

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**KANSER HASTALARININ YAKINLARININ PSİKO-SOSYAL DURUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ:**

EYÜPSULTAN DEVLET HASTANESİ PALYATİF BAKIM MERKEZİ ÖRNEĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Esin ÖZHAN

Enstitü Anabilim Dalı: Sosyal Hizmet

Tez Danışmanı: Prof. Dr. M. Zafer DANIŞ

MAYIS – 2019

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

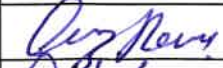


KANSER HASTALARININ YAKINLARININ PSİKO-SOSYAL
DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ:
EYÜPSULTAN DEVLET HASTANESİ PALYATİF BAKIM MERKEZİ
ÖRNEĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Esin ÖZHAN

Enstitü Anabilim Dalı : Sosyal Hizmet

“Bu tez 21/11/2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI	İMZA
Prof. Dr. M. Zafer SANIŞ	BAŞARILI	
Dr. Paner AETAN	BAŞARILI	
Doç. Dr. Hasan H. TAYLAN	Bende	

Öğrencinin

Adı Soyadı	:	Esin ÖZHAN
Öğrenci Numarası	:	Y166059003
Enstitü Anabilim Dalı	:	Sosyal Hizmet
Enstitü Bilim Dalı	:	Sosyal Hizmet
Programı	:	<input checked="" type="checkbox"/> YÜKSEK LİSANS <input type="checkbox"/> DOKTORA
Tezin Başlığı	:	Kanser Hastalarının Yakınlarının Psiko-Sosyal Durumlarının Değerlendirilmesi:Eyüpsultan Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi Örneği
Benzerlik Oranı	:	%17

Sosyal Bilimler ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE,

Sakarya Üniversitesi Enstitüsü Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen tez çalışmasının benzerlik oranının herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi beyan ederim.

01.07.2019
Öğrenci İmza

Sakarya Üniversitesi Enstitüsü Lisansüstü Tez Çalışması Benzerlik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim. Enstitünüz tarafından Uygulama Esasları çerçevesinde alınan Benzerlik Raporuna göre yukarıda bilgileri verilen öğrenciye ait tez çalışması ile ilgili gerekli düzenleme tarafımda yapılmış olup, yeniden değerlendirilmek üzere@sakarya.edu.tr adresine yüklenmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

...../...../20.....
Öğrenci İmza

Uygundur

Danışman
Unvanı / Adı-Soyadı: Prof. Dr. M. Zafer DANIŞ

Tarih: 01.07.2019

İmza: Es. Demir

Enstitü Birim Sorumlusu Onayı

KABUL EDİLMİŞTİR

REDDEDİLMİŞTİR

EYK Tarih ve No:

ÖNSÖZ

Lisans ve yüksek lisans eğitimim süresince akademik hayatıma çok değerli katkılar sunan, tez çalışmamın planlamasında ve yürütülme sürecinde engin bilgi ve birikimi ile tezimin olgunlaşmasına katkı sağlayan, araştırmanın her aşamasında benden desteğini esirgemeyen danışmanım sayın Prof. Dr. Mehmet Zafer Danış'a şükranlarımı sunuyorum.

Yüksek lisans eğitimim ve meslek hayatımda desteklerini benden esirgemeyen çok değerli Eyüpsultan Devlet Hastanesi Başhekimisi Hasan KARAMAN' a teşekkürü bir borç bilirim.

Araştırma süresince destekleri ile beni motive eden Psikolog Burcu ÇİFTÇİ ve Hemşire Nejla ERYILMAZ'a

Araştırmanın yapıldığı Eyüpsultan Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi'nde görev yapan ve veri toplamamda bana yardımcı olan tüm sağlık çalışanlarına,

Araştırmaya katılan bütün hastalara ve ailelerine,

Hayatta en büyük şansım ve destekçim olan, benim için birçok fedakârlıkta bulunan, karşılaştığım her zorluğu benimle birlikte göğüsleyen aileme,

Hayatımı anlamlı hale getiren ve destekleri ile yüksek lisans eğitimimi tamamlamama katkı sunan en değerlim, canım eşim Erkan ÖZHAN'a bu zorlu yolculukta beni yalnız bırakmadığı için çok teşekkür ederim.

Esin ÖZHAN

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR LİSTESİ.....	iii
TABLolar LİSTESİ.....	iv
ŞEKİL LİSTESİ.....	v
ÖZET.....	vi
SUMMARY.....	viii
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: KURAMSAL VE KAVRAMSAL ÇERÇEVE.....	7
1.1.Kanser Olgusu	7
1.1.1.Kanser Etiyolojisi	9
1.1.2.Dünyada ve Türkiye’de Kanser Epidemiyolojisi.....	13
1.1.3. Kanserın Psiko-Sosyal Boyutu	17
1.1.4. Kanserli Bireyin Yakınlarının Kanserı Anlamlandırma Süreci	21
1.2. Kanserde Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi	23
1.2.1. Sosyal Destek Kavramı ve Gelişimi	23
1.2.2. Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi.....	29
1.3. Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu: Palyatif Bakım.....	33
1.3.1. Palyatif Bakım Tanımı ve İlişkin Kavramlar.....	33
1.3.2. Palyatif Bakım Tarihsel Süreci	39
1.3.3. Dünyada Palyatif Bakım	41
1.3.4.Türkiye’de Palyatif Bakım.....	42
1.3.5.Palyatif Bakım Modelleri.....	45
BÖLÜM 2: ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ.....	46
2.1.Yöntem	46
2.2.Hipotezler	47
2.3.Evren ve Örneklem.....	48
2.4. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları.....	49
2.4.1. Görüşme Formu	49
2.4.2.Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of...)	50

Perceived Social Support-MSPSS-)	50
2.4.3.Beck Depresyon Ölçeği	50
2.4.4. Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği (The Caregiver Quality of Life Index Cancer Scale-CQOLC-)	51
2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Sayıtları	52
BÖLÜM 3: BULGULAR ve TARTIŞMA	53
3.1. Tanıtıcı Bulgular	53
3.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğine İlişkin Bulgular	62
3.3.Beck Depresyon Ölçeğine İlişkin Bulgular	62
3.4.Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bulgular	70
3.5.Ölçeklerin Birbiriyle Olan İlişisine Ait Bulgular	75
3.6.TARTIŞMA	77
3.6.1. Hasta Yakınlarının Tanıtıcı Özelliklerinin Değerlendirilmesi	77
3.6.2. Hasta Yakınlarının Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi	79
3.6.3. Hasta Yakınlarının Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi	79
3.6.4. Hasta Yakınlarının Kanserli Hastaya Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi	81
3.6.5. Hasta Yakınlarının Sosyal Destek Algısı ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki	82
SONUÇ VE ÖNERİLER	84
KAYNAKLAR	88
EKLER	100
ÖZGEÇMİŞ	112

KISALTMALAR LİSTESİ

ASCO: Amerika Klinik Onkoloji Topluluğu

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

CQOLC: Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

NCI: Ulusal Kanser Enstitüsü

THSK: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

TKASK: Türk Kanser Araştırmaları ve Savaş Kurumu Derneği

TKD: Türk Kanser Derneği

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

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

WPCA: Dünya Palyatif Bakım Birliği

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Türkiye’de Ölüm Nedenlerinin Yıllara Göre Dağılımı.....	14
Tablo 2: Ölçeklerin Güvenilirlik Analizi.....	49
Tablo 3: Araştırmaya Katılan Kanser Hastalarının Yakınlarının Sosyo-Demografik Özellikleri.....	53
Tablo 4: Hastaya ve Hastalığa İlişkin Tanıtıcı Bulgular.....	55
Tablo 5: Hasta Yakınlarının Karşılaştığı Psiko-Sosyal Sorunlara İlişkin Bulgular.....	58
Tablo 6: Hasta Yakınlarının Beck Depresyon Puanlarına İlişkin Bulgular.....	62
Tablo 7: Cinsiyete Göre Beck Depresyon Düzeylerinin Değerlendirilmesi.....	62
Tablo 8: Medeni Duruma Göre Beck Depresyon Düzeylerinin Değerlendirilmesi.....	63
Tablo 9: Eğitim Düzeyine Göre Beck Depresyon Düzeylerinin Değerlendirilmesi.....	63
Tablo 10: Ekonomik Durum, Meslek ve Çalışma Hayatında Bulunma Düzeyine Göre Beck Depresyon Düzeylerinin Değerlendirilmesi.....	64
Tablo 11: Hastaya ve Hastalığa İlişkin Demografik Bilgiler İle Beck Depresyon Düzeyinin Karşılaştırılması.....	65
Tablo 12: Hasta Yakınlarının Karşılaştığı Psikososyal Sorunlara İlişkin Bulgular İle Beck Depresyon Düzeyinin Değerlendirilmesi.....	67
Tablo 13: Kanserli Hastaların Yakınlarının Ortalama Yaşam Kalitesi Puanları.....	69
Tablo 14: Hasta Yakınına Ait Sosyo-Demografik Bilgiler ile Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Değerlendirilmesi.....	69
Tablo 15: Hastaya Ve Hastalığa İlişkin Bulguların Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Değerlendirilmesi.....	71
Tablo 16: Hasta Yakınlarının Karşılaştığı Psikososyal Sorunlara İlişkin Bulguların Yaşam Kalitesi Ölçeği İle Değerlendirilmesi.....	72
Tablo 17: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Toplam Puanının Alt Gruplara Göre Dağılımı.....	73
Tablo 18: Sosyal Destek Algısı ile Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Karşılaştırılması.....	74
Tablo 19: ÇBSDÖ ile BDÖ’nün Toplam Skorlarının Karşılaştırılması.....	74

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Kanserle Neden Olan Etkenler.....	10
Şekil 2: Tüm Kanserler Yaşla Standardize İnsidans Hızlarının Cinsiyete Göre 2010-2014 Yılları Arasındaki Dağılımı.....	15
Şekil 3: Elisabeth Kübler Ross'un Sınıflandırması.....	19
Şekil 4: Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi.....	30
Şekil 5: Hastalık ve Yaşam Kalitesi Arasındaki Etkileşimi Gösteren WHO Modeli....	31
Şekil 6: Palyatif Bakımın Odağı.....	35
Şekil 7: Palyatif Bakım Ekibi.....	38
Şekil 8: PALLIA-TÜRK Projesi Organizasyon Şeması.....	44
Şekil 9: Palyatif Bakım Merkezinden Haberdar Olma Kaynakları.....	57
Şekil 10: Palyatif Bakım Merkezinden Memnuniyet Düzeyi.....	58

Sakarya Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Özeti

Yüksek Lisans	<input checked="" type="checkbox"/>	Doktora	<input type="checkbox"/>
Tezin Başlığı: Kanser Hastalarının Yakınlarının Psiko-Sosyal Durumlarının Değerlendirilmesi: Eyüpsultan Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi Örneği			
Tezin Yazarı: Esin ÖZHAN		Danışman: Prof.Dr.M.Zafer DANIŞ	
Kabul Tarihi: 31.05.2019		Sayfa Sayısı: vii(ön kısım) + 99(tez) + 11(ek)	
Anabilim Dalı: Sosyal Hizmet		Bilim Dalı: Sosyal Hizmet	
<p>Çağımızın en yaygın ve en korkulan hastalıkların başında gelen kanser, yalnızca bir hastalık değil, değişen yaşam tarzının da bir yansımasıdır. Kanser; hem hasta hem de yakınlarında birçok psiko-sosyal probleme neden olmakta ve yaşam kalitelerini anlamlı düzeyde etkilemektedir. Ülkemizde uygulama açısından oldukça yeni olan palyatif bakım anlayışı son dönem kanser hastalarına sunulan holistik bir bakım anlayışıdır. Palyatif bakım, sadece hastalara yönelik olmamakta aynı zamanda hastanın yakınlarının da sorunlarını çok boyutlu ele alarak değerlendirir ve çözüme kavuşturmaya çalışır.</p> <p>Bu çalışmanın ana hedefini; Eyüp Sultan Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi'nde bakım görmekte olan terminal dönem kanser hastalarının yakınlarının depresyon düzeylerinin, algıladıkları sosyal destek ve yaşam kalitelerinin ölçülmesi ve bunların sosyo-demografik değişkenlerle ilişkisinin araştırılması oluşturmaktadır. Bu kapsamda Şubat/Mart 2019 ayları içerisinde bakım hizmeti alan 23 kadın, 7 erkek olmak üzere toplam 30 hasta yakını örneklem grubunu oluşturmuştur. Araştırmanın veri toplama aracı olarak “Görüşme formu”, “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği”, “Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği (The Caregiver Quality of Life Index Cancer Scale-CQOLC-)”, “Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)” kullanılmıştır. Ölçekler SPSS programına aktarılarak SPSS Statistics 21 programı yardımıyla değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde Mann-Whitney U testi, Pearson testi, Kruskal Wallis testi, Spearman’s Rho korelasyon testleri uygulanmış ve lineer regresyon modeli kurulmuştur. Hastanın bakımını daha çok kadının üstlendiği, araştırmaya katılanların%56,7’sinin depresyon semptomatolojisi gösterdiği, eğitim durumunun Beck Depresyon Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki olduğu, eğitim seviyesi düştükçe depresyon düzeyinin arttığı Mann-Whitney U testi uygulanarak tespit edilmiştir. Hasta yakınlarının yaşam kalitesi alt ölçekleri ile sosyo-demografik özellikleri arasındaki ilişki Spearman Korelasyona göre incelendiğinde ekonomik durumun kötüleştikçe yaşam kalitesi puanının da düştüğü tespit edilmiştir. Eğitim durumu ile yaşam puanları arasındaki korelasyonun pozitif yönde olduğu ayrıca bakım sorumluluğunu yerine getirmede sağlık sorunları yaşadıkları bu durumda yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görülmüştür.</p>			
Anahtar Kelimeler: Kanser, Depresyon, Yaşam Kalitesi, Sosyal Destek, Palyatif Bakım			

Sakarya University
Institute of Social Sciences Abstract of Thesis

Master Degree	<input checked="" type="checkbox"/>	Ph.D.	<input type="checkbox"/>
Title of Thesi Evaluation of Psycho-Social Situations of Relatives of Cancer Patients: A Case of Palliative Care Center of Eyüpsultan State Hospital			
Author of Thesis: Esin ÖZHAN		Supervisor: Professor M.Zafer DANIŞ	
Accepted Date:		Num. of Pages: vii(pre text)+99(main body)+11(App.)	
Department: Social Work		Subfield: Social Work	
<p>The cancer, one of the most common and fearful diseases in our era, is not only an illness, it is also a reflection of the changing life style. The cancer causes a lot of psychosocial problems for both patients and their relatives and has an impact on the quality of life significantly. The palliative care that quite new in terms of implementation in our country is a holistic care for terminal period patients. Palliative care, is not only for the patients, it also evaluates problems of patients' relatives by tackling them multidimensionally and tries to solve them.</p> <p>The aim of this study is measuring the depression levels, perceived social support and the quality of life of relatives of terminal period patients who are in the Palliative Care Center of Eyupsultan State Hospital and investigating the relationship between the sociodemographic variables and them. In this context, the sample group is 30 patients relatives, 23 women and 7 men, who get caring service in February/March 2019. The data collection tools of the study are "Interview Form", "Multidimensional Perceived Social Support Scale", "The Caregiver Quality of Life Index Cancer Scale (CQOLC-)", "Beck Depression Scale (BDS)". Scales are entered to the SPSS, and are evaluated by SPSS Statistics 21 Programme. The tests used in evaluation of data are Whitney U test, Pearson test, Kruskal Wallis test, Spearman Rho correlation and linear regression model is established. The results are detected that women are more interested in caring, percentage of 56.7 of participants showed depression symptomatology, there is a significant relationship between educational status and Beck Depression Scale, and the level of depression increases as the level of education decreases by using Mann-Whitney U test. The relationship between the quality of life subscales of patients' relatives and sociodemographic properties are examined by Spearman correlation and it is detected that the economical conditions get worse as the points of the quality of life decrease. The correlation between the educational status and life points is positive and however in this position that they experience health problems in fulfilling the responsibility of care, the quality of life is affected negatively.</p>			
Keywords: Cancer, Depression, Quality of life, Social Support, Palliative Care			

GİRİŞ

Problem

Kanser, çağımızın en önemli toplumsal sorunlarından biri olmakla beraber insan hayatını tehdit eden kronik hastalıkların da başında gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü-DSÖ (2008)'nün verileri incelendiğinde ölüm sebepleri arasında göre kanserin ilk sırada yer aldığını ülkemizde ise Türkiye İstatistik Kurumu-TÜİK (2014) ölüm oranlarına bakıldığında kanserin ise ikinci sırada yer aldığı görülmektedir (VIII. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi, 2005).

Yüzyılın başında ölüm oranları sıralamasında gerilerde yer alan kanserin zaman içerisinde insidansı artmıştır. Ülkemizde ölüm oranlarında ilk sırada kalp ve damar hastalıkları yer almakta olup kanser ise ikinci sıradadır (Kızılcı, 1999: 18-26). Tedavi yöntemlerinde meydana gelen gelişim kanserde ortalama yaşam süresinin artmasına ve kanserin kronik bakım gerektiren bir hastalık halini almasına neden olmuştur. Kanser kronik bir hal alması, uzun tedavi süreci gerektirmesi kanserli birey ve bakım rolünü üstlenen yakınları için de birçok psiko-sosyal probleme neden olmaktadır.

Kronik bir bakım ihtiyacı gerektiren kanser hastalığının tıbbi tedavisi tamamlanıp hastanın olası durumunda bir değişimin olmayacağı kanaati edinildikten sonra hastanın acılarını dindirmek ve terminal dönemde olan hastanın yaşam kalitesini en yüksek seviyede tutmayı amaçlayan palyatif bakım ihtiyacı ülkemizde de gündeme gelmiştir (Kebudi, 2006: 34-44). Avrupa da yaygın olan palyatif bakım ülkemizde ise yeni gelişmekte olan bir modeldir. Özellikle kanser tedavisinin uzun ve agresif tedavi yöntemleri içeriyor olması, toplumsal ve ekonomik hayatta meydana gelen değişim sürekli bir bakıma ihtiyaç duyan bu hasta grubu için yeni bir bakım modelinin şekillenmesini zorunlu kılmıştır. Hastanın ağrılarının dindirilmesini, kanserli bireye bakım veren hasta yakınlarının bu zorlu süreçte profesyonel bir sağlık ekibi tarafından desteklenmesi amaçlanmaktadır. Her geçen gün görülme sıklığı artan kanser teşhis anından itibaren hem hasta hem de hasta yakınlarını birçok sorunla karşı karşıya getirmektedir. Bedensel sorunların yanında sosyal hayattan izole olunması hastalığın yaratmış olduğu psikolojik etki ağır ruhsal sorunlara da yol açabilmektedir. Bu durum bireyin hastalıkla baş etme sürecine de etki etmektedir. Kanser gelişen tedavi yöntemlerine rağmen toplum tarafından halen ölüm ile eşdeğer görülmektedir. Bu nedenle teşhis ile birlikte hasta ve yakınlarını zorlu bir süreç beklemektedir. Kanser

uzun ve maliyetli tedavi süreci gerektirmesi hasta ve yakınlarını fiziksel, psikolojik, ekonomik ve manevi açıdan birçok problemle baş başa bırakmaktadır. Tüm bu faktörler hasta ve hasta yakınlarının bu süreçte güçlenmesini tehdit eden unsurlar olarak kendisini göstermektedir. Bu durumda hasta ve yakınlarının hastalığa uyum sağlamasını ve tedaviden elde edilecek olan başarıyı da olumsuz etkilemektedir. Bireyin fiziksel ve psiko-sosyal iyilik halini tehdit eden bu hastalık sürecini deneyimlerken hasta yakınları da var gücüyle destek olmaya çalışmaktadırlar. Özellikle hasta yakını hem hastanın bakım sorumluluğunu yerine getirmeye çalışmakta hem de kendi ihtiyaçlarını karşılamaya, kendisine biçilen rolleri yerine getirmeye çalışmaktadır. Kanser hasta bireyin bilişsel, duygusal ve ruhsal alanlarında gerilemeye neden olduğu kadar kanser hastası yakınlarının da psiko sosyal iyilik hallerini de ciddi tehlikeye sokmaktadır. Kanser hastalarının yakınlarının hastalığa uyum göstermesi hasta bireye sağladığı sosyal destek hastalık sürecini deneyimleyen bireye olumlu bir kazanım olarak geri dönecektir. Bu bağlamda kanser hastalarının yakınlarının psiko sosyal durumları ve iyilik hallerinin artırılması, yaşadıkları birçok problemin çözümüne ilişkin atılacak adımlar sosyal hizmet disiplininde önemle üzerinde durulması gereken konulardandır. Hasta yakınlarının bu süreçten güçlenerek çıkmasını sağlamak amacıyla hazırlanacak müdahale planı ile kanser hastalarının da hastalığa psikolojik uyumunu engelleyen birçok faktörün de ortadan kalkması sağlanacaktır.

Kanserin psikososyal yönü ile ilgili sosyal hizmet müdahalesinin birincil odağını kanserli birey ve yakınlarının hastalıkla birlikte ortaya çıkan sorunlarla baş etme durumu oluşturmaktadır (Mor ve diğ., 1994: 2118; Bocanegra, 1992:347). Bu bağlamda hastaların yaşadığı duygusal sorunlarla mücadele edebilme kapasitelerini arttırmak için hasta ve yakınlarının yaşadığı sorunlarla baş edebilmelerini sağlayabilmek önemli bir husustur. Bu çalışmanın problemini günden güne yaygınlığı artan kanser ve sonrasında terminal döneme giren hasta yakınlarının bu süreçteki psiko-sosyal iyilik hallerinde meydana gelen değişimler ve bu süreçten güçlenerek çıkmalarını sağlayacak yapının eksikliği problem olarak tanımlanmıştır.

Konu

Kanser teşhisi alan birey sayısı günden güne artmaktadır. Teknolojik gelişmeler kanser tedavisinde de olumlu gelişmelere neden olmuştur. Tanı ve tedavi sürecinde kullanılan yöntemler hastaların sağ kalım sürelerinin artmasına ve kanserin uzun soluklu bir tedavi

yöntemi içeren bir hastalık olarak kendisini göstermesine neden olmuştur. Kanserli bireyin sağ kalım sürelerinin artmış olması kanser hastalarının yakınlarının da bu süreçte daha aktif yer almalarına ve hastanın bakım sorumluluğunu üstlenmelerine yol açmıştır (Kitrungroter ve Cohen, 2006: 625-632).

Kanserin tanı ve tedavi sürecinde olumlu gelişmeler meydana gelmiş olmasına karşın uzun süreli tıbbi tedavi süreci, bazı durumlarda yeti kaybına neden olması, hastalığın tekrar edebiliyor ve ölüm ile neticelenebiliyor olması hem kanserli birey hem de yakınları için ağır psiko-sosyal problemlere yol açabilmektedir (Arıkan, 2001:39-46).

Kanserli bireyin yakınlarının depresyon, yorgunluk, anksiyete, gelecek kaygısı, sosyal izolasyon ve tükenmişlik gibi birçok psikososyal problemler yaşadığı bilimsel çalışmalarla da desteklenmiştir. Holistik bakım anlayışında bakımın sadece hastayı kapsamaması aynı zamanda bakımını sağlayan kanserli bireyin yakınlarını da sürece dâhil etmesi, kanserli bireyin iyilik halini ve esenliğini arttırması açısından önemli bir husustur.

Kanser teşhisi başlı başına zor bir deneyimken, hastalık süreci ve bu süreçte hastanın karşı karşıya kaldığı belirsizlik, süreçle alakalı sorunları çözme ve tedaviye ilişkin motivasyonel bir tutum sergilemek ve bunu sürdürebilmeye ilişkin görev yine bakım veren aile fertlerine ciddi ve ağır sorumluluk yüklemektedir (Çetinkaya, 2006). Yapılan çalışmalar kanserli birey kadar yakın çevresinin de hastalık sürecinden ve belirsizliklerden en az hasta kadar etkilendiğini göstermektedir. Genellikle primer bakım vericiler aile fertlerinden oluşmaktadır. Bakım verme sorumluluğunu üstlenen aile üyeleri ailesinde ve sosyal çevresinde beklenen rolleri ve sorumlulukları yerine getirmekte zorlanabilmektedir. Aile fertleri öncelik sırlamasına kanserli bireye bakımı koymakta ve hayatını kanserli bireye göre adapte etme zorunda kalmaktadır (Öz, 2001: 61-68).

Hastanın kanserin getirmiş olduğu problemlerle baş etme motivasyonunu attırmak hastanın ailesinin de bu zorlu süreçte yaşamış olduğu sorunların tespiti ile mümkün olabilecektir. Bu bağlamda değerlendirildiğinde Eyüp Sultan Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi'nde bakım görmekte olan terminal dönem kanser hastalarının yakınlarının psiko-sosyal durumları araştırmanın konusunu oluşturmaktadır.

Amaç

Kanserin teşhisi ile birlikte hem hasta bireyi hem de yakın çevresini zorlu bir süreç beklemektedir. Bu süreçte sağlık koşulların bozulması, yaşanan sorunların süreklilik kazanması ve hastalıkla ilgili kaygı düzeyinin arttığı da göz önüne alındığı zaman kanserli bireyin sosyal desteğe ihtiyaç duyduğu aşikârdır. Kanserli bireyin ilk sosyal destek aracı ise yakın çevresidir. Bu nedenle kanser hastalarının yakınlarının da karşılaşmış olduğu sorunların tespiti ve çözümü kanserli bireye sunacağı sosyal desteğinde artmasına imkân verecektir.

Bireylerin karşılaştığı sorunlarla başa çıkabilmesinden sosyal destek önemli bir rol üstlenmektedir. Sosyal destek düzeyi yüksek olan bireyler savunma mekanizmalarını harekete geçirerek sorunla baş edebilmede daha motivasyonel bir tutum sergilemektedirler. Bireyin duygusal sorunlarla mücadele edebilmesi için duygusal kaynakları harekete geçirmeyi sağlayan, bilgi ve öğüt vererek karşılaşılan sorunlara ilişkin materyali sağlayarak hastalık sürecini paylaşılması kanser hastaları için büyük öneme sahiptir (Aksüllü, 2004:76-84).

Eyüp Sultan Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi'nde bakım görmekte olan terminal dönem kanser hastalarının yakınlarının depresyon düzeylerini, algıladıkları sosyal destek ve yaşam kalitelerinin ölçülmesi ve bunların sosyo-demografik değişkenlerle ilişkisinin araştırılması araştırmanın ana hedefidir. Bir diğer hedef ise karşılaşılan psiko-sosyal sorunları belirlemek ve bütüncül sosyal hizmet bakış açısı ile değerlendirerek, iyilik hallerinin artırılması ve karşılaşılan risk faktörlerinin minimize edilmesi amacıyla sosyal hizmet müdahale planı gerçekleştirmektir. Çünkü yukarıda da belirtildiği üzere kanser hastalarının hastalık sürecine uyum sağlaması ve hastanın klinik seyrinde elde edilecek başarıda hasta yakınları da önemli bir role sahiptirler.

Hasta yakınlarının sağlamış olduğu bakım desteği ile birlikte yaşamış olduğu psiko-sosyal sorunları ortaya koymak, yaşanan bu zorlu süreçte hasta yakınlarının hem psikolojik hem de sosyal durumlarını irdelemek elde edilen veriler ışığında; güçlendirme yaklaşımı perspektifinde öneriler sunmak ve hasta yakınlarına yönelik sosyal hizmet müdahalesi önerisi geliştirilebilmesi araştırmanın bir diğer hedeflerindedir.

Araştırmanın bir diğer öncelikli amacı ise henüz ülkemizde çok yeni olan palyatif bakım örgütlenmesinde sosyal hizmete yönelik bilgi ve literatür boşluğunun doldurulmasına katkı sağlamaktır.

Önem

Sosyal hizmet disiplinin ve mesleğinin sağlık sistemleri içerisindeki pratik uygulamalarının sağlam teorik temellere dayanması önemlidir. Alanda karşılaşılan ihtiyaçlara yanıt veren uygulamaların hayata geçmesi hasta/müracaatçının karşılaştığı sorunların net bir tanımının yapılması ile mümkündür. Bu çalışma ile söz konusu ihtiyaçların tespiti ve karşılanmasını noktasında katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Kanser hem bireyi hem de yakınlarını birçok psiko-sosyal problemle karşı karşıya getirmektedir. Özellikle yaşam sonu dönemde olan palyatif bakım hastası ve yakınları için süreç oldukça zordur. Hasta yakınlarının bu süreçte karşılaştığı sorunlar çok boyutlu ele alınabilecektir. Ayrıca hasta yakının yaşam kalitesini, depresyon ve sosyal destek düzeyini ve etki eden değişkenlerin tespiti ile çözüm önerileri geliştirebilmesi araştırmayı önemli kılmaktadır.

Araştırmanın katkı sağlayacağı başka konu ise sosyal hizmet literatürüdür. Ülkemizde çok yeni olan palyatif bakım örgütlenmesinde sosyal hizmete yönelik bilgi ve literatür boşluğunun doldurulmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Yöntem

İstanbul ilinde 20 hastanede 365 yataklı Palyatif Bakım Merkezi bulunduğu tespit edilmiştir (<https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/palyatif.php>). Evrenimizi İstanbul ilinde bulunan 365 yataklı 20 hastanede bulunan Palyatif Bakım Merkezinde bakım hizmeti alan kanser hastalarının yakınlarını oluşturmakla birlikte örneklem grubumuzu ise 30 yataklı Eyüp Sultan Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Merkezinde Şubat/Mart 2019 ayları içerisinde bakım hizmeti alan 30 kanser hastasının yakınları oluşturmuştur.

Örneklem yöntemleri rastgele ve rastgele olmayan şeklinde ikiye ayrılmakla birlikte rastgele örnekleme ise kendi içerisinde basit ve tabaka örnekleme olarak ikiye ayrılmaktadır. Bu çalışmamızda örneklem grubu rastgele örnekleme içerisinde yer alan basit örnekleme yöntemi ile seçilmiştir.

Veri toplama aracı olarak hasta yakınlarına, Görüşme Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği: Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği (The Caregiver Quality of Life Index Cancer Scale-CQOLC-), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) uygulanarak araştırma verileri elde edilmiştir. Araştırmada kullanılan yöntem, evren-örneklem, hipotezler, veri toplama ve ölçme araçları, sınırlılıklar ve sayıltılarına ilişkin daha geniş bilgiye araştırmanın metodolojisi bölümünde yer verilmiştir.



BÖLÜM 1: KURAMSAL VE KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1.Kanser Olgusu

Uluslararası Kanser Savaş Örgütü (1990)'ne göre kanser;

'Bir organın fizyolojik gereksinimlerine bağlı olmaksızın hücrelerin aşırı çoğalması sonucu ortaya çıkan bir büyüme bozukluğudur. Çok farklı dokulardan çok farklı tümörler çıkabilir. Bu nedenle tüm tümörleri kapsayacak basit bir tanım bulmak zordur. Tümörler iyi huylu (benign) ve kötü huylu (malign) olmak üzere ikiye ayrılır. İyi huylu tümörlerin gelişimi sınırlıdır, yerel kalırlar ve çoğunlukla ciddi sonuçlara ulaşmazlar. Kötü huylu tümörler ise hızla çoğalır, vücut içerisinde dolaşır ve tedavi edilmezse ölümle sonuçlanırlar.'

Kanseri; Doku veya organdaki hücrelerin düzensiz bölünüp çoğalmasıyla ortaya çıkan kötü urlar olarak tanımlamak mümkün olup genel anlamda ise insan vücudunun çeşitli noktalarında hücrelerin düzensiz ve kontrolsüz çoğalması ile beliren 100'den fazla hastalık gurubunun ortak adıdır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı[KDB], 2012).

Modern zaman hastalıkları arasında yer alan kanser yirminci yüzyılın ikinci yarısından itibaren ciddi sağlık sorunların biri olarak görülmeye başlanmıştır (Tuncay, 2009:76). Modern zaman hastalığı olarak nitelendirilse bile kanserin yeryüzünde canlı yaşamı ile birlikte var olduğunu gösteren kanıtlar da bulunmaktadır. Modern tıp, kanserin hücrelerin hızlı ve kontrolsüz bir şekilde bölünüp çoğaldığını ortaya koymuştur (Turan, 1984:13).

Kanser insan hayatını tehdit eden sinsi bir hastalık olmasının yanı sıra belirsizlikler içeren, acı ve ölümü çağrıştıran, terk edilme, kaygı, suçluluk ve panik uyandıran bir hastalıktır (Kelleci, 2005: 42).

