

**T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI**

**GENÇ KANSER HASTALARININ SOSYAL DESTEK
DÜZEYLERİ VE YAŞAM DOYUMU**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Aykut Can DEMİREL

KOCAELİ 2015

**T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI**

**GENÇ KANSER HASTALARININ SOSYAL DESTEK
DÜZEYLERİ VE YAŞAM DOYUMU**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Aykut Can DEMİREL

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Hakan ACAR**

KOCAELİ, 2015

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI

GENÇ KANSER HASTALARININ SOSYAL DESTEK DÜZEYLERİ VE
YAŞAM DOYUMU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tezi Hazırlayan: Aykut Can DEMİREL

Tezin Kabul Edildiği Enstitü Yönetim Kurulu Kararı Tarihi-No: 02.07.2015 - 2015/13

Jüri Üyesi: Prof. Dr. Hakan ACAR



Jüri Üyesi: Prof. Dr. Yüksel BAYKARA ACAR



Jüri Üyesi: Doç. Dr. Burcu YAKUT ÇAKAR



KOCAELİ 2015

TEŐEKKÜR

Her zaman kendisini örnek aldığım, çalıőmamın her aşamasında sabrı ve özverisiyle hep yanımda olan, destek ve yardımlarını esirgemeyen, bilgi ve deneyimleriyle bana yeni ufuklar açan değerli hocam ve danıőmanım Sayın Prof. Dr. Hakan ACAR'a,

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca hiçbir zaman desteğini esirgemeyen, gürüőleri ile yolumu aydınlatan saygıdeğer hocam Prof. Dr. Yüksel BAYKARA ACAR'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca mesleki bilgi ve gelişimime katkıda bulunan saygıdeğer hocam Doç. Dr. Burcu YAKUT ÇAKAR'a,

Araőtırmamda kullandığım sosyal destek ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlilik çalıőmasını yapan ve araőtırmamda kullanmam için gerekli izni veren Yrd. Doç. Dr. Berrin EYLEN'e,

Çalışmanın yapılabilmesi için gerekli izinleri almamda yardımcı olan Sosyal Hizmet Uzmanı Zübeyir ÜNSAL'a,

Araştırmanın yapıldığı onkoloji ve hematoloji kliniklerinde görev yapan ve veri toplamamda bana yardımcı olan tüm sağlık çalışanlarına,

Araştırmaya katılan bütün hastalara ve ailelerine,

Desteklerini her zaman arkamda hissettiğim annem Serap DEMİREL'e, babam Recep DEMİREL'e ve sevgili kardeőim Emre DEMİREL'e,

Son olarak çalıőmamı tamamlamam için beni destekleyen eden değerli eőim Emel DEMİREL'e

Sonsuz Teőekkürlerimi Sunarım.

	Sayfa No
İÇİNDEKİLER	
İÇİNDEKİLER.....	I
ÖZET.....	III
ABSTRACT	V
KISALTMALAR LİSTESİ.....	VII
TABLOLAR LİSTESİ.....	VIII
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	X
GİRİŞ.....	1
Araştırmanın Problemi.....	1
Araştırmanın Amacı.....	3
Araştırmanın Önemi.....	5
Araştırmanın Sayıltıları	6
Araştırmanın Sınırlılıkları.....	6
Tanımlar.....	6
BİRİNCİ BÖLÜM: İLGİLİ ALANYAZIN.....	8
1.1. Kanser.....	8
1.1.1. Kanserin Tanımı, Oluşumu ve Türleri.....	8
1.1.2. Kanserin Nedenleri ve Tedavi Yöntemleri.....	10
1.1.3. Dünyada ve Türkiye’de Kanser.....	12
1.1.4. Kanser Hastalarının Psiko-Sosyal Özellikleri.....	14
1.2. Gençlik.....	17
1.2.1. Gençlik Dönemi ve Özellikleri.....	17
1.2.2. Genç Kanser Hastaları.....	20
1.3. Sosyal Destek.....	26
1.3.1. Sosyal Destek: Türleri ve Ölçülmesi.....	26
1.3.2. Kanser Hastaları ve Sosyal Destekle İlgili Araştırmalar.....	30
1.4. Yaşam Doyumu.....	33
1.4.1. Yaşam Doyumu ve Ölçülmesi.....	33
1.4.2. Kanser Hastaları ve Yaşam Doyumu İle İlgili Araştırmalar....	37
1.5. Kanser Hastalarıyla Sosyal Hizmet.....	39
İKİNCİ BÖLÜM: ARAŞTIRMA YÖNTEMİ.....	46
2.1. Araştırmanın Modeli.....	46

2.2. Evren ve Örneklem.....	46
2.3. Veri Toplama Araçları.....	47
2.3.1. Katılımcı Bilgilendirme Formu	47
2.3.2. Görüşme Formu.....	47
2.3.3. Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği.....	48
2.3.4. Yaşam Doyumu Ölçeği	49
2.4. Verilerin Toplanması.....	50
2.5. Verilerin Çözümlemesi.....	51
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: BULGULAR ve YORUMLAR.....	52
3.1. Tanıtıcı Bulgular.....	52
3.2. Hastalık ve Hastalık Sürecine Ait Bulgular.....	56
3.3. Genç Kanser Hastalarının Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeylerine Ait Bulgular	60
3.4. Sosyal Destek ile Yaşam Doyumu Düzeyi Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular.....	87
SONUÇLAR.....	88
ÖNERİLER.....	92
KAYNAKÇA.....	95
EKLER.....	105
EK 1 Katılımcı Bilgilendirme Formu	105
EK 2 Görüşme Formu.....	109
EK 3 Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği.....	111
EK 4 Yaşam Doyumu Ölçeği.....	113
EK 5 İzinler.....	114
ÖZGEÇMİŞ.....	117

ÖZET

Bu araştırmanın iki temel amacı bulunmaktadır. Bunlardan ilki bazı değişkenler açısından genç kanser hastalarının sosyal destek ve yaşam doyumu düzeylerinin incelenmesi, ikincisi ise sosyal destek ile yaşam doyumu düzeyi arasındaki ilişkinin ortaya çıkarılmasıdır.

Araştırmada gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırma verileri 01 Ekim 2014- 01 Nisan 2015 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmaya 15-24 yaş aralığında 82 kanser hastası katılmıştır. Çalışma Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi, Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılmıştır.

Hastalara araştırmacı tarafından hazırlanan görüşme formu, Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği ve Yaşam Doyumu Ölçeği uygulanarak veriler elde edilmiştir. Veriler istatistiksel olarak SPSS 16,0 programı yardımıyla değerlendirilmiş ve analiz edilmiştir. Verilerin analizinde t testi, ANOVA, Levene testi, Kruskal Wallis Testi ve Spearman testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların 43'ü kadın, 39'u erkek olup yaş ortalamaları 19.46 dır. Hastaların çoğunluğu bekârlardan oluşmaktadır. Araştırmaya katılan hastalar ortalama 11.79 aydır tedavi görmektedirler. Hastaların çoğunluğunun lösemi ve lenfoma tanısı almış olduğu belirlenmiştir.

Araştırmada genç kanser hastalarının hane halkı aylık gelir durumları, gelir düzeylerini algılayışları, sosyal yardım alma durumları, aile türleri, refakatçi durumları, aile ile olan ilişkileri, ailenin ilgisinin algılanışı, yaşadıkları evin niteliği, evlerinde ki oda sayıları ve aile bireylerinin hastayı ziyaret sıklığının sosyal destek düzeylerini etkilediği bulunmuştur.

Genç kanser hastalarının tedavi süreleri, hane halkı aylık gelir durumları, gelir düzeylerini algılayışları, sosyal yardım alma durumları, aile türleri, ailenin ilgisinin algılanışı yaşadıkları evin niteliği, evlerinde ki oda sayıları, aile bireylerinin hastayı ziyaret sıklığının hastaların yaşam doyumu düzeylerini etkilediği tespit edilmiştir.

Hastaların sosyal destek düzeyleri ile yaşam doyumu düzeyleri arasında orta derecede pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Diğer bir ifade ile hastaların sosyal destek düzeyleri arttıkça, yaşam doyumu düzeyleri de artmaktadır.

Anahtar Kelimeler

Kanser, Genç Kanser Hastası, Sosyal Destek Düzeyi, Yaşam Doyumu

ABSTRACT

This study has two aims. The first aim is to investigate social support level and life satisfaction of young cancer patients in terms of some variables. The second is to explore the relationship between social support and life satisfaction. Haphazard sampling was used in the research. The sampling is determined Data collected in 01 October 2014- 01 April 2015. 82 young cancer patients who are between 15-24 years old participated in the study. Data collected in Dışkapı Yıldırım Beyazıt Training and Research Hospital, Ankara Child Health and Diseases (Hematology Oncology) Training and Research Hospital, Numune Training and Research Hospital and Dr. Zekai Tahir Burak Women's Health Training and Research Hospital.

The data collected by three different data collection forms. These are questionnaire compiled by researcher, “Cancer Patients’ Social Support Scale” and “Life Satisfaction Scale”. Data are analyzed statistically with SPSS 16.0 program. “T-test, one way analysis (ANOVA), Levene homogeneity test, Kruskal-Wallis test, Spearman product moment correlation” was used to analyze data.

43 female and 39 male patients participated in the study. The patients’ age mean was determined as 19.46. The majority of patients are singles. It is found that average duration of treatment for participated patients was 11.79 month.

It is understood that the majority of patients had been diagnosed with leukemia and lymphoma. It was found that monthly household income level, personal perception about income levels, receiving social assistance, type of family, companion status, family relations, perceptions about family relations, the type and conditions of the permanent residence, number of rooms in the permanent residence, frequency of family visits affected social support levels of young cancer patients.

It was determined that treatment period, monthly household income level, personal perception about income levels, receiving social assistance, type of family, perceptions about family relations, the type and conditions of the permanent residence, number of rooms in the permanent residence, frequency of family visits affected life satisfaction levels of young cancer patients.

It was observed that there is a medium level statistically positive relationship between social support and life satisfaction. In other words, as social support levels of the patients increase, life satisfaction levels increase as well.

Key Words: Cancer, young cancer patients, Social Support Levels, Life Satisfaction

KISALTMALAR LİSTESİ

KHSDÖ: Kanserli Hasta Sosyal Destek Ölçeği

YDÖ: Yaşam Doyum Ölçeği

WHO (DSÖ): World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

THSK: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

BM: Birleşmiş Milletler

UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
(Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü)

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1	: 2012 Yılı Rakamlarına Göre Dünyada Kanserin Görülme Sıklığı ve Ölüm Oranları.....	12
Tablo 2	: Türkiye’de Ölüm Nedenlerinin Yıllara Göre Dağılımı.....	13
Tablo 3	: Araştırmaya Katılan Genç Kanser Hastalarının Sosyo-Demografik ve Ekonomik Özellikleri.....	52
Tablo 4	: Araştırmaya Katılan Genç Kanser Hastalarının Aile Yapısı ve Aile İlişkileri ve Yaşam Yeri ve Sosyal Çevre Özellikleri.....	54
Tablo 5	: Hastalık ve Hastalık Sürecine Ait Bilgiler.....	57
Tablo 6	: Yaş Gruplarına Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri	60
Tablo 7	: Cinsiyete Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri	61
Tablo 8	: Medeni Duruma Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri	63
Tablo 9	: Öğrenim Durumuna Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri.....	63
Tablo 10	: Çalışma Durumuna Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri.....	64
Tablo 11	: Hane Halkı Aylık Gelir Durumuna Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri	65
Tablo 12	: Sosyal Destek Düzeylerinin Hane Halkı Aylık Gelir Durumlarına Göre Farklılaşmasına İlişkin Sonuçlar (Tukey HSD Testi).....	65
Tablo 13	: Yaşam Doyumu Düzeylerinin Hane Halkı Aylık Gelir Durumuna Göre Farklılaşmasına İlişkin Sonuçlar (Tukey HSD Testi).....	65
Tablo 14	: Gelir Düzeyinin Algılanışına Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri	67
Tablo 15	: Sosyal Destek Düzeylerinin Gelir Düzeyinin Algılanışına Göre Farklılaşmasına İlişkin Sonuçlar (Tukey HSD Testi).....	67
Tablo 16	: Yaşam Doyumu Düzeylerinin Gelir Düzeyinin Algılanışına Göre Farklılaşmasına İlişkin Sonuçlar (Tukey HSD Testi).....	67
Tablo 17	: Sosyal Yardım Alma Durumuna Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri	68
Tablo 18	: Sosyal Yardım Alma Durumunun Hane Halkı Aylık Gelir ve Gelir Düzeyinin Algılanışına Göre Dağılımı.....	69
Tablo 19	: Evin Niteliğine Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri.....	70
Tablo 20	: Sosyal Destek Düzeylerinin Evin Niteliğine Göre Farklılaşmasına İlişkin Sonuçlar (Dunnett T3 Testi).....	70
Tablo 21	: Yaşam Doyumu Düzeylerinin Evin Niteliğine Göre Farklılaşmasına İlişkin Sonuçlar (Dunnett T3 Testi).....	70
Tablo 22	: Evdeki Oda Sayısına Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri.....	71
Tablo 23	: Odasının Olma Durumuna Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri	72
Tablo 24	: Ankara Dışından Gelme Durumuna Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri.....	73
Tablo 25	: Aile Türlerine Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri...	73
Tablo 26	: Sosyal Destek Düzeylerinin Aile Türlerine Göre Farklılaşmasına İlişkin Sonuçlar (Tukey HSD Testi).....	74

Tablo 27	: Yaşam Doyumu Düzeylerinin Aile Türlerine Göre Farklılaşmasına İlişkin Sonuçlar (Tukey HSD Testi).....	74
Tablo 28	: Refakatçi Durumuna Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri.....	75
Tablo 29	: Aile ile İlişki Düzeyine Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri	76
Tablo 30	: Ailenin İlgisinin Algılanışına Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri	76
Tablo 31	: Aile Bireylerinin Ziyaret Sıklığına Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri	77
Tablo 32	: Arkadaş Ziyaret Sıklığına Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri.....	78
Tablo 33	: Hastalık Tanılarına Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri	79
Tablo 34	: Hastalık Evrelerine Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri.....	80
Tablo 35	: Hastalığın Yayılma Durumuna Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri.....	81
Tablo 36	: Tedavi Sürelerine Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri.....	81
Tablo 37	: Yaşam Doyumu Düzeylerinin Tedavi Sürelerine Göre Farklılaşmasına İlişkin Sonuçlar (Tukey HSD Testi).....	82
Tablo 38	: Uygulanan Tedavi Yöntemlerine Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri	83
Tablo 39	: Nüks Durumuna Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri	84
Tablo 40	: Kronik Rahatsızlık Durumuna Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri	85
Tablo 41	: Tanıyı Bilme Durumuna Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri.....	85
Tablo 42	: Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri.....	86
Tablo 43	: Sosyal Destek ile Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki (Spearman Korelasyon Analizi).....	87

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1	: 15-24 Yaş Gruplarındaki Erkeklerde En Sık Görülen Bazı Kanserlerin Bu Grup İçindeki Yüzde Dağılımları.....	14
Şekil 2	: 15-24 Yaş Gruplarındaki Kadınlarda En Sık Görülen Bazı Kanserlerin Bu Grup İçindeki Yüzde Dağılımları.....	14
Şekil 3	: Yaşam Doyumu, Öznel İyi Oluş ve Mutluluk Arasındaki İlişki.....	34
Şekil 4	: Sosyal Hizmet İyilik Hali, Öznel İyi Oluş ve Yaşam Doyumu İlişki	44
Şekil 5	: Tedavi İçin Ankara Dışından Gelen Genç Hastaların Şehirlere Göre Dağılımı.....	59

GİRİŞ

Bu bölümde araştırmanın problemi tanımlanmış, amaçları ve önemi ortaya konulmuş, sayıtlara, sınırlılıklar ve tanımlara yer verilmiştir.

Araştırmanın Problemi

Eski çağlarda en basit rahatsızlıklardan dolayı yaşamını yitiren insanoğlu, tıbbın gelişimi ile birlikte 21.yüzyıl dünyasında birçok hastalığı yenebilir ya da tam olarak yenemese de o hastalıkla yaşayabilir duruma gelmiştir. Kanser, hastanın tam olarak iyileşemediği ve bu hastalıkla yaşamak zorunda olduğu kronik bir rahatsızlıktır.

Çağın vebası olarak gösterilen kanser geçen yüzyılın başlarında ölüm sebepleri arasında 7. ve 8.inci sıralarda yer alırken günümüzde kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır (Strensward ve Clark, 2004; akt: Hayrdaroğlu vd 2007). Sağlık Bakanlığının 2005 yılında yaptığı Türkiye Kanser İstatistikleri Araştırmasına göre ülkemizde 173,000 kanser hastası var olup bu sayı her geçen yıl artmaktadır. TBMM'de kanser hastalığının araştırılarak, alınması gereken önlemlerin belirlenmesi amacıyla kurulan Meclis Araştırma Komisyonu, Aralık 2010'da açıkladığı raporunda, Türkiye'de kanserle yaşayan hasta sayısının yaklaşık 400 bin olduğu, her yıl 150 bin yeni kanser vakası teşhis edildiğini kaydetmiştir. Gelişen tedavi yöntemleriyle birlikte kanser hastalarının yaşam süresi uzatılabilmektedir. Kanser; tıbbi bir rahatsızlık olmasına karşın; hasta ve çevresini psikolojik-sosyal-ekonomik olarak uzun süreli etkileyen çok yönlü bir hastalıktır.

Günümüzün en ölümcül hastalıkları arasında yer alan kanser, hasta, ailesi ve sosyal çevresi üzerinde sadece fiziksel ve ekonomik değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal yönden birçok soruna neden olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü- DSÖ (1946), sağlığı “sadece hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil kişinin beden ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.” şeklinde tanımlamıştır. Görüldüğü üzere sağlıklı olabilmek için yalnız fizyolojik anlamda iyi olma değil psiko-sosyal açıdan da iyi olmak gereklidir. Kanser hastaları için de bu son derece

önemlidir. Bireyin ruh sağlığı ve sosyal destek mekanizması, hastalıkla baş etme kapasitesini arttırmakta ve tedaviye uyumlu hale getirmektedir.

Kanser toplumun her kesiminde görülebilen bir rahatsızlıktır. Kadın-erkek, genç-yaşlı, zengin-fakir ayrımı olmaksızın bütün toplumu etkilemektedir. Bu gruplardan biri de gençlerdir.

Gençlik dönemi; insan hayatının en önemli dönemidir. Gençlik, insan yaşamının çocukluk ve yetişkinlik arasında kalan kısmıdır. Gençlik dönemi, bütün yaş dönemleri içinde en sağlıklı olanı, aynı zamanda uzun ve sağlıklı bir yaşamın temellerinin atılabileceği bir dönem olarak da tanımlanmakla birlikte, gerçekte fiziksel, psikolojik ve sosyal değişimlerin olduğu bir dönemdir.

Kanserin bireyler üzerinde yaratmış olduğu birtakım ortak etkiler bulunmakla beraber, kanser teşhisi ve tedavisi bireyin yaşamının her evresinde farklı fiziksel ve psiko-sosyal değişiklikler meydana getirmektedir. Gelişim kuramlarına göre birçok sorunun yaşandığı gençlik döneminde, kanser tanısı ile birlikte bu süreç genç için oldukça zor bir duruma dönüşmektedir (Zebrack, 2011).

Yaşam doyumu, bireyin istekleri ile gerçekte var olan durum arasındaki olan durumdur. Yaşam doyumu ya da en çok bilinen adıyla mutluluk; bireyin yalnızca sağlıklı olduğu durumlarda değil en basit hastalıklardan en zorlu, en ölümcül hastalıklarla baş edebilmede en büyük silahtır. Yaşam doyumu gencin hem gençlik dönemini hem de ileriki yaşamını etkilemektedir. Hayatın yeni yeni planlanmaya başlanıldığı bu dönemde; kansere yakalanan bir gencin yaşamdan beklentileri ile gerçekte var olan koşulları arasındaki dengeye bakıldığında arada büyük bir fark çıkacaktır. Bu durum gencin hem tedavi sürecini hem de gelecekteki hayatını son derece olumsuz etkileyecektir.

Kişinin yaşam doyumunu etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Yaş, cinsiyet, sağlık, iş yaşamı, ekonomik durum, eğitim düzeyi, din, evlilik, gibi faktörler bunlar arasında sayılabilir. Ancak en önemlilerinden biri de sosyal destektir, özellikle kanser hastaları için. Literatürdeki birçok araştırma bireyin sosyal destek düzeyi ile yaşam doyumu arasında anlamlı bir ilişki olduğunu, sosyal destek düzeyi arttıkça

yaşam doyumunun da arttığını ortaya koymuştur (Altıparmak, 2009; Danielsen vd 2009; Kim ve Sok, 2012).

Sosyal destek; kansere yakalanan birey için oldukça önemli bir kaynaktır. Sosyal destek; kanser hastalarının yaşam süresini uzatmakta, hastanın tedaviye uyumu ve tedavinin başarı şansını arttırmaktadır. Sosyal desteğin birçok kaynağı vardır. Bu kaynaklardan birisi de ailedir. Gelişimsel dönem itibariyle gençlik döneminde bireyin ailesinden yavaş yavaş bağımsızlaşmaya başlaması ve arkadaşları ile daha fazla zaman geçirmesi beklenir. Ancak genç kanser hastaları için bunu söylemek mümkün değildir. Kanser tanısı ile birlikte genç, sosyal damgalanma ve dışlanmaya maruz kalmaktadır (Tuncay, 2009). Tanıyla birlikte sosyal destek ihtiyacı artmaktadır (Işıksan, 2007). Sosyal damgalama ve dışlanmayla birlikte sosyal destek ihtiyacının artması bu dönemde genci aileye daha da bağımlı kılmaktadır. Bu nedenle genç kanser hastaları düşünüldüğü zaman sosyal destek özellikle aileden aldığı desteğinin tedavi sürecinde oldukça önemlidir.

Hem yaşam doyumunu düzeyi hem de sosyal destek düzeyi kanser hastasını derinden etkilemektedir. Özellikle henüz geleceğini planlamakta olan gençler, gelişimsel dönem itibariyle pek çok sorun yaşarken, ölümcül bir hastalık olan kanser, genç hastaların yaşamını önemli ölçüde etkilemektedir. Gençlerin kanser gibi ölümcül bir hastalıkla mücadelesinde yaşam doyumunu ve sosyal desteği son derece önemlidir.

İşte bu sebeplerden dolayı araştırmanın problemi “Genç kanser hastalarının sosyal destek ve yaşam doyumunu düzeylerinin birbiri ile ilişkisi ve bu ilişkiyi etkileyen faktörlerin neler olduğunun” belirlenmesidir.

Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın iki temel amacı bulunmaktadır. Bunlardan ilki bazı değişkenler açısından genç kanser hastalarının sosyal destek ve yaşam doyumunu düzeylerinin incelenmesi, ikincisi ise sosyal destek ile yaşam doyumunu düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesidir. Araştırmanın alt amaçları aşağıdaki şekilde düzenlenmiştir.

1. Genç kanser hastalarının sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri, hastalık ve hastalık sürecine göre farklılaşmakta mıdır?

- *Kanser tanısı*
- *Hastanın tanıyı bilme durumu*
- *Hastalığın evresi*
- *Tedavi süresi*
- *Tedavi yöntemi*
- *Nüks durumu*
- *Kronik hastalık*
- *Psikolojik yardım alma*

2. Genç kanser hastalarının sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri, sosyo-demografik ve ekonomik değişkenlere göre farklılaşmakta mıdır?

- *Yaş*
- *Cinsiyet*
- *Medeni hali*
- *Eğitim durumu*
- *Çalışma durumu*
- *Çalışma süresi*
- *Konut türü*
- *Gelir*
- *Refakatçi durumu*

3. Genç kanser hastalarının sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri, sosyal ilişkilerine göre farklılaşmakta mıdır?

- *Birlikte yaşadığı kişiler*
- *Hastanın ailesi ile ilişkisi*

- *Hastanın tedavi için şehir dışından gelmesi*
 - *Hastanın arkadaşları ile olan ilişkisi*
4. Genç kanser hastalarının sosyal destek ile yaşam doyumu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

Araştırmanın Önemi

Kanser, çağımızın en önemli toplumsal sorunlarından biri haline gelmiştir. Dünya Sağlık Örgütü- DSÖ (2008)'nün verilerine göre kanser ölüm sebepleri arasında birinci sırada yer alırken, ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu-TÜİK (2014) verilerine göre ise ikinci sırada yer almaktadır. Gelişen tedavi yöntemleri ile birlikte kanserde ortalama yaşam süresini artmış ve hastalık akut durumdan çıkmış kronik bir hastalık olarak adlandırılmaya başlanmıştır. Ancak bu kronik durum gerek hasta gerekse hastanın çevresinde yeni birçok psikolojik-sosyal-ekonomik soruna neden olmaktadır.

Dünya genelinde genç nüfus giderek artmakta ve gençlerin talepleri ve ihtiyaçları da en az bu artış hızı kadar çoğalmaktadır. Son birkaç yıla bakıldığında birçok ülkedeki gençlik hareketleri bunu kanıtlar niteliktedir.

Gençlerin de kanser olduğu günümüz dünyasında; bu alanda çok fazla araştırmanın olmadığı literatür taraması sonucunda anlaşılmıştır. Yapılan çalışmalara bakıldığında genellikle gençlik dönemi olarak adlandırılmamakta ve yetişkin-çocuk olmak üzere sınıflandırılmaktadır. Ülkemizdeki genç kanser hastaları ile yapılan tek araştırma Tarık Tuncay'ın 2009 yılında yapmış olduğu "Genç Kanser Hastalarının Hastalık Deneyimlerinin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi: Bir Model Önerisi"dir.

Literatür incelendiğinde; Türkiye'de yaşam doyumu-kanser, sosyal destek-kanser ilişkisini açıklamaya çalışan birçok çalışma vardır. Ancak yapılacak bu araştırma; kanser hastaları için özel olarak geliştirilen Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği (Eylen, 2002) ve Yaşam Doyumu Ölçeğinin bir arada kullanılacak olması, genç kanser hastalarının sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişkiyi anlamlandırmaya çalışması ve genç kanser hastalarını ele alması bakımından ilktir.

Yapılan literatür taraması sonucunda bu konuda herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Ayrıca; yapılacak bu çalışmanın sosyal hizmet mesleğine kuramsal bilgi kazandırması ve uygulayıcıların mesleki uygulamalarına yardımcı olması beklenmektedir.

Araştırmanın Sayıtları

Bu araştırmada;

- Örneklemin, evreni temsil ettiği,
- Kullanılacak ölçme araçlarının amaca ulaşmada yeterli olduğu,
- Araştırmaya katılan gençlerin görüşme formunu, “Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği’ni” ve “Yaşam Doyum Ölçeği’ni” gerçek durumlarını yansıtacak şekilde içtenlikle cevapladığı varsayılmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma tüm maddi giderlerinin araştırmacı tarafından karşılanması, evrenin geniş ve dağınık yerleşim yerlerinde bulunması nedeni ile sadece Ankara ilinde, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara 1.Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim Araştırma Hastanesi, Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dr Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi onkoloji ve hematoloji kliniklerinde kanser teşhisi ile yatarak veya ayaktan tedavi gören genç kanser hastaları ile sınırlanmıştır.

Tanımlar

Kronik Hastalık: Kalıcı ve giderek artan hasara neden olan, geri dönüşü olmayan değişikliklere neden olarak betimlenmekte, uzun dönem gözetim, koruma, rehabilitasyon ve bakıma ihtiyacı olan durumlar olarak tanımlanmaktadır (DSÖ).

Genç Kanser Hastası: Kanser tanısı ile tedavi gören 15-24 yaş aralığındaki hastalardır.

Çekirdek Aile: Genç kanser hastasının *eş* (karı- koca) olarak bulunduğu, eşiyle veya eş ve çocuğu(çocukları) ile birlikte yaşadığı ailedir.

Ebeveynlerle Çekirdek Aile: Genç kanser hastanın anne ve babası veya anne, babaya ek kardeş(ler) ile birlikte *çocuk* olarak bulunduğu ailedir.

Geniş Aile: Genç kanser hastasının bekar olarak bulunduğu, anne-babası ve birden fazla kuşak (büyükbaba, büyükanne, amca, dayı, hala, teyze gibi) ile birlikte yaşadığı ailedir.

Diğer Aile Türü: Çekirdek, ebeveynlerle çekirdek ve geniş aile biçiminin dışında kalan aile şeklinde tanımlanmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

İLGİLİ ALANYAZIN

1.1. Kanser

Bu bölümde kanserin tanımına, oluşum ve türleri, nedenleri ve kanser hastalarının psiko-sosyal özelliklerine ilişkin bilgiler yer almaktadır.

1.1.1. Kanserin Tanımı, Oluşumu ve Türleri

Kanser (cancer), tıp alanındaki gelişmelere rağmen hem dünyada hem de ülkemizde sık görülmesi ve ölümcül bir hastalık olması nedeni ile büyük bir sağlık problemidir. Kanser; geçen yüzyılın başlarında ölüm sebepleri arasında 7. ve 8. sırada yer alırken günümüzde kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır (Strensward ve Clark, 2004; akt: Hayrdaroğlu vd 2007). TÜİK verilerine göre ülkemizde; 2002 yılında kansere bağlı ölüm %12 iken, bu oran 2014 yılında %20.7'ye ulaşmıştır.

Kanser, ilk insanlarda bile görülen oldukça eski bir hastalıktır. Hırvatistan'ın Krapina bölgesindeki mağaralarda arkeologlar tarafından yapılan çalışmalar sonucunda 120 bin yıl öncesine ait bir Neandertal kemiğinde tümör bulunmuştur (Monge vd 2013). Kansere ilgili ilk belge (kelime kanser olarak kullanılmamaktadır), Mısır'da bulunan ve yaklaşık olarak MÖ 3000 yılına ait olduğu tahmin edilen travma cerrahisi hakkındaki papirüs el yazmasıdır. Travma cerrahisi üzerine yazılan bu eserde meme ülserinin 8 evresi açıklanmakta olup hastalık için "bir tedavisi yoktur" denilmektedir (The American Cancer Society [ACS], 2012).

Kanser terimi ilk kez, tıbbın babası olarak bilinen Yunan fizikçi Hippocrates (MÖ 460-370) tarafından oluşturulmuştur. Hippocrates carcinos ve carcinoma terimlerini ülser oluşturan ve ülser oluşturmeyen tümörler için kullanmıştır (ACS, 2012).

Kelime anlamı olarak kanser, bir organ veya dokudaki hücrelerin düzensiz olarak bölünüp çoğalmasıyla beliren kötü urlara denir. Genel anlamda ise kanser vücudumuzun çeşitli bölgelerindeki hücrelerin kontrolsüz çoğalması ile oluşan

100'den fazla hastalık grubudur (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı[KDB], 2012).

Kanser kronik ve ciddi bir hastalık olmanın ötesinde, belirsizlikler içeren ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran, suçluluk, terk edilme, kargaşa ve panik, kaygı uyandıran bir hastalık olarak algılanır (Kelleci, 2005).

İnsanın fiziksel, psikolojik, duygusal, tinsel (spiritüel) ve sosyal alanında derin izler bırakan kanser, modern hayatın en yaygın ve tehdit edici hastalıklarındandır (Tuncay, 2009).

Yukarıdaki tanımlardan anlaşılacağı üzere kanser; bir organ veya dokudaki hücrelerin düzensiz olarak bölünüp çoğalmasıyla fiziksel bir etki meydana getiren, sonuçları itibariyle birey ve sosyal çevresi üzerine derin psikolojik-sosyal-duygusal etki yaratan çok boyutlu bir kronik hastalıktır.

İnsan vücudu trilyonlarca hücreden oluşmaktadır. Bu hücreler bölünüp çoğalabilme yeteneğine sahiptirler. Ölen hücrelerin yenilenmesi ve yaraların onarılması için bu özelliklerini kullanırlar. Her bir hücre belirli sayıda bölünebilmektedir. Bazı nedenlerden dolayı bu durum değişmekte ve hücrelerin DNA yapısı bozularak kontrolsüz şekilde büyümeye ve çoğalmaya başlamaktadır (Türkiye Sağlık Vakfı[TSV], 2010).

Kanser kontrolsüz büyüme ve anormal hücre yayılımı özelliği olan bir hastalık grubudur. DNA'da meydana gelen değişimler kanserleşmenin çok aşamalı sürecini oluşturur. Tümör olarak bilinen bu dokular iyi huylu (*benign*) ve kötü huylu (*malign*) olarak ikiye ayrılmaktadırlar. İyi huylu tümörler kanser değildir, çevrelerindeki doku ve organlara yayılmazlar. Kötü huylu tümörler ise; kanserdir. Çevre doku ve organlara yayılırlar ve zarar verirler.

Kanser türleri geniş olarak 5 kategorilerde toplanmaktadır (Türk Kanser Derneği[TKD], 2013).

Karsonima: İç organları kapsayan ve çevreleyen dokularda veya deride başlayan kanserlerdir

Sarkoma: Kanserin kemik, kıkırdak, yağ, kas, kan damarları veya diğer bağ ve destek dokularında başlamasıdır. İç organlardaki kas ve bağ dokularında da oluşabilir.

Lenfoma ve Miyelom: Bağışıklık sistemi hücrelerinde başlayan kanserdir.

Merkezi Sinir Sistemi Kanseri: Beyin ve omurilik dokularında başlayan kanserdir.

Lösemi: Kemik iliği gibi kan yapan dokularda başlar. Çok sayıda anormal kan hücresinin, kana girmesine ve üretilmesine neden olur.

Kanserin 100'ün üzerinde çeşidi bulunmaktadır. Birçok kanser ilk olarak nerde başladıysa, başladığı organın veya dokunun ismi ile adlandırılmaktadır. Örneğin; akciğerde başladıysa akciğer kanseri, bağırsakta başladıysa kolon kanseri gibi.

1.1.2. Kanserin Nedenleri ve Tedavi Yöntemleri

Kanserin nedenleri hala tam olarak bilinmemesine karşın Dünya Sağlık Örgütü- DSÖ ve Amerikan Kanser Derneği risk faktörlerini aşağıdaki gibi sıralamışlardır.

