmıştır.
- ❖ Araştırmamıza katılan hastaların KHSDÖ alt ölçeklerinden; güven desteği puanları ve duygusal destek puanları yüksek seviyede olup bilgi destek puanları orta seviyededir. Hastaların KHSDÖ toplam puanları yüksek seviyede olup, algıladığı sosyal desteğin yüksek düzeyde olduğu saptandı.
- ❖ Geliri olmayan grubun güven desteği puanları, geliri giderden az olan grubun puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir.
- ❖ Tedaviye birinci derece akrabası ile gelen hastaların güven desteği alt ölçeği puanları, tedaviye tek başına gelen hastaların puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir.
- ❖ Gereksinim duyulduğu anda yardım talep eden hastaların KHSDÖ toplam ve alt ölçekleri olan, güven desteği, duygusal destek ve bilgi desteği puan ortalamaları; yardım talep edemeyen hastalara göre anlamlı düzeyde yüksektir.
- ❖ Hastaların almış olduğu tedaviden aile ile olan ilişkileri etkilenmeyenlerin KHSDÖ toplam ve duygusal destek ile bilgi desteği puan ortalamaları etkilenenlere göre anlamlı düzeyde yüksektir.
- ❖ Hastaların yaşları, cinsiyetleri, öğrenim durumları, meslekleri, medeni durumları, aile tipleri, kronik hastalığa sahip olma durumları, hobi ve boş zamanlarında el işi yapma,

yürüyüş yapma, televizyon izleme, kitap okuma, komşu-akraba ziyaret etme durumları, diğer aktivite durumları, iyileşme beklentileri alternatif tedavi kullanma durumları ve gereksinim duyduğu anda kimden yardım talep ettiğine göre KHSDÖ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

- ❖ Araştırmaya katılan hastaların durumluk kaygı puanları ve sürekli kaygı puanları orta seviyede bulunmuştur. Hastaların STAI puanı orta seviyede olup, anksiyete seviyesinin orta düzeyde olduğu saptandı.
- ❖ Hastaların yaşları ile sürekli kaygı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yaş grubu 70 yaş ve üzeri olanların puanları diğer yaş grubu puanlarından anlamlı düzeyde düşüktür.
- ❖ Hastaların yaşları ile durumluk kaygı puanları ve sürekli kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yaş grubu 70 yaş ve üzeri olanların puanları, 60-69 yaş grubu dışındaki grupların puanlarından; 60-69 yaş grubunun puanları, 40 yaş altı grubun puanlarından anlamlı düzeyde düşüktür.
- ❖ Erkek hastaların durumluk kaygı ve sürekli kaygı ölçek puan ortalamaları, kadın hastalara göre anlamlı düzeyde düşüktür.
- ❖ Lise ve üniversite mezunu hastalarda durumluk kaygı puanları; okuryazar olmayan ve ilköğretim mezunu olan hastaların puanlarından anlamlı düzeyde düşüktür.
- ❖ Ev kadınlarının sürekli kaygı puanları; memurların puanlarından, serbest meslek çalışanlarının puanlarından ve işsizlerin puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir.
- ❖ Ev kadınlarının sürekli kaygı puanları; memurların puanlarından, serbest meslek çalışanlarının puanlarından ve işsizlerin puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir.
- ❖ Geliri olmayan grubun sürekli kaygı puanları; geliri giderden fazla olan grubun puanlarından, geliri gidere denk olan grubun puanlarından ve geliri giderden az olan grubun puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir.
- ❖ Kronik hastalığı olan hastalarda durumluk kaygı puan ortalamaları , kronik hastalığı olmayan hastalara göre anlamlı düzeyde yüksektir.
- ❖ Yürüyüş yapan hastaların durumluk kaygı puanları, yapmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir.
- ❖ Diğer aktiviteleri olan hastaların durumluk kaygı ve sürekli kaygı ölçek puan ortalamaları puanı, diğer aktiviteleri olmayan hasta puanlarına göre anlamlı düzeyde düşüktür.

- ❖ Hastaların; medeni durumları, aile tipleri, tedaviye kimlerle geldiği, hobi ve boş zamanlarında el işi yapma durumları, televizyon izleme durumları, kitap okuma durumları, komşu-akraba ziyaret etme durumları, iyileşme beklentileri, alternatif tedavi kullanma durumları, gereksinim duyduğu anda yardım talep etme durumları ve almış olduğu tedavinin aile ile olan ilişkilerini etkileme durumları ile durumluk kaygı ve sürekli kaygı ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır.
- ❖ KHSDÖ toplam puanı ile Durumluk kaygı ölçeği arasında pozitif yönde zayıf bir anlamlı ilişki saptanmıştır. KHSDÖ Güven desteği alt ölçeği ile Durumluk kaygı ve Sürekli kaygı puanları arasında pozitif yönde orta şiddette anlamlı ilişki saptanmıştır. KHSDÖ Duygusal destek alt ölçeği ile durumluk kaygı ölçeği puanları arasında pozitif yönde zayıf bir anlamlı ilişki saptanmıştır. KHSDÖ Bilgi destek alt ölçeği ile durumluk kaygı ve sürekli kaygı ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

6.2. Öneriler

Ayaktan kemoterapi alan hastalarda sosyal destek ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

- ❖ Hastanın aile ve çevresi ile ilişkilerinin sürdürülmesinin desteklenmesi
- ❖ Ailenin tedavinin her evresinde aktif rol almasının sağlanması
- ❖ Aileye tedavi sürecinde meydana gelebilecek psikososyal sorunlar hakkında destek ve danışmanlık verilerek farkındalığın sağlanması
- ❖ Hasta ve hasta yakınlarına psikososyal destek verilmesi
- ❖ Hastaların tedavi sürecinde bakımının bütüncül bir yaklaşım ile planlanması, fiziksel problemlerin çözümünün yanında psikososyal problemlerin önlenmesi
- ❖ Hastaların gereksinim duyduğu anda rahat bir şekilde yardım talep edebileceği şartların sağlanması
- ❖ Hastaların aileleri ile olan mevcut ilişkilerinin tedaviden dolayı etkilenmesinin engellenmesi
- ❖ Genç hastaların, kadın hastaların ve ev hanımı olan hastaların anksiyete belirtileri açısından değerlendirilmesi ve gerekli koruyucu önlemlerin alınması

- ❖ Kronik hastalığa sahip olan hastalarda anksiyete düzeylerinin daha yüksek olması sebebiyle anksiyete belirtileri açısından değerlendirilmesi ve gerekli koruyucu önlemlerin alınması
- ❖ Eğitim seviyesi azaldıkça artmakta olan anksiyete seviyesinin azaltılması amacıyla eğitim seviyeleri düşük olanların anksiyete belirtileri açısından değerlendirilmesi
- ❖ Hastaların sosyal destek ve anksiyete düzeylerinin geçerli ve güvenilir ölçeklerle periyodik olarak değerlendirilmesi
- ❖ Hemşirelerin sosyal destek, anksiyete ve bunları etkileyen faktörler konusunda yeterli düzeyde bilgilendirilmesi
- ❖ Kemoterapi alan hastalarda sosyal destek düzeylerini arttıracak ve anksiyete düzeylerini azaltacak hemşirelik bakım ve girişimlerinin planlanması, uygulamalara yansıtılmaları için desteklenmesi
- ❖ Kemoterapi alan hastalarda sosyal destek ve anksiyete düzeylerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi için geniş araştırma grupları ile araştırmaların planlanması önerilmektedir.