Tuncay (2009), tarafından da kanser; *"insanın fiziksel, psikolojik, duygusal, tinsel (spiritüel) ve sosyal alanında derin izler bırakan kanser, modern hayatın en yaygın ve tehdit edici hastalık"* olarak tanımlanmıştır.

Yukarıdaki tanımlamalardan yola çıkarak kanser; hücrelerin düzensiz bölünmesi ve çoğalması ile beliren insan hayatını tehdit eden, bireyin fiziksel ve ruhsal iyilik haline

zarar veren, gerek dünya da gerekse ülkemizde ölümlerle sonuçlanan hastalıkların başında gelmektedir.

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

- *Karsonima*: İç organları kapsayan ve çevreleyen dokularda veya deride başlayan kanserlerdir.
- *Sarkoma*: Kanser kemik, kırık, 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 Kanserleri*: 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.

Kanser insan vücudunda çeşitli evrelerde ilerlerler. Kanser birinci evrede tespit edilmesi hastalığın tedavisinde elde edilecek başarıyı arttırmaktadır. Çünkü birinci evrede tespit edilen kanser hücresi küçük ve henüz yayılmamıştır. İkinci evrede tespiti yapılan tümörün boyutu artmış fakat herhangi bir yayılma söz konusudur. Üçüncü evrede tespiti yapılan kanserin ise hem boyutu artmış hem de vücudun diğer organlarına sıçrama yapmıştır (Greenwald, 1997: 42-47; akt. Tuncay, 2009:31).

Kanserin tedavisinde hastalığı tamamen yok etmekten ziyade yönetilebilir bir hale getirmek nihai amaçtır. Kanser, teşhis edildiği süreçten yaşam sonu döneme kadar hasta bireyin birçok agresif tedavi yöntemiyle karşı karşıya kalmasına neden olmaktadır. Kanserin tedavisinin başında en eski ve en çok tercih gören cerrahi yöntemler gelmekle birlikte nihai amaç kötü huylu tümörün vücuda yayılmasına (metastaz) imkân vermede tamamen fiziksel olarak vücuttan alınmasıdır. Metastaz kanserli hücrenin diğer organlara yayılmasıdır. Metastaz kanserin evresinin tespitinde de ipucu vermektedir. Cerrahi yöntemlere rağmen netice elde edilemediği durumlarda veya cerrahi yöntemin mümkün olmadığı durumlarda ise kemoterapi ve radyo terapi kullanılan bir diğer tedavi yöntemleridir (Greenwald, 1997: 42-47; akt. Tuncay, 2009:31).

Kanser tedavisinde yaygın olarak kullanılan kemoterapi yönteminde kanserli hücrelerin yok edilmesi ve diğer organlara yayılmasını engellemek amacıyla anti kanser ilaçlar kullanılmaktadır. Tedavi sürecinde tek başına yeterli de olan kemoterapi gerekli durumlarda radyoterapi ve cerrahi yöntemlerle birlikte de uygulanabilmektedir (KDB, 2013).

Bir diğer tedavi yöntemi olan radyoterapi ise en yalın tanımıyla ışın kullanılarak kanserli hücrelerin yok edilmesi yöntemidir. Radyoterapi yöntemindeki amaç ise tümörün çevresindeki sağlıklı dokulara zarar vermeden doğruluğu ölçülmüş radyasyon dozunu belirleyip bu sayede kanserli hücrelerin bölünmesini veyahut çoğalmalarını sürekli şekilde durdurmak ayrıca kanser hastasının sağ kalım süresini ve yaşam kalitesini arttırmaktır (Dirican, 2001:7). Özel bir oda içerisinde hastanın ayakta ve uyanık olduğu bir ortam içerisinde uygulanan bu tedavi yöntemi hastalığın türüne ve uygulamanın içeriğine göre bireyde farklı yan etkilerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Bu yan etkiler arasında tat duyusunun kaybı, bulantı, bağırsak ve yemek borusunda meydana gelen tahribatlar yer alır. Bu etkilerin hafifletilmesi için hekimler tarafından radyoterapi dozajları ayarlanmaktadır (Tuncay, 2009:74).

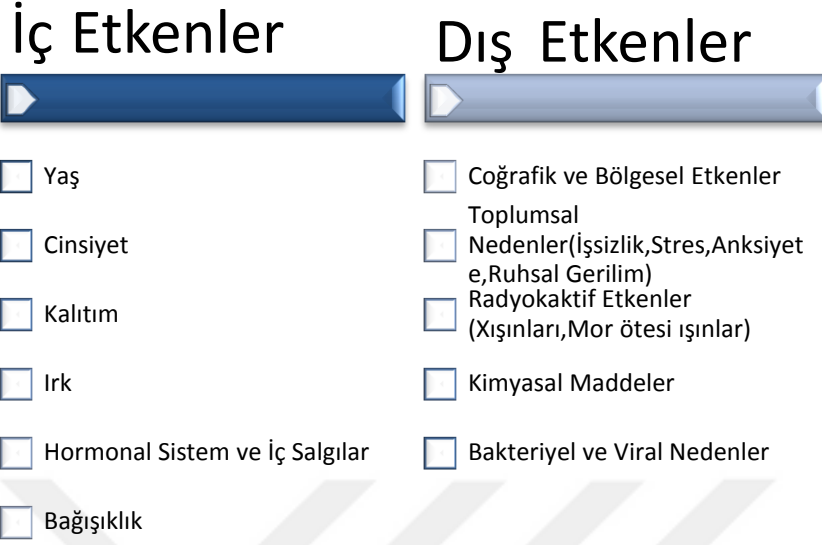
1.1.1.Kanser Etiyolojisi

Kanserin sıklıkla dile getirilen nedenleri; çevresel faktörler, bakteriyel, viral nedenler ve genetik faktörlerin etkisi olduğudur (Tuncay, 2010:62). Kronik hastalıklar arasında kabul gören kanser, yaygın oluşu ve çoğu zaman ölüm ile sonuçlanması ve yaşanan çağ nedeniyle çevresel faktörlerinde kanser riskini arttırması nedeniyle üzerinde önemle durulması gereken ciddi bir sağlık sorunudur (Dedeli, Fadiloğlu ve Uslu, 2008:133).

Zaman içerisinde enfeksiyon hastalıklarının tedavisinin gelişmiş ve ortalama insan ömrünün uzamıştır fakat endüstrileşme ile birlikte meydana gelen sağlıksız çevre koşulları kanserin yaygınlaşmasına neden olmuştur (Luckrann, 1986). Çevresel faktörler içerisinde sigara kullanımı, radyasyona maruz kalma, kimyasal maddeleri söyleyebiliriz.

Kanser karmaşık bir modern zaman hastalığıdır. Kansere neden olan faktörleri iç ve dış etmenler olarak ayırabilmek mümkündür. Aşağıdaki tabloda kanserin nedenleri sıralanmıştır (Bayık, 1989: 60).

Şekil 1: Kansere Neden Olan Etkenler



Kaynak: Bayık, 1989:65.

Kansere neden olan faktörlerin 1/3'ü bilinmekte olup kanserin ortaya çıkmasında genetik ve çevresel faktörlerin önemli bir rolü olduğu düşünülmektedir. Çevresel nedenlerin başında tütün ürünlerinin kullanımı, beslenme alışkanlıkları, radyasyon ve ultraviyole ışınları kimyasal atıklar ve virüsler olarak tanımlanabilir (Savcı, 2006:19).

Genetik Etmenler:

Kanserin kuşaklararası aktarımının hatta bazı durumlarda aynı kanser tipinin aile üyelerinde görülmesi genetik faktörün risk olarak düşünülmesine zemin hazırlamaktadır. Hücre yapısını bozarak kanser hücrelerine dönüştüren kanser yapıcı genler (onkogenler) büyüme faktörleri ile kansere dönüşümü baskılayan tümör baskılayıcı genler (supressor genler), planlanmış hücre ölümünü düzenleyen genler (apoptosis genleri) üzerinde durulmaktadır. Kanser oluşumunu tetiklenmesine neden olan kanser yapıcı genlerin işlevsellik kazanmasıyla ya da baskılama görevini yerine getirmesi gereken supressor genlerin görev yapmaması sonucunda kanser hücrelerinin oluştuğu düşünülmektedir (İliçin, Biberöğlu, Süleymanlar ve Ünal, 1999: 1385-1416).

Yaş:

Kanserin meydana gelmesinde yaşında önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir. Bazı durumlar hariç önde gelen kanserlerinin önemli bir kısmının 50-60'lı yaşlarda ortaya çıkmakta ve kanser riski yaş aldıkça artmaktadır. Kanser adölesan (15-19 yaş) ve genç yetişkinler dediğimiz 20-24 yaş döneminde yaygın bir hastalık değildir (National Cancer Registry Ireland[NCRI], 2010).

Beslenme:

Tükettiğimiz besinler ve beslenme şeklimizdeki yanlışlıklar kanser için risk faktörü oluşturmaktadır. Örneğin yağlı beslenme ve obezite meme kanserine ve kalın bağırsak kanserine neden olabilmektedir. Ayrıca yüksek kaloriye sahip besinlerin sürekli tüketimi sonrası meme, rahim, prostat ve kalın bağırsak kanserleri; kırmızı et ağız, larenks, özafagus ve karaciğer kanserleri; füme etler bağırsak kanserleri ; pastırma ve turşu gibi konserve mide kanseri; bayat kuru yemişlerdeki bazı maddeler karaciğer kanseri için yüksek risk faktörleri olarak belirlenmiştir (İliçin vd., 1999:1394).

Tütün:

Akciğer kanserinin tüm histolojik tiplerinin ortaya çıkmasında sigara kullanımı önemli bir rol oynamaktadır. Yapılan araştırmalar sigara kullanımının ayrıca larenks, ağız boşluğu, farenks, özafagus, mesane, pankreas kanserlerinin çoğu ile ilişkisinin olduğunu saptamıştır. Nitekim sigara kullanan bireylerin böbrek, mide kanseri ve lösemilere yatkınlığının arttığı çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur. Uzun süre sigara kullananlarda, sigara kullanmayanlara göre 20 kat risk artışı söz konusudur. Sigara tüketimi, tüm kanser ölümlerinin %30'uyla doğrudan ilgilidir ve dünyada yılda 3 milyon kişi sigaradan ölmektedir. Ayrıca, her yıl birçok kişi pasif içici olarak kanser hastalığı riski ile karşı karşıyadır.

Alkol:

Alkolün tehlike derecesi olarak görülüp görülmeyeceği, kullanıldığı zaman ve maruz kaldığı miktar ile alakalıdır. Birçok kanser türü ile de doğrudan ilişkilidir

İyonize radyasyon: 2.Dünya Savaşı döneminde Japonya'ya atılan atom bombaları sonrasında hayatta kalmayı başaran insanlarda ve mesleki olarak sürekli radyasyonla iç

içe olan insanlarda net bir Şekilde görülmüştür. Maruz kalındığını ölçüye göre belli bir düzeyin üzerindeki vakalarda kan ve meme kanseri görülmüştür.

Non-iyonize radyasyon: Doğal etkilerden biri olan non-iyonize radyasyon güneŐin etkisinden kaynaklanmaktadır. Yüksek dozda güneş iŐıđıyla karŐılaŐanlar, tenlerine anormal derecede nüfus edenlerde ve özellikle de açık tenli insanlarda büyük ölçüde cilt kanseri etmenini oluŐturur

Kimyasal maddeler: Konu kanser olduğunda belki de en çok bahsedilmesi gereken konuların başında gelmektedir. Gelişen teknoloji ile birlikte fabrikaların artık maddelerinin artması, araç egzozlarının havada oluŐturduđu kirlilik ve tarımsal faaliyetlerde verimi yükseltmek amacı ile kullanılan ilaçlar gibi birçok neden insanların karşılaştığı kimyasal madde miktarını arttırmaktadır. Kömür tozu, alüminyum, boya ve kola sanayilerindeki katran, arsenik, asbest, berilyum gibi unsurlar akciğer kanseri, asbestos plevra kanseri, kauçuk üretimi esnasında kullanılan unsurlar kemik iliği ve kalın bağırsak kanserleri için önem arz etmektedirler.

Virüsler: Virüslerin yapısı incelendiğinde insan yapısına benzer özellikler tespit edilmiştir. Söz konusu bu durum da kanser ile virüs arasında çokça ilişki kurulmasına neden olmuştur. Virüsler ocuklarda lenf kanseri, farenks-larenks kanseri, Hodgkin hastalığı, rahim ağzı kanseri, karaciğer kanseri ve mide kanserine neden olabilmektedir. Doğrudan kansere neden olmayıp bağışıklık sistemini zayıflatarak kan, lenf ve mesane kanserine neden olan virüsler de bulunmaktadır.

Hormonlar: Doğal düzeni içerisinde iŐlerliđe sahip hormonlar sahip oldukları yapı gereği etki ettikleri organlar aracılığıyla kansere neden olabilmektedirler. rnek vermek gerekirse kadınlarda bulunan yumurtalık meme kanserine, erkeklerde ise testis prostat kanserine neden olabilmektedir. Yine kadınların menopoz dönemlerinde hormon replasmanı gerçekleŐtirmek amacıyla alınan hormonlar kanser olma ihtimalini yükseltebilmektedir. Son dönemde kadınların doğum kontrol aracı olarak kullanmakta olduğu doğum kontrol hapları ile kanser arasındaki ilişki incelenmektedir.

Kanserin etiyolojisini belirleyen başlıca unsurlar; coğrafi dağılım, bireyin cinsiyeti, yaşı, mesleği ve sosyo-ekonomik koşullardır (Giray ve Ünal, 2007:11). Zaman içerisinde kanser insidansının artmasını kanserin etiyolojisi ile ilişkili olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2016).

Yapılan etiyolojik çalışmalar kanser nedenlerini belirlemekte ve bu nedenlere ilişkin alınabilecek önlemleri belirleyerek en yetkin ve düşük maliyetli tedavi yöntemlerinin gelişmesine katkı sunmaktadır (Akdur, 1993:4).

Zaman içerisinde enfeksiyon hastalıklarının tedavisinin gelişmiş ve ortalama insan ömrünün uzamıştır fakat endüstrileşme ile birlikte meydana gelen sağlıksız çevre koşulları kanserin yaygınlaşmasına neden olmuştur (Luckmann, 1986:1409-1463). Çevresel faktörler içerisinde sigara kullanımı, radyasyona maruz kalma, kimyasal maddeler ve hava kirliliğini söyleyebiliriz. Günümüzde meydana gelen doğal çevredeki bozulmalar, iş hayatındaki yoğun streste kanseri tetiklemektedir.

1.1.2.Dünyada ve Türkiye’de Kanser Epidemiyolojisi

Kanser günümüzde ülkemizde ve dünyada insan hayatını tehdit eden ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Modern zaman hastalığı olarak da nitelendirilen kanserin değişen toplumsal hayat ve yaşam şartları ile birlikte insidansında artışlar meydana gelmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2011 verilerine göre dünya genelinde her yıl 6 milyon yeni kanser vakası kayıt altına alınmakta olup 5 milyon kanser vakasının ise ölüm ile neticelendiği bildirilmektedir (WHO, 2011).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2018 yılı kanser verileri değerlendirildiğinde 18,1 milyon yeni vakanın teşhis edildiği ve kansere bağlı 9,6 milyon ölümün meydana geldiği tahmin edilmektedir. Dünya genelinde 5 erkekten biri ve 6 kadından biri kanser teşhisi almaktadır. Beş yıllık prevalans olarak adlandırılan 5 yıllık kanser teşhisi, 43,8 milyon olarak tahmin edilmektedir. Artan kanser vakalarının nedenini sosyal ve ekonomik gelişme ile bağlantılı bazı kanser nedenlerinin yaygınlığına ve insan ömrünün uzaması ile yaşlı nüfusta meydana gelen artış gösterebilmektedir (WHO, 2019).

Dünya nüfusunun %9'unu oluşturan Avrupa kıtası, dünyada teşhis edilen kanser vakalarının %23,4'ünü, kanser nedeniyle ölümlerin ise %20,3'ünü oluşturmaktadır. Amerika kıtası ise dünya nüfusunun %13,3'üne sahiptir. Dünyada tespit edilen kanser vakalarının ise %21'ini Amerika kıtası oluşturmaktadır olup kanser nedeniyle ölümlerin ise %14,4'ünü oluşturmaktadır (WHO, 2019).

2014 yılı verileri incelendiğinde Avrupa'da gerçekleşen her 4 ölümün 1'ine kanserin sebep olduğu tespit edilmiştir. 65 yaş ve üstü için kanserden ölüm oranları incelendiğinde, İtalya ve Fransa'nın %27, Belçika ve İsveç'in %25 ile üst sıralarda; Bulgaristan'ın %14, Romanya'nın %16 ile alt sıralarda yer almaktadır. Türkiye'de ise bu oran, 2014 yılında %17, 2016 yılında %16 olarak gerçekleşmiştir (TÜİK, 2018).

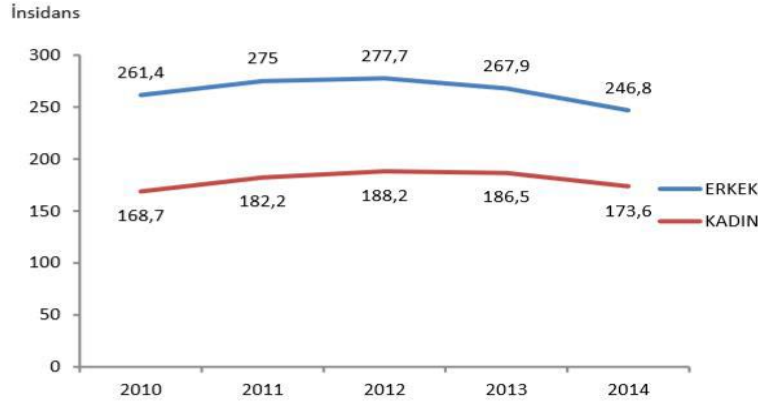
Günümüzde insan sağlığını ciddi ölçüde bozan hatta bazı durumlarda sonucu ölüme neticelenen kanser, hem dünyada hem de ülkemizde ölüm sebeplerinde yüksek bir orana sahiptir. 20. yüzyılın başlarında yedinci veya sekizinci sıralarda yer alan kanser günümüzde de bu sıralamada ciddi bir sıçrama yaşanmıştır (Çivi, Kutlu vd., 2011). Yapılan araştırmalar kanserin kalp-damar hastalıklarından sonra tüm dünyada ve ülkemizde ölümlere neden olan ikinci hastalık olduğunu göstermiştir (Strensward ve Clark, 2004; akt: Haydaroğlu vd., 2007). Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2017 ölüm oranları verilerine bakıldığında; kansere bağlı ölümlerin 2017 yılında %19,6'ya ulaştığı görülmektedir. Tablo 1'de ülkemizdeki ölüm nedenlerinin dağılımını görmekteyiz. Tablodan da anlaşılacağı üzere kanser ölüm nedenlerinde ikinci sırada yer almaktadır. Kanser boyutlarını ortaya koymamızda bu veriler anlam ifade etmektedir.

Tablo 1: Türkiye'de Ölüm Nedenlerinin Yıllara Göre Dağılımı

	2015	2016	2017
Kalp ve Damar Hastalıkları	40,0	39,8	39,7
Kanser	19,9	19,7	19,6
Solunum Hastalıkları	11,0	11,9	12,0
Metabolik Hastalıklar	5,0	5,0	4,8
Zehirlenme ve Travma	4,8	4,9	4,5
Diğer	14,4	14,3	14,6

Kaynak: TÜİK Ölüm Nedenleri, 2018

Ülkemizde kanser insidansı 2002 yılında, yüz binde 133,5 iken 2014 yılına gelindiğinde bu rakam 210,2 yi bulmuştur.2014 yılı içerisinde en sık karşılaşılan beş kanser türü içerisinde insidansı hızı yüz binde 52.5 ile en sık sık trakea, bronş ve akciğer kanseri ile karşılaşılmaktadır. İkinci sırada meme kanseri yüz binde 43, üçüncü sırayı ise yüz binde 32,9 ile prostat, dördüncü sırayı yüz binde 22,8 ile kolorektal ve beşinci sırayı ise yüzde 20,7 ile tiroid kanseri oluşturmaktadır. 2016 yılında meydana gelen ölüm nedenlerinin %39,8 'ini dolaşım sistemi hastalıkları oluşturmakla beraber %19,71'ini ise neoplazmlar oluşturmaktadır. Ulusal düzeyde ölüm nedenlerinin temel hastalık gruplarına göre dağılımına bakıldığında da kanserin ikinci sırada yer aldığı görülmektedir (Bora, Güler ve Özdemir, 2017).



Şekil 2 :Tüm Kanserler Yaşa Standardize İnsidans Hızlarının Cinsiyete Göre 2010-2014 Yılları Arasındaki Dağılımı (Her 100 bin kişide yıllık teşhis edilen kanser sayısı)

(Kaynak: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/8635,kanser-istatistikleridocx.docx?0>)

Ülkemizdeki kanser hızlarının cinsiyete ilişkin değerlendirildiğinde Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından hazırlanan 2014 yılına ilişkin Kanser İstatistikleri Raporu'na göre yaşa standardize kanser hızı erkeklerde yüz binde 246,8 kadınlarda ise yüz binde 173,6'dır.Toplam kanser insidansı ise yüz binde 210,2'dir (Türkiye Kanseri İstatistikleri, 2017).

Kanser türlerinde erkeklerde en çok rastlanılan akciğer ve prostat kanseridir. Tütün kullanımına bağlı kanserlerin önemini devam ettirdiği görülmektedir. Tütün ve tütün

ürünlerine bağlı gelişme gösteren yaklaşık 27.700 vaka olduğu düşünülmektedir (<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/8635,kanser-istatistikleridocx.docx?0>).

Kanserin görülme sıklığı yaşanan coğrafi koşullara göre de değişebilmektedir. Kansere yakalanma riskinin ülkeden ülkeye hatta aynı ülke içerisinde bile değişikliğe uğrayabilmektedir. Ülkelerin gelişmişlik seviyeleri ile kanser insidansları ve profilleri değişiklik gösterebilmektedir. Bu durumu bir örnekle açıklayacak olursak eğer Japonya da mide kanserinin insidansının yüksek olduğu Hindistan'da ise düşük olduğunu söyleyebiliriz (Akdemir, 2005:5).

Kadınlarda ise en çok karşılaşılan kanser türü meme kanseridir. Kanser teşhisi alan her 4 kadından 1'ine meme kanseri teşhisi konulmaktadır. Türkiye'de meme kanseri teşhisi alan kadınların yaş dağılımına bakıldığında %44,5'inin 50-69 yaş arasında olduğu %40,4 ünün ise 25-49 yaş aralığında olduğu tespit edilmektedir (<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/8635,kanser-istatistikleridocx.docx?0>).

Ülkemizdeki durumu değerlendirdiğimiz de ise bölgeler ve iller arasındaki farklılıklar bulunmaktadır. Kanser insidansının en yüksek olduğu coğrafi bölge Ege'dir. İkinci sırayı ise Karadeniz bölgesi izlemektedir (Türkiye Sağlık İstatistikleri, 2006).

Kanserin görülme sıklığı dünyada ve ülkemizde hızla artmaktadır. Kanserin erken teşhis edilmesi kanser tedavisinde nihai bir başarının elde edilmesinde oldukça önemlidir. Bu bağlamda da kanserin erken teşhisinin yapılabilmesi için Sağlık Bakanlığı politikalar üretmektedir. Kamu spotları hazırlamakta ayrıca meme kanseri taramasını da mobil olarak hizmete sunmaktadır. Günümüzde kullanılan kanser tarama metotları sayesinde kanserin erken teşhis edilmesi olanaklı hale gelmiş ve hasta için ciddi bir şans doğurmuştur (Güni, 2005:3).

Türk Kanser Araştırmaları ve Savaş Kurumu Derneği'nin bildirdiğine göre ülkemizde her yıl tahminen 150 bin yeni kanser vakası tespit edilmektedir. Cinsiyet dağılımına baktığımızda erkeklerde en sık akciğer kanseri, kadınlarda ise en sık meme kanseri teşhis edilmektedir (Türk Kanser Araştırmaları ve Savaş Kurumu Derneği[TKASK], 2014).

Dünya’da en çok teşhis edilen kanser türleri sırasıyla; 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 bildirilmiştir (International Agency for Research on Cancer Globocan[IARC], 2012).

1.1.3. Kanserın Psiko-Sosyal Boyutu

Kanser; teşhis anından yaşam sonu döneme kadar hem bireyde hem de yakın çevresinde birçok psiko-sosyal problemi de beraberinde getiren yaşadığımız çağın önde gelen kronik hastalıklarındandır. Kanser teşhisi bireyde yarattığı fiziksel değişimlerin yanı sıra ekonomik, sosyal konumunda da değişimlere neden olmaktadır. Kanserın tedavisinin uzun ve maliyetli oluşu bireyin iş hayatına ara vermesine neden olmakta bu durumda ekonomik olarak hastayı ve aile fertlerini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu bağlamda değerlendirildiğinde kanserin sadece birey üzerinde fiziksel etkileri olan kronik bir hastalıktan ziyade yaşam dengelerini alt üst eden bir hastalık olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Tanı ile birlikte hem hasta bireyin hem de yakınlarının yaşam tarzı, gelecek planlamaları, hayattan beklentileri tümüyle değişebilmektedir (Demirel, 2015).

Kanser, bireyin psikolojisinde derin izler bırakan ve bireyin psiko-sosyal güçlerine etki etme potansiyeli en yüksek olan hastalık grubudur. Kanser teşhisi, tedavi yöntemleri ve hastanın kansere verdiği anlama bağlı olarak hastada kaygı ve çaresizlik düzeylerinin artmasına neden olmaktadır (Özkan, 1999:143). Değişen yaşam standartları, rol değişikliği, ekonomik sorunlar, hastada beliren bakım ihtiyacı, geleceğe ilişkin planlamalardaki belirsizlik hastanın yakınlarında korku ve kaygıya sebebiyet veren faktörlerin başında gelmektedir (Turan, 1984). Kanserli bireye bakım verme hastalığın ilk evresinde sonuçlanan bir durum olmayıp aktif tedavi süreci tamamlanıncaya kadar süregelen belirsiz bir süreçtir (Haun vd., 2014:275). Bu nedenle kanserli bireyin bakım sorumluluğunu üstlenmek hasta yakını için başlı başına bir stres faktörü olabilmektedir. Bu stres faktörleri arasında aile içi rollerde meydana gelen değişimler, hastanın ağrılarının artması, sosyo-ekonomik güçlükler, hastalığa uyum sürecinde yaşanan kötü psikolojik süreç gösterilebilir (Silver ve Wellman, 2002; Terakye, 2011; akt. Karakartal, 2017:96-109).

Rivera, (1992; akt. Tuncay, 2009:240) tarafından yapılan çalışmada kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin depresyon düzeylerinin yüksek olduğu ve depresyona bağlı yorgunluk ve uykusuzluk, konsantrasyon bozukluğu yaşadıkları belirtilmiştir.

Kanser teşhisi alan hastanın ve yakın çevresinin bilişsel, psikolojik, spiritüel ve sosyal alanlarında meydana gelecek olumsuz etkiler kaçınılmaz bir durumdur (Tuncay, 2010) Kanserli bireye bakım verenlerin bu olumsuz durumları en aza indirgeyebilmesinde sosyal destek önemli bir faktördür.

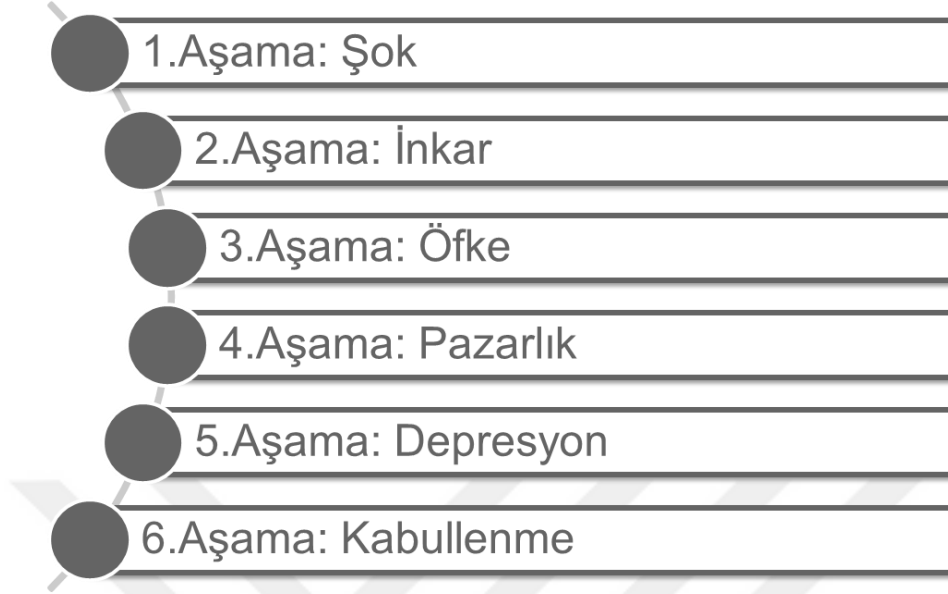
Son yıllarda teknolojiye bağlı gelişmelere paralel olarak kanserin tedavi sürecinde de bir takım olumlu gelişmeler yaşanmıştır. Fakat kanser halen, ölüm, acı, umutsuzluk kelimeleri ile eş değer tutulmaktadır (Işıkhan, 2007:17).

Hastaların hayatta kalım sürelerinin uzaması bakım veren hasta yakınlarının sosyal ortamlarından uzaklaşmalarına ve bu süreçte hastanın bakımı ile yakından ilgilenmelerini gerekli kılmıştır (Kitrungröter ve Cohen, 2006).

Özkan'a (2002, s.348) referansla "yaşamsal bir kriz" olarak nitelediği kanserin bireyin iç dünyasında meydana getirdiği yansımalarına değinmekte oldukça yararlı olacaktır. Kanser teşhisi alan bireyler tanı anından itibaren bu zorlu sürece bir dizi tepkiyle karşılık verirler. Bu tepkilere ilişkin Elisabeth Kübler Ross tarafından 1997 yılında yapılan sınıflandırma günümüzde halen geçerliliğini korumaktadır(Tuncay, 2010: 28).

Kübler-Ross, kanser teşhisi ile birlikte bireyde meydana gelen duygusal tepkileri saptamak amacıyla 500 kanser hastasıyla yaklaşık iki yılda yaptığı çalışmada hastaların 6 aşamalı bir süreçten geçtiklerini saptamıştır. Bu süreçler aşağıda belirtilmiştir (Ross, 1977; akt. Özkan, 2001).

Şekil 3: Elisabeth Kübler Ross'un Sınıflandırması



(Kaynak: Ross, 1977 akt. Tuncay, 2009).

Ross tarafından yapılan bu sınıflandırma halen geçerliliğini korumaya devam etmektedir (Ross, 1977; akt. Tuncay, 2009).

1. **Şok:** Bireyin tanıyı öğrendiği zaman verdiği ilk tepkisidir. Bu süreçte bireyin yanında olunması, güven ve umut verilmesi tavsiye edilir (Yazıcı ve Kaan, 2014:129).
2. **İnkâr:** Bu süreçte ise birey hastalığı kabul etmez ve farklı hekimlere başvurur. “Ben kanser olamam, bu gerçek olamaz!” gibi tepkilerde bulunan birey bu sayede kanser gerçeğinden uzaklaşma çabası içerisinde (Tuncay, 2009:28).
3. **Öfke:** Bu dönemde ise birey tanıyı koyan hekimlere ve ailesine karşı öfke duyabilmekte ve en ufak bir durum karşısında irrite olabilmektedir.
4. **Pazarlık:** Hasta tedavi planına uyum gösterme ve sağlık profesyonelleri ile iş birliği yapmaktadır.
5. **Depresyon:** Bu dönem de ise birey kendisinde ve sosyal yaşamında meydana gelen değişimlerin farkına varır. Değişen yaşam tarzı ile birlikte sosyal izolasyona uğrayan birey yoğun çaresizlik ve yalnızlık duygularıyla depresyon hali yaşayabilir.
6. **Kabullenme:** Bu süreçte ise birey hastalığı ve getirilerini kabul etmiştir. Herhangi bir pazarlık veyahut depresyon söz konusu değildir. Birey ölüm

gerçeğini kabul etmiştir (Arıkan, 2003:119-130; Mars, 2006:319; Elbi, 2001:5-10).

