

İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Psikoloji Anabilim Dalı Psikoloji Yüksek Lisans Programı

**KANSER HASTALARINDA ZAMAN PERSPEKTİFİ VE SOSYAL
DESTEK ALGISININ SOSYO-DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER
EŞLİĞİNDE İNCELENMESİ**

Gülçin Cihandide

Yüksek Lisans Tezi



İstanbul, 2013

KANSER HASTALARINDA ZAMAN PERSPEKTİFİ VE SOSYAL DESTEK
ALGISININ SOSYO-DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER EŞLİĞİNDE İNCELENMESİ

Gülçin Cihandide

İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Psikoloji Anabilim Dalı Psikoloji Yüksek Lisans Programı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. F. Betül Aydın

Yüksek Lisans Tezi

İstanbul 2013

KABUL VE ONAY

Gülçin Cihandide tarafından hazırlanan Kanser Hastalarında Zaman Perspektifi ve Sosyal Destek Algısının Sosyo-Demografik Değişkenler Eşliğinde İncelenmesi başlıklı bu çalışma, 27.06.2013 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



Prof. Dr., F. Betül Aydın (Başkan)



Prof. Dr., F. Betül Aydın (Danışman)



Doç. Dr. Sevda Bulduk (Üye)



Yrd. Doç. Dr. Duysal Aşkun Çelik (Üye)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.



Yrd. Doç. Dr. M. Bayhan Üge

Enstitü Müdürü

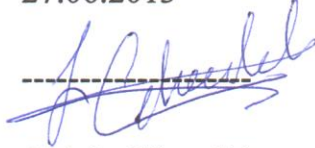
BİLDİRİM

Hazırladığım tezin tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin kağıt ve elektronik kopyalarının İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi bildiririm:

- Tezimin / Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim / Raporum sadece İstanbul Bilim Üniversitesi'nden erişime açılabilir.

x Tezimin / Raporumun 3 yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin / raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

27.06.2013



Gülçin Cihandide

TEŞEKKÜR

En başta her zaman yanımda olup her türlü desteğini benden esirgemeyen yol gösterenim değerli hocam Prof. Dr. Betül Aydın'a; her sıkıştığım da yardımına koşan sevgili hocalarım Yard. Doç. Dr. Melek Astar'a ve Yard. Doç. Dr. Duysal Aşkun Çelik'e, en karanlık anlarımla yüzümü gülümseterek sıcacık kalpleriyle yanımda olan sevgili değerli hocalarım Prof. Dr. Öget Öktem Tanör'e, Doç. Dr. Sevda Bulduk'a, Dr. Ani Heda Işıküstün'e, Yard. Doç. Dr. Mehmet Bayhan Üge'ye, Yard. Doç. Dr. Suzan Bozkurt'a, Yard. Doç. Dr. Ayşe Şahan'a, Yard. Doç. Dr. İrem Anlı'ya ve Lab. Tek. Türkan Sarıoğlu'na teşekkürü bir borç bilirim. Ayrıca Avrupa Florence Nightingale Hastanesi Araştırma ve Uygulama Merkezi Bedii Gorbon Kanser Merkezi Kemoterapi Ünitesi sorumlu hemşirelerinden Duygu Atakul ve Behice Köseoğlu'na bu süreçte güler yüzleriyle bana verdikleri sürekli destek için çok teşekkür ederim. Bu üç senede beni olgunlaştıracak ve hayatıma gerek akademik alanda gerekse hayatın içinden birçok alanda bir sürü şey katan değerli hocalarımla tanışmakla kalmayıp, onların desteğini bu uzun ve zahmetli yolda sürekli hissedebildiğim için gerçekten çok şanslıyım.

Aileme...

ÖZET

CIHANDİDE, Gülçin. Kanser Hastalarında Zaman Perspektifi ve Sosyal Destek Algısının Sosyo-Demografik Değişkenler Eşliğinde İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2013

Bu çalışma kanser hastalarının zaman perspektifindeki değişimleri sosyal destek algısı ve sosyo-demografik değişkenler eşliğinde incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Bu çalışmanın örneklemini 2012 yılında Avrupa Florence Nightingale Hastanesi Araştırma ve Uygulama Merkezi Bedii Gorbun Kanser Merkezi'nde kemoterapi görmekte olup, araştırmaya katılmayı kabul eden 77 kanser hastası oluşturmaktadır. Araştırmacı tarafından hazırlanan sosyo-demografik bilgi formu dışında Zimbardo Zaman Perspektifi Ölçeği'nin kısaltılmış versiyonu ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılmış olup veriler, kemoterapinin birinci, orta ve son evre aşamalarında olan 3 grup kanser hastasından araştırmacı tarafından yapılan birebir görüşmelerle toplanmıştır.

Elde edilen veriler korelasyon, çapraz tablolarla ki-kare ve tek yönlü varyans analizleriyle incelenmiştir. Araştırma sonucunda algılanan sosyal destek (SD) ile geçmiş pozitif zaman perspektifi (ZP) arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Şimdi fatalistik ZP ile yaş, geçmiş negatif ve şimdi fatalistik ZP'leri ile çocuk sayısı grupları arasında; SD ile cinsiyet, ekonomik seviye, kanserli organ arasında; özel bir kişiden alınan SD ile cinsiyet, aileden alınan SD ile eğitim seviyesi ve kemoterapi seans durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Alınan örnekleme gelecek ZP'inin ve algılanan SD ortalamalarının yüksekliği dikkat çekmiştir.

Bu alışma yüksek lisans tezi olarak yürütülmüştür ve sonuçlar buna göre tartışılmış olup, algılanan sosyal desteğin sağlıklı işlevsellik için önemi bir kez daha vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler

Kanser, Kemoterapi, Zaman Perspektifi, Algılanan Sosyal Destek

ABSTRACT

CIHANDIDE, Gulcin. The Examination of Cancer Patients' Perceived Social Support and Time Perspectives with Socio-Demographic Variables, Master's Thesis , Istanbul, 2013

This study's aim is to explore the changes in time perspective (TP) related to perceived social support (SS) and to the demographics of cancer patients. This study's sample is constituted by 77 cancer patients who were getting chemotherapy at Europe Florence Nightingale Research and Practice Hospital's Bedii Gorbon Cancer Unit and accepted to contribute in this research. For measures, short version of the Zimbardo Time Perspective Inventory, Multi Dimensional Scale of Perceived Social Support and a socio-demographic form that is constructed by the researcher, are used. The data is collected by the researcher herself via interviews from three groups of cancer patients during different phases of chemotherapy: First, middle and the last session.

The data is examined by correlation, crosstabs, chi-square and one-way ANOVA statistics. According to the findings of this study, a relationship between perceived SS and past positive TP is found. Between present fatalistic TP and age; past negative TP, present fatalistic TP with number of children the patients have; perceived SS and gender, economic status, cancer site; perceived SS from someone special and gender; perceived SS from family and education level, chemotherapy session variables are significantly related. The high means of the future TP and perceived SS values are thought to be important.

This study is carried out as a master thesis and the results are discussed accordingly. It is concluded by highlighting the major importance of perceived SS in healthy functioning one more time.

Key Words

Cancer, Chemotherapy, Time Perspective, Perceived Social Support

İÇİNDEKİLER

SAYFA NO:

KABUL VE ONAY SAYFASI	i
BİLDİRİM SAYFASI	ii
TEŞEKKÜR SAYFASI	iii
ADAMA SAYFASI	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	ix
KISALTMALAR DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Zaman Perspektifi	2
1.2. Kanser	7
1.2.1. Kansere Gösterilen Psikolojik Tepkiler	9
1.2.2. Kemoterapi	11
1.3. Sosyal Destek	13
1.3.1. Sosyal Desteğin Teorik Arka Planı	14
1.3.2. Sosyal Desteğin Türleri ve İşlevleri	14
1.3.3. Sosyal Desteğin Etkileri	16
1.4. Sosyal Destek ve Kanser	17
1.5. Sosyal Destek, Kanser ve Zaman Perspektifi	19

1.6. Araştırmanın Amacı	20
1.7. Araştırmanın Önemi	22
2. ARAşTIRMANIN YÖNTEMİ	23
2.1. Evren ve Örneklem	23
2.2. Veri Toplama Araçları	23
2.2.1. Zimbardo Zaman Perspektifi Ölçeği Kısaltılmış Form	24
2.2.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	24
2.2.3. Sosyo-Demografik Bilgi Formu	26
2.3. İşlem	26
2.4. Veri Çözümleme Yöntemleri	26
3. BULGULAR	28
4. TARTIşMA	66
4.1. Sınırlılıklar	72
4.2. Öneriler	73
KAYNAKÇA	74
EK	85

KISALTMALAR DİZİNİ

ASD	Aileden alınan sosyal destek
ÇBASDÖ	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
ÇS	Çocuk sayısı
ED	Ekonomik durum
KO	Kanserli organ
KS	Kemoterapi seansı
ÖSD	Özel bir kişiden alınan sosyal destek
SD	Sosyal destek
SS	Social support
TP	Time perspective
ZP	Zaman perspektifi
ZZPÖ	Zimbardo Zaman Perspektifi Ölçeği

TABLULAR DİZİNİ

SAYFA NO:

Tablo 3.1. Araştırmaya katılan kanser hastalarının demografik bilgileri	28-29
Tablo 3.2. Araştırmaya katılan hastaların kanser hastalıklarına ilişkin betimleyici bilgiler	31-32
Tablo 3.3. Araştırmada kullanılan ölçek ve ölçek alt boyutlarına ait betimleyici bilgiler	33
Tablo 3.4. Kemoterapi seans durumu değişkeninin ZZPÖ alt boyutları üzerindeki etkisi	34
Tablo 3.5. Algılanan sosyal destek ile ZZPÖ alt boyutları arasındaki ilişki	35
Tablo 3.6. Şimdi fatalistik zaman perspektifi ile yaş grupları arasındaki ilişkiye ait çapraz tablo ve Ki-Kare analizi	39
Tablo 3.7. Geçmiş negatif zaman perspektifi ile çocuk sayısı arasındaki ilişkiye ait çapraz tablo ve Ki-Kare analizi	48
Tablo 3.8. Şimdi fatalistik zaman perspektifi ile çocuk sayısı arasındaki ilişkiye ait çapraz tablo ve Ki-Kare analizi	49
Tablo 3.9. Algılanan sosyal destek ile cinsiyet arasındaki ilişkiye ait çapraz tablo ve Ki-Kare analizi	50

TABLULAR DİZİNİ (devamı)

SAYFA NO:

Tablo 3.10. Algılanan sosyal destek ile ekonomik durum arasındaki ilişkiye ait çapraz tablo ve Ki-Kare analizi	52
Tablo 3.11. Algılanan sosyal destek ile kanserli organ arasındaki ilişkiye ait çapraz tablo ve Ki-Kare analizi	54-55
Tablo 3.12. Özel bir kişiden algılanan sosyal destek türü ile cinsiyet değişkeni arasındaki ilişkiye ait çapraz tablo ve Ki-Kare analizi	57
Tablo 3.13. Aileden algılanan sosyal destek türü ile eğitim seviyesi değişkeni arasındaki ilişkiye ait çapraz tablo ve Ki-Kare analizi	60
Tablo 3.14. Aileden algılanan sosyal destek türü ile kemoterapi seans durumu değişkeni arasındaki ilişkiye ait çapraz tablo ve Ki-Kare analizi	63

1. GİRİŞ

Zamanı çok iyi bilmemize rağmen, tanımlayabilmek çok zordur. Zaman, herkes için pratikte aynı olsa da, aynı zaman dilimini kullansak da, her birimiz için ayrı anlamlar ifade eder. Gelişim psikolojisi çerçevesinde baktığımızda görürüz ki çocukluk, ergenlik, genç yetişkinlik, orta yaş ve yaşlılık dönemlerinde zaman algısı değişiklik göstermektedir. Hatta aynı dönemi paylaşan bireyler arasında bile öznel zaman algıları vardır. İnsanoğlu ne vakit zamanın değerini bilir diye düşündüğümüzde biliriz ki insanoğluna ölüm hatırlatıldığında, yani zamanın sürekli ama sonsuz olmadığı hatırlatıldığında geçen her an artık o insan için önemli olur. Ancak insanoğlu bir süre sonra yine kendi olağan yaşam döngüsüne geri döner. Bu döngü içerisinde bazılarımız geleceğe yatırım yaparız bazılarımızsa şu ana. Hatta gün içerisinde bile bazen o anı değerlendirmeye karar verir, bazen ise geleceğe ilişkin planlarımıza yönelik davranırız. Hiç şüphesiz yaşam döngümüzü altüst eden en büyük etken sağlığın bozulmasıdır. Ani bir kalp krizi ile sonlanan yaşamda zaman sekteye uğrar. Birden konmuş kanser teşhisi ise sürüncemeli bir döneme işaret eder. Yakın gelecekte veya uzak gelecekte ölüm kendisini hissettirir ve kişi zamanı yeniden tanımlar.

Bu tez çalışmasında araştırılmak istenen, insanoğlunun yaşam döngüsü içerisinde yaşamını tehdit edici bir hastalık olan kanser tanısı aldığı durumda, yukarıda da kısaca bahsedilmiş olan zaman perspektiflerinin tedavi süreci boyunca ne şekilde değiştiğini incelemektir. Kanser tanısını takiben çeşitli tedavi süreçlerinden kemoterapi süreci ele alınmış olup, bu süreç içerisinde kanser hastalarının algıladıkları sosyal destek dereceleri de incelenmiştir. Bu çalışmada bireylerin kemoterapi süreci içerisindeki zaman perspektiflerindeki değişimle birlikte algıladıkları sosyal destek ve sosyo demografik karakteristikler birlikte değerlendirilmiştir.

İleriki bölümde zaman perspektifi kavramı zaman perspektifi ve sosyo-duygusal seçicilik teorileri bağlamında açıklanacak olup, sosyal destek çeşitleri, ülkemizde kanser ve kemoterapi sürecine de yer verilmiştir. Bu bölümün sonunda ise yapılan tez çalışmasıyla ilgili araştırma soruları ve hipotezler bulunmaktadır.

1.1. ZAMAN PERSPEKTİFİ

Psikoloji literatürüne bakıldığında zaman perspektifi ağırlıklı olarak sosyal psikoloji alanında yer almışsa da, bütün alt alanlarda çeşitli araştırmalara konu olmuştur (Carstensen, Isaacowitz & Charles, 1999). ‘Zaman algısı (time perception)’, ‘Zaman oryantasyonu (time orientation)’, ‘Yaşam hızı (pace of life)’, ‘Zaman tercihi (time preference)’ ve ‘Zaman perspektifi (time perspective)’ kavramlarıyla insanoğlu ve zaman etkileşimi açıklanmaya çalışılmıştır. Araştırmacılar zaman kavramını farklı terimlerle adlandırmış olup bu terimlere farklı anlamlar yüklemişlerdir. Bu kavramsal anlam belirsizliği teorik alt yapıyı da sarsmakta (Shipp, Edwards & Lambert, 2009) ve standart bir kavram oluşumunu neredeyse imkânsız kılmaktadır (Shmotkin & Eyal, 2003).

Zaman algısı, bireyin zamanın akıp geçmesini yavaş veya hızlı olarak algılamasıyla ilgilidir. Örneğin; önemli bir randevuyu beklerken veya sıkıcı bir konferansın bitmesini beklerkenki zaman algısında farklılıklar vardır (Jonas & Huguet, 2008) ve bu farklılıklar birçok değişkene bağlıdır (Fraise, 1984). Bu zaman algısı kültürel açıdan ele alındığında yaşam hızı kavramıyla ele alındığı görülmüştür (Levine & Norenzayan, 1999). Zaman tercihi ise yakın veya ertelenmiş memnuniyete yönelik karar mekanizmasını açıklamada kullanılmaktadır (Schechter & Francis, 2010). Lewin (1942) sosyal psikolojide zaman perspektifi kavramını ele almış ve insan davranışının önemli bir elementi olduğunu ileri sürmüştür. Ancak zaman perspektifi kavramı da diğer zamanla ilgili kavramlar gibi farklı araştırmacılar tarafından çeşitli şekillerde ölçülmüş ve operasyonel tanımları yapılmıştır (Zimbardo & Boyd, 1999). Bunlara örnek olarak Cottle’ın daire testi (1976), zaman çizgileri (Rappaport, 1990) ve sadece gelecek zamana ilişkin perspektife bakan ölçekleri (Wallace, 1956; Gjesme, 1979; Brandtstadter & Wentura, 1994; Carstensen & Lang, 1996; Frederick, 1999; Husman & Shell, 2008) ve araştırmacı tarafından belirlenmiş çeşitli açık veya kapalı uçlu sorulardan oluşan anketleri (Padawer, Jacobs-Lawson, Hershey & Thomas, 2007; Cheng & Yim, 2008; Hicks, Trent, Davis & King, 2012) verebiliriz

Bu terimlerle açıklanılmaya çalışılan zaman kavramı üzerinde genel bir hemfikirliğe

varılmıştır o da; her bireye özgün bilişsel süreçler ve zamana ait zihinsel simgelerden oluşan bir iç organizasyonun varlığı olduğudur ve psikolojik zamanın organizasyonu aslında benliğin yapısını yansıtmaktadır (Shmotkin & Eyal, 2003).

Zaman perspektifi Einstein'ın rölativite teorisinden, Kant'ın zaman kavramının doğuştan geldiğine dair düşüncesinden, William James'in zaman algısı üzerine yazdıklarıyla yoğrulmuş, yeni fikirlerin doğuşuna sebep olmuştur. Zimbardo ve arkadaşlarının zaman perspektifi modeli ise Kurt Lewin'in zaman perspektifi tanımına dayanmaktadır (Zimbardo & Boyd, 1999). Bu tanıma göre zaman perspektifi 'belli bir anda, bireyin psikolojik gelecek ve psikolojik geçmişine ait görüşlerinin bütünlüğüdür' (Lewin, 1951; akt. Zimbardo & Boyd, 1999: 1271). Nuttin (1985) bu görüşü destekleyerek kendi motivasyon ve gelecek zaman perspektifi çalışmasında, geleceğe ilişkin öngörülerin ve geçmiş deneyimlerin şuan ki davranışa etkisi olduğunu çünkü davranışsal fonksiyonların bilişsel süreçlerinde var olduğunu ileri sürmektedir. Bandura'nın öz yeterlilik teorisinde de üç boyutlu zaman dilimine değinilmiştir (1997). Buna göre öz yeterlilik inançları; geçmiş deneyimlere, mevcut değerlendirmelere ve geleceğe ilişkin alternatiflere bağlıdır. Carstensen ve arkadaşları (1999) da zaman algısının sosyal hedefleri seçmede ve gerçekleştirmede esaslı bir rolü olduğunu belirtmişlerdir.

Zimbardo ile Boyd'un zaman perspektifi modeli sık sık kullanılan, kişisel ve sosyal deneyimlerin zamansal kategorilere ayrılarak, sıraya sokma, bu olaylara anlam kazandırma amaçlarını içeren bilinçdışı bir süreçtir. Bu bilişsel yapılar deneyimlenen olayları kodlama, depolama, yeniden çağırma kullanıldığı gibi beklentileri, hedefleri, hayali senaryoları oluşturmada da kullanılmaktadır (Zimbardo & Boyd, 1999). Bu modele göre bu öğrenilmiş zaman perspektifleri kişilerin önemli kararlarında, yargılarında ve davranışlarında dinamik etkileri olmaktadır. Bazıları için geçmiş, bazıları için şimdi, bazıları içinse gelecek odaklılık söz konusu olmaktadır. Geçmiş odaklıların geçmişteki pozitif veya negatif yaşantılarının yani deneyimlerinin şimdiki davranışları hakkında karar mekanizmasına etkisi söz konusudur. Geçmişten geri çağırılan anılar ya pozitif ve nostaljik ya da travmatik, itici ve negatif olabilmektedir. Gelecek odaklılar ise şimdiki davranışları öncesinde kar-zarar analizi yaparlar. Şimdi

odaklılar ise ‘ne yaparsam yapayım hiçbir şey değişmeyecek’ şeklinde dűřunerek fatalistik veya anı yaşayarak hedonistik olabilmektedir. İnsanlar karar verirken bilişsel zamansal yanlılıkları onları geçmiş, şimdi veya gelecek odaklı olarak etkiler. Bu yanlılık kişilerin mizacının bir stili haline gelebilir ve gűnlűk yaşantılarındaki kararları kişilerin ۆngörűlebilir hale gelir. Zamansal yanlılıkları kişilerin alışkanlıklarından dolayı bir zaman odağının fazla veya az kullanımını içerebilir. Zaman perspektifi durumsal olarak belirlenen, kişisel farklılıklar açasından gۆreceli olarak istikrarlı bir sűreçtir (Zimbardo&Boyd, 1999).

Zimbardo ve Boyd kavram karmařasına bir aćıklık getirebilmek için, operasyonel tanımlarını yapmıř ve beř zaman perspektifini de ۆlçen bir envanter geliřtirmiřlerdir. Geçmiře dair pesimistik tutumu arz eden geçmiř-negatif faktörünün anlamlı bir řekilde depresyon, kiři tarafından beyan edilen mutsuzluk, dűřűk ۆz sayđı ve agresyon ile iliřkili olduđu bulunmuřtur. Yarının ۆdűlű için bugűnű feda etmeyen, ana dair zevk, keyif ve heyecan duyulan tutumu arz eden řimdi-hedonistik faktörü anlamlı bir řekilde ego kontrolű, yenilik arayıřı, heyecan arayıřı ile pozitif yۆnde iliřkili bulunurken, tutarlılık tercihi ile negatif yۆnde iliřkili bulunmuřtur. Geleceđe yۆnelik planlara ve hedeflerin gerçekteřtirilmesiyle alakalı olan tutumu yansıtan gelecek faktörü ise anlamlı bir řekilde vicdanlılık, gelecek neticeleri gۆz ۆnűnde tutma, tutarlılık tercihi ile pozitif yۆnde; yenilik arayıřı, heyecan arayıřı ile negatif yۆnde iliřkili bulunurken, depresyon ve anksiyeteyle negatif yۆnde zayıf bir iliřki bulunmuřtur. Geçmiře dair nostaljik ve pozitif tutumu arz eden geçmiř-pozitif faktörü negatif yۆnde agresyon, depresyon ve anksiyeteyle iliřkili bulunurken, ۆz sayđı ve arkadař canlılıđı ile arasında pozitif yۆnde bir iliřki bulunmuřtur. Hedonistlerin heyecanından, gelecek odaklıların hedeflerinden ve geçmiřin nostaljisinden veya acısından yoksun tutumu yansıtan sonuncu faktör olan řimdi-fatalistik faktörü pozitif yۆnde agresyon, anksiyete ve depresyonla iliřkili bulunmuř olup, gelecek neticeleri gۆz ۆnűnde tutma ile negatif yۆnde iliřkili bulunmuřtur (Zimbardo & Boyd, 1999).