Bir risk grubu olarak ifade etmek gerekirse; genç, kadın, ev hanımı, kronik hastalığa sahip ve eğitim düzeyi düşük olanların anksiyete belirtileri açısından değerlendirilmesi ve gerekli koruyucu önlemlerin alınması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. **Akel BS.** Kanserde Tamamlayıcı Tedaviler. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, **2013**, 1(2):91-92
2. **Akgün Şahin Z, Polat H, Ergüney S.** Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2009**, 12(2):1-9
3. **Alacacioğlu A, Yavuzşen T, Diriöz M, Yeşil L, Bayrı D, ve ark.** Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Anksiyete Düzeylerindeki Değişiklikler. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, **2007**, 2(17):87-93
4. **Alacacioğlu A.** Kanser Hastaları ve Hasta Yakınlarının Depresyon, Umutsuzluk ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, **2006**.
5. **American Psychiatric Association.** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5*. 5nd Ed., American Psychiatric Press, Washington DC, **2013**, s. 189-233.
6. **Amorim D, Amado J, Brito I, Costeira C, Amorim N, ve ark.** Integrative Medicine in Anxiety Disorders. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, **2018**, 31:215-219
7. **Antai Otong D.** Caring For The Patient With An Anxiety Disorder. *Nursing Clinics of North America*, **2016**, 51(2):173-183
8. **Ardahan M.** Sosyal Destek ve Hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2006**, 9(2):68-75
9. **Arora NK, Finney Rutten, LJ, Gustafson DH, Moser R, Hawkins RP.** Perceived Helpfulness and Impact of Social Support Provided By Family, Friends, and Health Care Providers to Women Newly Diagnosed with Breast Cancer. *Psycho-Oncology*, **2007**, 16(5):474-486
10. **Arslan A.** Onkoloji Kliniklerinde Tedavi Gören Hastalarda Yalnızlık ve Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, **2016**.
11. **Arslan S, Akın B, Koçoğlu D.** Kemoterapi Alan Hastalarda Hastalık ve Tedaviye Bağlı Yaşanan Semptomların Sosyo-Demografik Özellikler ve Algılanan Sosyal Destek İle İlişkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, **2008**, 10(1):47-56
12. **Ashing Giwa K, Padilla G, Tejero J, Kraemer J, Wright K, ve ark.** Understanding the Breast Cancer Experience of Women: A Qualitative Study of African American, Asian Smerican, Latina and Caucasian Cancer Survivors. *Psycho-Oncology*, **2004**, 13:408-428
13. **Aslan Ö, Vural H, Kömürcü Ş, Özet A.** Kemoterapi Alan Kanser Hastalarına Verilen Eğitimin Kemoterapi Semptomlarına Etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2006**, 10(1): 15-28
14. **Atıcı E.** Tıp Tarihinde Kanser ve Lösemi. *Türk Onkoloji Dergisi*, **2007**, 22(4):197-204
15. **Ayaz S, Yaman E.Ş, Korukoğlu S.** Jinekolojik Kanserli Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, **2008**, 28(6):880-885
16. **Aydemir Ö, Köroğlu E.** *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. Klinik ölçekler. MedicoGraphics Ajans ve Matbaacılık Hizmetleri, Ankara, **2006**, 153-158.
17. **Aydoğan Ü, Doğaner YÇ, Borazan E, Kömürcü Ş, Koçak N ve ark.** Kanser Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ve Hastalıkla Başla Çıkma Tutumlarının İlişkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, **2012**, 16(2):55-60
18. **Bahar A.** Kanser Hastalarına Psikososyal Yaklaşım. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2007**, 10(1):105-111
19. **Bail JR, Traeger L, Pirl WF, Bakitas MA.** Psychological Symptoms in Advanced Cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, **2018**, 34(3):241-251
20. **Baider L, Ever Hadani P, Goldzweig G, Wygoda MR, Peretz T.** Is Perceived Family Support a Relevant Variable in Psychological Distress? A Sample of Prostate and Breast Cancer Couples. *Journal of Psychosomatic Research*, **2003**, 55(5):453-460
21. **Bal U, Çakmak S, Uğuz Ş.** Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, **2013**, 22(4):441-459
22. **Barlow DH.** *Anxiety and its disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. 2nd Ed., The Guilford Press, New York, **2002**, s. 1-5.
23. **Bernad D, Zysnarska M, Adamek R.** Social Support For Cancer—Selected Problems. *Reports of Practical Oncology and Radiotherapy*, **2010**, 15:47-50

24. **Beşer N, Öz F.** Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **2003**, 7(1):47-58
25. **Bloom JR, Stewart SL, Johnston M, Banks P, Fobair P.** Sources of Support and The Physical and Mental Well-Being of Young Women With Breast Cancer. *Social Science & Medicine*, **2001**, 53(11):1513-1524
26. **Buzlu S, Bostancı Daştan N, Aydoğdu A.** *Onkoloji Hemşireliğinde Kanıttan Uygulamaya Konsensus 2014*. Anksiyete. Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti., İstanbul, **2015**, s. 281-294.
27. **Buzlu S, Daştan NB.** *Onkoloji Hemşireliğinde Kanıt Dayalı Bakım*. Psikososyal Sorunlar. 1.Baskı, İstanbul, **2010**, s.269.
28. **Can G.** *İç Hastalıkları Hemşireliği*. Onkoloji. 1.Baskı, No-bel Matbaacılık San.Tic. Ltd. Şti., İstanbul, **2014**, s. 376-384.
29. **Ceylan S, Hamzaoğlu O, Kömürcü S, Beyan C, Yalçın A.** Survey of The Use of Complementary and Alternative Medicine Among Turkish Cancer Patients. *Complementary Therapies in Medicine*, **2002**, 10(2):94-99
30. **Charalambous A, Wells M, Campbell P, Torrens C, Östlund U, ve ark.** A Scoping Review of Trials of Interventions Led or Delivered By Cancer Nurses. *International Journal of Nursing Studies*, **2018**, 86:36-43
31. **Clavarino AM, Lowe JB, Carmony S, Baland K.** The needs of cancer patients and their families from rural and remote areas of Queensland. *The Australian Journal of Rural Health*, **2002**, 10(4):188-195
32. **Cohen S.** Social Relationships and Health. *American Psychologist*, **2004**, 59(8):676-684
33. **Çalışkan T, Duran S, Karadaş A, Ergün S, Tekir Ö.** Kanser Hastalarının Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **2015**, 17(1):27-36
34. **Çam Yıldırım S.** Kanser Hastalarında Dinletilen Müziğin, Kemoterapi Yan Etkilerine ve Durumluk - Sürekli Kaygı Düzelerine Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, **2007**.
35. **Çitlik Sarıtaş S, Büyükbayram Z.** Kemoterapi Alan Hastaların ve Bakım Veren Yakınlarının Anksiyete Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **2016**, 15(2):141-150
36. **Çokmert S, Yavuzşen T, Ünek İT.** Ayaktan Tedavi Gören Kanser Hastalarının Kemoterapi Sırasında Uğraşı Seçimleri: Anket Çalışmasının Sonuçları. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2011**, 2(1):31-36
37. **Dedeli Ö, Fadiloğlu Ç, Uslu R.** Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumları ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, **2008**, 23(3):132-139
38. **Demir Zencirci A, Yıldız C, Ulusoy S, Özdemir F.** Kemoterapi Alan Onkoloji Hastalarının Anksiyete ve Depresyon Düzeylerini Etkileyen Faktörler. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, **2015**, 7(1):1-9
39. **Demiralp M.** Gevşeme Eğitiminin, Adjuvan Kemoterapi Uygulanan Meme Kanserli Hastalarda, Anksiyete ve Depresyon Belirtileri, Uyku Kalitesi ve Yorgunluk Üzerine Etkisi. Doktora Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Ankara, **2006**.
40. **Demirel AC.** Genç Kanser Hastalarının Sosyal Destek Düzeyleri ve Yaşam Doyumu. Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Kocaeli, **2015**.
41. **Demirelli FH.** *İç Hastalıkları*. Onkoloji. 2.Baskı, İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık Hiz. Tic. Ltd.Şti, İstanbul, **2012**, 83-88
42. **DeVries AC, Glasper ER, Detillion CE.** Social Modulation of Stress Response. *Psychology and Behavior*, **2003**, 79:399-407
43. **Dobříková P, Stachurová D, Slaná M, Littlechild B.** The Quality of Life of Hospitalized and Outpatient Oncological Patients. *Kontakt*, **2017**, 20(1); e57-e62
44. **Doenges ME, Moorhouse MF, Murr AC.** *Nursing Care Plans : Guidelines For Individualizing Client Care Across The Life Span*. In: Chapter 15. 9th Ed., F.A. Davis Company, USA, **2014**, s.832-833
45. **Dogar IA, Azeem MW, Kiran M, Hussain I, Mehmood K, ve ark.** Depression and Anxiety in Cancer Patients in Outpatient Department of a Tertiary Care Hospital in Pakistan. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, **2009**, 25(5):734-737
46. **Emiroğlu F.** *Klinik Beceriler: Sağlığın Değerlendirilmesi, Hasta Bakım ve Takibi*. Kanser ve Kanserli Hasta Bakımı. 1.Baskı, Nobel Matbaacılık, İstanbul, **2010**, s. 780-784.
47. **Erdoğan H.** Kanser Hastalarında Algılanan Sosyal Desteğin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Depresyon Anksiyete ve Stres İle İlişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı, İstanbul, **2015**.