Kanser, genellikle duyulduğu ilk andan itibaren insanın aklında çaresizlik, suçluluk, acı, ölüm, terk edilme gibi düşünceleri uyandırmaktadır (Kelleci, 2005).Kanserli birey sadece kanserle başa çıkmaz aynı zamanda kanserin yan etkileri ile de mücadele etmek zorunda kalır. Örneğin; kemoterapi ve radyoterapi sonrası meydana gelen saç dökülmeleri, iştahsızlık, bulantı, kusma, yorgunluk ve anksiyete kanser hastalarının yoğun bir biçimde mücadele etmek zorunda kaldıkları başlıca semptomlardır (Akçay ve Gözüm, 2012).

Kanserin ölümcül bir özellik taşıyor olması hasta da yoğun bir anksiyete ve ölüm korkusuna neden olmaktadır. Kanser hastalarının başlıca korkuları Özkan (1993; akt. Güni, 2005), tarafından şu şekilde sıralanmıştır:

- Vefat
- Aile üyelerine, eşe ve tıbbi tedaviyi üstlenen hekime bağımlı olma
- Fiziksel görünümde bozulma
- Sosyal hayatında(İş, okul vb.)kısıtlanmalar
- Sosyal izolasyon ve sosyal ilişkilerin zarar görmesi
- Rahatsızlık ve ağrı

Fiziksel sorunlarla baş etmeye çalışan kanserli birey bir taraftan da geleceğe ilişkin yoğun bir belirsizlik yaşamaktadır. Bu durumda hastanın psikiyatrik birtakım sorunlar yaşamasına sebebiyet vermektedir. Derogatis ve arkadaşları (1983; akt. Şenler, 2001) tarafından yapılan çalışmada kanserli bireylerin sıklıkla (% 47) psikiyatrik sorunlar yaşadığını ortaya koymaktadır. Bu sorunların büyük çoğunluğunu uyum bozukluğu (%68) , depresyon (% 13) olduğunu organik ruhsal bozukluk (% 8), kişilik bozukluğu (%7) ve anksiyete (% 4) yaşadığını belirlemiştir.

Kanserli bireyin yaşamış olduğu psikiyatrik sorunların ne derecede olduğuna ve bu sıklığa etki edebilecek nedenlere ilişkin Ateşçi vd. (2003; akt. Demirel, 2015) tarafından yapılan araştırmada; kanserli bireyin % 28,7'si bir DSM-IV Eksen I tanısı almıştır. Ayrıca araştırmada uyum bozukluğu ve major depresif bozukluk en çok karşılaşılan tanımlar olarak belirlenmiştir.

Kanser teşhisi bireyde öfke, kızgınlık duygusunun yanı sıra depresyona da neden olabilmektedir. Öfke duygusunu ifade etmede güçlük yaşayan bireyde depresyon gelişme potansiyeli de yüksektir. Bu nedenle bireyin kendisini ifade etmesinde destekleyici gruplara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu bağlamda da yakın çevresi tarafından desteklenmesi önem taşımakta olup bir diğer destek grubu ise sosyal hizmet uzmanları ile birlikte sağlık ekibidir (Tuncay, 2009).

Kanserli birey gelecekle ilgili oldukça endişe içerisindedir. Bu yüzden hastanın yoğun düzeyde yaşadığı korku ve çekincelerini ortadan kaldırmak için emosyonel onarıma ve psikososyal desteğe ihtiyaç duymaktadır (Türkbıkmaz, 1994).

Yukarıda da bahsedildiği üzere kanserli bireyin bu zorlu ve yoğun anksiyete sebebiyet veren hastalık sürecine uyumunda yakın çevresinin desteği önemli bir role sahiptir. Kanserli bireyin hem bakım sorumluluğunu hem de hastalığa psiko-sosyal adaptasyon sağlamasında önemli bir işleve sahip olan hasta yakınları da birtakım sorunlarla baş etmek zorunda kalmaktadırlar. Aşağıdaki başlıkta kanser hastalarının yakınlarının kanseri anlamlandırma sürecinde yaşadıkları sorunlara değinilmiştir.

1.1.4. Kanserli Bireyin Yakınlarının Kanseri Anlamlandırma Süreci

Yapılan çalışmalar da göstermektedir ki kanserli bireyin bakım sorumluluğunu üstlenen aile üyeleri de hastalar kadar olumsuz etkilenmektedirler. Yaşadığımız toplumun örf adetleri gereği de primer bakıcılar genellikle aile üyeleridir. Sevdikleri insanı kaybetme riski ile karşı karşıya kalan hasta yakınları bir yandan kaybetme korkusu yaşarken diğer yandan ise kendisine düşen rol ve sorumlulukların altında ezilirler. Genellikle kendi hislerini ve kaygılarını arka plana iterek kanserli yakınlarının morallerini en üst seviyede tutmak için çaba gösterirler (Nijboer vd., 2000; akt. Koç, Sağlam ve Çınarlı, 2006:3). Bir yandan da değişen aile içi rol ve sorumlular ile birlikte kanser hastalarının yakınlarına da yeni roller yüklenmektedir. Kanser beraberinde ekonomik kayıpları da getirmektedir. Ekonomik sorunlarla başa çıkmaya yönelik fazladan çaba gösteren aile fertleri yorgun ve umutsuzdurlar (Kızıler, 2007).

Günümüzdeki mevcut durum değerlendirildiğinde de hastalıkların kronik bir hal aldığı ve hastaların sağ kalım sürelerinin uzadığı bu durumda bakım ihtiyacı duyan hasta sayısının önemli bir miktarda artmasına neden olmuştur. Nitekim bu yüzden bakım veren kişi kavramı önem kazanmıştır (Atagün vd., 2011:513-52). Aile içerisinde bakım sorumluluğunu üstlenen bakım verici bireyler oldukça yıpratıcı ve zorlayıcı bir süreçle baş başa kalmaktadırlar (Özlü vd., 2015:153-147). Hastalığın seyrinin kötüleşmesi ve tıbben yapılacak bir müdahalenin kalmadığı süreçle birlikte hasta bireyler öz bakımlarını karşılamayacak durumlara gelebilirler. Fiziksel görünümde meydana gelen olumsuz değişimlerin yanında ruh sağlığında da ciddi bozulmalar meydana gelen hasta bireyin yakınları açısından da farklı etkiler doğuran faktörlerdendir. Sevdiklerini bakıma muhtaç vaziyette görmek hasta yakınları için oldukça ağır bir durumdur. Bu durum tüm aile üyelerini duygusal olarak yıpratır ve rol ve sorumluluklarına yenilerinin eklenmesine neden olur (Kahveci ve Gökçınar, 2014:1-7; Bonnel, 1996:23-27; Altun,1998:71-78).

Kanserin aile fertleri ve bakım vericiler üzerine psikolojik etkilerini inceleyen çalışma örneklerinin bazılarında aşağıda yer verilmiştir.

2015 yılında Tayvan'da yaşayan orta yaşlı bireylerdeki ölüm sebeplerinin ilkinin kanser oluşturmaktaydı. Tüm ölüm oranları ele alındığında da %42,8 gibi ciddi bir oranın kanser nedeniyle ölümler oluşturmaktaydı. Bu nedenle orta yaş düzeyindeki ölüm oranlarının aile fertlerine ve çalışma hayatına etkilerinin araştırılmasına yönelik gerçekleştirilen çalışmada; kanserin genç, ergen yetişkinlerde önemli bir etkiye sahip olduğu göstermiştir. Sürecin sadece anne-babalık rolünü yerine getirememenin dışında çocukların fiziksel ve ruhsal sağlıklarını etkileyen, ailenin işlevselliğinde anlamlı değişikliğe neden olan kronik bir hastalık olduğunu ortaya çıkarmıştır. Çocuklarda ortaya çıkması muhtemel sorunlar korku, anksiyete, stres, depresyon uyku sorunları, psikosomatik belirtiler olarak tanımlanmıştır (Chen, vd., 201; akt. Kabakaş, 2018:3).

Uzun bir dönem kanserle mücadele veren hasta ve yakınlarını kapsayan bir diğer çalışmada ise bakım sorumluluğunu üstlenenlerde anksiyetenin depresyondan daha yaygın olduğunu hatta bazı durumlarda hasta yakınlarının hastadan daha çok anksiyete yaşadığını ortaya koymuştur (Mitchell vd., 2013).

2007 yılında gerçekleştirilen bir diğer çalışmada ise ileri evre meme kanseri olan kadınlar ve aile üyelerinin kanserle baş etme motivasyonu, yaşam kaliteleri ve kanserli kadın ile aile fertlerinin baş etme ve kanseri algılamasında fark olup olmadığı üzerine olmuştur. Çalışma sonucunda elde edilen verilerde kanserli kadının kanserle başa çıkma sürecinde sosyal desteğin birincil yöntem olduğu, aile üyeleri ile geçirilen zaman, olumluya odaklanma, dikkati hastalık dışı aktiviteler vererek yaşam kalitelerini arttırmaya çalıştıkları görülmüştür. Primer bakım verici olan aile üyelerinin ise bu süreç içerisinde psikolojik olarak daha çok etkilendikleri, hastalığı inkar ettikleri ve alkol tüketimlerinin arttığı ve hastalıkla başa çıkmada maladpative başa çıkma yöntemleri kullandıkları bu durumun da yaşam kalitelerini önemli bir oranla düşürdüğü gözlenmiştir (Kershaw vd., 2007; akt. Kabakaş, 2018:5).

Yaşlı kanser hastalarının bakım sorumluluğunu üstlenen hasta yakınlarının depresyon, sosyal izolasyon, korku gibi duygusal ve iştahsızlık, uykusuzluk gibi fiziksel alanlarda yaşadıkları güçlükler diğer bakım veren bireylere nazaran daha fazladır (Given ve Sherwood, 2006; akt. Karabuğa, 2009). Hastanın işlevselliğinde; kanserin evresi, metastaz durumu, tedavi sürecinde ortaya çıkan komplikasyonlar etki etmekte olup hastaların iyilik hallerinin zarar görmesine sebebiyet vermekte bu durumda bakım verenlerin duygusal karışıklık ve anksiyete yaşamalarına neden olmaktadır (Given et al 2004; Kitrungrrote and Cohen, 2006; Given ve Sherwood, 2006; akt. Karabuğa, 2009).

Nitekim Dumont ve arkadaşları (2006; Akt. Karabuğa, 2009:15) tarafından yapılan çalışmada hastanın yaşam sonu döneme yaklaşmasıyla aynı doğrultuda bakım veren aile bireylerinin de psikolojik sıkıntıların yanı sıra depresyon ve anksiyete eğilimlerinin arttığı ortaya konulmuştur.

1.2. Kanserde Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi

1.2.1. Sosyal Destek Kavramı ve Gelişimi

Literatüre bakıldığında sosyal desteğin "sosyal destek", "sosyal bağ" ve "anlamli sosyal ilişkiler" gibi çeşitli ifadeler altında ele alındığı görülmektedir. Çalışmanın bu bölümünde sosyal destek kavramı ve gelişimine yer verilecektir.

Sosyal destek kavramının teorik temellerine bakıldığında çok sayıda çatışmanın olduğu ve net bir görüş birliğinin olmadığı görülmektedir (Vakux, 1988 akt. Anderson ve Smith, 2000:452; akt. Kabakaş, 2018:5). Sosyal desteğin varlığının ne derece öneme sahip olduğu bir asır öncesinde ortaya konmuş, bireyin zorlu yaşam olaylarıyla başa çıkmasında ve stres faktörleri ile başa çıkmada direnç oluşturmada etkili bir rol oynadığı belirtilmiştir.

20. yüzyılın başlarında Emile Durkheim ile anılmaya başlayan sosyal destek kavramına ilişkin 1897 yılında yaptığı “İntihar” isimli çalışmasında sosyal uyumsuzlukların bireyin psiko sosyal iyilik halini olumsuz etkilediğini ve toplumla bütünleşemeyen bireylerin intihar riski taşıdığını ortaya koymuştur. Yakın sosyal ilişkileri olan bireylerin intihar riskinin de düşük olduğunu belirtmiştir (Özbesler, 2001).

Teorik temelleri Kurt Lewin’in alan kuramına ve davranış tanımına dayanan sosyal destek kavramına ilişkin en kapsamlı çalışma Pearson (1990; akt. Yıldırım,1997) tarafından yapılmıştır. Pearson çalışmasında sosyal destek kavramının önemini, anlamını ve psikoloji danışmadaki işlevini ayrıntılı bir şekilde ele almıştır. Literatüre girmesiyle birlikte sosyal destek kavramı ve ruh sağlığıyla ilgili yapılan araştırmaların başlamasıyla farklı tanımlara gidilmiştir (Mutlu, 2012; akt. Demirel, 2015:27). Sosyal destek kavramı çok yönlü ve tanımlanması oldukça güç olan bir kavramdır (Çiçek, 2012; akt. Demirel, 2015:27).

Birçok araştırmacı tarafından çeşitli açılardan ele alınan sosyal destek kavramına ilişkin tanımlamalar yapılmaya çalışılmıştır. Literatüre bakıldığında birçok tanıma ulaşmak mümkündür. Özbesler (2001:9), sosyal destek kavramının işlevsel tanımlamasının çok az olduğunu fakat çeşitli araştırmacılar tarafından yapılan tanımlamalarla birlikte tam bir tanım oluşturmaya çalışıldığını belirtmektedir.

Sosyal destek sıklıkla “kişiler arası ilişkilerde insanları, kaygının olumsuz etkilerinden koruyan mekanizmalar” olarak tanımlanmaktadır (Berterö, 2000:93; akt. Işıksan, 2007:17).

Cobb (1976:301) 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.

Sosyal desteğin stresle başa çıkma potansiyelini ve hastalık-sağlık durumları açısından ilişkisini açıklamaya çalışan iki kuramsal görüş hakimdir:

A)Temel ya da Doğudan Etki Kuramı:

Bireyin stres yaşayıp yaşamamasına bakılmaksızın sosyal desteğin sağlık açısından yararı yadsınamaz. Bu görüşe göre stres düzeyi her ne olursa olsun bireyin sağlığı için sosyal desteğin yararlı etkileri olduğu ve geniş bir sosyal ağ içerisinde olan bireyin, gerekli durumlarda yardım görüyor olması, sosyal çevresinde sevilen ve değer gören biri olması bireyin kendini mutlu ve güven içerisinde hissetmesine neden olur. Sosyal destek her ne kadar güçlü olursa bireyin sağlıklı bir yaşam tarzını seçmesinde de teşvik edici bir role sahip olur. Örneğin; diğer bireylerin onu düşündüğünü ve ihtiyaç duyduğuna olan inancı bireyin sağlıklı beslenmesine, egzersiz yapmasına, önemli boyutta bir sağlık problemi ortaya çıkmadan tıbbi yardım almasına neden olabilir (Sorias, 1988:359-363; akt. Savcı, 2006).

Sosyal ağları zayıf olan bireylerde ise anksiyete ve değersizlik duyguları daha sık görülmektedir. Herkes ihtiyaç duyduğu sosyal desteği görememekte veyahut beklediği ölçüde tatmin sağlayamamaktadır. Bireyin sosyal destek görmesini etkileyen faktörleri genel hatlarıyla 3 başlık altında değerlendirebiliriz (Sorias, 1988:359-363; akt. Savcı, 2006:15).

a) Desteğe gereksinim duyarak bunu alanlara (recipients of support) ilişkin bazı etmenler:

Bireyin destek ihtiyacı diğer bireylere yansımadağı takdirde destek göremeyebilir. Bireyler her zaman yardım isteme konusunda cesaretli davranamayabilirler. Sorunları ile diğer bireylerinde sıkıntı yaşamalarını istemeyebilirler.

b)Diğer etmenler ise potansiyel destek vericilerle (providers of support) ilgilidir:

Bu bireyler gereksinim duyulan kaynaklara erişim sağlayamıyor olabilir. Ayrıca endişeli olabilir ya da bireyin ihtiyaçlarına karşı yeterli duyarlılığa sahip olmayabilir.

c)Bireylerin çevrelerindeki sosyal ilişkiler ağının (social network) yapısına ve oluşumuna da bağlıdır:

Bireyin ailesi, iş hayatı ve toplum içerisinde ilişkisi bulunan diğer bireylerle kurmuş olduğu iletişim bireyin sosyal ağını oluşturmaktadır. Bu sosyal ağın hem niteliği hem de niceliği bireyin sosyal destek alma düzeyini etkilemektedir.

B)Tampon Etkisi Modeli:

Yüksek sosyal destek düzeyi bireyin hayatında strese neden faktörlere karşı bireyin korunmasında önemli bir role sahiptir. Birey karşılaştığı olumsuz bir durum karşısında doğal destek sistemlerine başvurabilir. Almış olduğu sosyal destek bireyin sağlığına da olumlu etkide bulunur. Nitekim bu konuda yapılan çalışmalar da bize göstermektedir ki sosyal destek düzeyi yüksek olan birey içinde bulunduğu ortamı daha az stres verici olarak algılamaktadır. Sosyal destek, stres veren etmenleri tamamen ortadan kaldırırsa bile bireylerin stres düzeylerini azaltarak içinde bulunduğu sıkıntılı durumla daha istekli bir şekilde mücadele etmesine katkı sağlar (Sorias,1988:359-363; akt. Savcı, 2006).

Eker ve diğerleri (2001:18) 1970'lerden itibaren sosyal desteğin bir başa çıkma mekanizması olarak araştırmacılar tarafından ilgi gösterildiğini, stresin olası risklerine karşı kişileri koruduğunun ileri sürüldüğünü, stres faktörleri ve sağlık arasındaki ilişkiyi konu alan birçok çalışma yapıldığını belirtmektedirler.

Mueller (1980) sosyal desteğin, psikopatoloji meydana gelmesinde koruyucu bir rol üstlendiğini, Kashani ve diğerleri (1987; akt. Özbay vd., 1994:119) ergenlerle yaptıkları çalışmalarında özellikle anne ve babadan alınan desteğin kişilik gelişimi ve sosyal uyumu açısından önemli olduğunu vurgulamaktadırlar.

Kanserli bireyin verdiği sağlık m¼cadelesinde sosyal destek önemli bir yer tutmaktadır. Sosyal destek hem hasta birey için hem de sosyal desteği sağlayan kişi için olumlu etkileri olan bir mekanizmadır. Özellikle kanserin teşhis edilmesiyle birlikte sosyal destek ihtiyacı artmaktadır. Sosyal destek mekanizmalarından ilk akla gelenleri şüphesiz aile ve yakın akraba çevresi, arkadaşlar, sağlık bakım ekibidir. Sosyal desteğin niteliği de oldukça önemlidir (Işıkhan, 2007:16).

Yaşam sürecinde karşi karşiya kalınan problemlerin ve olumsuz olayların birey üzerindeki zarar verici etkisini azaltılmasında sosyal destek tampon işlevi üstlenmektedir (şahin, 1999: 79-106).

Zihinsel ve fiziksel sağlık için sosyal destek önemli bir faktördür. Sosyal destek mekanizmaları fazla olan bireyler diğer bireylere kıyasla kendilerini daha sağlıklı hissetmektedirler. Yapılan çalışmalarda duygusal desteği kuvvetli olan bireylerin kaygı düzeylerinin daha düşük olduğunu ve fiziksel sağlığa kavuşma şanslarının daha yüksek olduğunu bildirmektedir (Zakowski ve diğer., 2003:272; akt. Işıkhan, 2007:19). Ayrıca bakım sorumluluğunu üstlenen aile üyelerinin depresyon ve anksiyete yaşamasında temel neden sosyal destek sistemlerinin azlığı olarak gösterilmektedir (Jeong ve An, 2017; akt. Kabakaş, 2018:6).

Yakın çevresinden yeterli düzeyde destek alan ayrıca akrabalık ve arkadaşlık ilişkileri kuvvetli oluşunun hasta yakınlarının yaşam kalitesine pozitif yönde etki ettiği, hastalığa ve sürece uyum sağlama noktasında uyumlarının daha iyi olduğu bilinmektedir (Morse ve Fife,1998; Nijboer, 1999; Mangan, Taylor, Yobroff, Fleming ve Ingham, 2003; akt. Karabuğa,2009).

Yapılan çalışmalar göstermektedir ki sosyal destek düzeyi düşük olan hasta yakını bakım sorumluluğunu paylaşma noktasında yalnız kalmakta ve bu durumunda günlük yaşam akışını olumsuz etkilenmektedir (Mystakidou, 2007; akt. Tuncay, 2009).

1.2.1.1 Sosyal Desteğin İşlevleri

Sosyal destek olgusunda alıcı ve verici olarak adlandırılan bireyler arasındaki kaynak alışverişinde alıcının iyilik halini arttırmaya yönelik olduğunun algılanması gereklidir. Sosyal desteği ifade eden 4 temel işlevin üzerinde durulmaktadır. Bu işlevler şöyle sıralamak mümkündür:

- **Empatik veya Duygusal ilgi / Duygusal destek**

Hasta bireyin hastalık sürecine ilişkin duygu ve düşüncelerini açığa vurmasında cesaretlendirme, söylediklerini özenle dinleme, anlamaya çalışma ve ona sevildiğini hissettirmektir. Bireyin almış olduğu bu duygusal destek hastalık sürecine duygusal açıdan bireyi rahatlatmakta ve güçlendirmekte, özgüvenin artmasını sağlamaktadır (Işıkhan, 2007: 21).

- **Yardım (Araçsal) Sosyal Destek**

Sadece aile üyeleri ve bireyin arkadaşları için geçerli olan araçsal destek ise hastaneye yatış ile birlikte ev ve ev dışında yapılması gereken örneğin elektrik, su faturasının ödenmesi, çocukların bakımı, ev işleri gibi yapılması gereken gündelik zorunlulukların bireyin yerine yapılmasıdır. Bireyin sorunun birincil olarak onun adına çözüme kavuşturma gibi bir yararının olması diğer destek türlerinden farklı olmasına neden olmuştur (Nur ve Şahin, 2011 akt. Demirel, 2015:28).

- **Bilgi Desteği**

Hasta bireye nasıl yardımcı olunacağı konusunda bilgi sunma, hastalık sürecine dair merak ettiklerinin hastanın bakımını üstlenen sağlık personeli tarafından cevaplanmasıdır (Işıkhan, 2007: 21).

- **Güvence Veren Sosyal Destek**

Yakın çevresi tarafından bireyin desteklenmesi, aynı duygu ve düşüncelere sahip olduğunun hissettirilmesi veyahut kendisinden daha zor durumda olan kişilerle mukayese etmesine imkân sağlamasını içerir. Güvence veren sosyal destek ile hastanın moralini yüksek tutmaya ve yaşadığı bu kötü zamanların geçici olduğunu bir gün gelip biteceğini güzel günlerin geleceğini, espriler yaparak gülümsetmeye çalışılması, kısa bir

zaman diliminde de olsa hastanın sıkıntı ve dertlerinden uzaklaşmasına yardımcı olabilmektir (Işıkhan, 2007: 21; Demirel, 2015:28).

1.2.2. Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Aristo'nun "Nikomakhos'a Etik" ve Platon'un "Devlet", isimli eserleri yaşam kalitesi etrafındaki tartışmaların ortaçağ döneminden günümüze değin uzandığını göstermektedir (Edisan ve Kadioğlu, 2013:3). Fakat yaşam kalitesi kavramını 1960 yılında ilk defa Long'un "On the Quantity and Quality of Life" isimli makalesinde görmekteyiz.

Gelişen insan hakları anlayışı ile birlikte yaşam kalitesi kavramı planlanan veyahut hayata geçirilen tüm politik karar süreçlerinde önemli bir gösterge olmuştur. Bir anlamda toplumun nihayette ulaşmayı hedeflediği evrensel bir hedefe dönüşmüştür. Bu durumu Maslow (1970)'un ihtiyaçlar hiyerarşisi ile açıklanabilir. Maslow bu ihtiyaçları 5 başlık altında ele almıştır:

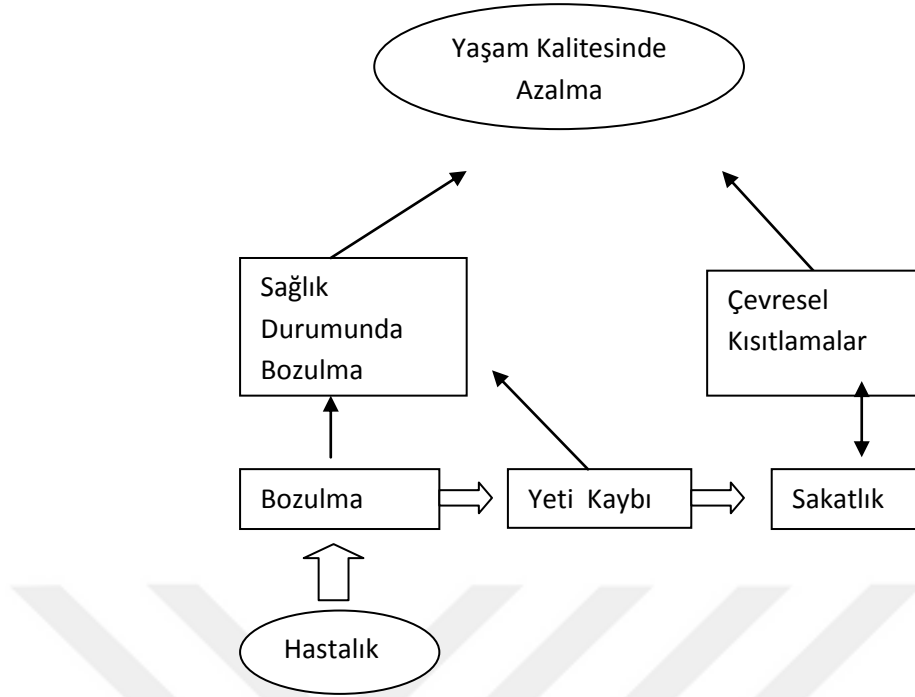
- 1.Fiziksel ihtiyaçlar(yeme, içme, barınma)
- 2.Güvenlik ihtiyacı (korunma, emniyette olma gibi)
- 3.Sosyal ihtiyaçlar (bir topluma ait olma ihtiyacı)
- 4.Saygınlık görme ihtiyacı (toplumda değerli kabul edilme, prestij)
- 5.Kişisel ilgileri/fikirleri/idealleri ortaya koyma ihtiyacı

Şekil:4 Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi



Maslow'un teorisi bize, insanın yaşamı boyunca giderilmesi gerekli olan birtakım temel gereksinimleri sıralarken yaşam kalitesi, bu ihtiyaçların nicelik ile birlikte nitelik olarak da önemli olduğunu vurgulamaktadır. Örneğin, uzun bir ömre sahip olmaktan ziyade yaşamın kaliteli olup olmadığı, gelirinin iyi olmasından ziyade bu gelirin kişiyi tatmin edip etmemesi gibi noktalar üzerinde durmaktadır. Ayrıca kalite, bireyin hayatının her alanında hedeflediği mükemmellik seviyesi olmalıdır (Aksungur, 2009:11; Torlak ve Yavuzçehre, 2008:23; akt. Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

Günümüzde yaşam kalitesi kavramının tüm bilimler tarafından kabul gören bir tanımı bulunmamaktadır (Bilir vd., 2005:663; akt. Boylu ve Paçacıoğlu, 2016). Fakat tüm tanımlarda ana faktör insan ve onun öznel değerlendirme sistemidir. Yaşam kalitesi kavramını; kişinin içinde bulunduğu toplumun kültürel ve değer sistemleri içerisinde hedefleri, beklentileri, standartları ile ilişkisel olarak yaşam içerisindeki pozisyonunun algılanması şeklinde tanımlanabilir. Yaşam kalitesi, sağlık durumunun ve tedavi sürecinin etkilerinin değerlendirilmesinde önemli bir sonuç ölçüm göstergesidir. Ancak her bireyin öznel oluşu nedeniyle her bireye farklı şeyler ifade etmesi nedeniyle yaşam kalitesinin net bir tanımı yapmak oldukça güçtür (Başaran, Güzel ve Sarpel, 2005).



Şekil 5: Hastalık ve Yaşam Kalitesi arasındaki etkileşimi gösteren WHO modeli

Kaynak: (Müezzinoğlu, 2014:26)

Calman ve arkadaşları tarafından yaşam kalitesi; hasta bireyin beklentileri ile hayata geçirdikleri arasındaki açık (gap theory) olarak tanımlanmaktadır (Calman, 1984:124-127). Hunt ve ark.(1981) tarafından ise bireyin yaşamındaki ihtiyaçların tespit edilmesi şeklinde tanımlanmıştır.

Gill ve ark. ise “hasta bireylerin sağlık durumları ve hayatlarının sağlık alanı dışında kalan kısmıyla ilgili hislerini gösteren, bireysel algısı” olarak tanımlamaktadır (Gill vd.,1994: 619-26).

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi grubu (WHOQOL) ise yaşam kalitesini "Hastanın, içerisinde yaşadığı kültürel değerler bağlamında, hem de kendi hedefleri, planlarını, standartları ve kaygıları açısından, yaşamdaki durumu ile ilgili kişisel algısı" olarak tanımlamaktadır (Kuyken vd., 1995: 1403-9; WHO, 1993).

Mevcut tanımlar incelendiğinde yaşam kalitesi kavramının yaşam memnuniyeti, psiko-sosyal iyilik hali, duygusal ve ekonomik statü gibi birçok faktörü içine aldığı görülmektedir (Fitzpatrick, 1992; Chung, Killingworth ve Nolan 1997; Moons, Budts ve Geest, 2006; akt. Karabuğa, 2009).

Fiziksel, psikolojik ve sosyal fonksiyon olmak üzere 3 ana alandan etkilendiği görülen yaşam kalitesi kavramında; fiziksel fonksiyon alanı ağrı, yorgunluk ve nefes darlığı gibi semptomları kapsamaktadır. Bireyin fonksiyonel durumunu değerlendirmede günlük yaşam aktiviteleri kıstas alınmaktadır. Psikolojik fonksiyonelliğini değerlendirme de ise bireyin iyilik hali, psikolojik stres ve mental yetenekleri ile birlikte bilişsel fonksiyonların ölçümüne odaklanmıştır. Kişiler arası ilişkileri değerlendirmedeki ölçüt ise bireyin aile yaşantısındaki rolünü yerine getirip getirmemesi, seksüel fonksiyonlar ve sosyal hayata katılımı gibi fonksiyonlar baz alınır (Mandzuk ve McMillan 2005, Ferrans, Zerwic, Wilbur ve Larson 2005; akt. Edisan, 2014).

Medikal ve sağlık hizmetleri alanında çalışma yürüten araştırmacılar bireyin iyilik halinin değerlendirilmesi amacıyla yeni niceliksel yöntemler geliştirmişlerdir. Geliştiren bu ölçümlerle bireyin sadece hastalığa ilişkin oluşan semptomların yol açtığı işlevselliğindeki bozulmaları ölçmek amacıyla kullanılmışlardır. Bu durumda yaşam kalitesi kavramının sağlıkla ilişkisinin gündeme gelmesine neden olmuştur (Moons, 2006; akt. Karabuğa, 2009:18).

Guyatt ve arkadaşları tarafından yaşam kalitesinin sağlıkla ilişkili bölümlerinin sınıflandırılmasında 3 alternatif temel alınmıştır.

- Fiziksel, sosyal ve emosyonel sağlık,
- Emosyonel sağlık, günlük yaşam aktiviteleri, sosyal ilişkiler, fiziksel durum, yetersizlik, rahatsızlık ve iatrojenik etkiler,
- Semptomlar, genel sağlık görüsü, somatik rahatsızlık, fiziksel fonksiyonlar, rol fonksiyonu ve emosyonel esenlik olarak belirtmişlerdir (Guyatt, Feeny and Patrick 1991).

Bireyin sosyal ilişkileri ve çevresiyle olan etkileşiminin boyutu yaşam kalitesi açısından önemli bir diğer göstergedir. Bu bağlamda bakıldığında ailenin birey için büyük bir öneme sahip olduğu söylenebilir. Bireyin “var olabileceği”, “ait olabileceği” ve “kendini gerçekleştirebileceği” destekleyici bir aile çevresi, yaşam kalitesini artmasında önemli faktörleri oluşturmaktadır (Özmete, 2010:456). Bu nedenle bireyin yaşam

kalitesi sosyal yaşamında elde ettiği kalite ile birlikte aynı doğrultuda artmaktadır (Hollar, 2003:96).

Özmete (2010:459) tarafından gerçekleştirilen çalışmada kuvvetli aile içi iletişimin, aile üyelerinin her konuyu birlikte konuşabiliyor olmasının yaşam kalitesi açısından önemli olduğu tespit edilmiştir. Kişinin sahip olduğu arkadaş, akraba ve komşu sistemleri önemli sosyal destek sağlayıcılarıdır (Hollar, 2003:100; akt. Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

Kabasakal ve Uz Baş (2013:32) tarafından gerçekleştirilen bir diğer çalışma ise sosyal ağı kuvvetli olan ve çeşitli aktivelerde yer almanın bireyin yaşam doyumunu arttırdığını ve bu durumda bireyin yaşam kalitesine olumlu yansıdığını ortaya koymuştur. Üniversite öğrencileri arasında gerçekleştirilen bir diğer çalışma ise herhangi bir öğrenci topluluğuna katılmış olanın herhangi bir topluluğa üye olmayanlara kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır (Eriş, 2012:9) .