Beř Bűyűk Kiřilik Testi ve Zimbardo Zaman Perspektifi Envanterinin faktörleri arasındaki korelasyonla bakıldığı araştırmada, şimdi-hedonistik faktörüyle vicdanlılık ve duygusal tutarlılık arasında negatif yۆnde; gelecek faktörüyle vicdanlılık pozitif yۆnde;

şimdi-fatalistik faktörüyle vicdanlılık, yaşantıya açıklık ve duygusal tutarlılık negatif yönde; geçmiş-pozitif faktörüyle uzlaşmacılık pozitif yönde; geçmiş-negatif faktörüylese duygusal tutarlılık, vicdanlılık ve uzlaşmacılık negatif yönde ilişkili bulunmuşlardır (Goldberg & Maslach, 1996, akt. Zimbardo & Boyd, 1999). Dunkel-Schetter ve Weber'in (2010) zaman perspektifi ve kişilik üzerine yaptığı araştırmanın sonuçları da önceki sonuçları doğrular nitelikte olup ilaveten şimdi-hedonistik faktörü uzlaşmacılık, dışadönüklük ve yaşantıya açıklık ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Zimbardo ve Boyd'un (1999) ve Dunkel-Schetter ve Weber'in (2010) araştırmalarında da şimdi-hedonistik faktörü ile yaş değişkeni arasında negatif yönde ilişki olduğu bulunmuştur.

Zimbardo Zaman Perspektifi Envanteri boyutlarıyla başka envanter puanları arasındaki korelasyonlara bakıldığı psikoloji literatürü incelendiğinde şimdi zaman perspektifinin pozitif yönde riskli araba kullanımı (Keough, Zimbardo & Boyd, 1997), madde kullanımı (Apostolidis, Fieulaine & Soule, 2006; Carey, Henson, Carey & Maisto, 2007) ve patolojik kumar oynama (Hodgins & Engel, 2002; MacKillop, Mattson, MacKillop, Castelda & Donovan, 2007) ile ilişkili olduğu; dünyadaki doğal kaynakları koruma (Corral-Verdugo, Fraijo-Sing & Pinheiro, 2006; Milfont & Gouveia, 2006) ve sağlıklı davranış eğilimi gösterme (Rothspan & Read, 1996; Hamilton, Kives, Micevski & Grace, 2003; Carey, Henson, Carey & Maisto, 2006) ile negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Gelecek zaman perspektifi ise düzenli momografi çekirme gibi sağlık ilişkili davranışlarla ilişkili bulunmuştur (Guarino, DePascalis & DiChiacchio, 1999). Ayrıca bir başka araştırmada geçmiş-negatif veya şimdi-fatalistik zaman perspektiflerinin liseye devam eden öğrencilerde intihar düşüncesini öngördüğü tespit edilmiştir (Laghi, Baiocco, D'Alessio & Gurrieri, 2009). Geçmişe dair negatif deneyimleri olan, gelecek zaman perspektifinde düşük, şimdi-fatalistik zaman perspektifinde yüksek yönelimli İtalyan ergenlerde diğer akranlarına göre daha çok tıknircasına yeme ve aşırı içme görüldüğü ayrıca hayata dair doyum duygularının ve öz-saygılarının düşük olduğu bulunmuştur (Laghi, Liga, Baumgartner & Baiocco, 2012). Geçmiş-negatif zaman perspektifinin kanseri atlatan ergenlerde depresif semptomların görülmesinde rol oynaması önemli bir bulgudur (Bitsko, Stern, Dillon, Russell & Laver, 2008). Yüksek seviyede depresyon ve anksiyete aynı zamanda bir

kronik hastalık olan diyabet teşhisi konmuş bireylerin geçmiş-negatif zaman perspektiflerinin yüksek olanlarında öngörülebilmektedir (Livneh & Martz, 2007). Diyabet, kanser ve kalp hastalığı olan hasta ve sağlıklı kadınların karşılaştırıldığı bir araştırmada ise kronik hastalık grubunun gelecek zaman oryantasyonunun daha kısıtlı olduğu görülmüştür (Agrawal & Pandey, 1998). Gelecek zaman oryantasyonunun kesintiye uğradığı omurilik kazasına uğramış kişilerde ise yüksek oranlarla ölüm anksiyetesi olduğu bulunmuştur (Martz & Livneh, 2003). Yaşam kalitesi zedelenen HIV'li hastalarda şimdi-hedonistik faktörünün düşük olduğu görülmüştür (Preau, Apostolidis, Francois, Raffi & Spire, 2007). Geçmiş-pozitif, şimdi-hedonistik ve gelecek zaman perspektifleri yüksek olan ergenlerin aileleriyle güvenli bağlanma geliştirdiği ve psikolojik iyi oluş düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur (Laghi ve ark., 2009). Bu bulgu Holman (2008)'in çalışmasıyla da örtüşmekte olup; Holman geçmiş negatif zaman perspektifi yüksek olan üniversite öğrencilerinin aile üyeleriyle daha az destekleyici ve daha çok çatışan ve zararlı ilişkileri olduğunu, geçmiş-pozitifin aileyle daha çok destekleyici ilişkilerle ilişkili olduğunu, şimdi-hedonistik zaman perspektifinin özellikle arkadaşlardan destek alımıyla ilişkili olduğunu ve son olarak gelecek zaman perspektifinin genel olarak yüksek sosyal destek aldığı ve özellikle özel kişilerin ağırlıklı olduğunu belirtmiştir.

Sağlıklı işlevsellik için geçmiş-pozitif zaman perspektifinin önemi vurgulanmaktadır (Holman & Zimbardo, 2003; Beek, Berghius, Kerkhof & Beekman, 2011). Bunun nedeni ise bu faktörün diğer zaman perspektifleriyle karşılaştırıldığında kişilik problemleriyle daha az ilişkili olduğuna dair geçmiş bulgulardır. Sadece geçmiş-pozitif zaman perspektifinin değil, diğer zaman perspektiflerinden birinin de fazla kullanımı işlevsiz olabilmektedir (Boniwell & Zimbardo, 2003). Bu sebeple ideal olarak görülen bireyin dengeli zaman perspektifinin olmasıdır. Bu da zaman perspektifleri arasında rahatça yönelimini değiştirebilen, duruma uygun ve adaptif olanını seçebilen bireyleri içermektedir (Zimbardo & Boyd, 1999).

Bu tez çalışmasında araştırılan ise bireyin sağlığının tehlikede olduğu tehdidini algıladığında, hangi zaman perspektifinin daha çok kullanacağını görmek ve sağlıklı işlevselliğini tehdit sürecinde nasıl geri kazanabileceğini tartışmaktır.

1.2. KANSER

İnsan biyo-psiko-sosyal bir varlıktır. Bu üç boyut insanoğlunun yaşamında büyük rol oynar. Biyolojik olarak metabolizma ve hormonların salınması bireyin psikolojisi ve sosyal hayatında etkili olduğu gibi diğer boyutlar da bireyin biyolojisinde etki sahibidir. Bir bütün olarak düşünüldüğünde birey bu üç boyutun iş birliği ile denge halindedir. Eğer stres yaratan bir durumla karşılaşılırsa bu denge bozulur (Bayraktar, 2011). Kuşkusuz en büyük stres yaratan durumlardan biri de bireyin sağlığının tehlikede olduğunu öğrendiği andır. Bu tehlike kanser teşhisi içeriyorsa yaşam sorgulanmaya başlanır. Kanser bireyin yaşamını tüm yönleriyle etkileyen güçlü bir stres ve kriz yaratıcı sorundur (Volf, 1991,akt. Aydın, 2004). Kronik bir hastalık olması itibariyle sadece fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan değil, bireyi ve ailesini ekonomik açıdan da sarsmaktadır. Hastanın dünyasındaki bu değişiklikler geçici veya kalıcı olabilmektedir (Taylor, 2009).

Ülkemizde 0-1 yaş grubu hariç tutulduğunda, ölüm nedenleri arasında 2. sırada yer alan kanser (Kutluk & Kars, 2001), görülme sıklığının artışı ve kanserden kurtulan bireylerin az olması sebebiyle günümüzde insanoğlu için büyük bir tehdit oluşturmaktadır. Sağlık Bakanlığı'na göre her kanser tanısı gerekli mercilere belirtilmemesine rağmen Türkiye'de her 100.000 kişi de 120-130 kişide kanser görülmektedir (Kutluk & Kars,2001).

Kanser, ortak yönleri olan 100'den fazla hastalığı içeren bir kronik hastalıktır. Bütün kanserler DNA'nın hücre gelişimini ve üretiminden sorumlu olan bölümündeki işlev bozukluğundan oluşurlar. DNA'daki bu bozukluk aşırı derecede hızlı hücre büyümesine sebep olur. Diğer hücrelerin aksine, kanser hücrelerinin bedene hiçbir yararı yoktur (Taylor, 2009). 'Sınırsız üreyen kanser hücreleri salgıladıkları enzimlerle dokuların sağlıklı hücrelerini eritip, daha fazla çoğalmak için kendine yer açar. Bu çoğalma sırasında kanser hücresinde normal hücrelerden hem yapısal hem de işlevsel farklılıklar ortaya çıkar. Başlangıçta olduğu yerde büyüyen kanser hücreleri, normal hücreler kadar güçlü bağları olmaması nedeniyle vücudun başka bölgelerine yayılabilmektedir. Anormal biçimde çoğalan ve yayılan bu hücreler buldukları yerdeki doku ve hücreleri

işgal ederek, onların da işlev ve görevlerini yapmasını önlerler' (Kızıler, 2007:6-7).

Kansere sebep olan başlıca etkenleri; iyonize radyasyon, ultraviyole ışınları, hava kirliliği, kimyasal karsinojenler, beslenme faktörleri, sigara, alkol, virüsler ve genetik faktörler olarak belirtilmiştir (Kutluk & Kars, 2001). Vücudun herhangi bir yerinde şişlik, iyileşmeyen veya iyileşmesi geciken yara, ben ve siğillerdeki değişiklik, olağan dışı kanama, yutma güçlüğü, sürekli öksürük ve ses kısıklığı, idrar ve dışkılama alışkanlıklarında değişiklik kanserin belirtileri arasında yer almaktadır (Kutluk & Kars, 2001).

Kanser tedavisinde çeşitli yöntemler izlenilmektedir. Cerrahi yöntem kendi içinde dörde ayrılmaktadır. Bunlardan ilki olan tanısal girişim kanser dokusundan teşhis için örnek almağa yöneliktir. İkinci olan önleyici cerrahi girişim kanser öncesi lezyonların kansere dönmeden çıkarılmasına yöneliktir. Üçüncü küratif girişim ise kanserli dokunun ve çevresindeki kanserli hücrelerin yayılma olasılığının olduğu bölgelerin çıkarılması işlemidir. Dördüncü ve son girişim ise palyatif olarak adlandırılan ilerlemiş kanser vakalarında hastalığın acil sorun yaratan bazı bulgularını düzeltmek, önlemek ve yaşamı uzatmak amaçları için yapılmaktadır. Bir diğer yöntem X-ışınları, gama ışınları ve elektronlar gibi iyonize ışınların kanserli hücreleri tahrip etmek amacıyla kullanılan radyoterapi yöntemidir. Bu yöntem kanser cinsinin radyoterapiye duyarlı veya dirençli olmasına göre etkili olabilmekte veya olamamaktadır. Kemoterapi ise kanserin ilaçla tedavisidir. İmmünoterapi, hormon tedavisi ve lazer tedavisi diğer uygulanan tedavi yöntemlerini oluşturmaktadır(Kutluk & Kars, 2001).

Kanser tanısıyla ilk karşılaşma yaşam ve ölüm döngüsü gerçekliğiyle yüzleşilen andır. Bu gerçekliğin kabul edilmeye çalışıldığı ancak aynı zamanda ölüm yokmuş gibi yaşamla ilgilenildiği zaman olarak tanımlanmaktadır (O'Connor, Wicker & Germino., 1990). Yapılan bir araştırmaya göre, kanser hastalarına en çok hastalıklarının hangi yönünü stresli buldukları sorulduğunda, %41'i gelecek hakkındaki belirsizlik, %24'ü ise fiziksel yeterlilikleri, görünüşleri ve hayat stillerine yansıyan sınırlılıklar olduğunu, %12'si ise ağrı yönetimi olduğunu belirtmişlerdir (Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor & Falke, 1992). 2005'te Yeşilbakan, Akyol, Çetinkaya, Altın ve Ünlü tarafından

ülkemizde yapılan araştırmada ise kanser hastalarının %46'sının biraz kızgınlık hissettiği, %30'unun ise gelecek konusunda ümitsiz oldukları saptanmıştır.

İlerlemiş kanser tanısıyla yaşarken hasta sağlıklı psikolojik işlevselliğini korumaya çalışırken bir sürü zorlukla karşılaşmaktadır, buna tedavinin gerektirdiği sabit rejime uyma ve yaşamın sonuna ilişkin düşünce ve korkularıyla yüzleşmek de dâhildir (Sullivan & Stanton, 2007). Kızılcı (1996) kanser tanısı koyulan hastada ölüm algısı temelli bir krizin sıklıkla görüldüğüne dikkat çekmiştir. Sadece hasta değil, hastanın ailesi de stres yaşamaktadır. Yapılan bir araştırma en çok tanı konulduğunda, yeni bir tedavi şekline geçildiğinde, tedavi boyunca ve hastalığın nüks etmesi durumlarında hastanın ve ailesinin stres yaşadığını vurgulamıştır (McCarron, 1995).

1.2.1. Kansere Gösterilen Psikolojik Tepkiler

Her kanser teşhisi alan birey farklı tepki verebilir ve bunlar hem hastalığı kabulleniş hem tedavi sürecine uyumu etkilemektedir. Bu psikolojik tepkileri araştıran farklı aşırımacılar da farklı sınıflandırmalar, gruplandırmalar yapmışlardır.

Kübler-Ross'un evreleri süphesiz kansere verilen tepkiler söz konusu olduğunda üzerinde en çok durulandır (Özkan, 1996). Beş farklı evreden bahseden Kübler-Ross (1975) , bu evrelerin ayrı ayrı birbirini takip edecek şekilde ya da aynı anda da deneyimlenebilecek evreler olduğuna dikkat çeker. Yapılan araştırmalar, bazı evrelerin her hasta tarafından eşit ağırlıkta geçirilmemekte olduğuna ve bazı hastaların kabullenme aşamasına daha çabuk ulaştığına dikkat çeker (Greer, 1991). İlk evre, inkârdır. Hastaya tanıyı ilk öğrendiği an uğradığı şok karşısında başa çıkma mekanizmalarının devreye girmesi için zaman kazandırır. Ayırıştırma ve yansıtma en sık kullanılan defans mekanizmalarındandır. Hasta gerçeği yadsır ve kendisine söylenenleri algılamıyor gibidir. Bu evre birkaç saat veya bir hafta kadar bile sürebilir. İkinci evre, öfkedir. Bu evrede 'niye ben' duygusu yaşanır. Hastanın içindeki öfke, hastanın çevresindeki sağlık uzmanları ve yakın çevresine yansiyabilmektedir. Üçüncü evre, pazarlıktır. Bu süreçte hasta hastalığının getirebileceği ölüm gerçeğini kabullenmeye

başlar ve kendisi, çevresi, inançları ile pazarlık sürecine girerek ölümü geciktirme yolları arar. Dördüncü evre, depresyondur. Bu evre hastanın tedavi süreci uzadıkça ve nüks yaşandıkça geri döndüğü evredir. Çünkü artık hastalık inkâr edilemez boyutta fiziksel değişiklikler, tedavinin yan etkileri ile gözle görünür bir haldedir. Son evre ise kabullenmedir. Bu evrede ölüm kavramı biraz daha benimsenmiş olup, hastanın duygusal mücadelesi bitmiştir. Artık kişi kaderini kabullenmiş ve kaderine öfkeyle veya depresif bir şekilde yaklaşmamaktadır. (Kübler-Ross,1975).

O'Connor ve arkadaşlarına (1990) göre kanser tanısı alan kişi ise olanları anlamlandırabilmek için şu aşamalardan geçmektedir: Kişisel önceliklerin araştırılıp anlaşılması, kanser tanısının sonuçlarının araştırılması, yaşamın gözden geçirilmesi, benliğindeki değişimler, kanser tanısıyla birlikte yaşamak ve umut.

Kanser hastalarının verdiği reaksiyonları hastalık sürecine göre sınıflandıran Özkan (2007); tanı öncesi dönemde kanser olasılığına ilişkin uyumlu tepki görülmediği takdirde, tanı almadan belirti geliştirme, inkar ve tedavide gecikme gibi uyumsuz tepkiler gözükmekte olduğuna değinmiştir. Tanı aşamasında Kübler-Ross'un evrelerinden şok, inanamama, kısmi inkâr, isyan ve depresif tutumlar uyumlu olmakla beraber, kesin inkar, ölüm düşüncesi ve tedaviyi ret uyumsuz tepkiler arasında yer almaktadır. Tedavi aşamasında cerrahi girişim için ameliyatı geciktirme, radyoterapi veya kemoterapi için yan etkilerden korkma, beden imajına gelen değişiklikler ve terk edilme korkusu uyumlu olabilmekte, eğer bu korkular depresyon veya beden algısına yönelik ciddi elemeler içeriyorsa uyumsuz olabilmektedir. Tedavi sonrasında uyumlu tepki olarak normal baş etme biçimleri kullanılabilenkte, yaşama dönüş gerçekleşirken nüks korkuları yaşanması ele alınmaktadır. Hastalığın nüksü durumundaysa yine Kübler-Ross'un evrelerinin görülmesi veya yeni tedavi yöntemleri arayışına geçilmesi uyumlu tepkilerken; uykusuzluk, iştahsızlık, panik, katstrofik algı, kızgınlık ve depresyon uyumsuz tepkileri oluşturmaktadır. Hasta terminal dönemdeyse yaşamı sorgulama, endişe, ağrı, terk edilme, ölüm düşüncelerine bağlı elem duygusu ve kabulleniş uyumlu, depresyon ve deliryum ise uyumsuz tepkiler olarak ele alınmıştır.

Greer (1991) yaptığı araştırmada kanser hastalarının kanserle baş etme yöntemlerini beş

boyutta değerlendirmiştir. Bir tanesi fatalizm/kaderci kabulleniş boyutu olup, hastanın kanser hastalığını kaderinin bir parçası olarak görüp kabullendiği ve de bununla ilgili yapacağı hiçbir şey olmadığına kanaat getirmesini içerir. Bir diğer boyut çaresizlik/umutsuzluk tepkisidir. Bu boyutta kanser hastası sadece tanıya odaklı olup, aklına ölüm düşünceleri hâkimdir ve sürekli ağlar. Bir diğer boyut, hastalığın kabulüyle kanser sözcüğünün rahatça kullanımı ve tedaviye hastanın da aktif katılımının olduğu iyimser tutumu içeren savaşıma ruhu/mücadeleci ruhtur. Bir başka boyut ise bunaltılı aşırı uğraş/endişeli bekleyiş/anksiyetedir. Bu boyuttaki hasta sürekli kanser tanısı hakkında düşünür, vücudundaki çeşitli değişimleri alakasız dair olsa kanser hastalığına bağlar, hastalık hakkında yaptığı araştırmaları sürekli olumsuz yorumlama eğilimi gösterir. Sonuncu boyut ise kaçınma/inkar boyutudur. Bu boyutta tanının reddi veya hafife alınması söz konusudur. Kanser sözcüğü kullanımından kaçınılır.

Holland ve Massie ise (1982, akt. Özkan, 1996), kanser tanısına tepkileri sürelerine göre üç aşamada tanımlamıştır. İnkâr ve şok evresi olarak adlandırılan ilk evre tanıya ilk yanıtıdır, inanamama, inkâr veya şok olma tepkileri görülür ve bir haftadan kısa sürer. İkinci evre disfori evresidir. Kaygı, depresif duygudurum, iştahsızlık, uykusuzluk, konsantrasyonda güçlük, işlevsellikte bozulma görülür ve bir ila iki hafta kadar sürer. Üçüncü evre olan son evre ise uyum evresidir. Hasta tanıyı kabullenir, iyimser nedenler bulur ve yaşamını olağan şekliyle devam ettirmeye çalışır. Bu evre hastadan hastaya değişmekte olup, iki hafta kadar da aylar kadar da sürebilmektedir.

1.2.2. Kemoterapi

‘Kemoterapi kanserin ilaçla tedavisi olarak tanımlanır. Kanser kemoterapisi yerleşmiş bir tedavi yöntemidir. 1940larda mustard gazının kan hücrelerine etki ettiğinin gözlenmesi ile başlayan kemoterapi bugün çok yaygın olup, halen kullanılan 50'den fazla kanser ilacı mevcuttur. Kemoterapi sistemik bir tedavidir; sadece hastalığın başladığı yere değil, uzak bölgelere yayılmış olan, saptanmış veya saptanamayan tüm kanserli hücrelere etki eder. Bu amaçlarla kullanılan ilaçlar içinde çeşitli kimyasal maddeler, alkaloidler, antibiyotikler ve bazı hormonlar vardır’ (Kutluk & Kars,2001:

29).

Günümüzde kemoterapi bir çok kanser türünün tedavisinde kullanılmaktadır (Kutluk & Kars, 2001). Genellikle cerrahi yöntemlerle çıkartılamayan ya da radyoterapinin etkili olmadığı kanser türlerinde, metastaz yapmış tümörlerde, bazı tümörlerde ise ameliyat öncesi kitleyi küçültmek amacıyla, ameliyat sonrası yayılımı önlemek veya bölgede kalan kanser hücrelerini yok etmek için kullanılmaktadır (Bayraktar, 2011).

‘Kemoterapide kullanılan ilaçlar kanser hücrelerinin çoğalmalarını durdurmakta ve yok etmektedir. Ancak bu ilaçlar vücuttaki normal hücrelere de etki edebilir ve ciddi yan etkilere yol açabilirler. Bu etkilerin başlıcaları bulantı, kusma, saç dökülmesi, kemik iliğinin baskılanması ve akyuvar sayısında düşmeler olmasıdır. Bu yan etkilerin çoğu geçicidir ve kolaylıkla kontrol altına alınabilirler. Bazı etkiler ise kalıcı olabilir; bunlar kalbe, akciğerlere, üreme sistemine olan etkilerdir. Uzun süre kemoterapi alanlarda kısırlık görülebilir. Hastalar veya hasta sahiplerinin bu ilaçları iyi geldi diyerek kendi kendine yaptırımları ya da bu ilaç yaramıyor diyerek ilaçlarını kullanmamaları sık yapılan hatalardır.’ (Kutluk & Kars, 2001: 29).