48. **Erkurt MA, Kuku İ, Kaya E, Aydoğdu İ.** Kanser Kemoterapisi ve Böbrek. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **2009**, 16(1):63-68
49. **Ernst E.** Complementary Therapies in Palliative Cancer Care. *Cancer*, **2001**, 91(11):2186-2195
50. **Eylen B.** Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği'nin Geçerlik, Güvenirlik ve Faktör Yapısı Üzerine Bir Çalışma. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, **2002**, 14(1):109-117
51. **Fair AM.** *Cancer Nursing: Principles and Practice*. Epidemiology. 7th Ed., Jones and Bartlett Publishers, USA, **2011**, s. 45-58.
52. **Flaskerud JC, Carter PA, Lee P.** Distressing Emotions in Female Caregivers of People with AIDS, Age-Related Demantions, and Advanced Stage Cancers. *Perspective's in Psychiatric Care*, **2000**, 36(4):121-130
53. **Funder DC.** *The Personality Puzzle*. 6nd Ed., W.W. Norton, New York, **2013**, s. 273.
54. **Gorman ML, Sultan DF.** *Psikososyal Hemşirelik Genel Hasta Bakımı İçin*. Anksiyete Problemleri. Çeviri: Öz F, Demiralp M, 3.Baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, **2014**, s. 57-61.
55. **Gottlieb BH.** Selecting and planning support interventions. *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*. Oxford University Press, New York, NY, US, **2000**, s. 195-220.
56. **Gülçığ Çapar S.** Kemoterapi Gören Kanserli Hastalarda Ağrı İle Anksiyete ve Depresyon Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne, **2010**.
57. **Güleç G, Büyükkınacı A.** Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar (Electronic Journal). Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, **2011**, 3(2): 343-367 <http://www.cappsy.org/>
58. **Günay İsmailoğlu E, Khorshid L.** Baş-Boyun Kanserli Hastaların Stresle Baş Etme Tarzları ve Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, **2016**, 8(4):288-96
59. **Halis M, Demirel Y.** Sosyal desteğin örgütsel soyutlama (dışlanma) üzerine etkisi. *Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, **2016**, 11:318-335
60. **Hann D, Baker F, Denniston M, Gesme D, Reding D ve ark.** The Influence of Social Support On Depressive Symptoms in Cancer Patients Age and Gender Differences. *Journal of Psychosomatic Research*, **2002**, 52:279-283
61. **Hintistan S, Çilingir D, Nural N, Akkaş Gürsoy A.** Hematolojik Kanserli Hastaların Kemoterapiye Bağlı Yaşadıkları Semptomlara Yönelik Uygulamaları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2012**, 1(3):153-164
62. **Hintistan S, Pekmezci H, Nural N, Gülhan Güner S.** Kemoterapi Alan Hastalarda Psikolojik Semptomlar. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, **2015**, 4(1): 1-9
63. **Işıkhan V.** Kanser ve Sosyal Destek. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, **2007**, 18(1):17-32
64. **İmamoğlu F.** Kanser Hastalarında Algıladıkları Sosyal Desteğin Depresyon Düzeyleri ve Anksiyete Düzeyleri Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı, İstanbul, **2016**.
65. **Karadakovan A.** Akciğer Kanserinde Tedavi ve Bakım Kemoterapi Uygulamalarında Güvenlik ve Standartlar. 1. Baskı, İpomet Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti., İstanbul, **2010**, s. 53-62.
66. **Karakoç T.** Ayaktan Kemoterapi Alan Geriatrik Hastalarda Sosyal Destek İle Yorgunluk Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Mersin, **2008**.
67. **Karakurt N, Ekinci M.** Hemşirelerin Algıladıkları Sosyal Destek İle Problem Çözme Becerisi Arasındaki İlişki. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2015**, 4(4):574-593
68. **Keogh J.** *Psychiatric and Mental Health Nursing Demystified*. Anxiety and Anxiety Disorders. 1nd Ed. Mc Graw-Hill Education, USA, **2014**, s.88.
69. **Keser İ, Özdemir K, Ertürk B, Haspolat M, Duman T, ve ark.** Kanser Hastalarına Yönelik Onkolojik Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Ünitesi'nde Sunulan Hizmetlerin Analizi. *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2017**, 1(1):18-27
70. **Marrs JA.** Stress, Fears, and Phobias: The Impact of Anxiety. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, **2006**, 10(3):319-322
71. **Mattson M, Hall JG.** *Health as Communication Nexus: A Service Learning Approach*. Social Support. 1th Ed., Kendall Hunt Publishing Company, United States, **2011** s. 181-218.
72. **Mohanty C.** Different Approaches To Develop Radio- and Chemotherapy For Treatment of Human Cancer. From Department of Oncology-Pathology Cancer Centrum Karolinska Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden, **2014**.