1.3. Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu: Palyatif Bakım

1.3.1. Palyatif Bakım Tanımı ve İlişkin Kavramlar

"Palliate (Palliare)" latince kökenli bir kelime olup "koruyucu" ve "kapsayıcı" anlamına gelmektedir. İngilizce terminolojisinde ise hafifletici, geçici çare anlamlarını taşımaktadır. Genel kullanılan anlamı ise tıbbi tedaviden yanıt alınamayan durumlarda ölümcül hastalara ve yakınlarına sunulan destekleyici, rahatlatıcı bir bakım olarak ifade edilmektedir (Kabalak, Öztürk ve Çağıl, 2013:56-70). Türk Dil Kurumu palyatif sözcüğünü "geçişirici, önlem" şeklinde tanımlamaktadır (<http://www.tdk.gov.tr/> erişim tarihi 09.11.2018).

Dünya Sağlık Örgütü ilk defa 1986 yılında palyatif bakımın tanımlamasını yapmıştır. 1986 yılında yapılan tanımda palyatif bakım "tedavi edici yaklaşımların tükendiği, son dönem hastalarda yapılan bir uygulama" olarak tanımlanırken tanımın sadece kanser hastalarını kapsadığı anlaşılmış ve 2002'de palyatif bakım "yaşamı tehdit eden durumlarda sorunlarla karşı karşıya olan hastaların ve ailelerin yaşam kalitesini, ağrıyı ve fiziksel, psiko sosyal ve spiritüel boyuttaki diğer sorunları erken dönemde belirleyip değerlendirerek ve tedavi ederek geliştirilen bir yaklaşım" olarak tanımlamıştır.

Yeniden tanımlanan palyatif bakımda “hastalığın teşhisi ile birlikte palyatif bakıma başlanmasının önemini” vurguladığını görmekteyiz (Ovayolu ve Ovayolu, 2017:54-64).

Palyatif bakım uygulamalarında hayati riskle karşı karşıya kalan hasta ve yakınlarının teşhis anından itibaren desteklenmesi hem hasta bireyin hem de hasta yakınının yaşam kalitesinin korunmasında önemli bir etken olabilmektedir. Ayrıca palyatif bakım anlayışında hastanın ağrıları ve acılarını hafifletmenin yanı sıra hasta bireyin fiziksel, psiko-sosyal ve ruhsal bakımlarını da kapsayan bütüncül bir uygulamadır.

Hastalık ilerledikçe bireyde meydana gelen fiziksel değişimler, organ kayıpları ve diğer semptomların ilerlemesi hasta birey ve ailesi için ıstırap kaynaklarıdır. En sonunda, ölümlerle karşı karşıya kalmak hasta ve ailesi için başlı başına keder verici bir olaydır. Bu yolculuk sürecinde hasta yakınları hem hastanın yanında olmak hem de bu süreçte değişen rol ve görevleri ile yüzleşmek zorunda kalabilmektedirler (Wah ve Doris, 2007:26). Bu nedenle hastalık sürecinin tüm ailede değişimlere neden olduğu göz önüne alınarak kanserin aile hastalığı olduğunu söylemek mümkündür (Liao ve Arnold, 2006: 1172-4; Hebert ve Schulz, 2006:1174-87).

Palyatif bakımda hasta birey ve ailesine bütüncül bir bakım hizmeti sunulması ve yaşam kalitelerinde meydana gelecek bozulmaları minimize edecek şekilde hastanın konforunu ön planda tutan anlayış hâkimdir. Aileyi de bu bakım hizmetinin içinde değerlendirmek oldukça önemlidir. DSÖ palyatif bakımda ölümün de yaşam kadar doğal bir süreç olduğunu ve bu sürece saygı duyulması gerektiğini ifade etmektedir. Ayrıca palyatif bakım da ne ölümün hızlandırılması ne de ertelenmesini sağlamak gibi bir düşüncenin olmadığını vurgulamaktadır (DSÖ, 2016). Hasta bireyin ve ailelerin karşı karşıya kaldığı sorunların ortadan kaldırılması ve yaşam kalitelerinin artırılması odaklı bakım hizmeti ancak palyatif bakım anlayışı ile mümkün hale gelebilmektedir (Paul ve Lanken 2011:77-91).

Daha önceleri sıklıkla yaşam sonu bakımda kabul gören bu bakım modeli günümüzde yeni tanı, kür edilebilir hastalık, metastatik hastalık, yaşam sonu bakım, ölüm ve ölüm sonrası yas sürecini de kapsayacak şekilde; hastalar ve yakınlarının fiziksel, ruhsal, sosyal ve ekonomik gereksinimlerinin de giderilmesini de hedefleyen multidisipliner ve

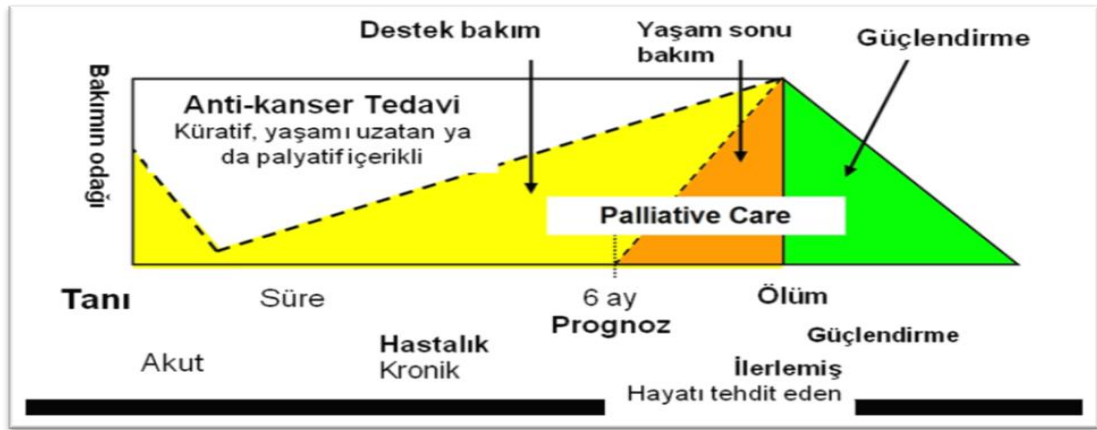
bütüncül bir bakım anlayışı olarak kendini yenilemiştir (Kahveci ve Gökçınar, 2014:1-7 ;Boyle, 2006; Temel, Joseph, Greer vd., 2010:733-742).

Palyatif bakım; hasta bakımın psiko-sosyal yönünü bütünleştirir ve yaşamın sonuna kadar gerekli destek sistemlerini sunarak hastanın mümkün ölçüde aktif yaşamasını sağlar (Can ve Aydın, 2015:2).

Palyatif bakım; Amerika Klinik Onkoloji Topluluğu (ASCO) tarafından yapılan tanımlamada ise hastalar ve aile üyeleri için acı ve ızdırap yaratan semptomlara ve yaşam kalitesini etkileyen diğer unsurlara yönelik iyileştirme faaliyetlerinin kanser bakımına entegre edilmesi olarak tanımlanmıştır (Smith ve ark., 2012).

Ulusal Kanser Enstitüsü (NCI) tarafından palyatif bakım ise; kanser gibi insan hayatını ciddi ölçüde tehdit eden hastalık tanısı almış bireylerin bu süreçte zarar gören yaşam kalite düzeylerini arttırmak amacıyla sunulan bakım hizmeti olarak tanımlanmıştır (<https://www.cancer.gov/about-cancer/advanced-cancer/care-choices/palliative-care-fact-sheet>).

Şekil 6. Palyatif Bakımın Odağı



Kaynak: Emanuel, L.L., Ferris, F.D., von Gunten, C.F., Von Roenn, J (2005).

EPEC- O: Education in Palliative and End-of-life Care for Oncology. © The EPEC Project,™ Chicago, IL. Akt. Turgay,2010:9.

1990'lı yılların başlarında Amerika'da kanser nedeniyle ölüm riski ile karşı karşıya kalan hastaların bakımı için kullanılan bir kavram olan palyatif bakımda; hastaya özgü bakım, aile üyelerine sunulan destek, multidisipliner ve bütüncül hizmet oldukça önemlidir. Kısacası bir bakım felsefesi olarak da tanımlayabiliriz. Temelinde hastanın bütüncül

bakımının sağlandığı ve aile üyelerinin de yas sürecine dâhil edilerek desteklenmesinin söz konusu olduğu bir bakım modelidir (Meghani,2004:152-161).

Medikal tedavi yöntemlerinin tükendiği tıbben yapılacak herhangi bir müdahalenin kalmadığı hastalar başta olmak üzere, tanı anından itibaren yaşam sonu döneme kadar hasta ve yakınlarının fiziksel, psiko-sosyal ve tinsel gereksinimlerinin karşılanmasında palyatif bakımın önemi büyüktür (Aydoğan ve Uygun, 2011: 4-9).

Toplumsal yapıda meydana gelen değişiklikler, bağımlı yaşlı nüfusun artması, tıp alanında meydana gelen ilerlemelerle birlikte hastalık sürecinin kronik bir hal alması, hane halkı nüfus sayısında azalma ve kadınların iş hayatına katılma oranlarının artması gibi çeşitli nedenler kronik süreçteki hastalara aile üyeleri tarafından sunulan bakım hizmetinin aksamasına veyahut yeterli olmamasına neden olmuştur. Bu durumda profesyonel bakım ihtiyacını doğurmuştur. Tam da bu nokta da palyatif bakım yaşamı tehdit eden kronik hastalıkla karşı karşıya kalan birey ve aile üyelerinin ihtiyaçlarının giderilmesi amacıyla ortaya çıkmış bir bakım türüdür (Lagman, 2005: 134-8).

Palyatif bakımın gelişimi hospislerin faaliyete geçmesiyle başlamıştır (Erdine, 2002).

Hospis

Hospis, terminal dönemde olan hasta ve ailesi için özel bakım ve destek hizmetlerinin uygulandığı bir programdır (Aydoğan ve Uygun, 2011:4-9; Kahveci ve Gökçınar, 2014:1-4).

Latince de hospis, misafir, misafirperverlik, yabancı ve otelci olarak bilinen “hopes”ve misafirperverlik, iyi ağırlama ve misafirhaneye karşılık gelen “hospitium” sözcüğünden köken almaktadır (Bağ,2012: 142-149).

Palyatif bakımın tarihsel süreci ortaçağ dönemine kadar uzanmaktadır. Hospislerin tarihsel sürecine bakıldığında ilk uygulamanın Romalılar zamanında milattan sonra IV. yüzyılda kiliselerde uygulandığı görülmektedir. Orta çağda aktifleştirilmeye çalışılan hospisler reform hareketleri nedeniyle kapatılmış ya da manastırlara dönüştürülmüştür.1842 yılına gelindiğinde ise hayatının son döneminde olan hastalara özgü ilk hospis merkezi uygulamasının Jeanne Gamier tarafından Fransa da açıldığını görmekteyiz (Dedeli vd., 2014:47-56).

Hospis bakım anlayışına öncülük eden ve ciddi ölçüde katkıda bulunan Jeanne Gamier, hospisi “yaşam sonu dönemde olan hastalara bu süreçte bakım sağlama ve eşlik etme” şeklin de günümüzde kullanılan anlamıyla tanımlayan ilk kişi olmuştur. (Guy, 2008).

Hospis bakım anlayışında; tüm tıbbi yöntemlerin denenip tıbben yapılacak herhangi bir müdahalenin kalmadığı durumlarda hastada oluşan fiziksel semptomların giderilmesine ya da en aza indirilmesine odaklanıldığı, yaşam sonu dönemde olan hastanın yaşam kalitesini korumayı hedefleyen kurumsal bir bünye içerisinde verilen bakım hizmetidir (Mavi, 2017).

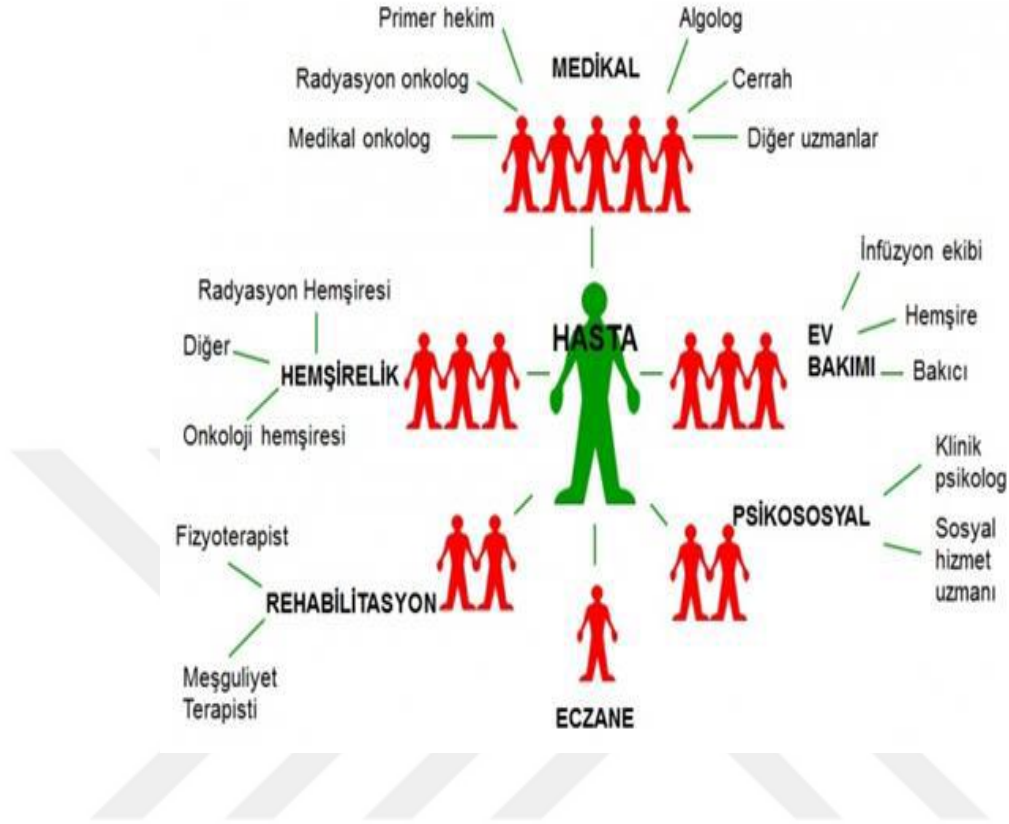
Evde Bakım

Geleneksel tıbbi bakım özel ve kamu kuruluşlarca organize edilen bir temada şekillenirken, palyatif bakım anlayışında ise ev ortamı bakım için esas ortam olarak değerlendirilir. Evde bakım; hastanın sevdikleri ile birlikte kendi yaşam ortamında görmüş olduğu tedavi ve bakım hizmetleri olarak tanımlanmaktadır.

Amaç hastane düzeyinde verilebilecek bakım hizmetinin hastanın kendi yaşam ortamında verilmesidir (Cindoruk vd., 2010 121-127). Kurumlar hastanın tedavisinde ve bakımında temel kaynağından ziyade destekleyici bir kaynak olarak görülür (Aydoğan ve Uygun, 2011:4-9).

1990’lı yıllarda Amerika’da kanser nedeniyle ölmek üzere olan hastaların bakımını için kullanılmış olan palyatif bakım kavramı; hastanın ağrılarını dindirip yaşam kalitesini korumayı hedefleyen bu sürece hastanın ailesini de dâhil eden multidisipliner bir ekip çalışması olarak tanımlamak mümkündür. Yaşam sonu dönemde olan hastanın ihtiyaçlarına her hasta için kendi özelinde cevap veren bir bakım anlayışına sahiptir (Meghani, 2004:152-161).

Şekil 7: Palyatif Bakım Ekibi



Kaynak: Yılmaz, 2015.

Kanser hastalarının tanı anından tedavinin bitimine değin süreci yönetirken bir araya geldiği hekim grubu onkologlardır. Kanserli hastalara yönelik palyatif bakım desteği farklı alanlarda da gerekli olabilmektedir. Her biri kendi içerisinde farklı uzmanlık alanları gerektiren bu gereksinimleri tek başına yönetilmesi söz konusu değildir. Bu nedenle palyatif bakım alanında uzmanlığa sahip kişilerden oluşan bir ekip çalışmasına ihtiyaç duyulmaktadır (Cherny, 2010:411-22).

Çoğunlukla multidisipliner bazen de interdisipliner bir yaklaşım gerektiren palyatif bakım ekibinin tüm üyelerinin destekleyici iletişim biçimleri ve semptomların kontrol altına alınması hususlarında nitelikli eğitim almış olmaları önemlidir. Sadece hasta odaklı olmayan palyatif bakım anlayışı bakımı bütüncül olarak değerlendirir ve hasta yakınlarını da sürece dahil eder. Palyatif bakım ekibinin çekirdek üyelerini şu şekilde sıralayabiliriz (Erel, 2009:287-298).

- Doktorlar
- Hemşireler
- Tıp alanında çalışan sosyal hizmet uzmanı veya psikolog

Hastanın ihtiyaçlarına göre fizyoterapist, diyetisyen, solunum terapisti, mesleki terapist, eczacı, alternatif tedavi yöntemlerinde (masaj tedavisi, reiki gibi) uzman kişiler cerrah, medikal onkolog, anestezi uzmanı, radyasyon onkolog veya farklı uzmanlık alanı gerektiren durumlarda da destek istenilebilir (Şekil 7).

Doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, din görevlisi ve ihtiyaç halinde çeşitli uzmanlık alanlarında çalışan terapistlerden ve gönüllü çalışanlarında yer aldığı bu ekibin farklı disiplinlerden oluşması hizmetin kalitesini de arttırmaktadır.

Palyatif bakım ekibinin önemli bir üyesi olan sosyal hizmet uzmanları hasta ve ailelerin başa çıkmada zorlandıkları psiko-sosyal, maddi, duygusal sorunları ile mücadele etmeleri konusunda yardımcı olmaktadır (Lawson, 2007:4; akt. Saruç, 2013:198). Ayrıca hasta yakınlarının sosyal işlevselliklerini kazanmasında, eğiticilik, danışmanlık, arabulucuk, savunuculuk ve organizatörlük gibi rollerini de devreye sokan sosyal hizmet uzmanları yaşam sonu dönemde olan hastanın yakınlarının desteklenmesine yönelik mesleki müdahalede bulunurlar (Danış, 2007:52).

Yaşam sonu dönemde olan hasta bireyin kaybının aile de oluşturacağı değişimlerin iyilik hallerine ve esenlerine risk teşkil etmesi halinde gerekli sosyal hizmet müdahalesini planlar ve hayata geçirir. Yaşam sonu dönemde sosyal hizmet müdahalesi daha çok hasta yakının güçlendirilmesine odaklıdır.

1.3.2. Palyatif Bakım Tarihsel Süreci

Günümüzde "palyatif bakım" ve "hospis" olarak adlandırılan bu bakım hizmetleri yakın yaklaşım felsefelerini içermekle beraber palyatif bakım hospis bakımı da kapsayan son dönem hastalara yönelik verilen bir hizmettir. Kökenleri ortaçağ dönemine kadar uzanan palyatif bakımın temeli hospis uygulamalara dayanmaktadır. Orta çağ

döneminde hospis (son dönem bakım) kavramı gezginlerin sığındığı ve korunduğu bir misafirhaneyi ifade etmekteydi (Kabalak,2012; Esper, 2005; Kömürçü ve ark., 2003; Rice, 2006).

Hospislerin tarihsel sürecine bakıldığında ilk uygulamanın Romalılar zamanında milattan sonra IV.yüzyılda kiliselerde uygulandığı görülmektedir. Ortaçağda aktifleştirilmeye çalışılan hospisler reform hareketleri nedeniyle kapatılmış yada manastırlara dönüştürülmüştür.1842 yılına gelindiğinde ise hayatının son döneminde olan hastalara özgü ilk hospis merkezi uygulamasının Jeanne Gamier tarafından Fransa da açıldığını görmekteyiz (Özçelik vd., 2014: 47-56).

Modern anlamda ilk hospis uygulama ise; hemşire ve sosyal hizmet uzmanı olarak görev yaptığı klinikte, terminal dönem kanser hastalarının yaşadığı ağrı ve diğer semptomların giderilmesine yönelik uygulamaların yetersizliğinin farkına varan Dame Cicely Saunders'in cesareti ve vizyonu sayesinde 1967 yılında Londrada St. Christopher Hospis merkezinin açılması ile hayat bulmuştur. Saunders, mesleki birikimini ve kişisel hayatını yaşam sonu dönemde olan hastaların bakımına adanmıştır. Ölmek üzere olan hastanın gereksinimlerine yanıt verilmesi ve bu süreçte ihtiyaç duyulan mekanizmaların belirlenmesi konusunda büyük uğraş gösteren Saunders aynı zamanda hasta yakınlarının da ihtiyaçlarına odaklanmıştır (Esper, 2005; Mirando, 2006; Kömürçü ve ark., 2003; Rice, 2006).

St. Christopher ,son dönem bakım için, holistik hasta bakım anlayışına dayalı palyatif bakım uygulamalarında prensiplerin belirlenmesinde odak olmuştur.

1960'lı yıllarda ise hospis bakım anlayışında modern uygulamalar artmış ve uluslararası boyutta farklı bakım şekilleri ile kendini göstermiş olup modern hospis hareketi palyatif bakımında temelini oluşturmuştur (Meghani, 2004).

1990'larda ise "palyatif bakım" kavramı Amerika da terminal dönemde olan hastaların bakımı için kullanılan bir kavram olmuştur. Hastaların kapsamlı bakımını ve hasta bakımını üstlenen aile üyelerinin yas sürecine hazırlıklı olmalarını amaçlayan bütüncül bir bakım anlayışı aynı zaman multidisipliner bir ekip çalışmasıdır (Meghani, 2004:152-161). Daha sonra sırasıyla 1973 yılında Kanada'da Royal Victoria, 1987 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde, Hotwitz Center ile devam etmiş, 1990'lı yıllarda ise

Yeni Zelanda, Avustralya, Japonya'daki kuruluşlarla dünya geneline yayılmıştır (Özkan, 2011: 69-74).

1.3.3. Dünyada Palyatif Bakım

Dünyadaki palyatif bakım örgütlenmesine bakıldığında; gelişmiş ülkelerde palyatif bakımın sağlık sistemlerine entegre sürecinin tamamlandığını ve ülkelerin gelişmişlik seviyeleri ile entegre sürecinin paralel olduğunu görmekteyiz. Yapılan çalışmalarda da elde edilen sonuç geliştirmekte olan ülkelerde palyatif bakım hizmetlerinin sağlık sistemleri içerisine dahil edilmesi sürecinin yapılanma aşamasında olduğu yönündedir.

Avrupa ülkelerinde palyatif bakım hizmetlerinin gelişimine yönelik 52 Avrupa ülkesini kapsayan çalışmada ilk sırada 882 palyatif bakım merkezi ile İngiltere yer almaktadır. Daha sonraki sıralamayı 471 merkez ile Fransa ve 331 palyatif bakım merkezi ile Almanya takip etmektedir (Centeno vd., 2007:463-471).

Dünya Palyatif Bakım Birliği (Worldwide Palliative Care Alliance-WPCA) 2011 yılında yayınladığı raporda 234 ülkeden 136'sının en az bir palyatif bakım merkezine sahip olduğu çok sayıda ülkede ise henüz palyatif bakım merkezine uygulamasına henüz geçilmediği belirtilmiştir. Bu nedenle dünya genelinde palyatif bakım merkezlerinin teşvik edilip artırılması kararı alınmıştır. Günümüzde palyatif bakım anlayışını kendi sağlık sistemine entegre eden 20 ülke bulunmaktadır. Bu sayı dünya genelinde %8.5'ine tekabül etmektedir. Görüldüğü üzere palyatif bakım merkezleri dünya genelinde oldukça düşük bir orana sahiptir (WHO-WPCA, 2011; akt. Utlu, 2015).

Wright ve arkadaşları; palyatif bakımı Dünya genelinde 4 gruba ayırmıştır

1.Grup; Bu grupta yer alan ülkelerin hospis veya palyatif bakıma ilişkin verdiği herhangi bir hizmet bulunmamakla beraber palyatif bakımı yaygın hale getirecek herhangi bir politikada üretilmemektedir.

2. Grup; Türkiye'nin de içinde yer aldığı bu grupta palyatif veya hospis girişimleri olmasına karşın tam anlamıyla gelişmemiştir. Yapılanma aşamasındadır.

3. Grup; Bu grupta yer alan ülkelerde palyatif bakım ülke genelinde aktif hale getirilmemiş sadece belirli bölgeler de hizmet vermektedir.

4. Grup; Bu grup içerisinde yer alan ülkelerde palyatif bakım ve hospis merkezleri sağlık sistemlerine entegre edilmiştir (Wright vd., 2006; akt. Özçelik, 2011:27).

1999 yılında İngiltere’de hastane merkezli palyatif bakım ve hospislerle beraber 236 palyatif bakımı kurumu, 400 toplumsal palyatif bakım merkezi, 138 hastane bakım destek birimi ve 209 adet de bakım ve destek faaliyetlerini yürüten ekip olduğu bildirilmiştir (Jackson ve Eve, 1999:23).

Palyatif bakımın Almanya’da sağlık sistemlerine dâhil olma süreci İngiltere’ye kıyasla daha geç başlamıştır. 1983 yılında ilk palyatif merkez Köln Üniversitesi cerrahi servisi bünyesinde kurulmuştur. Almanya Sağlık Bakanlığının 1991-1996 dönemlerinde izlemiş olduğu palyatif tedavi politikaları neticesinde mevcut bakım merkezlerinin sayısı hızla artmıştır. Artmaya devam eden merkezler 2010 yılına geldiğinde 220 hastanede palyatif bakım servisi ve 170 hospis merkezine ulaşmıştır (Bağ, 2012:142-149).

Yaşadığımız dönem içerisinde palyatif bakım merkezlerinin büyük bir bölümü ABD’nin San Diego şehri ve İspanya’nın Katalan bölgesinde bulunmaktadır. Bu anlamda palyatif bakımın en çok gelişme gösterdiği bölgeler olarak söylenebilir (Kaya, 2015).

1.3.4.Türkiye’de Palyatif Bakım

Batılı ülkelerde yaygın olan palyatif bakım organizasyonunun ülkemizde gelişmişliği henüz yeterli olmamakla birlikte palyatif bakımı geliştirmek amacıyla 2010 yılına gelindiğinde Sağlık Bakanlığı tarafından çalışmalar yürütülmüştür (Demir, 2016:62-66 akt. Kıvanç, 2017:132-135) 2010 yılında ülkemizde üniversite hastaneleri içerisinde bulunan 10 adet palyatif bakım merkezi bulunmaktaydı.

European Association for Palliative Care (EAPC); raporuna göre ülkemizde palyatif bakımın uzmanlık düzeyinde verilmemesinin nedenleri;

- Palyatif bakım eğitimi almış sağlık personelinin olmayışı,
- Kanserin tedavi sürecine odaklanma,

- Ülkemizdeki ekonomik koşulların yetersiz oluşu,
- Evde palyatif bakım hizmetinin sosyal güvenlik sistemi tarafından karşılanmıyor oluşu,
- Güçlü opioidlerin sayısının azlığı, yalnızca morfin ve fentanly kullanıma hazır olması,
- Güçlü opioidlere psikolojik ve fiziksel bağımlılık gelişimi endişesi ve korkusu,
- Güçlü opioidlerin reçete edilmesi konusundaki yasal zemin ile ilgili sorunlar.

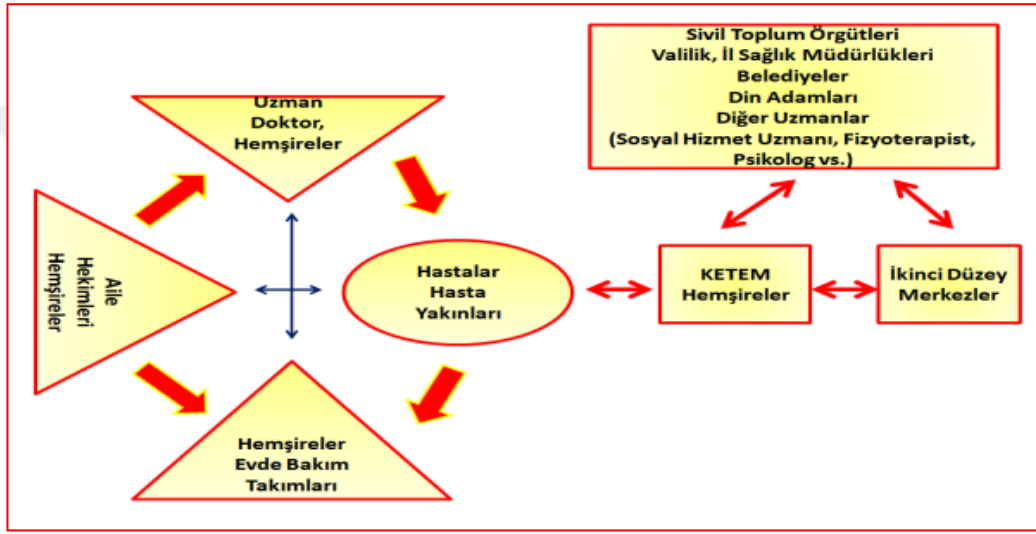
Dünya genelinde hospis ve palyatif bakımın genel haritasını çıkarmak amacıyla Wright M. ve arkadaşları taraflarından yapılan çalışmada Türkiye'nin konumu henüz yeterli düzeyde palyatif bakım organizasyonu olmayan ülkeler grubunda belirtilmiştir (Wright, Wood, Lynch, Clark, 2006 akt. Özçelik,2011:27).

Türkiye de hospis bakım anlayışıyla aynı perspektifte yer alan ilk uygulama Türk Onkoloji Vakfı tarafından kurulan Kanseri Bakım Evi'dir. Bu merkez 1993-1997 yılları arasında hizmet vermiş olup hasta bireylerin sosyal güvenlik kurumu tarafından geri ödeme alamaması, merkezin bilinirliğinin az olması ve ekonomik yetersizlikler gibi nedenlerden dolayı kapatılmıştır (Kıvanç, 2017:133; Danış ve Özhan,2019:311). İkinci girişim ise 2006 yılında Hacettepe Onkoloji Enstitüsü Vakfı tarafından tarihi bir Ankara evinin 12 odalı bir hospise dönüştürülmesi olmuştur. Fakat gerekli yasal zeminin mevcut olmaması bu merkezinde "Hacettepe Umut Evi" adı ile il dışından gelen kanser hastalarının ve yakınlarının temiz ve güvenilir koşullar altında konaklama ihtiyacına yanıt verecek şekilde uyarlanmıştır (Sur, 2017; akt. Kıvanç, 2017:132-135).

Ülkemizde palyatif bakımın gelişiminde Ulusal Kanseri Kontrol Programının önemli bir bileşen olarak kabul ettiği palyatif bakım programı eylem planı; 2008 yılında farklı kurum ve kuruluşlarda görev yapan alanında uzman kişilerin katıldığı düzenlenen 3 ayrı çalıştay ile oluşturulmuştur. Hazırlanan eylem planı ile birlikte ülkemizin ihtiyaçları ve koşulları da göz önünde bulundurularak toplum temelli palyatif bakım hizmetin hayata geçirilmesi, palyatif alanında eğitimli personel sayısının artırılması ve uzman ekiplerin oluşturulması opioidlerin bulunmasının ve kullanılmasında kolaylık sağlanması hedeflenmiştir (Özgül, 2012:76-78, Hackamiloğlu,2016:81-88; akt. Bağcıvan, 2018).

Belirlenen bu hedeflere ulaşabilmek amacıyla PALLIA-TÜRK adıyla proje uygulamaya konmuştur (Şekil: 8). Pallia-Türk projesi olarak Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı tarafından yayımlanan “2009-2015, Ulusal Kanser Kontrol Programında palyatif bakım programı da tanımlanmış, merkezlerin kurulması 2012-2013 yılları arasında hızla artmıştır (Uslu ve Terzioğlu, 2015:81-90).

Şekil 8. PALLIA-TÜRK Projesi Organizasyon Şeması



Kaynak: Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) (2010) Kanser Hastalığı Konusunun Araştırılarak Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu. (Rapor No: TBMM: 648). Ankara. Türkiye Büyük Millet Meclisi.