- Kalıtım
- Sigara ve alkol tüketimi
- Kötü beslenme alışkanlıkları, hareketsizlik ve obezite
- Enfeksiyonlar
- X-ışınları, gama ışınları, radyoaktif maddeler ve ultraviyole ışınlar

Kanser evreler halinde ilerleyen bir hastalıktır. Hangi tedavi yönteminin uygulanacağı bu evrelere göre belirlenmektedir. Kanser türüne ve hastaya göre evreler farklılık gösterse de, genellikle dört evrede gerçekleşen bir hastalıktır.

I. Evre: Genellikle kanser küçük boyuttadır, tek bir organı kapsamaktadır.

II. Evre: Hücreler artarak dokulara ve lenf düğümlerine yayılma eğilimi göstermektedirler.

III. Evre: Kanser lenf düğümlerinde bulunmakta ve dokulara yayılmaya başlamaktadır

IV. Evre: Kanserli hücrelerin buldukları doku dışında doğrudan ya da kan-lenf damarlarıyla başka bölgelere yayılmasıdır. Metastaz¹ ya da ikincil kanser olarak da adlandırılmaktadır (Cancer Research UK[CRUK], 2013).

Kanser hastalığında erken teşhis çok önemlidir. Erken teşhis, kanser de sağ kalımı veya yaşam süresini arttırmaktadır. Günümüzde kanser tedavisinde cerrahi, kemoterapi ve radyoterapi sıklıkla kullanılan üç yöntemdir.

Cerrahi yöntem, kanserli dokunun operasyonla çıkarılmasıdır. Bu yöntem uzun süreler kanser tedavisinin temelini oluşturmuştur. Aynı zamanda, biyopsi², evreleme³ ve yan etkilerin ve ağrıların azaltılmasında kullanılan bir yöntemdir (KDB, 2013).

Kemoterapi, kanser hastalarında en sık kullanılan tedavi yöntemlerinden biridir. Kanser hücrelerini yok etmek veya bu hücrelerin yayılmasını kontrol altına almak için antikanser ilaçlar kullanılarak yapılan tedavidir. Kanser tedavisinde tek başına ya da radyoterapi ve cerrahi ile birlikte uygulanabilir (KDB, 2013).

Radyoterapi en basit tanımla ışın kullanarak kanserin tedavi edilmesidir. Radyoterapinin amacı; tanımlanmış tümör hacmine, tümörü çevreleyen sağlıklı dokuya en az zarar verecek şekilde, yüksek doğrulukla ölçülmüş radyasyon dozunu vermek bu sayede tümör içindeki hastalıklı hücrelerin ileri hücre bölünmelerini veya

¹ Metastaz (Fransızca métastase): Yayılma (Türk Dil Kurumu, 2013)

² Vücudun herhangi bir yerinden tanı koymak için mikroskop altında incelemek ve/veya çeşitli testler yapmak amacıyla hücre veya doku parçası alınması işlemine *biyopsi* denir.

³ Evreleme; kötü huylu tümörleri, tedaviye yön vermek amacıyla, klinik belirtileri ve yayılma derecelerine göre evrelere ayrılmasıdır.

çoğalmalarını devamlı olarak durdurmak, tümörün yok olmasını sağlamak, hayat kalitesini artırmak ve kanser hastasının sağ kalımını uzatmaktır (Dirican, 2001).

1.1.3. Dünyada ve Türkiye’de Kanser

Kanser, günümüzün en önemli sağlık sorunları arasındadır. 19. yüzyılın başlarında kansere bağlı ölümler genel ölüm nedenleri arasında 7. ve 8. sıradayken bugün ölüm nedenleri arasında 2. sırada yer almaktadır. Küresel çapta 2008’de 12.4 milyon yeni kanser vakası (erkeklerde 6.672.000 ve kadınlarda 5.779.000) ve 7.6 milyon kanser kaynaklı ölüm (erkeklerde 4.293.000 ve kadınlarda 3.300.000) görüldüğü tahmin edilmektedir. Yeni vakaların yarıdan fazlası büyük oranda düşük ve orta gelir grubu ülkelerde görülmektedir. Küresel çapta akciğer kanseri en yaygın kanser türü ve kanserle alakalı ölüm nedeni iken; kadınlarda en yaygın kanser türü ve kanserle alakalı ölüm nedeni meme kanseriydi (Boyle ve Levin, 2008).

Tahmini kanser vakası ve ölüm oranları tahminleri küresel çapta her yıl % 1-2 civarında yükselmektedir. Yeni tahminlere göre, kansere bağlı ölüm sebepleri bir önceki tahminlere göre artmıştır. 2012 yılı verilerine göre Dünya’da toplam 14.1 milyon yeni kanser vakası gelişmiş ve 8.2 milyon kansere bağlı ölüm olmuştur. Dünya’da en çok tanı konulan kanserler akciğer (% 13), meme (% 11.9) ve kolon (% 9.7) iken kanserden ölümlerin ise en çok akciğer (% 19.4), karaciğer (% 9.1) ve mideden (% 8.8) gerçekleştiği belirtilmiştir (International Agency for Research on Cancer Globocan[IARC], 2012).

Tablo 1: 2012 Yılı Rakamlarına Göre Dünyada Kanser Görülme Sıklığı ve Ölüm Oranları

Tahmini Rakamlar (bin)	Erkek		Kadın		Toplam	
	Vaka	Ölüm	Vaka	Ölüm	Vaka	Ölüm
Dünya	7427	4653	6663	3548	14090	8201
Gelişmiş Ülkeler	3244	1591	2832	1287	6076	2878
Gelişmemiş Ülkeler	4184	3062	3831	2261	8014	5323

Kaynak: IARC, 2012

Türk Kanser Araştırmaları ve Savaş Kurumu Derneğine göre ülkemiz kanser haritası incelendiğinde her yıl yaklaşık 150 bin yeni kanser vak'ası teşhis edilmektedir. Erkeklerde en sık akciğer kanseri, kadınlarda ise meme kanseri görülmektedir (Türk Kanser Araştırmaları ve Savaş Kurumu Derneği[TKASK], 2014).

Ülkemizde kanser insidansı verilerinden çok, ölüm nedenleri arasındaki kanserin yerinin yıllara göre dağılımı bilmek, hastalığın boyutlarını belirlemede büyük yardımcı olacaktır. TÜİK'in hazırlamış olduğu yıllara ölüm nedenlerinin oranları incelendiğinde kansere bağlı ölümlerin giderek artan bir grafikte 2012 yılında % 21'e ulaştığı görülmektedir. Bu tabloya göre Türkiye'de her 5 ölümden birinin kanserden kaynaklandığı istatistikî verilerle de ortadadır.

Tablo 2: Türkiye'de Ölüm Nedenlerinin Yıllara Göre Dağılımı

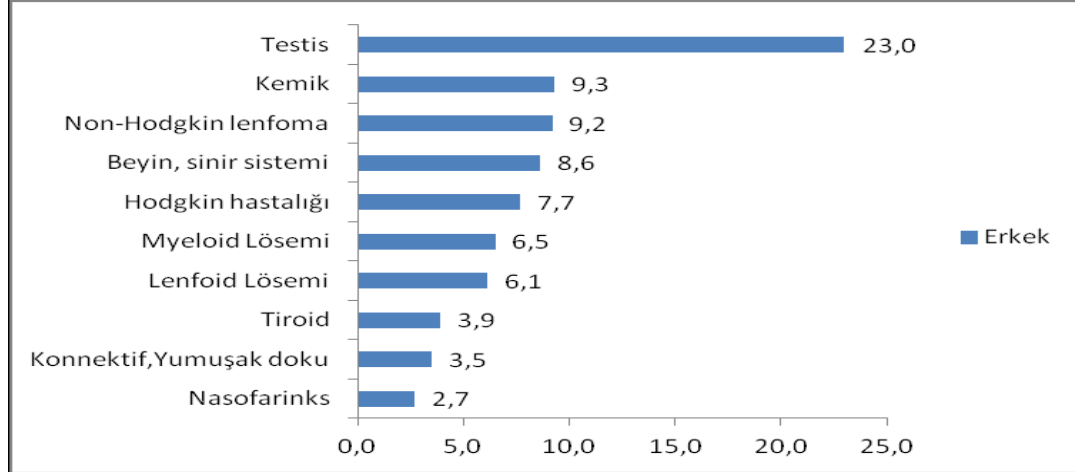
	2010	2011	2012	2013
Kalp ve Damar Hastalıkları	39.6	38.8	37.9	39.8
Kanser	21.3	21.1	21.1	21.3
Solunum Yolu Hastalıkları	8.3	10.1	9.7	9.8
Metabolik Hastalıklar	6.4	6.3	6.0	5.6
Zehirlenme Travma	4.4	4.1	4.1	5.5
Diğer	20	19.6	21.2	18

Kaynak: TÜİK Ölüm Nedenleri, 2014

Kanser adölesan (15-19 yaş) ve genç yetişkinlerde (20-24 yaş) yaygın bir hastalık değildir (National Cancer Registry Ireland[NCRI], 2010). Ülkemizde ve dünyada genç kanser hastaları (15-24 yaş) ile ilgili istatistikî yeterli bilgi bulunmamaktadır. Ülkemiz Kanser Daire Başkanlığına göre, genç erkeklerde testis non- Hodgkin lenfoma ve kemik kanserleri, genç kadınlarda ise tiroid, Hodgkin lenfoma⁴, beyin kanserleri en sık karşılaşılan kanser türleridir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu[THSK], 2013).

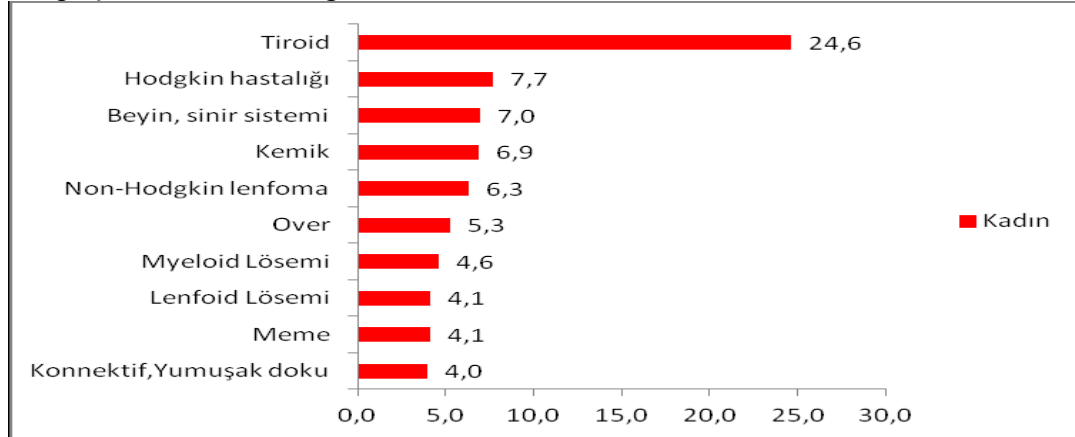
⁴ **Hodgkin lenfoma**,bağışıklık sistemindeki hücrelerde başlayan bir kanserdir. Bağışıklık sistemi enfeksiyonlara ve diğer hastalıklara karşı savaşmaktadır. *Lenfatik sistem* bağışıklık sisteminin bir parçasıdır (Türk Hematoloji Derneği[THD], 2010).

Şekil 1: 15-24 Yaş Gruplarındaki Erkeklerde En Sık Görülen Bazı Kanserlerin Bu Grup İçindeki Yüzde Dağılımları



Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Kanseri İstatistikleri, 2014

Şekil 2: 15-24 Yaş Gruplarındaki Kadınlarda En Sık Görülen Bazı Kanserlerin Bu Grup İçindeki Yüzde Dağılımları



Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Kanseri İstatistikleri, 2014

1.1.4. Kanseri Hastalarının Psiko-Sosyal Özellikleri

Tıp alanındaki baş döndürücü ilerlemeler ile birlikte kanser akut bir hastalık olmaktan çıkmış, insanın birlikte yaşamak durumunda kaldığı kronik bir hastalık halini almıştır. Kanseri süregelen ve ölümcül bir hastalık olmasının yanı sıra duygusal, ruhsal ve davranışsal tepkilere yol açan önemli bir sorundur (Ateşçi vd 2003).

Kanseri yalnızca fiziksel etkileri olan bir hastalık değil, yaşam dengelerini psikolojik, sosyal, ekonomik alanlarda da etkileyen bir hastalıktır. Kanseri tanısı alan birey ekonomik gücünü, işini, herhangi bir organını, işlevini ya da yaşamını yitirmek

olgusuyla karşı karşıyadır (Tuncay, 2009). Kanser tanısı, bireyin yaşam biçimini, alışkanlıklarını, planlarını ve beklentilerini tümüyle değiştirmektedir.

Kanser tedavisi uzun zaman alan süreç olup, hastaya fiziksel, sosyal ve psikolojik yönden zarar vererek uzun süreli bir stres yaşamasına neden olmaktadır. Kanser tanısının konulması bireyin ölümcül bir hastalıkla karşı karşıya kalmasına ve krize yol açmaktadır. Bu kriz durumunda ortaya çıkan tepkilerle ilgili Steven Green ve arkadaşları (1987), Moorey, Greer ve Watson (1989), Bolund ve arkadaşları (1990) ve Elizabeth Kübler Ross (1975) gibi değişik araştırmacılar tarafından belirlenmeye çalışılmıştır (Özkan, 2001).

Ross'un yapmış olduğu sınıflama geçerliliğini hala devam ettirmektedir (Ross, 1977; akt: Tuncay, 2009). Ross kanserde psikolojik süreçleri; inkâr, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme olarak sıralamıştır (Ross, 1977; akt: Özkan, 2001). Kanser tanısına ilk aşamada sıklıkla verilen tepkiler, şok olma, tanıyı reddetme ya da bu duruma inanmamaktır. Gerçeğin birey tarafından hemen reddedilmesi, katlanılması çok güç görünen gerçeğin tetiklediği kaygı, panik ve çaresizlik duygularına karşı bir savunmadır. Güleç ve Büyükkınacı (2011) kanser hastalarının neredeyse tümünün yalnızca hastalığın ilk zamanlarında veya gerçeği öğrendikten sonra değil, ara ara ileriki dönemlerde de inkâra, en azından kısmi inkâra başvurduğunu belirtmişlerdir. Öfke aşamasında; hastalığa, tanıyı koyan doktorlara, yakınlarına, bazen de sağlıklı kişilere kızgınlık olabilir. Başkaları sağlıklı iken, hayat devam ederken “*neden ben, neden şimdi*” soruları hastayı meşgul eder. Pazarlık aşamasında ise bireyin baş etme yöntemlerinin bilinmesi ve yeni baş etmelerin geliştirilmesi gerekir. Ayrıca bu dönem hastanın tedavi için sağlık çalışanları ile işbirliği yaptığı dönemdir. Depresyon aşamasında ise, bir süre sonra hasta kayıplarını fark eder, yapamadıkları ve yapamayacakları için yas tutar. Hastanın duruma uyum süreci için bir belirtidir. Hasta üzüntü duygularını ifade eder (Noyan, 2012). En son evrede ise, hastalık kabullenilir. Aile bireyleri ve yakın arkadaşlarla vedalaşabilmek, ölmeden önce yarım kalmış işleri tamamlamak ancak bu dönemde olabilmektedir. Kabullenme ile birlikte inkâr, kızgınlık ve gelecek hakkında kaygı kuşkusuz azalmaktadır (Tuncay, 2009). Fakat Ross'un ortaya koymuş olduğu aşamalar belli bir sırayı takip etmeyebilir. Hasta terminal dönemde dahi olsa hastalığı kabullenmeyebilir ya da kabullenip tekrar inkâr aşamasına veya depresyon aşamasına dönebilmektedir.

Kanser denildiği zaman birçok insanın aklına çaresizlik, belirsizlik, umutsuzluk, suçluluk, terk edilme fiziksel acı, ölüm gibi düşünceler gelmektedir (Kelleci, 2005). Kanser hastaları, sadece hastalık süreci ile ilgili değil, aynı zamanda kanser tedavisinin yan etkilerine bağlı olarak birçok sorun yaşamaktadır. Bunlar, ağrı, iştahsızlık, halsizlik, kaşeksi, tat değişiklikleri, saç dökülmesi, bulantı, kusma, mukozit, yorgunluk, dispne gibi fiziksel ve uyku düzensizlikleri, depresyon, anksiyete gibi psikolojik semptomlardır (Akçay ve Gözüm, 2012; Seven vd 2013) .

Kanserli birey, yaşamını tehdit eden bir hastalıkla karşı karşıyadır ve bu durum hastaya yoğun bir korku yaşamaktadır. Kanserli bireyin sıklıkla yaşadığı bu korkuları Özkan aşağıdaki gibi sıralamıştır (Özkan, 1993; akt: Özbek Guni, 2005);

- Ölüm
- Aile, eş ve doktora bağımlı olma
- Vücut görünümünde kötüleşme
- İş, okul ve sosyal yaşamda engellilik
- Sosyal ilişkilerde bozulma
- Rahatsızlık ve ağrı

Kanser tanısı almak hastanın, bir yandan fiziksel sorunlar ile baş etmeye çalışmasına, diğer yandan geleceğe ilişkin belirsizlik yaşamasına neden olabilmektedir. Bu süreç hastada psikiyatrik rahatsızlıklara da neden olabilmektedir. Derogatis ve arkadaşları (1983) yaptıkları çalışmada kanser hastalarının sıklıkla (% 47) psikiyatrik sorunlar yaşadığını ortaya koymuştur. Kanser hastalarının büyük bölümünün uyum bozuklukları (% 68) ve depresyon (% 13) olduğunu organik ruhsal bozukluk (% 8), kişilik bozukluğu (%7) ve anksiyete (% 4) yaşadığını belirlemiştir (Şenler, 2001). Ateşçi vd (2003) kanser hastalarının psikiyatrik bozuklukların sıklığını ve bu sıklığa etki edebilecek faktörlerin neler olduğunu açıklamak için yaptıkları araştırmada; kanser hastalarının % 28.7'si bir DSM-IV Eksen I tanısı almıştır. Araştırmada uyum bozukluğu ve major depresif bozukluk en çok karşılaşılan tanılar olarak belirlenmiştir.

Araştırmalar kanser hastalarının % 9- % 60 gibi oldukça geniş bir aralıktadır değişen ruhsal bozukluğun olduğunu bildirmiştir (Tavoli vd 2007; akt: Guleç ve Bükükkınacı, 2011).

Literatüre bakıldığında kanser hastalarında en sık karşılaşılan ruhsal problemler şunlardır (Noyan, 2012);

- Uyum bozuklukları
- Anksiyete
- Anksiyete bozuklukları
- Depresyon
- Deliryumdur.

1.2. Gençlik

Bu bölümde gençlik döneminin özellikleri ve genç kanser hastalarına ilişkin bilgiler yer almaktadır.

1.2.1. Gençlik Dönemi ve Özellikleri

Gençlik dönemi, insanın gelecekteki durumunu etkileyen ve biçimlendiren kararların alındığı, çocukluk ve yetişkinlik arasında kalan insan hayatının en önemli dönemdir. Genç ve gençlik dönemi tanımı toplumdan topluma, bir araştırmacıdan başka bir araştırmacıya göre değişebilen soyut kavramlardır. Genç ve gençlik dönemi ile ilgili ortak bir tanım yapılamamakla birlikte bu çalışmada Birleşmiş Milletlerin (BM) tanımı temel alınmıştır.

Genç sözcüğü Latince büyüme olgunlaşmak anlamına gelen “*adolescere*” kökünden gelmektedir. Kelime, yapısı gereği bir durumu değil bir süreci belirtmektedir (Özbey Alkurt, 2002).

TDK (2015) genci; “gençlikteki özelliklerini koruyan, dinç”, “zihin bakımından yeterince gelişmemiş, toy”, “yeni gelişmekte olan, kısa bir geçmişi olan”, gençliği ise; “genç olma durumu”, “insan hayatının ergenlikle orta yaş

arasındaki dönemi”, “genç insanların bütünü”, “genç bir kimsenin tutumu, toyluk, deneyimsizlik” olarak tanımlamıştır.

Aristo gençliği; "ölçü tanımamak, ihtirasla hareket etmek ve her şeyde aşırılığa kaçmak" şeklinde; Michel Saint-Pierre ise, gençliğin, bir yaş meselesi olmayıp bir hal olduğunu belirtmektedir (Kır, 2007).

BM (1985) demografi, eğitim, istihdam ve sağlık gibi çeşitli konularda bölgeler ve ülkeler arasında istatistiksel tutarlılık oluşturmak amacıyla 15-24 yaş arasındaki bireyleri gençlik dönemi olarak tanımlamıştır. BM gençlik dönemini, karşılaşılan sosyolojik, psikolojik ve sağlık sorunları nedeni ile ergen (13-19) ve genç yetişkin (20-24) olarak iki bölüme ayırmıştır (UN Department of Economic and Social Affairs[UNDESA], ty.).

Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü -UNESCO, demografik yaş aralığı olarak, BM'nin tanımını benimsemekte ve gençlik dönemini 15-24 yaş arasındaki grup olarak tanımlamaktadır. UNESCO'ya göre gençlik, sürekli evrim halinde olan heterojen bir gruptur ve “genç olma” deneyimi ülkeden ülkeye değişebilmekte ve bölgeler arasında farklılık gösterebilmektedir (Şentuna, 2009). DSÖ ise 10-19 yaş arasını adölesan dönemi, 15-24 yaş arasını ise gençlik dönemi olarak tanımlamaktadır (Akçan Parlaz vd 2012).

Gençlik tatlı hayallerin, tutkuların ve idealizmin filizlendiği, sıkı arkadaşlıkların, ilk sevgilerin yaşandığı dönemdir. Yeniliğe ve ileriye doğru atılımların yapıldığı, kendini kanıtlama ve kendi kimliğini bulma çabalarının yoğunlaştığı bir dönemdir (Yörükoğlu, 2000).

Literatürdeki çalışmalarda gençlik döneminin çoğunlukla ergenlik ve adölesan dönemle aynı anlamda kullanıldığını görmekteyiz. Oysa gençlik, ergenlik ve sonrasını da kapsayan geniş bir dönemdir (Koç, 2004).

Yörükoğlu'na (1985) göre gençlik, çocuklukla erişkinlik arasında yer alan, gelişme, ruhsal olgunlaşma ve yaşama hazırlık dönemidir. Ergenlikle başlayan hızlı büyüme, gençlik çağının sonunda bedensel, cinsel ve ruhsal olgunlukla biter. Genellikle ilk ergenlik belirtileriyle başlayan gençlik çağı büyümenin durmasına

kadar sürer ve 12-21 yaşlarını kapsar. Gençlik çağının tanımı bedensel ve cinsel gelişmeye göre yapılıncaya başlangıcı da bitişi de belirsiz olmaktadır. Çünkü ergenliğe giriş erken ve ya daha geç olabilmektedir (Yörükoğlu, 1985; akt: Ekşi vd 2013). Gençlik çağı ilk gençlik (12- 15) yaşları arası, delikanlılık (15-21) yaşları ve uzamış gençlik (21-25 yaş) olarak üç alt döneme ayrılabilir.

Göka ve Türkçapar (2014) gençlik döneminin özelliklerini şu şekilde sıralamışlardır ;

- 1) *Fiziksel Büyüme:* Çocukluk döneminden çıkan birey gençlik döneminde hiç olmadığı kadar hızlı büyür. Gençlik döneminde birey vücudunu kontrol etmekte zorluk çeker. Fiziksel büyümeyle birlikte bireyin ikincil cinsel karakterlerinde değişme meydana gelir.
- 2) *Cinsel Olgunlaşma ve İkincil Cinsel Özelliklerin Kazanılması:* Gençlik döneminin başlamasıyla beraber hormonlarda meydana gelen değişimler bireyin kas ve iskelet gelişimine, yağ dokusunun dağılımına ve ikincil cinsel değişikliklere neden olur. Her iki cinsiyet açısından da cinsel ilgiyi kişiliğin diğer yönleriyle bütünleştirmek önemli bir meseledir.
- 3) *Dürtülerde Artış:* Gençlik döneminde cinsel ve saldırgan dürtülerde ani bir artış olur. Gençin artan saldırganlık dürtülerini kabul etmesi ve bunlarla başa çıkması gerekmektedir. Bu dönemde gençten saldırganlık enerjisini verimli ve yapıcı alanlara aktarması beklenir.
- 4) *Eyleme Dönüklük:* Gençin artan saldırganlık ve cinsellik dürtülerinin olası bir sonucu yarattığı gerilimin davranışlar-eylemler yoluyla giderilmesi gerekmektedir.
- 5) *Gelişimsel Görevler:* Gençlik döneminde bireyden ebeveyninden ayrılarak, bağımsız ve ayrı bir kimlik edinmesi ve çevresindeki insanlarla yakın ilişkiler kurabilmesi beklenmektedir. Bu dönemde ilişkilerin odağı anne-babadan, arkadaş gruplarına doğru kayar. Akran ve arkadaş grubunun değerleri ve kuralları, öncelik kazanır ve onlardan gelen baskılar ve yönlendirmeler öne geçer.

6) *Bilişsel Gelişim*: Bu dönemde birey çocukluğundaki somut düşünme becerisinden soyuta doğru ilerler. Genç sadece var olan şeyleri değil olayların ötesindeki olguları da değerlendirmeye ve araştırmaya başlar, ve kuralları ve genel ahlak değerlerini de sorgulamaya başlar. Yaratıcılık artar, din, ahlaki ve felsefi konular üzerine düşünceler geliştirilir. Bu dönemin kişisel gelişim açısından en önemli yanı kimliğin kazanılmasıdır.

1.2.2. Genç Kanser Hastaları

Genç tanımının ve sınırları hakkında farklı görüşler, genç kanser hastasının da tanımlanmasında ortak bir paydada buluşulamamasına neden olmuştur. Kimi araştırmalarda ergenlik ve genç yetişkinlik dönemi genç kanser hastaları olarak tanımlanırken, kimi araştırmada 40 yaş altı, 65 yaş altı hastalar, 15-30 veya 18-29 yaş aralığındaki bireyler genç kanser hastası olarak kabul edilmiştir. BM'nin gençlik dönemi olarak tanımladığı 15-24 yaş aralığındaki kanser hastaları bu araştırmaya alınmıştır.

Çocukluktan yetişkinliğe geçişte kritik bir dönemde bulunan gençlerin; kimlik oluşumu, olumlu beden imgesi geliştirme, ebeveyninden ayrılma, kariyer ve iş planı, cinsel kimliğin oluşumu, eğitim ve eş seçimi gibi tipik endişeleri bulunmaktadır (Zebrack, 2011).

Kanser teşhisi ve tedavisi bireyin yaşamının her evresinde farklı fiziksel ve psiko-sosyal değişiklikler meydana getirmektedir. Ergenlik ve genç yetişkinlik bilişsel ve duygusal büyümenin hızla oluştuğu gelişimsel evrelere sahiptir. Bütün kanser hastaları bir takım ortak deneyime sahip olmasına rağmen, insan gelişim kuramları, genç kanser hastalarının farklı yaşam deneyimleri, farklı sorunları, farklı ilgilerinin ve yaşam süresine bağlı olarak farklı deneyimleri bulunmaktadır (Zebrack, 2011).

Yaşam döngüsü teorileri genç ve genç yetişkinlerin normal gelişimsel dönemlerinde yüzleşilmesi gereken bazı görevleri tanımlamıştır. Bunlar; samimi ilişkiler kurulması, eğitim ve kariyer, iş, bağımsız yaşama ve aile planlaması gibi. En iyi koşullar altında dahi gençler için oldukça zor olan bu görevler, kanser teşhisi,

tedavisi ve sonraki dönemde karmaşık fiziksel ve psiko-sosyal etkiye neden olmaktadır (Zebrack ve Walsh-Burke, 2004).

Genç kanser hastaları sıklıkla güçlü bir sosyal damgalanma ve yalıtıma maruz kalmaktadırlar. Ayrıca hastalığın tanı aşamasından sonra kendileriyle sosyal ortamı paylaşımında rahatsızlık duymaya başlayan arkadaşlarını ve dostlarının kaybını deneyimlerler (Tuncay, 2009).

Roberts vd (1997) kanserden kurtulan genç yetişkinlerin anksiyete sorunu yaşadığını, beden imgelerinde değişmelerin olduğunu ve hastalığın nüks etme korkularının olduğunu belirtmişlerdir (Roberts vd 1997; akt: Zebrack ve Walsh-Burke, 2004).

Zebrack ve Walsh-Burke (2004) genç kanser hastaların kariyerlerinin zarar gördüğünü, cinsel problemler yaşadığını, tedavi nedeniyle doğulanlığın azaldığı ve sosyal izolasyon sorunları yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Genç kanser hastalarının tedavi sırasında veya sonrasında karşılaşılabilecekleri yüzleşmek zorunda kaldıkları korkulardan birisi de kısırlıktır. Doğurganlığın korunması ve artan farkındalığa rağmen genç hastaların çok azı tedaviyi kabul etmektedir (Kim vd 2013).

Araştırmalar genç kanser hastalarının, yetişkin ve çocuklara göre sağ kalım oranının daha düşük olduğunu ortaya koymuştur. Bu eşitsizlik ve gençlerin artan eşsiz psiko-sosyal ihtiyaçları birçok ülkenin sağlık sisteminde gençlerin ayrı bir grup olarak tanımlanmasına neden olmuştur (Taylor vd 2012).

Son yıllarda genç kanser hastalarına özgü ihtiyaçlar İngiltere, Amerika ve Avustralya dâhil gibi birçok ülke tarafından resmen kabul edilmiştir. Dahası dünya genelinde beş yardım kuruluşu tarafından “Kanserli Gençler İçin Uluslararası Haklar Şartı” ortaya konulmuştur (Teenage Cancer Trust in the United Kingdom, CanTeen Australia, CanTeen New Zealand, LIVESTRONG, SeventyK in the United States). Genç tanımı ve yaş aralığı kuruma ve ülkeye göre değişmek ile birlikte bu kuruluşlar ve devletler kanser tanısı almış gençlerin ihtiyaçlarını tanımaktadırlar (Rajani vd 2011).

Kanserli Gençler İçin Uluslararası Haklar Şartı;

1. Kanserlin erken teşhisi ve önlenmesi konusunda eğitim alma hakkı,
2. Gençlerin kanser şüphesi ciddiye alınma ve mümkün olduğu ölçüde erken teşhis konulma hakkı,
3. Gençlerin, kanser tedavisinde deneyimli ve nitelikli multi-disipliner sağlık çalışanlarına erişim hakkı,
4. Kendi yaş grubunda uygulanan tedaviler ve klinik çalışmalar hakkında bilgilere ulaşmada makul erişime sahip olma hakkı,
5. Psiko-sosyal, toplum ve palyatif destekle sınırlı olmamak kaydıyla, yaşına uygun olarak her türde destek alma hakkı,
6. Alınan kararlar, tüm tedavi seçenekleri ve hastalığın uzun dönemdeki etkileri tam ve ayrıntılı bir şekilde açıklanarak genç hastaların güçlendirilmesi hakkı,
7. Doğurganlığın korunmasının yanında kanser tedavisinin kısa ve uzun vadede doğurganlığa etkisi konusunda bilgilendirme ve danışmanlık hakkı,
8. Akranlarıyla birlikte yaşına uygun tesislerde, özel tedavi ve hizmetlere erişim hakkı,
9. Tedavi sürecinde oluşan hastalık yükünü minimize etmek için finansal ve pratik destek hakkı,
10. Tedavi sırasında ve sonrasında; eğitim, meslek, sigorta ve toplum içinde her türlü ayrımcılığın önlenmesi hakkıdır (Rajani vd 2011).

Türkiye’de genç kanser hastaları ile ilgili politikalara değinmeden önce ülkemizin refah sistemi ve gençlik politikaları hakkında bilgi vermekte fayda vardır.

Sosyal refah devleti modellerine ve sosyal politikanın ele alınışına ilişkin çeşitli sınıflandırmalar/teoriler mevcuttur. Bu teoriler arasında birçok bilim insanı ve

akademisyen tarafından benimsenen Esping-Andersen'in gerçekleştirdiği görülmüştür (Özdemir, 2005).

Esping-Andersen (1990)'in refah rejimi tipolojisine göre üç çeşit refah rejimi vardır (Özdemir, 2005). Bu rejimler gene Esping-Andersen'in sosyal politikanın üç etkin kurumu olarak belirlediği devlet, piyasa ve ailenin sosyal politikayı ve birbirlerini ne düzeyde etkilediği üzerinden sınıflandırılmışlardır. Bunlar; Neoliberal Model, Sosyal Demokrat Model ve Korporatist Kıta Avrupası Modeli'dir. Neoliberal rejimler piyasa merkezlidir ve devlet, piyasada geçimini sağlayamayan ve piyasada satın alınan bakım hizmetlerinden yararlanamayan en muhtaç durumdaki kesime yönelik politikalar geliştirir. İkinci tip rejim olan Sosyal demokrat rejim, İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra ortaya çıkan "sosyal vatandaşlık" statüsüne en yakın sistemdir. Bu rejimde piyasa olduğu kadar aile de bireye sosyal güvence sağlamak açısından formel sosyal güvenlik önlemlerinin gerisinde kalır. Bu rejimde sosyal politika alanında esas sorumlu ve uygulayıcı devlettir. Korporatist Kıta Avrupası modeli rejimde ise, sosyal güvence bireyin işteki konumuna göre, çalışırken ödenen primlere bağlı olarak belirlenirken, aile de sosyal güvenlik içinde önemli bir yere sahiptir (Günel, 2009).

Esping-Andersen'in üç tipolojisi bazı sosyal bilimciler tarafından eleştirilmektedir. Eleştirilerden biri de Esping-Andersen Güney Avrupa refah devletlerini sınıflandırmaya dahil etmediği için Leibfried tarafından yapılmıştır (Günel, 2009). Leibfried, sosyal politika rejimlerine dayalı olarak Avrupa Birliği'ne üye ülkelerdeki refah devleti modellerini;

1. İskandinav refah devletleri
2. Bismarck ülkeleri modeli
3. Anglo-Sakson ülkeleri modeli
4. Güney Avrupa Refah Devleti

olmak üzere dört ayrı grupta toplamıştır (Yılmaz, 2007 akt: Günel, 2009).