73. **Montazeri A, Harirchi I, Vahdami M, Khaleghi F, Jarvandi S, ve ark.** Anxiety and Depression in Iranian Breast Cancer Patients Before and After Diagnosis. *European Journal of Cancer Care*, **2000**, 9:151-157
74. **Mutluay E.** Geriatrik Kanser Hastalarında Ağrı ve Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Mersin, **2013**.
75. **Naseri N, Taleghani F.** Social Support in Cancer Patients Referring To Sayed Al-Shohada Hospital. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, **2012**, 17(4):279-83
76. **National Cancer Institute.** NCI Dictionary of Cancer Terms. Erişim: <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/social-support>. **2018**. Erişim Tarihi 19.05.2018.
77. **Ng R, Verkooijen HM, Ooi LL, Koh WP.** Unmet Psychosocial Needs Among Cancer Patients Undergoing Ambulatory Care in SINGAPORE. *Support Care Cancer*, **2012**, 20(5):1049-1056
78. **Nordin K, Berglung G, Glimelius B, Sjødén O.** Predicting Anxiety and Depression Among Cancer Patients:A Clinical Model. *European Journal of Cancer*, **2001**, 37:376-384
79. **Northouse LL, Mood D, Templin T, Mellon S, George T.** Couples' Patterns of Adjustment to Colon Cancer. *Social Science Medicine*, **2000**, 50:271-284
80. **Nussbaum RL, Mcinnes RR, Willard HF.** Çeviri Aktaş D. Tıbbi Genetik. Genetik ve Kanser. 6.Baskı, Öncü Basımevi, **2005**, s.311.
81. **Ozbay F, Johnson DC, Dimoulas E, Morgan CA, Charney D ve ark..** Social Support and Resilience To Stress: From Neurobiology To Clinical Practice. *Psychiatry (Edgmont)*, **2007**, 4(5):35-40
82. **Öksüz E, Barış N, Arslan F, Ateş MA.** Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Psikiyatrik Semptom Düzeyleri ve Bakım Verme Yükleri. *The Anatolian Journal of Clinical Investigation*, **2013**, 7(1):24-30
83. **Ökten Ç.** Ayaktan Kemoterapi Alan Gastrointestinal Kanserli Hastaların Evde Karşılaştıkları Sorunlar ve Kullandıkları Baş Etme Davranışları. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara, **2012**.
84. **Öner N, Lecompte A.** Süreksiz durumluk / sürekli kaygı envanteri el kitabı. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, **1983**
85. **Öner N.** *Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler*. 1.Baskı, Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, İstanbul, **1994**, s. 365-373.
86. **Öz F.** Hastalık yaşantısında belirsizlik. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2001**, 12(1): 61-68
87. **Öz F.** *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*. Yenilenmiş 2.Baskı, Mattek Matbaacılık Bas. Yay. Tic. Ltd.Şti., Ankara, **2010**, s. 130-148.
88. **Özakkaş T.** *Anksiyete Bozuklukları ve Tedavisi*. 1.Baskı, Acar Matbaacılık Prom. ve Yayın. San. ve Tic. Ltd. Şti., **2014**, s. 1-4.
89. **Özbek Guni Ö.** Kanserli Birey ve Ailelerinin Sosyal Destek Algılarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı, Ankara, **2005**.
90. **Özdemir S, Dinçbaş F, Altkovar G, Özbek Ö, Özmen M.** Radyoterapi Uygulanan Kanser Hastalarının Psikososyal Özellikleri ve Radyasyon Onkoloğundan Beklentileri. *Türk Onkoloji Dergisi*, **2011**, 26(1):12-17
91. **Özdevecioğlu M.** Sosyal Destek ve Yaşam Tatmininin Mesleki Stres Üzerindeki Etkileri: Kayseri'de Faaliyet Gösteren İşletme Sahipleri İle Bir Araştırma. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, **2004**, 22(1):209-233
92. **Özgüroğlu M.** *İç Hastalıkları*. Onkoloji. 2.Baskı, İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık Hiz. Tic. Ltd.Şti, İstanbul, **2012**, s. 101-113.
93. **Özkan S.** *Kanser Hastasına Yaklaşım*. Kanser Hastasında Psikiyatrik ve Psikososyal Destek.1.Baskı, Nobel Tıp Kitap Evleri, İstanbul, **2002**, s. 345-353.
94. **Özyurt BE.** Kanser Hastalarının Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyine İlişkin Betimsel Bir Çalışma. *Kriz Dergisi*, **2007**, 15(1):1-15
95. **Parker PA, Baile WF, De Moor C, Cohen L.** Psychosocial and Demographic Predictors of Quality of Life in a Large Sample of Cancer Patients. *Psycho-Oncology*, **2003**, 12:183-193
96. **Patel B, Meeks H, Wan Y, Johnstone EB, Glenn M, ve ark.** Transgenerational Effects of Chemotherapy: Both Male and Female Children Born to Women Exposed to Chemotherapy Have Fewer Children. *Cancer Epidemiology*, **2018**, 56:1-5