Kemoterapi tedavisi uzun süreli ve hastanın biyo-psiko-sosyal açıdan hayatının tüm alanında varlığını hissettiren zahmetli bir yöntemdir. Kemoterapi gören hastalar bazen bulantı, kusma, saç kaybı, cildin renk değiştirmesi gibi çekici olmayan ve rahatsız edici bedensel değişikliklere (Taylor, 2009) ve tat alamamaya (Grunberg, 1985) maruz kalabilmektedir. Kemoterapi gören hastalarda depresyon kanser ve tedavisine tepki olarak ya da kemoterapi ilaçlarının beyin kimyasında yapmış olduğu değişikliklere bağlı olarak görülebilmektedir. Ayrıca deliryum, demans, kişilik değişiklikleri, halüsinasyonlar, mani, letarji ve psikoz da görülebilir (Bayraktar, 2011). Kemoterapi alan hastaların tedavi süresince gerginlik, anksiyete semptomlarını biraz; kızgınlık, endişeli olma ve sinirlilik psikolojik semptomlarını çok fazla yaşadıkları bulunmuştur (Arslan, Akın & Koçoğlu, 2008).

‘Kanser, fiziksel bir hastalık olmasının yanı sıra, psiko-sosyal sorunların en fazla gözlendiği durumlardan biridir. İnsanın varoluşuna ilişkin sorunları da beraberinde

getirerek psikolojik açıdan ciddi sonuçlar doğurur. Sağlık koşullarının giderek bozulması, sıkıntıların süreklilik kazanması ve hastalıkla ilgili kaygı yaratan koşulların gittikçe artması kanser hastalarını desteğe daha çok gereksinim duyar hale getirmektedir.' (Özyurt, 2007:2)

1.3. SOSYAL DESTEK

Sosyal destek kavramıyla ilgili literatürde çeşitli tanımlamalar yapılmıştır. Caplan ve Nelson (1973) sosyal desteği insanların duygusal sorunlarıyla baş etmede, kendi psikolojik kaynaklarını harekete geçirici, kişilere gerekli para, materyal ve donanımı sağlayarak ya da stres yaratan ortamlarla baş etmelerinde yardımcı olan, görevlerini paylaşan yakınlarından aldığı destek şeklinde tanımlamışlardır. Cohen ve Wills (1985) sosyal desteğin temelinde bireyin çevresi tarafından güvenilme, sevilme, saygı duyulma, ilgi görme, değer verilme ve sorumluluk alma gibi gereksinimlerin yatmakta olduğunu belirtmişlerdir. Thoits (1986) ise sosyal desteği stres ya da güç durumlar altında bireyin çevresindeki insanlar tarafından sağlanan yardım olarak tanımlamıştır.

Kısaca diğerlerine özellikle de bireylere verilen yardım ve koruma olarak tanınsa da (Wortman & Dunkel-Schetter , 1987); Shumaker ve Brownell (1984) sosyal destek için en az iki bireyin kaynaklarını birbirleriyle paylaşması gerektiğinin ve amacın alıcının iyi oluşu olduğunun altını çizmişlerdir. Cobb'a göre (1976) de sosyal desteğin işlevi, bireyin içinde bulunduğu karşılıklı iletişim içerisinde, kendisinin sevildiği, ilgilenildiği ve değer verildiği bilgisinin verilmesidir. Kaplan, Cassel ve Gore (1977) ise sosyal desteği anlamlı diğerleri tarafından sağlanan psikososyal destek kaynaklarının varlığı veya yokluğu olarak tanımlamışlardır. Başka araştırmacılar da sosyal destek verici davranışlar için; kişilerden oluşan yapı (sosyal ağ), bağlılığın yerleşmişlik niteliği ve yardım, koruma içeren atmosfer (sosyal şartlar) olmaksızın gerçekleştiremeyeceğine dikkat çekmiştir (Langford, Bowsher, Maloney & Lillis, 1997).

1.3.1. Sosyal Desteğin Teorik Arka Planı

Sosyal desteğin teorik arka planında iki ayrı model yatmaktadır. Bunlar Tampon Etkisi Modeli ile Direkt Etkiler Modeli'dir.

Tampon etkisi modelini ilk olarak Cohen ve Wills (1985) tarafından tanımlanmış olup; sosyal desteğin stres yaratan ortamlarda bireyle olay arasına girerek tampon görevi üstlendiği ileri sürülmüştür. Böylece alınan destek ile birey uyumsuz tepkiler göstermez, durumla başa çıkmasına yardımcı olunmuş olunur. Bireyin olaya karşı olan psikolojik ve duygusal tepkileri azalmasıyla birlikte stresin bireye vermekte olduğu zarar azaltılmış olur (Sorias, 1988). Bu modele göre; güçlü sosyal destek ağları olan kişilerin stresli yaşam olaylarıyla daha iyi başa çıkabileceği; zayıf sosyal destek ağları olanların ise daha çok zarar göreceğine inanılmaktadır (Callaghan & Morrissey, 1993).

İkinci model olan Direkt Etkiler modeli ise tampon modelinden farklı olarak hem stresli hem de stressiz zamanlarda sosyal desteğin işlevlerinden bahsetmektedir (Taylor, 2009). Cohen (1988) bu modeli açıklarken bireyi ön planda tutar. Sosyal ilişkiler vasıtasıyla birey kendilik algısı güçlenmektedir ve bu ilişkiler bireyin psikolojik durumuna etki eder. Birey bu ilişkiler sırasında farklı etkileşimlerde bulunur ve farklı rollere bürünür. Rollerin gerekliliğini algılar, ona göre davranırken de bireyin ait olma duygusu, benlik saygısı güçlenir ve özsaygısı artar.

1.3.2. Sosyal Desteğin Türleri ve İşlevleri

Sosyal desteğin yapısına bakıldığında desteğin entegrasyonu; medeni durum, sosyal destek ağının boyutu ve karşılıklı ilişkilerin sıklığı şeklinde açıklanmaktadır. İşlevsel olarak ise büyük yaşam olaylarında tampon görevi görme kapasitesidir. Bunu da duygusal, bilgisel destek gibi işlevlerle gerçekleştirip gerçekleştirilememesi oluşturur (Cohen ve Wills, 1985).

Literatüre bakıldığında sosyal desteğin türlerine yapılan tanımlamalar bir çatı altında

birleştirildiğinde karşımıza dört tür çıkar. Bunlardan ilki duygusal destektir. Bu tür destek; pozitif duyguyu gösterebilme, kişiye sevildiğini ve değer verildiğini hissettirebilme, empati kurabilme, onun bilgilerini ve duygularının açık ifade edilmesine destek olunmasını kapsar. Böylece sosyal destek alan kişinin duygusal ihtiyaçları giderilir, özgüveni arttırılır ve sorunlarla duygusal açıdan baş edebilmesi kolaylaşır (Cobb, 1976; Kahn &Antonucci, 1980; House, 1981; Gottlieb, 1981; Dunkel-Schetter, 1984). Bazı araştırmacılarca duygusal desteğin diğerleri arasında en önemlisi olduğu yönünde hemfikirlik söz konusudur (Gottlieb, 1978; House, 1981). İkinci sosyal destek türü araçsal veya enstrumental olarak adlandırılmıştır. Burada amaç bireye materyalist yardımlarda, para veya ihtiyaç duyulan madde ve servislerin sağlanmasıdır. Burada yardımlar somut, elle tutulur maddesel yardımlardır. Üçüncü tür, bilgi ya da enformasyonel yardım olarak tanımlanmıştır. Burada ise bireye gerekli bilgiyi, öğüdü vererek bireyin zor durumunu atlatmasında ona rehberlik etmektir. Bireyin hasta olduğu durumda bu tür sosyal destek sağlık alanı çalışanları tarafından temin edilmektedir. Kanser hastası durumunda bireyin durumu hakkında bilgi vermek, tedavi hakkında bilgilendirmeler yapmak, oluşabilecek problem ve yan etkiler hakkında konuşarak hastaya bunlarla başa çıkabilmesi için yeni yöntemler sunmaktır. Sonuncu sosyal destek türü ise değerlendirme desteğidir. Burada üçüncü türde bahsi geçen problem çözümüne yardımdan ziyade bireyin öz değerlendirmesiyle alakalı bilgi iletişimi kastedilmektedir (Cobb, 1976; Kahn &Antonucci, 1980; House, 1981; Gottlieb, 1981; Dunkel-Schetter, 1984).

Wethington ve Kessler (1986) algılanan sosyal desteğin, alınan destekten stresli yaşam olaylarına uyumu öngörmede çok daha önemli olduğunu belirtmektedir. Dedeli, Fadiloğlu ve Uslu (2008) algılanan sosyal desteği; sosyal ağda bulunan bireyler tarafından sağlanan yardımlardan karşı tarafın aldığı doyum olarak tanımlar. Norris ve Kaniastry (1996) algılanan sosyal desteğin bireyin ihtiyaç halinde alabileceğine dair olan inancı olduğu belirtmişlerdir.

1.3.3. Sosyal Desteğin Etkileri

Sosyal ve medikal alandaki araştırmacılar tarafından yıllardır yapılan araştırmalarla sosyal destek ve sağlığın öneminin altı birçok kez çizilmiştir (Stewart, 1993; Callaghan & Morrissey, 1993). Hatta bazı araştırmacılarca sosyal desteğin yokluğu lmcl olarak tarif edilmiştir (Durkheim, 1897; Berkman & Syme, 1979; Shoenbach, Kaplan, Fredman & Kleinbaum, 1986).

Shumar ve Hill (1991) sosyal desteğin bireyin üzerindeki psikolojik ve fizyolojik sağlığına olumlu etkisinin nedenleri olarak bağlılık gereksiniminin doyurulması, kimlik duygusunun korunması ve güçlendirilmesi, kendine güvenin artmasını göstermişlerdir. Diğer nedenleri arasında bireyin yaşamda anlam bulmasını teşvik etmesi (Antonovsky, 1979), diyet, egzersiz yapma, düzgün uyuma, uygun alkol ve sigara tknetimi gibi sağlıklı davranışları geliştirmesi (Umberson, 1987); sağlığı iyileştirici düşünceleri, duygu ve davranışları belirlemesi ve etkilemesinden (House, Landis & Umberson, 1988) bahsedilebilir.

Sosyal desteğin stresli durumlarda koruyucu bir faktör olduğu çeşitli araştırmalarda belirtilmiştir. Koruyucu bir faktör olarak sosyal destek çıktılarının pozitif sağlık durumu veya davranışları altında toplarsak karşımıza şu başlıklar çıkmaktadır: kişisel yeterlilikte artma (Krause, 1987), genel pozitif duygulanım, denge ve öz-değer farkındalığı (Cohen, 1988), sağlıklı başa çıkma becerileri ve anksiyetede azalma (Stewart, 1993), depresyonda azalma (Buschmann & Hollinger, 1994), yaşam doyumunu ve psikolojik iyilik (Lambert, Lambert, Klipple & Memshaw, 1989; Ducharme, 1994), kronik hastalıklara psikolojik uyumun kolaylaşması (Allen, Ciambone & Welch, 2000; Savcı, 2006). Ayrıca sosyal desteğin kardiovasküler, endokrin ve bağışıklık sistemlerine de yararlı etkilerinin olduğu çeşitli araştırmalarla tespit edilmiştir (Taylor, 2009).

Kronik hastalıklarda sosyal desteğin incelendiği araştırmalarda fiziksel işlevsellik, sosyal uyum, iyilik durumu, aileden gelen destekle pozitif yönde ilişkili bulunurken, anksiyete ve depresyonla negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (Primomo, Yates & Woods, 1990). Ülkemizde de yapılan bir araştırmada aileden alınan sosyal desteğin

daha fazla olduğu ve bunun önemi vurgulanmıştır (Arslan, Akın & Koçoğlu, 2008).

1.4. SOSYAL DESTEK VE KANSER

Birey hastalıkla karşı karşıya geldiğinde benliği, psikolojisi sarsılır. Özellikle bu hastalık kanser gibi kronik ve ölümlle sonlanabilmesi olası bir hastalıksa yaşanan krizin boyutu göz ardı edilemez. ‘Kanser, bireylerin yaşamını tüm yönleriyle etkileyen güçlü bir stres ve kriz yaratıcı sorundur’ (Volf, 1991; akt. Aydın, 2004: 13). Bu süreci aynı zamanda araştırmacı olan kanser hastası Fitzhugh Mullan (1985) şu sözlerle ifade etmektedir: ‘Çoğu kanser hastası gibi benim de bu dönemde yaşam kalitem düşmüştü ve ölüm olasılığı sürekli aklımdaydı. Aslında fiziksel ve zihinsel olarak kanserle, terapiyle, yaşamımın yıkımıyla savaş içerisinde, hayatta kalmaya çalışıyordum.’. Bu savaş içindeki hastalar belirsizlik ve korkuyla mücadele ederken, sosyal desteğe olan ihtiyaçları da artmaktadır (Özkan, 2006). Hastalığın yarattığı bu belirsizlikle başa çıkmaya çalışırken hastalar bir yandan da tedavileriyle ilgili zor kararlar da almaktadırlar. Tedavilerinin yan etkileriyle de hem duygusal hem de fiziksel olarak yorgun düşmektedirler (Krishnasamy, 1996). ‘Hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan semptomların verdiği rahatsızlık, iyileşme umudunun zamanla kaybolması, hastane ortamında bulunmak, tedavi uygulanması sırasında ve sonrasında ortaya çıkabilecek komplikasyonlar psikolojik semptomların oluşumuna sebep olabilir’ (Arslan, Akın & Koçoğlu, 2008:54). Ancak literatürde kronik hastalıkların incelendiği araştırmalarda, sosyal desteğin varlığının depresif bozuklukların gelişmesine engel olduğu görülmektedir (Dedeli, Fadıloğlu ve Uslu, 2008).

Kanserle başa çıkma ile ilgili yapılan araştırmalar birçok değişkene bakmış olup, sosyal desteğin, ağının ve de algılanan sosyal desteğin önemini de vurgulamıştır (Elbi, 2001; akt. Sütçü, 2010). Kanserli hastanın sosyal aktiviteleri de kısıtlanmakta dolayısıyla sosyal çevresi, kendisinin ve aile içi sosyal roller ve arkadaşlık ilişkilerinin kalitesi de etkilenmektedir. Bu noktada sosyal destek ağının büyüklüğünden çok, hastanın algıladığı sosyal destek önem kazanmaktadır (Sütçü, 2010). Ülkemizde kemoterapi gören kanser hastalarıyla yapılan bir araştırmada fiziksel ve psikolojik semptom

puanlarıyla algılanan sosyal destek puanları arasında zayıf ve negatif yönde ilişki saptanmıştır (Arslan, Akın & Koçoloğlu, 2008).

Sosyal destek çeşitli niyet ve davranışları içerdiğinden, sosyal ağdan bireye destek olacak destek kaynağı ve sosyal destek türü durumdan duruma değişmektedir. Bu sebeple sosyal destek ile iyileştirme amaçlayan kişilerin hastalığa göre verecekleri desteğin türünü iyi seçmeli ve hastanın pozitif bir şekilde bu desteği algılayacağından emin olmalıdırlar (Krishnasamy, 1996). Örneğin Dakof ve Taylor (1990) araştırmalarında kanser hastasının eşinin fiziksel varlığının duygusal açıdan, arkadaşlarının ise pratik ve araçsal açıdan hastaya sosyal destek sağladığını bulmuşlardır. Bir başka araştırmada ise 79 kolon ve meme kanseri hastasından alınan cevaplara göre; hastaların %81'i duygusal, %41'i bilgi desteğini, %6'sı da araçsal desteği yararlı görmektedir (Dunkel-Schetter, 1984). Cinsiyet arasındaki farklılara bakıldığında ise kadınların sosyal desteğe daha fazla ihtiyaç duyduğu yönünde bulgular bulunmaktadır (Merckaert, Libert, Messin ve ark., 2010). Yapılan araştırmalar tedavinin süresine göre de sosyal destek gereksiniminde farklılıklar olduğu yönündedir. Tedavinin süresi uzadıkça hastaların sosyal desteğe duyduğu ihtiyaç azalmaktadır (Lee, Chung, Park & Chun, 2004). Berterö'nün (2000) bulgusu da Lee ve arkadaşlarının bulgusuyla örtüşmekte ve sosyal desteğe en çok hastaya tanı konduğunda yani tedavinin başında ihtiyaç duyulduğu doğrultusundadır. Başka bir araştırmada örneklem akciğer kanseri olmuş ve sosyal desteğe en çok 6. Ve 9. Aylarda ihtiyaç duyulduğunun, buna bağlı olarak da yaşam kalitelerinin etkilenmekte olduğu bulunmuştur (Hench, Bergman, Gutafsson, Johanson & Danielson, 2007).

Ancak konu özellikle kanser hastasıysa, verilecek olan sosyal desteğin ve karşı tarafta yarattığı algıya dikkat etmek gerekmektedir. Çünkü stres altındaki kişiye aktif destek vermenin de kişinin özsaygısını ve iyilik algısını düşürebileceği bulunmuştur (Dunkel-Schetter, Blasband, Feinstein & Herbert, 1992). Hatta Krishnasamy'e göre hastayı istediğinde yalnız bırakmak, hastayı cesaretlendirebilmektedir (1996). Kanser hastaları, sosyal ilişkilerinin onları bu hastalığın stresli döneminde strese engel olmak yerine, ek bir stres kaynağı yarattığını düşünebilmektedirler (Wortman & Conway, 1985). Hasta yakınları hastaya iyimser ve neşeli tavırlarla sürekli yaklaştığında, hastanın korku ve

belirsizliklerle dolu haline ya çok az ya da hiç yardımı dokunmamaktadır (Dunkel-Schetter & Wortman, 1982). Kanser hastası eğer yakınlarını üzmemek için dertlerini, korkularını kendine saklarsa umutsuzluk ve çaresizlik hisleri pekişebilmektedir (Krishnasamy, 1996).

1.5. SOSYAL DESTEK, KANSER VE ZAMAN PERSPEKTİFİ

Alison Holman zaman perspektifi ile stresle başa çıkma arasındaki ilişkilere bakan bir araştırmacıdır. Ona göre zaman perspektifi temel bilişsel bir yanlılıktır ve insanlar fiziki ve sosyal dünyalarını buna göre algılar, yorumlar ve değerlendirir. Yani geçmiş, şimdi ve gelecek zaman perspektifleri sosyal ilişkilerin niteliği ve doğasıyla ilişkilidir. Araştırmacının doğal felaketler sonrası ve 11 Eylül saldırısı sonrasında yaptığı çalışmalarda da strese maruz kalındıktan sonra sosyal ilişkilerin niteliğinin zaman içinde oluşan zaman perspektifindeki değişikliklerle bağlantılı olduğu yönünde bulgulara ulaşılmıştır. Strese maruz kalındığında bireyin sosyal ağındaki ilişkilerindeki değişiklikler dolayısıyla da sosyal destek ağını da etkilemektedir. Başka bir deyişle sosyal ilişkilerde zaman perspektifi ve sosyal desteğin türü ve kalitesi dinamik ve birbirine bağımlıdır (Holman, 2008).

Stres ve travma yaratan kanser teşhisinin de hastanın zaman algısı üzerinde büyük bir etkisi olmaktadır (Laarhoven, Schilderman, Verhagen & Prins, 2011). Kanser hastaları ve kanser olmayan hastalarla yapılan bir araştırmada ise, kanser hastalarının şu an odaklı olduğu, kanser olmayan grubun gelecek odaklı olduğu gözlemlenmiş olup; her iki grupta da geçmiş odaklıların sıkıntı/üzüntü (distress) ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Kanser hastası olan grubun diğer gruba göre de zamanın daha yavaş geçtiği algısına rastlanmıştır (Laarhoven ve ark., 2011). Sosyal desteğin kanser hastalarının anlam arayışı sürecine katkıda bulunarak yardımcı olduğu (O'Connor ve ark., 1990) göz önünde bulundurularak, kanser hastalarının algıladıkları sosyal destek ve zaman perspektiflerindeki ağırlık daha önce hiçbir araştırmaya konu olmamakla beraber bir merak konusudur.

Sosyo-duygusal seçicilik teorisine göre insanlar yaşam döngülerinde buldukları noktaya göre yaşamdan aldıkları doyumunu arttırabilmek için hedeflerini seçerler (Carstensen, Issacowitz & Charles, 1999). Yapılan araştırmalara göre yaşamlarında kalan vakitlerinin çok olduğunu düşünen gençler daha çok bilgi kazanmaya yönelik (kişilerarası ilişkileri keşfetme, ilgi alanlarına ilişkin bilgi öğrenme gibi) hedeflerine öncelik tanırken; vakitlerinin daha kısıtlı olduğunu düşünen yaşlılar o andaki duygusal doyumlarına yönelik hedeflerine öncelik tanımaktadırlar (Carstensen & Frederickson, 1998; Carstensen, Gross & Fung, 1997) çünkü yakın gelecekte kendilerine geri dönecek olan yararları düşünerek hareket etmektedirler (Fung, Carstensen & Lutz, 1999). Başka bir deyişle bu teorinin ışığında, gençler geleceğe yatırım yaparlarken, yaşlılar gelecek odaklı olmaktan uzak, şimdiye yatırım yapmaktadırlar.

1.6. ARAŞTIRMANIN AMACI

Kanser hastaları, algıladıkları sosyal destek, sosyo-demografik özellikleri arasındaki ilişki daha önce bahsedildiği üzere birçok araştırmaya konu olmakla birlikte bu çalışmada merak edilen, bu kavramlarla birlikte kanser hastalarının zaman perspektiflerinin nasıl değiştiğidir.

Bir kriz olarak değerlendirildiğinde kanser, bireyin geleceğine ilişkin planlarına, ümitlerine, hedeflerine ve yaşam tarzına etkisi merak edilmektedir (Savcı, 2006: 11). Bu bağlamda kişinin yaş, cinsiyet, gelir, eğitim seviyeleri ve algıladıkları sosyal desteği ile kanser hastalığının tedavisinin çeşitli dönemlerindeki zaman perspektiflerindeki değişim bu tezde araştırılacaktır. Sağlıklı bir kişide dengeli olması beklenen zaman perspektifi, kriz durumunda ne şekilde değişmektedir? Bireyin algıladığı sosyal destek, sosyo-demografik özellikleri bu değişimi ne yönde etkilemektedir? Genç yetişkinlik, orta yetişkinlik ve yaşlılık dönemlerinin farklı özellikleri göz önünde bulundurulduğunda algılanan sosyal destekle birlikte, kanser hastasının zaman perspektifinde hangi yönde değişiklikler olmaktadır?

Zaman perspektifi ile ilgili literatürdeki çalışmalar incelendiğinde hastalık öncesi veya

sağlıklı davranışlarla ilgili çalışmaların ağırlıklı olduğu görülmektedir. Sağlıklı kişide üç farklı zaman perspektifinin dengeli olmasından bahsedilirken, birey sağlık tehdidi karşısındayken zaman perspektifine bakan bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu dengenin kemoterapi gören kanser hastasında ne şekilde değişim gösterdiğini sosyal destek ve sosyo-demografik değişkenler eşliğinde incelenmesi bu araştırmanın amacını oluşturmaktadır.