“Güney Avrupa Refah Devleti Modeli” üzerine çalışan araştırmacılar içinde bu modelin en belirgin özelliğinin piyasa-devlet-aile üçlü kurumu çerçevesinde aile ve akraba ilişkilerinin sıkı ve etkin olması olduğu konusunda bir ön kabul bulunmaktadır. “Aile” neredeyse tek başına bu modelin taşıyıcı unsuru olmakta; modern ve geleneksel olan hemen hemen tüm sosyal sorunlarda (işsizlik, yoksulluk, sosyal dışlanma, muhtaç durumdakilerin –yaşlı, çocuk, engelli- korunması) enformel sektör düzeyinde devletin sosyal politika alanındaki yükünü hafifletmektedir. Bu modelin sosyal politika uygulamalarının kendine has özelliklerinden bir diğeri önemli olan özellik, sosyal koruma ağının çok parçalı ve yetersiz olmasıdır. Özellikle, sosyal sigorta ve primsiz ödemeler konusundaki ikili ayırım, sosyal yardım ve hizmetlerin aile, hayır kurumları ve dini kuruluşlarca pre-modern bir anlayışla yoğun olarak yapılması, sosyal yardım miktarlarının azlığı, ulusal sosyal korumanın mevcut olmaması ve koruma ağındaki boşluk ve dağınıklık bu ağın yapısını belirlemektedir. Bunların dışında politik kültürün ve işgücü sektörünün Batılı ülkelerden farklı olması da söz konusu diğeri iki belirleyici özelliği biçimlendiren ve etkileyen diğeri unsurlar olarak dikkat çekmektedir. İspanya, Portekiz, Yunanistan ve bir ölçüde İtalya (bazen de Fransa) bu modele dâhildir (Günel, 2009). Bu bilgiler ışığında Türkiye’nin refah devleti modelleri arasında en Çok Güney Avrupa Refah Devleti Modeline benzediğini söyleyebiliriz.

Gençlere ilişkin iki tür algı bulunmaktadır ve gençlik politikası hedeflerine bunlara göre karar verilir. Bu algılamalarda daha çok “sorun” a yönelik yaklaşım egemen olagelmıştır. Böyle bir perspektifte, genç insanlar ya savunmasız ve tehdit altında, dolayısıyla da hükümet politikalarıyla korunması gereken ya da sorun çıkaran kişilerdir. Bu anlayışa göre gençler, çocukluk koşulları, kişisel durumları ya da sosyal koşulları sebebiyle kurban ya da suçlu olarak görülürler. Genç insanları sorun değil kaynak olarak gören bir perspektifte, gençlik politikasının da doğal olarak tüm genç insanların topluma aktif katılımını sağlamaya ve birer yurttaş olarak tüm potansiyellerini gerçekleştirmelerine imkân vermek amacıyla onları güçlendirmenin yollarını arayıp bulmaya odaklanır. Böyle bir politika tüm gençleri hedef alarak onlara, ihtiyaçlarına ve yaşadıkları sorunlara bağlı olarak bütünlüklü bir şekilde yaklaşmayı amaçlar. Bu perspektifte, hükümetin rolü genç insanlara 96 “olanak paketleri” sunmaktır (Denstad, 2014 akt: Yurttagüler vd 2014). “Gençler

bizim geleceğimiz” gibi cümleler sık sık kurulsa da ülkemiz gençlik politikalarının oluşumunda genellikle ilk yaklaşımın ağır bastığı söylenebilir.

TÜİK (2013) verilerine göre ülke nüfusumuzun % 16.6’sı 15- 24 yaş aralığındadır. Ancak bu kadar yoğun genç nüfusa rağmen cumhuriyetin kuruluşundan bu yana gençleri merkeze alan etkin gençlik politikalarının oluşturul(a)madığı görülmektedir. Cumhuriyetin kuruluşundan bugüne gençlerin istekleri ve ihtiyaçları hep göz ardı edilmiş ve önemsenmemiştir.

Gençlik ile ilgili bu durum tesadüf değildir. Bilindiği üzere 70’li yıllarda gençlik hareketi politik ve ideolojik mücadelenin odak noktasını oluşturmuştur. Gençlerin “toplumsal çıkarları tehdit eden” bir grup olarak algılanmaya başlanması, gençlerin politik yaşamdan ve politik karar alma süreçlerinden uzak tutulması gerekliliği öncelikle ele alınan bir konu halini almıştır. Türkiye’de gençler ile söylemin ortak noktası “gençlerin yanlış yollara yönelmesini/yönlendirilmesini önlemek için korunması gerekliliği”dir. Bu da gençlerin kolayca yanlış yollara yönelme tehlikesinin olduğu varsayımına dayanmaktadır (H.Acar, 2008).

Son birkaç yıldır Avrupa Birliği uyum süreci çerçevesinde istenilen düzeyde olmasa da gençlere yönelik algı ve politikalarda değişimler meydana gelmiştir. Gençlik ve Spor Bakanlığı tarafından hazırlanan 2013 yılında yürürlüğe giren “Ulusal Gençlik ve Spor Politikası Belgesi” en dikkat çekici çalışmalardan birisidir. Belgenin her 4 senede bir yenilenmesi planlanmaktadır (Yurttagüler vd 2014).

Ulusal Gençlik ve Spor Politikası Belgesi’nin oluşturulması sürecinde, bakanlık 17 gençlik çalıştayını ile bir gençlik şurası düzenleyip internet sitesi üzerinden görüş toplayarak, gençlik politikalarının oluşturulmasında gençlerin ve gençlik alanında çalışan farklı paydaşların katılımını sağlamaya yönelik önemli bir çalışma yürütmüştür. Politika Belgesi’nin hazırlık sürecindeki bu çalışmalar, gençlik politikalarının katılımcı bir biçimde oluşturulmasına yönelik ülkemizde ilk deneyimlerden birini oluşturması itibariyle önemlidir (Yurttagüler vd 2014).

Ülkemizde gençlikle ilgili hizmet veren birçok kamu kurumu bulunmaktadır. Bunların başında ise Gençlik ve Spor Bakanlığı gelmektedir. Diğer yandan, gençlik, birçok kamu hizmetini yatay kesen bir konu olduğu için ana amacı gençlere yönelik

hizmet vermek olmasa da bunu dolaylı yoldan gerçekleştiren kurumlar bulunmaktadır (Yurttagüler vd 2014).

Türkiye'nin gençlik politikalarının yetersiz olması sağlık alanında geliştirilen politikalara da etki etmiştir. Gençler için özel olarak geliştirilen herhangi bir tedavi merkezi veya politika maalesef bulunmamaktadır. Ülkemiz yasaları 18 yaş altını çocuk olarak tanımlanmakla birlikte, anayasamızda da yer alan gençler için herhangi bir yaş aralığı ve tanımı belirtilmemiştir (H. Acar, 2008). Böyle bir tanımın ve bir sınırlılığının olmaması nedeniyle gençlere özgü sağlık politikaları ve hizmetleri geliştirilememiştir. Birçok ülkede genç kanser hastaları ayrı bir grup olarak tanımlanmakla beraber onlara özgü politika geliştirilmekte ve merkezler açılmaktadır. Ülkemizdeki sağlık alanında verilen hizmetler çerçevesinde çocuk hastaneleri, erişkin hastaneleri ve dal hastaneleri bulunmaktadır. Gençler için spesifik bir tedavi merkezi bugüne kadar oluşturulmamıştır.

1.3. Sosyal Destek

Bu bölümde sosyal destek türlerine, sosyal destek düzeyinin ölçülmesine ve literatürdeki kanser hastaları ile sosyal destek düzeylerine ilişkin araştırmalara ait bilgiler yer almaktadır.

1.3.1. Sosyal Destek: Türleri ve Ölçülmesi

Sosyal destek kavramı ilk kez 20. yüzyılın başlarında sosyolojinin kurucularından Emile Durkheim ile anılmaya başlanmıştır. Durkheim, sosyal uyumsuzlukların bireyin psikolojik iyi olma halini etkilediğinde inanmaktaydı. Durkheim bu görüşü destekleyen verilere 1897 yılında yaptığı “intihar” isimli çalışmasında ulaşmıştır. Çalışmada istatistikî verilere dayandırarak intihar vakalarının yakın sosyal bağları olan insanlarda daha az olduğunu ortaya koymuştur (Özbesler, 2001).

Sosyal desteğin teorik temelleri ise Kurt Lewin'in alan kuramı ve davranış tanımına dayanır. Lewin (1958), yaşam alanını belirli bir zamanda bireyin davranışını etkileyen etmenlerin tümü; davranışı ise çevre ile bireyin fonksiyonu olarak ifade etmektedir (Yıldırım, 1997). Ancak sosyal destek konusuyla ilgili olarak

en kapsamlı çalışmalardan birisi Pearson (1990) tarafından yapılmıştır. Pearson bu çalışmasında sosyal desteğin anlamı, önemi, işlevi ve psikolojik danışmada kullanımı gibi konuları ayrıntılı olarak incelemiştir. Sosyal destek kavramının literatüre girmesi ve ruh sağlığıyla ilişkisinin araştırılmaya başlanmasıyla birlikte sosyal destek farklı şekillerde tanımlanmaya da başlanmıştır (Mutlu, 2012).

Sosyal destek kavramlaştırılması, tanımlanması ve ölçülmesi zor olan çok yönlü bir kavramdır (Çiçek, 2012). Literatürde sosyal destek kavramı birçok araştırmacı tarafından çeşitli açılardan inceleyerek tanımlamaya çalışmışlardır.

Cobb (1976) sosyal desteği, kişinin sosyal olarak uyumlu olan bir topluma ait olması ve değer verilen, saygı duyulan ve sevilen birisi olması inancını veren bilgi olarak tanımlamıştır.

Bir başka tanıma göre ise sosyal destek; stres altındaki ya da güç durumdaki bireye çevresindeki insanlar (eş, aile, arkadaş) tarafından sağlanan maddi ve manevi yardım olarak ifade edilmiştir (Eker ve Arkar, 1995; Yıldırım, 1997).

Barker (1999) ise sosyal desteği, toplumda yaşamın sürdürülebilmesi için insan ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlayan formal ve informal aktivite ve ilişkiler olarak tanımlamıştır (Barker, 1999; akt: Güzel, 2005). Özbesler (2001) formal sosyal destek kaynaklarını aile, arkadaş, komşu gibi daha çok yakın ilişkiler kurulan kişiler olarak ve informal sosyal destek kaynaklarını ise resmi kurum ve kuruluşlar, dernekler ve vakıflar olarak belirtmiştir. Formal ve informal sosyal destek kaynaklarından alınan desteğin boyutları ve içeriği farklılık göstermektedir.

Yukarıdaki tanımlardan da görüldüğü üzere sosyal destek kavramının doğrudan bir tanımını yapmak oldukça güçtür. Her araştırmacı, yaptığı çalışmanın içeriği ve boyutlarına göre bir sosyal destek tanımı yapmıştır. Genel olarak bu tanımlar özetlemek olursa; sosyal destek, bireyin gereksinimleri doğrultusunda formal (resmi kurum-dernek-vakıf-sivil toplum kuruluşu) ve informal (aile-akraba-arkadaş-komşu) kaynaklardan sağlanan, bireyin iyilik hali üzerinde olumlu etki yaratan her türde bütün maddi ve manevi yardımlardır.

Literatürdeki çalışmalarda sosyal desteğin türleri hakkında pek çok görüş bulunmaktadır. Genel olarak araçsal destek, duygusal destek, güven desteği ve bilgilendirici destek; sosyal desteğin türleri olarak tanımlanmaktadır (Eylen, 2002).

Araçsal Destek: Maddi destek olarak da adlandırılmaktadır. Bireyin ihtiyaç duyduğu para, araç-gereç, eşya, mal ve hizmetlerin bağış veya ödünç veya bağış olarak verilmesidir. Bu destek genellikle aile üyeleri tarafından bireye sağlanmaktadır (Nur Şahin, 2011).

Duygusal Destek: İfade edici destek, değerlilik desteği, yakın destek, emosyonel olarak da adlandırılmaktadır. Duygusal destek kişinin rahatlık hissini canlı tutan ve bireyin kendini takdir edildiğine, saygı duyulduğuna, sevildiğine ve güvende hissettiğine inandığı yardımdır (Nur Şahin, 2011). Bireyin sevgi, şefkat, saygı, kabul görme, anlayış, empati gibi temel sosyal gereksinimlerini karşılar. Araçsal desteğe göre oldukça soyut bir işlevi bulunmaktadır.

Güven Desteği: Çevresindekilerin bireye olumlu duygularını ifade ederek onu desteklemesi, onun duygu ve düşünceleri ile aynı fikirde olduğunu bildirmesi ya da kişiyi kendisinden daha kötü durumda olanlarla karşılaştırması gibi davranışları içerir (Özbek Guni, 2005).

Bilgilendirici Destek: Bireyin sorunlarını anlamasında ve bu sorunların çözümünde; öğüt, bilgi verme, tavsiye gibi yararlı bilgilerin kişiye iletilmesidir. Bilgilendirici destek, bireyin problemleri ile ilgilenmek, rehberlik yapmak ve tavsiyelerde bulunmakla sağlanır (Cohen, 2004).

Sosyal desteğin genel ve herkes tarafından kabul edilen bir tanımının yapılamaması nedeni ile ölçümü konusunda da farklı görüşlerin oluşmasına neden olmuştur. Sosyal desteği etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Literatürde faktörlerin çeşitliliği nedeniyle sosyal destek ile ilgili birçok ölçek geliştirilmiştir.

Sosyal desteğin ölçümü ile ilgili iki temel yaklaşım bulunmaktadır. Bu yaklaşımlardan ilki sosyal desteğin sosyal ağ ile ilişkilendirilip ölçülmesidir. Bu

yaklaşım sosyal bağ, roller ve işlevleri ölçmek üzere geliştirilmiştir. Bir diğer yaklaşım ise sosyal ilişkilerde sağlanan desteğin işlevini algılanan ve verilen sosyal destek olarak ölçen anlayıştır (Duyan vd 2013). Görüldüğü üzere sosyal desteğin ölçümünde iki yaklaşım vardır ancak son yıllarda sosyal destek ile ilgili yapılan araştırmalarda, ağırlığın sosyal ilişkilerin yeterince destekleyici olup olmadığı konusunda kişinin kendi gözlemlerine, yani “algılanan desteğe” kaydığı belirtilmiştir (Eker vd 2001).

Literatüre incelendiğinde erişkin, ergen ve çocuk için ayrı ayrı sosyal destek ölçeklerinin geliştirildiğini ya da belli bir duruma özgü (hastalık gibi) sosyal destek ölçeklerinin geliştirildiği görülmüştür. Ölçeklerin çoğunluğu yetişkinler için geliştirilmiştir. Yetişkinler için geliştirilen ölçeklerden bazıları Barrera ve arkadaşlarının 1981 yılında geliştirdikleri sosyal destek davranışları envanteri, Henderson ve arkadaşlarının 1980 yılında geliştirdikleri Sosyal İlişki Görüşme Formudur. Ergenlerin ailelerinden aldıkları sosyal desteği nasıl algıladıklarını işlevsel sosyal destek boyutlarını temel alarak, ergenler için geliştirilmiş Will'in Aile Destek Ölçeği, Reid, Landesman, Treder ve Jaccard tarafından 1989 yılında geliştirilmiş, Ailem ve Arkadaşlarım Ölçeği, Dubow ve Ulman tarafından 1989 yılında geliştirilen Çocuklar için sosyal destek değerlendirme ölçeği Wolchik, Ruehlman, Braver, ve Sandier tarafından ise 1989 yılında Çocuklar için sosyal Destek envanteri, bunlardan bazılarıdır (Duyan vd 2013).

Ülkemizde ise sosyal destek alanında yetişkinlere ve risk altında bulunan bireylere uygulanmak için Zimet vd (1988) tarafından geliştirilen Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeğinin uyarılama ve revizyon çalışması Eker vd tarafından 2001 yılında yapılmıştır (Duyan vd 2013). Yıldırım (1997) tarafından Türk kültüründe geliştirilmiş olan yetişkin ve ergenlere uygulanabilen Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ASDÖ)'nin, Yıldırım tarafından revizyonu yapılmıştır (Yıldırım, 2004; akt: Duyan vd 2013). Ülkemizde sosyal destekle ilgili yapılan birçok akademik çalışmada bu ölçekler sıklıkla kullanılmıştır.

Sosyal desteğin ölçümü ile ilgili birçok ölçek olmasına rağmen, bu araştırmanın odak noktası kanser hastaları olması nedeniyle bu çalışmada Berrin

Eylen (2002) tarafından kanser hastaları için özel olarak geliştirilen Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği kullanılmıştır.

1.3.2. Kanser Hastaları ve Sosyal Destekle İlgili Araştırmalar

Sosyal destek ile ilgili bugüne kadar sağlık, eğitim ve sosyal bilimlerde çeşitli konularda binlerce araştırma yapılmıştır. Bu bölümde; bu araştırmaları tek tek saymak yerine sosyal desteğin sağlık ile ilgisi kuramsal olarak açıklanmaya çalışılarak kanser hastaları ve sosyal destek ile araştırmaları çerçevesinde sosyal desteğin işlevi açıklanmaya çalışılacaktır.

Sosyal destek kavramı, 1970'li yılların ortasında kanser ile ilgili araştırmalarda kullanılmaya başlanmıştır. Kanser hastaları için sosyal desteğin ne kadar önemli olduğu birçok araştırmada ortaya konulmuştur. Kanser ve sosyal destek ile ilgili araştırmalara geçmeden önce sağlık ve sosyal destek arasındaki ilişkiyi açıklayan iki modelden bahsetmek gerekmektedir.

Temel Etki Modeli: Bu model sosyal destek ile sağlık arasında doğrudan bir ilişki olduğunu ileri sürmektedir. Bu modele göre, sosyal destek fiziksel sağlık ve kendini iyi hissetme üzerinde her koşulda, olumlu etkiye sahiptir. Aynı zamanda temel etki modeli, sosyal desteğin olmamasının birey üzerinde olumsuz etki yaratabilecek bir durum olduğu görüşünü savunur. Dolayısıyla, sosyal destekten yoksun olma, birey üzerinde kendi başına olumsuz etki yaratabilecek bir durumu oluşturmaktadır (Saygın, 2008).

Tampon Modeli: Temel etki modelinin tersine tampon etki modelinde, sosyal desteğin en önemli fonksiyonu, stres verici yaşam olaylarının yarattığı zararı azaltarak ya da dengeleyerek ruh sağlığını korumaktadır. Stres yaratıcı durumlar söz konusu olmadığı sürece, sosyal desteğin bulunmamasının sağlık ve kendini iyi hissetme üzerinde olumsuz bir etkisi yoktur. Ancak, yüksek düzeylerde stres yaratıcı durumlarda sosyal destek bireyin uyum sağlamasını ve koşullarla başa çıkmasını kolaylaştırarak stresin zararlı etkilerini azaltan bir tampon görevi yapmaktadır (Saygın, 2008).

Kanser hastaları ve yakınlarının sosyal destek düzeyleri ile ilgili hem yurtdışında hem de ülkemizde birçok araştırma yapılmıştır.

Rokach ve arkadaşları (2012) kanser hastaları ve bakım verenlerin yalnızlıkla başetme stratejileri ile ilgili çalışmada, yüksek sosyal destek düzeyinin hastaların yalnızlık düzeylerini düşürdüğünü ve yalnızlıkla baş etme stratejilerini geliştirdiğini ortaya koymuştur.

Güney Kore’de kanser hastalarının algıladığı sosyal destek düzeylerinin, ruh sağlığı ve yaşam kalitesi üzerine bir çalışma yapılmıştır. Çalışma Güney Kore’de bulunan 10 kanser merkezinde tedavi gören 1930 kanser hastası ile gerçekleştirilmiştir. Yapılan çalışmada sosyal destek düzeyindeki düşüşün, hastaların depresyon düzeylerini arttırdığı ve yaşam kalitesini düşürdüğünü ortaya koymuştur (Eom vd 2013). Kanser hastalarının depresyon ve sosyal destek düzeyleri ile ilgili bir araştırmaya da De Leeuw ve arkadaşları tarafından 2000 yılında yapılmıştır. Araştırmada, sosyal destek düzeyleri ortalamadan düşük baş ve boyun kanseri hastalarda; ortalama ve üstüne göre, daha çok depresif semptomlar görüldüğünü saptamışlardır.

Öztunç vd (2013) akciğer kanseri hastaların sosyal destek ve umutsuzluk düzeyleri ile ilgili araştırmasında algılanan sosyal desteği yüksek olan kanser hastalarının umutsuzluk seviyelerinin düşük olduğunu bulmuştur. Pehlivan vd (2012) Türk kanser hastalarının umutsuzluk yalnızlık ve algılanan sosyal destekleri üzerine bir araştırma yapmışlardır. Araştırmada yalnızlık ve umutsuzluk düzeyleri ile kanser hastalarının sosyal destek seviyeleri arasında negatif yönlü bir ilişki bulmuşlardır. Yine bu çalışmalara benzer bir araştırma Akgün Şahin ve Tan (2011) tarafından yapılan kanser hastaları ve bakım verenlerinin yalnızlık, depresyon ve sosyal destekleri araştırmasıdır. Çalışmada, sosyal destek düzeyi yüksek kanser hastaları ve bakım verenlerinin yalnızlık ve depresyon puanlarının düşük olduğu saptanmıştır.

Lien vd (2009) cerrahi yöntemle tedavi olan yaşlı kanser hastalarının, algılanan belirsizlik, sosyal destek ve psikolojik uyumu üzerine, yaşları 63-84 aralığında 43 kanser hastası ile araştırma yapmışlardır. Araştırmada yaşlı kanser hastalarında yüksek sosyal destek düzeyinin, hastaların algılanan belirsizlik anksiyete ve depresyon seviyelerini düşürdüğü ortaya konulmuştur.

Sosyal destekle ilgili bir diğerk araştırma akciğerk kanseri hastalar ile yapılmıştır. Araştırmada yaşam kalitesi ve sosyal desteğink birbiri ile olan ilişkisi incelenmiştir. Hastaların sosyal destek türü ve kaynağına (aile, arkadaş, sağık çalışanları gibi) bağılı olarak yaşam kalitelerinde farklılaşma olduğu saptanmıştır (Luszczynska vd 2013). Kanser hastalarında yaşam kalitesi ve sosyal destek arasındaki ilişkiyi açıklamak için başka bir çalışma da akciğerk kanseri hastalar ile Doğan (2011) tarafından gerçekleştirilmiştir. Doğan araştırmasında akciğerk kanseri hastaların sosyal destekleri ve yaşam kaliteleri arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır.

Taylor ve Dakof (1987), kanser hastalarının sosyal destek ve uzun yaşam arasındaki ilişkiyi belirlemek için gerçekleştirdikleri boylamsal araştırmalarda, sosyal destekle psikolojik uyum arasında nedensel bir ilişki saptamışlardır (Özbek Guni, 2005). Chou vd 2012 yılında yapmış oldukları çalışmada, meme kanseri genç kadınların sosyal desteğı ve sağıkalım arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Çalışmaya 584 hasta katılmış ve bu hastalar 12.5 yıl boyunca takip edilmiştir. Hastaların sosyal destek ağı ile sağıkalım arasında ilişki bulunamamasına rağmen tanı sonrası aile-arkadaş ile etkileşimin ve sosyal desteğink ölüm riskini azalttığı bulunmuştur (Chou vd 2012).

Aydın (2004) kanser hastalarının posttravmatik stres bozukluğu sıklığını belirlemek ve sosyal destek ve stresle başa çıkma arasındaki ilişkiyi açıklamak için yapmış olduğu çalışmada kanser hastalarının sosyal destek düzeyi artıkça posttravmatik stres bozukluk puanlarında anlamlı bir şekilde düştüğünü ortaya koymuştur.

Crothers vd (2005) kanser hastaları ile yaptıkları bir çalışmada, kanser hastalarının sosyal destek ve umut arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Sosyal destek ve umut düzeyleri arasında doğrusal bir ilişki bulunmuştur.

Sosyal destek ve kanser hastaları ile ilgili yapılan araştırmalar sonucunda sosyal desteğink kanser hastaları üzerinde birçok olumlu işlevinin olduğu ortaya konulmuştur. Bu işlevleri şu şekilde sıralamak mümkündür;

- Kanser hastalarının sosyal destek düzeylerindeki artış, hastaların depresyon, anksiyete ve stres seviyelerini düşürmektedir

- Yüksek sosyal destek düzeyi, kanser hastalarının yalnızlık ve umutsuzluk düzeylerini düşürmektedir.
- Sosyal destek düzeyindeki artış ile kanser hastaların yaşam kalitelerini ve umut düzeylerini arttırmakta, hastaların problem çözme ve baş etme stratejilerini geliştirmektedir.
- Kanser insan hayatını ciddi şekilde tehdit eden bir hastalıktır. Sosyal destek düzeyinin yüksek olması, kanser hastalarının tedaviye ve hastalığa uyumunu ve sağ kalım olasılığını arttırmaktadır.

1.4. Yaşam Doyumu

Bu bölümde yaşam doyumu kavramı, yaşam doyumunun ölçülmesi ve kanser hastalarının yaşam doyumuna ilişkin bilgiler yer almaktadır.

1.4.1. Yaşam Doyumu ve Ölçülmesi

Mutluluk, tarihin başlangıcından beri, insanoğlunun kafası kurcalayan en önemli sorulardan biri olmuştur. Çağlar boyunca, mutluluğun, kültürden kültüre, insandan insana farklı farklı tanımları yapılmaya çalışılmış ancak kesin olarak bir tanım getirilememiş ve de insan neden mutlu olur sorusunun da kesin bir cevabı verilememiştir.

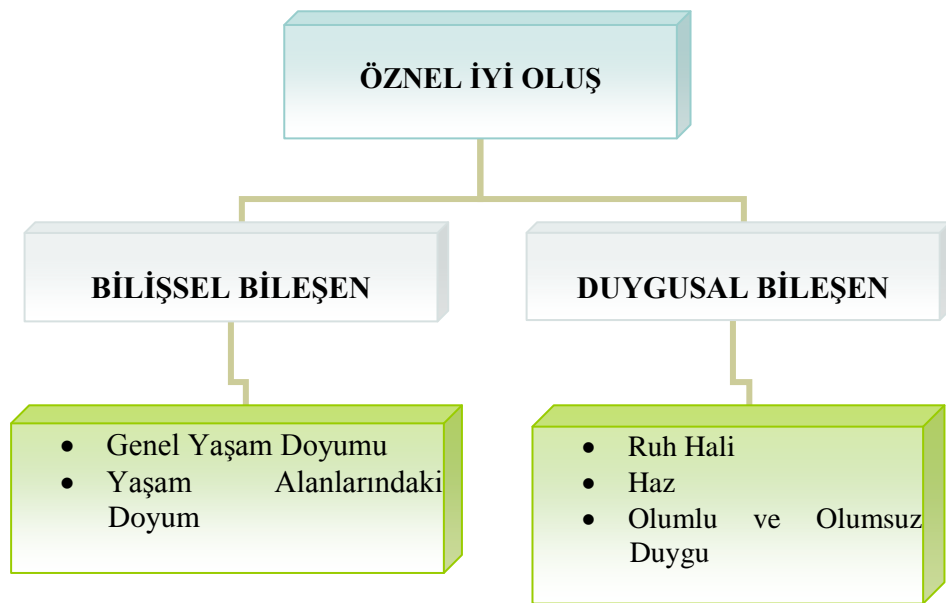
Her insan, hayatının olumlu duygular ile süslenmesini ve kendinin mutlu olmasını istemektedir. Ama insan hayatının büyük bir kısmını bu olumlu duygulardan uzakta geçmektedir. Antik çağ filozoflarından günümüz bilim insanlarına kadar bu alanda çeşitli görüşler öne sürmüşler ve kavramlar üretmişlerdir (Annak, 2005).

Mutluluk, refah, öznel iyi oluş, haz, yaşam doyumu gibi kavramlar insanın iyilik halini kavramını karşılayanlardan sadece birkaçıdır (Annak, 2005). İyilik halini karşılayan bu kavramlar birbirine çok yakın olmakla beraber kuramsal olarak bazı farklılıklar bulunmaktadır. Yaşam doyumu kavramını tanımlamadan önce bu kavramlardan mutluluk ve öznel iyi oluş tanımlamakta ve yaşam doyumu ile ilişkisini ortaya koymakta fayda bulunmaktadır.

Yaşam doyumu ve mutluluk eş anlamlı kavramlar olarak görülmekte ve yaygın olarak birçok araştırmada aynı anlamda kullanılmaktadır. Martini (2007) mutluluğu, yaşamı olumlu değerlendirme tutumu şeklinde tanımlamaktadır. Yaşam doyumu ise bireylerin gereksinimlerinin, hedeflerinin ve arzularının gerçekleşip gerçekleşmediğine yönelik bilişsel yargılar anlamında mutluluktur. Bireyin yaşam doyumunu olumlu değerlendirmesi mutluluk, olumsuz değerlendirmesi ise mutsuzluk olarak değerlendirilmektedir (Martini, 2007; akt: E. Şimşek 2011).

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde, öznel iyi oluşun da, mutluluk gibi yaşam doyumu ile aynı anlamda kullanıldığını anlaşılmıştır. Öznel iyi oluş, bireyin yaşamına ilişkin duygusal ve bilişsel değerlendirmeleridir (E. Şimşek, 2011). Öznel iyilik hali, yaşam doyumu, moral ve olumlu-olumsuz duygu gibi farklı terimleri içermektedir. Yaşam doyumu ise öznel iyi oluşun bilişsel yönünü temsil etmektedir (Diener, 1984). Mutluluğa ulaşabilmede, bireyin hedefleriyle, bu hedeflere hangi ölçüde ulaşabildiği konusundaki fikirleri arasındaki uyum ya da uyumsuzluğun belirleyici rol oynadığı öne sürülmektedir (D. Şimşek, 2010). Diğer bir ifade ile insanlar, birçok hoş ve çok az hoş olmayan duygular hissettiklerinde, ilgi çekici aktivitelerde bulduklarında, birçok sevinç ve çok az acı yaşadıklarında ve yaşamlarından memnun olduklarında yüksek bir öznel iyi oluş yaşamaktadırlar (Kaner, 2004).

Şekil 3: Yaşam Doyumu, Öznel İyi Oluş ve Mutluluk Arasındaki İlişki



(D.Şimşek, 2011)

Yaşam doyumu kavramı ilk kez Neugarten (1961) tarafından ortaya atılmıştır. Yaşam doyumuna geçmeden önce yaşam ve doyum kavramını tanımlamakta fayda vardır (Diener, 1984). Yaşam; insanın her zaman aklına gelmeyen fakat her an kaybetme tehlikesi ile karşı karşıya kalacağı ve en son kaybedeceği en değerli şeydir. Kanser hastası açısından bakıldığında, yaşam; uğruna birçok ağrı ve acıya katlanılan, belki de o zamana kadar fark etmediği en önemli varlığıdır. Doyum; insanların beklentilerinin, gereksinimlerinin, istek ve arzularının karşılanması veya organizmada açlık, susuzluk cinsellik vb. gibi temel biyolojik ihtiyaçların ya da merak, sevgi, yakınlık, başarı vb. gibi ruhsal ihtiyaçların giderilmesi sonucu denge durumunun yeniden kurulması olarak tanımlanmaktadır (Budak, 2000; akt: Akandere vd 2009). Doyum bilişsel karara ilişkin bir deneyim olmakla birlikte mutluluk, duygu ve hislere de gönderme yapmaktadır (Diener, 1984).

Yaşam doyumu ise bireyin kendi belirlediği kriterlere uygun bir biçimde tüm yaşamını pozitif ya da olumlu duyguların değerlendirmesi olarak tanımlanmaktadır. Yani yaşam doyumu yaşamın ne olduğuyla ilgili bireyin kullandığı ölçütlere dayalıdır, yaşam doyumunun bireyin kendi ölçütlerine göre yaşamının belirli alanlarının kalitesini-niteliğini global olarak değerlendirmesidir (Diener vd 1985).

Yaşam doyumunun kuramsal temeller tam ve kesin çizgilerle belirlenmemekle birlikte, kuramsal olarak açıklamaya çalışan beş görüş bulunmaktadır (A. Acar, 2011).

1. *Ereksel-Telik Kuramı (Telic Theory)*: Bu kuramın temelleri Wilson (1960) tarafından atılmıştır (Diener, 1984). Teoriye göre ihtiyaçların karşılanmasının insanı mutlu yapacağına, karşılanmaması durumunda ise mutsuzluğa neden olunacağı ileri sürülmektedir. Gereksinimler kuramı ve amaç/hedef kuramı olmak üzere iki tane telik kuram mevcuttur. *Gereksinimler kuramına göre*; bireyin doğuştan sahip olduğu ihtiyaçlar bulunmaktadır. İhtiyaçların karşılandığı oranda birey mutludur. *Amaç/hedef kuramına göre* ise; bireyin bilinçli olarak belirlediği gereksinimler vardır. Kişi bu amaçları gerçekleştirmek için çalışır ve gerçekleştirebildiği zaman da doyuma erişir (Kaner, 2004).

2. *Aktivite Kuramları*: Aristo ilk aktivite kuramcısıdır. İyi başarılı aktivitelerin mutluluk getirdiğini ileri sürmektedir. Aktivite kuramcılarının tamamı mutluluğun insan aktivitesinin bir ürünü olduğunu ve mutluluğun davranıştan kaynaklandığını vurgulamaktadırlar. Telik kuramları yapılan işin sonucuna göre doyumun pozitif veya negatif yönlü değiştiğini savunmaktadır. Telik kuram savunucularının aksine aktivite kuramcıları iyi başarılı aktivitelerin mutluluk getirdiğini ileri sürmektedir. Aktivite kuramcılarının tamamı mutluluğun insan aktivitesinin bir ürünü olduğunu ve mutluluğun davranıştan kaynaklandığını vurgulamaktadırlar (A. Acar, 2011).
3. *Tabandan-Tavana ve Tavandan-Tabana Kuramları (Bottom-up and Top-down theories)*: Tabandan tavan kuramına göre; mutluluk, küçük hoşlanımların ve haz duygularının bir araya gelmesi ile oluşur. Mutluluk kavramına, mutlu olunan ve olunmayan zamanlara bakarak ulaşılabilir. Tavandan tabana göre ise; mutluluk kişide genel olarak var olan bir özelliktir ve bireyde pozitif olanı görmeye meyilli bir güç vardır. Bu da kişinin olaylara yaklaşımını etkiler. Mutlu birey yaşantısında doyumlu bireydir (Örkün, 2011).
4. *Bağ Kuramları (associationistic theory)*: Mutluluğu ve yaşam doyumunu bilişsel açıdan ele almaktadır. İyi olayların iç bilişsel öğelere atfedilmişse daha fazla mutluluk getireceği düşünülmektedir. Klasik koşullanmanın önemini vurgulamaktadır. Kişi duygusal yaşantılara sahip olabilmekte ve birçok günlük uyaran arasında bağ kurabilmektedir (A. Acar, 2011).
5. *Yargı Kuramları (Judgement theory)*: Bu kurama göre ise, bireyin mevcut koşulları istenilen-arzu edilen koşulların üstüne çıkarsa mutluluk oluşmaktadır.