97. **Penedo FJ, Traeger L, Benedict C, Thomas G, Dahn RJ, ve ark.** Perceived Social Support as a Predictor of Disease-Specific Quality of Life in Head-and-Neck Cancer Patients. *Journal of community and Supportive Oncology*. **2012**, 10(3):119-123
98. **Quinn A.** Expanding The Role of The Oncology Nurse. *Biomedical Imaging and Intervention Journal (Electronic Journal)*, **2008**, s. 4(3):1-5 Erişim : <http://www.bijj.org/>
99. **Riera RP, Sans AG, Serral G, Continente X, Bargalló X, ve ark.** Anxiety and Depression in Women With Breast Cancer: Social and Clinical Determinants and Influence of The Social network and Social Support (DAMA Cohort). *Cancer Epidemiology*, **2018**, 55:123-129
100. **Savcı AB.** Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesini ve Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Erzurum, **2006**.
101. **Schreier AM, Williams S.** Anxiety and Quality of Life of Women Who Receive Radiation or Chemotherapy for Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*, **2004**, Vol. 31, No.1, p:E-127/E-130. Erişim: <https://onf.ons.org/onf/31/1/anxiety-and-quality-life-women-who-receive-radiation-or-chemotherapy-breast-cancer>
102. **Singer S.** *Psycho-Oncology*. Psycho Social Impact of Cancer. 1nd Ed., Springer, Berlin Heidelberg, **2014**, s. 5-6.
103. **SPSS Inc.** SPSS For Windows. Version 24.0, SPSS Inc., Chicago, **2016**.
104. **Şenışık S.** Kanser ve Egzersiz. *Spor Hekimliği Dergisi*, **2014**, 49:99-110
105. **Talley A, Molix L, Schlegel RJ, Bettencourt A.** The Influence of Breast Cancer Survivors' Perceived Partner Social Support and Need Satisfaction on Depressive Symptoms: A Longitudinal Analysis. *Psychology & Health*, **2010**, 25(4):433-449
106. **Tambağ H, Kaykunoğlu M.** Kanser Hastalarında Yaşanan Anksiyeteyi Ele Almada Konsültasyon Liyazon Psikiyatri Hemşiresinin Rollerini. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Hemşireliği Özel Dergisi*, **2017**, 3(1):27-31
107. **Tan M, Akgün Şahin Z.** Kemoterapi Alan Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnun Olma Durumlarının İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2009**, 12(3):38-45
108. **Tan M, Karabulutlu E.** Social Support and Hopelessness in Turkish Patients with Cancer, *Cancer Nursing*, **2005**, 28(3):236-40
109. **Taşkıran H.** Kanserli Bireylerde Algılanan Sosyal Desteği Etkileyen Bazı Etmenlerin İncelenmesi: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hastanesi Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara, **2010**.
110. **Taylor SE, Sherman DK, Kim HS, Jarcho J, Takagi K ve ark.** Culture and Social Support: Who Seeks It and Why?. *Journal of Personality and Social Psychology*, **2004**, (3):354-362
111. **Terakye G.** Kanserli Hasta Yakınlarıyla Etkileşim. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi (Electronic Journal), **2011**, 4(2):78-82. Erişim: http://acikerisim.deu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/12345/4588/78-82_terakye.pdf?sequence=1&isAllowed=y
112. **Tezcan S.** *Epidemiyoloji Tıbbi Araştırmaların Yöntem Bilimi*.1.Baskı, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayınları, Ankara, **1992**, s. 244-245.
113. **Tortorice PV.** *Cancer Nursing: Principles and Practice*. Cytotoxic Chemotherapy: Principles of Therapy. 7th Ed., Jones and Bartlett Publishers, USA, **2011**, s. 353-363.
114. **Tıraş Z, Arslan E.** Ergenlerde Sosyal Yetkinliğin, Algılanan Sosyal Destek Açısından İncelenmesi. İlköğretim Online (Electronic journal), **2013**, s. 12(4):1133-1140. Erişim: ilkogretim-online.org.tr/index.php/io/article/view/1373
115. **Trill MD.** Anxiety and Sleep Disorders in Cancer Patients. *European Journal of Cancer Supplements*, **2013**, 11(2):216-224
116. **Tuncay T.** Kanserle Baş Etmede Destek Grupları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, **2010**, 21(1):59-71
117. **Türk Dil Kurumu** Hemşirelik Terimleri Sözlüğü. Erişim: http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_hemsirelik&view=hemsirelik&kategori=1=yazimay&kelimesec=5877. 2017. Erişim Tarihi: **12.12.2017**.
118. **Türk Dil Kurumu.** Hemşirelik Terimleri Sözlüğü. Erişim: http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_hemsirelik&view=hemsirelik&kategori=1=yazimay&kelimesec=8155 . Erişim Tarihi **19.05.2018**.
119. **Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK).** Ölüm Nedeni İstatistikleri (2009 ve Sonrası). Erişim: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1083. 2018 . Erişim tarihi: **23.11.2018**.

120. **Uchino BN, Cacioppo JT, Kiecolt Glaser JK.** The Relationship Between Social Support and Physiological Process: a Review With Emphasis on Underlying Mechanisms and Implications For Health. *Psychological Bulletin*, **1996**, 119:488-531
121. **Ugalde A, Aranda S, Krishnasamy M, Ball D, Schofield P.** Unmet Needs and Distress in People with Inoperable Lung Cancer at The Commencement of Treatment. *Support Care Cancer*, **2012**, 20:419-423
122. **Usta YY.** Importance of Social Support in Cancer Patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, **2012**, 13(8):3569-72
123. **Ülger E, Alacacioğlu A, Gülseren AŞ, Zencir G, Demir L, ve ark.** Kanserde Psikososyal Sorunlar ve Psikososyal Onkolojinin Önemi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **2014**, 28(2):85-92
124. **Ünlü H, Karadağ A, Taşkın L, Terzioğlu F.** Onkoloji Alanında Çalışan Hemşirelerin Yerine Getirdikleri Rol ve İşlevler. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, **2010**, 1:13-28
125. **Wagland R, Richardson A, Armes J, Hankins M, Lennan E. ve ark.** Treatment-Related Problems Experienced By Cancer Patients Undergoing Chemotherapy: A Scoping Review. *European Journal of Cancer Care*, **2015**, 24:605-617
126. **World Health Organization.** Latest global cancer data: Cancer burden rises to 18.1 million new cases and 9.6 million cancer deaths in 2018. Erişim: <https://www.who.int/cancer/PRGlobocanFinal.pdf>. Erişim tarihi: 28.22.2018.
127. **World Health Organization.** World Health Statistics 2017. Erişim: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255336/9789241565486-eng.pdf?sequence=1> . **2017**. Erişim tarihi: 25.09.2018.
128. **World Health Organization,** *Prevention of Mental Disorders; Effective Interventions and Policy Options : summary report.* World Health Organization. Geneva, **2004**, s. 23.
129. **Yılmaz M, Dişsiz G, Göçmen F, Kurtuluş Usluoğlu A, Alacacioğlu A.** Kansere İlişkin Tutumları (Kanser Damgası) Ölçme Anketi-Toplum Versiyonu'nun Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2017**, 20(2):99-106
130. **Yılmaz MS.** Kansere Hastalarının Sosyal Destek Algısı ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi (İki Hastane Örneği-Ankara). Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, **2014**.
131. **Yokuş B, Çakır DÜ.** Kansere Biyokimyası. *Dicle Üniversitesi Veteriner Fakültesi Dergisi*, **2012**, 1(2):7-18
132. **Yüzer S, Yiğit R, Taşdelen B.** Çocuğu Hastanede Yatan Annelerin Aldığı Sosyal Destek İle Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2006**, 9(4):54-62
133. **Zhang X, Norris SL, Gregg EW Beckles G.** Social Support and Mortality Among Older Persons with Diabetes. *The Diabetes Educator*, **2007**, 33(2):273-281

EKLER

Ek -1 Kişisel Bilgi Formu

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek()
3. Eğitim durumunuz:
Okur Yazar Değil() İlkokul() Ortaokul ()
Lise () Önlisans() Lisans()
4. Mesleğiniz:
5. Gelir durumunuz:
Geliri giderinden fazla () Geliri giderine denk ()
Geliri giderinden az () Geliri yok ()
6. Medeni durumunuz
Evli () Bekâr () Boşanmış ()
Varsa çocuk sayısı:
7. Birlikte yaşadığımız aile tipi: Çekirdek aile () Geniş aile ()
Sizinle beraber aynı evde yaşayan birey sayısı:
8. Bu hastalığınızdan başka bir kronik hastalığınız var mı? Evet ()
Hayır ()
9. Tedaviye genellikle kiminle geliyorsunuz?
10. Boş zamanlarınızda hangi sosyal aktivitelerle ilgilenirsiniz?
A)El işi B) Gezinti C) Film-TV izleme D) Kitap okuma
F)Komşu/yakın ziyareti E) spor yaparım F) Diğerleri (belirtiniz)

Ek - 1 Kişisel Bilgi Formu devam

11. Tedavi sonrasında nasıl bir iyileşme düzeyi bekliyorsunuz?

- A) Tamamen iyileşip eski halime döneceğime inanıyorum
- B) İyileşeceğime inanıyorum
- C) İlerlemesinin duracağına inanıyorum
- D) Kısmen iyileşeceğime inanıyorum
- E) İyileşeceğime inanmıyorum

12. Kullandığınız alternatif tedavi türleri nelerdir?

- A) Hayır kullanmıyorum
- B) Evet şunları kullanmaktayım (belirtiniz)

13. Yardıma ihtiyacınız olduğunda rahat bir şekilde yardım talep edebilir misiniz?

- A) Evet
- B) Hayır

14. Problem ve sıkıntı durumunda kimlerden yardım istersiniz?

.....