Palyatif bakım hizmetlerinin ilk adımı Sağlık Bakanlığı tarafından faaliyete geçirilen “Evde Sağlık Hizmetleri” olmuştur. Palyatif bakım hizmetlerinin hastane merkezli başlatıldığı ilk uygulama ise Ankara’da bulunan Ulus Devlet Hastanesi içerisinde başlatılmıştır (Kabalak,2012:122-126).

Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü’nün internet sitesinden alınan verilerde 2018 yılı itibariyle palyatif bakım merkezlerinin ülkemizin 81 ili genelinde 377 Sağlık tesisinde toplam 5028 yatakla hizmet verdiği görülmektedir (<https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/palyatif.php>).

1.3.5.Palyatif Bakım Modelleri

Hasta bireye ve yakınlarına yönelik kaliteli bir bakım anlayışının sağlanabilmesinde multidisipliner ekip çalışmasına ihtiyaç duyulmasıyla birlikte; ortak hedef hasta ve yakınına uygun değerlerle temellendirilmiş fiziksel, sosyal ve duygusal desteğin sağlanmasıdır. (Aydoğan ve Uygun 2011; Lagman ve Walsh 2005; National Consensus Project 2013; Worldwide Palliative Care Alliance 2014; akt .Uslu ve Terzioğlu, 2015:81-90).

Palyatif bakım modellerini üç ana başlıkta incelenmektedir;

1-Hastane Temelli Palyatif Bakım

Hastane temelli palyatif bakım, kanserli bireylerin genel hastane servisleri içerisinde geçici olarak misafir edilmesini sağlayan fakat son dönem hastaların bakımı konusunda profesyonel bir ekibin bulunmadığı bir bakım modelidir (Aydoğan ve Uygun ,2011:4-9).Günümüzde hastane içerisinde sadece palyatif bakım ihtiyacına yanıt verecek merkezlerin faaliyete geçmesi süreci hızlanmıştır.

2-Ev Temelli Palyatif Bakım

Ev Temelli Palyatif Bakım modeli hastane modelinden farklılık göstermektedir. Bu model içerisinde yaşam sonu dönemde olan bireyin bakım hizmetini kendi yaşadığı ortamında aile üyelerinin verilmesini içeren bir modeldir

3-Toplum Temelli Palyatif Bakım

Gelişmiş ülkelerin bazılarında ayaktan tedaviyi alabilecek düzeyde olan hastalara yönelik olarak oluşturulmuş palyatif bakım hizmetinin günlük bakım ünitelerinde sağlanmasıdır. Bu model ile klinik maliyeti düşürülmeye çalışılmıştır (Karaca ve Uslu, 2006; Meier,2008:1-23 akt. Özçelik, 2011).

BÖLÜM 2: ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

2.1.Yöntem

Araştırma modelini seçerken modelin çalışmanın amacına hizmet etmesi, ekonomik olması ve elde edilecek verilerin çözümlenmesi için gerekli şartları taşıması gerekmektedir. Bu nedenle; bu çalışma da genel tarama modeli ve kendi içerisinde ayrılan genel tarama modelleri türünden ise ilişkiyel tarama modeli tercih edilmiştir. Genel tarama modelleri evren hakkında genel bir kanıya varmak amacıyla evreni temsil ettiği öngörülen bir grup örnek veyahut örnekleme üzerinden yapılan tarama düzenlemeleridir (Karasar, 1995:79).

Red ve Smith (1989: 64-93)'in sınıflamasına göre de bu araştırma, “alan taraması” kapsamında değerlendirilmektedir. Bilindiği üzere alan taramasında evreni tanımlamak amacıyla orijinal verilerin evrenden ya da evreni temsil ettiği öngörülerek bir örnekleme grubu üzerinden anketler vasıtasıyla elde edilme sürecidir.

Araştırmalar nitel, nicel ve karma olarak kategorileştirilebilir. Nitel araştırmalarda Nasıl Niçin sorularına cevap aranmakta iken nicel verilerde Ne sıklıkla Ne kadar Ne Ölçüde gibi soruların cevapları bulunmaya çalışılmaktadır (Padem vd., 2012: 57) . Bu araştırma da hasta ve hasta yakınları ile ilgili demografik özelliklerin belirlenmesi ve kanser hastalarının yakınlarının karşılaştırdığı psiko-sosyal sorunları irdelemek ve hastalık sürecini hasta yakınlarının gözüyle çok yönlü analiz etmek amacıyla hasta yakınlarına “Görüşme formu”, “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği”, “Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), “Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği (The Caregiver Quality of Life Index Cancer Scale-CQOLC-)” uygulanarak araştırma verileri elde edilmiştir. Ölçekler SPSS programına aktarılarak SPSS Statistics 21 programı yardımıyla değerlendirilmiştir. Her analiz %95 güven aralığında incelenmiş ve analiz edilmiştir. Elde edilen verilerin normal dağılım gösterip göstermediğine ilişkin Shapiro-Wilk normallik testi ile kontrol sağlanmıştır. Verilerin dağılımına uygun olarak ikili grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi, üç ve daha fazla grup karşılaştırmalarında ise Anova ve Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkinin doğrultusunu ve etkisini test etmek için Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

2.2.Hipotezler

Araştırmanın öncelikli gereksinimi nicel yöntemin mümkün kıldığı, istatistiksel veriler üzerinden değişkenlerin sistematik olarak karşılaştırılmasını ve hipotezlerin doğruluğunu ölçerek genellenebilir teoriler ortaya koymaktır. Araştırmanın ana hipotezi “Kanser hastalarının yakınlarının psiko-sosyal desteğe ihtiyaçları vardır.” belirlenmiştir. Araştırmanın alt hipotezleri ise aşağıda sıralanmıştır:

- H1:Kanser hastası yakınlarının; cinsiyetlerine göre depresyon düzeylerinde anlamlı bir ilişki vardır.
- H2:Kanser hastalarının bakım sorumluluğu daha çok kadına yüklenmiştir.
- H3:Kanser hastası yakınlarının; eğitim düzeyleri ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H4:Kanser hastası yakınlarının; ekonomik düzeyleri ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H5:Kanser hastası yakınlarının; medeni durumuna göre yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir fark vardır.
- H6:Kanser hastası yakınlarının; ekonomik durumuna göre yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H7:Kanser hastası yakınlarının; bakım verme süresine göre depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H8:Kanser hastası yakınlarının; bakım verme süresine göre yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.
- H9:Algılanan sosyal destek düzeyi yüksek olan kanser hastalarının yakınlarının depresyon düzeyleri de düşüktür.
- H10:Algılanan sosyal destek düzeyi yüksek olan kanser hastalarının yaşam kalite ölçüğünden aldıkları puan da yüksektir.
- H11:Hastalığın tanı süresi azaldıkça hasta yakınlarının depresyon düzeyleri de artmaktadır.
- H12: Kanser hastalarının yakınlarının bakım verme sürecinde sağlıkları olumsuz etkilenmektedir.
- H13: Kanser hastalarının yakınları, bakım verme sürecinde ekonomik güçlük yaşamaktadırlar.

2.3.Evren ve Örneklem

Araştırma sürecinde ele alınıp incelenecek olan kişilerin, olayların veya benzer yapıların tamamından oluşan popülasyonun tamamı evreni ifade etmektedir (Krysik ve Finn, 2015: 258). Niteliksel veya niceliksel olarak evreni temsil ettiği düşünülen örneklem ise evrenin içerisinde seçilen evrenden daha küçük model ve evrenin alt grubudur (Kılıç, 2013: 44).

Araştırma kapsamında İstanbul ilinde 20 hastanede 365 yataklı Palyatif Bakım Merkezi bulunduğu tespit edilmiştir (<https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/palyatif.php>).

Evrenimizi İstanbul ilinde bulunan 365 yataklı 20 hastanede bulunan Palyatif Bakım Merkezinde bakım hizmeti alan kanser hastalarının yakınlarını oluşturmakla birlikte örneklem grubumuzu ise 30 yataklı Eyüpsultan Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Merkezinde Şubat/Mart 2019 ayları içerisinde bakım hizmeti alan 30 kanser hastasının yakınları oluşturmuştur.

Örneklem yöntemleri rastgele ve rastgele olmayan şekilde ikiye ayrılmakla birlikte rastgele örnekleme ise kendi içerisinde basit ve tabaka örnekleme olarak ikiye ayrılmaktadır. Bu çalışmamızda örneklem grubu rastgele örnekleme içerisinde yer alan basit örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Araştırmaya Şubat/Mart 2019 tarihleri içerisinde Eyüp Sultan Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Merkezinde tedavi gören 30 kanser hastasının yakınları katılmıştır.

Araştırmaya katılan hasta yakınları aşağıdaki kriterlere göre belirlenmiştir;

- 18 yaş üzerinde olması gerekmektedir.
-
- Hastanın kanser teşhisi nedeniyle Palyatif Bakım Merkezi'nde hizmet alıyor olması,
- Araştırmaya gönüllü katılıyor olmak.

2.4. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları

Hasta ve hasta yakınları ile ilgili demografik özelliklerin belirlenmesi ve kanser hastalarının yakınlarının karşılaştığı psiko-sosyal sorunları irdelemek amacıyla hazırlanan “Görüşme formu”, “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği”, “Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)”, “Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği (The Caregiver Quality of Life Index Cancer Scale-CQOLC-)” kullanılarak araştırma verileri elde edilmiştir. Ölçeklerin hasta yakınlarına uygulanmasından önce araştırmanın amacı, önemi ve getirecek olası sonuçları ile ilgili bilgilendirme yapılmıştır. Araştırmaya katılmaları halinde çeşitli sorular kapsamında araştırmacıya sunacağı kişisel bilgilerin hiçbir şekilde farklı bir kişi veya kurumla paylaşılmayacağı konusunda bilgilendirme yapılmıştır. Gönüllülük esasına dayalı gerçekleştirilen bu araştırmaya katılım kapsamında Şubat-Mart 2019 dönemleri arasında veri toplama süreci gerçekleştirilmiştir. Ayrıca araştırmanın etik kurul onayı Sakarya Üniversitesi’nden alınmıştır. Alınan etik kurul onayı ile birlikte İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü’ne araştırma izni için başvuruda bulunulmuştur. İl Sağlık Müdürlüğü tarafından verilen izin ile birlikte araştırma süreci başlatılmıştır.

Ölçeklerin güvenilirlik analizi için Cronbach's Alpha değerlerine bakılmıştır.

Tablo 2: Ölçeklerin Güvenilirlik Analizi

Ölçekler	Cronbach's Alpha
ÇBDA	0,701
BDÖ	0,933
Yaşam Kalitesi Ölçeği	0,889

Araştırma sürecinde kullanılan ölçeklere ilişkin güvenilirlik analizi SPSS Statistics 21 ile yapılmıştır ve her analiz %95 güven aralığında incelenmiştir. Yukarıda verilen değerler anketin ölçekler bazında güvenilir olduğunu göstermektedir.

2.4.1. Görüşme Formu

Araştırmaya ilişkin literatür taraması neticesinde araştırmacı tarafından hazırlanan bu form toplam 24 sorudan oluşmaktadır. 3 ana bölümden oluşan görüşme formunda ilk bölüm hasta yakınına ait sosyo-demografik bilgiler (cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk varlığı, öğrenim durumu, mesleki durum, ekonomik durum, sosyal güvence), 2.bölümde

ise kanserli bireye ait sosyo-demografik ve hastalık sürecine ilişkin bilgilere son bölümde ise hasta yakınlarının karşılaştığı psiko-sosyal sorunların(hastaya yakınlık derecesi, çalışma hayatında güçlük yaşayıp yaşamadığı, sorumluluklarını yerine getirip getiremediği, sağlığının etkilenip etkilenmediği, evlilikte sorun yasayıp yaşamadığı) tespitine yönelik sorulara ayrılmıştır.

2.4.2.Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support-MSPSS-)

Dahlem, Zimet ve Farley (1988) tarafından geliştirilen ölçek bireylerin algılanan sosyal destek unsurlarını tespit edilmesi amacıyla hizmet etmektedir. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği; “kesinlikle hayır” ile “kesinlikle evet” arasında değişen 7 dereceli (1-7puan), toplam 12 sorudan oluşan likert tipi bir ölçektir. “aile”, “arkadaş” ve “özel bir insan”dan alınan desteği belirlemeye yönelik her biri 4 maddeden oluşan 3 alt boyutu olan ölçekte alt boyutlardan alınabilecek en düşük puan 4,en yüksek puan ise 28'dir.Ölçeğin tamamından ise en düşük 12 en yüksek ise 84 puan alınabilmektedir. Çalışmada, her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı elde edilmiş ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile ölçeğin toplam puanı elde edilmiştir Ölçek sonunda alınan puanın yüksek olması bireyin sosyal destek düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir (Zimet vd., 1988).

Eker ve Akar tarafından geçerliliği ve güvenilirliğine dair çalışmalar yapılmış (1995),yine aynı yazarlar tarafından “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formu'nun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği” incelenmiş ve MSPSS ve alt ölçek puanlarının iç tutarlılığı kabul edilebilir düzeyde (Cronbach alfa katsayıları = 0.80-0.95) bulunmuştur (Eker ve Akar , 2001).

2.4.3.Beck Depresyon Ölçeği

Ölçek ile bireyde depresyon sürecinde görülen somatik, duygusal somatik, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtiler ölçülür. Beck depresyon ölçeği ile hedeflenen bireyin yaşadığı depresyonun şiddetini ve düzeyini objektif olarak belirlemektir. Ulusoy

vd.(2009; akt.Kabakaş,2018) tarafından ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

21 sorudan oluşan ölçek ile bireyin son bir hafta içerisinde kendisini değerlendirilmesi istenir. Her maddenin yanında yazılı olan sayı (0 ile 3 arasında), o maddeye verilecek olan puanı göstermektedir. Bu puanların toplanmasıyla depresyon puanı ortaya çıkar. Ölçekten alınabilecek maksimum puan (21 x 3) 63'tür. Toplam puanın yüksek oluşu, depresyon düzeyinin ya da şiddetinin yüksekliğini ifade etmektedir (Savaşır ve Şahin,1997).

2.4.4. Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği (The Caregiver Quality of Life Index Cancer Scale-CQOLC-)

Weitzner ve arkadaşları tarafından 1999 yılında geliştirilen ölçek; kanserli bireye bakım verenlerin fiziksel, emosyonel fonksiyon, aile fonksiyonu ve sosyal fonksiyonu içerecek şekilde yaşam kalite düzeyini ölçmek amacıyla oluşturulmuştur (Karabuğa,2009). Ölçek 5'li likert puanlamaya (0=Hiç ,1=Az, 2=Biraz, 3=Fazla, 4=Çok fazla) sahip 35 ifadeden oluşmaktadır. 9, 11, 14, 17, 18, 19, 20, 25, 31 ve 33 no'lu ifadeler yük; 1, 3, 5, 21, 24, 26 ve 29 nolu ifadeler rahatsızlık 10, 12,16, 22, 27, 28 ve 34 no'lu ifadeler, pozitif adaptasyon ve 3'ü finansal sıkıntı (6, 7 ve 8 nolu ifadeler) ile ilişkilidir. Kalan 8 ifade (uyku sorunları, cinsel yaşamdan memnuniyet, günlük hayatın baskılanması, zihinsel yorgunluk, hastalık hakkında bilgilendirilme, hastanın korunması hastanın ağrısının yönetimi, ailenin bakım vermeye ilgilenme durumu) bu 4 boyuttan bağımsız olarak değerlendirilir ve ölçeğin toplam puanına katkı verir. Değerlendirmede ölçekteki "4, 10, 12, 16, 22, 23, 27, 28 ve 34" no'lu ifadeler düz olarak puanlanırken, kalan ifadeler tersine çevrilerek puanlanır. Her bir alt boyut için bulunan ham puan 35 ile çarpılır, yanıtlanan ifade sayısına bölünür ve alt boyutların puanı belirlenir. Ölçeğin toplam puanı 4 alt boyuta verilen yanıtlar ile 8 ifadeye verilen yanıtların, yani ölçekteki tüm ifadelere verilen yanıtların toplanarak 35 ile çarpılması ve bulunan sayının yanıtlanan ifade sayısına bölünmesiyle elde edilir. Bu puanlama yöntemiyle her bir alt boyut ve ölçeğin toplamının puanı 0 ile 140 arasında değişir. Alınan puanın yüksek olması yaşam kalite düzeyinin de yüksek olduğunu göstermektedir. (M.A. Weitzner 2006, elektronik posta; akt.Karabuğa,2009).

Weitzner ve ark. (1999;akt.Karabuğa,2009) tarafından 180 bakım veren hasta yakınlarını ele aldıkları çalışmalarında CQOLC iç tutarlılık katsayısını 0.91, bunlardan 83'ünde inceledikleri test-retest korelasyon katsayısını ise 0.95 olarak tespit edilmiştir.

2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Sayıtları

Bu araştırmada;

- ✓ Örneklemin, evreni temsil ettiği,
- ✓ Kullanılan ölçeklerin araştırmanın hedefine uygun ve yeterli olduğu,
- ✓ Araştırmaya katılan kanser hastalarının yakınlarının “Görüşme Formunu”, “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'ni”, “Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği'ni” ve “Beck Depresyon Ölçeği'ni” gerçek durumlarını yansıtacak şekilde içtenlikle cevapladığı varsayılmıştır.

Araştırma tüm maddi giderlerinin araştırmacı tarafından karşılanması ve zaman sınırlılığı nedeniyle İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Eyüpsultan Devlet Hastanesi: Palyatif Bakım Merkezi'nde bakım hizmeti alan kanser hastalarının yakınları ile sınırlı tutulmuştur.

BÖLÜM 3: BULGULAR ve TARTIŞMA

Araştırmada bulgular bölümü beş alt bölümde tasarlanmıştır. Bunlar; “Tanıtıcı Bulgular”, “Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeğine İlişkin Bulgular”, “Beck Depresyon Ölçeğine İlişkin Bulgular”, “Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bulgular” ve “Ölçeklerin Birbiriyle Olan İlişkisine Ait Bulgular” dır.

3.1. Tanıtıcı Bulgular

Araştırmaya katılan kanser hastalarının yakınlarına ait sosyo-demografik bulgulara Tablo 3’te yer verilmiştir.

Tablo 3: Araştırmaya Katılan Kanser Hastalarının Yakınlarının Sosyo-Demografik Özellikleri

Değişken	Ort±SS	Sayı (n)
Yaş (Yıl)	60,80±13,57	30
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	23	76,7
Erkek	7	23,3
Medeni Durum		
Evli	25	83,3
Bekar	4	13,3
Boşanmış	1	3,3
Çocuk Sahibi		
Hayır	7	23,3
Evet	23	76,7
Evet ise / Kaç Çocuk Sahibisiniz?		
1	5	22,7
2	10	45,5
3	4	48,2
4	3	13,6

Eğitim Durumu		
İlkokul	9	31,0
Ortaokul	2	6,9
Lise	10	34,5
Lisans	5	17,2
Yüksek Lisans	3	10,3
Meslek		
Memur	1	3,3
İşçi	5	16,7
Serbest Meslek	4	13,3
Asker	1	3,3
Ev hanımı	10	33,3
Hemşire	2	6,7
Öğrenci	1	3,3
Bankacı	2	6,7
Özel Sektör	3	10,0
Mühendis	1	3,3
Çalışma Durumu		
Tam Zamanlı	10	33,3
Yarı Zamanlı	4	13,3
Hayır	16	53,3
Gelir Durumu		
Çok İyi	1	3,3
İyi	9	30,0
Orta	8	26,7
Kötü	11	36,7
Çok kötü	1	3,3
Sosyal Güvence		
SSK	13	43,3
BAĞ-KUR	4	13,3
Emekli Sandığı	5	16,7
Özel Sağlık Sigortası	5	16,7
GSS	3	10,0

Araştırmanın örneklemini Eyüp Sultan Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Merkezinden hizmet alan 30 hasta yakını oluşturmuştur. Araştırmaya katılan hasta yakınlarının cinsiyet dağılımını incelediğimizde %76,7'sinin kadın 23,3'ünün ise erkek olduğu görülmektedir. Hasta yakınlarının yaş ortalaması 48,53±14,51'dir.

Hasta yakınlarının medeni durumunun dağılımına bakıldığında %83,3'ünün evli olduğu, %13,3'ünün bekar, %3,3'ünün ise boşanmış olduğu anlaşılmıştır. Hasta yakınlarının eğitim durumları değerlendirildiğinde ise %34,5'inin lise mezunu, %31'inin ilkokul, %17,2 lisans, %6,9'unun ise ortaokul mezunu olduğu görülmektedir. Hasta yakınlarının %33,3'ünün ev hanımı olduğu, %16,7'sinin ise işçi olduğu çalışma durumlarının dağılımları incelendiğinde ise %33,33'ün tam zamanlı olarak bir işte çalıştığı, %13,3'ünün yarı zamanlı çalıştığı, %53,3'ünün ise çalışmadığı görülmektedir. Kanser hastalarının algıladıkları ekonomik durumlarının dağılımına bakıldığında %36,7'sinin kötü, %30,0'unun iyi, %26,7'sinin orta, %3,3'ünün çok iyi olduğu saptanmıştır.

Tablo 4: Hastaya ve Hastalığa İlişkin Tanıtıcı Bulgular

Değişken	Ort±SS	Sayı (n)
Yaş (Yıl)	60,80±13,57	30

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	14	46,9
Erkek	16	53,3
Meslek		
Memur	8	26,6
İşçi	6	20,0
Serbest Meslek	7	23,3
Doktor	1	3,3
Ev hanımı	8	26,6
Medeni Durum		
Evli	14	46,7
Bekar	6	20,0
Boşanmış	2	6,7
Dul	8	26,7
Çocuk Sahibi		
Hayır	6	20,0
Evet	24	80,0

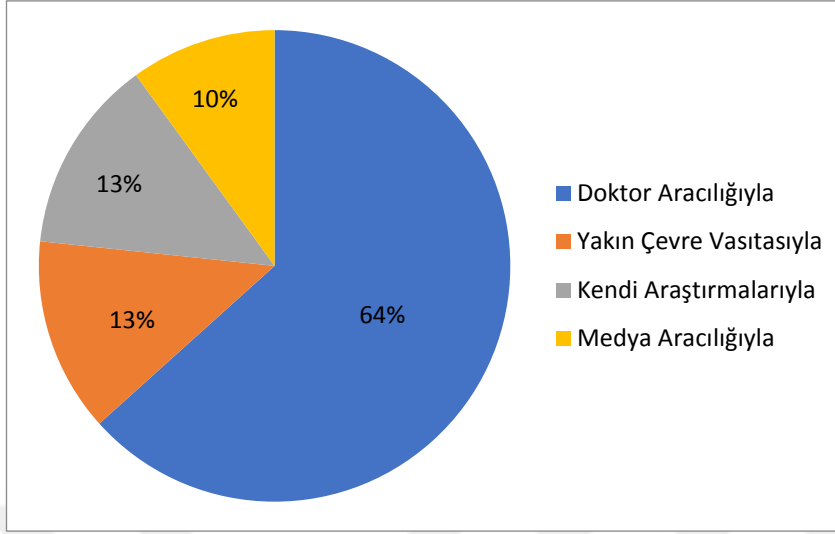
Evet ise / Kaç Çocuk Sahibisiniz?		
1	5	16,7
2	10	33,3
3	6	20,0
4	3	10,0
Sosyal Güvence		
SSK	13	43,3
BAĞ-KUR	5	16,7
Emekli Sandığı	9	30,0
GSS	3	10,0
Hastalık Tanısı		
Akciğer Kanseri	3	10,0
Meme Kanseri	4	13,3
Kolon Kanseri	5	16,7
Beyin Tümörü	4	13,3
Mesane Kanseri	1	3,3
Mide Zarı Kanseri	3	10,0
Kemik Kanseri	3	10,0
Prostat Kanseri	2	6,7
Pankreas Kanseri	4	13,3
Bağ Doku Yumuşak Doku Kanseri	1	3,3
İlk Teşhis Kaç Ay Önce Alındı?		
4-8	5	16,7
8-12	4	13,3
12-16	6	20,0
16-20	4	13,3
24+	11	36,7
Metastaz Var Mı?		
Yok	13	43,3
Var	17	56,7
Hastalığın Tekrar Etme Durumu		
Yok	18	60,0
Var	12	40,0

Bakım Hizmeti Süresi (Gün)		
1-5	8	26,7
5-10	3	10,0
10-15	6	20,0
15-20	6	20,0
20-25	2	6,7
25-30	2	6,7
30+	3	10,0
Merkezden Haberdarlık		
Doktor aracılığı ile	19	63,3
Yakın çevre vasıtasıyla	4	13,3
Kendi araştırmaların neticesinde	4	13,3
Medya	3	10,0
Kanser Dışında Kronik Rahatsızlıklar		
Yok	11	36,7
Var	19	63,3

Palyatif Bakım Merkezi'nde kalmakta olan hastaların ortalama yaş değerlerinin $60,80 \pm 13,57$ olduğu, hastaların % 46,9'unun kadın %53,3'ünün ise erkek olduğu, %26'sının ev hanımı ve memur olduğu, bu sıralamayı %23,3 oranla serbest mesleğin takip ettiğini görmekteyiz. Hastaların %46,7'sinin evli olduğu,%80'inin çocuk sahibi olup hastaların tamamı genel sağlık sigortasına sahiptir.

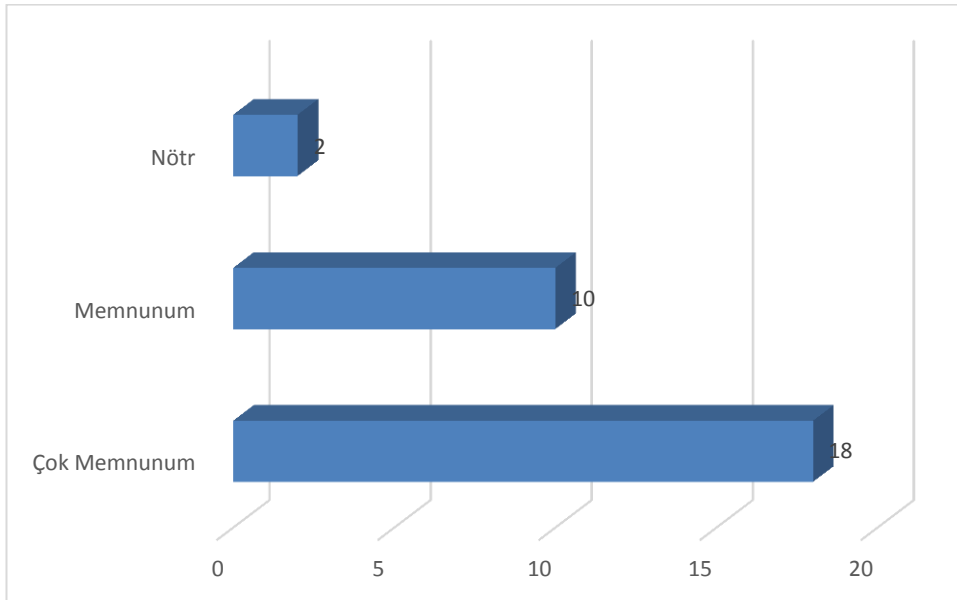
Hastalık tanılarına bakıldığında en çok kolon kanseri 16,7 en az ise ve yumuşak doku kanseri teşhisi almış hastalar (%3,3) palyatif bakım merkezinde kalmaktadır. Hastaların %43,3'ünün metastazının bulunmadığı %56,7'sinin ise metastazının olduğu görülmüştür. Hastalığın tekrar etme durumu sorulduğunda %60 evet, %40 hayır yanıtı alınmıştır. Hastaların %40'ının 10 günden fazla palyatif bakım merkezinde kaldığı görülmektedir.

Şekil 9: Palyatif Bakım Merkezinden Haberdar Olma Kaynakları



“Palyatif Bakım Merkezinden nasıl haberdar oldunuz ?” sorusuna hasta yakınlarının %64’ü doktoru aracılığı ile %26’sı ise kendi araştırmaları ve yakın çevresi vasıtasıyla %10’u ise medya aracılığı ile haberdar olduklarını belirtmişlerdir.

Şekil 10: Palyatif Bakım Merkezinden Memnuniyet Düzeyi



Hasta yakınlarının Palyatif Bakım Merkezi'nden memnuniyet düzeyinin araştırıldığı soruya hasta yakınlarının 18'i çok memnun olduklarını, 10'u memnun olduklarını ve 2'sinin ise ne memnunum ne değilim yanıtını verdiğini görmekteyiz.

Tablo 5: Hasta Yakınlarının Karşılaştığı Psiko-Sosyal Sorunlara İlişkin Bulgular

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastaya Yakınlık Derecesi		
Anne	4	13,3
Baba	4	13,3
Kardeş	10	33,3
Eş	9	30,0
Çocuk	1	3,3
Diğer	2	6,7
Hastanın Bakımıyla İlgilenme Süresi		
0-6 ay	14	46,7
6-12 ay	7	23,3
12+ ay	9	30,0
Sizden Başka Bakımıyla İlgilenen Var Mı?		
Yok	17	56,7
Var	13	43,3
Ailede Baktığınız Başka Biri Var Mı?		
Yok	23	76,7
Annem	7	23,3
Kiminle Birlikte Yaşıyorsunuz?		
Eşim ile	9	30
Eşim ve çocuklarım	13	43,3
Eşimin ailesi ile	3	10,0
Annem ve babamla	2	6,7
Babaannem ile	1	3,3
Ananem il	1	3,3
Çocuğum ile	1	3,3
Çalışma Hayatında Güçlük Yaşıyor Mu?		
Hayır	20	66,7
Evet	10	33,3
Tedavi Süreci Sağlığınızı Etkiledi Mi?		
Hayır	11	36,7
Evet	19	63,3

Tedavi Süreci Sorumluluklarınızı Yerine Getirebilmeyi Etkiledi Mi?		
Hayır	9	30,0
Evet	21	70,0
Evlilik İlişkilerinde Güçlük Yaşıyor Mu?		
Hayır	21	70,0
Evet	9	30,0
Aile İlişkilerinde Güçlük Yaşıyor Mu?		
Hayır	14	46,7
Evet	16	53,3
Maddi Durum Olumsuz Etkilendi Mi?		
Hayır	7	23,3
Evet	23	76,7
Merkezden Memnun Musunuz?		
Çok Memnunum	18	60,0
Memnunum	10	33,3
Nötr	2	6,7

Hastaya bakım sağlayan kişilerin hastaya yakınlık derecesine bakıldığında en yüksek oranla (%33,3) ‘Hastanın Kardeşi’ ve bunu takip eden %30,0 oranla ‘Hastanın Eşi’, %13,3 oranla ‘Anne’, %13,3 oranla ‘Baba’, %3,3 oranla ‘Hastanın Çocuğu’ ve %6,7 oranla ‘Diğer’ seçeneğinin işaretlenmiş olduğu görülmüştür.

Hasta yakınlarına sorulan ‘Ne zamandan beri bakımla ilgileniyorsunuz?’ sorusuna verilen cevaplara bakıldığında ‘0-6 ay aralığında’ bakım veren 14 hasta yakını (%46,7), ‘6-12 ay aralığında’ bakım veren 7 hasta yakını (%23,3), ‘12 ve üzeri aydır’ bakım veren 9 hasta yakını (%30) bulunduğu görülmektedir.

Hasta yakınlarına ‘Hastanın bakımıyla sizden başka ilgilenen var mı?’ sorusu sorulmuş ve cevaplara bakıldığında; 17 hasta yakınının (%56,7) hastanın bakımıyla yalnızca kendisinin ilgilendiği ve 13 hasta yakınının (%43,3) hastanın bakımında kendisi dışında çevresindeki bireylerden de destek aldığı sonucuna ulaşılmıştır.

Hasta yakınlarına sorulan ‘Ailede bakımını üstlendiğiniz başka biri var mı?’ sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde: 23 hasta yakınının (%76,7) ‘Yok’ cevabını verdiği, 7

hasta yakınının ise (%23,3) ‘Var’ cevabını verdiği ve bu kişi için anne tanımının yapıldığı görülmüştür.

Hasta yakınlarına hane içerisinde kiminle birlikte yaşadıkları sorulmuştur. Verilen cevaplar incelendiğinde 13 hasta yakınının en yüksek oranla (%43,3) ‘Eşi ve çocukları’ ile, 9 hasta yakınının (%30) yalnızca ‘Eşi’ ile, 3 hasta yakınının (%10,0) ‘Eşi ve eşinin annesi’ ile, 2 hasta yakınının (%6,7) ‘Anne ve baba’ ile, 1 hasta yakınının (%3,3) ‘Babaanne’, 1 hasta yakınının (%3,3) ‘Anneanne’, 1 hasta yakınının (%3,3) ‘Çocuğu’ ile birlikte yaşadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Hasta yakınlarının, hastanın bakımıyla ilgilendiği süreç içerisinde çalışma hayatlarında günlük yaşayıp, yaşamadıkları sorulduğunda %66,70 oranla 20 hasta yakının bu soruya ‘Hayır’ cevabı verdiği ve %33,3 oranla 10 hasta yakınının ‘Evet’ cevabı verdiği görülmüştür.