Yaşam doyumunu, bireylerin belirli bir duruma, belirli bir sürece ilişkin doyumlarını değil, genel anlamda tüm yaşantılarının doyumunu anlamına gelmektedir (Avşaroğlu vd 2005). Bireyin yaşamının tümünü değerlendirmesi nedeni ile yaşam doyumunu oldukça subjektif bir kavramdır. Bu subjektiflik nedeni ile yaşam

doyumunun ölçülmesinde ve sınırlarının belirlenmesinde birçok yaklaşım meydana gelmiştir.

Andrews ve Withey (1974) ve Andrews ve Ciandall (1976) yılında yapılan iki ayrı çalışmayla yaşam doyumuna ait olduğu varsayılan 800 ayrı öge sınanmış, ilk aşamada bu ögeler ancak 100 taneye indirgenebilmiş, ikincisinde ise 30 ögeye indirgenmiştir. 30 ayrı ögeyi ölçen ve değerlendiren bir ölçeğin ne kadar zor olacağı ortadadır. Daha sonra, Flanagan (1978) tarafından yapılan çalışmada toplam 6500 öge sınanmış ve son olarak 15 temel ögeye indirgenmiş ve şu şekilde sıralanmıştır; 1) araçsal rahatlık 2) sağlık ve kişisel güven 3) ana, baba, kardeşler ve diğer akrabalarla ilişkiler, 4) bir çocuğa sahip olma ve onu büyütme, 5) karı-koca ilişkilerinde yakınlık, 6) yakın arkadaşlara sahip olma 7) Başkalarına yardım etme ve başkalarını gözetme, 8) devletin yerel ve ulusal etkinlikleriyle, halk etkinliklerine katılma 9) Öğreniyor olma, 10) kendini anlayabilme 11) bir işte çalışıyor olma, 12) kendini tanıyabilme, 13) toplumsallaşma 14) kitap okuma, müzik dinleme, sinema, maç vb. seyretme 15) eğlenceli etkinliklere katılma (Dikmen, 1995).

Literatürde yaşam doyumunun ölçülmesi konusunda birçok çalışma yapılmış ve birçok değişken sınanmıştır. Sonunda Diener vd (1985) tarafından yapılan çalışmada; global değerleri bütün halde ölçümünü yapabilen yaşam doyumunu ölçeği geliştirilmiştir.

1.4.2. Kanser Hastaları ve Yaşam Doyumu İle İlgili Araştırmalar

Yaşam doyumunu ve kanser hastaları ile ilgili yurtdışında birçok araştırma bulunmasına karşın, ne yazık ki ülkemizde bu alanla ilgili çalışmalar oldukça sınırlı kalmıştır ancak son yıllarda konu ile ilgili çalışmalarında arttığı görülmektedir. Literatüre bakıldığında yaşam doyumunu ile ilgili araştırmaların öğrenciler, yaşlılar, gençler ve kronik rahatsızlığı olan bireylerle yapıldığını görülmektedir. İnsanların yaşam doyumunu düzeylerini etkileyen yaş, cinsiyet, meslek, gelir, eğitim, medeni durum, sosyal destek ve hastalık gibi birçok faktör bulunmaktadır. Yaşam doyumunu etkileyen bu faktörlerin neler olduğunu anlamak için literatürdeki çalışmaları incelemek gerekmektedir.

Uğur (2000; akt: Kaner, 2004), yaşam doyum düzeyi yüksek olanların iyimserliklerinin de yüksek olduğunu ve yatarak ya da ayaktan tedavi olan kanser hastalarına göre daha iyimser olduklarını, stresin ayaktan tedavi gören kanser hastalarının iyileşmelerini yordadığını bildirmiştir.

Okanlı (2003) meme kanseri hastalar ve eşlerin yaşam doyumunu, duygu kontrol düzeyleri ve evlilik uyumlarının mastektomi⁵ öncesi ve sonrası karşılaştırılmasında; hastaların ve eşlerinin mastektomi öncesi ve sonrası yaşam doyumunu ve evlilik uyumu puan ortalamaları arasında önemli bir fark olmadığını belirlemiştir. Araştırmada, evlilik uyumu ve yaşam doyumunu arasında pozitif yönlü önemli bir ilişki bulunmuştur.

Dubey ve Agarwal (2007) kronik hastalıkların yaşam doyumunu ve baş etme stratejileri hakkında araştırmasını yapmışlardır. Bu araştırmaya 180 kronik rahatsızlığı (55 diyabet, 55 kalp, 35 kanser ve 35 diyabet-kalp hastası) olan hasta katılmıştır. Kronik hastalık gruplarının tümünde aktif baş etme stratejilerinin, yaşam doyumunu seviyesini yükselttiğini ortaya koymuştur. Çalışmada demografik veriler ve yaşam doyumunu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Arslan vd 2008 yılında yayınlamış oldukları bir makalede kemoterapi alan kanser hastalarının depresyon ve yaşam doyumunun belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmaya ayaktan kemoterapi alan 101 kanser hastası katılmıştır. Depresyon ve yaşam doyumunu arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Kanser hastalarının medeni durumu ve yaşam doyumunu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Çocukluk döneminde değişik türdeki tiroit kanserleri nedeni ile tedavi gören hastaların, umut ve yaşam doyumunu seviyelerinin belirlenmesi için yapılan çalışmada ise; yaşam doyumunu ve umut düzeyleri oldukça yüksek çıkmıştır. Araştırmacılar bunun nedenin yüksek düzeyde aile desteği olduğunu ileri sürmektedirler (Syska-Bielak vd 2010).

Umudun arabulucu olarak yaşam doyumunu ve psikolojik sorunlar üzerine yapılan bir araştırmada; düşük yaşam doyumunu düzeyinin kanser hastalarında, umut düzeyini düşürdüğü, sağlık durumlarını etkilediği ve psikolojik sorunları arttırdığını

⁵ Mastektomi, kanserli hücre gelişimi sebebiyle meme dokusunun alınmasıdır.

ortaya koymuştur. Yine aynı araştırmada umut düzeyinin yaşam doyumunu etkilemediği belirlenmiştir (Rustøen vd 2010).

Seitz vd (2011) yaptıkları araştırmada uzun süredir kanser tedavisi gören ergenler ile sağlıklı ergenlerin yaşam doyumunu karşılaştırılması ve yaşam doyumunu etkileyen psiko-sosyal ve tıbbi faktörlerin belirlenmesine çalışılmıştır.

Kim vd (2012) yaşlıların algılanan sağlık durumu, yaşam doyumu ve sosyal destek düzeyleri ile yaptıkları çalışmada; algılanan sağlık durumu ve sosyal destek düzeyinin yaşam doyumunu etkilediğini ortaya koymuşlardır.

Dunn vd (2013) araştırmalarını kolorektal⁶ kanserden kurtulan 1996 hasta ile yapmıştır. Yapılan çalışmaya göre, iyimserlik ve algılanan sosyal destek düzeyi puanları düşükçe hastaların yaşam doyumunun düşmektedir. Yaşam kalitesi düzeyi arttıkça hastaların yaşam doyumu düzeylerinin arttığı rapor edilmiştir.

1.5. Kanser Hastalarıyla Sosyal Hizmet

Sosyal hizmet; insan hakları ve sosyal adalet ilkelerini temel alan, sosyal değişimi destekleyen, insanların iyilik halinin geliştirilmesi için insan ilişkilerinde problem çözmeyi, güçlendirmeyi ve özgürleştirmeyi amaçlayan ve bunun için insan davranışına ve sosyal sistemlere ilişkin teorilerden yararlanarak insanların çevreleriyle etkileşim noktalarına müdahale eden bir meslektir (Duyan, 2003).

Sosyal hizmet mesleği müracaatçı gruplarının kendilerini iyi hissetmelerini, refaha ulaşmalarını bir bakıma da mutluluğu amaçlamaktadır. Her insan, hayatının olumlu duygulardan oluşmasını ve hatta sonsuz mutluluğu ister, ona ulaşmak için çok zaman ve emek harcar herkes için mutluluğun kaynağı ve düzeyi farklıdır. Kimi insan güzel bir yemek yediğinde mutluluğu sağlarken, kimisi de bir futbol maçı izlediği zaman bu duygulara ulaşabilir.

Dünya Sağlık Örgütü- DSÖ (1946), sağlığı “sadece hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil kişinin beden ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.” şeklinde tanımlamaktadır. Ancak tanımın aksine geçmişten günümüze olan süreçte hastalık yalnızca fizyolojik bir olgu olarak görülmekte, doktor ve hemşireler

⁶ Kolorektal kanseri; kolon kanseri, rektum kanseri veya bağırsak kanseri olarak bilinmektedir.

tarafından hasta ve hasta yakınlarının psiko-sosyal ve ekonomik sorunları tedavi öncesi-sırası-sonrasında ihmal edilmektedir. Bu durum tıbbi sosyal hizmet müdahalesini kaçınılmaz hale getirmektedir.

Sağlık alanındaki sosyal hizmet uygulamaları ilk kez 19. yüzyılın sonlarına doğru İngiltere’de akıl hastalıkları hastanesinden taburcu olan hastaların hastalığının tekrarlanmaması için yapılan çalışmalarla başlamıştır. Ülkemizdeki ilk uygulamalar ise 1966 yılında Hacettepe Üniversitesinde Sosyal Hizmet Bölümünün kurulması ile başlamıştır (Duyan, 1996; akt: Özbek Guni, 2005).

Onkolojik sosyal hizmet uygulamalarını anlayabilmek için tıbbi sosyal hizmet, tıbbi sosyal hizmet uzmanının ne demek olduğunu bilmek faydalı olacaktır.

Literatürde birçok tıbbi sosyal hizmet tanımının yapıldığını görülmüştür. Barker (1999)’a göre tıbbi sosyal hizmet; “sağlıklı olmayı ve hastalıkları önlemeyi, hastalık durumlarında ise hasta ve hasta ailelerinin yaşadıkları psiko-sosyal problemleri çözmeyi amaçlayan, hastanelerde ve diğer sağlık bakım alanlarında gerçekleştirilen bir sosyal hizmet uygulaması” şeklinde tanımlanmaktadır (Barker, 1999; akt: Taşkırın, 2010).

Duyan (2003) tıbbi sosyal hizmeti, “kişi, grup, aile ve toplumun sağlık hizmetlerinden etkin bir biçimde yararlanmaları amacıyla sosyal hizmet uzmanlarınca yürütülecek ekonomik, sosyal, psikolojik ve eğitsel boyutlarda, destekleyici ve geliştirici hizmetlerin sosyal hizmet disiplini ve mesleğinin yöntem ve felsefesiyle birleştirilerek tıp ve koruyucu sağlık hizmetleri çerçevesinde verilen hizmetler bütünüdür” olarak ifade etmiştir.

Altınova ve Duyan (2013)’a göre tıbbi sosyal hizmet; “hastaların tedavisinin sağlıklı olarak yürütülmesinin önünde engel olarak görülen sorunlarını psikolojik, ekonomik ve sosyal destek sağlayarak çözmeye çalışan sosyal hizmet uygulamasıdır”.

Tıbbi sosyal hizmet uzmanı ortak amaçları sağlığı korumak ve (yeniden) düzeltmek olan çok disiplinli ekip üyeleriyle birlikte çalışır. Sosyal hizmet uzmanı bu ekibin vazgeçilmez bir parçasıdır. Sağlık konusu ele alındığında insan sağlığının

fiziksel, psikolojik, duygusal ve sosyal boyutları olduğu; dolayısıyla, hastalığın tedavisinin çok boyutlu bir yaklaşımla gerçekleştirilmesi gerektiği unutulmamalıdır. Bu nedenle, tıbbi sorunlarda bütüncül bir yaklaşım uygulanmakta ve burada tıbbi sosyal hizmet uzmanı birbirini etkileyen bu boyutların dengeli bir biçimde gelişmesini sağlamakla görevlidir (Duyan, 2003).

Bu tanımların ışığında tıbbi sosyal hizmet, hastanın tedavisini engelleyen veya hastalığa neden olan psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik sorunların çözmeye çalışan sosyal hizmet uygulamalarıdır demek mümkündür.

Tıbbi sosyal hizmetin genel amacı ise; hastanın tıbbi bakımı ve tedaviyi kabul etmesi ve bakımın etkili bir şekilde kullanılmasını kolaylaştırmak; sağlık problemleri nedeniyle hasta ve ailesinin yaşadığı stresi azaltmak ve hastanın hastalığı ve içinde bulunduğu koşullar nedeniyle ortaya çıkan problemleri çözmektir (Avcı, 2004; akt: Altınova ve Duyan, 2013).

Son yıllarda tıbbi sosyal hizmet uygulamaları bir ivme kazanmış ve çeşitli tıp alanlarında uzmanlaşmaya doğru ilerlemeye başlamıştır. Onkolojik sosyal hizmet bu uzmanlaşma alanları arasındadır (Altınova ve Duyan, 2013). M.Acar (2007) onkolojik sosyal hizmeti, hastanın tedavisini ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen sosyal, ekonomik, kansere karşı gelişen olumsuz psikolojik tepkileri ortadan kaldırmak ve hastanın sorunlarını çözmek için müdahalede bulunan sosyal hizmet müdahalesidir şeklinde tanımlamıştır (M.Acar, 2007; akt: Taşkiran, 2010). Altınova ve Duyan (2013) ise “Onkolojik sosyal hizmeti; kanser tanısı olasılığı veya kanser tanısının etkileriyle karşılaşan hastalara ve ailelerine yönelik sosyal hizmetleri sunan bir profesyonel disiplindir” şeklinde tanımlamışlardır.

Sosyal hizmet uzmanlarının bütün müracaatçı grupları ve ailelerine yönelik mesleki uygulamalarında temel görev ve sorumlulukları tanımlanmıştır. Sosyal hizmet uygulama alanlarının çeşitlenmesi ile birlikte, sosyal hizmet uzmanlarının yeni oluşan alanlar için temel görev ve sorumluluklarına ek yeni alanlara yeni görev ve sorumluluklar tanımlanmaya başlanmıştır. Bu alanlardan birisi de onkolojik sosyal hizmet alanıdır.

Altınova ve Duyan (2013) sosyal hizmet uzmanlarının onkoloji hastalarına ve ailelerine yönelik görev ve sorumluluklarını aşağıdaki gibi sıralamışlardır;

- Psiko-sosyal ve ekonomik açıdan inceleme ve değerlendirme yapmak,
- Onkoloji tedavisi ve sonuçları çerçevesinde; hasta ve ailesinin psiko-sosyal işlevselliğini korumak ve güçlendirmek amacıyla bireylerle ve gruplarla sosyal hizmet uygulaması yapmak,
- Ailelerin psiko-sosyal gereksinimlerini temel alan aile danışmanlığı yapmak,
- Tedaviye katılım, tedavinin etkinliğini artırma ve tedaviyi sürdürme konusunda davranış değişikliklerine yönelik çalışmalar yapmak,
- Onkolojik hastalıklar sonucunda yaşanan kayıplara ve kriz durumlarına yönelik çalışmalar yapmak,
- Toplum kaynakları konusunda bilgi vermek, kaynakların kullanılmasına yardımcı olmak,
- Hasta hakları konusunda bilgilendirme ve savunuculuk çalışmaları yapmak,
- Taburculuk aşamasında karşılaşılan sorunlara yönelik psiko-sosyal çalışmalar yapmak,
- Özel gruplara (çocuklar, mastektomi hastaları gibi) yönelik programlar geliştirmek,
- Taburculuk sonrası izleme çalışması yapmak.

Kanser hastaları ile çalışma aynı zamanda bir kriz müdahalesidir. Sosyal hizmette kriz müdahaleleri aşağıdaki gibi sıralanmaktadır (Özbek Guni, 2005);

1. Aşama: Bunalıma yol açan sorun durumunu değerlendirme
2. Aşama: Kriz durumu hakkında başvuruları güçlendirme
3. Aşama: Sorunun bölümlere ayrılarak çözümlenmesi

4. Aşama: Tedavi sürecinin uygulanması

Sosyal hizmet uzmanları kanser hastaları ile çalışırken, uygun sosyal hizmet müdahale yöntemlerini kullanmalıdır. Sosyal hizmet uzmanı sahip olduğu değer ve becerileri kullanarak kanserli hastanın ve ailesinin sorunlarını tespit edebilmesi, en iyi müdahale planını belirleyebilmesi için kanserli hastanın ve ailesinin yaşadığı sorunları çok iyi bilmesi gerekir (M.Acar, 2007; akt: Taşkiran, 2010). Sosyal hizmet uzmanları kanser hastasının sorunlarının farkına varabilmesi, hedef belirlemesi ve sorunlarını çözebilmesi için hastanın güçlü yönlerini ortaya çıkarmasına yardımcı olmalıdır.

Sosyal hizmet mesleği insanın iyilik halini geliştirmeyi hedeflemektedir. İyilik hali kavramı, optimal düzeyde sağlıklı olmaya yönelmiş, beden, akıl ve ruhun bütünleştiği, bireysel olarak amaçlara sahip olma ve daha anlamlı yaşam geçirme hedefi olan, sosyal, kişisel ve ekolojik olarak tüm alanlarda işlevsel olan bir yaşam sürdürmek anlamında kullanılmaktadır (Myers vd 2000; akt: Korkut-Owen ve Owen, 2012). Sosyal hizmet bilimine göre ise iyilik hali ise insanların psikolojik, sosyal, ekonomik anlamda kendilerini tam olarak iyi hissetmesi olarak tanımlanabilir. İyilik hali kavramı, sosyal destek ve yaşam doyumunu da kapsayan bir kavramdır.

Bireyin iyilik halini belirleyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörlerden biri de öznel iyi oluşun bilişsel yönünü temsil eden yaşam doyumudur. Yaşam doyumunu bireyin kendi belirlediği kriterlere uygun bir biçimde tüm yaşamını pozitif ya da olumlu duyguların değerlendirmesidir (Diener vd 1985). Bir başka ifadeyle kişinin bütün yaşamını kendi öznel yargılarına göre değerlendirmesidir.

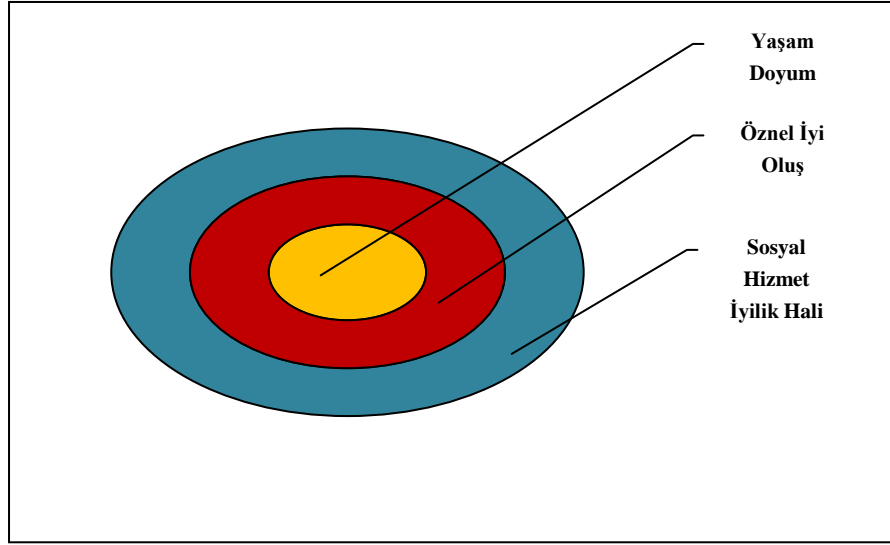
Yaşam doyumunu ile ilgili sosyal hizmet alanında yurtdışında yaşlılar, gençler, hastalar, sosyal hizmet uzmanları ile ilgili araştırmalar bulunmaktadır. Ne yazık ki ülkemizde sosyal hizmet ve yaşam doyumunu içeren bir araştırmaya rastlanmamıştır.

Sosyal destek kavramı, sosyal hizmet araştırmalarında ve uygulamalarında sıklıkla kullanılmaktadır. Sosyal destek, sosyal hizmetin hedeflediği iyilik halinin gerçekleştirilmesi bakımından oldukça önemlidir. Işıkhan (2007) sosyal destek, yaşamın her aşamasında bireyin gerek duyduğu çeşitli ihtiyaçların karşılanması ve

biyo-psiko-sosyal iyilik halinin güçlenmesi, korunması ve devamının sağlanması bakımından da son derece önemli bir yere sahip olduğunu belirtmiştir.

Sosyal destek, zihinsel ve fiziksel sağlığın önemli bir göstergesidir. Hastalara sağlanan sosyal destek onları kaygı gibi yaygın patolojik durumlardan koruyabilir ve hastalığın iyileşmesi üzerinde pozitif bir etki yaratabilir (Işıkhan, 2007).

Şekil 4: Sosyal Hizmet İyilik Hali, Öznel İyi Oluş ve Yaşam Doyumu



Sosyal destek ve yaşam doyumu ile ilgili araştırmalarda bu iki kavram arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu yapılan çalışmalarda ortaya konulmuştur (Annak,2005; Altıparamak, 2009; Danielsen vd 2009; Kim vd 2012; Ammar ve Nauffal, 2013). Bu bilgiler doğrultusunda sosyal destek, yaşam doyumuna pozitif bir şekilde etkilemektedir. Diğer bir ifade ile bireyin ailesinden, akrabalarından, arkadaşlarından ve formal kaynaklardan aldığı sosyal destek, hayatının tümünü olumlu değerlendirmesinde belirleyicidir.

Sosyal destek ve yaşam doyumu arasındaki pozitif yönlü ilişki sosyal hizmet mesleğinin amaçladığı insanın iyilik halini geliştirilmesine katkı yapmaktadır (Şekil 4).

Sonuç olarak, sosyal hizmet mesleği insanların iyilik halini gerçekleştirmeyi hedeflemektedir. İnsanların iyilik haline etki eden birçok faktör bulunmaktadır. Sosyal destek ve yaşam doyumu bu faktörler arasındadır. Sosyal hizmet uzmanları

kanser hastalarının sosyal destek düzeylerini arttırarak hastaların tedaviye uyumunu ve sorunlarla baş etme kapasitesini arttırmayı amaçlamaktadırlar. Sosyal hizmet uzmanları sosyal destek düzeyini arttırıcı çalışmalar yaparak aynı zamanda müracaatçılarının yaşam doyumuna da olumlu katkı bulunmaktadır. Diğer bir ifade ile sosyal hizmetin temel amacı olan bireyin iyilik halini gerçekleştirmesini sağlamaktadır.

İKİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

2.1. Araştırmanın Modeli

Araştırmanın modeli, genel tarama modellerinden ilişkisel tarama modeli olarak belirlenmiştir. İlişkisel tarama modelleri, iki veya daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişim varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modelleridir (Karasar, 2012).

2.2. Evren ve Örneklem

Evrenin büyüklüğü bilinemediği için araştırmanın örnekleme gelişigüzel örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Gelişigüzel (haphazard) örnekleme; saptanan örneklem büyüklüğüne göre herhangi bir şekilde evrenin bir parçasını seçilmesidir (Pagano ve Gauvreau, 1993; akt: Kılıç, 2013).

Araştırma süresinin ve araştırmacının ekonomik kaynakların kısıtlılığı ve evrenin geniş olması nedeniyle, gelişigüzel örnekleme ile 01 Ekim 2014- 01 Nisan 2015 tarihleri arasında, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara 1.Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı bulunan Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dr Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi onkoloji ve hematoloji kliniklerinde yatarak veya ayaktan tedavi alan genç kanser hastaları seçilmiştir.

Araştırmaya katılan hastalar aşağıdaki kriterlere göre belirlenmiştir;

- 1) 15-24 yaş aralığında olmak
- 2) Kanser teşhisi nedeni ile yatarak veya ayaktan tedaviye devam ediyor olmak

- 3) Hastalığın durumu ve tedaviden kaynaklanan sorunların araştırmacı ile iletişimi engellememesi
- 4) alışmaya katılmak için gönüllü olmandır.

2.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplamak amacıyla hastanın onayı ve bilgilendirilmesi için hazırlanan Katılımcı Bilgilendirme Formu (EK 1), olgusal verileri toplamak için araştırmacı tarafından oluşturulan açık ve kapalı uçlu soruların bulunduğu Görüşme Formu (EK 2), geçerlilik ve güvenirliliği çalışmaları yapılmış olan Kanser Hastası Sosyal Destek leği (EK 3) ve Yaşam Doyumunu leği (EK 4) kullanılmıştır.

2.3.1. Katılımcı Bilgilendirme Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan Katılımcı Bilgilendirme Formu, hastaları araştırma ve araştırmacı hakkında bilgilendirmek için hazırlanmıştır. Çalışmaya katılan hastaların isim, soyadı istenmekte ve çalışmaya gönüllü olarak katıldıklarını beyan etmeleri beklenmektedir.

2.3.2. Görüşme Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan, geen kanser hastalarının sosyo-demografik ve ekonomik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim, meslek, gelir ve medeni durumu, kimle yaşadığı), hastalığı hakkında tıbbi bilgileri (kanseri türü, kanseri evresi, tedavi süresi) aile ve sosyal vresi hakkında bilgilerin sorulduğu açık ve kapalı uçlu 5 bölüm ve 32 sorudan oluşan formdur.

Görüşme formunun bölümleri; hastalığa ilişkin sağlık ekibinden alınacak bilgiler, hastalığa ilişkin hastanın yakınlarında alınacak bilgiler, hastanın sosyo-demografik ve sosyo- ekonomik özellikleri, aile yapısı ve aile ilişkileri ve yaşam yeri ve sosyal vre ile ilgili bilgilerden oluşmaktadır.

Hastalığa ilişkin sağlık ekibinden alınacak bilgiler bölüm başlığı altındaki soruların cevapları hastanın doktorundan alınmıştır. Hastalığa ilişkin hastanın yakınlarında alınacak bilgiler bölüm başlığından yer alan hastanın psikolojik destek alma durumu ve tanıyı bilme durumu ile ilgili soruların cevapları hasta yakınlarından

alınmıştır. Hastanın sosyo-demografik ve sosyo- ekonomik özellikleri, aile yapısı ve aile ilişkileri ve yaşam yeri ve sosyal çevre ile ilgili bölüm başlıkları altındaki soruların cevapları hasta ile görüşme yoluyla doldurulmuştur.

2.3.3. Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği

Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği, kanser hastalarının anlayabileceği, likert tipi 5 basamaklı bir derecelendirme ve 35 maddeden oluşan, uygulaması kolay ve kısa sürede uygulanabilen, kanser hastalarının ailelerinden algıladıkları sosyal destek düzeyini ölçen bir ölçektir (Eylen, 2002). Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Berrin Eylen (2002) tarafından yapılmıştır.

Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği, üç alt ölçekten oluşmaktadır. Birinci faktör olan “güven desteği” alt ölçeği 13 maddeden (1, 3, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 17, 19, 24, 34, 35) oluşmaktadır. İkinci faktör olan “duygusal destek” alt ölçeği 12 maddeden (2, 9, 13, 15, 16, 18, 20, 23, 26, 27, 28, 33) oluşmaktadır. Üçüncü faktör olan “bilgi desteği” alt ölçeği ise 10 maddeden (4, 5, 14, 21, 22, 25, 29, 30, 31, 32) oluşmaktadır (Eylen, 2002).

Otuz beş sorudan oluşan ölçme aracındaki maddelerin 13’ü (4, 9, 13, 14, 21, 22, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33) olumsuz, 22’si olumlu ifadeden oluşmaktadır. Deneklerden her bir ifadeye ilişkin yanıtlarını beşli likert tipi ölçek üzerinde (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 işaretleyerek belirtmeleri istenmektedir.

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 kodlanmıştır.

Algılanan sosyal destek puanı, olumlu maddelerden alınan puanların toplamı ile olumsuz maddelerin puanlarının ters çevrilip toplanmasından elde edilen puanların toplamına eşittir. Ölçekten alınan yüksek puan, kanser hastasının ailesinden algıladığı sosyal desteğin yüksek olduğunu gösterir (Eylen, 2002).

Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında Alpha= .92 olarak bulunmuştur. Her bir alt ölçeğin Alpha katsayıları “güven desteği” alt ölçeği için .88, “duygusal destek” alt ölçeği için .88, ve “bilgi desteği” alt ölçeği için .87 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin iç tutarlık çalışmalarına temel olan madde analizi sonuçlarıyla elde edilen madde-toplam korelasyonlarının ise .285 ile .639 arasında değiştiği gözlenmiştir (Eylen, 2002: s.114).

2.3.4. Yaşam Doyumu Ölçeği

Araştırmada, genç kanser hastalarının yaşamlarından aldıkları doyumu belirlemek amacıyla; Diener vd (1985) tarafından geliştirilen Yaşam Doyumu Ölçeği (The Satisfaction with Life Scale-SWLS) kullanılmıştır.

Ölçek; 5 madde ve likert tarzı “Kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, biraz katılmıyorum, ne katılıyorum ne de katılmıyorum, çok az katılıyorum, kesinlikle katılıyorum” şeklinde 7 basamaklı bir derecelendirmeden oluşmaktadır. Her bir maddeden alınan puanlar 1 ile 7, toplam puan ise 1-35 arasında değişebilmektedir. Ölçekten alınan puan yükseldikçe yaşam doyumunun pozitif yönlü olarak arttığı, düştüğünde ise yaşam doyumunun azaldığı Diener vd (1985) yaptığı çalışmada ortaya konulmuştur.

Diener vd (1985) yapmış oldukları geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında yaşam doyum ölçeğinin güvenilirliğini Alpha = 0.87 bağımlı geçerliliği ise= 0.82 bulunmuştur (Diener vd 1985: s.72).

Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Köker (1991) tarafından yapılmıştır. Köker (1991) ölçekteki maddelerin her birine verilen maddelerin her birine verilen yanıtların kararlılığı için “test-tekrar test” yöntemi ve ölçeğin ne denli iyi işlediğini anlamak amacıyla madde analiz çalışması yapmıştır. Üç hafta ara ile iki kez uygulanan ölçeğin tekrar test güvenilirliği= 0.85, Alpha = 0,75 bulunmuştur (A. Acar, 2011).

Yaşam Doyumu Ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik ile ilgili bir çalışma da Yetim (1993) tarafından gerçekleştirilmiştir. Yetim (1993) yaptığı çalışmada güvenilirlik

çalışmaları sonucunda; Alpha = 0.86, test-tekrar test güvenilirliği. 0.73 bulunmuştur (A. Acar, 2011).

2.4. Verilerin Toplanması

Araştırmaya başlanılmadan önce Kamu Hastaneleri Kurumundan çalışmanın ilgili hastanelerde yapılması için gerekli izinlerin alınabilmesi amacıyla Kocaeli Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul izni alınmıştır. Sonrasında Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara 1. Bölge ve 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine tez uygulaması için talep yazıları gönderilmiştir. Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği araştırma talebine olumlu yanıt vermiştir. Ancak Ankara 2. Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği araştırma talebini reddetmiştir. Bu nedenle araştırma Ankara 1.Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı hastanelerde gerçekleştirilmiştir.

Uygulamaya başlamadan önce görüşme formu, KHSDÖ ve YDÖ, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniğinde 8 hasta ile ön deneme çalışmaları yapılmıştır. Ön deneme sonucunda anlaşılmayan sorular tespit edilmiş ve yeniden düzenlenmiştir. Ön deneme uygulanan hastalar örneklem grubuna dâhil edilmemiştir.

Araştırmanın yapılacağı hastanelerin klinik eğitim ve idari sorumluları ve sorumlu hemşireleri ile görüşülerek; çalışmanın yapılacağı süre içerisinde kendilerine ayaktan veya yatarak tedaviye gelen genç kanser hastalarının araştırmacıya bildirilmesi istenmiştir.

Araştırmaya katılım, gönüllülük esasına bağlı olduğundan, araştırmacı tarafından hastalara araştırma ile ilgili bilgilendirme yapılarak hastaların rahatlamaları sağlanmıştır. Ardından gönüllü bilgilendirme ve onam formu hasta 18 yaşından büyükse hastanın kendisi tarafından, 18 yaşından küçükse yasal temsilcisi tarafından onaylanmıştır.

Görüşme formunun doldurulmasından önce hastanın doktorundan hastanın tıbbi durumu ile bilgiler alınmıştır. Bu şekilde hastalığın durumu ile bilgilere

erişilmiştir. Hasta ile görüşmeden önce hasta yakınlarından hastanın hastalık tanısını bilip bilmediği ve psikolojik destek alıp almadığı ile ilgili bilgiler alınmıştır.

Araştırmada kullanılan görüşme formu ve ölçekler araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Bir anketin toplam görüşme (hastanın doktoru ve yakınları ile görüşme ve hasta ile görüşme) süresi yaklaşık olarak 1 saat 30 dakika sürmüştür. Hasta ile görüşme ise yaklaşık olarak 45 dakika - 1 saat sürmüştür.

Araştırma verilerinin 01 Ekim - 01 Kasım 2014 tarihleri arasında toplanması hedeflenmiştir. Ancak çalışma için yeterli veri elde edilemediği için verilerin toplaması 01 Nisan 2015'e kadar uzatılmıştır.

2.5. Verilerin Çözümlemesi

Verilerin analizi SPSS 16.0 (Statistical Product and Service Solutions) programı kullanılarak istatistiksel yapılmıştır. Verilerin analizinde; iki grubun ortalamalarının karşılaştırılması aralarındaki ilişkinin tesadüf mü yoksa istatistikî olarak anlamlı mı olduğunu belirlemek için t testi yapılmıştır. Parametrik dağılım gösteren ikiden fazla grup arasında ilişkinin olup olmadığını incelemek için korelasyon analizi (ANOVA- Analysis Of Variance) kullanılmıştır. Varyansların homojen dağılıp dağılmadığını belirlemek için Levene Testi uygulanmıştır. Varyans analizi sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark bulunduğu zaman, farkın hangi grup veya gruplar arasında olduğunu belirlemek için Post Hoc testleri yapılmıştır. Bu veriler için hangi Post Hoc testinin uygulanacağına karar vermek için varyansların homojen dağılıp dağılmadığına bakılmıştır. Varyansların homojen dağılım gösterdiği analizlerde Tukey HSD testi, varyansların homojen dağılım göstermediği analizlerde Dunnett's T3 testi yapılmıştır.