Bu bağlamda araştırma kapsamında aşağıdaki sorulara yanıt aranması amaçlanmıştır:

- 1) Kemoterapi görmekte olan kanser hastalarının zaman perspektifleri ilk, orta ve son seanslarında farklılaşmakta mıdır?
- 2) Sosyal destek algısı ile zaman perspektifi algısı arasında ilişki var mıdır?
 - a) Olumlu geçmiş zaman perspektifi ile algılanan sosyal destek arasında ilişki var mıdır?
 - b) Olumsuz geçmiş zaman perspektifi ile algılanan sosyal destek arasında ilişki var mıdır?
 - c) Şimdi hedonistik zaman perspektifi ile algılanan sosyal destek arasında ilişki var mıdır?
 - d) Şimdi fatalistik zaman perspektifi ile algılanan sosyal destek arasında ilişki var mıdır?
 - e) Gelecek zaman perspektifi ile algılanan sosyal destek arasında ilişki var mıdır?
- 3) Zaman perspektifi algısı ortalamasının altında veya üstünde olma durumu, sosyo-demografik değişkenlere göre farklılaşmakta mıdır?
- 4) Algılanan sosyal desteğin ortalamasının altında veya üstünde olma durumu, sosyo-demografik değişkenlere göre farklılaşmakta mıdır?
- 5) Algılanan sosyal destek alt boyutlarının her birinde ortalamasının altında veya üstünde olma durumu, sosyo-demografik değişkenlere göre farklılaşmakta mıdır?

1.7. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Bu çalışmada irdelenen, kanser teşhisi almış çeşitli yaşam dönemlerinden hastaların yatırımları, perspektiflerinin yönüdür. Her ne kadar ileri seviyedeki kanser hastaları geleceklerinin veya kalan zamanlarının kısıtlı olduğu bilseler de, küratif (iyileŐtirici) ve palyatif (geçici) bakımdaki bütün hastaların gelecek zaman perspektiflerinin de olması gerekmektedir. Geçmiş zaman perspektifine odaklı olmak da hastalar için iyi olmamakta, depresyona varabilecek stres ve üzüntü seviyelerinde de yüksekliklerle ilişkili bulunmaktadır (Laarhoven ve ark., 2011). Sullivan ve Stanton (2007) ‘ın ilerlemiş meme kanseri hastalarıyla yaptığı araştırmaya göre, medikal durumu yüzünden kısıtlı zamanının kaldığına inanan kişilerin zaman perspektifleri ve buna ilişkin hedeflerine yapılacak psikososyal müdahaleler kişilerin psikolojisine iyi geleceği yönündedir. Bu sebeple kemoterapi sürecindeki kanser hastalarının zaman perspektiflerinin algılanan sosyal destekleri ile ilişkileri çeşitli sosyo demografik değişkenler açısından incelenerek, gelecek çalışmalar için bir perspektif oluştururken; kanser hastaları ve de ailelerinde psikososyal müdahaleler için yeni bir bakış açısı kazandırması açısından bu çalışma önem kazanmaktadır.

2. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu araştırmada yarı deneysel desen kullanılmıştır. ‘Yarı deneysel desenlerde yapılan işlemler, deneysel birimler, bağımlı değişkenlerin ölçümü açısından deneysel desene benzemenle beraber, deney ve kontrol gruplarının seçkisiz tarzda belirlenememesi açısından deneysel desenden farklılaşır’ (Bulduk, 2008: 101). Gruplararası mukayesenin yapıldığı olgu sonrası (Ex post facto) yöntemi ile bu çalışma gerçekleştirilmiştir. Olgu sonrası yönteminde araştırmacı manipülasyonlarda bulunmaz ve örneklem gruplarını var olan farklılıklara göre seçer. Bu yöntemle deneysel olarak çalışması mümkün olmayan boyutlar araştırılarak, sebep-sonuçtan bahsedilemese de bunlar hakkında bilgi edinilmiş olunur (Myers & Hansen, 2006).

2.1. EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın evrenini Avrupa Florence Nightingale Hastanesi Araştırma ve Uygulama Merkezi Bedii Gorbon Kanseri Merkezi'nde tedavi görmekte olan kanser hastaları oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini oluşturan hastaların hepsine son iki ay içerisinde tanısı konmuş olup, daha önce hiç kanser tanısı almamışlardır. Ölçekler ve sosyo-demografik bilgi formu 10 Mart 2012- 28 Aralık 2012 tarihleri arasında araştırmacı tarafından belirtilen hastanenin kemoterapi ünitesindeki araştırmaya katılmayı kabul eden 77 adet bireye uygulanmıştır. Örneklemdeki kanser hastalarının tedavisi belli bir organa yönelik olup, metastaz yapmamış olmasına dikkat edilmiştir. Söz konusu ölçekler, toplam kemoterapi seanslarının ilkinde, ortasında ve sonunda olan üç farklı grup kanser hastalarına uygulanmıştır.

2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bu araştırmada veri toplama aracını Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Zimbardo Zaman Perspektifi Ölçeği, sosyo-demografik bilgilerin elde edilmesine ilişkin soruların yer aldığı bilgi formu oluşturmaktadır (Bkz. Ek1).

2.2.1. Zimbardo Zaman Perspektifi Ölçeği Kısaltılmış Form

İnsanların zamana ilişkin temel boyutlarını ölçen Zimbardo Zaman Perspektifi Ölçeği 56 maddeden oluşmaktadır. Beşli Likert tipi bir ölçektir: (1) Benim için hiç doğru değil, (2) Benim için doğru değil, (3) Kararsızım, (4) Benim için Doğru, (5) Benim için çok doğru şeklinde planlanmıştır. Geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları sonucunda Kronbach alfa değerleri .74 ile .82 arasında bulunmuştur. Yapılan analizler sonucunda 5 alt boyut bulunmuştur: Geçmiş-Negatif, Geçmiş-Pozitif, Şimdi-Hedonistik, Şimdi-Fatalistik ve Gelecek (Zimbardo & Boyd, 1999). Beş madde ters kodludur: 9, 24, 25, 41 ve 56.

Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Kışlalı tarafından 2007 yılında üniversite öğrencileri üzerinde yapılmıştır, ancak henüz yayınlanmamıştır. Ayrıca diğer ölçek ve soru formlarına ilaveten 56 madde uzunluğundaki bu ölçeğin kemoterapi esnasında hastalara uygulanması tercih edilmemiştir. Bu sebeple Ayça Güler-Edwards'ın (2008) faktör yüklemelerine göre her alt ölçekten seçilmiş 5'er madden oluşan Kısaltılmış Zimbardo Zaman Perspektifi Ölçeği kullanılmıştır. 25 maddelik bu ölçeğin faktör analizi genç, orta yaş ve yaşlı şeklinde üç farklı yaş grubu için uygulanmış olup, her yaş grubunda da 5 faktör bulunmuştur. Geçmiş-Negatif faktörünün cronbach alfa değeri genç grup için .79, orta yaş grubu için .75, yaşlı grubu için .66 olarak; Şimdi-Fatalistik faktörünün cronbach alfa değeri genç grup için .71, orta yaş ve yaşlı grubu için .66; Şimdi-Hedonistik faktörünün değerleri ise genç grupta .65, orta yaşta .69 ve yaşlı grupta .71 olarak; Gelecek faktörünün değerleri genç grupta .65 , orta yaşta .60, yaşlılarda .75 olarak ve en son olarak Geçmiş-Pozitif faktörünün değerleri genç grupta .64, orta yaş grubunda .68 ve yaşlı grupta ise .62 olarak bulunmuştur. Uygulanan faktör analizleri, geçerlilik güvenirlik çalışmaları sonucu tatmin edici sonuçlar bulunmuştur.

2.2.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

1988 yılında Zimet ve arkadaşları tarafından geliştirilen, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support MSPSS) aile,

arkadaşlar ve özel bir insan kaynaklarından alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren bir ölçektir. “Kesinlikle hayır” 1, “kesinlikle evet” 7 şeklinde kategorize edilmiş 7’li Likert tipi bir ölçektir. Her alt ölçeğin 4’er maddesi ile MSPSS ölçeği 12 maddeden oluşmaktadır (Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988). Psikometrik özelliklerini araştırmak için iki sene sonra tekrarlanan araştırmada yine iç tutarlılığı ölçmek için kullanılan Kronbach alpha yönteminde aile alt ölçeği .81 ile .90, arkadaşlar alt ölçeğinde .90 ile .94, özel bir insan alt ölçeğinde .83 ile .98 ve ölçeğin tümünde ise .84 ile .92 güvenirlik katsayıları bulunmuştur (Zimet, Powell, Farley, Werkman & Berkoff, 1990). 1988 ve 1990 çalışmalarında örneklemeleri oluşturan hamileler, uzakta yaşayan ergenler, pediatri uzmanları, üniversite öğrencilere yanısıra Clara, Cox, Enns, Murray ve Torgrudc (2003) ayakta tedavi gören psikiyatri hastalarına da uygulayarak MSPSS’in birçok örnekleme uygulanabileceğinin altını çizmişlerdir.

Eker ve Arkar tarafından 1995 yılında ilk dilimize uyarlama çalışması yapılmıştır. Geçerliliği, Beck Depresyon Ölçeği ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği ile yapılmış olup bu ölçeklerle olumsuz yönde korelasyon bulunmuştur. 5 faklı örneklemeden elde edilen güvenirlik katsayıları ise .77 ve .91 arasındadır. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) Türkçe formunun faktör yapısı, güvenirliği ve yapı geçerliği, ülkemizde kullanımı açısından, genel olarak tatmin edici bulunmuştur. (Eker ve Arkar, 1995). Eker ve arkadaşları (2001) ölçeği gözden geçirmişlerdir. Ölçeğin gözden geçirildiği bu ikinci çalışmada, geçerliğini değerlendirmek amacıyla kullanılan UCLA Yalnızlık Ölçeği, Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R), Beck Umutsuzluk Ölçeği ile beklenen düzeyde anlamlı ilişki görülmüştür. Üç ayrı örnekleme yapılan çalışmada güvenirlik katsayıları 0.80 ile 0.95 arasında bulunmuştur. (Eker, Arkar & Yıldız, 2001). Psikiyatri hastaları ve medikal hastalara uygulanan örnekleme ölçeğin yapı geçerliliği tatmin edici bulunmasını araştırmacılar bu örneklemlerin sosyal destekle daha ilişkili olduğuna bağlamaktadır.

1995’de yapılan çalışmada evlilerin hem özel bir insan hem de aile alt ölçeklerinde daha fazla destek bildirdikleri görülmüştür. Kültürden kültüre değişen aile ve özel bir insan tanımlamalarına istinaden bu iki ölçekten hangisinin eşi içerdiği anlaşılmadığından 1995 yılındaki çalışmadan farklı olarak ‘Özel bir insan’ ifadesi kaldırılarak aile ve

arkadaşların dışında olan bir kişi olarak bu boyut tanımlanmıştır (Eker, Arkar & Yıldız, 2001: 19). Aile alt boyutu 3,4,8 ve 11. maddelerden; arkadaş alt boyutu 6,7,9 ve 12; diğer kişi boyutu ise 1,2,5 ve 10. Maddelerden oluşmaktadır. Bütün alt ölçek puanlarının toplanmasıyla ölçeğin toplam puanı sağlanmaktadır ve bu puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin de yüksek olduğu anlamına gelmektedir (Eker, Arkar & Yıldız, 2001). Bu tez çalışmasında alt boyutlarla beraber toplam algılanan sosyal destek değerine de bakılmıştır.

2.2.3. Sosyo-Demografik Bilgi Formu

Bu çalışmada örneklemin betimlenmesi amacıyla sosyo-demografik özellikler üzerinde durulmuştur. Örneklemin yapısı ve karakteristikleri bu form için oluşturulan sorularla tespit edilmiştir. Söz konusu sorular katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum ve ekonomik seviyelerini açıklayıcı mahiyette oluşturulmuştur.

2.3. İŞLEM

Araştırma kanser teşhisi alan bireyler ile yürütülmüştür. Katılımcılar araştırma ile ilgili bilgilendirilmiş, onayları alındıktan sonra araştırmaya dâhil edilmişlerdir. Katılımcılara sırasıyla sosyo-demografik bilgi formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Zimbardo Zaman Perspektifi Ölçeği Kısaltılmış Formu uygulanmıştır. Katılımcılar ölçekleri kemoterapi tedavisi sırasında yanıtlamışlardır. Söz konusu ölçekler, toplam kemoterapi seanslarının ilkinde, ortasında ve sonunda olan üç farklı grup kanser hastalarına uygulanmıştır.

2.4. VERİ ÇÖZÜMLEME YÖNTEMLERİ

Analizler SPSS 16.0 paketi kullanılarak yapılmıştır. Katılımcılara ait demografik bilgileri vermek için yüzde ve frekans betimleyici istatistikleri hesaplanmıştır.

Zimbardo Zaman Perspektifi Ölçeği alt boyutlarının kemoterapi seans durumu değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) gerçekleştirilmiştir. Algıladıkları Sosyal Destek puanları ve ZZPÖ alt boyutları arasındaki ilişkinin derecesini ve yönünü belirlemek için alt boyutlar ve algılanan sosyal destek puanları arasında Pearson Momentler arpım Korelasyon Katsayıları (Pearson's r) hesaplanmıştır. Değişkenler arasında farklılık ve ilişkilerin ortaya çıkarılmasında Ki-Kare analizleri ve çapraz tablolar kullanılmıştır.

3. BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın amacı bölümünde yer alan araştırma sorularına yanıt bulmak amacıyla gerçekleştirilen istatistiksel analizlere ait bulgulara yer verilmiştir. İlk olarak araştırmaya katılan kemoterapi görmekte olan kanser hastalarına ait demografik bilgilere yönelik betimleyici istatistiklere bakılmıştır. Betimleyici bilgiler verilirken frekans ve yüzdeler istatistikleri kullanılmış olup, elde edilen bulgular Tablo 3.1’de yer almaktadır.

Araştırmaya katılan kanser hastalarının yaşları 25 ile 82 arasında değişmektedir ($\bar{X} = 55,45$, $SD = 12,965$). Gruplandırılarak değerlendirildiğinde %61’lik oranla 31-60 yaş gurubunun çoğunlukta olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan hastaların 43’ü (%56) kadın, 34 tanesi (% 44) ise erkektir. Eğitim seviyelerine bakıldığında; araştırmaya katılan hastaların 36 tanesi (%47) ilkokul mezunu, 11 tanesi (%14) ortaokuldan mezun, 10 tanesi (%13) lise mezunu, 19 tanesi (%25) üniversite mezunu ve 1 tanesi (%1) de yüksek lisans mezunudur.

Araştırmaya katılan kanser hastalarının medeni durumlarına bakıldığında; hastaların 3tanesi (%4) bekâr olduklarını, 66 tanesi (%86) evli olduklarını, 1 tanesi (%1) boşanmış olduğunu ve 7 tanesinin (%9) de dul olduklarını belirttikleri görülmektedir. Hastalara ekonomik durumlarını düşük, orta veya yüksek şeklinde sınıflandırılmaları istendiğinde, alınan cevaplardan hastaların 12 tanesinin (%16) düşük, 61 tanesinin (%79) orta ve 4 tanesinin (%5) yüksek ekonomik durumu olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3.1

Araştırmaya katılan kanser hastalarının demografik bilgileri

		F	%
Cinsiyet	Kadın	43	56
	Erkek	34	44

Tablo 3.1 (devamı)

	F	%
	77	100
Yaş		
30 Yaş Altı	3	4
31-60	47	61
61-85	27	35
Toplam	77	100
Eğitim		
İlkokul	36	47
Orta Okul	11	14
Lise	10	13
Üniversite	19	25
Yüksek Lisans	1	1
Toplam	77	100
Ekonomik Durum		
Düşük	12	16
Orta	61	79
Yüksek	4	5
Toplam	77	100
Medeni Durum		
Bekâr	3	4
Evli	66	86
Boşanmış	1	1
Dul	7	9
Toplam	77	100

Hastaların kansere ilişkin betimleyici bilgileri Tablo 3.2’de yer almaktadır. Araştırmaya katılan kanser hastalarına hastalıklarının düzenli kontrol yaptırılırlarken mi yoksa

kendileri bir şikâyet ile mi kontrole gittikleri ya da başka bir şekilde mi kanser hastası olduklarının ortaya çıktığı sorulmuştur. Hastaların 7 tanesinin (%9) düzenli kontrol yaptırırken teşhis konulduğunu, 60 tanesinin (%78) şikâyetleri sebebiyle kendilerinin isteğiyle hastaneye gittiklerini ve 10 tanesinin de (%13) diğer türlü şekillerde kanser tanısı aldıklarını bildirmişlerdir. Teşhis konulduktan sonra psikolojik yardım sadece 2 kanser hastasının (%3) aldığı, diğer 75 hastanın (%97) hiçbir psikolojik destek almadıkları tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan kemoterapi görmekte olan kanser hastalarının kanserli organa dair analizler yapıldığında ise şu sonuçlarla karşılaşmaktadır: Alınan örneklemin 24 hastasında (%31,2) kolon kanseri; 22 hastasında (%28,6) meme kanseri; 8 hastasında (%10,4) akciğer kanseri; 4 hastasında (%5,2) mide kanseri; 4 hastasında (%5,2) yumurtalık kanseri; 4 hastasında (%5,2) pankreas kanseri; 2 hastasında (%2,6) endometriyum kanseri; 2 hastasında (%2,6) yumuşak doku kanseri; 2 hastasında (%2,6) kanserin organı belirsiz; 1 hastasında (%1) nöroendokrin kanseri; 1 hastasında (%1) rektum kanseri; 1 hastasında (%1) mesane kanseri; 1 hastasında (%1) safrakesesi kanseri; 1 hastasında (%1) karaciğer kanseri bulunmaktadır.

Araştırmaya katılan kanser hastalarının kanser evrelerine bakıldığında ise 16 tanesinin (%21) birinci evrede, 10 tanesinin (%13) ikinci evrede, 17 tanesinin (%22) üçüncü evrede, 32 tanesinin (%42) dördüncü evrede olduğu 1 tanesinin (%1) evresinin belirlenememiş olduğu ve 1 tanesinin ise (%1) evresinin sınırlı olarak tanımlandığı görülmüştür.

Araştırmanın amacı bölümünde de bahsedildiği üzere kemoterapi seanslarının ilkinde, ortasında ve son seansındaki üç gruba ölçekler uygulanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden kanser hastalarından kemoterapi seanslarının ilkinde olan grup 27 kişiden (%35); orta seansta olan grup 25 (%32,5) ve son seansta olan grup ise 25 (%32,5) kişiden oluşmaktadır.

Araştırmaya katılan kanser hastalarının ölçek ve ölçek alt boyutlarında elde ettikleri skorlara ait betimleyici istatistikler Tablo 3.3'de yer almaktadır. Buna göre, Zimbardo

Zaman Perspektifi Ölçeğinin Geçmiş Negatif alt boyutunda elde edilen skorlar, 1 ile 5 arasında değişmektedir ($\bar{X} = 3,33$, $SD = 1,212$). Şimdi Fatalistik alt boyutunda elde

Tablo 3.2

Araştırmaya katılan hastaların kanser hastalıklarına ilişkin betimleyici bilgiler

		F	%
Fark Etme	Düzenli Kontrol	7	9
	Kendisi	60	78
	Diğer	10	13
	Toplam	77	100
Psikolojik Yardım	Evet	2	3
	Hayır	75	97
	Toplam	77	100
Organ	Mide	4	5,2
	Akciğer	8	10,4
	Meme	22	28,6
	Pankreas	4	5,2
	Yumurtalık	4	5,2
	Endometriyum	2	2,6
	Nöroendokrin	1	1,3
	Kolon	24	31,2
	Rektum	1	1,3
	Mesane	1	1,3
	Safrakesesi	1	1,3
	Karaciğer	1	1,3
	Yumuşak Doku	2	2,6

Tablo 3.2 (devamı)

		F	%
	Belirsiz	2	2,6
	Toplam	77	100
Kanser Evresi	1	16	21
	2	10	13
	3	17	22
	4	32	42
	Belirsiz	1	1
	Sınırlı	1	1
	Toplam	77	100
	Kemoterapi Evresi	İlk	27
Orta		25	32,5
Son		25	32,5
Toplam		77	100

edilen skorlar, 1,4 ile 5 arasında değişmektedir ($\bar{X} = 3,44$, $SD = 0,979$). Şimdi Hedonistik alt boyutunda elde edilen skorlar, 1 ile 5 arasında değişmektedir ($\bar{X} = 3,075$, $SD = 1,045$). Gelecek alt boyutunda elde edilen skorlar, 2,4 ile 5 arasında değişmekte olup ($\bar{X} = 4,177$, $SD = 0,581$); Geçmiş Pozitif alt boyutunda elde edilen skorlar, 1,8 ile 5 arasında değişmektedir ($\bar{X} = 3,738$, $SD = 0,884$).

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden elde edilen skorlar, 2,17 ile 7 arasında değişmektedir ($\bar{X} = 5,417$, $SD = 1,258$). Bu ölçeğin Özel bir insan (aile ve arkadaş dışında bir kimse) alt boyutunda elde edilen skorlar, 1 ile 7 arasında değişmektedir ($\bar{X} = 4,21$, $SD = 2,255$). Aile alt boyutunda elde edilen skorlar ise 2 ile 7 arasında değişmekte olup ($\bar{X} = 6,64$, $SD = 0,942$), Arkadaş alt boyutunda elde edilen

skorlar 1 ile 7 arasında değişmektedir ($\bar{X} = 5,39$, $SD = 1,794$).

Tablo 3.3

Araştırmada kullanılan ölçek ve ölçek alt boyutlarına ait betimleyici istatistikler

	N	Min.	Maks.	\bar{X}	SD
Geçmiş Negatif	77	1	5	3,33	1,212
Şimdi Fatalistik	77	1,4	5	3,44	0,979
Şimdi Hedonistik	77	1	5	3,075	1,045
Gelecek	77	2,4	5	4,177	0,581
Geçmiş Pozitif	77	1,8	5	3,738	0,884
Algılanan Sosyal Destek	77	2,17	7	5,417	1,258
Özel bir insan	77	1	7	4,21	2,255
Aile	77	2	7	6,64	0,942
Arkadaş	77	1	7	5,39	1,794

Bu çalışmanın ilk araştırma sorusuna istinaden Zimbardo Zaman Perspektifi Ölçeği alt boyutlarının kemoterapi seans durumu (ilk, orta veya son seansta olma) değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) gerçekleştirilmiştir. Zaman perspektifinin her alt boyutunun kemoterapi seans durumuna göre ANOVA testi yapılmadan önce normal dağılım olup olmadığı her bir zaman perspektifi için tek tek Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile incelenmiş olup normal dağıldığı bulunmuştur ($p > 0.05$). Elde edilen bulgular Tablo 3.4'te özetlenmiştir. Elde edilen bulgulara göre Geçmiş Negatif alt boyutu skorları [$F(2,74) = 0,638$, $p = 0,531$]; Şimdi Fatalistik alt boyutu skorları [$F(2,74) = 0,15$, $p = 0,985$]; Şimdi

Hedonistik alt boyutu skorları [$F(2,74) = 2,413, p = 0,097$]; Gelecek alt boyutu skorları [$F(2,74) = 0,61, p = 0,941$]; Geçmiş Pozitif alt boyutu skorları [$F(2,74) = 0,741, p = 0,490$] ile kemoterapi seans durumları arasında istatistiksel olarak farklılaşmamaktadır.