Hasta yakınlarında hastanın tedavi sürecinde ortaya çıkan herhangi bir sağlık probleminin olup olmadığı değerlendirildiğinde %36,7 oranla 11 hasta yakınının ‘Tedavi sürecinin sağlıklarını etkilemediği’ ve %63,3 oranla 19 hasta yakınının ‘Tedavi sürecinin sağlık durumlarını etkilediği’ cevabını verdiği görülmüştür.

Hasta yakınlarına, hastalığın tedavi sürecinde sahip oldukları sorumluluklarını yerine getirebilip, getiremedikleri sorulduğunda %30,0 oranla 9 hasta yakınının bu süreçte sorumluluklarını yerine getirmekte zorlandığı veya sorumluluklarını yerine getiremedikleri ve %70,0 oranla 21 hasta yakının bu süreçte sorumluluklarını yerine getirmekte zorlanmadıkları veya sorumluluklarını yerine getirebildikleri anlaşılmıştır.

Hasta yakınlarına sorulan ‘Yakınınızın yaşadığı hastalık ve tedavi süreci nedeniyle evlilik ilişkinizde günlük yaşıyor musunuz?’ sorusuna verilen cevaplara bakıldığında yüksek oranla (%70,0) 21 hasta yakını bu süreçte evlilik ilişkilerinde günlük yaşamadıklarını belirtmiştir. %30,0 oranla 9 hasta yakını hastalık ve tedavi süreci nedeniyle evlilik ilişkilerinde günlük yaşadıkları cevabını vermiştir

Tedavi sürecinin aile ilişkilerine etkisini değerlendirildiğinde %46,7 oranla 14 hasta yakını, tedavinin aile ilişkilerinde günlük oluşturmadığını, %53,3 oranla 16 hasta yakınının ise tedavi sürecinde aile ilişkilerinde günlük yaşadığını ifade etmiştir.

Hasta yakınlarının ‘tedavi sürecinden maddi olarak olumsuz etkilendiniz mi?’ sorusuna verdikleri cevaplar incelendiğinde yüksek oranla (%76,7) 23 kişinin tedavi sürecinden maddi olarak olumsuz etkilendikleri, %23,3 oranla 7 hasta yakınlarının ise maddi olarak olumsuz etkilenenmedikleri sonucuna ulaşılmıştır.

Hasta yakınlarının merkezden aldıkları hizmetten memnuniyet düzeylerine bakıldığında %60,0 oranla hasta yakınlarının merkezden ‘Çok memnun oldukları’ %33,3 oranla ‘Memnun’ oldukları ve %6,7 oranla 2 hasta yakınlarının ise ‘Nötr’ cevabını verdikleri görülmüştür.

3.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 17: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Toplam Puanının Alt Gruplara Göre Dağılımı

Sosyal Destek Algısı	Ort.	SS
Aile Desteği	19,13	7,34
Arkadaş Desteği	17,96	5,37
Özel Biri Desteği	16,43	7,24
ÇBASD Toplam Puan	53,4	10,72

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Aile desteği boyutunda katılımcıların aldıkları puan ortalaması $19,13 \pm 7,34$; arkadaş desteği boyutundan aldıkları puan ortalaması $17,96 \pm 5,37$; diğer bir alt boyut olan özel biri desteğinde ise $16,43 \pm 7,24$ puan alınmıştır. Katılımcıların aileden algıladıkları sosyal desteğin diğer alanlara nazaran daha yüksek olduğu görülmektedir. Sosyal destek algısında toplam puan ortalama $53,4 \pm 10,72$ dir.

3.3.Beck Depresyon Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 6: Hasta Yakınlarının Beck Depresyon Puanlarına İlişkin Bulgular

Depresif Semptomatoloji	Sayı (n) / Yüzde (%)	Ort±SS
Var (BDÖ ≥ 17)	17 / 56,7	33,17±9,70
Yok (BDÖ < 17)	13 / 43,3	12,84±3,43
BDÖ Toplam Puan	30 / 100,0	24,36±12,72

Beck Depresyon ölçeği ile hasta yakınlarının depresyon semptomlarının şiddetini belirlemek amaçlanmıştır. Depresyon tanısı için 17 puan ve üstü sınır değer olarak kabul edilmiştir. Bu değer baz alınarak yapılan analiz sonucunda araştırmaya katılan hasta yakınlarının %56,7'sinin BDÖ >17 aralığında olduğu ve %43,3'ünün ise BDÖ ≤17 aralığında olduğu görülmüştür.

Hastaya ait sosyo-demograif özellikler ile Beck Depresyon Ölçeğinden alınan puanlar Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. Hasta yakınlarının Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puan BDÖ >17 aralığında var, BDÖ ≤17 aralığında ise yok şeklinde gruplandırılmıştır.

Tablo 7: Cinsiyete Göre Beck Depresyon Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Cinsiyet	BDÖ Toplam Puan		Test Sonucu
	Yok	Var	
Kadın	9	14	p=0,408
Erkek	4	3	

Hasta yakınlarının cinsiyeti ile Beck Depresyon ölçeğinde anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (p=0,408>0,05).

Tablo 8: Medeni Duruma Göre Beck Depresyon Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Medeni Durum	BDÖ Toplam Puan		Test Sonucu
	Yok	Var	
Evli	11	14	p=0,821
Bekar	2	2	
Boşanmış		1	

Beck Anksiyete ortalamaları medeni durum değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,0821>0,05).

Tablo 9: Eğitim Düzeyine Göre Beck Depresyon Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Eğitim Durumu	BDÖ Toplam Puan		Test Sonucu
	Yok	Var	
İlkokul	1	8	p=0,005
Ortaokul		2	
Lise	6	4	
Lisans	4	1	
Yüksek Lisans	2	1	

Eğitim Durumu	BDÖ Toplam Puan (Ort.)	Test Sonucu
İlkokul	20,44	p=0,620
Ortaokul	22,25	
Lise	12,90	
Lisans	9,00	
Yüksek Lisans	10,83	

Eğitim düzeyi değişkenine bağlı olarak Beck anksiyete düzeyinde anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($p=0,005 \leq 0,005$). Eğitim düzeyi düştükçe BDÖ'den alınan puanın yükseldiği anlaşılmaktadır.

Tablo 10: Ekonomik Durum, Meslek ve Çalışma Hayatında Bulunma Düzeyine Göre Beck Depresyon Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Meslek	BDÖ Toplam Puan		Test Sonucu
	Yok	Var	
Memur	1	4	p=0,535
İşçi	1	2	
Serbest Meslek	2	8	
Asker	1		
Ev Hanımı	2		
Hemşire	2		
Öğrenci	1		
Bankacı	2		
Mühendis	1	3	
Özel Sektör			

Çalışma durumu			
Tam zamanlı	5	5	p=0,852
Yarı zamanlı	1	3	
Hayır	7	9	
Gelir durumu			
Çok iyi	1		p=0,010
İyi	6	3	
Orta	4	4	
Kötü	2	9	
Çok kötü		1	
Sosyal Güvence			
SSK	3	10	p=0,129
BAĞ-KUR	2	2	
Emekli Sandığı	4	1	
Özel Sağlık Sigortası	3	2	
GSS	1	2	

	BDÖ Toplam Puan (Ort.)	Test Sonucu
Gelir Durumu		
Çok iyi	1,00	p=0,74
İyi	12,00	
Orta	13,63	
Kötü	20,64	
Çok kötü	20,00	

Hasta yakınlarının meslekleri ile Beck Depresyon durumu ile anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p=0,535>0,05$). Bu nedenle meslek ile hasta yakınlarının depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığını söylemek mümkündür. Yine aynı şekilde çalışma durumu ile de Beck Depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,852>0,05$).

Sosyal güvence ile Beck Depresyon ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,129>0,05$).

Hasta yakınlarının ekonomik düzeyleri ile Beck Depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu tabloda görülmektedir ($p=0,010<0,05$).

Tablo 11: Hastaya ve Hastalığa İlişkin Demografik Bilgiler İle Beck Depresyon Düzeyinin Karşılaştırılması

	BDÖ Toplam Puan		Test Sonucu
	Yok	Var	
Yaş (Yıl)	64±10	58±16	p=0,314
Cinsiyet			
Kadın	4	10	p=0,133
Erkek	9	7	
Meslek			
Memur	4	4	p=0,797
İşçi	3	3	
Serbest Meslek	3	4	
Ev hanımı	2	6	
Doktor	1		
Medeni durum			
Evli	7	7	p=1,000
Bekar	2	6	
Dul	4	4	
Çocuk sahibi			
Evet	13	6	p=0,019
Hayır		11	
Evet ise / Kaç çocuk sahibisiniz?			
1	4	1	p=0,094
2	6	4	
3	2	4	
4	1	2	
Sosyal Güvence			
SSK	5	8	p=0,876
BAĞ-KUR	3	2	
Emekli Sandığı	5	4	
GSS		3	

Hastalık Tanısı			
Akciğer kanseri	1	2	p=0,448
Meme kanseri	2	2	
Kolon kanseri	2	3	
Beyin Tümörü	1	3	
Mesane Kanseri		1	
Mide zarı kanseri	2	1	
Kemik kanseri		3	
Prostat kanseri	2		
Pankreas kanseri	2	2	
Bağ doku yumuşak doku kanseri	1		
İlk Teşhis Kaç Ay Önce			
4-8	3	2	p=0,279
8-12	2	2	
12-16	2	4	
16-20	3	1	
24+	3	8	
Metastaz Var Mı?			
Yok	8	5	p=0,084
Var	5	12	
Hastalığın Tekrar Etme Durumu			
Yok	10	8	p=0,104
Var	3	9	
Bakım Hizmeti Süresi (Gün)			
1-5	2	6	p=0,469
5-10	2	1	
10-15	3	3	
15-20	3	3	
20-25		2	
25-30	1	1	
30+	2	1	
Kanser Dışında Kronik Rahatsızlıklar			
Yok	6	5	p=0,181
Var	7	12	

Hastanın cinsiyetine ($p=0,133>0,05$), yaş ($p=0,314>0,05$), meslek($p=0,797>0,05$), medeni durum ($p=1,000>0,05$), sosyal güvence ($p=0,876,>0,05$), hastalık tanısı ($p=0,448$), ilk teşhisin ne zaman konulduğu ($p=0,279>0,05$) süresi, metastaz olup olmadığı ($p=0,084>0,05$), hastalığın tekrar etme durumu($p=0,104$), merkezde bakım alma süresi($p=0,469>0,05$) ve kronik bir hastalığa sahip olup olmama durumu ($p=0,181$) arasında anlamlı bir sonuca ulaşamamıştır. Fakat hastanın çocuk sahibi olması ile depresyon düzeyi arasında anlamlı bir sonuca ulaşılmıştır ($p=0,019<0,05$).

Tablo 12: Hasta Yakınlarının Karşılaştığı Psikososyal Sorunlara İlişkin Bulgular İle Beck Depresyon Düzeyinin Değerlendirilmesi

	BDÖ Toplam Puan		Test Sonucu
	Yok	Var	
Hastaya Yakınlık Derecesi			
Anne		4	p=0,075
Kardeş	2	2	
Eş	3	7	
Çocuk	8	4	
Bakımla İlgilenme Süresi			
0-6 ay	7	5	p=0,764
6-12 ay	2	7	
12+ ay	4	5	
Sizden Başka Bakımla İlgilenen			
Yok	5	12	p=0,98
Var	8	5	
Bakımını Üstlendiğiniz Başka Hasta			
Yok	10	13	p=0,977
Annem	3	4	

Kiminle Birlikte Yaşıyorsunuz?			
Eşim	2	7	p=0,550
Eşim ve Çocuklarım	8	5	
Eşimin Ailesi	1	2	
Annem ve Babam	2		
Babaannem		1	
Anneannem		1	
Çocuğum		1	
Çalışma Hayatında Güçlük			
Hayır	8	12	p=0,608
Evet	5	5	
Süreç Sağlığımızı Etkiledi Mi?			
Hayır	7	4	p=0,093
Evet	6	13	
Tedavi Sürecinde Sorumlulukları Yerine Getirebilme			
Hayır	5	4	p=0,385
Evet	8	13	
İlişkinizde Güçlük			
Hayır	7	14	p=0,097
Evet	6	3	
Aile İlişkilerinde Güçlük			
Hayır	6	8	p=0,961
Evet	7	9	
Maddi Duruma Olumsuz Etki			
Hayır	5	2	p=0,092
Evet	8	15	
Merkezden Memnunluk			
Çok memnunum	8	10	p=0,923
Memnunum	4	6	
Nötr	1	1	

Hasta yakınlarının karşılaştığı psikososyal sorunlara ilişkin bulgular ile beck depresyon düzeyinin değerlendirilmesi Mann Whitney U testi yapılmış olup tabloda yer alan değişkenler ile arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir.

3.4.Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 13: Kanserli Hastaların Yakınlarının Ortalama Yaşam Kalitesi Puanları

	Ort±SS	Ortanca	Min-Max
Yük	49,58±24,00	42,00	14-105
Rahatsızlık	72,50±27,09	75,00	20-115
Pozitif Adaptasyon	65,16±17,88	65,00	25-100
Finans	67,66±39,52	58,30	11,67-140
Yaşam puanı	63,41±14,93	63,89	39-95

CQOLC ile incelenen ortalama yaşam kalitesi puanı 63.41 olup; en düşük yaşam kalitesi puanı yük, en yüksek yaşam kalitesi puan alanı ise rahatsızlık olmuştur.

Tablo 14: Hasta Yakınına Ait Sosyo-Demografik Bilgiler ile Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Aşağıdaki tabloda sosyo-demografik tablo ile yaşam puanı ve alt boyutlar ile korelasyonları verilmiştir. Spearman analizi yapılmıştır.

	Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ort)	Test Sonucu
Hastaya Yakınlık Derecesi		
Anne	7,63	p=0,042
Kardeş	8,25	
Eş	17,25	
Çocuk	20,89	
Gelini	23,00	
Torunu	9,00	

	Yaşam Puanı	Yük	Rahatsızlık	Pozitif Adaptasyon	Finans	Diğer İfadeler
Çocuğunuz Var Mı?	-,164	-,160	,041	-,124	-,426*	,123
	,386	,399	,829	,513	,019	,516
	30	30	30	30	30	30
	,447*	,497**	,204	,024	,553**	,167
Öğrenim Durumunuz?	,015	,006	,289	,901	,002	,386
	29	29	29	29	29	29
	-,468**	-,363*	-,255	,076	-,758**	-,254
Ekonomik Durumunuz?	,009	,049	,174	,688	,000	,175
	30	30	30	30	30	30
	,217	,070	,226	-,271	,348	,368*
Sosyal Güvenceniz?	,249	,714	,230	,148	,060	,045
	30	30	30	30	30	30

	Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ort)	Test Sonucu
Gelir Durumu		
Çok iyi	29,50	p=0,104
İyi	19,94	
Orta	14,13	
Kötü	12,55	
Çok kötü	5,00	

	Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ort)	Test Sonucu
Eğitim Durumu		
İlkokul	9,94	P=0,171
Ortaokul	12,50	
Lise	17,00	
Lisans	16,60	
Yüksek Lisans	22,50	

Tabloyu incelediğimizde çocuğu olanlar ile Finans (p=0,019) arasında negatif ve anlamlı yönde bir ilişki olduğunu görüyoruz. Yani çocuğu olanların finanstan aldığı puanlar daha düşüktür.

Öğrenim durumu ile yaşam puanı (0,015), yük (0,006) ve finans (0,002) arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunu ve aralarındaki korelasyonun pozitif yönde olduğunu görmekteyiz. Öğrenim durumu seviyesi arttıkça bu değişkenleri pozitif yönde etkilemektedir.

Ekonomik durum ile ise bu üç değişken arasında negatif yönde bir ilişki görülüyor. Ekonomik durum düştükçe yaşam puanı(p=0,009),yük(p=0,049) ve finans(p=0,000) puanları düşmektedir.

Sosyal güvence ile diğer ifadeler (p=0,045) arasında bir ilişki tespit edilmekte olup bu ilişki pozitif yönde seyretmektedir.

Tablo 15: Hastaya Ve Hastalığa İlişkin Bulguların Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Değerlendirilmesi

Aşağıdaki tabloda hasta bilgileri tablosu ile yaşam puanı ve alt boyutlar ile korelasyonları verilmiştir. Hastanın yaşı için Pearson, diğerleri için Spearman analizi uygulanmıştır.

	Yaşam Puanı	Yük	Rahatsızlık	Pozitif Adaptasyon	Finans
	,355	,355	,201	,553**	,354
Hastanın Yaşı	,054	,054	,287	,002	,055
	30	30	30	30	30
	,487**	,516**	,372*	,403*	,412*
Hastanın Çocuğu	,006	,003	,043	,027	,024
	30	30	30	30	30
	-,132	-,173	-,191	-,540**	,070
Sosyal Güvence	,486	,361	,313	,002	,714
	30	30	30	30	30

Tabloyu incelediğimizde Hastanın yaşı ile Pozitif Adaptasyon ($p=0,002$) arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir. Yaş büyüdükçe hasta yakını Pozitif adaptasyon puanı artmaktadır. Hastanın çocuğu olması kalan ifadeler puanı dışında tüm puanları pozitif yönde etkilemiştir. Bu durumda hastanın çocuğu olması hasta yakınlarının yaşam puanı ($p=0,006$), yük ($p=0,003$), rahatsızlık ($p=0,043$), pozitif adaptasyon ($p=0,027$), finans($p=0,024$) puanları üzerinde pozitif etki yaratmaktadır. Sosyal güvence ile pozitif adaptasyon($p=0,002$) puanı arasında negatif bir anlamlılık tespit edilmiştir.

Tablo 16: Hasta Yakınlarının Karşılaştığı Psikososyal Sorunlara İlişkin Bulguların Yaşam Kalitesi Ölçeği İle Değerlendirilmesi

	Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ort)	Test Sonucu
Tedavi Süreci Sağlığını Etkiledi Mi?		
Hayır	20,00	p=0,033
Evet	12,89	

	Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ort)	Test Sonucu
Tedavi Sürecinde Sorumlulukları Yerine Getirebilme		
Hayır	21,44	p=0,015
Evet	12,95	

	Yaşam Puanı	Yük	Rahatsızlık	Pozitif Adaptasyon	Finans	Kalan ifadeler
	,420*	,461*	,181	,423*	,448*	-,328
	,021	,010	,339	,020	,013	,077
Yakınlık Derecesi	30	30	30	30	30	30
	-,396*	-,349	-,361*	-,024	-,298	-,088
Tedavi Boyunca Sağlığın Etkilenmesi	,030	,059	,050	,899	,110	,643
	30	30	30	30	30	30
	-,450*	-,447*	-,380*	,055	-,575**	-,097
	,013	,013	,038	,772	,001	,610
Sorumlulukları Yerine Getirebilme	30	30	30	30	30	30

Maddi Olumsuzluklar	-,319	-,256	-,114	-,120	-,504**	-,064
	,086	,173	,547	,529	,004	,737
	30	30	30	30	30	30
Merkezden Memnuniyet	,152	,258	,176	,358	,219	-,402*
	,421	,169	,351	,052	,246	,028
	30	30	30	30	30	30

Tabloda hasta yakınlarının karşılaştığı psikososyal sorunlar tablosu ile yaşam kalitesi ölçeğinden alınan puan ve alt boyutlar ile olan korelasyonları verilmiştir. Tüm değişken için Spearman analizi yapılmıştır. Tabloyu incelediğimizde, yakınlık derecesi ile yaşam puanı ($p=0,021$), yük ($p=0,010$), pozitif adaptasyon ($p=0,020$), finans ($p=0,013$) puanları pozitif yönde anlamlıdır. Tedavi boyunca sağlığın etkilenmesi ile yaşam puanı ($p=0,030$), yük ($p=0,059$), rahatsızlık ($p=0,050$) arasında negatif yönde ilişki vardır. Hasta yakınlarını sağlık sorunu yaşadıkça puanları negatif yönde etkilenmektedir. Sorumlulukları yerine getirebilme ($p=0,013$), yük ($p=0,13$), rahatsızlık ($p=0,038$), Finans ($p=0,01$) puanlarını negatif yönde etkilemektedir. Yine sorumluluklarını yerine getiremediğini düşünen hasta yakınlarının puantajlarında negatif bir etki görülmektedir.

Maddi olumsuzluklar ile finans ($p=0,004$) puanı arasında anlamlı ve negatif yönde bir ilişki vardır. Maddi olumsuzluk yaşayanların beklenildiği gibi finans puanları düşüktür. Hastaya yakınlık derecesi ile Yaşam Kalitesi Ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı bir ilişki vardır.

3.5.Ölçeklerin Birbiriyle Olan İlişkisine Ait Bulgular

Tablo 18: Sosyal Destek Algısı ile Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Karşılaştırılması

	Yaşam Puanı	Yük	Rahatsızlık	Pozitif Adaptasyon	Finans	Kalan İfadeler
	,191	,159	,030	-,172	,448*	,129
ÇBASD Toplam Puan	,313	,403	,874	,363	,013	,496
	30	30	30	30	30	30
	,202	,125	,255	-,143	,351	,139
Aile Desteği	,284	,510	,175	,452	,057	,463
	30	30	30	30	30	30
	-,035	-,017	-,160	-,049	,059	,103
Özel Biri Desteği	,856	,929	,400	,795	,758	,589
	30	30	30	30	30	30
	,133	,232	-,051	-,070	,386*	-,141
Arkadaş Desteği	,485	,217	,788	,713	,035	,457
	30	30	30	30	30	30

Tabloyu incelediğimizde toplam puan ile finans(**p=0,013**) puan arasında anlamlı ve pozitif yönde bir sonuç bulunmuştur. Arkadaş desteği ile finans(**p=0,386**) arasında anlamlı ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 19: ÇBASDÖ ile BDÖ'nün Toplam Skorlarının Karşılaştırılması

Sosyal Destek Algısı	BDÖ Gruplarına Göre Sosyal Destek Puanları		BDÖ Toplam Puan
	Yok	Var	
Aile Desteği Analiz	19,65	12,32	24,36±12,72 p: 0,023
Arkadaş Desteği Analiz	16,69	14,59	24,36±12,72 p: 0,515
Özel Biri Desteği Analiz	17,15	14,24	24,36±12,72 p: 0,367
ÇBASD Toplam Puan Analiz	20,08	12,00	24,36±12,72 p: 0,013

Yukarıdaki tabloda Algılanan sosyal destek düzeyi ile kanser hastalarının BDÖ'den aldıkları puanlar arasında lineer regresyon modeli kurulmuştur. Beck Depresyon Ölçeğinden alınan toplam puan ile aile desteği arasında anlamlı bir sonuç vardır. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nden alınan puan arttıkça Beck Depresyon Ölçeğinden alınan puanın düştüğü tespit edilmiştir.

3.6.TARTIŞMA

3.6.1. Hasta Yakınlarının Tanıtıcı Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Kanser hastalarının yakınlarının psiko-sosyal durumlarının incelenmesi hedeflenen bu çalışmada; “Görüşme Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, ve Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Envanteri araç olarak kullanılmıştır. Araştırmanın örneklem grubunu ise Eyüpsultan Devlet Hastanesi’nde bakım hizmeti alan 30 kanser hastasının yakınları oluşturmuştur Çalışmada; kanser hastasına bakım vermekte olan hasta yakınlarının %76.7’sinin kadın, %23.3’ünün erkek olduğu saptanmıştır (Tablo: 3). Çalışmamızda elde edilen bu sonuç bakım veren hasta yakınları ile ilgili yapılan çalışmalarla benzerlik olduğunu ortaya koymaktadır. Örneğin; Tel ve Pınar’ın çalışmasında da hasta yakınlarının %93,3’ünün kadın, Mollaoğlu ve ark. ise hasta yakınlarının %68.5’sinin kadın olduğunu ve Tuna ve Olgun çalışmasında ise hasta yakınlarının %67.27’sinin kadın olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda; bakım verilen hastaların ise %53,3’ünün erkek, %46,9’unun ise kadın olduğu tespit edilmiştir (Tablo:4). Genellikle hastaların daha yüksek bir oranla erkek, bakım sorumluluğunu üstlenenin ise kadın olduğu bildirilmektedir (Wells vd, 2005; Ulstein, Wyeller ve Engedal, 2007 akt. Danış ve Özhan, 2019). Bu durum şaşırtıcı olmamakla birlikte ülkemizin kültürel değerlerinin bir yansıması olarak ve bakım rolünün daha çok kadına yüklenmiş olması ile açıklanabilir. Ayrıca bakım veren 23 kadının 10’unun ev hanımı olduğu tespit edilmiştir (Tablo:3).

Ayrıca çalışmamızda hasta yakınlarının çoğunluğunun evli (%83,3) ve çocuk sahibi (%76,7) olduğu belirlenmiştir (Tablo:3). Literatürde incelendiğinde bakım veren hasta yakınlarının çoğunlukla evli ve çocuk sahibi olduğunun bildirildiği görülmektedir (Yeh ve ark., 2009; Palos ve ark., 2011; Cora ve ark.,2012;akt.Karaaslan,2013).Evli ve çocuk sahibi olmak bireyin sosyal rollerine ve sorumluluklarına yenilerinin de eklenmesine neden olmaktadır. Hem eş hem anne-baba rolü üstlenen birey bir yandan da kanserli bireye bakım verme sorumluluğunu yerine getirmeye çalışmaktadır. Çalışmamızda “aile ilişkilerinizde güçlük yaşıyor musunuz?” sorusuna verilen “evet” yanıtının %53,3 olmasını bununla ilişkilendirmek mümkündür (Tablo:5). Yine benzer şekilde

Öner(2012) tarafından yapılan çalışmada evli olmanın bireyin bakım yükünü arttırdığı ve güçlük yaşamasına neden olduğu bildirilmektedir.

Çalışmaya katılan kanser hastalarının yakınlarının yaş ortalaması 48,53 tespit edilirken hastaların yaş ortalaması ise 60,80'dir (Tablo:3-4).Kavramsal çerçevede belirtildiği üzere kansere yakalanma riski yaş ile doğru orantılıdır. Bazı durumlar hariç önde gelen kanserlerinin önemli bir kısmının 50-60'lı yaşlarda ortaya çıkmakta ve kanser riski yaş aldıkça artmaktadır. Kanser vakalarının %53,57'sinin 65 yaş ve üzerinde olduğu tahmin edilmektedir (American Cancer Society, 2013; akt. Karaaslan, 2013).

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının %62'si lise ve üniversite mezunudur (Tablo:3). Papastavrou ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan benzer bir çalışmada da bakım vericilerin yarısından fazlasının (%63,9) lise ve üniversite mezunu olduğu tespit edilmiştir.

Kanserli bireye bakım veren hasta yakınlarının yaşadığı sorunların tespiti araştırmanın bir alt problemidir. Bu bağlamda hasta yakınlarının yarısından fazlası çekirdek ailesi ile birlikte yaşadığı ve %33,3'ünün çalışma hayatında güçlük çekerken, %63,3'ünün de sağlığının etkilendiğini savunduğu görülmüştür. Hasta yakınlarının % 70'i sorumluluklarını yerine getirememekten muzdarip iken diğer bir %76,7'si ise ekonomik olarak olumsuz etkilendiğini düşünmektedir (Tablo:5). Kanser tedavisinin uzun ve maliyetli bir süreç olması hasta yakınlarının ekonomik olarak olumsuz etkilenmelerine neden olmaktadır. Karakartal (2017), tarafından yapılan çalışmada da ekonomik koşulların aile fertleri arasında çatışmaya sebebiyet verdiği ve kanser tedavi sürecindeki hasta yakınlarının ekonomik sorunlar yaşadığını ortaya koymaktadır. Benzer bir sonuçta Larsen(1988,akt.Karakartal,2017) hastaya bakım verenlerin %56.9'nun ekonomik durumunun çok etkilendiğini bir başka çalışma ise ekonomik açıdan sorunlar yaşadıklarını ortaya koymaktadır (Fultner ve Raudonis, 2000;akt.Karakartal,2017). Çivi ve arkadaşları (2011), tarafından yapılan bir başka çalışmada ise hasta yakınlarının %60.0'ında iş gücünde ve %58.2'sinde günlük performansta azalma olduğu saptanmıştır. Yine aynı şekilde Sarıtaş ve Büyükbayram (2006), kemoterapi alan kanserli hasta yakınlarında yaptıkları çalışmada, sosyal güvencesi olmayan bakım verenlerin durumluk ve sürekli anksiyete puan ortalamalarının olmayanlara göre daha yüksek olduğu, bu durumda hastalığın seyrini olumsuz olarak ekileceğini ifade

etmişlerdir Bu sonuç hastaya bakım veren hasta yakınlarının ekonomik açıdan sorunlar yaşadıklarını bu durumun hem hastayı hem de hasta yakını olumsuz etkilediğini bize göstermektedir.

3.6.2. Hasta Yakınlarının Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği; aile, arkadaş ve özel birinden algılanan sosyal destek olmak üzere 3 alt kategoriden oluşmaktadır. Hasta yakınlarının sosyal destek algısında toplam puan ortalama **53,4±10,72**'dir. Aile desteğinde **19,13±7,34**, arkadaş desteğinde **17,96±5,37** , özel biri desteği **16,43±7,24** puandır (Tablo:17).

Hasta yakınlarının bu süreçte algıladıkları sosyal desteğin daha çok aileleri üzerinden olduğu görülmüştür. Birçok sosyal destek kaynağı olmasına karşın kuşkusuz en önemli destek mekanizması ailedir (Terakye, 2011; akt. Karakartal, 2017). Bu durumu geleneksel Türk aile yapısı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Çünkü yaşadığımız toplum da hastalık durumunda tüm aile üyelerinin bir araya gelmekte ve birbirlerini desteklemektedirler. Hasta yakının ve hastanın sosyo-demografik özellikleri ile ÇBSDÖ arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($P>0,05$).

Literatür taramasında da kanserli bireyin yakınlarının algıladıkları sosyal destek düzeyi ve sosyo-demografik özellikleri ile ilişkisini ele alan çalışmaya rastlanılmamıştır. Yapılan çalışmalar daha çok kanserli bireyin bakımını üstlenen kişilerin sosyal destek algısının stres, bakım yükü ,hastalık vb. değişkenlerle ilintili olup olmadığı üzerinedir (Sharpe ve ark.,2004; Yeh ve ark., 2009; Bradley ve ark., 2009; Cooper ve ark., 2013; akt.Karaaslan,2013).

3.6.3. Hasta Yakınlarının Beck Depresyon Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Çalışmada Beck Depresyon Ölçeğinden 17 ve üstü depresyon tanısı için alt sınır olarak belirlenmiştir. Hasta yakınlarının %56,7'sinin BDÖ >17 aralığında olduğu ve %43,3'ünün ise BDÖ ≤ 17 aralığında olduğu görülmüştür (Tablo:6). Gözüm ve arkadaşlarının çalışmalarında(2005), Türk kanser hastalarının %53,2'si depresyon saptanırken hasta yakınlarının ise %11,8'i depresif olduğu bildirilmiştir. Bir başka çalışmada ise Segrin ve arkadaşları tarafından meme kanserli hastalar ve yakınlarında

depresyon varlığını tespit etmek amacıyla yapılmış ve hasta yakınlarında %32 ve hastalarda % 33 depresif olduğuna ilişkin tespitite bulunmuşlardır. Kanserli bireyin yakınlarının yüksek depresif semptom saptanmasında kanserin ölümcül bir boyutta olan hastalık olması, toplum genelinde ölüm ile eş değer tutulması, korku, belirsizlik ve geleceğe ilişkin yüksek kaygı ve hastanın palyatif bakımda yani yaşam sonu dönemde olması gibi risk faktörlerinin varlığı ile ilişkilendirilebilir (Beşer ve Öz,2003:47-58). Nitekim Dumont ve arkadaşları (2006; akt. Karabuğa: 2009:15) tarafından yapılan çalışmada hastanın yaşam sonu döneme yaklaşmasıyla aynı doğrultuda bakım veren aile bireylerinin de psikolojik sıkıntıların yanı sıra depresyon ve anksiyete eğilimlerinin arttığı ortaya konulmuştur.