Parametrik dağılım göstermeyen ikiden fazla grubun ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını tespit etmek için Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Sosyal destek ve yaşam doyumu arasındaki ilişkiyi incelemek için Spearman Korelasyon analizi yapılmıştır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR ve YORUMLAR

Araştırmada bulgular ve yorum bölümü dört alt bölümde tasarlanmıştır. Bunlar; “tanıtıcı bulgular”, “hastalık ve hastalık sürecine ait bulgular”, “genç kanser hastalarının sosyal destek ve yaşam doyumuna ait bulgular” ve “hastaların sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişkiye ait bulgular”dır.

3.1. Tanıtıcı Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan genç kanser hastalarının tanıtıcı bulgularına yer verilmiştir.

Tablo 3: Araştırmaya Katılan Genç Kanser Hastalarının Sosyo-Demografik ve Ekonomik Özellikleri

		Sayı (N)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	43	52.4
	Erkek	39	47.6
Medeni Durum	Bekâr	61	74.4
	Nişanlı	2	2.4
	Evli	19	23.2
Yaş Grubu	15-21	55	67.1
	21-24	27	32.9
Öğrenim Durumu	İlkokul	6	7.3
	Ortaokul	31	37.3
	Lise	40	48.8
	Üniversite	5	6.1
Çalışma Durumu	Tam zamanlı	14	17.1
	İşsiz	19	23.2
	Öğrenci	49	59.8
Hane Halkı Aylık Gelir Durumu	0-500 TL	7	8.5
	500-1000 TL	22	26.8
	1000-2000 TL	24	29.3
	2000 TL ve üstü	29	35.4
Gelir Düzeyinin Algılanışı	Yeterli	24	29.3
	Kısmen yeterli	22	26.8
	Kısmen yetersiz	20	24.4
	Yetersiz	16	19.5
Sosyal Yardım Alma Durumu	Evet	10	12.2
	Hayır	72	87.8

Araştırmaya katılan toplam seksen iki genç kanser hastasının sosyo-demografik ve ekonomik bilgileri özet tablo olarak Tablo 3’de verilmiştir.

Araştırmaya katılan genç kanser hastaların % 52.4'ü kadın, % 47.6'sı erkeklerden oluşmaktadır.

Genç kanser hastalarının medeni durumlarının dağılımına bakıldığında %74.4'ü bekâr, % 2.4'ü nişanlı ve % 23.2'si evli olduğu anlaşılmıştır. TÜİK (2014) verilerine göre Türkiye'de evlenme yaşı erkeklerde 26.9, kadınlarda 23.7'dir. Araştırmaya katılan genç kanser hastalarının çoğunluğu bekârlardan oluşmaktadır. Çoğunluğunun bekârlardan oluşması örneklemin evlenme yaşı ortalamasının altında olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Genç kanser hastalarının yaş ortalamaları 19.46 bulunmuştur. Yaş dağılımları incelendiğinde % 67.1'nin 15-21 yaş aralığında, % 32.9'unun 21-24 yaş aralığında olduğu görülmektedir.

Genç kanser hastalarının eğitim durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında %7.3'ünün ilkokul, % 37.3'ünün ortaokul, % 48.8'inin lise, % 6.1'inin üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir.

Genç kanser hastalarının çalışma durumlarının dağılımları incelendiğinde %17.1'inin tam zamanlı olarak bir işte çalıştığı, % 23.2'sinin işsiz olduğu ve %59.8'inin öğrenci olduğu saptanmıştır. Genç kanser hastalarının büyük çoğunluğunun öğrenci ve işsiz olduğu diğer bir ifade ile ekonomik anlamda bağımlı oldukları söylenebilir.

Genç kanser hastalarının hane halkı aylık gelir ortalamaları 1962 TL bulunmuştur. Genç kanser hastalarının hane halkı aylık gelir durumlarının dağılımına bakıldığında % 8.5'inin 0-500 TL, % 26.8'inin 500-1000 TL, % 35.4'ünün 1000-2000 TL, % 29.3'ünün 2000 TL ve üstü olduğu saptanmıştır.

Genç kanser hastalarının gelirlerini algılayışlarının dağılımı incelendiğinde, %29.3'ü gelirlerini yeterli olarak, % 26.8'i gelirlerini kısmen yeterli olarak, %24.4'ü gelirlerini kısmen yetersiz olarak, % 19.5'inin ise gelirlerini yetersiz olarak algıladığı anlaşılmıştır.

Genç kanser hastalarının sosyal yardım alıp almadıkları incelendiğinde ise %12.2'sinin sosyal yardım aldığı, % 87.8'inin herhangi bir sosyal yardım almadığı belirlenmiştir.

Tablo 4: Araştırmaya Katılan Genç Kanser Hastalarının Aile Yapısı ve Aile İlişkileri ve Yaşam Yeri ve Sosyal Çevre Özellikleri

		Sayı (N)	Yüzde (%)
Aile Türü	Çekirdek Aile	15	18.3
	Ebeveynlerle Çekirdek Aile	54	65.9
	Geniş Aile	6	7.3
	Diğer	7	8.5
Aile İle Olan İlişki Durumu	Çok İyi	50	61.0
	İyi	17	20.7
	İdare Eder	14	17.1
	Çok kötü	1	1.2
Ailede En Yakın Hissedilen Kişi	Anne	46	56.0
	Kardeş (büyük ya da küçük erkek-kadın)	16	19.61
	Eş	15	18.4
	Baba	4	4.9
Ailenin İlgisinin Algılanışı	Evet	79	96.3
	Hayır	3	2.7
Aile Bireyleri Ziyaret Sıklığı	Her zaman	27	32.9
	Sık sık	16	19.5
	Bazen	16	19.5
	Nadiren	14	17.1
	Hiç	9	11.0
Evin Niteliği	Müstakil Ev	14	17.1
	Apartman Dairesi	62	75.6
	Gecekondu	6	7.3
Odasının Olma Durumu	Evet	66	80.5
	Hayır	16	19.5
Arkadaş Ziyaret Sıklığı	Her zaman	1	1.2
	Sık sık	17	20.7
	Bazen	23	28.0
	Nadiren	21	25.6
	Hiç	20	24.4

Araştırmaya katılan genç kanser hastalarının aile yapısı ve aile ilişkileri, yaşam yeri ve sosyal çevrelerine ait bilgiler özet tablo halinde Tablo 4'de verilmiştir.

Genç kanser hastalarının aile türleri incelendiğine % 18.3'ünün çekirdek aile, %65.9'unun ebeveynle çekirdek aile, % 7.3'ünün geniş aile % 8.5'inin diğer aile türlerinde olduğu anlaşılmaktadır.

Genç kanser hastalarının aileleri ile olan ilişkileri incelendiğinde % 61'nin çok iyi, % 20.7'sinin iyi, % 17.1'inin idare eder, % 1.2'sinin çok kötü anlaşılmıştır. Hastaların % 56'sının annesini, % 19.61'kadeşini (büyük ya da küçük erkek-kadın), % 18.4'ünün eşini, % 4.9'unun babasını kendisine yakın hissettiği saptanmıştır.

Genç kanser hastalarının % 96.3'ü ailesinin ilgisini yeterli olduğunu, % 2.7'si ailesinin ilgisinin yeterli olmadığını belirtmiştir.

Aile bireylerinin genç kanser hastalarını ziyaret sıklıkları incelendiğinde %32.9'unun her zaman, % 19.5'inin sık sık, % 19.5'inin bazen, % 17.1'inin nadiren ziyaret ettiği, % 11'inin hiç ziyaret etmediği anlaşılmıştır.

Genç kanser hastalarının refakatçi durumlarına bakıldığında % 92.7'sinin yanında bir refakatçi kaldığı, % 7.3'ünün de kalmadığı belirlenmiştir. Genç kanser hastalarının yanında refakatçi olarak % 72'sinin anne, % 7.3'ünün baba, % 7.3'ünün eş ve % 6.1'inin diğerlerinin kaldığı bulunmuştur.

Genç kanser hastalarının % 17.1'inin müstakil evde, % 75.6'sının apartman dairesinde, % 7.3'ünün gecekonduda yaşadığı belirlenmiştir.

Genç kanser hastalarının evlerindeki oda sayılarının dağılımı incelendiğinde %2.4'ünün iki odalı, % 32.9'unun üç odalı, % 54.9'unun dört odalı olduğu, %9.8'inin beş odalı olduğu anlaşılmıştır.

Genç kanser hastalarının kendilerine ait odalarının olup olmadığının dağılımı incelendiğinde % 80.5'inin kendisine ait bir odasının olduğu, % 19.5'nin ise kendisine ait bir odasının olmadığı saptanmıştır.

Kanser tedavisi oldukça zor bir hastalıktır. Bu süreçte hastaların tedaviye devam edebilmesi için bazı kan değerlerinin tıbbi açıdan uygun olması gerekmektedir. Ancak çeşitli enfeksiyonlar bu durumu etkilemekte ve hastanın tedavisinin aksamasına neden olmaktadır. Tedavi sürecinde hastanın mümkün olduğunca enfeksiyonlardan uzak durması doktorlar tarafından tavsiye edilmektedir. Bu durum özellikle ebeveynlerine bağımlı olarak yaşayan genç kanser hastaların arkadaş ve akran grubu ile olan ilişkisini oldukça sınırlı düzeye indirmesine neden olmaktadır.

Genç kanser hastalarının arkadaşları tarafından ziyaret sıklığı dağılımı incelendiğinde % 1.2'si her zaman, % 20.7'si sık sık, % 28'i bazen, % 25.6'sı nadiren, % 24.4'ü hiç ziyaret etmediği bulunmuştur.

3.2. Hastalık ve Hastalık Sürecine Ait Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan genç kanser hastalarının hastalık ve hastalık sürecine ait bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 5: Hastalık ve Hastalık Sürecine Ait Bilgiler

		Sayı (N)	Yüzde (%)
Kanser Tanısı	Akciğer	4	4.9
	Beyin	5	6.1
	Gırtlak	4	4.9
	Lenfoma	23	28.0
	Lösemi	33	40.2
	Testis	4	4.9
	Tiroid	3	3.7
	Diğer	6	7.3
Yayılma Durumu	Evet	14	17.1
	Hayır	68	82.9
Tedavi Süresi	0-2 Ay	22	26.8
	2-12 Ay	39	47.6
	12 ay ve üstü	21	25.6
Uygulanan Tedavi Yöntemleri	Cerrahi	5	6.1
	Kemoterapi	36	43.9
	Radyoterapi	1	1.2
	Cerrahi-Kemoterapi	9	11.0
	Kemoterapi-Radyoterapi	15	18.3
	Henüz Tedaviye Başlanmamış	9	11.0
Nüks Durumu	Evet	8	9.8
	Hayır	74	90.2
Kronik Rahatsızlık Durumu	Var	3	3.7
	Yok	79	96.3
Hastanın Tanıyı Bilme Durumu	Evet	65	79.3
	Hayır	17	20.7
Psikolojik Destek Alma Durumu	Psikolojik Destek Alıyor	26	31.7
	Psikolojik Destek Almıyor	56	68.3
Refakatçi Durumu	Kalıyor	76	92.7
	Kalmıyor	6	7.3
Ankara Dışından Gelme Durumu	Evet	26	31.7
	Hayır	56	68.3

Araştırmaya katılan genç kanser hastasının hastalık ve hastalık sürecine ait bilgiler özet tablo halinde Tablo 5’de verilmiştir. Buna göre; araştırmaya katılan genç kanser hastalarında akciğer (% 4.9), beyin (% 6.1), gırtlak (% 4.9), lenfoma (% 28)

lösemi (% 40.2), testis (% 4.9), tiroit (% 3.7) ve diğer (% 7.3) kanser türleri olduğu belirlenmiştir. Genç kanser hastaların çoğunluğu lösemi ve lenfoma nedeniyle tedavi görmektedir.

Genç kanser hastalarının hastalık evrelerine bakıldığında % 42.7'sinin birinci evre, % 24.4'ünün ikinci evre, % 17.1'inin üçüncü evre ve 15.9'unun dördüncü evre olduğu bilgisine ulaşılmıştır.

Araştırmaya katılan genç kanser hastaların % 17.1'inde hastalığın yayılma (metastaz) yaptığı ve % 82.9'unun yayılma yapmadığı belirlenmiştir.

Genç kanser hastalarının tedavi süreleri ortalamaları 11.79 ay bulunmuştur. Tedavi sürelerinin dağılımı incelendiğinde % 26.8'inin 0-2 ay % 47.6'sının 2-12 ay %25.6'sının 12 ay ve üstü süredir tedavi gördüğü anlaşılmıştır.

Genç kanser hastalarına uygulanan tedavi yöntemlerinin dağılımı incelendiğinde % 6.1'inin cerrahi, % 43.9'unun kemoterapi, % 1.2'sinin radyoterapi, % 11'inin cerrahi+kemoterapi, % 18.3'ünün kemoterapi+ radyoterapi, % 11.0'nin henüz hiçbir tedavi almadığı saptanmıştır.

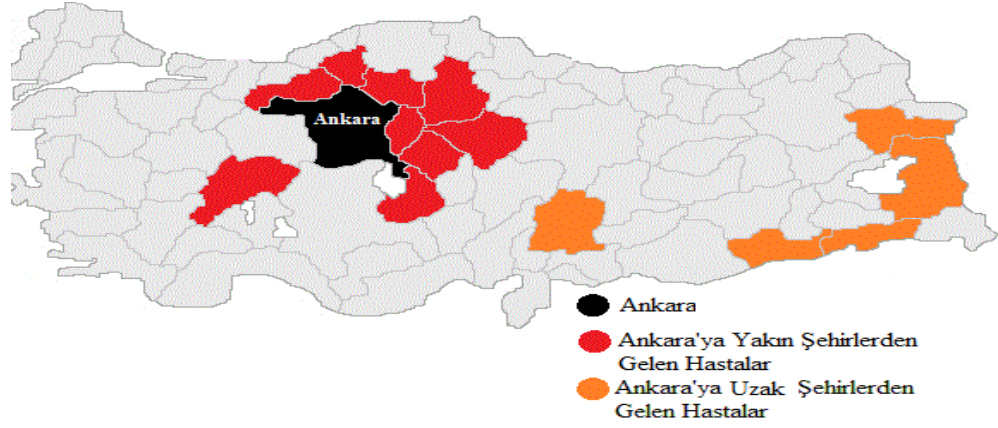
Araştırmaya katılan genç kanser hastalarının nüks durumlarının dağılımı incelendiğinde % 9.8'inin hastalığın nüks etmesi nedeni ile tedavi gördüğü, %90.2'sinin daha önce bu hastalık nedeni ile tedavi görmediği belirlenmiştir.

Genç kanser hastalarının ikinci bir kronik hastalığının dağılımı incelendiğinde % 3.7'sinin ikinci kronik hastalığının olduğu, % 96.3'ünün ikinci kronik rahatsızlığının olmadığı bulunmuştur.

Genç kanser hastalarının hastalık tanılarını bilme durumlarına bakıldığında % 79.3'ünün hastalık tanısını bildiği, %20.7'sinin hastalık tanısını bilmediği anlaşılmıştır.

Genç kanser hastalarının psikolojik destek alıp almadıkları incelendiğinde % 31.7'sinin psikolojik destek aldığı % 68.3'ünün psikolojik destek almadığı saptanmıştır.

Şekil 5: Tedavi İçin Ankara Dışından Gelen Genç Kanser Hastaların Şehirlere Göre Dağılımı



Genç kanser hastalarının % 31.7'sunun tedavi için Ankara dışından geldiği %68.3'ünü ise Ankara'da ikamet ettiği anlaşılmıştır. Genç kanser hastalarının % 20.6'sının Ankara'ya ulaşım bakımından yakın şehirlerden, % 10.5'inin Ankara'ya uzak şehirlerden geldiği anlaşılmıştır (Şekil 5).

Hastaların ikamet durumları incelendiğinde genç kanser hastalarının büyük çoğunluğunun Ankara'da yaşadığı belirlenmiştir. Ancak tedavi için Ankara dışından gelenlerin sayısı da azımsanmayacak miktardadır. Ankara Türkiye'nin başkenti olmasının yanında en büyük ikinci şehridir ve birçok eğitim ve araştırma hastanesine sahip olması bu duruma neden olduğu söylenebilir. Ancak TÜİK (2014) verilerine göre ülkemizde her beş ölümden birinin sorumlusu olan kanserin tedavisi için insanların hala farklı şehirlerden gelmesi düşündürücüdür.

Özbek Guni (2005) kanser hastaları ile Ankara'da yaptığı çalışmada, hastaların % 77.3'ünün tedavi için Ankara dışından geldiğini bulmuştur. Araştırma bulguları Özbek Guni (2005) çalışması ile farklılık göstermektedir. İki araştırma arasındaki 10 yıllık süre zarfında tedavi merkezlerinin yaygınlaşması bu farkın nedeni olabileceği düşünülmüştür.

Tedavi sürecinde genç kanser hastalarının % 71.9'unun kendi evinde, % 13.4'ünün akrabasında, % 11'inin konukevinde, % 3.7'sinin otelde kaldığı bulunmuştur.

3.3. Genç Kanser Hastalarının Sosyal Destek ve Yaşam Doyumuna Ait Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan genç kanser hastalarının bazı değişkenlere göre sosyal destek ve yaşam doyumu düzeylerine ait bulgulara yer verilmiştir.

Literatürde genç kanser hastalarının sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri ile ilgili araştırma bulunmamıştır⁷. Bu nedenle araştırmada elde edilen bulgular literatürde yetişkin kanser hastalarının sosyal destek ve/veya yaşam doyumu ile ilgili araştırmaların sonuçları ile karşılaştırılmıştır. Kanser ve sosyal destek ile ilgili literatürdeki çalışmaların çoğunluğu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile yapılmıştır. Ancak bu araştırmada Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği kullanılmıştır. Literatürdeki araştırmalar sosyal destek düzeyinin belirlenmesinde farklı ölçme araçları kullanılsa da araştırma bulgularının yorumunda bu durum dikkate alınmamıştır.

Tablo 6: Yaş Gruplarına Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri

Sosyal Destek <i>Yaşam Doyumu</i>		N	Ortalama	Standart Sapma	F/t	P
Yaş Grubu	15-21 Yaş	55	149.80 26.50	14.35 6.95	t=-.085	.933
	21-24 Yaş	27	150.07 27.03	12.44 6.90	t=-.324	.747

* (p<.05)

Tablo 6’da genç kanser hastalarının yaş grupları ile sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Genç kanser hastalarının yaş grupları ile sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişkiyi açıklayabilmek için t testi yapılmıştır.

Genç kanser hastalarının yaş gruplarına göre sosyal destek düzeylerinin farklılaşmadığı belirlenmiştir (t=-.085, p>.05). 15- 21 yaş grubundaki genç kanser hastaların sosyal destek düzeyleri, 21- 24 yaş arasındakilerin sosyal destek düzeylerinden düşük olmasına rağmen yaş grupları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bunun nedeninin de gelişim dönemine bağlı olarak yaş aralığının küçük tutulması olduğu söylenebilir. Ayaz vd (2008) kanser hastaları ile yaptıkları çalışmada, yaşın sosyal destek düzeyini etkilemediğini belirtmişlerdir. Aynı şekilde

⁷ Araştırmacı bu konuda bir araştırmaya rastlamamıştır.

Özbek Guni (2005) ve Savcı (2006) kanserli hastalar ile yaptığı araştırmada, yaşın sosyal destek düzeyini etkilemediği ortaya koymuştur. Bu araştırma literatürdeki çalışmalar ile bu yönüyle benzerlik göstermektedir.

Genç kanser hastalarının yaş grupları ile yaşam doyumu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($t=-.324$, $p>.05$). Benzer şekilde Işık (2014) kanser hastaları ile yaptığı çalışmada yaş ile yaşam doyumu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını ortaya koymuştur.

Tablo 7: Cinsiyete Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri

Sosyal Destek <i>Yaşam Doyumu</i>		N	Ortalama	Standart Sapma	F/t	P
Cinsiyet	Kadın	43	151.49 27.39	14.70 6.75	$t=1.113$ $t=.981$.269 .329
	Erkek	39	148.13 25.89	12.39 7.05		

* ($p<.05$)

Tablo 7’de görüldüğü gibi genç kanser hastalarının cinsiyeti ile sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek için t testi uygulanmıştır.

Genç kanser hastalarının cinsiyetleri ile sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($t=1.113$, $p>.05$). Kanser hastalarının sosyal desteğinin cinsiyete göre farklı olup olmadığını araştıran bazı çalışmalarda, sosyal destek düzeyleri ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Özbek Guni, 2005). Bazı çalışmalarda ise cinsiyet ve sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (Poole vd 2001; Savcı 2006; Dedeli vd 2008; Pehlivan vd 2012).

Araştırmaya katılan genç kanser hastası kadınların ortalama yaşam doyumu düzeyleri erkeklere göre daha yüksek olsa da cinsiyetin yaşam doyumu düzeylerini anlamlı bir şekilde etkilemediği belirlenmiştir ($t=.981$, $p>.05$). Literatürdeki çalışmalar da cinsiyet ve yaşam doyumu arasında bir anlamlı ilişkinin olmadığını ortaya koymuştur (Arslan vd 2008, Sılvemark, 2008; Işık, 2014).

Tablo 8: Medeni Duruma Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doymu Düzeyleri

Sosyal Destek <i>Yaşam Doymu</i>	N	Ortalama	Standart Sapma	F/t	P
Medeni Durum	Bekâr	61 149.80 26.67	10.99 7.05	F=.025 F=.067	.976 .935
	Evli	19 152.00 26.89	7.07 6.76		
	Nişanlı	2 149.95 25.00	20.87 5.65		

* (p<.05)

Tablo 8’de araştırmaya katılan genç kanser hastalarının medeni durumları ile sosyal destek ve yaşam doymu düzeyleri arasındaki ilişkiye ait bulgulara yer verilmiştir. Genç kanser hastalarının medeni durumları ile sosyal destek ve yaşam doymu düzeyleri arasındaki ilişkiyi açıklayabilmek için ANOVA testi yapılmıştır.

Genç kanser hastalarının medeni durumları ile sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (F=.025, p>.05). Medeni durum ile sosyal destek düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmasa da evli olan genç kanser hastalarının sosyal destek düzeyleri bekâr ve nişanlılara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Savcı (2006) ve Yılmaz (2011) yapmış oldukları araştırmalarda da evli olan kanser hastalarının sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğu ortaya koymuşlardır ve bu araştırmadan farklı olarak sonuçların istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulmuşlardır. Evli olanların sosyal destek puanlarının yüksek olmasının nedeni evli insanların diğer desteklerinin yanı sıra eş ve çocuklarından da destek almalarından kaynaklandığı düşünülebilir. Literatürdeki kimi çalışmalarda ise kanser hastalarının medeni durumu ile sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı ilişkinin olmadığı görülmüştür (Dedeli vd 2008).

Genç kanser hastalarının medeni durumları ve yaşam doymu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (F=.067, p>.05). Arslan vd (2008) kemoterapi alan kanser hastaları ile yaptıkları çalışmada medeni durumun yaşam doymu düzeylerini etkilediğini bulmuşlardır. Benzer şekilde Işık (2014) gerçekleştirdiği araştırmada evli kanser hastalarının bekârlara göre daha yüksek yaşam doymu düzeyine sahip olduğunu ve medeni durum ile yaşam doymu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunu ortaya koymuştur. Bu araştırma bulgularına göre evli olan genç kanser hastalarının bekâr ve nişanlı olanlara göre

yaşam doyumu düzeyleri yüksek olsa da medeni durum ile yaşam doyumu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Literatürdeki çalışmalar ile farkın olmasının nedeni örneklem grubunun genç kanser hastalarından oluşmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmüştür.

Tablo 9: Öğrenim Durumuna Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri

Sosyal Destek <i>Yaşam Doyumu</i>	N	Ortalama	Standart Sapma	F/t	P
Öğrenim Durumları	İlkokul	5 144.00 21.00	5.31 11.55	F=1.253 F=2.001	.296 .121
	Ortaokul	32 147.91 26.31	3.07 7.29		
	Lise	40 151.20 27.12	1.69 5.93		
	Üniversite	5 158.00 31.20	1.61 2.48		

* (p<.05)

Genç kanser hastalarının öğrenim durumları ile sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 8’de verilmiştir. Öğrenim durumu ile sosyal destek ve yaşam doyumu arasındaki ilişkiyi açıklamak için ANOVA testi yapılmıştır.

Tablo 9’a bakıldığında her ne kadar genç kanser hastalarının öğrenim durumu yükseldikçe sosyal destek düzeyleri artsa da öğrenim durumu ile sosyal destek düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (F=1.253, p>.05). Literatürdeki birçok araştırmada da öğrenim durumu ile sosyal destek düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı ortaya konulmuştur (Tan ve Karabulutlu, 2005; Özbek Guni, 2005; Yılmaz, 2011).

Genç kanser hastalarının öğrenim durumları ile yaşam doyumu düzeyleri arasında da anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (F=2.001, p>.05). Ancak Tablo 9’u incelendiğinde öğrenim düzeyi yükseldikçe yaşam doyumu düzeylerinin yükseldiği belirlenmiştir. Literatürdeki çalışmaların araştırma bulgularımızı destekler nitelikte olduğu görülmüştür (Arslan vd 2008; Işık, 2014).

Tablo 10: Çalışma Durumuna Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumunu Düzeyleri

Sosyal Destek <i>Yaşam Doyumu</i>	N	Ortalama	Standart Sapma	F/t	P	
Çalışma Durumu	Tam Zamanlı	14	146.79 28.07	3.54 5.64	F=1.888 F=1.321	.158 .273
	İşsiz	19	146.05 24.52	4.50 7.85		
	Öğrenci	49	152.27 27.12	1.49 6.78		

* (p<.05)

Tablo 10’da genç kanser hastalarının çalışma durumları ile sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Genç kanser hastalarının çalışma durumları ile sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişkiyi açıklayabilmek için ANOVA testi yapılmıştır.

Genç kanser hastaların çalışma durumlarının, sosyal destek düzeylerine etkisinin olmadığı anlaşılmıştır (F=1.888, p>.05). Çalışma durumu ile sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmasa da öğrenci olan genç kanser hastalarının sosyal destek düzeyleri tam zamanlı bir işte çalışanlara ve işsiz olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Öğrencilerin ailelerinden aldıkları destekten bağımsız olarak okulda arkadaş çevresinden ve öğretmenlerinden aldığı desteğin bu duruma neden olduğu düşünülebilir. Dedeli vd (2008) kanser hastaları ile yapmış oldukları çalışmada meslek/iş durumları ile sosyal destek düzeyleri arasında bir ilişkinin olmadığını belirlemişlerdir. Bu araştırma bulguları da literatürü destekler niteliktedir.

Genç kanser hastalarının çalışma durumları ile yaşam doyumu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (F=1.321, p>.05). Myers ve Diener (1995) cinsiyetin, ırkın ve gelir durumunun yaşam doyumunu açıklamada hemen hemen hiçbir etkiye sahip olmadığını, psikolojik değişkenlerin, yakın ilişkilerin ve kültürün yaşam doyumunu açıklamada daha fazla etkiye sahip olduğunu belirtmişlerdir. Bu çalışmada genç kanser hastalarının yaş, cinsiyet, medeni durum ve öğrenim durumu ile yaşam doyumu düzeyleri bakımından anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu durum literatürdeki çalışmalar ile benzerlik göstermektedir (Silvermark vd 2008; D.Şimşek, 2010,).

Tablo 11: Hane Halkı Aylık Gelir Durumuna Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri

Sosyal Destek <i>Yaşam Doyumu</i>		N	Ortalama	Standart Sapma	F/t	P
Hane Halkı Aylık Gelir Durumu	0-500 TL	7	127.86 14.57	24.14 2.99	F= 9.064 F= 16.988	.000* .000*
	500-1000 TL	22	150.00 24.95	7.92 6.60		
	1000-2000 TL	24	151.38 27.16	12.49 6.61		
	2000 TL ve üstü	29	153.90 30.51	10.04 3.58		

* (p<.05)

Tablo 12: Sosyal Destek Düzeylerinin Hane Halkı Aylık Gelir Durumuna Göre Farklılaşmasına İlişkin Sonuçlar (Tukey HSD Testi)

Hane Halkı Aylık Gelir Durumu	Ortalama Fark	P
0-500 TL	500-1000 TL	-22.14 .000*
	1000- 2000 TL	-23.51 .000*
	2000 TL ve üstü	-26.03 .000*

* (p<.05)

Tablo 13: Yaşam Doyumu Düzeylerinin Hane Halkı Aylık Gelir Durumuna Göre Farklılaşmasına İlişkin Sonuçlar (Tukey HSD Testi)

Hane Halkı Aylık Gelir Durumu	Ortalama Fark	P
0-500 TL	500-1000 TL	-10.38 .000*
	1000-2000 TL	-12.59 .000*
	2000 TL ve üstü	-15.94 .000*
500-1000 TL	2000 TL ve üstü	-5.56 .003*

* (p<.05)

Genç kanser hastalarının hane halkı aylık gelir durumları ile sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki farkın anlamlı olup olmadığına ait ilişkin bulgulara Tablo 11’da yer verilmiştir. Hane halkı aylık gelir durumu ile sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişkiyi açıklayabilmek için ANOVA testi yapılmıştır.

Genç kanser hastalarının 0-500 TL hane halkı aylık geliri olanların sosyal destek düzeyleri ortalamaları 127.86, 500-1000 TL olanların 150, 1000-2000 TL olanların 151.38, 2000 TL ve üstü geliri olanların ise 153.90 bulunmuştur. Genç kanser hastalarının hane halkı aylık gelirleri ile sosyal destek düzeyleri arasında

anlamli bir ilişki tespit edilmiştir ($F=9.064$, $p<.05$). Bu farklılaşmanın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek için Post Hoc Testlerinden Tukey HSD yapılmıştır (Tablo 12). Test sonuçlarına göre aylık 0-500 TL geliri olanların; 500-1000 TL, 1000-2000 TL ve 2000 TL ve üstü olanlara göre sosyal destek düzeyleri düşük çıkmıştır. 500- 1000 TL gelire sahip olanların 2000 TL ve üstü gelire sahip olanlara göre sosyal destek düzeyleri düşük bulunmuştur ($p<.05$). Ayrıca hane halkı aylık geliri yükseldikçe sosyal destek düzeyinin arttığı saptanmıştır.

Araştırma verilerine göre hane halkı aylık geliri attıkça sosyal destek düzeyleri artmaktadır. Bu durum gelir ile sosyal destek düzeyi arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarla da paralellik göstermektedir (Özbek Guni, 2005; Savcı, 2006).

Genç kanser hastalarının 0-500 TL hane halkı aylık geliri olanların yaşam doyumunu düzeyleri ortalamaları 14.57, 500-1000 TL olanların 24.95, 1000-2000 TL olanların 27.16, 2000 TL ve üstü geliri olanların ise 30.51 bulunmuştur. Genç kanser hastalarının hane halkı aylık gelir durumları ile yaşam doyumunu düzeyleri arasında da anlamli bir ilişki tespit edilmiştir ($F= 16.988$, $p<.05$). Bu farklılaşmanın tespiti için Post Hoc testlerinden Tukey HSD testi uygulanmıştır (Tablo 13). Bu testten elde edilen sonuçlara göre aylık 0-500 TL geliri olanların; 500-1000 TL, 1000-2000 TL ve 2000 TL ve üstü geliri olanlara göre yaşam doyumunu düzeyleri daha düşüktür. Ayrıca 500-100 TL aylık geliri olanların da 2000 TL ve üstü aylık geliri olanlara göre yaşam doyumunu düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<.05$).

Genel olarak, yüksek eğitim düzeyine sahip olan insanların daha yüksek bir gelir ve sosyal statüye sahip olmaları, doğal olarak da daha mutlu olmaları, buna eş değer olarak da düşük eğitim seviyesi olan bireylerin yaşam doyumununun düşük olması beklenir (Kılıçkap, 2009 akt: Işık, 2014). Araştırma bulgularına göre öğrenim durumu ile yaşam doyumunu arasında anlamli bir ilişki bulunmamış olmasına rağmen öğrenim düzeyi arttıkkça yaşam doyumunu düzeyinin arttığı belirlenmiştir. Kılıçkap (2009)'ın belirttiği gibi bu araştırmada yüksek gelire sahip olanların yaşam doyumununun daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 14: Gelir Düzeyinin Algılanışına Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri

Sosyal Destek <i>Yaşam Doyumu</i>		N	Ortalama	Standart Sapma	F/t	P
Gelir Düzeyinin Algılanışı	Yeterli	24	155.21 29.75	1.53 4.20	F=6.032 F=5.519	.001* .002*
	Kısmen yeterli	22	149.09 27.31	2.84 7.18		
	Kısmen yetersiz	20	153.20 26.50	2.13 6.70		
	Yetersiz	26	138.88 21.43	4.80 7.47		

* (p<.05)

Tablo 15: Sosyal Destek Düzeylerinin Gelir Düzeyinin Algılanışına Göre Farklaşmasına İlişkin Sonuçlar (Tukey HSD Testi)

Gelir Düzeyinin Algılanışı		Ortalama Fark	P
Yeterli	Kısmen yeterli	6.11	.357
	Kısmen yetersiz	2.00	.952
	Yetersiz	16.33	.001*
Kısmen yetersiz	Yetersiz	14.32	.006*

* (p<.05)

Tablo 16: Yaşam Doyumu Düzeylerinin Gelir Düzeyinin Algılanışına Göre Farklaşmasına İlişkin Sonuçlar (Tukey HSD Testi)

Gelir Düzeyinin Algılanışı		Ortalama Fark	P
Yeterli	Kısmen yeterli	2.43	.518
	Kısmen yetersiz	3.25	.256
	Yetersiz	8.31	.001*
Kısmen yeterli	Yetersiz	5.88	.032*

* (p<.05).