Tablo 3.4. ANOVA tablosu

Kemoterapi seans durumu değişkeninin ZZPÖ alt boyutları üzerindeki etkisi

		Kareler	Df	Kareler	F	P
		Top.		Ort.		
Geçmiş Negatif	Gruplar Arası	1,891	2	0,945	0,638	0,531
	Gruplar İçi	109,691	74	1,482		
	Toplam	111,581	76			
Şimdi Fatalistik	Gruplar Arası	0,029	2	0,014	0,15	0,985
	Gruplar İçi	72,741	74	0,983		
	Toplam	72,770	76			
Şimdi Hedonistik	Gruplar Arası	5,084	2	2,542	2,413	0,097
	Gruplar İçi	77,959	74	1,054		
	Toplam	83,043	76			
Gelecek	Gruplar Arası	0,042	2	0,021	0,61	0,941
	Gruplar İçi	25,636	74	0,346		
	Toplam	25,678	76			
Geçmiş Pozitif	Gruplar Arası	1,134	2	0,567	0,721	0,490
	Gruplar İçi	58,246	74	0,787		
	Toplam	59,381	76			

Bu çalışmanın ikinci araştırma sorusuna istinaden, araştırmaya katılan kanser hastalarının yanıtlarına göre Algıladıkları Sosyal Destek puanları ve ZZPÖ alt boyutları arasındaki ilişkinin derecesini ve yönünü belirlemek için alt boyutlar ve algılanan sosyal destek puanları arasında Pearson Momentler Çarpım Korelasyon Katsayıları (Pearson's r) hesaplanmıştır. Elde edilen bilgiler Tablo 3.5'de yer almaktadır.

Elde edilen bulgulara göre Zimbardo Zaman Perspektifi Ölçeğinin Geçmiş Negatif alt boyutu ile Algılanan Sosyal Destek ($r = -0,173$, $n = 77$, $p > 0,05$); Şimdi Fatalistik alt boyutu ile Algılanan Sosyal Destek ($r = -0,087$, $n = 77$, $p > 0,05$); Şimdi Hedonistik alt boyutu ile Algılanan Sosyal Destek ($r = 0,170$, $n = 77$, $p > 0,05$); Gelecek alt boyutu ile Algılanan Sosyal Destek ($r = -0,008$, $n = 77$, $p > 0,05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür. Geçmiş Pozitif alt boyutu ile Algılanan Sosyal Destek ($r = 0,301$, $n = 77$, $p < 0,01$) arasında aynı yönde orta dereceli istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir.

Tablo 3.5. Korelasyon Tablosu

Algılanan Sosyal Destek ile ZZPÖ alt boyutları arasındaki ilişki

	Algılanan Sosyal Destek
Geçmiş Negatif	-0,173
Şimdi Fatalistik	-0,087
Şimdi Hesonistik	0,170
Gelecek	-0,008
Geçmiş Pozitif	0,301*

* $p < .01$ (2-uçlu).

Bu çalışmanın geri kalan araştırma sorularına istinaden değişkenler arasında farklılık ve ilişkilerin ortaya çıkarılmasında Ki-Kare analizleri ve çapraz tablolar kullanılmıştır.

Üçüncü araştırma sorusuna istinaden zaman perspektiflerinin her birinin ortalamasının altında veya üstünde olma durumu ile sosyo-demografik değişkenler arasındaki ilişkiye bakılmıştır. İlk olarak zaman perspektifleri ile cinsiyete bakılmış olup, hiçbir zaman perspektifi ile cinsiyet değişkeni arasında bir ilişki bulunmamıştır. Cinsiyet ve geçmiş negatif zaman perspektifi (ZP) arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (1, N =77) = 0,10, p=0,919$. Geçmiş negatif ZP'nden ortalamasının altında yapan grubun %56'sı kadın, %44'ü erkekken; ortalamasının üzerinde yapanların %55', kadın, %45'i erkektir. Kadınların %51'i ortalamasının altında puan alırken, %49'u geçmiş negatif ZP'den ortalamasının üzerinde puan almıştır. Erkeklerin %50'si ortalamasının altında, %50'si de ortalamasının üzerinde skor yapmıştır. Şimdi fatalistik zaman perspektifi ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (1, N =77) = 0,314, p=0,575$. Kadınların %54'ü ortalamasının üzerinde puan alırken, erkeklerin %53'ü ortalamasının altında puan almıştır. Ortalamasının altında yapan grubun %53'ü kadinken, ortalamasının üzerinde yapanların %59'u kadınlardan oluşmaktadır. Şimdi hedonistik zaman perspektifi ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (1, N =77) = 3,563, p=0,059$. Ortalamasının üzerinde alanların %56'sı erkekken, ortalamasının altında alanların %67'si kadınlardan oluşmaktadır. Kadınların %63'ü ortalamasının altında, erkeklerin %59'u ortalamasının üzerinde puan almıştır. Gelecek zaman perspektifi ile cinsiyet arasında da anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (1, N =77) = 0,269, p=0,604$. Ortalamasının altında alanlar örneklemin %35'ini oluştururken, ortalamasının üzerinde alanlar örneklemin %65'ini oluşturmaktadır. Kadınların %68'i gelecek zaman perspektifinden ortalamasının üzerinde, erkeklerin %62'si ortalamasının üzerinde puan yapmışlardır. Ortalamasının altında yapanların %52'si kadinken, ortalamasının üzerinde yapanların %56'sı kadınlardan oluşmaktadır. Geçmiş pozitif zaman perspektifi ile cinsiyet arasında da anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (1, N =77) = 0,507, p=0,476$. Örneklemin %46'sı ortalamasının altında, %55'i de ortalamasının üzerinde geçmiş pozitif zaman perspektifinden puan almışlardır. Kadınların %58'i ortalamasının üzerinde skor alırken, erkeklerin %50'si ortalamasının üzerinde skor almıştır. Ortalamasının altında puan yapanların %51'i kadınlardan oluşurken, ortalamasının üzerinde puan yapanların %60'ı kadınlardan oluşmaktadır.

İkinci olarak zaman perspektifleri ile yaş değişkenine bakılmış olup, şimdi fatalistik ZP dışında hiçbir zaman perspektifi ile yaş değişkeni arasında bir ilişki bulunmamıştır. Yaş değişkeni 3 gruba ayrılarak 30 yaşa kadar, 31-60 yaş ve 61 yaş üstü olarak adlandırılmıştır. Yaş ile şimdi fatalistik zaman perspektifi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur $X^2 (2, N =77) = 15,814, p<.001$. Elde edilen bulgular Tablo 3,6'da verilmiştir. Örneklemin %49'u şimdi fatalistikten ortalamanın altında yapmış olup, %51'i ortalamanın üzerinde skor yapmıştır. 30 yaş altı grubuna bakıldığında, %67'si ortalamanın altında yapmıştır, 31-60 yaş grubuna bakıldığında %66'sı ortalamanın altında yapmış olup, 61-85 yaş grubunun %81,5'u ortalamanın üzerinde bu zaman perspektifinden puan almıştır. Şimdi fatalistik ZP'nden ortalamanın üzerinde yapan örneklemin yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında; 30 yaş altının %3, 31-60 yaş grubunun %41, 61-85 yaş grubunun %56'sını görmekteyiz. Yaş ile geçmiş negatif zaman perspektifi arasında anlamlı bir farklı bulunmamıştır $X^2 (2, N =77) = 5,045, p=0,80$. 30 yaş altı grubun %68'i geçmiş negatiften ortalamanın altında skor yaparken, 31-60 yaş arası grubun %60'ı geçmiş negatif zaman perspektifinden ortalamanın altında skor yapıp, 60 yaş üstü grubunun %67'si ortalamanın üzerinde skor yapmıştır. Geçmiş negatif ZP'nden ortalamanın üzerinde puan yapanların %50'si 31-60 yaş grubundan, %47'si 60 yaş üstü yaş grubundan olup, %3'ü 30 yaş altı gruptandır. Yaş ile geçmiş pozitif zaman perspektifi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (2, N =77) = 2,913, p=0,233$. Geçmiş pozitif ZP'den ortalamanın altında yapan grup örneklemin %45,5'u iken, %54,5'u ortalamanın üzerinde skor yapmıştır. Geçmiş pozitif ZP'nden ortalamanın altında yapan grubun, grup içi dağılımına bakıldığında; %3'ü 30 yaş altı, %71'i 31-60 yaş grubunda, %26'sı 61-85 yaş arasında dağılım göstermiştir. Geçmiş pozitif ZP'nden ortalamanın üstünde yapan grubun, grup içi dağılımına bakıldığında ise %5', 30 yaş altında, %52'si 31-60 yaş arasında, %43'ü 61-85 yaş arasında dağılım göstermiştir. 30 yaş altı grubunun % 67'si, 31-60 yaş arası grubun %47'si, 61-85 yaş grubunun %35'i geçmiş pozitif zaman perspektifinden ortalamanın üzerinde puan almıştır. Şimdi hedonistik zaman perspektifi ile yaş grupları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (2, N =77) = 0,58, p=0,748$. Örneklemin % 53'ü şimdi hedonistik zaman perspektifinden ortalamanın altında skor alırken, %47'si ortalamanın üzerinde skor yapmıştır. 30 yaş altı grubunun % 67'si şimdi hedonistik ZP'nden ortalamanın üzerinde puan alırken, 31-60 yaş grubunun %55'i ortalamanın

altında, 61-85 yaş grubunun %52'si ortalamanın altında skor yapmıştır. Şimdi Hedonistik ZP'nden ortalamanın altında yapan grubun yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında, 30 yaş altı grubun %2'sini, 31-60 yaş arası grubun %63'ünü, 61-85 yaş grubunun %34'ünü oluşturmaktadır. Şimdi Hedonistik ZP'nden ortalamanın üzerinde yapan grubun yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında; 30 yaş altı grubun %6'sını, %31-60 yaş arası grubun %58'ini, 61-85 yaş grubunun %36'sını oluşturmakta olduğu görülmektedir. Gelecek zaman perspektifi ile yaş grupları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (2, N =77) = 3,166, p=0,205$. Örneklemin %35'i ortalamanın altında skor yaparken, %65'i ortalamanın üzerinde gelecek zaman perspektifinden skor yapmıştır. 30 yaş altının %67'si, 31-60 yaş grubunun %72'si ve 61-85 yaş grubunun %52'si ortalamanın üzerinde skor yapmışlardır. Ortalamanın altında gelecek zaman perspektifinden skor alan grubun grup içi dağılımına baktığımızda, 30 yaş altının %4'ü, 31-60 yaş grubunun %48'i, 61-85 yaş grubunun ise %48'i şeklinde bir dağılım görmekteyiz. Ortalamanın üzerinde gelecek zaman perspektifinden skor yapan grubun grup içi dağılımına bakıldığında, %4'ünün 30 yaş altında, %68'inin 31-60 yaş grubu altında, %28'inin 61-85 yaş altında toplandığını görmekteyiz.

Üçüncü olarak zaman perspektifleri ile eğitim seviyesi değişkenine bakılmış olup, hiçbir zaman perspektifi ile eğitim seviyesi değişkeni arasında bir ilişki bulunamamıştır. Eğitim durumu ile geçmiş negatif zaman perspektifi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (4, N =77) = 7,036, p=0,134$. Geçmiş negatif ZP'nden ortalamanın altında puan alanların eğitim durumlarına göre grup içi dağılımına bakıldığında; %35,9'u ilkökul, %33,3'ü üniversite, %17,9'u lise ve %12,8'inin ortaokul mezunu olduğu görülmektedir. Ortalamanın üzerinde alan gruba baktığımızda ise; %57,9'unun ilkökul mezunu, %15,8', ortaokul, %15,8'inin üniversite, %7,9'unun lise ve %2,6'sının yüksek lisans mezunu olduğu görülmektedir. İlkokul mezunların %61,1'i, ortaokul mezunlarının %54,5'i ve yüksek lisans mezunlarının tümü ortalamanın üzerinde puan yaparken; lise mezunlarının %70'i, üniversite mezunlarının %68,4'ü ortalamanın altında puan almışlardır. Şimdi fatalistik ZP ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (4, N =77) = 7,520, p=0,111$. Şimdi fatalistik ZP'nden ortalamanın altında puan alan grubun eğitim durumlarına göre dağılımına baktığımızda; %36,8'inin ilkökul, %36,8'inin üniversite, %15,8'inin ortaokul ve %10,5'inin lise mezunu oldukları

görülmektedir. Ortalamanın üzerindeki gruba bakıldığında; %56,4'ünü ilkökul mezunları, %15,4'ünü lise mezunları, %12,8'ini ortaokul mezunları , %12,8'inin üniversite mezunları ve %2,6'sını yüksek lisans mezunları oluşturmaktadır. İlkokul

Tablo 3.6. Çapraz Tablo ve Ki-Kare Analizi

Şimdi Fatalistik Zaman Perspektifi ile Yaş grupları arasındaki ilişkiye ait Çapraz Tablo ve Ki-Kare Analizi

		Yaş Grupları			
		30 yaş altı	31-60	61 -85	Toplam
Şimdi	Ortalamanın altı f	2	31	5	38
Fatalistik	% ZP gruplar içi	%5,3	%81,6	%13,2	%100,0
Zaman	% Yaş grupları içi	%66,7	%66,0	%18,5	%49,4
Perspektifi	% Toplam	%2,6	%40,3	%6,5	%49,4
	Ortalamanın f	1	16	22	39
	üstü				
	% ZP gruplar içi	%2,6	%41,0	%56,4	%100,0
	% Yaş grupları içi	%33,3	%34,0	%81,5	%50,6
	% Toplam	%1,3	%20,8	%28,6	%50,6
Toplam	f	3	47	27	77
	% ZP gruplar içi	%3,9	%61,0	%35,1	%100,0
	% Yaş gruplar içi	%100,0	%100,0	%100,0	%100,0
	% Toplam	%3,9	%61,0	%35,1	%100,0
	Değer	df	P		
Pearson Chi-Square	15,814 ^a	2	,000		

mezunlarının %61,1'i, lise mezunlarının %60'ı ve yüksek lisans mezunlarının tümü ortalamanın üzerinde puan alırken; ortaokul mezunlarının %54,5'i ve üniversite mezunlarının %73,7'si ortalamanın altında puan almışlardır. Şimdi Hedonistik ZP ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (4, N =77) = 4,938$,

p=0,294. Şimdi hedonistik ZP'nden ortalamanın altında puan yapanları eğitim durumlarına göre grup içi dağılımlarına bakıldığında; %48,8'inin ilkokul, %31,7'sinin üniversite, %9,8'inin ortaokul, %9,8'inin lise mezunu olduğu görülmektedir. Ortalamanın üzerinde puan alanlara bakıldığında ise %44,4'ünün ilkokul, %19,4'ünün ortaokul, %16,7'sinin lise, %16,7'sinin üniversite, %2,8'inin yüksek lisans mezunlarından oluştuğu görülmektedir. İlkokul mezunlarının %55,6'sı ve üniversite mezunlarının %68,4'ü ortalamanın altında puan alırken, ortaokul mezunların 63,6'sı, lise mezunlarının %60'sı ve yüksek lisans mezunlarının tümü ortalamanın üzerinde puan almışlardır. Gelecek ZP ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (4, N =77) = 3,262, p=0,515$. Gelecek ZP'nden ortalamanın altında puan alanların eğitim durumlarına göre grup içi dağılımlarına bakıldığında; %40,7'sinin ilkokul, %22,2'sinin üniversite, %18,5'i lise, %14,8'inin ortaokul, %3,7'sinin yüksek lisans mezunu olduğu görülmektedir. Aynı şekilde ortalamanın üzerindeki dağılıma bakıldığında ise %50'sinin ilkokul, %26'sının üniversite, %14'ünün ortaokul, %10'unun lise mezunu olduğu görülmektedir. İlkokul mezunlarının %69,4'ü, ortaokul mezunlarının %63,6'sı, lise mezunlarının %50'si, üniversite mezunlarının %68,4'ü ortalamanın üzerinde puan yapmış olup, yüksek lisans mezunu ortalamanın altında puan yapmıştır. Geçmiş pozitif ZP ile eğitim durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (4, N =77) = 6,222, p=0,183$. Geçmiş pozitif ZP'nden ortalamanın altında ortalama yapanların eğitim durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında %34,3'ü ilkokul, %34,3'ü üniversite, %17,1', ortaokul, %11,4'ü lise, %2,9'u yüksek lisans mezunudur. Ortalamanın üzerinde puan alanlara bakıldığında; %57,1'i ortaokul, %14,3'ü lise, %16,7'si üniversite ve %11,9'u ortaokul mezunu olduğu görülmektedir. İlkokul mezunların %66,7'si, lise mezunlarının %60'ı ortalamanın üzerinde puan yaparlarken; ortaokul mezunlarının %54,5'i, üniversite mezunlarının %63,2'si ve yüksek lisans mezunlarının tümü ortalamanın altında bir puan almışlardır.

Dördüncü olarak zaman perspektifleri ile ekonomik seviye değişkenine bakılmış olup, hiçbir zaman perspektifi ile ekonomik seviye değişkeni arasında bir ilişki bulunmamıştır. Geçmiş negatif ZP ile hastaların ekonomik durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (2, N =77) = 3,791, p=0,150$. Geçmiş zaman

perspektifinden ortalamanın altında puan yapanların ekonomik durumlarına göre dağılımına bakıldığında; %87,2'sinin orta, %7,7'sinin düşük, %5,1'inin ise yüksek ekonomik durumları olduğu görülmektedir. Ortalamanın üzerindeki gruba bakıldığında ise %79,2'inin orta, %15,6'sının düşük, %5,2'sinin yüksek ekonomik durumu vardır. Düşük ekonomik seviyede olanların %75'i ortalamanın üzerinde puan almışken, orta seviyedekilerin %55,7'si ve yüksek seviyedekilerin %50'si ortalamanın altında puan almışlardır. Şimdi fatalistik ZP ile ekonomik durum değişkeni arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (2, N =77) = 4,791, p=0,091$. Şimdi fatalistik ZP'nden ortalamanın altında puan alan grubun ekonomik seviyelerine göre grup içi dağılımına bakıldığında; % 89,5'inin orta, %7,9'unun düşük, %2,6'sının yüksek seviyede olduğu görülmektedir. Ortalamanın üzerindeki gruba aynı şekilde bakıldığında ise; %69,2'sinin orta, %23,1'inin düşük, %7,7'sinin yüksek seviyede ekonomik durumda olduğu görülmektedir. Düşük ekonomik durumdaki hastaların %75'i ve yüksek ekonomik durumdakilerin %75'i ortalamanın üzerinde bir puan alırken, orta seviyedeki hastaların %55,7'si ortalamanın altında puan almıştır. Şimdi hedonistik ZP ile ekonomik durum değişkeni arasında anlamlı bir ilişki yoktur $X^2 (2, N =77) = 5,441, p=0,066$. Şimdi hedonistik zaman perspektifinden ortalamanın altında alan grubun ekonomik durumlarına göre grup içi dağılımına bakıldığında; %80,5'inin orta ve %19,5'inin düşük ekonomik seviyede oldukları görülmektedir. Aynı şekilde ortalamanın üstündeki grup incelendiğinde ise, %77,8'inin orta, %11,1'inin düşük, %11,1'inin ise yüksek ekonomik seviyede olduğu görülmektedir. Düşük ekonomik seviyedekilerin %66,7'si, orta seviyedekilerin %54,1'i ortalamanın altında puan alırken, yüksek seviyedekilerin hepsi ortalamanın üzerinde puan almışlardır. Gelecek ZP ile ekonomik durum değişkeni arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (2, N =77) = 0,419, p=0,811$. Gelecek ZP'nden ortalamanın altında puan alan grubun ekonomik durumlara göre grup içi dağılımları incelendiğinde, %77,8'inin orta, %18,5'inin düşük, %3,7'sinin ise yüksek ekonomik seviyede olduğu görülmektedir. Aynı şekilde ortalamanın üstünde puan yapan gruba bakıldığında ise; %80'inin orta, %14'ünün düşük, %6'sının yüksek ekonomik seviyeden oldukları görülmektedir. Düşük seviyedekilerin %58,3'ü, orta seviyedekilerin %65,6'sı ve yüksek seviyedekilerin %75'i ortalamanın üzerinde puan almışlardır. Geçmiş pozitif ZP ile ekonomik durum değişkeni arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (2, N =77) =0,852, p=0,653$. Geçmiş pozitif ZP'nden ortalamanın

altında puan alanların ekonomik durumlarına göre dağılımına bakılacak olursa; %82,9'unun orta, %14,3'ünün düşük, %2,9'unun yüksek derecede ekonomik seviyesi olduğu görülmektedir. Aynı şekilde ortalamanın üstünde puan alanların durumuna bakıldığında ise; %76,2'sinin orta, %16,7'sinin düşük, %7,1'inin yüksek seviyede ekonomik durumları vardır. Düşük ekonomik seviyesi olan hastaların %58,3'ü, orta seviyesi olanların %52,5'i ve yüksek seviyedekilerin %75', ortalamanın üzerinde bir puan almışlardır.