Hasta yakınlarının sosyo-demografik özellikleri ile Beck depresyon durumları arasındaki ilişkiyi ortaya koymak için Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Hasta yakınlarının depresyon durumu yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, hastaya yakınlık derecesinden etkilenmezken ($p>0.05$), ekonomik durum ve eğitim durumunun hasta yakınlarının depresyon durumları arasında anlamlı bir ilişki olduğu $p=0.005$, görülmüştür (Tablo:7-8-9). Eğitim seviyesi artan hasta yakınlarının depresyon düzeylerinin düştüğü tespit edilmiştir (Tablo:9). Bu alanda yapılan diğer çalışmalarda da bu durum düşük eğitim seviyesinin yüksek depresyon belirtileri ile birliktelik gösterdiğini ortaya koymaktadır (Kaplan vd.,1987;. Pillay,1999:881-884 akt. Alacacıoğlu,2007). Aynı zamanda düşük eğitim seviyesinin depresif bozukluk için risk unsuru olabileceği raporda edilmiştir. Ayrıca eğitim seviyesinin düşüklüğünün emosyonel sorunlara örneğin anksiyete ve depresyon için risk teşkil ettiği ve aralarında korelasyon gösterdiği vurgulanmıştır. Bu çalışmada elde edilen bulgular hasta yakınlarının depresyon durumlarında eğitim düzeyinin etkisine vurgu yapması bakımından önem taşımaktadır.

Hasta yakınlarının ekonomik durumu kötüleştikçe depresyon puanları da artmaktadır (Tablo:10). Nordin ve arkadaşları (2001, akt. Alacacıoğlu,2007) duygusal ve ekonomik koşulların yetersizliğinin, anksiyete ve depresyon için risk unsuru olduğunu bildirmişlerdir. Sönmez ve arkadaşları ise düşük ekonomik düzeye sahip kanser hastalarının yakınlarının depresyon düzeyinin ekonomik koşulları daha iyi olan hasta yakınlarına oranla daha yüksek olduğunu bildirmiştir.

Çalışmamızda da bu doğrultuda verilere ulaşılmış olup ekonomik koşulların hasta yakınlarının iyilik halleri üzerinde etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Görüldüğü üzere ekonomik güçlük her alanda kendini göstermekte ve hasta yakınlarının da bu zorlu süreçle başa çıkmasında önemli bir rol oynamaktadır.

3.6.4. Hasta Yakınlarının Kanserli Hastaya Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Hastaların yaşam kalitesi alt ölçekleri ile sosyo-demograif özellikleri arasındaki ilişki Spearman Korelasyona göre incelendiğinde ekonomik durumun kötüleştikçe yaşam kalitesi puanının da düştüğü tespit edilmiştir (Tablo:14). Bu sonuç bizim için şaşırtıcı olmamakla birlikte ekonomik durumun yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Kanserli hasta yakınlarının ekonomik yüklerinin yaşam kalitelerini etkilediği başka çalışmalarda da bulunmaktadır (Emanuel et al 2000).

Yapılan çalışmada kanser hastalarının yakınlarının yaşadığı sorunlar da ortaya konulmaya çalışılmıştır. Kanser hastalarının % 63,3'nün sağlığının olumsuz etkilendiği tespit edilmiştir (Tablo: 5). Kanser zorlu bir süreç olmasıyla beraber uzun süreli bakım ihtiyacı da gerektiren bir hastalıktır. Özellikle bizim çalışmamızda hasta yakınlarının %43,3'ünün bu süreçte başkalarından yardım aldığı %53,3'ünün ise 6 aydan uzun bir süredir bakım sunduğu görülmüştür (Tablo: 5). Bu durum kanser hastalarının terminal dönemde olmaları ile de ilişkilendirilebilir. Benzer şekilde Jansma ve arkadaşlarının (2005; akt. Karaslan;2013) yaptığı çalışmada da kanserli hastalara bakım verme süresinin 6 aydan daha uzun olduğu belirtilmiştir. Cora ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada ise ortalama süre 16 ay olarak tespit edilmiştir.

Araştırmada belirtildiği üzere kanser hastalarının % 63,3'nün sağlığının olumsuz etkilendiği görülmüştür (Tablo: 5). Bu bulgular Rivera, (2009) tarafından kanserli bireye bakım veren hastaların yaşadığı fiziksel semptomların araştırıldığı çalışmasıyla da benzerlik göstermektedir. Rivera, (2009; akt. Karakartal,2017) kanserli bireye bakım verenlerin sıklıkla, yorgunluk, iştah kaybı, uykusuzluk yaşadığını ve sağlıklarının ciddi ölçüde zarar gördüğünü ortaya koymaktadır. Polat (2011),kanserli hastaya bakım verenlerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarının olumsuz etkilediğini belirterek bakım veren

bireyleri “gizli hastalar” olarak tanımlamıştır. Yine bu konuyla ilgili bir başka çalışmada da bakım verme sorumluluğundan dolayı hasta yakınlarının %78,8’i kendilerini yorgun ve uykusuz hissettiklerini ortaya koymaktadır (Larsen, 1998). Bu sonuç bize uzun soluklu tedavi sürecinin hasta yakınlarının fiziksel sağlıklarının bozulmasına yol açtığını göstermektedir.

Çalışmada tedavi boyunca sağlığın etkilenmesi ile yaşam puanı ($p=0,030$), yük ($p=0,059$), rahatsızlık ($p=0,050$) arasında negatif yönde ilişki olduğu yani sağlık sorunu yaşadıkça hasta yakınlarının yaşam kalite puanları negatif yönde etkilendiği görülmüştür (Tablo: 11).

Berberinde birçok psiko-sosyal sorunu da getiren kanser; teşhis edildiği andan itibaren hem hasta birey hem de hasta yakını için oldukça yıpratıcı bir süreci de başlatmış olur. Kronik bir hastalık olması, uzun tedavi süreci gerektirmesi aile üyelerinin günlük sorumluluklarını yerine getirememesine ve bakım gibi bir sorumlulukta almasına neden olur. Çalışmada hasta yakınlarına yöneltilen “Sorumluluklarınızı yerine getirmede güçlük yaşıyor musunuz?” sorusuna %70’i evet yanıtını vermiştir. (Tablo:5) Bu durumun da kanser hastalarının yakınlarının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği; sorumlulukları yerine getirebilme yaşam puanı ($p=0,013$), yük ($p=0,13$), Rahatsızlık ($p=0,038$), Finans ($p=,001$) puanlarını negatif yönde etkilediği yine sorumluluklarını yerine getiremediğini düşünen hasta yakınlarının puantajlarında negatif bir etki olduğu görülmüştür (Tablo:16). Kanser kronik bir hal alması ile kanser hastalarının yakınlarının yeni sorumluluklar yüklenmekte bu durumda yaşam kalitelerine olumsuz yönde etki etmektedir (Görgülü ve Akdemir, 2010).

3.6.5. Hasta Yakınlarının Sosyal Destek Algısı ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki

Çalışmamızda kanser hastalarının yakınlarının ÇBSDÖ’ den aldıkları puanlar her bir alt kategori olarak değerlendirilmiş Beck Depresyon toplam puanı üzerinden aralarındaki ilişkiyi ortaya koymak üzere Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Yapılan bu test sonucunda bireyin aile desteği ile depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo:19). Araştırma sonucunda elde edilen bu bulgu; bireyin aileden algıladığı sosyal desteğin psikolojik durumuna önemli derecede etki ettiğinin ve ailenin

birey için ne derecede öneme sahip olduğunun göstergesidir. Nitekim bu alanda yapılan diğer araştırmalarda da bu durumu destekleyen veriler mevcuttur (Güni, 2005; Ayaz, vd., 2008; Karakoç, 2008; Annak, 2005; Demirel, 2015).

Aileden alınan sosyal destek bireyin depresyon düzeyinin azalmasında etkili olmaktadır. Bu veriye benzer bir sonuçta meme kanseri teşhisi alan kadınların sosyal destek mekanizmalarının araştırıldığı çalışmada ortaya konmuştur (Dedeli vd., 2008: 132).

Algılanan sosyal destek düzeyi ile kanser hastalarının BDÖ'den aldıkları puanlar arasında lineer regresyon modeli kurulmuştur (Tablo:19). Algılanan sosyal destek düzeyi ile kanser hastalarının beklendiği depresyondan aldıkları puan arasında anlamlı bir ilişki ve bu ilişkinin ters bir ilişki gösterdiği görülmüştür. Yapılan çalışmalarda duygusal desteği kuvvetli olan bireylerin kaygı düzeylerinin daha düşük olduğunu ve fiziksel sağlığa kavuşma şanslarının daha yüksek olduğunu bildirmektedir (Zakowski ve diğ., 2003:72; akt. Işıkhani, 2007). Ayrıca bakım sorumluluğunu üstlenen aile üyelerinin depresyon ve anksiyete yaşamasında temel neden sosyal destek sistemlerinin azlığı olarak gösterilmektedir (Jeong ve An, 2017).

Shieh ve diğ. (2012; akt. Gaugler, vd.2005)'nin kolorektal kanserli bireylere bakım veren 100 kişi ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında; sosyal destek sistemleri yeterli olmayan bakım vericilerin daha fazla bakım yükü hissettikleri bu nedenle sorumluluklarını yerine getirmede güçlük yaşadıklarını, sağlık bakım ekibi tarafından desteklenen hasta yakınlarının yaşam kalitesini arttığı ve depresyon düzeylerinin düştüğü bildirilmiştir. Bu sonuçlardan da anlaşılacağı üzere bakım sorumluluğunu üstlenen hasta yakınlarının sosyal destek sistemleri ile rahatlatılması oldukça önemlidir. Sosyal destek mekanizmaları güçlü olan hasta yakınlarının stresle başa çıkmada daha motivasyonel bir tutum sergileyecekleri belirtilmektedir (Gaugler vd.,2005:771-85, akt. Karabuğa ve Pınar,2013).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Kanser Hastalarının ve Yakınlarının Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

Araştırmanın örneklemini Eyüp Sultan Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Merkezinden hizmet alan 30 hasta yakını oluşturmuştur. Araştırmaya katılan hasta yakınlarının %76,7'si kadın %23,3'ü ise erkektir. Hasta yakınlarının yaş ortalaması $48,53 \pm 14,51$ 'dir. Örnekleme oluşturan kanser hastalarının yarısından fazlası evli (%83,38) ve %76,7'si çocuk sahibidir. %51,7'si ise lise ve üzeri eğitim seviyesindedir. Meslek dağılımında ise %33,3 ile ev hanımı oranı fazla olup onu işçi ve özel sektörde çalışanlar takip etmektedir. Araştırmaya katılanların %53,3'ü çalışmamakta %33,3 ü ise tam zamanlı, %13,3'ü ise yarı zamanlı çalışmaktadırlar. Hasta yakınlarının %56,7'si ekonomik durumunun iyi ya da orta olduğunu %36,7'si ise ekonomik durumunun kötü olduğunu belirtmişlerdir.

Kanserli bireye ilişkin yaş ortalaması $60,80 \pm 13,57$ 'dir. Hastaların %46,9 kadın ve %53'ü erkek %46,6'sı evli, %20'si bekar, %26,7'sinin ise eşini vefat etmiştir. %80'i çocuk sahibidir. İlk teşhis alma süresi %70'inde 1 yıldan fazladır. Hastaların %56,7'si metastaza ve %63,3'ü kanser harici kronik bir hastalığa sahiptir. Palyatif bakım merkezinde kalma süreleri ise %40'nın 10 gün ve üzerindedir. Hastalık tanılarında bakıldığında en çok kolon kanseri % 16,7 en az ise ve yumuşak doku kanseri teşhisi almış hastalar(%3,3) palyatif bakım merkezinde kalmaktadır.

Hasta yakınlarının %46,7'si 6 aydan daha az, %53,3'ü ise 6 aydan fazla hastanın bakımını yapmakta, %43,3'ü hastanın bakım sürecinde başkalarından destek görmekte, ayrıca %76,7'sinin bakmakla yükümlü olduğu başka bir kişi bulunmamaktadır. Hasta yakınlarının bu süreçte sağlıklarının zarar gördüğü (% 63,3), sorumluluklarını yerine getirmede güçlük yaşadıkları(%70), aile ilişkilerinde güçlük yaşayanlar (%53,3), maddi güçlük yaşayanlar ise % 76,7'dir. Palyatif bakım merkezinden haberdar olma %63,3 doktor aracılığı ile olmuş ve merkezden memnuniyet düzeyi %93,3 olduğu tespit edilmiştir.

Hasta Yakınlarının Beck Depresyon Düzeyine İlişkin Sonuçlar

Beck Depresyon ölçeği ile hasta yakınlarının depresyon semptomlarının şiddetini belirlemek amaçlanmıştır. Depresyon tanısı için 17 puan ve üstü sınır değer olarak kabul edilmiştir. Bu değer baz alınarak yapılan analiz sonucunda araştırmaya katılan hasta yakınlarının %56,7'sinin BDÖ >17 aralığında olduğu ve %43,3'ünün ise BDÖ ≤17 aralığında olduğu görülmüştür.

Hasta yakınlarının cinsiyet, medeni durum, yaş, meslek gibi değişkenler ile Beck Depresyon ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını tespit etmek için Mann-Whitney U testi uygulanmış, anlamlı bir sonuç bulunamamış fakat hasta yakınlarının eğitim seviyeleri arttıkça hastaların depresyon puanları düştüğü ayrıca hasta yakınlarının maddi imkânları azaldıkça depresyon puanlarının yükseldiği tespit edilmiştir.

Hasta Yakınlarının Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarına İlişkin Sonuçlar

Örneklemi oluşturan kanser hastalarının yakınlarının ÇBASDÖ puan ortalaması 53,4±10,72' dir. Aile desteğinden 19,13±7,34, arkadaş desteğinde 17,96±5,37, özel biri desteğinden ise 16,43±7,24 puan alınmıştır. Hasta yakınlarının algıladığı sosyal desteğin sosyo-ekonomik değişkenlerle ayrıca hastalık sürecinde yaşadığı sorunlarla anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir.

Hasta Yakınlarının Kanserli Hastaya Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarına İlişkin Sonuçlar

Hastaların yaşam kalitesi alt ölçekleri ile sosyo-demograif özellikleri arasındaki ilişki Spearman Korelasyona göre incelendiğinde ekonomik durumun kötüleştikçe yaşam kalitesi puanının da düştüğü tespit edilmiştir.

Çalışmada tedavi boyunca sağlığın etkilenmesi ile yaşam puanı (p=0,030), yük (p=0,059), rahatsızlık (p=0,050) arasında negatif yönde ilişki olduğu yani sağlık sorunu yaşadıkça hasta yakınlarının yaşam kalite puanları negatif yönde etkilendiği görülmüştür.

Hasta Yakınlarının Sosyal Destek Algısı ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki

Hasta yakınlarının sosyal destek algısı ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkiyi test edebilmek için için Lineer Regresyon modeli kurulmuştur. Algılanan sosyal destek düzeyi ile kanser hastalarının BDÖ'den aldıkları puan arasında anlamlı bir ilişki olduğu Beck Depresyon Ölçeği'nden aldığı puan arttıkça ÇBASDÖ'nden aldığı puanın düştüğü görülmüştür.

Hasta yakınlarının depresyon düzeylerinde çevrelerinden aldıkları sosyal desteğin önemli bir rol oynadığı, güçlü sosyal destek sistemleri ile depresyon riskinin azaltılabileceği sonucuna varabiliriz.

Sosyal destek düzeyi kuvvetli olan kanser hastalarının yakınlarının depresyon düzeylerinin de daha düşük olduğu görülmüştür. Bu nedenle kanser hastalarının yakınlarının sosyal destek düzeylerini arttırmaya yönelik kanser destek grup çalışması yapılabilir. Özellikle palyatif dönemde olan hasta yakınları için süreç daha da zordur. Bu nedene 24 saat hastaya refakatçi olarak bakım hizmeti veren hasta yakınlarına yönelik hastanelerde görevli sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar tarafından grup çalışmaları düzenlenebilir. Böylece hasta yakının kendisini yalnız hissetmesi engellenecek yaşadıkları zorlu süreçleri birbirleriyle paylaşarak karşılıklı bir sosyal destek ilişkisi meydana gelecektir.

Araştırmada palyatif bakım merkezlerinden memnuniyet düzeyinin neredeyse %100 olduğu görülmüştür. Bu nedenle merkez sayılarının artırılması, evde bakım verilemeyecek düzeyde olan hastaların daha konforlu ve yaşam kalitelerini koruyan bir bakım modeli çerçevesinde hizmet veren palyatif bakım merkezlerinin sayılarının ve nitelikli personel istihdamının artırılması sağlanabilir.

Özellikle palyatif dönemde olan hastanın yakınlarının psikolojik olarak destek ihtiyacına cevap verecek şekilde personel istihdam edilmelidir.

Sağlık personelleri, hasta yakınlarını bakım vermeye yönelik bilgi ve teknik açıdan desteklemeli, hastalık sürecine ilişkin yeterli düzeyde bilgilendirilmelidir.

Zamanın büyük çoğunluğunu hastası ile birlikte palyatif bakım merkezinde geçiren hasta yakınlarının sosyal ihtiyaçlarına destek verebilecek, kütüphane, dinlenme salonu

vb. ortamların oluşturulması hasta yakınlarının dinlenebilmesi ve rahatlama sağlayabilmesi için önemli olacaktır.

Palyatif bakım merkezi içerisinde psiko-sosyal desteğin verilebileceği, hasta yakının duygusal rahatlama yaşayabileceği görüşme odaları yapılabilir.

Araştırma sonucunda kanser hastalarının yakınlarının depresyon düzeyinde ekonomik koşullarında etkili olduğu ve hastalık sürecinde yaşanan ekonomik kayıpların bireyleri olumsuz etkilediği tespit edilmiştir. Bu nedenle ekonomik destek ihtiyacı olan hasta yakınlarının gerekli şartları sağlaması halinde evde bakım ücretinden yararlandırılması amacıyla palyatif bakım merkezinde görevli sosyal hizmet uzmanı tarafından gerekli danışmanlığın yapılması gerekmektedir.

Palyatif bakım merkezinde tam zamanlı çalışan sosyal hizmet uzmanı sayısı arttırılmalıdır. Özellikle kanserli birey ve aile ile çalışma yürütecek sosyal hizmet uzmanlarına onkoloji alanında spesifik eğitim programları akademisyenler ve Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilmelidir. Özellikle Sağlık Bakanlığı hizmet içi eğitim programları ile bu alanda çalışan sosyal hizmet uzmanlarının gelişimini teşvik etmelidir.

KAYNAKLAR

- Ahmedzai, SH., Costa, A., Blengini, C. (2004). A New International Framework for Palliative Care. *European Journal of Cancer*. 40: 2192-2200.
- Akçay, D.,Gözüm, S. (2012). Kemoterapi Alan Meme Kanserli Hastalarda, Kemoterapinin Yan Etkilerine İlişkin Verilen Eğitim ve Evde İzlemin Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*, 8 (4), 191-199.
- Akdemir, N. , Birol, L. (2005). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, 2.Baskı, Ankara.
- Akdur, R.(1993). Demografik ve Sosyo Kültürel Gelişmelerin Sağlık Hizmetlerine Yansıması, *Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi*, 3 (1),6-10.
- Aksüllü, N.,Doğan, S.(2004). Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek Etkenleri İle Depresyon Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 5,76-84.
- Alacacioğlu,A.(2007).Kanser Hastaları ve Hasta Yakınlarının Depresyon,Umutсуuzluk ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Tıbbi Onkoloji Uzmanlık Tezi.Dokuz Eylül Üniversitesi,Tıp Fakültesi,İç Hastalıklar Anabilim Dalı,İzmir.
- Altun, İ.(1998). Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı: Hasta Yakınlarının Bakım Verme. *Alzheimer's Disease. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 34(8),23-27.
- Annak, B. B. (2005). Sosyal Destek, Sosyal Ağ, Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumu. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin
- Arıkan, R. N. (2001). Travmatik Bir Yaşantı: Meme Kanseri ve Mastektomi. *Kriz Dergisi*, 9 (1), 39-46.
- Arıkan,K.(2003).Kanserde Psikolojik Destek. Serdengeçti, S.ve Demir G.(Ed.).Güncel Klinik Onkoloji(119-130).İstanbul: Kaya Basım.
- Atagün, M.İ., Balaban, O.D., Atagün, Z., Elagöz, M., Özpolat, A.(2011). Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3), 513-552.

- Ayaz, S., Yaman Efe, Ş. ve Korukoğlu, S. (2008). Jinekolojik Kanserli Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 28 (6), 880-885
- Aydoğan F, Uygun K. (2011).Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler. *Klinik Gelişim* 24(3), 4-9.
- Bağ, B. (2012). Almanya Örneğinde Sağlık Sisteminde Palyatif Bakım Uygulamaları. *Türk Onkoloji Dergisi*, 27 (3), 142-149.
- Bağçivan,G.(2018).Kronik Hastalıklar Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirilmesi-Palyatif Bakım (Funtional Assessment of Chronic Illness Therapy-Palliative Care(Facit-Pal)Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Epidemiyoloji Bilim Dalı, Ankara.
- Başaran, S., Güzel, R., Sarpel, T.(2005). Yaşam Kalitesi ve Sağlık Sonuçlarını Değerlendirme Ölçütleri. *Romatizma Dergisi*, 20(1),55-63.
- Bayık, A.(1989).Kanser Epidemiyolojisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 5(3),58-71.
- Beşer, N., Öz, F.(2003).Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Anksiyete-Depresyon Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi . *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7(1),47-58.
- Bocanegra, H.T. (1992) “Cancer Patients’ Interest in Group Support Programs”, *Cancer Nursing*, 15 (5), 347-352.
- Bonnel, WB. (1996).Not Gone and Not Forgotten; A Spouse's Experience of Late-Stage
Bora, B., Güler, C.,Çağlar, İ.,Özdemir, T. A.(Ed). (2017) .T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Ankara.
- Boyle P. Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu Dünya Kanser Raporu Lyon
<http://kanser.gov.tr/Dosya/Kitaplar/dunyaraporu2008.pdf>. 2008.(Erişim Tarihi: 04.02.2018)
- Boylu, A., Paçaçioğlu, B. (2016).Yaşam Kalitesi ve Göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, 8,15.
- Calman, KC.(1984). Quality of Life in Cancer Patients-an Hypothesis. *J Med Ethics*, 10(3),124- 127.

- Can, G., Aydıner, A.(2015).Akciğer Kanserinde Palyatif Bakım. Nobel Kitapevleri, İstanbul
- Centeno, C., vd. (2007). Facts and Indicators on Palliative Care Development in 52 Countries of the Who European Region: Results of an EAPC Task Force. Palliat Med. 21(6),463-471
- Çetinkaya, E. (2011).Emekli Bireylere Yaşam Doyumunun Yordayıcıları Olarak Sosyal Destek ve Öz-Yeterlilik. Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara
- Cherny, N.(2010). The oncologist's role in delivering palliative care. Cancer J ,16(5),411-22.
- Chief of Service, Department of Medicine & Geriatrics / ICU, Caritas Medical Centre.
- Cindoruk, M., Yetkin, İ., Şahin, M., Ekici, E. Görgül, A., İleri, F. Keskin, G., Küçükkayıkçı, B. İşgenç,H., Karakan ,T (2010). Evde Bakım Hizmetleri. Akademik Geriatri, 2, 121-127
- Çivi, S., Kutlu, R., Çelik, H.H. (2011). Kanserli Hasta Yakınlarında Depresyon ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Gülhane Tıp Dergisi, 53, 248-253. 29.
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. Psychosomatic Medicine Vol. 38; No. 5, 300- 314.
- Cora, A., Partinico, M., Munafo, M., Palomba, D. (2012). Health Risk Factors in Caregivers of Terminal Cancer Patients: A Pilot Study, Cancer Nursing. 35 (1),38-47.
- Danış,M.Z,Özhan,E.(2019).Sağlık Hizmetlerinde Palyatif Bakım, Kanser ve Sosyal Destek: Bir Vaka Örneğinde Güçlendirme Yaklaşımının Uygulanması, 5(18), 305-320.
- Danış,M.Z.(2007).Sosyal Hizmet Mesleği ve Disiplininde Sosyal Politikanın Yeri ve Önemi.Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi, 18(2),51-64.
- Dedeli,Ö., Fadiloğlu Ç., ve Uslu, R.(2008). Kanserli Bireylerin Fonksiyonel Durumları ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi. Türk Onkoloji Dergisi 23(3),132-139.
- Demirel, A.(2015).Genç Kanser Hastalarının Sosyal Destek Düzeyleri ve Yaşam Doyumu Yüksek Lisans Tezi. T.C. Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Kocaeli.

- Dirican, B. (2001). Radyoterapi Teknikleri. I.Uluslararası Parçacık Hızlandırıcıları ve Uygulamaları Kongresi, Ankara: TAEK,1-10..
- DSÖ. (2019). Definition of Palliative Care 2002. Erişim adresi <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Erişim tarihi:17.01.2019
- Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Definition of Palliative Care. Erişim tarihi: 26. Nisan.
- Edisan, Z., Kadioğlu, F.(2013). Yaşam Kalitesi Kavramının Antik Dönemdeki Öncülleri, Lokman Hekim Journal, 3(3),1-4.
- Edisan,Z.(2014).Tıp Etiği Açısından Sağlık Alanında Yaşam Kalitesi. Doktora Tezi,Çukurova Üniversitesi,Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı,Adana.
- Eker, D. Arkar, H. (1995). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Faktör Yapısı, Geçerlik Ve Güvenirliği. Türk Psikoloji Dergisi, 34,45–55.
- Eker, D., Arkar, H., Yaldız, H. (2001) Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik Ve Güvenirliği. Türk Psikoloji Dergisi,12, 17–25.
- Elbi, H.(2001). Kanser ve Depresyon. Psikiyatri Dünyası, 5-10.
- Erdine, S.(2002). Kanserde Ağrı Tedavisi ve Palyatif Bakım Kitabı. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
- Erel, S.(2009). Dünyada Palyatif Bakımın Durumu ve Hospis Sistemleri. İçinde: Tuncer AM (Editör). Türkiye’de Kanser Kontrolü. Ankara: Koza Matbaacılık, 287-298.
- Eriş, M. ,Anıl, D. (2016).Üniversite Öğrencilerinin Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi,31(3),491-504.
- Erişim adresi: <http://www.nationalconsensusproject.org/guideline.pdf> Erişim tarihi: 20.10.2018
- Esper, P. Principles and Issues In Palliative Care, Cancer Nursing Principles and Practice. 6th ed.
- Gill, TM., Feinstein, AR.(1994).A Critical Appraisal of the Quality of Quality-of-Life Measurements. JAMA, 272,619-626.
- Giray, H., Ünal, B.(2007).Kanser Epidemiyolojisi. Sağlık ve Toplum Dergisi.17(3),10-16.

- Görgülü, Ü., Akdemir, N. (2010). Evaluation of Fatigue and Sleep Quality of Caregivers of Advanced Stage Cancer Patients. *Genel Tıp Dergisi*, 20(4), 125-32.
- Gözüm, S., Akçay, D. (2005). Response to the needs of Turkish Chemotherapy Patients and Their Families. *Cancer Nursing*, 28(6), 469-475.
- Greenwald, H. P. (1997). *Who Survives Cancer?* Berkeley: University of California Press.
- Güni, Ö. (2005). *Kanserli Birey ve Ailelerinin Sosyal Destek Algılarının Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı, Ankara.
- Guy, BF. (2008). *The War on Cancer: an Anatomy of Failure, a Blue print for the future*. Netherlands: Published by Springer.
- Guyatt, G., Feeny, D., Patrick, D. (1991). Issues in Quality of Life Measurement in Clinical Trials. *Controlled Clin Trials*, 12:81-90.
- Haun MW, Sklenarova H, Villalobos M et al. Depression, anxiety and disease-related distress in couples affected by advanced lung cancer. *Lung Cancer* 2014;86:274-280
- Haydaroğlu A., Bölükbaşı, B. ve Özşaran, Z. (2007). Ege Üniversitesi'nde Kanser Kayıt Analizleri: 34134 Olgunun Değerlendirmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 22(1), 22-28.
- Hebert, RS., Schulz, R. (2006). Palliative care review: Caregiving at end-of-life. *J Pall Med* 9, 1174-87.
- http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/wcr_2008.pdf Erişim
- Hunt, SM. (1997). The Problem of Quality of Life. *Qual Life Res*, 6, 205-212.
- IARC (The International Agency for Research on Cancer/ Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı). (2008) *Nonserial Publication World Cancer Report 2008*, Lyon.
- İliçin, G., Biberöglü, K., Süleymanlar, G., Ünal, S. (1999). *Temel İç Hastalıkları*. Ankara. Güneş Kitabevi, 1385-1416.
- İncesu, E., Tombul, C., Arıkan, M., Babuçcu, H. (2014). Evde Sağlık Hizmetlerine Erişilebilirlik: Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimi Örneği. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 4, 18-26.
- Işıkkhan, V. (2007). Kanser ve Sosyal Destek. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 18(1), 15-29.

- Jackson, A., Eve, A., (1999). Hospice and Palliative Care Services In The United Kingdom and Republic of Ireland. Hospice Information Service At St. Christophers, 21-26.
- Jeong A, An JY (2017).The Moderating Role of Social Support on Depression and Anxiety.
- Kabakaş, K.(2018). Kanser Hastalarına Bakım Veren Bireylerde Ölüm Korkusu, Kansere Yakalanma Korkusu ve Sağlık Anksiyetesi Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi. Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.
- Kabalak et al. (2012) Journal of Contemporary Medicine 2012;2(2): 122-126
- Kabalak, A. A., Öztürk, H., ve Çağıl, H.(2013).Yaşam Sonu Bakım Organizasyonu; Palyatif Bakım. Yoğun Bakım Dergisi, 11 (2), 56-70.
- Kahveci, K., Gökçınar, D.(2014). Palyatif Bakım. Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti., İstanbul, 1-7.
- Kaplan, GA., Roberts, RE., Camacho, TC., Coyne, JC.(1987).Psychosocial Predictors of Depression. Prospective Evidence From Human Population Laboratories Studies. Am J Epidemiol,1;125:206-220.
- Karaaslan,A.(2013).Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi,Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Hemşirelik Anabilim Dalı,Ankara.
- Karabuğa, H.(2009).Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi.Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı,İstanbul.
- Karabuğa-Yakar,H.,Pınar,R.(2013).Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi,15(2),1-16.
- Karakartal, D.(2017). Kanser Hastalarının Yaşadıkları Psiko-Sosyal Sorunların İncelenmesi.4(9),48-62.
- Karakoç, T. (2008). Ayaktan Kemoterapi Alan Geriatrik Hastalarda Sosyal Destek il Yorgunluk Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Mersin

- Karasar, N. (1995). Bilimsel Araştırma Yöntemi. 7. Basım. Ankara: 3A Araştırma Eğitim Danışmanlık Ltd.
- Kaya, A.(2015).Türkiye’de ve Dünya’da Palyatif Bakım. Acıbadem Hemşirelik Dergisi, 82.
- Kebudi,R.(2006).Terminal Dönemde Kanserli Çocuk ve Ailesine Yaklaşım. Türk Onkoloji Dergisi 23(1):34-44.
- Kelleci, M.(2005). Kanser Hastalarının Umudunun Geliştirilmesine Yönelik Hemşirelik Girişimleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 6, 41-47.
- Kılıç, S. (2013). Örnekleme Yöntemleri. Journal of Mood Disorders, 3(1), 44-6.
- Kitrungroter, L., Cohen, M. Z. (2006). Quality of life of family caregivers of patients with cancer: a literature review. Oncol Nurs Forum, 33, 625-32.
- Kıvanç, M. M. (2017).Türkiye’de Palyatif Bakım Hizmetleri. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 4(2),132-135.
- Kızılcı, S.(1999).Kemoterapi Alan Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3, 18-26.
- Kızıler, E.(2007). Kanserli Çocuğu Olan Ailelerin Sosyal Destek Algısı, Umutsuzluk Ve Baş Etme Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi,GATA Üniversitesi ,Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Koç, Z.,Sağlam,Z.,Çınarlı T.(2016). Kanser Tanısı Almış Olan Bireylere Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yükü İle Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(1),1-18.
- Kömürcü, Ş., Erkişi, M., Bavbek, S.(2003) et al. Palyatif Bakım Organizasyonu İle İlgili Avrupa Birliği Bakanlar Tavsiye Raporu, Turgut Yayıncılık, İstanbul.
- Krysik, J. L. ve Finn, J. (2015). Etkili Uygulama İçin Sosyal Hizmet Araştırması. Erbay, E. (Çev. Ed.), Ankara: Nika Yayınevi.
- Lagman R, Walsh D.(2005). Integration of palliative medicine into comprehensive cancer care. Semin Oncol, 32,134-8).
- Liao, S.,Arnold, RM.2006.Caring for caregivers: The essence of palliative care. J Pall Med ,9(5),1172-4.
- Luckmann, M. J.(1986). Clinieal Nursing, The C. V. Mosby Company ST. Louis.
- Mars, J.A. (2006). Stress Fears and Fhobias: the Impact of Anxiety. Clinical Journal of Oncology Nursing, 10,319-322.