15. Almış olduğunuz tanı ve tedavi eşiniz veya yakınlarınızla olan ilişkinizi etkiliyor mu?

- A) Evet
- B) Hayır

Ek - 2 Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği

Lütfen her ifadeyi okuyarak, duygularınızı ya da durumunuzu en iyi yansıtan yanıtı, her bir ifadenin yanındaki rakamı işaretleyerek belirtiniz. Vereceğiniz yanıtlar hiçbir kurum ya da şahsa ileilmeyecektir ve yanıtlarınız kesinlikle gizli kalacaktır. Yardımlarınız için teşekkür eder, sağlıklı günler dilerim.	Benim durumuma hiç uygun değil	Benim durumuma uygun değil	Benim durumuma kısmen uyuyor	Benim durumuma uygun	Benim durumuma çok uygun
1.Kendimi kötü hissettiğimde ailem beni teselli eder.	1	2	3	4	5
2.Aileme kızgınlık, üzüntü, gibi duygularımı ifade edebilirim.	1	2	3	4	5
3.Ailem aldığım kararları destekler.	1	2	3	4	5
4.Ailemle hastalığım hakkında rahatça konuşabiliyorum.	1	2	3	4	5
5.Sohbetlerde konu benim hastalığıma geldiğinde ailem konuyu hemen değiştirmeye çalışır.	1	2	3	4	5
6.Ailemden ilgi ve yakınlık görüyorum.	1	2	3	4	5
7.Bir sorunla karşılaştığımda ailem bu sorunu çözebilmem için önerilerde bulunur.	1	2	3	4	5
8.Ailem bir sorunu çözmek için giriştiğim çabaları destekler.	1	2	3	4	5
9.Bazen ailemin neler yaşadığımı anlamadığımı hissediyorum.	1	2	3	4	5
10.Ailem uzun süren ve yıpratıcı olan tedavilerim sırasında acılarımı paylaştı.	1	2	3	4	5
11.Ailem ilaçlarımı zamanında almam ve tedavilerime aksatmadan devam etmem konusunda bana yardımcı oldu.	1	2	3	4	5
12. Ailem uzun süren ve yıpratıcı olan tedaviler sırasında işimi kolaylaştıracak önlemleri aldı.	1	2	3	4	5
13.Ailem hastalandığımdan beri benden uzak durmaya çalışıyor.	1	2	3	4	5
14.Gelecekle ilgili endişelerimi ailemle paylaşamıyorum.	1	2	3	4	5
15.Ailem birine ihtiyaç duyduğumda daima yanımdadır.	1	2	3	4	5
16.Ailem beni dinlemek için daima zaman ayırır.	1	2	3	4	5
17.Ailem benim neler hissettiğimi anlamaya çalışır.	1	2	3	4	5
18.Ailem hastalığımla ilgili ya da hastalığımın yarattığı sorunlara daima uygun çözüm yolları bulur.	1	2	3	4	5
19.Ailem ihtiyaç duyduğumda bana yeni seçenekler sunar, sorunumu nasıl çözebileceğimi gösterir.	1	2	3	4	5
20.Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.	1	2	3	4	5

Ek - 2 Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği devam

Lütfen her ifadeyi okuyarak, duygularınızı ya da durumunuzu en iyi yansıtan yanıtı, her bir ifadenin yanındaki rakamı işaretleyerek belirtiniz. Vereceğiniz yanıtlar hiçbir kurum ya da şahsa iletilmeyecektir ve yanıtlarınız kesinlikle gizli kalacaktır. Yardımlarınız için teşekkür eder, sağlıklı günler dilerim.	Benim durumuma hiç uygun değil	Benim durumuma uygun değil	Benim durumuma kısmen uygun	Benim durumuma uygun	Benim durumuma çok uygun
21.Ailemle hastalığım konusunda daha açık ve özgürce konuşabilmeyi isterdim.	1	2	3	4	5
22.Bazen aile üyelerinin bana neler olduğunu gerçekten anlamadıklarımı düşünüyorum.	1	2	3	4	5
23.Ailemle aramızda kendimi duygusal acıdan güvenli ve iyi hissetmemi sağlayan yakın ilişkilerim var.	1	2	3	4	5
24.Ailem bana maddi yönden destek olmaya çalışır.	1	2	3	4	5
25.Ailemle sevinç ve kederlerimi paylaşıyorum.	1	2	3	4	5
26.Hastalandığımdan bu yana ailemle olan sosyal ilişkilerim azaldı.	1	2	3	4	5
27.Ailemle ilişkilerim bana hastalandığımdan önce olduğundan daha az doyum sağlıyor.	1	2	3	4	5
28.Kaygılarımı ve korkularımı ailemden birisiyle rahatça paylaşabilirim.	1	2	3	4	5
29.Ailem hastalığımla ilgili bilgileri benden saklıyor.	1	2	3	4	5
30.Hastalığıma ilişkin bilgileri ailemden tam ve doğru olarak alamıyorum.	1	2	3	4	5
31.Ailem hastalığım ile ilgili konuşmamamın daha iyi olduğunu hissetmemeneden oluyor.	1	2	3	4	5
32.Hastalığımla ilgili bir konuşma başladığında ailem konuyu mümkün olduğunca çabuk değiştirir.	1	2	3	4	5
33.Ailem hastalığımla ilgili şeyleri sonuna kadar dinlemeye asla sabır göstermez.	1	2	3	4	5
34.Ailem bana hastalığım konusunda yol gösterir ve yararlı öğütler verir.	1	2	3	4	5
35.Ailem hastalığımla ilgili sorunların üstesinden gelebileceğim konusunda daima beni destekleyecek sözler söyler.	1	2	3	4	5

Ek - 3 Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği

Her ifadeyi okuduktan sonra o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ taraflarındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hiç	Biraz	Çok	Tamamen
1.	Şu anda sakinim	1	2	3	4
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	1	2	3	4
3.	Şu anda sinirlerim gergin	1	2	3	4
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim	1	2	3	4
5.	Şu anda huzur içindeyim	1	2	3	4
6.	Şu anda hiç keyfim yok	1	2	3	4
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	1	2	3	4
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	1	2	3	4
9.	Şu anda kaygılıyım	1	2	3	4
10.	Kendimi rahat hissediyorum	1	2	3	4
11.	Kendime güvenim var	1	2	3	4
12.	Şu anda asabım bozuk	1	2	3	4
13.	Çok sinirliyim	1	2	3	4
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	1	2	3	4
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	1	2	3	4
16.	Şu anda halimden memnunum	1	2	3	4
17.	Şu anda endişeliyim	1	2	3	4
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	1	2	3	4
19.	Şu anda sevinçliyim	1	2	3	4
20.	Şu anda keyfim yerinde	1	2	3	4

Ek - 3 Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği devam

Her ifadeyi okuduktan sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

Her bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin *anında* nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir.	1	2	3	4
22.	Genellikle çabuk yorulurum	1	2	3	4
23.	Genellikle kolay ağlarım	1	2	3	4
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	1	2	3	4
25.	Çabuk karar vermediğim için fırsatları kaçıırım	1	2	3	4
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	1	2	3	4
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	1	2	3	4
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	1	2	3	4
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	1	2	3	4
30.	Genellikle mutluyum	1	2	3	4
31.	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	1	2	3	4
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	1	2	3	4
33.	Genellikle kendimi emniyette hissederim	1	2	3	4
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	1	2	3	4
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	1	2	3	4
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	1	2	3	4
37.	Olur, olmaz düşünceler beni rahatsız eder	1	2	3	4
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	1	2	3	4
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	1	2	3	4
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	1	2	3	4

Ek - 4 Gönüllülerin Bilgilendirilmiş Olur / (Rıza) Formu

T.C.

HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ

TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

TIBBİ ETİK KURULU

Gönüllülerin Bilgilendirilmiş Olur / (Rıza) Formu

Araştırmanın Konusu : “Ayaktan kemoterapi Alan Hastaların Sosyal Destek ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi”

Araştırmanın Amacı : Ayaktan kemoterapi alan hastalardaki sosyal destek ve anksiyete düzeyleri ile ilgili verilerin değerlendirilerek hemşireler tarafından daha kapsamlı bakım verilmesi ve tedavi aldığı süre ile sonrasında hastanın sosyal desteklerinin farkına varıp etkili bir biçimde kullanması ve daha fazla yararlanıp anksiyete düzeylerinin azalması ile kişide görülen ve önlenebilen komplikasyonların azaltılmasıdır.

Araştırmaya Katılma Süresi :40 dakika

Sayın Katılımcı

Bu çalışma, Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı tarafından yürütülmektedir.

Hastalığınızın günümüzde sık görülmesi nedeniyle tüm dünyada ve ülkemizde önemli sağlık sorunlarından birisi olarak görülmektedir. Günümüz tıbbının ve insanın en önemli ve güncel sorunlarından olan hastalık fiziksel bir hastalık olduğu gibi ruhsal ve psikososyal bileşenleri de olan bir sorundur. Hastalığınızın görülme sıklığının artmasının yanı sıra kronik hastalıklar arasında kabul edilmesi ve yarattığı fiziksel, sosyoekonomik, psikolojik sorunlarla yaşam süresini ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Hastalığa ilişkin olarak gösterilen psiko-sosyal tepkiler, hastalığa ve hastalığın tedavi süresine, bireyin yaşamında nasıl bir değişiklik yaptığına ve bireyin hastalığına nasıl bir anlam atfettiğine bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Hastalardaki sosyal destek ve anksiyete düzeyleri ile ilgili verilerin değerlendirilerek hemşireler tarafından daha kapsamlı bakım verilmesi ve tedavisi aldığı süre ile sonrasında hastanın sosyal desteklerinin farkına varıp etkili bir biçimde kullanması ve daha fazla yararlanıp anksiyete düzeylerinin azalması ile kişide görülen ve önlenebilen komplikasyonların azaltılması amacıyla çalışmamı yapmaktayım.

Çalışmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda size birer veri toplama formu vereceğim. Bu form üç bölümden oluşmaktadır. Bu veri toplama formunda genel bilgilerinize ilişkin 18 soru; 35 ifadeden oluşan Sosyal Destek Ölçeği ve 40 ifadeden oluşan Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği yer almaktadır. Formun doldurulması yaklaşık 40 dakika sürecektir.

Kurum yönetiminizin bilgisi ve izni çerçevesinde yapılan bu çalışmaya katılmayı kabul ederseniz, adınızı vermeden kişisel özellikleriniz hakkındaki 18 soruyu cevaplamanızı ve çalışma konusuyla ilgili ölçekleri dikkatlice okuyup her biri hakkındaki görüşünüzü içtenlikle belirtmenizi rica ediyoruz. Elde edilecek veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacak ve kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına bağlıdır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında da ayrılma hakkına sahipsiniz.

Şimdiden vereceğiniz samimi yanıtlar, paylaşımlarınız, işbirliğiniz ve yardımlarınız için teşekkür ederim.

Adres: Antakya

Tel: ~~055335515**~~

e-mail: mkaykunoglu@gmail.com

Ek - 4 Gönüllülerin Bilgilendirilmiş Olur / (Rıza) Formu devam

Katılımcının Beyanı

Sayın Metin KAYKUNOĞLU tarafından " Ayaktan tedavi Alan Hastaların Sosyal Destek ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi" adlı araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli bilgi verildi. Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında bir sorun ile karşılaştığımda; araştırmacı Metin KAYKUNOĞLU'nu 0326 2455774 no’lu telefondan ve Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü adresinden arayabileceğimi biliyorum.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tedavi koşullarımda hiçbir değişiklik yapmayacağımı da biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun çalışma koşullarımda hiçbir değişiklik yapmayacağımı da biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ	
Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0)
Bilgi Verebilecek Kişi:	İmza
ARAŞTIRMACI	
Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0) İmza
GEREKTİĞİNDE GÖNÜLLÜ VEYA YAKINININ BAŞVURABİLECEĞİ KİŞİ:	
Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0) İmza
TANIK:	
Adı Soyadı: Görevi Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0) İmza

Yukarıdaki, araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Bana, tanık huzurunda aşağıda konusu belirtilen araştırmayla ilgili yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı ve katılmama hakkımın olduğunu, araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğum gibi kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızam ile katılmayı kabul ediyorum.

Ek - 5 Etik Kurul Karar Formu

MKÜ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Ayaktan kemoterapi alan hastaların sosyal destek ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi"
ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	11/01/2016/07

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	MKÜ TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
	AÇIK ADRESİ:	MKÜ Alahan Kampüsü Antakya HATAY
	TELEFON	0326 245 51 14
	FAKS	0326 245 51 14
	E-POSTA	tipetik@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd.Doç.Dr.Hatice TAMBAĞ (Metin KAYKUNOĞLU'nun Tezi)			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	MKÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>		
		Gözlemsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>		
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
	Diğer ise belirtiniz				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLAR ARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç.Dr.Nazan SAVAŞ
İmza:

ASLI GİBİDİR
Enver Seda BOBAZAN
Etik Kurul Başkanı

Ek - 5 Etik Kurul Karar Formu devam

MKÜ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	“Ayaktan kemoterapi alan hastaların sosyal destek ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi”
ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	11/01/2016/07

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	2016/08	1
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ DİĞER:	<input type="checkbox"/>		

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:10	Tarih: 13/01/2016
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	DOÇ.DR.NAZAN SAVAŞ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Doç.Dr.Nazan SAVAŞ	Halk Sağlığı	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Cumali GÖKÇE	İç Hastalıkları	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Aydiner KALACI	Ortopedi ve Travmatoloji	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılmadı
Doç.Dr.Zafer YÖNDEN	Tıbbi Biyokimya	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr.Burçin ÖZER	Tıbbi Mikrobiyoloji	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd.Doç.Dr.Neslihan PINAR	Tıbbi Farmakoloji	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç.Dr.Nazan SAVAŞ
İmza:



Ek - 5 Etik Kurul Karar Formu devam

MKÜ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		“Ayaktan kemoterapi alan hastaların sosyal destek ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi”							
ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		11/01/2016/07							
Yrd.Doç.Dr.Fatih SEFİL	Fizyoloji	MKÜ T.A.S. Tıp Fakültesi	E ✓	K □	E □	H ✓	E ✓	H □	
Av.Süleyman TENKEKİOĞLU	Hukuk	MKÜ Hukuk Müşavirliği	E ✓	K □	E □	H ✓	E □	H ✓	Katılmadı
Yusuf COŞKUN	Esnaf	Serbest Çalışan	E ✓	K □	E □	H ✓	E ✓	H □	
Osman ÖZKAN	Eğitimci	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı	E ✓	K □	E □	H ✓	E □	H ✓	Katılmadı
Murat EKENER	Kimyager	Serbest Çalışan	E ✓	K □	E □	H ✓	E ✓	H □	

*:Toplantıda Bulunma


ASLI GİBİDİR
Enver Sedat BÖRAZAN
Etik Kurul Başkanı



Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç.Dr.Nazan SAVAŞ
İmza:

Ek - 6 Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Olur Yazısı

HATAY İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - HATAY E.İ.BİRKÖS BÖYÜK AKI 408
BİLDİRİ
29.12.2011 08:28 - 11094471 - 772.02 - 8 1547
90019632010



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Hatay İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 15196423/772.02
Konu : Anket Çalışması

MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Metin KAYKUNOĞLU'nun "Ayaktan Kemoterapi Alan Hastalarda Sosyal Destek ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi" konulu anket çalışmasının; hastanemizde hizmeti aksatmayacak şekilde gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve mahremiyet ölçülerine riayet edilmesi, hastaneye ek mali külfet getirmeyecek şekilde yürütülmesi, hukuki sorumluluğun proje sahibinde olması ve yapılacak çalışmanın sonucunun Genel Sekreterliğimiz bilgisi dışında ilan edilmemesi koşuluyla Birliğimize bağlı Antakya Devlet Hastanesinde yürütülmesi uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Uzm. Dr. Ömer AKIN
Genel Sekreter

Akasya Mah. 87. Sok. No: 23 Antakya/Hatay Bilgi için:Naime DANAGÖZ
Tel:03262901144 dahili:1192 Fax:03262901130 E-MAİL:Naime.Danagoz@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden (61f964b3-1e86-404f-bbd2-baeb86c990e6) kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek - 7 Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği Kullanım İzni

Google

Metin

Gmail

20 / 54

E-POSTA YAZ

Gelen Kutusu

Yıldızlı

Önemli

Sohbetler

Gönderilmiş Postalar

Taslaqlar

Tüm Postalar

Spam

Çöp Kutusu

Unwanted

Diğer

Metin

Ölçek kullanım izni

Gelen Kutusu x

Berrin Özyurt

berrin.ozyurt@yasar.edu.tr

Ayrıntıları göster

Metin Kaykunoğlu <mkaykunoglu@gmail.com>

23 11 2015

Alıcı: berrin.ozyurt

Sayın Berrin Eylen ÖZYURT

Mustafa Kemal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek lisans öğrencisiyim. Geçerlik güvenilirlik çalışması tarafınızdan yapılmış olan Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği'ni yüksek lisans tezimde kullanmak amaçlı gerekli iznin verilmesini rica ederim.

Metin KAYKUNOĞLU

Tel no: 0553 355 1599

Antakya/HATAY

Berrin Özyurt <berrin.ozyurt@yasar.edu.tr>

23 11 2015

Alıcı: bana

Metim Bey,

Ölçüm aracımı referans göstermek kaydıyla elbette kullanabilirsiniz. Size ölçüm aracının özelliklerini gösteren makalem ve ölçüm aracı ve puanlama sistemini gönderiyorum.

Çalışmanızda başarılar diliyorum,

Berrin Özyurt

From: Metin Kaykunoğlu [mailto:mkaykunoglu@gmail.com]

Sent: Monday, November 23, 2015 2:15 PM

To: Berrin Özyurt

Subject: Ölçek kullanım izni

Bu elektronik postada bulunan tüm fikir ve görüşler ve ekindeki dosyalar sadece adres sahip/sahiplerine ait olup, Yasar Üniversitesi bu mesajın içeriği ile ilgili olarak hiç bir hukuksal sorumluluğu kabul etmez. Eğer gönderilmesi düşünülen kişi veya kuruluş değilseniz, lütfen gönderen kişiyi derhal haberdar ediniz ve mesajı sisteminizden siliniz.

The information contained in this e-mail and any files transmitted with it are intended solely for the use of the individual or entity to whom they are addressed Yasar University does not accept legal responsibility for the contents. If you are not the intended recipient, please immediately notify the sender and delete the message from your system.

Hangouts Kişisi yok

Birini bulun

Ek - 8 Durumluk - Sürekli Anksiyete Ölçeği Kullanım İzni

11/26/2015 15:31

98-212-2872958

BUREM

PAGE 01

24.11.2015

Sayın Necla ÖNER

Mustafa Kemal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek lisans öğrencisiyim. Geçerlik güvenirlik çalışması tarafımızdan yapılmış olan Durumluk-Süreklilik Anksiyete Envanteri'ni referans göstermek kaydıyla yüksek lisans tezimde kullanmak amaçlı gerekli izinin verilmesini rica ederim.

İletişim bilgileri:

Tel no : 0553 355 1599

Faks no : 0326 245 5653

E mail : mkaykunoglu@gmail.com

Antakya HATAY


Metin KAYKUNOĞLU

Saygılı Metin,
Araştırmamda envanteri
kullanabileceğim.

N. Öner
26/11/15

Ek - 9 Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi
Başhekimliği İzin Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 21/12/2015-73507



T.C.
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği

Sayı :14096738-020/
Konu : Öğrenci İşleri (İzin)

SAYIN YRD.DOÇ.DR. HATİCE TAMBAĞ
TOPLUM RUH SAĞLIĞI VE HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANI

İlgi :17/12/2015 tarihli, -020-73021 sayılı yazı,

İlgili tarihli dilekçeniz ile belirlenen sarf malzemeleri tarafınızdan karşılanmak üzere "Ayaktan Kemoterapi Alan Hastalarda Sosyal Destek ve Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi" isimli çalışmanın yapılması uygun görülmüş olup,

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr. Buket Çağla ÖZBAKIŞ AKKURT
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

EK :
İlgi Yazı Sureti (5 sayfa)

Mevcut Elektronik İmzalar

BUKET ÇAĞLA ÖZBAKIŞ AKKURT (Başhekim Yardımcılığı-1 - Başhekim Yardımcısı) 21/12/2015 09:34

Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği - Tayfur Sökmen Kampüsü T: 03622295000 F: 0362455454
E-Posta : hestbna@mku.edu.tr Web: http://www.mku.edu.tr/meh.php?page=contact&location=hastane
İletişim: Zehra Kiboz (Dahil: 3282291000)



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

1988 yılında Hatay'ın Antakya ilçesinde doğdu. İlköğretim ve lise eğitimini Antakya'da tamamladı. 2008 yılında Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nü kazandı, 2012 yılında mezun oldu. 2012 yılında Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Yoğun Bakım Hemşiresi olarak mesleğe başlamış olup halen bu görevini sürdürmektedir. 2015 yılında Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Toplum Ruh Sağlığı Anabilim Dalı'nda tezli yüksek lisansa başladı. 2017 yılında Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi'nde Pedagojik Formasyon eğitimini tamamladı.