Beşinci olarak zaman perspektifleri ile medeni durum değişkenine bakılmış olup, hiçbir zaman perspektifi ile medeni durum değişkeni arasında bir ilişki bulunmamıştır. Medeni durum ile geçmiş negatif ZP arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (3, N =77) = 4,131, p=0,248$. Geçmiş negatif ZP'nden ortalamanın altında puan yapanları grup içi değerlendirirsek, %84,5'i evli, %7,7'si bekâr, %7,7'si duldur. Geçmiş negatif ZP'nden ortalamanın üzerinde puan yapanları grup içi değerlendirmesine baktığımızda, %85,7'si evli, %9,1'i dul, %3,9'u bekâr ve %1,3'ü boşanmışlardan oluşmaktadır. Bekârların hepsi ortalamanın altında geçmiş negatif ZP puanı alırken, evlilerin %50'si, boşanmışların hepsi, dulların da %57,1'i ortalamanın üzerinde geçmiş negatif ZP'nden puan almıştır. Şimdi fatalistik ZP ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (3, N =77) = 1,524, p=0,677$. Ortalamanın altında şimdi fatalistik ZP'nden puan yapanları grup içi değerlendirmesine bakarsak, %84,2'si evli, %7,9'u dul, %5,3ü bekâr ve %2,6sı boşanmıştır. Ortalamanın üzerinde şimdi fatalistik ZP puanı yapanları grup içi değerlendirmesini yaparsak, %87,2'si evli, %10,3ü dul, %2,6sı bekâr. Bekârların %67'si, boşanmışların tümü ortalamanın altında puan yaparken; evlilerin %52'si ve dulların %57'si ortalamanın üzerinde puan almışlardır. Şimdi hedonistik ZP ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (3, N =77) = 2,365, p=0,500$. Şimdi hedonistik ZP'nden ortalamanın altında kalanları medeni durumlarına göre grup içi dağılımına göz atarsak; %82,9'u evli, %12,2'si dul, %2,4'ü bekâr ve %2,4ü boşanmışlardan oluşmaktadır. Şimdi hedonistik ZP'nden ortalamanın üzerinde puan alanları medeni durumlarına göre grup içi dağılımına göz atarsak; %88,9'u evli, %5,6sı bekâr ve %5,6sı dullardan oluşmakta olduğunu görebiliriz. Bekârların %67'si ortalamanın üzerinde puan alırken; evlilerin %52'si, boşanmışların tümü ve dulların %71'i ortalamanın altında puan yapmışlardır. Gelecek ZP ile medeni durum arasında da

anlamli bir iliŒkiye rastlanamamıŒtır $X^2 (3, N =77) = 0,732, p=0,866$. Gelecek ZP'nden ortalamanın altında puan yapan grubun medeni durumuna göre grup ii dağılimına bakmamız gerekirse; %82,5u evli, %11,1i dul ve %3,7si bekârdır. Ortalamanın üzerindeki grupta ise %86'sı evli, %8i dul, %4ü bekâr ve %2si boşanmıŒ kiŒilerden oluŒmaktadır. Bekârların %66,7si, evlilerin %65,2si, boşanmıŒların tümü ve dulların %57,1'i ortalamanın üzerinde puan almıŒlardır. GemiŒ pozitif zaman perspektifi ile medeni durum arasında anlamli bir iliŒki bulunamamıŒtır $X^2 (3, N =77) = 7,543, p=0,056$. GemiŒ pozitif ZP'nden ortalamanın altında puan alanları grup ii değerlendirildiğinde; %85,7'sinin evli, %8,6'sının bekâr, %2,9'unun boşanmıŒ ve %2,9'unun dul olduğu görülmektedir. Aynı Œekilde ortalamanın üzerinde alan grup değerlendirildiğinde; %85,7'sinin evlilerden ve %14,3'ünün dullardan oluŒtuđu görülmektedir. Bekârların ve boşanmıŒların hepsi ortalamanın altında puan yaparken; evlilerin %54,5'i ve dulların %85,7'si ortalamanın üzerinde puan almıŒlardır.

Altıncı olarak zaman perspektifleri ile kemoterapi seans durumu deđerŒkenine bakılmıŒ olup, hibir zaman perspektifi ile kemoterapi seans durumu deđerŒkeni arasında bir iliŒki bulunmamıŒtır. GemiŒ negatif ZP'nden ortalamanın altında ya da üstünde puan alma durumu kemoterapi seans durumuna göre farklılaŒmamaktadır $X^2 (2, N =77) = 0.720, p=0,698$. GemiŒ negatif alt boyutundan ortalamanın üstünde alan kiŒilerin %39,5'i ilk seansta yođunlaŒmıŒ olup, bunu %31,6 ile son seans ve %28,9 ile orta seans takip etmektedir. Bu boyuttan ortalamanın altında alan kiŒilerin %35,9'u orta seansta olup, bunu %33,3 ile son seans ve %30,8 ile ilk seans takip etmektedir. GemiŒ negatif zaman perspektifi ortalamanın altında olan örneklerin %50,6'sını oluŒtururken, ortalamanın üstünde olanlar %49,4'ünü oluŒurmaktadır. İlk kemoterapi seansında olanlardan gemiŒ negatif alt boyutundan ortalamanın üstünde olanlar altında olanlardan %1,2 fazlayken; en ok fark kemoterapinin son seansında olanlarda görülmektedir (%55,6-%44,4). Gelecek ZP ile kemoterapi seans durumu arasında da istatistiksel olarak anlamli bir fark bulunamamıŒtır $X^2 (2, N =77) = 0.862, p=0,650$. Gelecek alt boyutundan ortalamanın üstünde alanlar örneklerin %64,9'unu oluŒurmaktadır. Ortalamanın altında olanların en ok bulunduğu dönem ilk ve orta seanslardır. Ortalamanın üstünde yapanların en yoğunlukta olduğu zaman ise son kemoterapi seansıdır. Œimdi fatalistik ZP ile kemoterapi seans durumları arasında istatistiksel olarak anlamli bir iliŒki

bulunmamıştır $X^2 (2, N =77) = 0.104, p=0,949$. Şimdi fatalistik alt boyutundan ortalamanın altında alanlar ve üstünde alanların dağılımı da yaklaşık olarak %1,02 'lik bir farkla aynıdır. Ortalamanın üstünde alanların da altında alanların da kemoterapi seanslarına dağılımı neredeyse aynıdır. Şimdi Hedonistik alt boyutuyla kemoterapi seansları durumu değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. $X^2 (2, N =77) = 9,51, p=0,009$. Geçmiş pozitif zaman perspektifi ile kemoterapi seans durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır $X^2 (2, N =77) = 0.77, p=0,68$. Geçmiş Pozitif ZP ortalamadan düşük olan grubun %40'ı ilk kemoterapi seansında gözükmekte olup, ortalamanın üstünde olan grubun %35,7 si orta seansta, %33,3'ü son seanstadır. Orta seansta ve son seansta ortalamanın üstünde alanların yüzdesi, ortalamanın altında alanların yüzdesinden fazladır.

Yedinci olarak zaman perspektifleri ile kanser evresi değişkenine bakılmış olup, hiçbir zaman perspektifi ile kanser evresi değişkeni arasında bir ilişki bulunmamıştır. Kanser evreleri ile geçmiş negatif zaman perspektifi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır $X^2 (5, N =77) = 4,017, p=0,547$. Geçmiş negatifte ortalamanın altındaki grubun grup içi dağılımına baktığımızda, %15'i 1.evre, %13'ü 2. Evre, %26'sı 3.evre, %46'sı 4. Evre tanısı almıştır. Geçmiş negatif zaman perspektifinde ortalamanın üstündeki grubun grup içi dağılımına baktığımızda, %26'sı 1.evre, %13'ü 2.evre, %18'i 3.evre, %39'u 4. Evre tanısı almışlardır. 1.evrede olanlardan %63'ü ortalamanın üzerinde geçmiş negatif zaman perspektifinden puan almıştır. 2. evrede olanların %50'si ortalamanın altında, %50'si de ortalamanın üzerinde puan almıştır. 3. evrende olanların %59'u ortalamanın altındayken, %41'i ortalamanın üzerindedir. 4. evrede olanların ise %56'sı ortalamanın altında, %44'ü ortalamanın üzerindedir. Şimdi fatalistik ZP ile kanser evreleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır $X^2 (5, N =77) = 4,822, p=0.438$. Şimdi fatalistik ZP'nden ortalamanın üzerinde alanların grup içi dağılımına bakıldığında, %13'ünün 1.evrede, %15'inin 2.evrede, %23'ünün 3. Evrede, %44'ünün 4.evrede olduğu görülmektedir. 1.evredekilerin %69'u ortalamanın altında puan almışken, %31'i ortalamanın üzerinde puan almıştır. 2.evredekilerin %40'ı ortalamanın altında, %60'ı ortalamanın üzerinde; 3.evredekilerin %47'si ortalamanın altında, %53'ü ortalamanın üstünde, 4.evredekilerin %47'si ortalamanın altında, %53'ü ortalamanın üzerindedir. Şimdi hedonistik ZP ile kanser evreleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır $X^2 (2,$

N =77) = 4,75, p=0.447.1.evredkilerin %63'ü şimdi hedonistik ZP'de ortalamanın altında puan alırken, 2. Evredkilerin %60'ı ortalamanın üzerinde, 3. Evredkilerin %59'u ortalamanın üzerinde, 4.evredkilerin de %59'u ortalamanın altında puan almışlardır. Ortalamanın altında yapanların grup içi dağılımına baktığımızda ise, %46'sının 4.evre hastalarından, %24'ünün 1. Evre hastalarından, %17'sinin 3.evre hastalarından ve %10'unun 2.evre hastalarından oluştuğunu görmekteyiz. Ortalamanın üzerinde yapanların grup içi dağılımına baktığımızda, %36'sının 4.evre hastalarından, %28'inin 3. Evre hastalarından, %17sinin 1. Evre, %17'sinin 2.evre hastalarından oluşmakta olduğunu görmekteyiz. Gelecek ZP ve kanser evreleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (5, N =77) = 4,063, p=0,540$. Gelecek zaman perspektifi ortalamanın altında olanları grup içi değerlendirildiğinde; %22'sinin 1.evrede, %11'inin 2.evrede, %22sinin 3.evrede ve %37'sinin 4.evrede olduğu görülmektedir. Gelecek ZP ortalamanın üstünde olanları grup içi değerlendirildiğinde; %20'si 1.evrede, %14'ü 2.evrede, %22'si 3.evrede, %44ü 4.evrede olduğu görülmektedir. 1.evredkilerin %63'ü ortalamanın üzerinde, 2.evredkilerin %70'i ortalamanın üzerinde, 3.evredkilerin %65'i ve 4.evredkilerin %69'u ortalamanın üzerinde puan almışlardır. Geçmiş pozitif ZP ile kanser evreleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (5, N =77) = 5,997, p=0,307$. Geçmiş pozitif ZP'i ortalamanın üzerinde olanları grup içi değerlendirdiğimizde, %29'u 1.evrede, %17'si 2.evrede, %23'ü 3. 2vrede, %31'i 4. Evrede olduğunu görürüz. Ortalamanın üzerinde olanlarda ise %14'ü 1.evrede, %10'u 2.evrede, %21i 3.evrede, %50si 4. Evrededir. 1.evredkilerin %63'ü ortalamanın altında, 2.evredkilerin %60'ı ortalamanın altında, 3.evredkilerin %53'ü ortalamanın üstüne, 4.evredkilerin de %66'sı ortalamanın üzerinde puan almışlardır.

Sekizinci olarak zaman perspektifleri ile kanserli organ değişkenine bakılmış olup, hiçbir zaman perspektifi ile kanserli organ değişkeni arasında bir ilişki bulunmamıştır. Kanserli organ değişkeni ile geçmiş negatif ZP arasında bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (13, N =77) = 11,84, p=0,541$. Kanserli organ değişkeni ile şimdi fatalistik ZP arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (13, N =77) = 9,155, p=0,761$. Kanserli organ değişkeni ile şimdi hedonistik ZP arasında da anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (13, N =77) = 10,568, p=0,647$. Kanserli organ değişkeni ile gelecek ZP arasında da anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (13, N =77) = 8,976, p=0,775$. Kanserli organ değişkeni ile

geçmiş pozitif zp arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (13, N =77) = 19,418$, $p=0,111$.

Dokuzuncu olarak zaman perspektifleri ile kardeş sayısı değişkenine bakılmış olup, hiçbir zaman perspektifi ile arasında bir ilişki bulunamamıştır. Kardeş sayısı ile geçmiş negatif ZP arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (8, N =77) = 3,656$, $p=0,887$. Geçmiş negatif puan türünde ortalamanın üzerinde alanların %23,7'sinin 1, %21,1'inin 4, %15,8'inin 3, , %13,2'sinin 2 kardeşi vardır. 1 kardeşi olanların %64,3'ü, 5 kardeşi olanların %66,7'si, 7 kardeşi olanların %66,7'si ve 8 kardeşi olanların %50'si ortalamanın üzerinde bir puan almıştır. Şimdi fatalistik ZP ile kardeş sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (8, N =77) = 9,124$, $p=0,332$. Hiç kardeşi olmayanların %66,7'si, 2 kardeşi olanların %58,3'ü, 3 kardeşi olanların %53,3'ü, 4 kardeşi olanların %52,9'u, 5 kardeşi olanların %66,7'si, 6 kardeşi olanların %60'ı, 7 kardeşi olanların %66,7'si ve 8 adet kardeşi olanların %50'si Şimdi fatalistik zaman perspektifi puanı ortalamanın altındadır. Şimdi hedonistik ZP ile kardeş sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (8, N =77) = 5,923$, $p=0,656$. Gelecek ZP ile kardeş sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (8, N =77) = 4,782$, $p=0,781$. Hiç kardeşi olmayanların % 66,7'si, 1 adet kardeşi olanların %64,3'ü, 2 kardeşi olanların %50'si, 3 kardeşi olanların %66,7'si, 4 kardeşi olanların %70,6'sı, 5 kardeşi olanların %50'si, 6 kardeşi olanların %60'ı, 7 ve 8 kardeşi olanların tamamı Gelecek ZP puanı ortalamanın üzerindedir. Geçmiş pozitif ZP ile kardeş sayısı değişkeni arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (8, N =77) = 5,02$, $p=0,755$.

Onuncu olarak zaman perspektifleri ile kanser hastalarının sahip oldukları çocuk sayısına bakılmış ve sadece Geçmiş negatif ZP ile Şimdi fatalistik ZP ile çocuk sayısı değişkeni arasında bir ilişki tespit edilmiştir. Elde edilen bulgular Tablo 3.7 ve Tablo 3.8'de verilmektedir. Araştırmaya katılan kanser hastalarının sahip oldukları çocuk sayıları ile geçmiş negatif zaman perspektifi değerleri arasında anlamlı bir ilişki vardır $X^2 (7, N =77) = 16,778$, $p < .05$. Geçmiş negatif ZP değeri ortalamanın altında olan grubun sahip oldukları çocuk sayısına göre dağılımına bakıldığında; %51,3'ünün 2 çocuk, %17,9'unun çocuk sahibi olmadığı, %12,8'inin 1, %7,7'sinin 3, %5,1'inin 5, %5,1'inin 6 çocuk sahibi olduğu görülmektedir. Ortalamanın üzerinde kalan gruba bakıldığında; %47,4'ünün 2, %28,9'unun 3, %10,5'inin 1, %5,3'ünün 4, %5,3'ünün 6

ve %2,6'sının 7 adet çocuğu olduğu görülmektedir. Hiç çocuğu olmayanların tümü, 1 çocuğu olanların %55,6'sı, 2 çocuğu olanların %52,6'sı, 5 adet çocuğu olanların tümü geçmiş negatif zaman perspektifinden ortalamanın altında değer alırken; 3 adet çocuğu olanların %78,6'sı, 4 adet ve 7 adet çocuğu olanların tümü ile 6 adet çocuğu olanların yarısının geçmiş negatif zaman perspektifi değeri ortalamanın üzerindedir. Şimdi fatalistik zaman perspektifi ile sahip olunan çocuk sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur $X^2 (7, N =77) = 16,968, p < .05$. Şimdi fatalistik ZP değeri ortalamanın altında kalan grubun çoğunluğu(%89) hiç çocuk sahibi olmayanlar, 1 adet çocuk sahibi olanlar ve iki adet çocuk sahibi olanlardan oluşmaktadır. Ortalamanın üzerinde değer alanların çoğunluğu (%77) ise 2 adet ve 3 adet çocuk sahibi olanlardan oluşmaktadır. Hiç çocuğu olmayanların %71,4'ü, 1 adet çocuğu olanların %88,9'u, 2 adet çocuğu olanların %52,6'sı şimdi fatalistik ZP'inden ortalamanın altında değer alırken; 3 adet çocuğu olanların %85,7'si, 4 adet ve 7 adet çocuğu olanların hepsi, 5 adet ve 6 adet çocuğu olanların yarısı ortalamanın üzerinde değer almıştır. Şimdi hedonistik ZP ile çocuk sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (7, N =77) = 3,916, p=0,789$. Gelecek ZP ile sahip olunan çocuk sayıları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (7, N =77) =5,251, p=0,629$. Hiç çocuğu olmayanların %71,4'ü, 1 adet çocuğu olanların %55,6'sı, 2 adet çocuğu olanların %60,5'i, 3 adet çocuğu olanların %71,4'ü, 4 adet ve 5 adet çocuğu olanların tümü, 6 adet çocuğu olanların %75'i gelecek ZP değeri ortalamanın üzerindedir. Geçmiş pozitif ZP ile çocuk sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (7, N =77) = 9,834, p=0,198$. Hiç çocuğu olmayanların %85,7'si ortalamanın altında puan alırken; 1 adet çocuğu olanların %55,6'sı, 2 adet çocuğu olanların %55,3'ü, 3 adet çocuğu olanların %57,1'i, 4 çocuğu olanların ve 5 adet çocuğu olanların tümü ile 6 adet çocuğu olanların %75'i ortalamanın üzerinde değer almışlardır.

Dördüncü araştırma sorusuna istinaden algılanan sosyal destek puanlarının ortalamanın üstünde ya da altında olma durumuna göre sosyo-demografik değişkenlerle olan ilişkisine bakılmıştır.

İlk olarak algılanan sosyal destek puanları ile cinsiyet değişkeni arasındaki değişkene bakılmıştır ve algılanan sosyal destek ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur

Tablo 3.7. Çapraz Tablo ve Ki-Kare Analizi

Geçmiş Negatif Zaman Perspektifi ile Çocuk sayısı arasındaki ilişkiye ait Çapraz Tablo ve Ki-Kare Analizi

			Çocuk Sayısı (ÇS)							Topla	
			0	1	2	3	4	5	6	7	m
Geçmiş	Ortalamanı	f	7	5	20	3	0	2	2	0	39
Negatif	n altı	% ZP gruplar içi	17,9%	12,8%	51,3%	7,7%	,0%	5,1%	5,1%	,0%	100,0%
Zaman		% ÇS gruplar içi	100,0%	55,6%	52,6%	21,4%	,0%	100,0%	50,0%	,0%	50,6%
Perspektifi		% Toplam	9,1%	6,5%	26,0%	3,9%	,0%	2,6%	2,6%	,0%	50,6%
	Ortalamanı	f	0	4	18	11	2	0	2	1	38
n üstü		% ZP gruplar içi	,0%	10,5%	47,4%	28,9%	5,3%	,0%	5,3%	2,6%	100,0%
		% ÇS gruplar içi	,0%	44,4%	47,4%	78,6%	100,0%	,0%	50,0%	100,0%	49,4%
		% Toplam	,0%	5,2%	23,4%	14,3%	2,6%	,0%	2,6%	1,3%	49,4%
Toplam	F		7	9	38	14	2	2	4	1	77
		% ZP gruplar içi	9,1%	11,7%	49,4%	18,2%	2,6%	2,6%	5,2%	1,3%	100,0%
		% ÇS gruplar içi	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	9,1%	11,7%	49,4%	18,2%	2,6%	2,6%	5,2%	1,3%	100,0%
	Değer	df		p							
Pearson Chi-Square	16,778	7		0,019							

Tablo 3.8. Çapraz Tablo ve Ki-Kare Analizi

Şimdi Fatalistik Zaman Perspektifi ile Çocuk sayısı arasındaki ilişkiye ait Çapraz Tablo ve Ki-Kare Analizi

		Çocuk Sayısı (ÇS)								
		0	1	2	3	4	5	6	7	Toplam
Şimdi	Ortalama F	5	8	20	2	0	1	2	0	38
Fatalistik	anın altı % ZP gruplar içi	13,2%	21,1%	52,6%	5,3%	,0%	2,6%	5,3%	,0%	100,0%
Zaman	% ÇS gruplar içi	71,4%	88,9%	52,6%	14,3%	,0%	50,0%	50,0%	,0%	49,4%
Perspektif	% of Toplam	6,5%	10,4%	26,0%	2,6%	,0%	1,3%	2,6%	,0%	49,4%
i	Ortalama F	2	1	18	12	2	1	2	1	39
anın	% ZP gruplar içi	5,1%	2,6%	46,2%	30,8%	5,1%	2,6%	5,1%	2,6%	100,0%
üstü	% ÇS gruplar içi	28,6%	11,1%	47,4%	85,7%	100,0%	50,0%	50,0%	100,0%	50,6%
	% of Toplam	2,6%	1,3%	23,4%	15,6%	2,6%	1,3%	2,6%	1,3%	50,6%
Toplam	F	7	9	38	14	2	2	4	1	77
	% ZP gruplar içi	9,1%	11,7%	49,4%	18,2%	2,6%	2,6%	5,2%	1,3%	100,0%
	% ÇS gruplar içi	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% Toplam	9,1%	11,7%	49,4%	18,2%	2,6%	2,6%	5,2%	1,3%	100,0%
	Değer	df	p							
Pearson Chi-square	16,968	7	0,018							

$X^2 (1, N =77) = 6,178, p < 0,05$. Kadınların %72'si ortalamanın üzerinde skor yapmışken, erkeklerin %56'sı ortalamanın altında skor almışlardır. Ortalamanın altında skor yapanların cinsiyete göre dağılımına baktığımızda %61'inin erkeklerden oluştuğunu görmekteyiz. Ortalamanın üzerinde skor yapanların cinsiyete göre

dağılımına baktığımızda %67'sinin kadınlardan oluştuğunu görmekteyiz. Elde edilen bulgular Tablo 3.9'da belirtilmiştir.

Tablo 3.9. Çapraz Tablo ve Ki-Kare Analizi

Algılanan Sosyal Destek ile Cinsiyet arasındaki ilişkiye ait Çapraz Tablo ve Ki-Kare Analizi

		Cinsiyet			
			Kadın	Erkek	Toplam
Algılanan	Ortalamanın altı	F	12	19	31
Sosyal		% SD gruplar içi	38,7%	61,3%	100,0%
Destek		% Cinsiyet gruplar içi	27,9%	55,9%	40,3%
		% Toplam	15,6%	24,7%	40,3%
	Ortalamanın üstü	F	31	15	46
		% SD gruplar içi	67,4%	32,6%	100,0%
		% Cinsiyet gruplar içi	72,1%	44,1%	59,7%
		% Toplam	40,3%	19,5%	59,7%
Total		F	43	34	77
		% SD gruplar içi	55,8%	44,2%	100,0%
		% Cinsiyet gruplar içi	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	55,8%	44,2%	100,0%
		Değer	df	P	
Pearson Chi-square		6,178	1	0,013	

İkinci olarak algılanan sosyal destek puanı ortalamasının üstünde ya da altında olma durumu ile gruplanan yaş değişkeni arasındaki ilişki incelenmiştir. Algılanan sosyal destek ile yaş grupları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2(2, N = 77) = 4,781$,

$p=0,092$. Örneklemin genel dağılımına bakıldığında %40'ı algılanan sosyal destek puanından ortalamanın altında yaparken, %60'ı ortalamanın üzerinde bir puan almışlardır. 30 yaş altının hepsi algılanan sosyal destekten ortalamanın altında bir skor yapmış olup, 31-60 yaş grubunun %64'ü ortalamanın üzerinde puan almışlardır, 61-85 yaş grubunun ise %59'u ortalamanın üzerinde skor yapmışlardır. Algılanan sosyal destek puanı ortalamanın altında yapan grubun grup içi dağılımına bakıldığında, örneklemin %10'u 30 yaş altı, %55'i 31-60 yaş arasında, %35'inin ise 61-85 yaş arasında olduğu görülmektedir. Algılanan sosyal destek puanı ortalamanın üzerinde olan grubun grup içi dağılımına bakıldığında, örneklemin %0'ı 30 yaş altı, %65'inin 31-60 yaş arasında ve %35'inin 61-85 yaş arasında olduğu görülmektedir.