- Maslow, A. (1970). *Motivation and Personality*, New York: Longman
- Mavi,Kasım.(2017).Palyatif Bakım Sürecinde Verilen Hizmetin Hasta Yakınları Tarafından Değerlendirilmesi.Yüksek Lisans Tezi.Avrasya Üniversitesi,Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı,Trabzon.
- Meghani, S. H.(2004). A Concept Analysis of Palliative Care in the United States. *J.Adv.Nurs.* 46 (2), 152-161.
- Mitchell, A.J.,Ferguson,D.W.,Paul,J.,Symonds,P.(2013). Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis.*Lancet Oncol*, 14(8),721-732.
- Mor, V., Allen, S., Malin, M. (1994).The Psychosocial Impact of Cancer on Older Versus Younger Patients and Their Families., *Cancer Supplement*, 74 (7), 2118-2127.
- Muller,R.T., A.E.Goebel-Fabbri,T.,Diamond, D.Dinklage.(2000) Social Support and the Relationship Between Family and Community Violence Exposure and Psychopathology Among High Risk Adolescents,*Child Abuse & Neglect*, 24(4), 449-464.
- Öner, Ö.İ. (2012). Onkoloji Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü ve Algıladıkları Sosyal Desteğin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.Elazığ.
- Ovayolu, Ö., Ovayolu,N.(2017).Palyatif Bakım Alan Kanser Hastalarının Ağrı Yönetiminde İntegratif Yaklaşımlar,4(3),54-64.
- Öz,F. (2001).Hastalık Yaşantısında Belirsizlik. *Türk Psikiyatri Dergisi*,12(1): 61-68.
- Özbay, M.H., Öztürk Kılıç,E.,Göka, A.Aktaş,M ve Güngör,S.(1994).Ergenlerin Sosyal Destek Çevreleri:İşçi ve Öğrenciler Arasında Karşılaştırmalı Bir Çalışma.*Türk Psikiyatri Dergisi* 5(2), 119-125.
- Özbesler, C. (2001). Çocukluk Çağı Lösemileri ve Sosyal Destek Sistemlerinin Aile İşlevlerine Etkisi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Özçelik, H.(2011).Kanser Hastasının Palyatif Bakımında Vaka Yönetimi Modelinin Hasta Sonuçlarına Etkisinin İncelenmesi. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İzmir.

- Özçelik, H., vd., (2014). Kanser Hastasının Palyatif Bakımında Vaka Yönetimine Dayalı Multidisipliner Bakım Protokolü, *Ağrı Dergisi*, 26(2), 47-56.
- 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.
- Özkan, S. (2011). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nda Palyatif ve Yaşam Sonu Bakımı. *Selçuk Tıp Dergisi*. 28 (1), 69-74.
- Özkan, S. (1999). Psikiyatrik ve Psikososyal Açısından Kanser. *Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Kongre Kitabı*. 1998-1999. s:140-153 İstanbul.
- Özmete, E. (2010). Yaşlı Refahı: Yaşlılar İçin Sosyal Hizmet. Kilit yayınları, Ankara.
- Padem, H., Göksu, A., Konaklı, Z. (2012). Araştırma Yöntemleri Spss Uygulamalı.
- Papastavrou, E., Kalokerinou, A., Papacostas, S. S., Tsangari, H. ve Sourtzi, P. (2007). Caring or a relative with dementia: family caregiver burden. *Journal of Advanced Nursing*, 58 (5), 446-457. (doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04250.x)
- Paul, N., Lanken, M. (2011) Ann Official American Thoracic Society Clinical Policy Statement: Palliative Care For Patients With Respiratory Diseases and Critical Illnesses. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 1,77-91.
- Pillay, AL., Sargent, CA. (1999). Relation Ship of Age and Education with Anxiety, Depression and Hopelessness in a South Africa Community Sample. *Prec Mot Skills* 89,881-884.
- Polat, Ü. (2011). İleri Evre Kanser Hastalarında Semptom Yönetiminde Bakım Verenlerin Rollerini Ve Destek Gereksinimleri. *Türk Onkoloji Dergisi* 2011;26(4):193-98.
- Red, W.J. ve A. D. (1989). *Smith Research in Social Work*. New York, 64-93.
- Rice, R. (2006). *Home Care Nursing Practice: Concepts and Application*. USA, Elsevier Press.
- 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.
- Şahin, D.(1999).Sosyal Destek ve Sağlık. Ed: Okyayuz UH Sağlık Psikolojisi.Türk Psikologlar Derneği Yayınları,(1),79-106.
- Sarıtaş, S.Ç., Büyükbayram, Z. (2016). Kemoterapi Alan Hastaların ve Bakım Veren Yakınlarının Anksiyete Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin,15,141-150.
- Saruç, S.(2013).Palyatif ve Yaşam Sonu Bakımda Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rollerini ve Sosyal Hizmet Mesleği Standartları. Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi,24(2),193-207.
- Savaşır, I., Şahin, NH.(1997). Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme:Sık Kullanılan Ölçekler.Türk Psikologlar Derneği Yayınları,Ankara.
- Savcı, A.B. (2006). Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesini ve Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Erzurum.
- Segrin, C., Badger, T. Dorros, SM., Meek, P. et al. Interdependent Anxiety and Psychological Distress in Women with Breast Cancer and Their Partners. Psycho-Oncology (In press).
- Şenler, F. Ç. (2001). Akciğer Kanseriinde Psikososyal Sorunlar ve Tedavisi. Solunum 3, Özel Sayı 2, 223-225.
- Smith, TJ., Temin, S., Alesi, ER., Abernethy, AP., Balboni, TA., Basch, EM., Von Roenn J H. (2012).American Society of Clinical Oncology Provisional Clinical Opinion: The Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care. Journal of Clinical Oncolog, 30(8), 880-887.
- Sönmez, Y., Söylemez, D., Sur, H.(2004).Kanser Tedavisi Gören Hastaların Yakınlarının Depresyon Durumlarının Değerlendirilmesi. Modern Hastane Yönetimi Dergisi, (8)1,1-17.
- Temel, JS., Joseph, MD., Greer, CA., Emily, MA., Gallagher, R., Sonal Admane RN.(2010) Et al. Palliative Care For Patients With Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. N Engl J Med.363:733-42.
- Tse Man Wah, Doris (2007).Care for the Family in Palliative Care, Chief of Service, Department of Medicine & Geriatrics / ICU, Caritas Medical Centre,1(2),26.

- Tuncay, T. (2009). Genç Kanser Hastalarının Hastalık Anlatılarının Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi. Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi, 20(2), 69-87.
- Tuncay, T. (2010).Kanserle Baş Etmede Destek Grupları. Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi, 21(1), 59-71.
- Turan, N. (1984).Kanser Hastalığının Önlenmesinde Psiko-Sosyal Faktörlerin Önemi. H.Ü. Sosyal Hizmetler Y.O. Dergisi, 2 (1-3),12-20.
- Türk Kanser Derneği. (2013). Kanser Türleri. Ocak 30, 2019 tarihinde Türk Kanser Derneği Web Sitesi: <http://www.turkkanserderneği.org/kanserturleri.php> adresinden alındı.
- Türk Kanser Derneği. (2013). Kanser Türleri. Ocak 30, 2019 tarihinde Türk Kanser Derneği Web Sitesi: <http://www.turkkanserderneği.org/kanserturleri.php> adresinden alındı.
- Türkbıkmaz, A.(1994).Kanser Hastalarında Sosyal Kişisel Çalışmanın Önemi. Yüksek Lisans Tezi.İstanbul Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psiko-Sosyal Onkoloji ve Eğitim Dalı, İstanbul.
- Türkiye Büyük Millet Meclisi,2010.Kanser Hastalığı Konusunun Araştırılarak Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu. (Rapor No: TBMM: 648). Ankara.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı. (ty). Kanser Genel Tanımı. A 27, 2013 tarihinde Kanser Daire Başkanlığı Web Sitesi: <http://www.kanser.gov.tr/kanser/kanser-nedir/4-kanser-nedir.html> adresinden alındı
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2013, Nisan 16). Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2010, 2011 ve 2012.
ErişimAdresi:<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15847>Erişim tarihi:17.01.2019
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2018, Nisan 26). Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2010, 2011 ve 2012. Şubat 13, 2015 tarihinde Türkiye İstatistik Kurumu Web Sitesi: www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=27620 adresinden alındı
- Türkiye Kanser Daire Başkanlığı.(2012).Tiroid Kanserleri, Dünyada ve Türkiye’de Tiroid Kanserleri. Rapor No:5, Ankara, 2012.

- Tuzcu,A.,Sümen A.,Avcı,Y.(2018).Kanser Tarama Programlarına Katılımı Araştırmada Bir Sağlık Davranış Değişim Modeli:Precede-Proceed.Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi,15(2),12 3-130.
- UICC (Union Internationale Contre Le Cancer/Uluslar Arası Kanserle Savaş Birliği.1990 UICC Manual of Clinical Oncology,A John Wiley,Sons,Inc.Publication.Canada
- Uluslararası Kanser Savaş Örgütü Yenileme Komitesi. (1983). Klinik Onkoloji El Kitabı (3. Baskı). Türkçeye Tercüme Grubu.
- Uslu,F., Terzioğlu,F.(2015).Dünya’da ve Türkiye’de Palyatif Bakım Eğitimi ve Örgütlenmesi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 4(2),81-90.
- Utlu, G. (2015). Kanser Hastalarında Palyatif Bakım ve Destek Servisinde Narkotik Analjezik Kullanımı. Tıpta Uzmanlık Tezi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, İzmir.
- Utlu, G. (2015). Kanser Hastalarında Palyatif Bakım ve Destek Servisinde Narkotik Analjezik Kullanımı. Tıpta Uzmanlık Tezi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, İzmir.
- VIII. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi Özet Kitapçığı (2005).363. İstanbul ,21-24 Eylül
- WHO,2011.Guidelines for drinking-water quality (4th ed.), World Health Organization, Geneva, Switzerland
- WHO. (2019). Definition of Palliative Care 2002. Erişim adresi <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> Erişim tarihi:17.01.2019
- Yarbro, CH., Frogge, MH., Goodman, M.(2005).Jones and Bartlett Publishers; editors. USA:1729-43.
- Yıldırım, İ.(1997). Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Güvenirliği.Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 13,21-87.
- Zimet,G,D.,Dahlem,N. W.,Zimet,S.G,Farley,G.K(1988).The Multidimensional Scale of Perceived Social Support.Journal of PersonalityAssesment,52(1),30-41.
- <https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/palyatif.php>. Erişim tarihi: 14.02.2019
- <https://www.cancer.gov/about-cancer/advanced-cancer/care-choices/palliative-care-fact-sheet>). Erişim tarihi: 24.01.2019.

EKLER

EK:1 Görüşme Formu

Bu form kanser hastalarının yakınlarının karşılaştığı sosyo-ekonomik ve psiko-sosyal sorunları ortaya koymak ve çözümlerine ilişkin katkıda bulunmak amacıyla Eyüp Sultan Devlet Hastanesi Palyatif Bakım ünitesinde bakım hizmeti alan hasta yakınlarına sunulmak üzere hazırlanmıştır. Formda yüksek lisans tez çalışması doğrultusunda hazırlanan sorular yer almaktadır. Formu doldurmak isteğe bağlıdır. Verilen bilgiler bilimsel amaç dışında hiçbir şekilde kullanılmayacaktır. İsim vermek zorunlu değildir. Sorulara içtenlikle cevap vereceğiniz için ve araştırma sunduğunuz katkıdan dolayı teşekkür ederim.

Danışman:Prof.Dr.M.Zafer DANIŞ

Araştırmacı:Esin ÖZHAN

A.HASTA YAKININA AİT SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİLER

a1.Cinsiyetiniz

- 1)Kadın 2) Erkek

a2.Yaşınız (.....)

a3.Medeni Durumunuz:

- 1)Evli 2)Bekar 3)Boşanmış

a4.Çocuğunuz Var mı?

- 1)Yok 2)Var

a5.cevabınız var ise kaç tane?)(.....)

a6.Öğrenim Durumunuz?

- 1)okur-yazar değil 2)okur-yazar 3)ilk okul 4)orta okul 5)Lise
6)Üniversite 7)Yüksek Lisans

a7.Mesleğiniz(.....)

a8.Şu anda çalışıyor musunuz?

- 1)Hayır
2)Yarım gün belirli saatlerde çalışma
3)Tam gün çalışma

a9.Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- 1-Çok iyi
2-iyi
3-orta
4-kötü
5-çok kötü

a10.Sosyal güvenceniz nedir?

- 1)Ssk
- 2)Bağ-Kur
- 3)Emekli Sandığı
- 4)Özel Sağlık Sigortası
- 5)GSS
- 6)Diğer

B)HASTAYA VE HASTALIĞA İLİŞKİN BİLGİLER

b1.hastanın cinsiyeti ?

- 1)Kadın
- 2) Erkek

b2.Hastanın yaşı? (.....)

b3.Hastanın mesleği? (.....)

b4.Hastanın medeni durumu?

- 1)Evlü vefat etmiş
- 2)Bekar
- 3)Boşanmış
- 4)eşi

b5.Hastanın çocuğu var mı?

- 1)Yok
- 2)Var

b6.Çocuğu var ise kaç tane?(.....)

b7.Hastanın sosyal güvencesi nedir?

- 1)Ssk
- 2)Bağ-Kur
- 3)Emekli Sandığı
- 4)Özel Sağlık Sigortası
- 5)GSS
- 6)Diğer

b8.Hastalık tanısı nedir?(.....)

b9.İlk teşhis ne zaman konuldu?(.....)

b10.Metastaz var mı?

- 1)Yok
- 2)Var

b11.Hastalığın tekrar etme durumu?

- 1)Yok
- 2)Var

b12.Palyatif bakım merkezinde ne zamandır bakım hizmeti almaktasınız?

(.....)

b13. Palyatif bakım merkezinden nasıl haberdar oldunuz?

- 1)Doktorum aracılığıyla öğrendim
- 2)yakın çevrem vasıtasıyla
- 3)kendi araştırmalarım neticesinde
- 4)medya kanalıyla
- 5)Diğer.....(belirtiniz)

b14.Kanser dışında diğer kronik hastalıklar?

- 1)yok
- 2)var.....belirtiniz)

C.HASTA YAKINLARININ KARŞILAŞTIĞI PSİKOSOSYAL SORUNLARA İLİŞKİN BİLGİLER

c1. Hastaya yakınlık dereceniz nedir?

- 1)anne
- 2)baba
- 3)kardeş
- 4)eş
- 5)çocuğu
- 6)Diğer(.....Belirtiniz.)

c.2 Ne zamandan beri hastanın bakımıyla siz ilgileniyorsunuz?

(.....)

c3.Sizden başka hastanın bakımıyla ilgilenen birileri var mı?

- 1)yok
- 2) var (.....belirtiniz)

c4.Aile üyelerinden bakım sorumluluğunu üstlendiğiniz başka biri daha var mı?

- 1)yok
- 2) var (.....belirtiniz)

c5.Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?(.....)

c6.Yakınınızın yaşadığı hastalık ve tedavi süreci nedeniyle çalışma hayatınızda güçlük yaşıyor musunuz?

- 1)Hayır
 - 2)Evet ise(Ne tür sorunlar yaşadığınızı lütfen belirtiniz.)
- (.....)

c7.Yakınınızın yaşadığı hastalık ve tedavi sürecinden sağlığınız etkilendi mi?

- 1)Hayır
- 2)Evet ise(Ne tür sağlık sorunları yaşadığınızı lütfen belirtiniz.)

(.....)

c8. Yakınınızın yaşadığı hastalık ve tedavi süreci nedeniyle sorumluluklarınızı yerine getirmede sorun yaşıyor musunuz?

- 1)Hayır
- 2)Evet ise(Ne tür sağlık sorunları yaşadığınızı lütfen belirtiniz.)

(.....)

C9. Yakınınızın yaşadığı hastalık ve tedavi süreci nedeniyle evlilik ilişkinizde güçlük yaşıyor musunuz?

1)Hayır
belirtiniz.)

2)Evet ise(Ne tür sağlık sorunları yaşadığınızı lütfen



EK 2: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

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

1.İhtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 **kesinlikle evet**

2.Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim özel bir insan var

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 **kesinlikle evet**

3.Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 **kesinlikle evet**

4.İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 **kesinlikle evet**

5.Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 **kesinlikle evet**

6.Arkadaşlarım gerçekten bana yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 **kesinlikle evet**

7.İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 **kesinlikle evet**

8.Sorunlarımı ailemle konuşabilirim

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 **kesinlikle evet**

9.Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 **kesinlikle evet**

10.Yaşamımda duygularıma önem veren özel bir insan var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 **kesinlikle evet**

11.Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 **kesinlikle evet**

12.Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 **kesinlikle evet**

EK 3: Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Aşağıda, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her maddede o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 çeşit seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkate okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, o maddenin yanındaki harfin üzerine (X) işareti koyunuz.

- 1) a. Kendimi üzgün hissetmiyorum
b. Kendimi üzgün hissediyorum
c. Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum
d. Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum
- 2) a. Gelecekte umutsuz değilim
b. Geleceğe biraz umutsuz bakıyorum
c. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok
d. Benim için bir gelecek yok ve bu durum düzelmeyecek
- 3) a. Kendimi başarısız görmüyorum
b. Çevredeki birçok kişiden daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır
c. Geriye dönüp baktığımda, çok fazla başarısızlığımın olduğunu görüyorum
d. Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum
- 4) a. Her şeyden eskisi kadar zevk alabiliyorum
b. Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum
c. Artık hiçbir şeyden gerçek bir zevk alamıyorum
d. Bana zevk veren hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı
- 5) a. Kendimi suçlu hissetmiyorum
b. Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor
c. Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum
d. Kendimi her an için suçlu hissediyorum
- 6) a. Cezalandırıldığımı düşünmüyorum
b. Bazı şeyler için cezalandırılabilirim hissediyorum
c. Cezalandırılmayı bekliyorum
d. Cezalandırıldığımı hissediyorum
- 7) a. Kendimden hoşnudum
b. Kendimden pek hoşnut değilim
c. Kendimden hiç hoşlanmıyorum
d. Kendimden nefret ediyorum
- 8) a. Kendimi diğer insanlardan daha kötü görmüyorum
b. Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum
c. Kendimi hatalarım için çoğu zaman suçluyorum
d. Her kötü olayda kendimi suçluyorum
- 9) a. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok
b. Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum
c. Kendimi öldürebilmeyi isterdim
d. Bir fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm
- 10) a. Her zamankinden fazla ağladığımı sanmıyorum
b. Eskisine göre su sıralar daha fazla ağlıyorum
c. Su sıralarda her an ağlıyorum
d. Eskiden ağlayabilirdim ama su sıralarda istesem de ağlayamıyorum

- 11) a. Her zamankinden daha sınırlı değilim
b. Her zamankinden daha kolayca sinirleniyor ve kızıyorum
c. Çoğu zaman sınırlıyım
d. Eskiden sinirlendiğim şeylere bile artık sinirlenemiyorum
- 12) a. Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim
b. Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim
c. Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim
d. Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı
- 13) a. Kararlarımı eskisi kadar rahat ve kolay verebiliyorum
b. Su sıralar kararlarımı vermeyi erteliyorum
c. Kararlarımı vermekte oldukça güçlük çekiyorum
d. Artık hiç karar veremiyorum
- 14) a. Dış görünüşümün eskisinden daha kötü olduğunu sanmıyorum
b. Yaşlandığımı ve çekiciliğimi kaybettiğimi düşünüyorum ve üzülüyorum
c. Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan olumsuz değişiklikler olduğunu düşünüyorum
d. Çok çirkin olduğumu düşünüyorum
- 15) a. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum
b. Bir işe başlayabilmek için eskisine göre kendimi daha fazla zorlamam gerekiyor
c. Hangi iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum
d. Hiçbir iş yapamıyorum
- 16) a. Eskisi kadar rahat uyuyabiliyorum
b. Su sıralar eskisi kadar rahat uyuyamıyorum
c. Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta zorluk çekiyorum
d. Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum
- 17) a. Eskisine kıyasla daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum
b. Eskisinden daha çabuk yoruluyorum
c. Su sıralar neredeyse her şey beni yoruyor
d. Öyle yorgunum ki hiçbir şey yapamıyorum
- 18) a. İştahım eskisinden pek farklı değil
b. İştahım eskisi kadar iyi değil
c. Su sıralar iştahım epey kötü
d. Artık hiç iştahım yok
- 19) a. Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum
b. Son zamanlarda istemediğim halde üç kilodan fazla kaybettim
c. Son zamanlarda istemediğim halde beş kilodan fazla kaybettim
d. Son zamanlarda istemediğim halde yedi kilodan fazla kaybettim
Daha az yemeye çalışarak kilo kaybetmeye çalışıyorum
- 20) a. Sağlığım beni pek endişelendirmiyor
b. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sorunlarım var
c. Ağrı, sızı gibi bu sıkıntılarım beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor
d. Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka hiçbir şey düşünemiyorum
- 21) a. Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken hiçbir şey yok
b. Eskisine oranla cinsel konularla daha az ilgileniyorum
c. Su sıralar cinsellikle pek ilgili değilim
d. Artık cinsellikle hiçbir ilgim kalmadı

EK 4: Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi Ölçeği

Numara:

Tarih:

Aşağıda listede kanserli hastalara bakım veren kişilerin söylediği önemli cümleler bulunmaktadır. Son bir haftadır, her bir ifadenin sizin için ne kadar doğru olduğunu ,ifadenin karşısındaki, numaralardan birini yuvarlak içine alarak belirtiniz.

0=Hiç

1=Az

2=Biraz

3=Fazla

4=Çok fazla

SON BİR HAFTADIR	Hiç	Az	Biraz	Fazla	Çok fazla
1.Günlük yaşantımın değişmesinden rahatsızlık duyuyorum.	0	1	2	3	4
2.Eskiye nazaran uyku daha az dinlendirici	0	1	2	3	4
3.Günlük hayatım baskılanıyor	0	1	2	3	4
4.Cinsel hayatımdan memnunum	0	1	2	3	4
5.Dışarıdaki işlerimi sürdürmekte zorlanıyorum.	0	1	2	3	4
6.Maddi güçlük içerisindeyim	0	1	2	3	4
7.Sağlık güvencemizin neleri kapsayıp kapsamadığından endişe yaşıyorum	0	1	2	3	4
8.Gelecekte ekonomik durumumun ne olacağı belirsiz	0	1	2	3	4
9.Sevdiğim kişinin ölmesinden korkuyorum	0	1	2	3	4
10.Sevdiğim kişi hastalandığından bu yana hayata daha pozitif bakıyorum	0	1	2	3	4
11.Stres ve endişem arttı	0	1	2	3	4
12.Manevi duygularım arttı	0	1	2	3	4
13.Günlük hayatımın kısıtlanmasından rahatsızlık duyuyorum	0	1	2	3	4
14.Üzgün hissediyorum	0	1	2	3	4
15.Zihinsel olarak yorgunum	0	1	2	3	4
16.Arkadaş ve komşularımdan destek alıyorum	0	1	2	3	4
17.Suçluluk hissediyorum	0	1	2	3	4
18.Hayal kırıklığı içerisindeyim	0	1	2	3	4
19.Sinirli hissediyorum	0	1	2	3	4
20.Sevdiğim kişinin hastalığının çocuklarımı ya da ailemdeki diğer bireyleri etkileyeceğinden endişe duyuyorum	0	1	2	3	4
21. Sevdiğim kişinin değişen yeme alışkanlıkları ile başa çıkmada zorlanıyorum	0	1	2	3	4
22.Sevdiğim kişi ile daha yakın bir ilişki geliştirdim	0	1	2	3	4
23. Sevdiğim kişinin hastalığı konusunda yeterince bilgilendirildiğimi düşünüyorum	0	1	2	3	4
24. Sevdiğim kişiyi randevularına getirip götürme hazır şoför durumunda olmak beni rahatsız ediyor	0	1	2	3	4
25. Tedavinin sevdiğim kişide olumsuz etkiler göstereceğinden korkuyorum	0	1	2	3	4
26. Sevdiğim kişinin evde bakım sorumluluğunu almak beni kahrediyor	0	1	2	3	4
27.Sevdiğim kişinin iyileşmesi için çabalamaktan memnunum	0	1	2	3	4
28.Aile içi iletişimimiz arttı	0	1	2	3	4
29.Önceliklerimin değişmesi canımı sıkıyor	0	1	2	3	4
30.Sevdiğim insanın korunmaya muhtaç olması canımı sıkıyor	0	1	2	3	4
31.Sevdiğim insanın kötüleştiğini görmek moralimi bozuyor.	0	1	2	3	4
32.Sevdiğim insanın ağrısını dindiremediğim için kahroluyorum	0	1	2	3	4
33.Gelecek ile ilgili cesaretim kırıldı	0	1	2	3	4
34.Ailemin beni desteklemesinden memnunum	0	1	2	3	4
35.Diğer aile üyelerimin sevdiğim kişinin bakımı ile ilgilenmemeleri canımı sıkıyor	0	1	2	3	4

EK 5: Onam Formu

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma Sakarya Üniversitesi Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı'nda Yüksek Lisans öğrencisi olan Esin ÖZHAN tarafından, Prof. Dr. Mehmet Zafer DANIŞ danışmanlığında yürütülen yüksek lisans tezi kapsamında yapılmaktadır. "Kanser Hastalarının Yakınlarının Psiko-sosyal Durumlarının Değerlendirilmesi: Eyüpsultan Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi Örneği" isimli bu çalışmada bakım hizmeti veren hasta yakınlarının yaşamış olduğu psiko-sosyal sorunların çok boyutlu ele alınması ve gerekli sosyal hizmet müdahale planının sunulması amacını taşımaktadır. Bu amaçla hazırlanan görüşme formunun ve eklerde bulunan ölçekleri doldurmanız istenmektedir. Bu soruların doğru ya da yanlış cevapları yoktur. Lütfen her sayfa başında yazan yönergeleri dikkatlice okuyarak, size en uygun gelen yanıtı vermeye çalışınız ve mümkün olduğunca boş soru bırakmayınız. Bu çalışma için vereceğiniz yanıtlar başka bir amaçla kullanılmayacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Yanıtlar tüm katılımcılar çerçevesinde değerlendirileceğinden sizden herhangi bir kimlik bilgisi istenmemektedir. İhtenlikle vereceğiniz yanıtlar bu çalışmaya en uygun katkıyı sağlayacaktır.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır ancak, katılım sırasında sorulan veya herhangi başka bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz çalışmadan istediğiniz zamanda vazgeçme hakkınız bulunmaktadır. Böyle bir durumda anketi uygulayan kişiye anketi tamamlamadığınızı söylemeniz yeterli olacaktır. Çalışmadan vazgeçmeniz, sizin ve bizim açımızdan hiçbir olumsuz sonuç yaratmayacaktır. Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak için Sakarya Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü yüksek lisans öğrencisi Esin ÖZHAN (e-posta: gonuldasesin@gmail.com) ile iletişim kurabilirsiniz. Çalışmaya katıldığınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman yarıda kesip çıkabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayımlarda kullanılmasını kabul ediyorum.

AD-SOYAD	Tarih ve İmza

EK 6: Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 13/12/2018-E.15906



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu

Sayı : 61923333/050.99/
Konu : 07/15 Esin ÖZHAN

Sayın Esin ÖZHAN

İlgi : Esin ÖZHAN 21/11/2018 tarihli ve 0 sayılı yazı

Üniversitemiz Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu Başkanlığının 12.12.2018 tarihli ve 07 sayılı toplantısında alınan "15" nolu karar örneği ekte sunulmuştur. Bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr. Arif BİLGİN
Etik Kurulu Başkanı

15. Esin ÖZHAN'ın "Kanser Hastalarının Yakınlarının Psiko – Sosyal Durumlarının Değerlendirilmesi: Eyüpsultan Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi Örneği" başlıklı çalışması görüşmeye açıldı.

Yapılan görüşmeler sonunda; Esin ÖZHAN'ın "Kanser Hastalarının Yakınlarının Psiko – Sosyal Durumlarının Değerlendirilmesi: Eyüpsultan Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi Örneği" başlıklı çalışmasının Etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

Evrakı Doğrulamak İçin : <http://193.140.253.232/envision.Sorgula/BelgeDogrulama.aspx?V=BENN4MMKT>

Etik Kurulu Esentepe Kampüsü 54187 Serdivan SAKARYA / KEP Adresi:
sakaryauniversitesi@hs01.kep.tr
Tel:0264 295 50 00 Faks:0264 295 50 31
E-Posta :ozelkalem@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ :www.sakarya.edu.tr



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

EK 7: İzin Yazıları



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ
07.02.2019 07.49 - 16867222 - 604.01.01 - E 487



Sayı : 16867222-604.01.01
Konu : Esin ÖZHAN'ın Tez Çalışması

EYÜPSULTAN DEVLET HASTANESİNE

İlgi : a) 28/01/2019 tarihli ve 71211201-E925 sayılı yazısı.
b) 05/02/2019 tarihli ve 55607146-604.01.01-1051 sayılı yazınız.

İlgi a) da kayıtlı yazı ile Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Esin ÖZHAN'ın "**Kanser Hastalarının Yakınlarının Psiko-Sosyal Durumlarının Değerlendirilmesi: Eyüp Sultan Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi Örneği**" konulu tez çalışmasını, Hastanenizde yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma ilgi b) sayılı uygun görüşünüze istinaden Müdürlüğümüzce onaylanmış olup, araştırmanın yürütülmesi esnasında adı geçene gerekli kolaylığın gösterilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır.
Op. Dr. Kemal TEKEŞİN
Başkan

Seyitnizam mahallesi Mevlana Caddesi No: 85 34015 Zeytinburnu/İstanbul

Bilgi için: Selmin NAZLIGÜL

Telefon: Faks No: 0 212 638 33 99

TIBBİ SEKRETER

e-Posta: selmin.nazligul@saglik.gov.tr İnt. Adresi:

Telefon No: 0 212 638 33 99

selmin.nazligul@beyoglubirlik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 96a8dc8b-f438-4455-856e-7ab34fee5633 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 8 : Araştırma İzin Onayı



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
İstanbul Eyüpsultan Devlet Hastanesi



Sayı : 55607146-604.01.01
Konu : Esin ÖZHAN'ın Tez Çalışması

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
(Sağlığın Geliştirilmesi Birimi)

Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Esin ÖZHAN'ın "Kanser Hastalarının Yakınlarının Psiko-Sosyal Durumlarının Değerlendirilmesi: Eyüp Sultan Devlet Hastanesi Palyatif Bakım Merkezi Örneği" konulu tez çalışmasını hastanemizde yapma talebi uygun görülmüştür. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Op.Dr. Hasan KARAMAN
Başhekim

Silahtarğa Cad. No: 53-55-57 Eyüp/İstanbul

Telefon: 0212 417 29 00 Faks No: 212 417 29 15

e-Posta: kubra.yavuz2@saglik.gov.tr İnternet Adresi: kubraerenel@hotmail.com

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 06f36816-36ee-46a5-a28e-b1980f88a74d kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Kübra YAVUZ

HEMŞİRE

Telefon No: 2124172900-(1122)

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Esin	Soyadı	ÖZHAN
Doğ. Yeri	Tekirdağ	Doğ. Tarihi	01.01.1995
Uyruğu	T.C.	T.C. Kimlik No	
E-mail	gonuldasesin@gmail.com	Tel	05383893931

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Yüksek Lisans	Sakarya Üniversitesi-Sosyal Bilimler Enstitüsü-Sosyal Hizmet Anabilim Dalı	2016 -2019
Lisans	Sakarya Üniversitesi-Fen Edebiyat Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü	2012 - 2016
Lise	Tekirdağ Anadolu Lisesi	2008 - 2012

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Sosyal Hizmet Uzmanı	Eyüpsultan Devlet Hastanesi	2017 - ...
Sosyal Hizmet Uzmanı	Tekirdağ Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü	2016 - 2017
Sosyal Hizmet Uzmanı	Zübeyde Hanım Huzurevi	2016 - 2017

Yabancı Diller	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma	KPDS/ÜDS Puanı	YÖKDİL Puanı
İngilizce	İyi	Orta	Orta	-	-

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	78,54870	79,88409	72,09990

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
Word	İyi
Powerpoint	İyi
Excel	İyi

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Danış, M., Özhan, E. (2018). Sağlık Hizmetlerinde Palyatif Bakım, Kanser ve Sosyal Destek: Bir Vaka Örneğinde Güçlendirme Yaklaşımının Uygulanması. Kesit Akademi Dergisi, 5(18), 305-320.