Tablo 14’de görüldüğü üzere genç kanser hastalarının gelir düzeylerini algılayışları ile sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek için ANOVA testi yapılmıştır.

Gelir düzeyini yeterli olarak algılayan genç kanser hastalarının sosyal destek düzeyi ortalamaları 155.21, kısmen yeterli algılayanların 149.09, kısmen yetersiz algılayanların 153.20, yetersiz algılayanların 138.88 tespit edilmiştir. Genç kanser hastalarının ekonomik durumlarını algılayışları ile sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu ilişkinin kaynağını araştırmak amacıyla Post Hoc

testlerinden Tukey HSD testi yapılmıştır (Tablo 15). Bu testten elde edilen sonuçlara göre, gelirini yeterli olarak algılayan genç kanser hastalarının yetersiz olarak algılayanlara göre sosyal destek düzeyleri daha yüksek çıkmıştır ($p<.05$). Gelir düzeyini kısmen yeterli olarak algılayan genç kanser hastalarının yetersiz olarak algılayanlara göre sosyal destek düzeyleri yüksek bulunmuştur ($p<.05$).

Sadece hane halkı aylık gelirin genç kanser hastaların sosyal destek düzeyleri ve yaşam doyumu düzeylerini açıklamak için yeterli olduğunu söylemek zordur. Sosyal destek düzeyi kişinin kazancı ne olursa olsun kendi ekonomik durumunu algılamasıyla da yakından ilgilidir. Ayaz vd (2008) kanser hastaları ile yaptıkları çalışmada ekonomik durumunu iyi olarak algılayan kanser hastalarının diğer gruplara göre sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğunu bulmuştur. Bu araştırma da Ayaz vd (2008) de yaptıkları çalışma ile bu yönüyle benzerlik göstermektedir.

Gelir düzeyini yeterli olarak algılayan genç kanser hastalarının yaşam doyumu düzeyi ortalamaları 29.75, kısmen yeterli algılayanların 27.31, kısmen yetersiz algılayanların 26.50, yetersiz algılayanların 21.43 tespit edilmiştir. Genç kanser hastalarının gelir düzeyi algılamaları ile yaşam doyumu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<.05$). Bu ilişkiyi açıklayabilmek amacıyla Post Hoc testlerinden Tukey HSD testi yapılmıştır (Tablo 16). Bu testten elde edilen sonuçlara göre, gelirini yeterli olarak algılayan genç kanser hastalarının yetersiz olarak algılayanlara göre yaşam doyumu düzeyleri daha yüksektir ($p<.05$). Gelir düzeyini kısmen yeterli olarak algılayan genç kanser hastalarının yetersiz olarak algılayanlara göre yaşam doyumu düzeyleri yüksek bulunmuştur ($p<.05$).

Tablo 17: Sosyal Yardım Alma Durumuna Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri

Sosyal Destek <i>Yaşam Doyumu</i>		N	Ortalama	Standart Sapma	F/t	P
Sosyal Yardım	Alıyor	10	134.30 18.50	21.42 7.26	t=-4.229 t=-.4.440	.000* .000*
	Almıyor	72	152.06 27.81	10.78 6.07		

* ($p<.05$)

Tablo 17’de genç kanser hastalarının sosyal yardım alma durumu ile sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki farkın anlamlı olup olmadığına ilişkin

bulgular verilmiştir. Sosyal yardım alma durumu ile sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişkiyi açıklayabilmek için t testi yapılmıştır.

Sosyal yardım alan genç kanser hastalarının sosyal destek düzeyleri ortalamaları 134.30, sosyal yardım almayanların ise 152.06 bulunmuştur. Genç kanser hastalarının sosyal yardım alma durumları ile sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($t=-4.229$, $p< .05$). Sosyal yardım alan genç kanser hastalarının sosyal destek düzeyleri, sosyal yardım almayanlara göre daha düşük bulunmuştur ($p<.05$).

Sosyal yardım alan genç kanser hastalarının yaşam doyumu düzeyleri ortalamaları 18.50, sosyal yardım almayanların ise 27.81 bulunmuştur. Genç kanser hastalarının sosyal yardım alma durumları ve yaşam doyumu düzeyleri arasında da anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($t=-.4.440$, $p< .05$). Sosyal yardım almayan hastaların yaşam doyumu düzeyleri daha yüksektir.

Tablo 18: Sosyal Yardım Alma Durumunun Hane Halkı Aylık Gelir ve Gelir Düzeyinin Algılanışına Göre Dağılımı

Sosyal Yardım Alma Durumu			Gelir Düzeyinin Algılanışı				Toplam
			Yeterli	Kısmen Yeterli	Kısmen Yetersiz	Yetersiz	
Alıyor	Hane Halkı Aylık Gelir Durumu	0-500 TL	0		0	5	5
		500-1000 TL	1		2	2	5
	Toplam		1		2	7	10
Almıyor	Hane Halkı Aylık Gelir Durumu	0-500 TL	0	0	0	2	2
		500-1000 TL	1	6	8	2	17
		1000-2000 TL	4	10	7	3	24
		2000 TL ve üstü	18	6	3	2	29
	Toplam		23	22	18	9	72

Sosyal yardım alma durumuna ait bulguların hane halkı aylık geliri ve gelir düzeyin algılanışı ile ilgili bulgular ile paralellik göstermektedir (Tablo 18). Diğer bir ifade ile sosyal yardım alan genç kanser hastalarının hane halkı aylık gelirleri 0-1000 TL aralığındadır ve büyük bir çoğunluğu gelirlerini yetersiz olarak algılamaktadırlar.

Sosyal yardım, hane halkı aylık geliri ve gelir düzeyinin algılanışı ile ilgili bulgulardaki bu paralellik, genç kanser hastalarının sosyal destek ve yaşam doyumu düzeylerine de yansımıştır.

Tablo 19: Evin Niteliğine Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doymu Düzeyleri

Sosyal Destek <i>Yaşam Doymu</i>		N	Ortalama	Standart Sapma	F/t	P
Evin Niteliği	Müstakil	14	147.79 19.85	3.13 7.04	F=4.407 F=23.954	.015* .000*
	Apartman	62	151.76 29.06	1.71 5.11		
	Gecekondu	6	135.50 18.00	4.74 5.65		

* (p<.05)

Tablo 20: Sosyal Destek Düzeylerinin Evin Niteliğine Göre Farklılaşmasına İlişkin Sonuçlar (Dunnett's T3 Testi)

Evin Niteliği		Ortalama Fark	P
Apartman Dairesi	Müstakil Ev	3.97	.614
	Gecekondu	16.25	.045*

* (p<.05)

Tablo 21: Yaşam Doymu Düzeylerinin Evin Niteliğine Göre Farklılaşmasına İlişkin Sonuçlar (Dunnett's T3 Testi)

Evin Niteliği		Ortalama Fark	P
Apartman Dairesi	Müstakil Ev	9.20	.001*
	Gecekondu	11.06	.012*

* (p<.05)

Tablo 19’da genç kanser hastalarının yaşadığı evin niteliği ile sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Genç kanser hastalarının yaşadığı evin niteliği ile sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişkiyi açıklayabilmek için ANOVA testi yapılmıştır.

Genç kanser hastalarının müstakil evde yaşayanların sosyal destek düzeyleri ortalamaları 147.79, apartmanda yaşayanların 151.76, gecekondudakilerin ise 135.50 olarak saptanmıştır. Genç kanser hastalarının yaşadıkları evin niteliği ile sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<.05). Bu ilişkinin

kaynağını açıklayabilmek için Post Hoc testlerinden Dunnett's T3⁸ testi yapılmıştır (Tablo 20). Testin sonuçlarına göre apartman dairesinde yaşayan genç kanser hastalarının sosyal destek düzeyleri, gecekonduda yaşayanlara göre yüksek bulunmuştur (p<.05).

Genç kanser hastalarının müstakil evde yaşayanların yaşam doyumu düzeyleri ortalamaları 19.85, apartmanda yaşayanların 29.06, gecekondudakilerin ise 18 olarak saptanmıştır. Genç kanser hastalarının yaşadıkları evin niteliği ile yaşam doyumu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir (p<.05). Bu ilişkiyi anlayabilmek için Post Hoc testlerinden Dunnett's T3 testi yapılmıştır. Tablo 21'de görüldüğü üzere apartman dairesinde yaşayan genç kanser hastalarının yaşam doyumu düzeyleri müstakil evde yaşayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (p<.05). Ayrıca apartman dairesinde yaşayanların, müstakil evde yaşayan genç kanser hastalarına göre yaşam doyumu düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<.05).

Genç kanser hastalarının yaşadıkları evin niteliği hem sosyal destek düzeylerini hem de yaşam doyumu düzeylerini açıklamada önemli bir faktör olduğu belirlenmiştir.

Tablo 22: Evdeki Oda Sayısına Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri

Sosyal Destek <i>Yaşam Doyumu</i>		N	Sıra Ortalama	SD	X2	P
Evdeki Oda Sayısı	2 oda	2	15.00 19.25	3	8.176 9.522	.043* .023*
	3 oda	27	37.44 38.24			
	4 oda	45	47.33 47.32			
	5 oda	8	29.00 25.31			

* (p<.05)

⁸ Dunnett's T3 testi varyans homojenliği gerektirmeyen ikili karşılaştırmalarda kullanılan testidir. Gruplar arası farkın olduğu durumda, farklılığın hangi gruptan kaynaklı olduğunu tespit etmek için Dunnett's T3 testi kullanılmaktadır (Dellalbaşlı ve Soylu, 2012). Bu yüzden evin niteliğine ait gruplar arası karşılaştırmada Dunnett's T3 testi kullanılmıştır.

Tablo 22’de genç kanser hastalarının evlerindeki oda sayısı ile sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişkiye yer verilmiştir. Evdeki oda sayısı ile sosyal destek ve yaşam doyumu arasındaki ilişkiyi açıklamak için Kruskal Wallish testi yapılmıştır.

Genç kanser hastalarının evlerindeki oda sayısı ile sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<.05$). Ayrıca genç kanser hastalarının evlerindeki oda sayıları ve yaşam doyumu düzeyleri arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<.05$). Dört odalı evde yaşayan genç kanser hastalarının en yüksek sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyine sahiptirler. İki odalı evde yaşayanların ise en düşük sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyine sahiptirler.

Tablo 23: Odasının Olma Durumuna Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri

Sosyal Destek <i>Yaşam Doyumu</i>		N	Ortalama	Standart Sapma	F/t	P
Odasının Olma Durumu	Evet	66	150.29 26.77	13.86 7.09	t=.532 t=.238	.596 .813
	Hayır	16	148.25 26.31	13.16 6.21		

* ($p<.05$)

Tablo 23’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan genç kanser hastaların odasının olma durumu ile sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek için t testi yapılmıştır.

Genç kanser hastalarının büyük bir çoğunluğunun odasının olduğu görülmektedir. Genç kanser hastalarının odasının olma durumu ile sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=.532$, $p>.05$). Ayrıca genç kanser hastalarının odasının olma durumu ile yaşam doyumu düzeyleri arasında da anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($t=.238$, $p>.05$).

Tablo 24: Ankara Dışından Gelme Durumuna Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri

Sosyal Destek <i>Yaşam Doyumu</i>		N	Ortalama	Standart Sapma	F/t	P
Ankara Dışından Gelme Durumu	Evet	27	153.04 25.44	10.00 7.83	t=1.470 t=-1.141	.145 .257
	Hayır	55	148.35 27.29	15.00 6.38		

* (p<.05)

Tablo 24’de genç kanser hastalarının Ankara dışından gelme durumu ile sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişkiye yer verilmiştir. Ankara dışından gelme durumu ile sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişkiyi açıklamak için t testi yapılmıştır.

Genç kanser hastalarının Ankara dışından gelme durumu ile sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (t=1.470, p>.05). Pehlivan vd (2012) kanser hastalarının sosyal destekleri ile ilgili yaptıkları çalışmada hastaların ikametgâhı ile sosyal destek düzeyleri bakımında arasında bir farkın olmadığını bildirmişlerdir. Benzer şekilde Özbek Guni (2005) yaptığı çalışmada şehir dışından gelmenin kanser hastalarının sosyal destek düzeylerini etkilemediğini bulmuştur.

Genç kanser hastalarının Ankara dışından gelme durumu ile yaşam doyumu düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (t=-1.157, p> .05).

Tablo 25: Aile Türlerine Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri

Sosyal Destek <i>Yaşam Doyumu</i>		N	Ortalama	Standart Sapma	F/t	P
Aile Türü	Çekirdek Aile	15	152.67 26.73	13.87 6.95	F=6.543 F=3.728	001* .015*
	Ebeveynlerle Çekirdek Aile	54	151.44 27.90	10.38 6.67		
	Geniş Aile	6	152.17 23.83	7.02 6.73		
	Diğer	7	130.00 19.57	23.95 4.19		

* (p<.05)

Tablo 26: Sosyal Destek Düzeylerinin Aile Türlerine Göre Farklılaşmasına İlişkin Sonuçlar (Tukey HSD Testi)

Aile Türü		Ortalama Fark	P
Diğer Türü	Çekirdek Aile	-22.66	.001*
	Ebeveynlerle Çekirdek Aile	-21.44	.000*
	Geniş Aile	-22.16	.011*

* (p<.05)

Tablo 27: Yaşam Doymu Düzeylerinin Aile Türlerine Göre Farklılaşmasına İlişkin Sonuçlar (Tukey HSD Testi)

Aile Türü		Ortalama Fark	P
Diğer Türü	Çekirdek Aile	-7.16	.090
	Ebeveynlerle Çekirdek Aile	-8.33	.012*
	Geniş Aile	-4.26	.651

* (p<.05)

Tablo 25’de görüldüğü üzere genç kanser hastalarının aile türleri ile sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişkiye yer verilmiştir. Aile türleri ile sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişkiyi açıklamak için ANOVA testi yapılmıştır.

Çekirdek aile türünde yaşayan genç kanser hastalarının sosyal destek düzeyi ortalamaları 152.67, ebeveynleriyle çekirdek ailede yaşayanların 151.44, geniş ailede yaşayanların 152.17 ve diğer aile türlerinde yaşayanların 130 bulunmuştur. Genç kanser hastalarının çoğunluğunun ebeveynleriyle yaşadığı anlaşılmıştır. Genç kanser hastalarının aile türleri ile sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (p<.05). Bu ilişkinin kaynağını açıklayabilmek için Post Hoc testlerinden Tukey HSD testi yapılmıştır (Tablo 26). Testten alınan sonuçlara göre diğer aile türünde yaşayanların çekirdek aile, ebeveynleriyle çekirdek aile ve geniş aile türüne göre sosyal destek düzeyleri düşük çıkmıştır (p<.05). Araştırma bulgularının aksine Savcı (2006) kanser hastaları ile yapmış olduğu çalışmada aile türleri ile sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını ortaya koymuştur.

Çekirdek aile türünde yaşayan genç kanser hastalarının yaşam doyumu düzeyi ortalamaları 26.73, ebeveynleriyle çekirdek ailede yaşayanların 27.90, geniş ailede yaşayanların 23.83 ve diğer aile türlerinde yaşayanların 19.57 bulunmuştur. Genç

kanser hastalarının aile türleri ile yaşam doyumu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<.05$). Bu ilişkinin kaynağını açıklayabilmek için Post Hoc testlerinden Tukey HSD testi yapılmıştır (Tablo 27). Test sonuçlarına göre diğer aile türünde yaşayan genç kanser hastalarının yaşam doyumu düzeyleri ebeveynleriyle çekirdek ailede yaşayanlara göre daha düşüktür ($p<.05$). Araştırma bulguları literatür ile paralellik göstermemektedir (Arslan vd 2008).

Tablo 28: Refakatçi Durumuna Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri

Sosyal Destek <i>Yaşam Doyumu</i>		N	Ortalama	Standart Sapma	F/t	P
Refakatçi Durumu	Kalıyor	76	151.64 26.82	6.80 .	t=4.626 t=.680	.000* .499
	Kalmıyor	6	127.67 24.83	28.66 8.54		

* ($p<.05$)

Araştırmaya katılan genç kanser hastalarının refakatçi durumları ile sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki farkın anlamlı olup olmadığına ilişkin bulgulara Tablo 28’de yer verilmiştir. Refakatçi durumu ile sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişkiyi açıklayabilmek için t testi yapılmıştır.

Genç kanser hastalarının çok büyük bir bölümünün refakatçisi bulunmaktadır. Refakatçisi olan genç kanser hastalarının sosyal destek düzeyleri ortalamaları 151.64, refakatçisi olmayanların ise 127.67 bulunmuştur. Refakatçi durumuna göre sosyal destek düzeyleri farklılaşmaktadır ($t= 4.626, p<.05$). Refakatçisi bulunan genç kanser hastalarının sosyal destek düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Genç kanser hastalarının refakat durumu ile yaşam doyumu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($t=1.463, p>.05$).

Tablo 29: Aile ile İlişki Düzeyine Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumunu Düzeyleri

Sosyal Destek <i>Yaşam Doyumu</i>		N	Sıra Ortalama	SD	X2	P
Aile ile Olan İlişki Düzeyi	Çok İyi	50	49,63 47,44	3	F=22.222 F=4.382	.001* .011*
	İyi	17	34,21 38,97			
	İdare Eder	14	24,21 25,25			
	Çok Kötü	1	1,00 15,00			

* (p<.05)

Tablo 29’da genç kanser hastalarının ailesiyle ilişki düzeylerine göre sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişki verilmiştir. Aile olan ilişki ile sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını belirlemek için Kruskal Wallish testi yapılmıştır.

Genç kanser hastalarının ailesi ile ilişki düzeyleri ve sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (p<.05). Aile ile olan ilişki düzeyi **çok iyi**’den **çok kötü**’ye doğru gittikçe genç kanser hastalarının sosyal destek düzeylerinin düştüğü saptanmıştır.

Araştırmaya katılan genç kanser hastalarının ailesi ile ilişki düzeyleri ve yaşam doyumu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p<.05). Sosyal destek düzeylerinde olduğu gibi genç kanser hastalarının aile ile olan ilişki düzeyi **çok iyi**’den **çok kötü**’ye doğru gittikçe yaşam doyumu düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir.

Tablo 30: Ailenin İlgisinin Algılanışına Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri

Sosyal Destek <i>Yaşam Doyumu</i>		N	Ortalama	Standart Sapma	F/t	P
Ailenin İlgisinin Algılanışı	Evet	79	151.00 26.83	10.86 6.89	t=4.127 t=1.027	.000* .307
	Hayır	3	120.67 22.66	40.52 7.23		

* (p<.05)

Tablo 30’da genç kanser hastalarının ailesinin ilgisinin yeterlilik durumu ile sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişkiye yer verilmiştir. Ailenin ilgisinin yeterlilik durumu ile sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek için t testi yapılmıştır.

Ailesinin ilgisini yeterli olarak gören genç kanser hastalarının sosyal destek düzeyi ortalamaları 151, yeterli olarak görmeyenlerin 120.67 saptanmıştır. Genç kanser hastalarının ailesinin ilgisinin yeterlilik durumu ile sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($t=4.127$, $p<.05$). Ailenin ilgisini yeterli olarak gören genç kanser hastalarının, ailenin ilgisini yeterli olarak görmeyenlere göre sosyal destek düzeyleri oldukça yüksek bulunmuştur.

Genç kanser hastalarının ailesinin ilgisinin yeterlilik durumu ile yaşam doyumu düzeyleri ile arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($t=1.027$, $p>.05$).

Tablo 31: Aile Bireylerinin Ziyaret Sıklığına Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri

Sosyal Destek <i>Yaşam Doyumu</i>	N	Sıra Ortalama	SD	X2	P	
Aile Bireylerinin Ziyaret Sıklığı	Her zaman	27	50.11 50.63	4	10.205 8.196	.015* .085
	Sık sık	16	34.00 34.47			
	Bazen	16	47.94 43.88			
	Nadiren	14	34.46 36.43			
	Hiç	9	28.50 30.28			

* ($p<.05$)

Tablo 31’de genç kanser hastalarının aile bireylerinin ziyaret sıklığı ile sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Genç kanser hastalarının aile bireylerinin ziyaret sıklığı ile sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişkiyi açıklayabilmek için Kruskal Wallish testi yapılmıştır.

Genç kanser hastalarının aile bireyleri tarafından ziyaret sıklığı ile sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<.05$). Aile bireyleri tarafından “**her zaman**” ziyaret edilen genç kanser hastaların en yüksek sosyal

destek düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Ailelerin genç kanser hastaları ziyaret sıklığı azaldıkça sosyal destek düzeylerinin azaldığı saptanmıştır.

Sosyal desteğin birçok kaynağı olmasına rağmen en önemli kaynağı ailedir (Terakye, 2011). Bu çalışmada da görüldüğü üzere hastaların aile ile olan bütün değişkenlerinin hastanın sosyal destek düzeyleri bakımından ailenin ne denli önemli olduğunu göstermektedir. Literatürdeki birçok araştırma da bulgularımızı destekler nitelikte olduğu görülmüştür (Özbek Guni, 2005; Ayaz vd 2008; Karakoç, 2008; Annak, 2005).

Genç kanser hastalarının aile bireyleri tarafından ziyaret sıklığı ile yaşam doyumu düzeyleri arasında da anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (.05<p).

Tablo 32: Arkadaş Ziyaret Sıklığına Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri

Sosyal Destek <i>Yaşam Doyumu</i>		N	Ortalama	Standart Sapma	F/t	P
Arkadaş Ziyaret Sıklığı	Her zaman	1	162.00 32.00	18.63 .	F=0.367 F=1.340	.832 .263
	Sık sık	17	148.06 29.70	. 5.97		
	Bazen	23	150.30 26.43	12.11 7.31		
	Nadiren	21	151.43 25.19	13.62 6.27		
	Hiç	20	148.75 25.70	11.16 7.51		

* (p<.05)

Tablo 32’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan genç kanser hastalarının arkadaş ziyaret sıklığı ile sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek için ANOVA testi yapılmıştır.

Genç kanser hastalarının arkadaş ziyaret sıklığı ve sosyal destek düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur (F=0.367, p>.05). Genç kanser hastalarının arkadaş ziyaret sıklığı ile yaşam doyumu düzeyleri arasında bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır (F=1.340, p>.05).

Araştırma bulgularına göre genç kanser hastalarının arkadaş ziyaret sıklığı ile sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Araştırmada

kullanılan Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeğinin yalnızca aileden alınan desteği ölçmesi bu durumun asıl nedeni olduğu düşünülmüştür. Buna ek olarak genç kanser hastalarının arkadaşları ile olan iletişimlerinin azalması ve uzun süreli hastane yatışlarının arkadaş ziyaret sıklığı ile sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki kurulamamasına neden olduğu söylenebilir.

Tablo 33: Hastalık Tanılarına Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doymu Düzeyleri

Sosyal Destek <i>Yaşam Doymu</i>		N	Ortalama	Standart Sapma	F/t	P
Hastalık Tanısı	Akciğer	4	156.75 29.50	6.65 4.79	F=.774 F=1.392	.611 .221
	Beyin	5	153.00 22.80	13.43 10.10		
	Gırtlak	4	151.25 30.00	18.90 3.16		
	Lenfoma	23	149.74 26.91	14.01 5.83		
	Lösemi	33	146.67 25.06	14.69 7.77		
	Testis	4	151.00 32.00	8.60 2.00		
	Tiroit	3	152.00 26.00	5.00 4.35		
	Diğer	6	158.33 30.00	9.28 5.81		

* (p<.05)

Tablo 33'de görüldüğü üzere genç kanser hastalarının hastalık tanıları ile sosyal destek ve yaşam doymu düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek için ANOVA testi yapılmıştır.

Genç kanser hastalarının hastalık tanıları ile sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (F= 774, p>.05). Sağlık ve sosyal destek arasındaki ilişkiyi açıklayan tampon modeline göre sosyal desteğin en önemli fonksiyonu, stres verici yaşam olaylarının yarattığı zararı azaltarak ya da dengeleyerek ruh sağlığını korumaktır (Saygın 2011). Kanser tanısı alan bireyin yaşadığı belirsizlik ve korkular sosyal destek ihtiyacının artmasıyla sonuçlanır (Işıksan, 2007). Ancak hastalık tanıları ile sosyal destek düzeyleriyle ilgili yapılan çalışmalarda kanser hastalarında hastalık tanılarına göre sosyal destek anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Özbek

Guni 2005, Annak 2005, Karakoç 2008). Bu araştırma da literatürdeki çalışmalar ile paralellik göstermektedir.

Genç kanser hastalarının hastalık tanıları ile yaşam doyumu düzeyleri anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($F=1.392$, $p>.05$). Işık (2014) solunum sistemi kanseri olan hastaların yaşam doyumu düzeylerinin yüksek olduğunu ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu saptamıştır. Ancak bu çalışmada kanser hastalarının tanıları ve yaşam doyumu düzeyleri arasında anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur.

Tablo 34: Hastalık Evrelerine Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri

Sosyal Destek <i>Yaşam Doyumu</i>		N	Ortalama	Standart Sapma	F/t	P
Hastalık Evresi	1.evre	34	151.79 27.61	11.14 6.80	$F= .983$ $F=1.936$	$.405$ $.131$
	2.evre	20	151.65 28.45	18.40 7.22		
	3.evre	14	145.71 23.57	13.09 6.82		
	4.evre	14	146.93 25.00	11.86 6.00		

Tablo 34'de genç kanser hastalarının hastalık evreleri ile sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişki verilmiştir. Hastalık evresi ile sosyal destek ve yaşam doyumu arasındaki ilişkiyi hesaplamak için ANOVA testi yapılmıştır.

Genç kanser hastalarının hastalık evreleri ve sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($F=.983$, $p>.05$). Pehlivan vd (2012) yaptıkları çalışmada, kanser hastalarının hastalık evreleri ile sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptamamışlardır. Bu çalışmada hastalık evreleri ilerledikçe hastaların sosyal destek düzeylerinin düştüğü belirlenmiş ancak hastalık evreleri ile sosyal destek düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu yönüyle araştırma literatür ile benzerlik göstermektedir.

Hastalık evreleri ile yaşam doyumu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır ($F=1.936$, $p>.05$)

Tablo 35: Yayılma Durumuna Göre Sosyal Destek Düzeyleri ve Yaşam Doyumu

Yayılma Durumu	Var	14	146.93 25.00	11.86 6.00	t=-.889 t=-1.002	.377 .319
	Yok	68	150.50 27.02	14.02 7.06		

* (p<.05)

Hastalığın yayılma durumuna ile sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını ilişkin bulgulara Tablo 35’de yer verilmiştir. Hastalığın yayılma durumu ile sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişkiyi açıklamak için t testi yapılmıştır.

Hastalığın yayılma yaptığı genç kanser hastalarının, yayılma yapmayanlara göre sosyal destek düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir ama aralarında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>.05). Araştırma bulguları Pehlivan vd (2012)’nin yapmış olduğu çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Hastalığın yayılma yaptığı genç kanser hastalarının yaşam doyumu düzeyleri hastalığın yayılma yapmadıklarına göre daha düşüktür. Hastalığın yayılması ile birlikte tedaviye olan umudun azalması genç kanser hastalarının yaşam doyumu düzeylerini negatif yönde etkiliyor olabilir. Ancak hastalığın yayılma durumu ile yaşam doyumu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır (F=1.936, p>.05).

Tablo 36: Tedavi Sürelerine Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri

Sosyal Destek Yaşam Doyumu	N	Ortalama	Standart Sapma	F/t	P	
Tedavi Süresi	0-2 Ay	22	152.00 29.50	9.63 4.77	F=1.971 F=5.991	.146 .004*
	2-12 Ay	39	151.41 27.20	12.43 7.07		
	12 ay ve üstü	21	144.86 22.76	18.17 6.96		

* (p<.05)

Tablo 37: Tedavi Sürelerine Göre Yaşam Doyumu Düzeylerinin Farklaşmasına İlişkin Sonuçlar (Tukey HSD)

Tedavi Süresi		Ortalamalar Arası Fark	P
0-2 Ay	2-12 Ay	2.29	.387
	12 ay ve üstü	6.73	.003*
2-12 Ay	0-2 Ay	-2.29	.295
	12 ay ve üstü	4.44	.036*

* (p<.05)

Tablo 36’da görüldüğü üzere genç kanser hastalarının tedavi süreleri ile sosyal destek ve yaşam doyumu arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığına dair verilere yer verilmiştir. Bu ilişkiyi açıklayabilmek için ANOVA testi yapılmıştır.

Genç kanser hastalarının tedavi süreleri ile sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (F=1.971, p>.05). Literatürdeki çalışmalar kanser hastalarının tedavi süreleri ile sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını ortaya koymuşlardır (Özbek Guni, 2005; Savcı, 2006). Araştırma bulguları literatürü destekler niteliktedir.

Dedeli vd (2008) ise yaptığı araştırmada kanser hastalarının tedavi süreleri ve sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. Ancak bu araştırmada kanser hastalarının tedavi süreleri arttıkça sosyal destek düzeyleri düşüyor olsa da her iki değişken arasında da anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bunun nedenini ise örneklemin genç hastalardan oluşuyor olması ve ebeveynlerin bütün tedavi sürecinde gençlerin yanında olduğu söylenebilir.

Genç kanser hastalarının 0-2 aydır tedavi görenlerin yaşam doyumu düzeyleri ortalamaları 29.50, 2-12 aydır tedavi görenlerin 27.20, 12 ay ve üstü süredir tedavi görenlerin 22.76 bulunmuştur. Genç kanser hastalarının yaşam doyumu düzeyleriyle tedavi süreleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (F=5.991, p<.05). Bu ilişkiyi açıklamak için Post Hoc Testlerinden Tukey HSD testi yapılmıştır (Tablo 37). Bu testten elde edilen sonuçlara göre 0-2 aydır kanser tedavisi görmekte olan genç kanser hastalarının 12 ay ve üstü süredir tedavi görenlere göre yaşam doyumu düzeyleri daha yüksektir (p<.05). Ayrıca 2-12 aydır tedavi görmekte olan genç kanser hastalarının 12 ay ve üstü süredir tedavi görenlere göre yaşam doyumu

düzeyleri yüksek bulunmuştur. Araştırma bulguları Arslan vd (2008)'nin yaptığı çalışma ile bu yönüyle benzerlik göstermektedir.

Kanser teşhisi ve tedavisi bireyin yaşamının her evresinde farklı fiziksel ve psiko-sosyal değişiklikler meydana getirmektedir (Zebrack, 2011). Gençlik dönemi insanın geleceği ile ilgili hayaller kurduğu ve planlar yaptığı; bu hayallerin ve planların gerçeğe dönüşmesi için yoğun bir çalışmanın yapıldığı bir dönemdir. Ancak bu dönemde kansere yakalanan birey, kurduğu hayallerin ve yaptığı planların gerçekleşme olasılığı ile karşı karşıya kalmaktadır. Tedavi sürelerinin arttıkça yaşam doyumu düzeylerinin düşmesinin nedeni genç kanser hastalarının kurduğu hayaller ve yaptığı planların gerçekleşme olasılığının gittikçe azalıyor olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Tablo 38: Uygulanan Tedavi Yöntemlerine Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri

Sosyal Destek <i>Yaşam Doyumu</i>		N	Ortalama	Standart Sapma	F/t	P
Uygulanan Tedavi Yöntemleri	Cerrahi	5	157.80 30.80	1.98 1.78	F=0.551 F=2.166	.768 .056
	Kemoterapi	36	150.19 25.44	1.80 7.33		
	Radyoterapi	1	156.00 30.00	. -		
	Cerrahi+Kemoterapi	9	145.56 28.11	5.30 4.56		
	Kemoterapi+ Radyoterapi	15	149.87 25.93	5.25 7.12		
	Cerrahi+Kemoterapi+ Radyoterapi	7	146.00 32.11	5.60 3.10		
	Henüz tedavi almamış	9	151.00 22.42	4.00 8.56		

* (p<.05)

Genç kanser hastalarına uygulanan tedavi yöntemleri ile sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki farkın anlamlı olup olmadığına ait ilişkin bulgulara Tablo 38'de yer verilmiştir. Uygulanan tedavi yöntemleri ile sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişkiyi açıklayabilmek için ANOVA testi yapılmıştır.

Genç kanser hastalarına uygulanan tedavi yöntemleri ile sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($F=0.551$, $p>.05$). Ayrıca uygulanan tedavi yöntemleri ile yaşam doyumu düzeyleri arasında da anlamlı bir fark saptanmamıştır ($F=2.166$, $p>.05$).

Karakoç (2008) kemoterapi alan kanser hastalarının sosyal destek düzeyinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Bu araştırmada da kemoterapi alan genç kanser hastalarının sosyal destek düzeyleri daha yüksek çıkmıştır. Cerrahi, kemoterapi ve radyoterapinin üçünün de tedavi yöntemi olarak uygulandığı hastaların sosyal destek düzeyleri diğer tedavi yöntemlerine göre oldukça düşüktür. Ancak genç kanser hastalarına uygulanan tedavi yöntemleri ile sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Özbek Guni (2005) kanser hastaları ile yapmış olduğu araştırmada tedavi yöntemleri ile sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptamamıştır. Aynı şekilde jinekolojik kanserli kadınların sosyal destek düzeyleri ile yapılan bir araştırmada tedavi yönteminin sosyal destek düzeyine etki etmediği bulunmuştur (Yılmaz, 2011).

Tablo 39: Nüks Durumuna Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri

Sosyal Destek <i>Yaşam Doyumu</i>		N	Ortalama	Standart Sapma	F/t	P
Nüks Durumu	Var	8	147.62 23.50	10.36 10.21	$t=-.491$ $t=-1.381$.462 .171
	Yok	74	150.14 27.02	14.02 6.45		

* ($p<.05$)

Tablo 39'da hastalığın nüks durumu ile sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişkiye ait bulgulara yer verilmiştir. Hastalığın nüks durumu ile sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişkiyi açıklayabilmek için t testi yapılmıştır.

Genç kanser hastalarının hastalığının nüks durumu ile sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($t=-.491$, $p>.05$). Nüks durumları ile yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişkiye bakıldığında aralarında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($t=-1.381$, $p>.05$).