Üçüncü olarak algılanan sosyal destek puanı ortalamanın üstünde ya da altında olma durumu ile eğitim seviyesi değişeni arasındaki ilişki incelenmiştir. Algılanan sosyal destek ile eğitim arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (4, N =77) = 5,588$, $p=0,232$. Algılanan sosyal destek puanı ortalamanın altında olan grubun eğitim durumlarına göre grup içi dağılımlarına bakıldığında; %54,8'inin ilkökul, %16,1'inin lise, %12,9'unun ortaokul, %12,9'unun üniversite ve %3,2'sinin yüksek lisans mezunu olduğu görülmektedir. Aynı şekilde ortalamanın üzerinde alanlara bakıldığında; %41,3'ünün ilkökul, %32,6'sının üniversite, %15,2'sinin ortaokul, %10,9'unun lise mezunu olduğu görülmektedir. İlkokul mezunlarının %52,8'i, ortaokul mezunlarının %63,6'sı, lise mezunlarının yarısı, üniversite mezunlarının %78,9'u ortalamanın üzerinde bir puan alırken, yüksek lisans mezunlarının tümü ortalamanın altında puan yapmıştır.

Dördüncü olarak algılanan sosyal destek puanı ortalamanın üstünde ya da altında olma durumu ile ekonomik durum değişkeni arasındaki ilişki incelenmiştir. Algılanan sosyal destek ile ekonomik durum değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır $X^2 (2, N =77) = 12,816$, $p < .05$. Algılanan sosyal destek puanı ortalamanın altında olan grubun ekonomik durumlarının grup içi dağılımlarına bakıldığında; %67,7'sinin orta, %32,3'ünün ise düşük ekonomik seviyeden oldukları görülmektedir. Algılanan sosyal destek puanları ortalamanın üzerinde olan grubun ekonomik durumlarına göre dağılımı ise; %87 orta, %8,7 yüksek ve %4,3 düşük

ekonomik seviyedeki hastalardan oluşmaktadır. Düşük ekonomik durumu olan hastaların %83,3'ü ortalamanın altında sosyal destek puanı alırken; orta ekonomik seviyedeki hastaların %65,6'sı ve yüksek ekonomik durumdaki hastaların tümü ortalamanın üzerinde sosyal destek algıladıklarını belirten puanlar almışlardır. Elde edilen bulgular Tablo 3.10'da belirtilmektedir.

Tablo 3.10. Çapraz Tablo ve Ki-Kare Analizi

Algılanan Sosyal Destek ile Ekonomik Durum arasındaki ilişkiye ait Çapraz Tablo ve Ki-Kare Analizi

		Ekonomik Durum (ED)				
			Düşük	Orta	Yüksek	Toplam
Algılanan Ortalamanın	f		10	21	0	31
Sosyal Destek	Altı	% SD gruplar içi	32,3%	67,7%	,0%	100,0%
		% ED gruplar içi	83,3%	34,4%	,0%	40,3%
		% Toplam	13,0%	27,3%	,0%	40,3%
Ortalamanın	f		2	40	4	46
Üstü		% SD gruplar içi	4,3%	87,0%	8,7%	100,0%
		% ED gruplar içi	16,7%	65,6%	100,0%	59,7%
		% Toplam	2,6%	51,9%	5,2%	59,7%
Toplam	f		12	61	4	77
		% SD gruplar içi	15,6%	79,2%	5,2%	100,0%
		% ED gruplar içi	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	15,6%	79,2%	5,2%	100,0%
	Değer	df	p			
Pearson Chi-square	12,816	2	0,002			

Beşinci olarak algılanan sosyal destek puanlarının ortalamasının üstünde ya da altında kalma durumlarıyla medeni durum değişkeni arasındaki ilişki incelenmiştir. Algılanan sosyal destek ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (3, N =77) = 2,529, p=0,470$. Algılanan sosyal destek puanı ortalamasının altında olanları grup içi değerlendirildiğinde; %80,6'sının evli, %12,9'unun dul ve %6,5'inin bekâr olduğu görülmektedir. Ortalamasının üzerinde sosyal destek algıladığını belirten gruba bakıldığında ise; %89,1'i evli, %6,5'i dul, %2,2'si bekâr ve %2,2'si boşanmış olduğu görülmektedir. Bekârların %66,7'si ve dulların %57,1'i ortalamasının altında puan alırken; evlilerin %62,1'i ve boşanmışların hepsi ortalamasının üzerinde puan almışlardır.

Altıncı olarak algılanan sosyal destek puanı ortalamasının altında ya da üstünde olma durumlarıyla kemoterapi seans durumu değişkeni arasındaki ilişki incelenmiştir. Algılanan sosyal destek ile kemoterapi seans durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (2, N =77) = 1,16 p=0,56$. Örneklemin %60'ının algılanan sosyal destek puanı ortalamasının üzerindedir.

Yedinci olarak algılanan sosyal destek puanı ortalamasının altında ya da üstünde olma durumlarıyla kanser evresi değişkeni arasındaki ilişki incelenmiştir. Algılanan sosyal destek ile kanser evreleri arasında ilişki yoktur $X^2 (5, N =77) = 8,094, p=0,151$. Ortalamasının altında alanları grup içi değerlendirdiğimizde, %16'sının 1.evrede, %3'ünün 2.evrede, %26'sının 3.evrede ve %52'sinin 4.evrede olduğunu görürüz. Ortalamasının üzerinde puan alanları grup içi değerlendirdiğimizde ise %24'ünün 1.evrede, %20'sinin 2.evrede, %20'sinin 3.evrede ve %35'inin 4.evrede olduğu görülmektedir. 1.evredekiilerin %69'u, 2.evredekiilerin %90'ı, 3.evredekiilerin %53'ü ve 4.evredekiilerin %50'si ortalamasının üzerinde sosyal destek algıladıklarını gösteren puanlar almışlardır.

Sekizinci olarak algılanan sosyal destek puanı ortalamasının altında ya da üstünde olma durumlarıyla kanserli organ değişkeni arasındaki ilişki incelenmiştir. Kanserli organ ve algılanan sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur $X^2 (13, N =77) = 24,933, p< .05$. Elde edilen bulgular Tablo 3.11'de bulunmaktadır.

Tablo 3.11. Çapraz Tablo ve Ki-Kare Analizi

Algılanan Sosyal Destek ile Kanserli Organ değişkeni arasındaki ilişkiye ait Çapraz Tablo ve Ki-Kare Analizi

		Kanserli Organ (KO)														
		en														
		do Nör														
		pan yum me oen							urinary safr kara Yum							
		akci mem krea ortal tri dokr Kol belirs Rek /bladd akes ciğ e uşak														
		mide ğer e s ık um in on iz tum er esi r doku														Toplam
Algılanan	Ortal f	2	3	4	1	0	0	0	15	2	1	0	0	1	2	31
n	aman															
Sosyal	in		9,7	12,9	3,2	,0	,0	48,4	3,2					3,2	6,5	
Destek	Altı	6,5%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	100,0%
(SD)	içi															
	% KO															
	gruplar	50,0	37,5	18,2	25,0	,0	,0	62,5	100,0	100,				100,	100,	40,3%
	içi	%	%	%	%	%	%	%	%	0%				0%	0%	
	%		3,9		1,3	,0	,0	19,5	1,3					1,3	2,6	
	Toplam	2,6%	%	5,2%	%	%	%	%	2,6%	%	%	%	%	%	%	40,3%
Ortal f	aman	2	5	18	3	4	2	1	9	0	0	1	1	0	0	46
n	in															
üstü	in		10,9	39,1	6,5	8,7	4,3	2,2	19,6	,0%	,0%	2,2%	2,2	,0%	,0%	100,0%
	içi	4,3%	%	%	%	%	%	%	%				%			
	% KO							10								
	gruplar	50,0	62,5	81,8	75,0	100,	100,	37,5				100,0	100,	,0%	,0%	59,7%
	içi	%	%	%	%	0%	0%	%				%	0%			
	%		6,5	23,4	3,9	5,2	2,6	1,3	11,7	,0%	,0%	1,3%	1,3	,0%	,0%	59,7%
	Toplam	2,6%	%	%	%	%	%	%	%				%			

Tablo 3.11. (devamı)

		Kanserli Organ (KO)														
		en														
		do Nör														
		pan yum me oen							urinary safr kara Yum							
		akci mem krea ortal tri dokr Kol belirs Rek /bladd akes ciğe uşak														
		mide ğer e s ık um in on iz tum er esi r doku														Toplam
Toplam	f	4	8	22	4	4	2	1	24	2	1	1	1	1	2	77
% SD																
gruplar	5,2%	10,4	28,6	5,2	5,2	2,6	1,3	31,2	2,6%	1,3	1,3%	1,3	1,3	2,6	100,0%	
içi		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
% KO							10									
gruplar	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0%
içi	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
%		10,4	28,6	5,2	5,2	2,6	1,3	31,2	2,6%	1,3	1,3%	1,3	1,3	2,6	100,0%	
Toplam	5,2%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
		Değer			df			p								
Pearson Chi-square		24,933			13			0,024								

Dokuzuncu olarak algılanan sosyal destek puanının ortalamasının üstünde ya da altında kalma durumu ile kardeş sayısı arasındaki ilişki incelenmiştir. Algılanan sosyal destek ile kardeş sayısı değişkeni arasında da anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2(8, N=77) = 5,221, p=0,734$.

Onuncu olarak algılanan sosyal destek puanının ortalamasının üstünde ya da altında kalma durumu ile kanserli hastanın sahip olduğu çocuk sayısı arasındaki ilişki

incelenmiştir. Algılanan sosyal destek değeri ile çocuk sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (7, N =77) = 3,739, p=0,809$.

Beşinci araştırma sorusuna istinaden algılanan sosyal desteğin aile, arkadaş ve özel bir kişiden alınan sosyal destek türlerinden ortalamanın altında veya üstünde puan alma durumu sosyo-demografik değişkenler eşliğinde incelenmiştir.

Sosyal destek türlerinin ortalamanın altında veya üstünde olma durumu ile cinsiyet değişkeni arasındaki ilişki incelenmiştir. Arkadaştan alınan sosyal destek ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (1, N =77) = 0,092, p=0,761$. Ortalamanın altında arkadaştan sosyal destek alanların %54'ü kadın, %46'sı erkektir. Ortalamanın üstünde arkadaştan sosyal destek alan grubun %57'si kadın, %43'ü erkektir. Örneklemdeki kadınların %35'i ortalamanın altındayken, %65'i ortalamanın üzerindedir. Erkeklerin ise %38'i ortalamanın altında, %62'si ortalamanın üzerindedir. Aileden alınan sosyal destek ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (1, N =77) = 0,237, p=0,626$. Aileden alınan sosyal destek puanı ortalamanın altında kalan toplam örneklemin %18'iyken, %82'si ortalamanın üzerindedir. Ortalamanın altında aileden alınan sosyal destek puanı olanların %50'si kadın, %50'si erkektir. Ortalamanın üzerinde aileden alınan sosyal destek puanı alanların %57'si kadın, %43'ü erkektir. Kadınların %84'ü, erkeklerin %79'u ortalamanın üzerinde aileden sosyal destek aldıklarını belirtmişlerdir. Aile ve arkadaş dışında özel birinden alınan sosyal destek ile cinsiyet arasında ise anlamlı fark bulunmuştur $X^2 (1, N =77) = 4,81, p< .05$. Özel bir kişiden sosyal destek alma puanı ortalamanın altında olanların %44'ü kadın, %56'sı erkeklerden oluşmaktadır. Özel bir kişiden sosyal destek alma puanı ortalamanın üzerinde olanların ise %56'sı kadın, %44'ü erkektir. Örneklemdeki kadınların %40'ı özel bir kişiden sosyal destek almada ortalamanın altındayken, %60'ı ortalamanın üzerinde destek puanı almıştır. Örneklemdeki erkeklerin %65'i ortalamanın altında özel birisinden sosyal destek aldığını söylerken, %35'i ortalamanın üzerindedir. Elde edilen bulgular Tablo 3.12'de belirtildiği gibidir.

İkinci olarak sosyal destek türlerinden elde edilen puanın ortalamanın üstünde ya da altında olması durumu ile yaş grupları arasındaki ilişki incelenmiş olup, hiçbir sosyal

Tablo 3.12. Çapraz Tablolar ve Ki-Kare Analizi

Özel bir kişiden Algılanan Sosyal Destek türü ile Cinsiyet değişkeni arasındaki ilişkiye ait Çapraz Tablo ve Ki-Kare Analizi

		Cinsiyet			
		Kadın	Erkek	Toplam	
Özel bir kişiden alınan sosyal destek (ÖSD)	Ortalamanın altı	F	17	22	39
		% ÖSD gruplar içi	43,6%	56,4%	100,0%
		% Cinsiyet gruplar içi	39,5%	64,7%	50,6%
		% Toplam	22,1%	28,6%	50,6%
	Ortalamanın üstü	F	26	12	38
		% ÖSD gruplar içi	68,4%	31,6%	100,0%
		% Cinsiyet gruplar içi	60,5%	35,3%	49,4%
		% Toplam	33,8%	15,6%	49,4%
	Toplam	F	43	34	77
		% ÖSD gruplar içi	55,8%	44,2%	100,0%
	% Cinsiyet gruplar içi	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Toplam	55,8%	44,2%	100,0%	
	Değer	df	p		
Pearson Chi-square	4,813	1	0,028		

destek türünde anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Aile ve arkadaş dışından bir kişiden alınan sosyal destek ile yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (2, N =77) = 0,845, p=0,655$. Genel olarak bakıldığında özel bir kişinin sosyal destek alanlardan ortalamanın altında olanlar örneklemin %51'ini oluştururken, ortalamanın üzerinde olanlar örneklemin %49'unu oluşturmaktadır. 30 yaş altının %67'si özel bir kişiden ortalamanın altında destek aldığını söylerken, 31-60 yaş grubunun %53'ü ortalamanın

altında, 61-85 yaş grubunun ise %56'sı özel bir kişiden ortalamanın üzerinde destek almıştır. Özel bir kişiden ortalamanın altında sosyal destek alan grubun yaş dağılımlarına göre grup içi dağılımına bakıldığında; %5'i 30 yaş altında, %64'ü 31-60 yaş grubunda, %31'i 61-85 yaş arasında olduğu tespit edilmiştir. Özel bir kişiden ortalamanın üzerinde sosyal destek alan grubun yaş sınıflandırmasına göre grup içi dağılımına bakıldığında, %3'ü 30 yaş altında, %58'i 31-60 yaş grubunda, %39'u 61-85 yaş grubundadır. Aileden alınan sosyal destek ile yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (2, N =77) = 0,698, p=0,705$. Aileden alınan sosyal destek puanı ortalamanın üzerinde olan grup örneklemin %82'sini oluşturmaktadır. 30 yaş altının tamamı aileden ortalamanın üzerinde skor yaparken, 31-60 yaş grubunun %81'i ortalamanın üzerinde, 61-85 yaş grubunun %82'si ortalamanın üzerinde skor yapmıştır. Aileden alınan sosyal destek puanı ortalamanın üzerinde olan grubun grup içi dağılımına yaş sınıflandırmasına göre bakılırsa; %5'i 30 yaş altında, %60'ı 31-60 yaş grubunda, %35'i 61-85 yaş grubunda olduğu görülmektedir. Aileden alınan sosyal destek puanı ortalamanın altında olan grubun grup içi dağılımına yaş sınıflandırmasına göre bakılırsa; %0'ı 30 yaş altında, %64'ü 31-60 yaş grubunda, %36'sının 61-85 yaş grubunda olduğu görülmektedir. Arkadaştan alınan sosyal destek ile yaş grupları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (2, N =77) = 1,30, p=0,522$. Örneklemin %36'sı ortalamanın altında, %64'ü ortalamanın üzerinde arkadaştan alınan sosyal destekte puan yapmıştır. 30 yaş altının %67'si ortalamanın altında, 31-60 yaş grubunun %64'ü ortalamanın üzerinde, 61-85 yaş grubunun %67'si ortalamanın üzerinde yapmıştır. Arkadaştan alınan sosyal destekten ortalamanın altında skor yapan grubun yaş sınıflandırılmasına göre dağılımına bakıldığında; 30 yaş altının %7'si, 31-60 yaş grubunun %61'inin, 61-85 yaş grubunun %32'sinde olduğu görülmektedir. Arkadaştan alınan sosyal desteği ortalamanın üzerinde skor yapan grubun yaş sınıflandırmasına göre dağılımına bakıldığında; 30 yaş altının %2'si, 31-60 yaş grubunun %61'i ve 61-85 yaş grubunun %37'sinden olduğu görülmektedir.

Kanser hastalarının eğitim seviyelerine göre algıladıkları sosyal destek türünün farklılaşp farklılaşmadığına bakılmıştır. Özel bir kişiden alınan sosyal destek ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır $X^2 (4, N =77) = 3,845, p=0,427$. Özel bir kişiden alınan sosyal destek puanı ortalamanın altında olan grubun eğitim durumlarına ilişkin grup içi dağılımlarına bakıldığında; %43,6'sının ilkökul, %20,5'inin

ortaokul, %20,5'inin üniversite, %12,8'inin lise, %2,6'sının ise yüksek lisans mezunu olduğu görülmektedir. Ortalamanın üzerinde puan alanlara bakıldığında, %50'sinin ilkokul, %28,9'unun üniversite, %13,2'sinin lise, %7,9'unun ortaokul mezunu olduğu görülmektedir. İlkokul mezunlarının %52,8'i, lise mezunlarının %50'si ve üniversite mezunlarının %57,9'u ortalamanın üzerinde bir puan almışken, ortaokul mezunlarının %72,7'si ve yüksek lisans mezunlarının tümü ortalamanın altında puan almışlardır. Arkadaştan alınan sosyal destek ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (4, N =77) = 4,169, p=0,384$. Arkadaştan alınan sosyal destek puanı ortalamanın altında olan grubun eğitim durumuna göre grup içi dağılımına bakıldığında; %53,6'sının ilkokul, %14,3'ünün ortaokul, %14,3'ünün lise, %14,3'ünün üniversite ve %3,6'sının yüksek lisans mezunu oldukları görülmektedir. Ortalamanın üzerinde puan alanların dağılımına bakıldığında; %42,9'u ilkokul, %30,6'sı üniversite, %14,3'ü ortaokul, %12,2'si ise lise mezunudur. İlkokul mezunlarının %58,3'ü, ortaokul mezunlarının %63,6'sı, lise mezunlarının %60'ı ve üniversite mezunlarının %78,9'u ortalamanın üzerinde puan alırken, yüksek lisans mezunlarının tümü ortalamanın altında puan almıştır. Aileden alınan sosyal destek ile eğitim durumları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur $X^2 (4, N =77) = 9,601, p< .05$. Aileden alınan sosyal destek puanı ortalamanın altında kalan grubun eğitim durumuna göre dağılımına bakıldığında; %42,9'unun ilkokul, %35,7'sinin lise, %21,4'ünün üniversite mezunu olduğu; ortalamanın üzerinde puan alanlara aynı şekilde bakıldığında; %47,6'sının ilkokul, %25,4'ünün üniversite, %17,5'inin ortaokul, %7,9'unun lise ve %1,6'sının yüksek lisans mezunu olduğu görülmektedir. İlkokul mezunlarının %83,3'ü, ortaokul ve yüksek lisans mezunlarının hepsi, lise mezunlarının %50'si, üniversite mezunlarının ise %84,2'sinin aileden alınan sosyal destek puanı ortalamanın üzerinde olduğu görülmektedir. Elde edilen bulgular Tablo 3.13'de verilemektedir.

Ekonomik seviyelerine göre algılanan sosyal destek türlerinin farklılaşıp farklılaşmadığı incelendiğinde ise; her bir sosyal destek türü ile ekonomik seviye değişkeni arasında yapılan analizlerin sonucu istatistiksel olarak anlamsız çıkmıştır. Özel bir kişiden sosyal destek alma ile ekonomik durum değişkeni arasında anlamlı bir ilişki yoktur $X^2 (2, N =77) = 5,338, p=0,069$. Özel bir kişiden alınan sosyal destek puanı ortalamanın altında olan bireylerden oluşan grubun ekonomik durumlarına göre dağılımına bakıldığında, %79,5'inin orta, %20,5'inin ise düşük ekonomik düzeyde olduğunu görmekteyiz.