Tablo 40: Kronik Rahatsızlık Durumuna Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri

Sosyal Destek <i>Yaşam Doyumu</i>		N	Ortalama	Standart Sapma	F/t	P
Kronik Hastalık	Var	3	142.00 20.33	4.58 9.71	t=-1.018	.312
	Yok	79	150.19 26.92	13.82 6.74	t=-1.640	.105

* (p<.05)

Genç kanser hastalarının ikinci kronik rahatsızlığı ile sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki farkın anlamlı olup olmadığına ait ilişkin bulgulara Tablo 40’da yer verilmiştir. İkinci kronik rahatsızlık ile sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişkiyi açıklayabilmek için t testi yapılmıştır.

Genç kanser hastalarının ikinci kronik rahatsızlığı ile sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir (t=1.018, p>.05). Ayrıca genç kanser hastaların ikinci kronik rahatsızlığı ile yaşam doyumu düzeyleri arasında da anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (t=1.640, p>.05).

Ogle vd (2000) kanser hastası bireylerde hastalıklarına ek bir kronik hastalığa sahip olma sıklığını % 67 olarak belirlemişler ve bu sıklığın yaşla birlikte arttığını saptamışlardır (Ogle, 2000; akt: Karakoç 2008). Bu araştırmada kanserli hastaların çok küçük bir bölümünde ikinci bir kronik hastalığa rastlanmıştır. Bunun nedeni Ogle vd de belirttiği gibi yaşa bağlı olarak değişmesinden kaynaklanıyor olduğu söylenebilir.

Tablo 41: Tanıyı Bilme Durumuna Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri

Sosyal Destek <i>Yaşam Doyumu</i>		N	Ortalama	Standart Sapma	F/t	P
Hastanın Tanıyı Bilme Durumu	Evet	65	150.74 26.84	14.45 7.17	t=1.100	.275
	Hayır	17	146.65 26.05	9.83 5.91	t=-.417	.678

* (p<.05)

Tablo 41’de genç kanser hastalarının tanıyı bilme durumları ile sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişki verilmiştir. Tanıyı bilme durumu ile

sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişkiyi açıklayabilmek için t testi yapılmıştır.

Genç kanser hastalarının tanıyı bilme durumları ile sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığını bulunmuştur ($t=-1.100$, $p>.05$). Genç kanser hastalarının tanıyı bilme durumları ile yaşam doyumu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($t=-.417$, $p>.05$).

Ayaz vd (2008) kanser hastaları ile yaptıkları çalışmada, tanıları bilenlerin sosyal destek düzeylerinin hastalık tanısını bilmeyenlere göre daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Yılmaz (2011) ise yaptığı çalışmada hastalık tanısını bilme durumunun sosyal destek düzeyini etkilemediğini saptanmıştır. Bu çalışmada da hastalık tanıları bilen genç kanser hastalarının sosyal destek düzeyleri biraz daha yüksek bulunmuştur. Ancak genç kanser hastalarının tanıyı bilme durumları ile sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 42: Psikolojik Destek Alma Durumuna Göre Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri

Sosyal Destek <i>Yaşam Doyumu</i>		N	Ortalama	Standart Sapma	F/t	P
Psikolojik Destek Alma Durumu	Evet	26	150.85 28.30	16.24 6.67	$t=.429$ $t=1.463$.669 .147
	Hayır	56	149.45 25.92	12.44 6.93		

* ($p<.05$)

Araştırmaya katılan genç kanser hastalarının psikolojik destek alma durumları ile sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 42’de verilmiştir. Genç kanser hastalarının psikolojik destek alma ile sosyal destek ve yaşam doyumu arasındaki ilişkiyi açıklayabilmek için t testi yapılmıştır.

Hastaların büyük bir çoğunluğunun psikolojik destek almadığı anlaşılmıştır. Psikolojik destek alan genç kanser hastalarının sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri psikolojik destek almayanlara göre yüksek çıkmıştır. Fakat tablo 41’i incelendiğinde hastaların sosyal destek düzeyleri ve yaşam doyumu düzeyleri ile psikolojik destek alma durumları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>.05$).

3.4. Hastaların Sosyal Destek ile Yaşam Doyumunu Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular

Korelasyon, iki değişken arasındaki ilişkinin derecesini ve yönünü belirlemek amacıyla kullanılan istatistik yöntemlerden birisidir. Genç kanser hastalarının sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişkinin yönünü ve önem derecesini belirlemek amacıyla Spearman korelasyon⁹ analizi testi yapılmıştır (Tablo 43).

Tablo 43: Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki (Spearman Korelasyon Analizi)

Ölçekler	1	2	Standart sapma	P
KHSDÖ (1)		.557**	13.67	.00**
YDÖ (2)			6.90	.00**

**p<0.01 (r=.55)

Analiz sonucuna göre genç kanser hastalarının sosyal destek ile yaşam doyumu düzeyleri arasında orta derecede, pozitif anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=.55; p<.01). Diğer bir ifade ile genç kanser hastalarının sosyal destek puanları arttıkça yaşam doyumu puanları da artmaktadır.

Sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışmada sosyal destek ve yaşam doyumu arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu ortaya konulmuştur (Annak, 2005; Altıparamak, 2009; Danielsen vd 2009; Kim vd 2012; Ammar ve Nauffal, 2013) Bu yönüyle yapılan araştırma literatürdeki çalışmalarla paralellik göstermektedir.

⁹ Korelasyon analizi yapılmadan önce verilerin normal dağılıp dağılmadığını anlamak için normallik testi yapılmıştır. Değişkenler normal dağılım göstermediğinden Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır.

SONUÇLAR

Bu bölümde araştırmadan elde edilen sonuçlar yer almaktadır. Öncelikle araştırmaya katılan genç kanser hastalarının tanıtıcı özellikleri ile ilgili sonuçlar ardından hastalık ve hastalık süreçleriyle özellikleriyle ilgili sonuçlar verilecektir. En sonda ise genç kanser hastalarının sosyal destek ve yaşam doyumu düzeyleriyle ilgili sonuçlara yer verilecektir.

Genç Kanser Hastalarının Tanıtıcı Özellikleriyle İlgili Sonuçlar

- Araştırmaya katılan hastalarının % 52.4'ü kadın, % 74.4'ü bekârdır. Hastaların % 67.1'inin 15-21 yaş aralığında ve yaş ortalamaları 19.46'dır.

- Hastaların yarısına yakını (% 48.8) lise mezunu ve büyük bir kısmı (%59.8) öğrencidir.

- Hastaların % 8.5'i 0-500 TL arasında hane halkı aylık gelirinin olduğunu belirtirken, % 26.8'i 500-1000 TL arasında, % 35.4'ü 1000-2000 TL arasında, % 29.3'ünün ise 2000 TL ve üstü hane halkı aylık gelirinin olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca ekonomik durumlarının algılanışına bakıldığında; hastaların % 29.3 yeterli, 26.8'i kısmen yeterli, % 24.4'ü kısmen yetersiz, % 19.5'i yetersiz gelire sahip olduğunu belirtmişlerdir.

- Hastaların büyük bir çoğunluğu herhangi bir sosyal yardım (aynı-nakdi) almamaktadır.

- Hastaların çoğunluğu (% 65.9) ebeveynle çekirdek aile türünde yaşamaktadır.

- Tedavi süresi boyunca hastaların büyük bir kısmının yanında refakatçisi bulunmaktadır. Refakatçi olarak kalan kişi çoğunlukla (% 72) hastaların anneleridir.

- Hastaların büyük çoğunluğu (% 61) aileleri ile olan ilişkilerinin çok iyi olduğunu belirtmiştir. Ayrıca hastaların yarısından fazlasının kendilerine en çok annelerini yakın hissettiklerini ifade etmişlerdir.

•Hastaların neredeyse tamamına yakını (% 96) ailelerinin kendilerine olan ilgisini yeterli olarak görmektedir. Aile bireylerinin % 32.9'unun her zaman, % 19.5'inin sık sık, % 19.5'inin bazen, % 17.1'inin nadiren ziyaret ettiği ve % 11'inin hastaları hiç ziyaret etmediği belirlenmiştir.

•Hastaların çoğunluğu (% 75.6) apartman dairesinde yaşamaktadır. Hastaların yarısından fazlasının (% 54.9) evleri dört odalıdır. Ayrıca hastaların büyük çoğunluğunun (% 80.5) kendilerine ait odası vardır.

•Hastaların yarısından fazlası (% 67.1) Ankara'da ikamet etmektedir. Tedavi sürecinde hastaların büyük çoğunluğu (% 71.9) kendi evinde kalmaktadır.

•Hastaların % 1.2'i her zaman, % 20.7'si sık sık, % 28'i bazen, %25.6'sı bazen arkadaşları tarafından ziyaret edildiğini ve ancak hastaların %24.4'ü arkadaşları tarafından hiç ziyaret edilmediğini belirtmiştir.

Genç Kanser Hastalarının Hastalık ve Hastalık Süreci Özellikleri ile İlgili Sonuçlar

•Araştırmaya katılan hastalarının kanser türlerinin dağılımına bakıldığında büyük çoğunluğunun lösemi ve lenfomadan oluştuğu ve birinci evre (% 42.7) kanser hastası oldukları görülmüştür. Ayrıca hastaların çok büyük bir kısmında (% 82.9) hastalığın yayılma yapmadığı belirlenmiştir.

•Hastalarının tedavi süreleri ortalamaları 11.79 ay olarak bulunmuştur. Ayrıca hastaların yarıya yakını (% 47.6) 0-2 aydır tedavi görmektedir.

•Tedavi süreci boyunca hastaların büyük çoğunluğu kemoterapi (%43.9) almıştır.

•Hastaların büyük kısmının (% 90.2) hastalıkları nüks etmemiştir.

•Hastaların neredeyse tamamının (% 96.3) kronik ikinci bir hastalık bulunmamaktadır.

•Hastaların büyük bir kısmı (% 79.3) hastalık tanılarını biliyordur.

- Hastaların çoğunluğu (% 68.3) psikolojik destek almamaktadır.

Genç Kanser Hastalarının Sosyal Destek ve Yaşam Doyumu Düzeyleri İle İlgili Sonuçlar

•Hane halkı aylık gelir durumu, gelir düzeylerinin algılanışı, sosyal yardım alma durumu, refakatçi durumu, aile türleri, aile ile olan ilişki düzeyi, ailenin ilgisinin algılanışı, evin niteliği, evdeki oda sayısı, aile bireylerinin ziyaret sıklığı; genç kanser hastalarının sosyal destek düzeylerini etkilemektedir ($p<.05$).

•Yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, çalışma durumu, Ankara dışından gelme durumu, odasının olma durumu ve arkadaş ziyaret sıklığı genç kanser hastalarının sosyal destek düzeylerini etkilememektedir ($p>0,05$).

•Tedavi süresi, uygulanan tedavi yöntemi, ikinci kronik hastalık durumu, hastalık tanısı, hastanın tanısını bilme durumu, psikolojik destek alma durumu, hastalık evreleri, hastalığın yayılma ve nüks durumu genç kanser hastalarının sosyal destek düzeylerine etki etmemektedir ($p>,05$).

•Tedavi süreleri, hane halkı aylık gelir durumu, gelir düzeyinin algılanışı, sosyal yardım alma durumu, aile türleri, aile ilgisinin algılanışı, aile bireylerinin ziyaret sıklığı evin niteliği ve evdeki oda sayısı ve hastaların yaşam doyumu düzeylerini etkilemektedir ($p<,05$).

•Yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyi, çalışma durumu, aile türleri, refakatçi durumu, Ankara dışından gelme durumu, odasının olma durumu ve arkadaş ziyaret sıklığı genç kanser hastalarının yaşam doyumu düzeylerini etkilememektedir ($p>,05$).

•Uygulanan tedavi yöntemi, ikinci kronik hastalık durumu, hastalık tanısı, hastanın tanısını bilme durumu, psikolojik destek alma durumu, hastalık evreleri, hastalığın yayılma ve nüks durumu genç kanser hastalarının yaşam doyumu düzeylerini etki etmemektedir ($p>,05$).

•Hastaların sosyal destek ile yaşam doyumu düzeyleri arasında anlamlı pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. Diğer bir ifade ile genç kanser hastalarının sosyal destek düzeyleri arttıkça yaşam doyumu düzeyleri de artmaktadır.

ÖNERİLER

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Ülkemiz Anayasasında genç kavramı yer almakla birlikte bu kavramın sınırları hakkında bir tanımlama yapılmamıştır. Gençlere yönelik politika ve hizmetlerin gelişmesi için öncelikle bu genç tanımının yapılması gerekmektedir.
- Genç tanımının yapılmasından sonra gençlerin istihdam, eğitim, sağlık ve barınma gibi temel sorunlarını kapsayan, ulusal çapta amaçları ve hedefleri olan planlı ve sürdürülebilir bir gençlik politikası oluşturulmalıdır.
- Araştırmaya katılan genç kanser hastaların çoğunluğu Ankara'da yaşasa da tedavi için şehir dışından gelen sayısı da azımsanmayacak kadar çoktur. Bu ölümcül ve yaygın bir hastalığın tedavisinin birçok yerde yapılabiliyor olması, hastaların tedavi için büyükşehirlerle gitmemesi beklenir. Ancak gerçekte durum böyle değildir. Tedavi merkezlerinin Türkiye geneline adaletsiz dağılmış durumdadır. Kanser tedavi merkezleri ülke geleninde bütün şehirlerde insanların kolaylıkla ulaşabileceği şekilde yaygınlaştırılmalıdır.
- Araştırmaya katılan genç kanser hastalarının çoğunluğunun refakatçisi bulunmaktadır. Refakatçilerin büyük kısmı hastaların anneleridir. Toplumsal cinsiyet rolleri kimin refakatçi olarak kalacağına dahi etki etmektedir. Sürekli olarak birisinin refakat görevini üstlenmesi, refakatçi olarak kalan kişide tükenmişliğine yol açacaktır. Sosyal hizmet uzmanları, kanser hastaları ve aileleri ile çalışırken bu duruma dikkat etmeli ve farkındalığı yükselterek refakat görevinin ailede annenin üzerinde sürekli olarak kalmasını engellemelidir. Ya da kanser tedavisi gören hastalar için hastanelerde bakım personeli istihdam edilmesi aileler özellikle kadınlar üzerindeki bakım yükünü azaltacaktır.
- Genç kanser hastalarının büyük bir bölümünün psikolojik destek almadığı anlaşılmıştır. Ancak kanser tanısı bireyde birçok psiko-sosyal sorunu

beraberinde getirmektedir. Hastalık tanısının konulduğu ilk andan itibaren genç kanser hastalarının psiko- sosyal sorunlar ile baş edebilmesi için profesyonel destek verilmelidir. Tedavi merkezlerinin onkoloji ve hematoloji kliniklerinde tam zamanlı çalışan sosyal hizmet uzmanı sayısı artırılmalıdır. Onkoloji alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları için spesifik eğitim programları akademisyenler ve Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilmelidir. Sağlık Bakanlığı hizmet içi eğitim programları ile bu alanda çalışan sosyal hizmet uzmanlarının gelişimini desteklemelidir.

- Hane halkı aylık gelir durumu, gelir düzeylerinin algılanışı ve sosyal yardım alma durumu genç kanser hastalarının sosyal destek ve yaşam doyumu düzeylerini açıklamada oldukça önemli bir yere sahip olduğu anlaşılmıştır. Bu nedenle geliri düşük olan genç kanser hastaları ve aileleri tedavi süreci boyunca maddi olarak desteklenmelidir. Bu destek sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıfları, aracılığı ile yapılmalıdır. Ancak bu maddi destek engelli maaşı gibi olmalı, sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıflarının mütevelli heyetinin inisiyatifine bırakılmamalıdır.
- Genç kanser hastaları yaşları gereğince gelişim dönemindedir. Uzun tedavi süreleri bu gelişimi etkilemekte ve yaşam doyumu düzeylerini olumsuz etkilemektedir. Gençlerin tedavi aldıkları merkezlerin olabildiğince ev ortamına benzer şekilde dönüştürülmesi genç kanser hastalarının yaşam doyumu düzeylerine olumlu katkı sağlayacaktır.
- Genç kanser hastalarının aile türleri, aile ile olan ilişki düzeyi, ailenin ilgisinin algılanışı, aile bireylerinin ziyaret sıklığı ile sosyal destek düzeylerini etkilemektedir. Sosyal destek düzeylerini yükseltmek amacıyla sosyal hizmet uzmanları genç kanser hastalarının aileleri ile grup çalışmaları yapılmalıdır. Böyle bir çalışma ile genç kanser hastaların ailelerinin kendilerini yalnız hissetmesinin önüne geçilecek ve aileleri tükenmişliğini azaltacaktır.
- Sosyal destek düzeyleri genç kanser hastalarının yaşam doyumu düzeyleri üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Genç kanser hastalarının sosyal destek

düzelelerini arttırmaya yönelik kanser destek grupları yapılabilir. Bu gruplar sayesinde kanser hastaları arasında karşılıklı bir sosyal destek işleyişi ortaya çıkacaktır. Ayrıca bu gruplar kanser hastalarının yalnız hissetmesini engelleyerek, hastaya umudun var olduğunu ve çaresiz olmadıklarını hatırlatarak; tedaviye olan uyumu ve tedavinin başarısını arttıracaktır.

- Bu araştırma genç kanser hastalarıyla sosyal destek ve yaşam doyumu konularında yapılan ilk araştırmadır. Verilerin tartışılması konusunda yetişkin kanser hastaları ile ilgili yapılan araştırma bulgularından yararlanılmıştır. Daha kapsamlı ve derinliğine tartışmaların yapılması açısından, genç kanser hastalarıyla daha fazla araştırma gereksinimi olduğu açıktır.

KAYNAKÇA

- Acar, A. E. (2011). *Kronik Hastalıkların, Hastaların Aile İşlevleri ve Yaşam Doyumları Üzerine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Aile Eğitimi ve Danışmanlığı, İzmir.
- Acar, H. (2008). Türkiye'nin ulusal gençlik politikası nasıl yapılandırılmalıdır?. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 5(1), 1-20.
- Akçan Parlaz, E., Tekgül, N., Karademirci, E. ve Öngel, K. (2012). Ergenlik Dönemi: Fiziksel Büyüme Psikolojik ve Sosyal Gelişim Süreci. *Turkish Family Physician*, 3 (4), 10- 16.
- Akandere, M., Acar, M. ve Baştuğ, G. (2009). Zihinsel ve Fiziksel Engelli Çocuğa Sahip Anne ve Babaların Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 22, 23-32.
- Akçay, D. ve Gözüm, S. (2012). Kemoterapi Alan Meme Kanseri Hastalarda Kemoterapinin Yan Etkilerine İlişkin Verilen Eğitim Ve Evde İzlemin Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 8(4), 191-199.
- Akgün Şahin, Z. ve Tan, M. (2011). Loneliness, Depression, and Social Support of Patients With Cancer and Their Caregivers. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16 (2), 145-149.
- Altınova, H. H. ve Duyan, V. (2013). Onkolojik Sosyal Hizmet. *TJFMPC*, 7 (3), 40-45.
- Altıparmak, S. (2009). Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Yaşam Doyumu, Sosyal Destek Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 159- 164.
- Ammar, D. ve Nauffal, D. (2013). The Role of Perceived Social Support in Predicting Subjective Well-Being in Lebanese College Students. *The Journal of Happiness and Well-Being*, 1 (2), 116-130.
- Annak, B. B. (2005). *Sosyal Destek, Sosyal Ağ, Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumu*. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin.
- Arslan, S., Çelebioğlu, A. ve Tezel, A. (2008). Kemoterapi Alan Kanseri Hastalarda Depresyon ve Yaşam Doyumunun Belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri 628 J Med Sci*, 628- 634.
- Ateşçi, F. Ç., Oğuzhanoglu, N., Baltalarlı, B., Karadağ, F., Özdel, O. ve Karagöz, N. (2003). Kanseri Hastalarında Psikiyatrik Bozukluklar ve İlişkili Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 145- 152.
- Avcı K. (2004). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Araştırma Görevlisi Ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30, 81–85. Aktaran: Altınova, H. H., Duyan, V. (2013). Onkolojik Sosyal Hizmet. *TJFMPC*, 7 (3), 40-45.
- Avşaroğlu, S., Deniz, M. ve Kahraman, A. (2005). Teknik Öğretmenlerde Yaşam Doyumu İş Doyumu ve Mesleki Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi . *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 14, 115-129.
- Ayaz, S., Yaman Efe, Ş. ve Korukoğlu, S. (2008). Jinekolojik Kanseri Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 28 (6), 880-885.
- Aydın, D. (2004). *Kanseri Hastalarda Posttravmatik Stres Bozukluğu Sosyal Destek ve Stresle Başa Çıkma Arasındaki İlişki*. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Sivas.

- Baykan, Z., Baykan, A. ve Naçar, M. (2010) *Kronik Hastalıklı Çocukları Olan Ailelerin Yaşam Doyumlarının İncelenmesi*. Yeni Tıp Dergisi, Kayseri.
- Aktaran: Acar, A. E. (2011). *Kronik Hastalıkların, Hastaların Aile İşlevleri ve Yaşam Doyumları Üzerine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Aile Eğitimi ve Danışmanlığı, İzmir.
- Barker, R.L. (1999). *The Social Work Dictionary*. (Dördüncü Baskı). Washington D.C.: NASW Press.
- Aktaran: Taşkıran, H. (2010). *Kanserli Bireyde 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.
- Bora Başara, B., Güler, C., Yentür, G. K., Birge, B., Pulgat, E. ve Mamak Ekinci, B. (2013). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012*. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Boyle, P. ve Levin, B. (2008). *World Cancer Report, 2008*. Lyon: World Health Organization.
- Budak S. (2000) Psikoloji Sözcüğü, Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.
- Aktaran: Akandere, M., Acar, M., Baştuğ, G. (2009). Zihinsel ve Fiziksel Engelli Çocuğa Sahip Anne ve Babaların Yaşam Doyumu ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 22, 23-32.
- Cancer Research UK. (ty). *How Many Stages of Cancer Are There?* Aralık 25, 2013 tarihinde Cancer Research UK: <http://www.cancerresearchuk.org/cancer-help/about-cancer/cancer-questions/how-many-stages-of-cancer-are-there> adresinden alındı
- Chou, A. F., Stewart, S. L., Wild, R. C. ve Bloom, J. R. (2012). Social Support And Survival İn Young Women With Breast Carcinoma. *Psycho-Oncology*, 21, 125–133.
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine Vol. 38; No. 5*, 300- 314.
- Cohen, S. (2004). Social Relationships and Health. *American Psychologist* 59 (8), 676- 684.
- Crothers, M. K., Tomter, H. D. ve Garske, J. P. (2005). The Relationships Between Satisfaction with Social Support, Affect Balance, and Hope in Cancer Patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 23 (4), 103- 118.
- Çiçek, Z. (2012). *Parkinson Hastası Bireye Bakım Verenlerin Algıladıkları Sosyal Destek ile Bakım Yükünün İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.
- Dellalbaş, O. ve Soylu Y. (2012). Jğgsaw ve Grup Araştırması Tekniklerinin İlköğretim 8.Sınıf Öğrencilerinin Matematik Derslerindeki Akademik Başarılarına Etkisi. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 5(7), 229-245.
- Danielsen, A. G. (2009). School-related social support and students' perceived life satisfaction. *Journal of Educational Research* 102, 303-320. doi:10.3200/JOER.102.4.303-320.
- De Leeuw, J., De Graeff, A., Ros, W., Hordijk, G., Blijham, G. ve Winubst, J. (2000). Negative and Pozitive Influences of Social Support on Depression in Patients with Head and Neck Cancer: A Prospective Study. *Psycho-Oncology*, 9, 20-28.

- Dedeli, Ö., Fadiloğlu, Ç. ve Uslu, R. (2008). Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumları ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 23 (3), 132-139.
- Denstad, F. J. (2014) Gençlik Politikaları Kılavuzu, Şebeke Gençlerin Katılımı Projesi no: 1, İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, <http://www.sebeke.org.tr/ceviriler>. Aktaran: Yurttagüler, L., Oy, B. ve Kurtaran, Y. (2014). Özerklik Ve Özgürlükler Açısından Türkiye’de Gençlik Politikaları, Şebeke Gençlerin Katılımı Projesi Kitapları, No: 8. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, <http://stk.bilgi.edu.tr/media/uploads/2015/02/01/sebekeyayinlar2.pdf> adresinden alınmıştır.
- Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. ve Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49 (1), 71-75.
- Dikmen, A. Alpay, (1995), Kamu Çalışanlarında İş Doyumu ve Yaşam Doyumu, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Dirican, B. (2001). Radyoterapi Teknikleri. *I.Uluslararası Parçacık Hızlandırıcıları ve Uygulamaları Kongresi* (s. 1-10). Ankara: TAEK.
- Dnielsen, A., Samdal, O., Hetland, J. ve Wold, B. (2009). School-related Social Support And Students’ Perceived Life Satisfaction. *The Journal of Educational Research*, 102 (4), 303- 318.
- Doğan, N. (2011). *Akciğer Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek*. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.
- Dubey, A. ve Agarwal, A. (2007). Coping Strategies and Life Satisfaction: Chronically Ill Patients’ Perspectives. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 33 (2), 161- 168.
- Dunn, J., Ng, S. K., Breitbart, W., Aitken, J., Youl, P., Baade, P. D. ve Chambers, S. K. (2013). Health-related Quality Of Life and Life Satisfaction in Colorectal Cancer Survivors: Trajectories Of Adjustment. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11 (46), 1-8. <http://www.hqlo.com/content/11/1/46> adresinden alınmıştır.
- Duyan, V. (1996). *Sağlıkta Psiko-Sosyal Boyut (Tıbbi Sosyal Hizmet)*. Ankara: TDFO Yayıncılık.
- Duyan, V. (2003). Hastaların Karşılaştığı Sorunlar ve Çözümleri Odağında Tıbbi Sosyal Hizmet. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 25 (4), 2003 Özel Eki, 39- 44.
- Duyan, V., Gelbal, S. ve Çalık Var, E. (2013). Sosyal İlişki Unsurları Ölçeğinin Türkçe’ye Uyarlama Çalışması. *H. U. Journal of Education*, 159-169.
- Eker, D. ve Arkar, H. (1995). Çokboyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 34: 45-55.
- Eker, D., Arkar, H. ve Yaldız, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12 (1), 17-25.
- Ekşi, H., Erden, N., Erdoğan, H. ve Yılmaz, E. (2013). Ergenlerin Kimlik Oluşumunun Facebook Üzerinden İncelenmesi: Nitel Araştırma Örneği. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 14 (3), 295-313.

- Eom, C.-S., Shin, D. W., Kim, S. Y., Yang, H. K., Jo, H. S., Kweon, S. S., . . . Park, J.-H. (2013). Impact of Perceived Social Support on The Mental Health and Health-Related Quality of Life in Cancer Patients: Results From A Nationwide, Multicenter Survey in South Korea. *Psycho-Oncology*, 22, 1283–1290.
- Eylen, B. (2002). Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeğinin Geçerlik, Güvenirlik ve Faktör Yapısı Üzerine Bir Çalışma. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi Cilt: XV, Sayı:1*, 109-117.
- Göka, E. ve Türkçapar, H. (2014, 02 01). *Gençlik Döneminde Saldırganlık*. 05 02, 2013 tarihinde Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği: <http://www.sosyalhizmetuzmani.org/gencsaldirgan.htm> adresinden alındı
- Güleç, G. ve Büyükkınacı, A. (2011). Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3 (2), 343-367.
- Günel, S. (2009). Avrupa Birliği'nin Sosyal Politikası Çerçevesinde Güney Avrupa Sosyal Devlet Modeli ve Türkiye. Uzmanlık Tezi. T.C. Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Güzel, H. (2005). *Psikiyatrik Yardım Alan Ergenlerin Sosyal Destek Algıları ve Bunu Etkileyen Etmenler*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara.
- Haydaroğlu A., Bölükbaşı, B. ve Öz saran, Z. (2007). Ege Üniversitesi'nde Kanser Kayıt Analizleri: 34134 Olgunun Değerlendirmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 22(1), 22-28.
- International Agency for Research on Cancer. (tarih yok). *Fact Sheets by Cancer*. Aralık 29, 2013 tarihinde Globocan 2012 Web Sitesi: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx adresinden alındı
- Işık, D. (2014). Kanser Hastalarının Yaşam Doyum Düzeylerinin İncelenmesi Ve Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Ankara.
- Işıkkhan, V. (2007). Kanser ve Sosyal Destek. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 18 (1), 15-29
- Kaner, S. (2004). *Engelli Çocukları Olan Ana Babaların Algıladıkları Stres, Sosyal Destek ve Yaşam Doyumlarının İncelenmesi, Bilimsel Araştırma Projesi Kesin Raporu*. Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Karakoç, T. (2008). *Ayaktan Kemoterapi Alan Geriatrik Hastalarda Sosyal Destek ile Yorgunluk Arasındaki İlişki*. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Mersin.
- Karasar, N. (2012). *Bilimsel Araştırma Yöntemi (24.Basım)*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Kelleci, M. (2005). Kanser Hastalarının Umudunun Geliştirilmesine Yönelik Hemşirelik Girişimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, (6), 41-47.
- Kılıç, S. (2013). Örneklem Yöntemleri. *Journal of Mood Disorders*, 3(1), 44-46.
- Kılıçkap, S. (2009). Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi ile Hastalığın Klinikopatolojik özellikleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi/ Sağlık Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Aktaran: Işık, D. (2014). Kanser Hastalarının Yaşam Doyum Düzeylerinin İncelenmesi Ve Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Ankara.
- Kır, İ. (2007). Yüksek Öğretim Gençliğinin Boş Zaman Etkinlikleri: KSU Örneği. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17 (2), 307-328.

- Kim, J., Deal, A. M., Balthazar, U., Kondapalli, L. A., Gracia, C. ve Mersereau, J. E. (2013). Fertility Preservation Consultation for Women With Cancer: Are We Helping Patients Make High-Quality Decisions? *Reproductive BioMedicine*, 96- 104.
- Kim, S. Y. ve Sok, S. R. (2012). Relationships Among The Perceived Health Status Family Support And Life Satisfaction of Older Korean Adults. *International Journal of Nursing Practice*, 18, 325 -331.
- Knies, G. (2011). Life Satisfaction and Material Well-Being of Young People in The UK. *Understanding Society:Early Findings From The First Wave of The UK's Household Longitudinal Study* (s. 15-23). Colchester : Institute for Social and Economic Research University of Essex.
- Koç, M. (2004). Gelişim Psikolojisi Açısından Ergenlik Dönemi ve Genel Özellikleri. *Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 17, 231-256.
- Korkut-Owen ve Owen (2012). İyilik Hali Yıldızı Modeli, Uygulanması Ve Değerlendirilmesi, *Uluslararası Avrasya Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(9), 24-33.
- Kökdemir, D., Demirutku, K., Çikaroğlu, O. C., Işın, G., Muratoğlu, B. ve Yeniçeri, Z. (2004). *Akademik Yazım Kuralları Kitapçığı (Genişletilmiş 2. Baskı)*. Ankara: Başkent Üniversitesi İ.İ.B.F Eleştirel-Yaratıcı Düşünme ve Davranış Araştırmaları Laboratuvarı.
- Köklü, N., Büyüköztürk, Ş. ve Çokluk-Bökeoğlu, Ö. (2007). *Sosyal Bilimler İçin İstatistik (2. Baskı)*. Ankara: Pegem Akademi Yayınları.
- Lien, C.-Y., Lin, H.-R., Kuo, I.-T. ve Chen, M.-L. (2009). Perceived Uncertainty, Social Support And Psychological Adjustment in Older Patients With Cancer Being Treated With Surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2311–2319.
- Luszczynska, A., Pawlowska, I., Cieslak, R., Knoll, N. ve Scholz, U. (2013). Social Support and Quality of Life Among Lung Cancer Patients:A Systematic Review. *Psycho-Oncology*, 22, 2160–2168.
- Martin, M. W. (2007). Paradoxes of happiness. *Journal of Happiness Studies*, 9, 171-184 DOI: 10.1007/s10902-007-9056-3. Aktaran: Şimşek, E. (2011). *Örgütsel İletişim ve Kişilik Özelliklerinin Yaşam Doyumuna Etkileri*. Doktora Tezi, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.
- Monge, J., Kricun, M., Radovčić, J., Radovčić, D., Mann, A. ve Frayer, D. W. (2013). Fibrous Dysplasia in a 120,000+ Year Old Neandertal from Krapina, Croatia. *PLoS ONE* 8 (6): e64539. doi:10.1371/journal.pone.0064539.
- Mutlu, Z. (2012). *Yaşlı Bireylerde Yaşam Tatmini ve Sosyal Destek İlişkisinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Aile Ekonomisi ve Beslenme Anabilim Dalı, Ankara.
- Myers, David G. ve Diener, Edward (1995), Who Is Happy?, *American Psychological Science*, 6(1), 10-19.
- Myers, J.E., Sweeney, T.J. ve Witmer, J.M. (2000). The Wheel of Wellness Counseling for Wellness: A holistic model for treatment planning. *Journal of Counseling and Development*, 78, 251–266. Aktaran: Korkut-Owen ve Owen (2012). İyilik Hali Yıldızı Modeli, Uygulanması Ve Değerlendirilmesi, *Uluslararası Avrasya Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(9), 24-33.
- Noyan, M. A. (2012). Mesane Kanseri Hastasına Psikiyatrik Yaklaşım İlkeleri ve Üroonkologlara Öneriler. *Psikoonkoloji*, 11 (4), 305- 310.

- Nur Şahin, G. (2011). *Üniversite Öğrencilerinin Kendini Açma Öznel İyi Oluş ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeylerinin Karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, İzmir.
- Okanlı, A. (2003). *Meme Kanserli Hasta ve Eşlerin Yaşam Doyumları, Duygu Kontrol Düzeyleri ve Evlilik Uyumlarının Mastektomi Öncesi ve Sonrası Karşılaştırılması, Yayınlanmamış Doktora Tezi*. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.
- Ogle KS, Swanson GM, Woods ve Azzouz F. (2000). Cancer and Comorbidity: Redefining Chronic Diseases. *Cancer*, 88(3):653-663. Aktaran: Karakoç, T. (2008). *Ayaktan Kemoterapi Alan Geriatrik Hastalarda Sosyal Destek ile Yorgunluk Arasındaki İlişki*. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Mersin.
- Örkün, Ü. (2011). *Tekstil Sektörü Mavi Yaka Çalışanlarının Yaşam Doyumu ve Tükenmişlik Düzeylerinin İş Doyumu Tarafından Yordanması*. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Adana.
- Özbek Guni, Ö. (2005). *Kanserli Birey ve Ailelerinin Sosyal Destek Algılarının Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı, Ankara.
- Özbesler, C. (2001). *Çocukluk Çağı Lösemileri ve Sosyal Destek Sistemlerinin Aile İşlevlerine Etkisi*. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Özbeş Alkurt, S. (2002). Türkiyede Gençlik Hizmetlerinde Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü'nün Yeri Ve Önemi. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 29- 45.
- Özdemir, S. (2005), "Sosyal Gelişim Düzeyleri Farklı Refah Devletlerinin Sınıflandırılması Üzerine Bir İnceleme", *Sosyal Siyaset Konferansları, (Prof. Dr. Turan Yazgan'a Armağan Özel Sayısı)*, Sayı: 49, İstanbul: İ.Ü. İktisat Fakültesi Yayını, s. 231–266.
- Özkan, S. (1993). "Tıbbi-Psikiyatrik ve Psikososyal Açısından Kanser(Psikoonkoloji) Kanserde Palyatif Bakım Ed.: Serdar Edirne". *Sandoz Ürünleri A.Ş. yayını*. İstanbul. Aktaran: Özbek Guni, Ö. (2005). *Kanserli Birey ve Ailelerinin Sosyal Destek Algılarının Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı, Ankara.
- Özkan, S. (2001). *Hematolojik Kanserli Hasta Eşlerinin Stresle Başa Çıkma Yolları ve Sosyal Destek Sistemlerinin Depresyon Düzeylerine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
- Öztunç, G., Yeşil, P., Paydaş, S. ve Erdoğan, S. (2013). Social Support and Hopelessness in Patients with Breast Cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14, 571-578.
- Pagano, M. ve Gauvreau, K. (1993) Sampling Theory. Duxbury Press, 469-74. Aktaran: Kılıç, S. (2013). Örneklem Yöntemleri. *Journal of Mood Disorders*, 3(1), 44-46.

- Pehlivan, S., Ovayolu, Ö., Ovayolu, N., Sevime, A. ve Camci, C. (2012). Relationship Between Hopelessness, Loneliness, and Percieved Social Support fom Family in Turkish Patients with Cancer. *Support Care Cancer*, 20, 733-739.
- Poole, G. P., Poon, C., Achil, M., White, K., Franz, N., Jittler, S., . . . Doll, R. (2001). Social Support for Patients with Prostate Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 19 (2), 1-16.
- Roberts, C. S., Severinsen, C., Carraway, C., Clark, D., Freeman, M. ve Daniel, P. (1997). Life Changes And Problems Experienced By Young Adults With Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 15(1), 15-25. Aktaran: Zebrack, B., Walsh-Burke, K. (2004). Advocacy Needs of Adolescent and Young Adult Cancer Survivors: Perspectives of Pediatric Oncology Social Workers. *Journal of Psychosocial Oncology*, 22 (2), 75- 87.
- Raboteg-Sarıç, Z., Brajsa-Zganec, A. ve Sakic, M. (2009). Life Satisfaction in Adolescents: The Effects of Percevid Family Economic Status, Self-Esteem and Quality of Family and Peer Relationship. *Drus Istraz Zagreb God*, 18, 547-564.
- Rajani, S., Young, A. J., McGoldrick, D. A., Pearce, D. L. ve Sharaf, S. M. (2011). The International Charter of Rights for Young People with Cancer. *Journal Of Adolescent And Young Adult Oncology*, 1 (1), 49-52.
- Rokach, A., Findler, L., Chin, J., Lev, S. ve Kollender, Y. (2012). Cancer patients, their caregivers and coping with loneliness. *Psychology, Health & Medicine*, 18 (2), 135- 144.
- Ross, E. K. (1997). Ölüm ve Ölmek Üzerine (A. Büyükkal, Çev.). İstanbul: Boyner Yayınları. Aktaran: Tuncay, T. (2009). *Genç Kanser Hastalarının Hastalık Deneyimlerinin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi: Bir Model Önerisi*. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara.
- Rubin, A. ve E. Babbie. (1997). Research Methıds for Social Work92-154. California. Aktaran: Özbek Guni, Ö. (2005). *Kanserli Birey ve Ailelerinin Sosyal Destek Algularının Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı, Ankara.
- Rustøen, T., Cooper, B. A. ve Miaskowski, C. (2010). The Importance of Hope as a Mediator of Psychological Distress and Life Satisfactionin a Community Sample of Cancer Patients. *Cancer Nursing*, 33 (4), 258-267.
- Savcı, A.B. (2006). *Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesini ve Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler*. Yüksek Lisans Tezi. T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Erzurum.
- Saygın, Y. (2008). *Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Destek, Benlik Saygısı ve Öznel İyi Oluş Düzeylerinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Konya.
- Seitz, D. C., Hagmann, D., Besier, T., Dieluweit, U., Debatin, K.-M., Grabow, D., . . . Goldbeck, L. (2011). Life Satisfaction in Adult Survivors of Cancer During Adolescence:What Contributes to The Latter Satisfaction with Life? *Qual Life Res*, 20 (2), 225- 236.
- Seven, M., Akyüz, A., Sever, N. ve Dinçer, S. (2013).Kanser Tanısı Alan Hastaların Yaşadığı Fiziksel ve Psikolojik Semptomların Belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(3), 219 -224.

- Silvemark, A. J., Kallmen, H., Kamilla, P. ve Molander, C. (2008). Life Satisfaction in Patients With Long-Term Non-Malignant Pain Relation To Demographic Factors and Pain Intensity. *Disability and Rehabilitation*, 30(25), 1929–1937.
- Strensward, J. ve Clark, D. Palliative Medicine a Global Perspective. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2004. p. 1119-224. Aktaran: Haydaroğlu A., Bölükbaşı, B. ve Özşaran, Z. (2007). Ege Üniversitesi'nde kanser kayıt analizleri: 34134 Olgunun değerlendirmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 22(1), 22-28.
- Syska-Bielak, A., Jarzab, M., Kropińska, A., Heyda, A., Handkiewicz-Junak, D., Hese, R. ve Jarzab, B. (2010). Positive resources: Feeling of Hope and life Satisfaction in A Group Of Patients Treated in Childhood Because of Differentiated Thyroid Gland Cancer. *Współczesna Onkologia*, 14 (5), 316-320.
- Şenler, F. Ç. (2001). Akciğer Kanserinde Psikososyal Sorunlar ve Tedavisi. *Solunum* 3, Özel Sayı 2, 223-225.
- Şentuna, M. (2009). *Gençlik ve Spor İle İlgili Kamu Kurumları ve Sivil Toplum Kuruluşlarının Gençlik Politikalarının Değerlendirilmesi ve Bir Model Örneği*. Doktora Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Spor Yöneticiliği Anabilim Dalı, Bolu.
- Şimşek, D. (2010). *Yatılı İlköğretim Bölge Okulu Ve Ailesi Yanında Kalan İlköğretim Sekizinci sınıf Öğrencilerinin Akran İlişkileri Sosyal Destek Alguları Ve Yaşam Doyumlarının İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Adana.
- Şimşek, E. (2011). *Örgütsel İletişim ve Kişilik Özelliklerinin Yaşam Doyumuna Etkileri*. Doktora Tezi, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.
- Tavoli A., Mohagheghi M. A., Moztazeri A., Roshan R., Tavoli Z. ve Omidvari S. (2007) Anxiety And Depression in Patients with Gastrointestinal Cancer: Does Knowledge of Cancer Diagnosis Matter? *BMC Gastroenterology* 2007; 7:28. Aktaran: Güleç, G., Büyükkınacı, A. (2011). Kanser ve Psikiyatrik Bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3 (2), 343-367.
- Tan M. ve Karabulutlu E. (2005). Social Support and Hopelessness in Turkish Patients With Cancer. *Cancer Nursing*, 28(3), 236-240.
- Taylor, R. M., Pearce, S., Gibson, F., Fern, L. ve Whelan, J. (2012, Eylül 10). Developing A Conceptual Model of Teenage and Young Adult Experiences of Cancer Through Meta-Synthesis. *International Journal of Nursing Studies*, 832–846.
- Taşkıran, H. (2010). *Kanserli Bireyde Algılanan Sosyal Desteği Etkileyen Bazı Etmelerinin İncelenmesi: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hastanesi Örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara.
- Terakye, G. (2011). Kanserli Hasta Yakınlarıyla Etkileşim. *DEUHYO ED*, 4 (2), 78-82.
- The American Cancer Society. (2012). *The History of Cancer*. Aralık 24, 2013 tarihinde The American Cancer Society: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002048-pdf.pdf> adresinden alındı

- The National Academy of Sciences. (1993). *Cancer Care For The Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs*. Washington, D.C: The National Academis Press.
- Tuncay, T. (2009). *Genç Kanser Hastalarının Hastalık Deneyimlerinin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi: Bir Model Önerisi*. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara.
- Tuncay, T. (2009). Genç Kanser Hastalarının Hastalık Anlatılarının Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 20 (2), 69-87.
- Türk Dil Kurumu-TDK. (ty). *Türk Dil Kurumu*. Aralık 26, 2013 tarihinde Türk Dil Kurumu:http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.52bb68bcc33584.58564257 adresinden alındı.
- Türk Dil Kurumu-TDK. (ty). *Türk Dil Kurumu*. Mayıs 20, 2015 tarihinde Türk Dil Kurumu:http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.556280eded5d15.77683012 adresinden alındı.
- Türk Kanser Araştırmaları ve Savaş Kurumu Derneği. (2014). *Türkiye’de Kanser İstatistikleri*. Şubat 14, 2015 tarihinde Türk Kanser Araştırmaları ve Savaş Kurumu Derneği Web Sitesi: <http://www.turkkanser.org.tr/sayfa/istatistikler> adresinden alındı
- Türk Kanser Derneği. (2013). *Kanser Türleri*. Ocak 30, 2013 tarihinde Türk Kanser Derneği Web Sitesi: <http://www.turkkanserderneği.org/kanserturleri.php> adresinden alındı
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2014). *Türkiye Kanser İstatistikleri*. Ocak 14, 2015 tarihinde Kanser: http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2009kanseraporu.pdf adresinden alındı
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı. (ty). *Cerrahi Tedavi*. Aralık 27, 2013 tarihinde Kanser Daire Başkanlığı: <http://www.kanser.gov.tr/kanser/kanser-tedavisi/32-cerrahi-tedavi.html> adresinden alındı
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı. (ty). *Kanser Genel Tanımı*. Aralık 27, 2013 tarihinde Kanser Daire Başkanlığı Web Sitesi: <http://www.kanser.gov.tr/kanser/kanser-nedir/4-kanser-nedir.html> adresinden alındı
- Türk Hematoloji Derneği. (2010). *Hodkin Lenfoma*. Şubat 10, 2015 tarihinde Türk Hematoloji Derneği Web Sitesi: http://www.thd.org.tr/thd_halk/?sayfa=hodgkin adresinden alındı.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2015, Nisan 2). *Evllenme ve Boşanma İstatistikleri, 2014*. Türkiye İstatistik Kurumu Web Sitesi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18628> adresinden alınmıştır
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2013, Nisan 16). *Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2010, 2011 ve 2012*. Şubat 13, 2015 tarihinde Türkiye İstatistik Kurumu Web Sitesi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15847> adresinden alındı
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2014, Nisan 01). *Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2013*. Şubat 13, 2015 tarihinde Türkiye İstatistik Kurumu Web Sitesi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16162> adresinden alındı
- Türkiye Sağlık Vakfı. (2010). *Kanser Nedir?* Şubat 01, 2014 tarihinde Türkiye Sağlık Vakfı Web Sitesi: http://www.saglik.org.tr/upload/dosyalar/kanser_nedir.pdf adresinden alındı

- United Nation Department of Economic and Social Affairs. (tarih yok). *Youth*. Şubat 4, 2014 tarihinde Youth Social Policy and Development Division Web Sitesi: <http://undesadspd.org/Youth/FAQs.aspx> adresinden alındı.
- Uğur, F. (2000). *İyimserlik, Stres ve Yaşam Doyumu Yönünden Hasta ve Hasta Olmayan Bireylerin Karşılaştırılması*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara. Aktaran: Kaner, S. (2004). *Engelli Çocukları Olan Ana Babaların Algıladıkları Stres, Sosyal Destek ve Yaşam Doyumlarının İncelenmesi, Bilimsel Araştırma Projesi Kesin Raporu*. Ankara Üniversitesi: Ankara.
- Yıldırım, İ. (1997). Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Güvenirliği ve Geçerliliği. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13, 81-87.
- Yıldırım, İ. (2004). Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Revizyonu. *Eurasian Journal Of Educational Research*, 17, 221-236. Aktaran: Duyan, V., Gelbal, S., ve Çalık Var, E. (2013). Sosyal İlişki Unsurları Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlama Çalışması. *H. U. Journal of Education*, 159-169.
- Yılmaz, S. (2011). *Jinekolojik Kanserli Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Kemoterapi Semptomlarına Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. T.C. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hemşirelik Programı, Ankara.
- Yörükoğlu, A. (1985). *Gençlik Çağı- Ruh Sağlığı*. Türkiye İş Bankası Kültür Yayını. Ankara. Aktaran: Ekşi, H., Erden, N., Erdoğan, H., Yılmaz, E. (2013). Ergenlerin Kimlik Oluşumunun Facebook Üzerinden İncelenmesi: Nitel Araştırma Örneği. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 14 (3), 295-313 .
- Yurttagüler, L., Oy, B. ve Kurtaran, Y. (2014). *Özerklik ve Özgürlükler Açısından Türkiye'de Gençlik Politikaları, Şebeke Gençlerin Katılımı Projesi Kitapları*, No: 8. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları. <http://stk.bilgi.edu.tr/media/uploads/2015/02/01/sebekeyayinlar2.pdf> adresinden alınmıştır.
- World Health Organization-WHO. (1946) Preamble to the Constitution of the World Health Organization as Adopted by the International Health Conference, New York, 19 June - 22 July 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
- Zebrack, B. J. (2011, April 27). *Psychological, Social, and Behavioral Issues Psychological, Social, and Behavioral Issues*. Şubat 10, 2014 tarihinde Wiley Online Library: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.26056/pdf> adresinden alındı
- Zebrack, B. ve Walsh-Burke, K. (2004). *Advocacy Needs of Adolescent and Young Adult Cancer Survivors: Perspectives of Pediatric Oncology Social Workers*. *Journal of Psychosocial Oncology*, 22 (2), 75- 87.

EKLER

EK 1 Katılımcı Bilgilendirme Formu

1. Çalışmanın adı: Genç Kanser Hastalarının Sosyal Destek Düzeyleri ve Yaşam Doyumunu

2. Araştırmacının adı, kurumu ve iletişim numarası.

Bu araştırma Kocaeli Üniversitesi Sosyal Hizmet Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans Tezi olarak Doç.Dr.Hakan ACAR danışmanlığında yürütülmektedir.

Araştırmacının Adı: Aykut Can DEMİREL- Araştırmacının iletişim Bilgileri: 0 (312) 569 31 08, 0507 602 97 48, aykutcandemirel@gmail.com

3. Araştırma amacının anlaşılır ve özet açıklaması:

Bir araştırma projesine davet edilmektesiniz. Karar vermeden önce araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını anlamanız çok önemlidir. Lütfen biraz zaman ayırın ve aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun, isterseniz başkalarıyla tartışın. Açık olmayan bir bölüm varsa ya da daha ayrıntılı bilgiye ihtiyaç duyuyorsanız araştırmacıya sorabilirsiniz.

Bu araştırmanın iki temel amacı bulunmaktadır. Bunlardan ilki bazı değişkenler açısından genç kanser hastalarının sosyal destek ve yaşam doyumu düzeylerinin incelenmesi ikincisi ise sosyal destek düzeyi ile yaşam doyumu arasındaki ilişkinin ortaya çıkarılmasıdır. Yapılacak olan bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir.

4. Neden ben seçildim?

Araştırmaya onkoloji veya hematoloji kliniğinde kanser teşhisi nedeniyle tedavi alan 15-24 yaş aralığındaki hastalar seçilmektedir. Sizin de bu sebeple araştırmamıza katılmanızı istiyoruz.

5. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına da sahipsiniz.

6. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak?

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, araştırmacı tarafından yaklaşık 1 saat süren anket (görüşme formu, Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği ve Yaşam Doyumu Ölçeği) uygulanacaktır. Bu anketin dışında herhangi bir çalışma yapılmayacaktır.

7. Araştırmaya katılmanın olası dezavantajları ve riskleri nelerdir?

Araştırmaya katılmanın herhangi bir dezavantajı ve riski bulunmamaktadır.

8. Araştırmaya katılmanın olası yararları nelerdir?

Araştırmaya katılmanın size şuan için hemen bir yararı olmamakla birlikte vereceğiniz katkılar hem kanser ile yaşayan insanlara ve hem de kanser hastaları ile çalışan sağlık profesyonellerine yardımcı ve yol gösterici olacaktır. Araştırma, sosyal hizmet literatürüne ve sosyal hizmet uzmanlarına önemli katkı sağlayacaktır.

9. Araştırma masrafları:

Araştırmanın masraflarının tümü araştırmacı tarafından karşılanacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır

10. Araştırmada ters giden bir şey olursa?

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahale sağlanacaktır.

11. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?

Araştırma uygulaması sonucunda sizden alınan bilgiler bilimsel araştırma amaçları dışında kesinlikle kullanılmayacaktır. Bize verdiğiniz kimlik bilgilerinizin gizliliği kesinlikle korunacaktır.

12. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?

Araştırma ile ilgili sonuçları araştırmacı ile iletişime geçtiğiniz takdirde sizinle paylaşılacaktır. Ayrıca talebinizi halinde araştırma sonunda çıkan yayımlar tarafınıza e-posta yoluyla gönderilecektir.

13. Araştırma sonuçlarına ne olacak?

Araştırma tamamlandıktan sonra tez olarak üniversiteye teslim edilecektir. Tez’de hiçbir şekilde araştırmaya katılanların kimlik bilgilerine yer verilmeyecektir.

14. Daha ayrıntılı bilgi için,

Araştırma ile ilgili herhangi bir sorun ile karşılaştığınızda Aykut Can DEMİREL’e 0 (312) 569 31 08 (iş), 0507 602 97 48 (cep) no’lu telefonda veya aykutcandemirel@gmail.com mail adresinden ulaşabilirsiniz.

15. Teşekkür:

Araştırmaya verdiğiniz katkılar için teşekkür ederiz.

16. şikâyet için başvuru adresi verilmelidir;

Bu araştırma Kocaeli Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır. Araştırmaya katılımınızla ilgili herhangi bir sorun ve şikâyetiniz varsa Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Hakan ACAR (Tel: 0 (262) 303 78 01) bildirebilirsiniz. Her tür şikâyetiniz gizlilikle değerlendirilecek, araştırılacak ve sonuç hakkında tarafınıza bilgi verilecektir.

ONAM FORMU

Araştırmanın Adı: Genç Kanser Hastalarının Sosyal Destek Düzeyleri ve Yaşam Doyumu

	Evet	Hayır
Hasta Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı? <i>Lütfen ismini yazınız....</i>		

Adı / Soyadı:

Tarih:

EK 2 Görüşme Formu

A) Hastalığa İlişkin Sağlık Ekibinden Alınacak Bilgiler
1) Hastanın tanısı nedir?.....
2) Hastalık kaçınıcı evrededir?.....
3) Hastalık yayılma (metastaz) durumunda mıdır? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
4) Hastalığın tedavisi ne kadar süredir devam etmektedir?.....
5) Hastalığın tedavisinde ne tür tedavi yöntemleri uygulanmıştır?
6) Hasta daha önce tedavi edilmiş olup, nüks nedeni ile mi tedavi görmektedir? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
7) Hastanın başka herhangi bir kronik rahatsızlığı bulunmakta mıdır? Var ise nedir? <input type="checkbox"/> Evet (.....) <input type="checkbox"/> Hayır
B) Hastalığa İlişkin Hastanın Yakınlarında Alınacak Bilgiler
8) Hasta, hastalığının tanısını biliyor mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
9) Tedavi sürecinde hasta psikolojik destek aldı mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
C) Hastanın Sosyo-Demografik ve Sosyo- Ekonomik Özellikleri
10) Yaş:
11) Cinsiyet: <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek
12) Medeni Durumu: <input type="checkbox"/> Bekâr <input type="checkbox"/> Nişanlı <input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Ayrı Yaşıyor <input type="checkbox"/> Boşanmış <input type="checkbox"/> Dul <input type="checkbox"/> Diğer (.....)
13) Eğitim Durumunuz:.....
14) İş Durumu: <input type="checkbox"/> Tam Zamanlı Çalışıyor <input type="checkbox"/> Yarı Zamanlı Çalışıyor <input type="checkbox"/> İşsiz <input type="checkbox"/> Öğrenci
15) Çalışıyorsanız ne iş yapıyorsunuz?.....
16) Hanenize aylık ortalama ne kadar gelir girmektedir?.....
17) Ekonomik durumunuz size göre ihtiyaçlarınızı karşılamakta yeterli midir? <input type="checkbox"/> Yeterli <input type="checkbox"/> Kısmen Yeterli <input type="checkbox"/> Kısmen Yetersiz <input type="checkbox"/> Yetersiz
18) Herhangi bir sosyal yardım alıyor musunuz? Alıyorsanız ne tür yardım alıyorsunuz? <input type="checkbox"/> Evet (.....) <input type="checkbox"/> Hayır
D) Aile Yapısı Ve Aile İlişkileri
19) Evde kimle/kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?.....

20) Tedaviniz boyunca yanınızda sürekli olarak refakatçi kalan bir yakınınız var mıdır? Var ise yakınlık derecesi nedir? <input type="checkbox"/> Evet (.....) <input type="checkbox"/> Hayır
21) Size göre aile bireyleri ile olan ilişkiniz nasıldır? <input type="checkbox"/> Çok iyi <input type="checkbox"/> İyi <input type="checkbox"/> İdare eder <input type="checkbox"/> Kötü <input type="checkbox"/> Çok Kötü
22) Ailenizde kimi kendinize daha yakın hissediyorsunuz?.....
23) Ailenizin tedavi boyunca sizinle yeterince ilgilendiğini düşünüyor musunuz? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
24) Tedavi boyunca aile bireyleri veya akrabalar tarafından ne sıklıkla ziyaret ediliyorsunuz? <input type="checkbox"/> Her zaman <input type="checkbox"/> Sık sık <input type="checkbox"/> Nadiren <input type="checkbox"/> Hiç Bazen <input type="checkbox"/>
25) En çok kim tarafından ziyaret ediliyorsunuz?.....
E) Yaşam Yeri ve Sosyal Çevre
26) Yaşadığınız evin niteliği nedir? <input type="checkbox"/> Müstakil Ev <input type="checkbox"/> Apartman Dairesi <input type="checkbox"/> Gecekondu
27) Yaşadığınız ev kaç odalıdır?.....
28) Yaşadığınız evde kendinize ait bir odanız var mıdır? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
29) Tedaviye Ankara dışından mı geliyorsunuz? Ankara dışından geliyorsanız nerede ikamet etmektesiniz? <input type="checkbox"/> Evet (.....) <input type="checkbox"/> Hayır
30) Tedavi sürecinde Ankara'da nerede (akraba-arkadaş-otel-konukevi gibi.) kalıyorsunuz?.....
31) Hastanede tedavi gördüğünüz süre boyunca hangi arkadaşlarınız (iş arkadaşı, okul arkadaşı gibi) tarafından ziyaret edildiniz?.....
32) Tedavi boyunca arkadaşlarınız tarafından ne sıklıkla ziyaret ediliyorsunuz? <input type="checkbox"/> Her zaman <input type="checkbox"/> Sık sık <input type="checkbox"/> Bazen <input type="checkbox"/> Nadiren <input type="checkbox"/> Hiç

EK 3 Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği

Bu ölçek, hasta ile ailesi arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla yapılacak bir çalışmaya ait bilgileri toplamak üzere hazırlanmıştır. Aşağıda çoğu hastanın ailesiyle ilişkilerinde yaşadığı duygu ve deneyimleri yansıtan ifadeler verilmiştir. Her ifade için "**benim durumuma çok uygun (5)**", "**benim durumuma uygun (4)**" "**benim durumuma kısmen uyuyor (3)**", "**benim durumuma uygun değil (2)**" ve "**benim durumuma hiç uygun değil (1)**" olmak üzere beş yanıt vardır. Lütfen her ifadeyi okuyarak, duygularınızı ya da durumunuzu en iyi yansıtan yanıtı, her bir ifadenin yanındaki paranteze yanıtın yanındaki rakamı yazarak belirtiniz. .

- 1.Kendimi kötü hissettiğimde ailem beni teselli eder. ()
- 2.Aileme kızgınlık, üzüntü, gibi duygularımı ifade edebilirim. ()
- 3.Ailem aldığım kararları destekler. ()
- 4.Ailemle hastalığım hakkında rahatça konuşabiliyorum. ()
- 5.Sohbetlerde konu benim hastalığıma geldiğinde ailem konuyu hemen değiştirmeye çalışır. ()
- 6.Ailemden ilgi ve yakınlık görüyorum. ()
- 7.Bir sorunla karşılaştığımda ailem bu sorunu çözebilmem için önerilerde bulunur. ()
- 8.Ailem bir sorunu çözmek için giriştiğim çabaları destekler ()
- 9.Bazen ailemin neler yaşadığını anlamadığımı hissediyorum. ()
- 10.Ailem uzun süren ve yıpratıcı olan tedavilerim sırasında acılarımı paylaştı. ()
- 11.Ailem ilaçlarımı zamanında almam ve tedavilerime aksatmadan devam etmem konusunda bana yardımcı oldu. ()
12. Ailem uzun süren ve yıpratıcı olan tedaviler sırasında işimi kolaylaştıracak önlemleri aldı. ()
- 13.Ailem hastalandığımdan beri benden uzak durmaya çalışıyor. ()
- 14.Gelecekle ilgili endişelerimi ailemle paylaşamıyorum. ()
- 15.Ailem birine ihtiyaç duyduğumda daima yanımdadır. ()
- 16.Ailem beni dinlemek için daima zaman ayırır. ()
- 17.Ailem benim neler hissettiğimi anlamaya çalışır. ()
- 18.Ailem hastalığımla ilgili ya da hastalığımin yarattığı sorunlara daima uygun çözüm yolları bulur. ()
- 19.Ailem ihtiyaç duyduğumda bana yeni seçenekler sunar, sorunumu nasıl çözebileceğimi gösterir. ()
- 20.Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir. ()
- 21.Ailemle hastalığım konusunda daha açık ve özgürce konuşabilmeyi isterdim. ()
- 22.Bazen aile üyelerinin bana neler olduğunu gerçekten anlamadıklarımı düşünüyorum. ()
- 23.Ailemle aramızda kendimi duygusal açıdan güvenli ve iyi hissetmemi sağlayan yakın ilişkilerim var. ()
- 24.Ailem bana maddi yönden destek olmaya çalışır. ()
- 25.Ailemle sevinç ve kederlerimi paylaşıyorum ()
- 26.Hastalandığımdan bu yana ailemle olan sosyal ilişkilerim azaldı ()
- 27.Ailemle ilişkilerim bana hastalandığımdan önce olduğundan daha az doyum sağlıyor. ()

- 28.Kaygılarımı ve korkularımı ailemden birisiyle rahatça paylaşabilirim. ()
- 29.Ailem hastalığımla ilgili bilgileri benden saklıyor. ()
- 30.Hastalığıma ilişkin bilgileri ailemden tam ve doğru olarak alamıyorum. ()
- 31.Ailem hastalığım ile ilgili konuşmamamın daha iyi olduğunu hissetmeme neden oluyor. ()
- 32.Hastalığımla ilgili bir konuşma başladığında ailem konuyu mümkün olduğunca çabuk değiştirir. ()
- 33.Ailem hastalığımla ilgili şeyleri sonuna kadar dinlemeye asla sabır göstermez. ()
- 34.Ailem bana hastalığım konusunda yol gösterir ve yararlı öğütler verir. ()
- 35.Ailem hastalığımanın yarattığı sorunların üstesinden gelebileceğim konusunda daima beni destekleyecek sözler söyler. ()

EK 4 Yaşam Doyum Ölçeği

Aşağıda 5 Cümle ve her bir cümlenin yanında da cevaplarını işaretlemeniz için 1’de 7’ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümlenin yanındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 5 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınız veriniz. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

Sorular	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Ne katılıyorum ne de katılmıyorum	Çok az katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
Pek çok açıdan ideallerime yakın bir yaşamım var	1	2	3	4	5	6	7
Yaşam koşullarım mükemmeldir	1	2	3	4	5	6	7
Yaşamım beni tatmin ediyor	1	2	3	4	5	6	7
Şimdiye kadar, yaşamda istediğim önemli şeyleri elde ettim	1	2	3	4	5	6	7
Hayatımı bir daha yaşama şansım olsaydı, hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim	1	2	3	4	5	6	7

EK 5 İzinler



KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMA ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU

ETİK KURULUN ADI	KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Birimi Umutepe Yerleşkesi /KOCAELİ
TELEFON	0262 303 71 64
FAKS	0262 303 74 63
E-POSTA	etikkurul@kocaeli.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Genç kanser hastalarının sosyal destek düzeyleri ve yaşam doyumunu		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU	KOÜ KAEK 2014/199		
	EUDRACT NUMARASI	-		
	KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI	Doç.Dr. Hakan Acar (Danışman)		
	KOORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI	Sosyal Hizmet		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Yüksek Lisans Öğr. Aykut Can Demirel		
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Sosyal Hizmet Uzmanı		
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	KOÜ Kocaeli Sağlık Yüksek Okulu, TKHK Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğt. ve Arşt. Hst.		
	DESTEKLEYİCİ	-		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-		
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	Tanımlayıcı		
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	İLAÇ DIŞI ARAŞTIRMA (Yüksek Lisans Tezi)		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	26.06.2014		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	26.06.2014		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer

	Belge Adı		Açıklama
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>	
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>	
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>	
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>	
	İLAN	<input type="checkbox"/>	
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>	
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>	
	DİĞER	<input type="checkbox"/>	

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 15/5	Proje No: KOU KAEK 2014/199	Tarih : 08.07.2014
	Yüksek Lisans Öğr. Aykut Can Demirel'in sorumluluğunda yapılan ve yukarıda bilgileri verilen Yüksek Lisans Tez başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.		

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420), Helsinki Bildirgesi (2008), İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu (Nisan 2013), ICH/GCP-Guideline for Good Clinical Practice (10 Haziran 1996) İnsan Denekleri İçeren Biyomedikal Araştırmaların Uluslar arası Rehber Kuralları (CIOMS, 2002), Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (10 Mart 2011/6212), Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi (4 Nisan 1997), Ek Madde -10 (6 Nisan 2011, 6225) Resmi Gazetede 13.04.2013 tarih ve 28617 sayı ile yayınlanan Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik
---------------	---

ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: PROF. DR. NERMİN ERSOY
ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof.Dr. Nermin ERSOY Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	KOÜ Tıp Fak. Tıp Tarihi ve Etik AD	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	N. Ersoy
Prof.Dr. Dilek URAL Başkan Yrd.	Kardiyoloji	KOÜ Tıp Fak. Kardiyoloji AD	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	W. Ural
Prof.Dr. B. Faruk ERDEN Üye	Farmakoloji	KOÜ Tıp Fak. Farmakoloji AD	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılımadı
Prof.Dr. Gülcan TÜRKER Üye	Pediyatri	KOÜ Tıp Fak. Çocuk Sağ. ve Hst.AD	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılımadı
Prof.Dr. Yavuz GÜRKAN Üye	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	KOÜ TF Anesteziyoloji ve Reanimasyon	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Hale M. KIR Üye	Biokimya	KOÜ Tıp Fak. Biokimya AD	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"/>	H.M. Kir
Doç.Dr. Ayşe KARSON Raportör	Fizyoloji	KOÜ Tıp Fak. Fizyoloji AD	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"/>	Ayşe Karson
Uzm.Dr. Murat GÜVEN Üye	Genel Cerrahi	Kocaeli Derince Eğt. ve Arş. Hastanesi	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"/>	Murat Güven
Uzm.Dr. Berna A. ŞERİFİ Üye	Halk Sağlığı	İzmit 1 Nolu AÇSAP	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"/>	Berna A. Şerifi
Ersayın IŞIK Üye	Avukat	Kocaeli Barosu	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"/>	Ersayın Işık
Yasemin ÜLSOY Üye	Hasta Hakları Temsilcisi	Sivil Üye	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılımadı
Yrd.Doç.Dr. Öngen TAK	Danışman Diş Hekimi	KOU . Diş Hekimliği Fak.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Katılımadı

* :Toplantıda Bulunma



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 85346189
Konu : Anket Uygulaması
Aykut Can DEMİREL

24.07.2014* 27560

Kocaeli Üniversitesi Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Aykut Can DEMİREL'in "Genç Kanser Hastalarının Sosyal Destek Düzeyleri ve Yaşam Doyumları" konulu tezinin hastanenizde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı, süresi, araştırma metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler göz önünde bulundurularak, Hastane Yöneticiliğinin de uygun görmesi halinde Genel Sekreterliğimizce uygundur. Gereğini arz ve rica ederim.

İşlt. Uzm. Recep TURGAY
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

EK:16 (İlgili Evraklar)

DAĞITIM :
Gereği :
Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH
Ankara Çocuk Sağ.ve Hast. Hem. Onk. EAH
Ankara Numune EAH
Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı EAH

Bilgi :
Kocaeli Üniversitesi
(Ek Konulmadı)

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı	Aykut Can DEMİREL
Doğum Yeri	Denizli
Doğum Tarihi	08.07.1988
Medeni Durum	Evli
İş Adresi	Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Telefon	0 507 602 97 48
E-Posta Adresi	aykutcandemirel@gmail.com

ÖĞRENİM DURUMU

Lise	Muğla Turgut Reis Lisesi	2005
Lisans	Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü	2010
Lisans	Anadolu Üniversitesi İşletme Bölümü	2014
Yüksek Lisans	Kocaeli Üniversitesi Sosyal Hizmet Anabilim Dalı	2015
Yabancı Dil	İngilizce	

İŞ VE STAJ DENEYİMİ

İş Deneyimi	Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2011-
Lisans Stajı	SHÇEK Behice Eren Çocuk ve Gençlik Merkezi	2009
Yüksek Lisans Stajı	Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2013