Tablo 3.13. Çapraz Tablo ve Ki-Kare Analizi

Aileden Algılanan Sosyal Destek türü ile Eğitim seviyesi değişkeni arasındaki ilişkiye ait Çapraz Tablo ve Ki-Kare Analizi

		Eğitim seviyesi					
		İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite	Yüksek Lisans	Toplam
Aileden	Ortala F	6	0	5	3	0	14
Alınan	manın % ASD gruplar içi	42,9%	,0%	35,7%	21,4%	,0%	100,0%
Sosyal	altı % Eğitim gruplar içi	16,7%	,0%	50,0%	15,8%	,0%	18,2%
Destek	% Toplam	7,8%	,0%	6,5%	3,9%	,0%	18,2%
(ASD)							
	Ortala F	30	11	5	16	1	63
	manın % ASD gruplar içi	47,6%	17,5%	7,9%	25,4%	1,6%	100,0%
	üstü % Eğitim gruplar içi	83,3%	100,0%	50,0%	84,2%	100,0%	81,8%
	% Toplam	39,0%	14,3%	6,5%	20,8%	1,3%	81,8%
Toplam	F	36	11	10	19	1	77
	% ASD gruplar içi	46,8%	14,3%	13,0%	24,7%	1,3%	100,0%
	% Eğitim gruplar içi	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% Toplam	46,8%	14,3%	13,0%	24,7%	1,3%	100,0%
	Değer	df	p				
Pearson Chi-square	9,601	4	0,048				

Ortalamanın üzerinde puan alanların dağılımına bakıldığında ise; %78,9'unun orta, %10,5'inin düşük, %10,5'inin yüksek seviyelerden olduklarını görürüz. Düşük seviyedekilerin %66,7'si, orta seviyedekilerin %50,8'i ortalamanın altında puan alırken, yüksek ekonomik düzeydeki hastaların tamamı ortalamanın üzerindedir. Aileden alınan

sosyal destek puanı ile ekonomik durum arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır X^2 (2, N =77) = 1,265, p=0,531. Aileden alınan sosyal destek puanı ortalamasının altında olan grubun ekonomik durumlarına göre grup içi dağılımına bakıldığında; %78,6'sının orta ve %21,4'ünün düşük seviyede olduğu görülmektedir. Ortalamasının üstünde kalan gruba bakıldığında ise %79,4'ü orta, %14,3'ü düşük ve %6,3'ü yüksek seviyededir. Düşük ekonomik durumdaki hastaların %75'inin, orta ekonomik seviyedeki hastaların %82'sinin ve yüksek ekonomik seviyedeki hastaların tümünün, aileden alınan sosyal destek puanları ortalamasının üzerindedir. Arkadaştan alınan sosyal destek ile ekonomik durum arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır X^2 (2, N =77) = 1,623, p=0,444. Arkadaştan alınan sosyal destek puanları ortalamasının altında olan grubun ekonomik durumlarına göre grup içi dağılımlarına bakıldığında; %71,4'ünün orta, %21,4'ünün düşük ve %7,1'ünün yüksek ekonomik düzeyleri olduğu görülmektedir. Ortalamasının altında puan yapanlarda ise; %83,7'si orta, %12,2'si düşük ve %4,1'i yüksek ekonomik düzeye sahiptir. Düşük ekonomik seviyedekilerin %50'si, orta ekonomik seviyedekilerin %67,2'si ve yüksek ekonomik düzeydekilerin %50'si ortalamasının üzerinde puan almışlardır.

Araştırmaya katılan kanser hastalarının medeni durumlarına göre algıladıkları sosyal destek türünün puanının ortalamasının altında veya üstünde olması durumunun farklılaşp farklılaşmadığı incelenmiştir. Özel bir kişiden alınan sosyal destek ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır X^2 (3, N =77) = 2,849, p=0,416. Özel bir kişiden alınan sosyal destek puanı ortalamasının altında olan grubu grup içi değerlendirdiğimizde; %79,5'inin evli, %12,8'inin dul, %5,1'inin bekâr ve %2,6'sının boşanmış kişilerden oluştuğu görülmektedir. Ortalamasının üzerinde puan alanları grup içi değerlendirilmesine baktığımızda, %92,1'i evli, %5,3'ü dul ve %2,6'sı bekârdır. Bekârların %66,7'si ve boşanmış hastaların tümü ile dulların %71,4'ü ortalamasının altında puan alırken; evlilerin %53'ü ortalamasının üzerinde bir puan almışlardır. Aileden alınan sosyal destek ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır X^2 (3, N =77) = 2,343, p=0,504. Aileden alınan sosyal destek puanı ortalamasının altında olan grubun grup içi dağılımına bakıldığında; %92,9'u evli, %7,1'inin bekâr olduğu görülmektedir. Ortalamasının üzerindeki grubun ise %84,1'i evli, %11,1'i dul, %3,2'si bekâr ve %1,6'sı boşanmış bireyler oluşturmaktadır. Bekârların %66,7'si, evlilerin

%80,3'ü, boşananların ve dulların tümü ortalamanın üzerinde bir puan almışlardır. Arkadaştan alınan sosyal destek ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (3, N =77) = 0,832, p=0,842$. Arkadaştan alınan sosyal destek puanı ortalamanın altında olan grubun grup içi değerlendirmesi yapıldığında; %89,3'ünün evli, %7,1'inin dul ve %3,6'sının bekâr olduğu görülmektedir. Ortalamanın üzerinde kalan grupta ise %83,7'si evli, %10,2'si dul, %4,1', bekâr, %2'si boşanmış olduğu görülmektedir. Bekârların %66,7'si, evlilerin %62,1'i, boşanmışların tümü ve dulların %71,4'ü ortalamanın üzerinde puan yapmışlardır.

Kemoterapi seanslarının ilkinde, ortasında veya sonuncusunda olma durumu ile algıladıkları sosyal destek türlerine göre elde edilen puanların ortalamanın üzerinde veya altında olma durumu arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Arkadaşlardan alınan sosyal destek ile kemoterapi seans durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. $X^2 (2, N =77) = 2,20, p=0,333$. Örneklemin %64'ü arkadaştan sosyal desteği ortalamanın üzerinde almaktadır. İlk seansta %70'i ortalamanın üstünde arkadaşlarından sosyal destek aldığını söylemiştir. Ortalamanın üzerinde arkadaşlarından sosyal destek aldığını söyleyen grup içinde en fazla ilk seansta daha sonra son seansta en az da orta seansta alındığı gözlenmektedir. Ortalamanın altında arkadaşlarından sosyal destek aldığını söyleyen grupta yoğunluk %43 ile orta seansta toplanmıştır. Aile ve arkadaş dışında özel bir kişiden sosyal destek alma ile kemoterapi seans durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (2, N =77) = 2,02, p=0,363$. Ortalamanın altı ve üstündeki grup %51'e %49 şeklinde dağılım göstermiştir. Örnekleme genel olarak bakıldığında ilk, orta ve son seansta özel bir kişiden destek alma %35, %32,5 ve %32,5 şeklinde dağılım göstermiştir. Aileden alınan sosyal destek ile kemoterapi seans durumları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. $X^2 (2, N =77) = 6,59, p< 0.05$. Örneklemin %82'si aileden ortalamanın üzerinde sosyal destek aldığını belirtmiş olup, %18'i ortalamanın altında aileden sosyal destek aldığını belirtmiştir. Ortalamanın altında aileden sosyal destek grubu incelendiğinde %57'si orta seansta toplanmıştır. Ortalamanın üzerinde aileden sosyal destek alan grup incelendiğinde %38i son seansta, %35'i ilk seansta toplandığı görülmektedir. Son seansta aileden ortalamanın üzerinde sosyal destek aldığını belirten grup örneklemin %96'sını oluşturmaktadır. Elde edilen bulgular Tablo 3.14'te belirtildiği gibidir.

Tablo 3.14. Çapraz Tablo ve Ki-Kare Analizi

Aileden Algılanan Sosyal Destek türü ile Kemoterapi Seans durumu değişkeni arasındaki ilişkiye ait Çapraz Tablo ve Ki-Kare Analizi

		Kemoterapi Seans (KS)			
		İlk	Orta	Son	Toplam
Aileden	Ortalaman F	5	8	1	14
Alınan	ın altı				
Sosyal	% ASD gruplar içi	35,7%	57,1%	7,1%	100,0%
Destek	% KS gruplar içi	18,5%	32,0%	4,0%	18,2%
(ASD)	% Toplam	6,5%	10,4%	1,3%	18,2%
	Ortalaman F	22	17	24	63
	ın üstü				
	% ASD gruplar içi	34,9%	27,0%	38,1%	100,0%
	% KS gruplar içi	81,5%	68,0%	96,0%	81,8%
	% Toplam	28,6%	22,1%	31,2%	81,8%
Toplam	F	27	25	25	77
	% ASD gruplar içi	35,1%	32,5%	32,5%	100,0%
	% KS gruplar içi	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% Toplam	35,1%	32,5%	32,5%	100,0%
	Değer	df	p		
Pearson Chi-square	6,591	2	0,037		

Ayrıca algılanan sosyal destek türleriyle kanser hastasının kanser hastalığı evresi ile olan ilişki incelenmiştir. Özel bir kişiden alınan sosyal destek ile kanser evreleri arasında ilişki bulunamamıştır $X^2(5, N=77) = 6,772, p=0.238$. Ortalamanın altında özel bir kişiden destek alıyorum diyenlerin %49'u 4.evrede, %23ü 3.evrede, %21i 1.evrede, %5i ise 2.evredendir. Ortalamanın üzerindeki ise 1,2 ve 3. Evreler %21'lik dağılıma sahipken, %34ü 4.evreden oluşmaktadır. 1.evredekilerin %50'si, 2.evredekilerin %80'i ortalamanın üzerinde puan alırken; 3.evredekilerin %53'ü ve

4.evredkilerin %60'ı ortalamanın altında puan almışlardır. Aileden alınan sosyal destek ile kanser evreleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (5, N =77) = 5,225, p=0,389$. Aileden alınan sosyal destek puanı ortalamanın altında olanları grup içi değerlendirdiğimizde, %43ünün 4.evrede, %21inin 1.evrede %14'ünün 3, %14ünün 2.evrede olduklarını görmekteyiz. Ortalamanın üzerindeki dağılımına baktığımızda ise %41i 4.evrede, %24ü 3.evrede, %21i 1.evrede, %13ü ise 2. Evrededir. 1.evredkilerin %82'si, 2.evredkilerin %80i, 3.evredkilerin %89u, 4.evredkilerin %81i ortalamanın üzerindedir. Arkadaştan alınan sosyal destek ile kanser evreleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (5, N =77) = 5,010, p=0,415$. Arkadaştan alınan sosyal destek puanı ortalamanın altında olanları grup içi değerlendirdiğimizde, %43'ünün 4.evreden, %29'unun 1.evreden, %14ünün 3.evreden, %11'inin 2.evreden olduğunu görürüz. Ortalamanın üzerinde alanlara baktığımızda ise, %41'i 4.evreden, %27'si 3.evreden, %16'sı 1.evreden ve %14ü 2.evredendir. 1.Evredkilerin %50'si, 2.evredkilerin %70i, 3.evredkilerin %77si, 4.evredkilerin %63ü ortalamanın üzerindedir.

Kanserli organa göre de sosyal destek türlerinin farklılaşıp farklılaşmadığı da incelenmiş olup, analiz sonuçlarına göre hiçbir anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Özel bir kişiden alınan sosyal destek ile kanserli organ arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. $X^2 (13, N =77) =19,036, p= 0,122$. Aileden alınan sosyal destek ile kanserli organ arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 13, N =77) =12,655, p=0,475$. Arkadaştan alınan sosyal destek ile kanserli organ arasında bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (13, N =77) = 8,283, p=0,825$.

Kardeş sayısı ile sosyal destek türleri arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Kardeş sayısı ile özel bir kişiden alınan sosyal destek değeri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (8, N =77) = 4,466, p=0,813$. Aileden alınan sosyal destek ile kardeş sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (8, N =77) = 4,253, p=0,834$. Arkadaştan alınan sosyal destek ile kardeş sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (8, N =77) = 3,552, p=0,895$.

Kanserli hastaların sahip oldukları çocuk sayısı ile sosyal destek türlerinden elde edilen puanların ortalamanın üstünde veya altında olma durumlarıyla olan ilişkiye bakılmıştır.

Özel bir kişiden alınan sosyal destek ile sahip olunan çocuk sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (7, N =77) = 6,274, p=0,508$. Aileden alınan sosyal destek ile çocuk sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (7, N =77) = 11,603, p=0,114$. Hiç çocuğu olmayanların %85,7'si, 1 adet çocuğu olanların %77,8'i, 2 adet çocuğu olanların %78,9'u, 3 adet çocuğu olanların, 4 adet çocuğu olanların, 5 adet çocuğu olanların tümü, 6 adet çocuğu olanların yarısı aileden aldıkları sosyal destek değeri ortalamanın üzerindedir. Arkadaştan alınan sosyal destek ile sahip olunan çocuk sayısı arasında da anlamlı bir ilişki bulunamamıştır $X^2 (7, N =77) = 3,755, p=0,808$.

4. TARTIŞMA

Bu bölümde giriş bölümünün sonunda yer alan araştırma soruları bağlamında, bir önceki bölüm olan bulgular kısmında yer alan analiz ve sonuçları literatür kapsamında ele alınacaktır. Ayrıca bu çalışmayla ilgili sınırlılıklar ve gelecek çalışmalara yönelik önerilerde bulunacaktır.

Bu çalışmanın ilk araştırma sonucuna istinaden uygulanan analizler doğrultusunda; kemoterapi alan kanser hastalarının zaman perspektifleri ilk, orta ve son kemoterapi seans durumuna göre farklılaşmadığı bulunmuştur. Literatür taraması esnasında buna benzer bir araştırma sorusuna rastlanılmamış olması sebebiyle bu bulgu istatistiksel olarak anlamsız çıkmış olsa da literatüre katkısının olacağı düşünülmektedir. Bu sorunun amacı sağlıklı insanda her zaman perspektifinin anlamlı dağılımı ve gerektiği zaman rasyonel olanına uygun davranılmasından bahsedilirken (Zimbardo & Boyd, 1999), sağlık tehdidi altındaki kanser hastalarının uzun ve yan etkileri bol olan kemoterapi süreci içinde nasıl bir farklılaşma olacağını incelemektir. Kemoterapi sürecinin başı çoğu zaman hastalar için korku, sonu ise yeni yapılacak tetkiklerle yine umut ya da korku ikilemini getirmektedir. Ancak bu süreç içerisinde kanser hastalarının zaman perspektiflerinde herhangi bir farklılaşma bulunmamıştır.

İkinci araştırma sorusuna istinaden yapılan analizler sosyal destek algısının ile zaman perspektiflerinin dördü arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Yalnızca yüzde birlik hata oranıyla geçmiş pozitif zaman perspektifi ile algılanan sosyal destek puanı arasında aynı yönde orta dereceli, istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmuştur. Bu araştırma sorusunun sorulma nedeni Holman'ın (2008) araştırmalarında bulduğu zaman perspektifleriyle sosyal ilişkiler arasındaki ilişkiden hareketle, sosyal desteğin yapıtaşları olan sosyal ilişkilerin varlığı ve sıklığı (Cohen & Wills, 1985) bağlamında sosyal ilişkilerin yansıması olan sosyal desteğin algılanması ile zaman perspektifleri arasındaki ilişkinin incelenmesi olmuştur. Zimbardo ve Boyd'un (1999) zaman perspektifiyle ilgili yapmış olduğu araştırmada geçmiş pozitif zaman perspektifinin agresyon, depresyon, anksiyeteye negatif yönde; öz saygı ve arkadaş canlılığıyla pozitif yönde ilişkili olduğunu belirtmiştir. Kronik hastalıkların incelendiği araştırmalarda, sosyal desteğin varlığının depresif bozuklukların gelişmesine engel olduğu (Dedeli,

Fadıloğlu ve Uslu, 2008) da göz önünde bulundurulduğunda elde edilen bulgu anlam kazanmaktadır. Algılanan sosyal desteği yüksek olan kanser hastalarının geçmiş pozitif zaman perspektifinde de yüksek puan alması; algılanan sosyal desteği düşük olan kanser hastalarının da geçmiş pozitif zaman perspektifinde de düşük puan alması öngörülebilir bir sonuç olup, daha önce bu araştırma sorusuna literatürde rastlanmaması sebebiyle bu çalışma bir ilk oluşturmakta ve gelecek araştırmalara öncelik niteliği taşımaktadır.

Üçüncü araştırma sorusunda zaman perspektifi algısı puanının ortalamasının üzerine veya altında olma durumunun sosyo-demografik değişkenlere göre farklılaşp farklılaşmadığı incelenmiştir. Cinsiyet, eğitim seviyesi, ekonomik seviye, medeni durum, kemoterapi seans durumu, kanser evresi, kanserli organ, kardeş sayısı değişkenleri açısından herhangi bir zaman perspektifinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma bulunamamıştır. Zimbardo ve Boyd (1999) araştırmalarında gelecek ve geçmiş pozitif zaman perspektiflerinde kadınların erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı yüksek puan aldıklarını belirtmiş olup, bu çalışmada da anlamlı olmamakla beraber her iki zaman perspektifinde de ortalamasının üzerinde puan yapan kadın oranı ortalamasının üzerinde puan alan erkek oranından fazladır. Şimdi fatalistik zaman perspektifi için de bulgular aynı yönde olup, şimdi hedonistik zaman perspektifinde erkeklerin oranı kadınlardan fazla olduğu görülmektedir. Geçmiş negatif zaman perspektifinde ise cinsiyetler arası neredeyse eşit bir dağılım göze çarpmaktadır. Şimdi fatalistik zaman perspektifinin yaşa göre farklılaşmakta olduğu bulunmuş olup, altmış bir yaş üstü grubun tamamına yakınının bu zaman perspektifinden ortalamasının üzerinde puan aldığı görülmüştür. Ne yaparsam yapayım hayatımda bir değişikliğe sebep olmayacak bakış açısını yansıtan bu zaman perspektifindeki algıya göre; bireyin davranış ve hareketlerinden kişinin geleceği bağımsızdır. Bu perspektifi ağır basan bireyler; gelecek odaklıların hedefe yönelik bakış açısından, hedonistlerin heyecanından, geçmiş odaklıların nostaljisi veya acısından yoksundur. Bu ZP agresyon, anksiyete, depresyon ile pozitif yönde; yaşantıya açıklık, gelecek neticeleri göz önünde tutma ile negatif yönde ilişkili bulunmuştur (Zimbardo & Boyd, 1999). Gelişimsel yaşam dönemleri açısından bakıldığında yaşlılık dönemindeki bu bireylerin genç yetişkinlikteki aile kurma, iş yaşantısına atılma dönemlerini atlatmış olup, orta yaştaki ailenin ferahıyla ilgili kararları geride bırakmış olarak bu yaşta azalan sosyal destek ağları (Aydın, 2003) ile kanser tehdidi karşısında depresyona girme olasılıklarının yüksek olması şaşırtıcı olmamaktadır. Şimdi fatalistik zaman perspektifi

yüksek olan altmış bir yaş ve üstü grubunun Greer'in (1991) kanserle baş etme yöntemlerinden kadenci kabulleniş safhasında olabileceklerini düşündürmektedir. Bir kişi hariç hiçbir katılımcının psikolojik destek almadığı bu örnekleme, özellikle yaşlılık dönemindekilerin kanserle başa çıkma sürecinde kendilerini bırakmamaları ve destek almalarının gerekliliğinin altını çizmek gerekmektedir. Her ne kadar istatistiksel olarak anlamsız sonuçlara erişilmişse de, şimdi hedonistik zaman perspektifinde çoğunluğun ortalamanın üzerinde yapan tek yaş grubunun otuz yaş ve altının olduğunu belirtmekte fayda olduğu düşünülmektedir. Ayrıca bu araştırma sorusu bağlamında yapılan analizlerde çocuk sayısına göre zaman perspektiflerinden şimdi fatalistik ve geçmiş negatif boyutlarından ortalamanın altında veya üstünde almanın farklılaştığı bulgusuna erişilmiştir. Elde edilen yüzdelerde her iki zaman perspektifinde de çocuk sayısı arttıkça belirtilen zaman perspektiflerinden ortalamanın üzerinde puan alma yüzdesi de yarının üzerinde olmakta olduğu gözlemlenmiştir. Çocuk sayısının artışıyla ebeveynlerin algıladıkları sosyal desteklerinin de yüksek olması ile bu zaman perspektiflerinden düşük puan alması beklentisi de bu bulguyla ters düşmektedir. Her iki zaman perspektifinin de depresyon, mutsuzluk, agresyon, anksiyeteye olan pozitif yönlü ilişkisi göz önünde bulundurulduğunda, kemoterapi alan hastalarda kızgınlık, endişeli olma, sinirliliğin de çok fazla yaşanmakta olduğu (Arslan, Akın ve Koçoğlu, 2008) düşünüldüğünde, bu bulgu kolektivist kültürümüzün de etkisiyle kanser tehdidi altındaki ebeveynlerin çocuklarını ve onların geleceklerini düşünüyor olmasından kaynaklı olabileceği düşündürmektedir.

Dördüncü araştırma sorusuna istinaden algılanan sosyal destek puanının ortalamanın altında veya üstünde olma durumunun sosyo-demografik değişkenlere göre farklılaşp farklılaşmadığı incelenmiştir. Yapılan analizlere göre algılanan sosyal destek yaş, eğitim seviyesi, medeni durum, kemoterapi seans durumu, kanser evresi, kardeş ve çocuk sayısına göre farklılaşmadığı bulunmuştur. Algılanan sosyal destek puanının ortalamanın üstünde veya altında durumuna göre kemoterapi seansında göre farklılaşmadığını gösteren istatistiksel olarak anlamsız bulgular elde edilmiş olsa da ilk kemoterapi seansında algılanan sosyal destek oranının en yüksek olması, Berterö (2000)'nün bulgusu olan: kanser hastalarının en çok tedavi başlangıcında sosyal desteğe ihtiyaç duyduğu bilgisi ışığında değerlendirildiğinde; bu çalışmanın örnekleme için bu ihtiyacın karşılandığı ve hasta tarafından da algılandığı yönünde yorumlanabilir.

Yapılan analizler sonucu algılanan sosyal desteğin cinsiyete göre farklılaşması bulgusu yerli literatürdeki bulgular tarafından doğrulanmış (Taşkiran, 2010; Savcı, 2006) olsa da bu çalışma sonucunda erkekler kadınlardan daha yüksek algılanan sosyal destek puanı almamış olup, tam tersi bir durum gözlemlenmiştir. Merckaert ve arkadaşlarının (2010) da belirttiği üzere kadınlar sosyal desteğe daha çok ihtiyaç duymaktadır ve bu örneklemedeki kadınlara ihtiyaç duyduğu desteği aldıkları ve algıladıkları sonucuna ulaşılabilir. Yabancı literatürdeki bulgulara bakıldığında kanser hastalarından kadınların en yüksek sosyal destek puanlarına ulaştığı bulgusu, bu çalışmanın bulgularıyla paralellik göstermektedir (Berterö, 2000). Literatürdeki bulgular incelendiğinde evli olanlar evli olmayanlardan daha yüksek algılanan sosyal destek puanına sahip olduğu görülmektedir (Taşkiran, 2010; Savcı, 2006). Bu çalışmada anlamlı bir farklılaşma bulunamamış olsa da değerlere bakıldığında; evli olanların bekâr, boşanmış ve dul olanlara nazaran daha yüksek sosyal destek algıladıkları bulgusuna rastlanmaktadır. Bunu kolektivist bir toplum olarak ailenin önemi ile ve de kanser hastalarının sosyal destek kaynağının çoğunun aile ve akrabalar tarafından sonra ise arkadaşlar tarafından sağlandığına değinerek açıklayabilmek mümkündür (Berterö, 2000). Algılanan sosyal destek puanının ortalamanın üzerinde ya da altında olmasına göre ekonomik seviyede istatistiksel olarak anlamlı olarak farklılaşmakta olduğu bulunmuş olup, yüzdeler incelendiğinde orta ve yüksek ekonomik seviyeli olduklarını belirten kanser hastalarının ortalamanın üzerinde sosyal destek algıladıkları bulunmuştur. Bu bulgu literatürdeki bulgularla da paralellik göstermektedir (Taşkiran, 2010; Savcı, 2006; Tan & Karabulutlu, 2005). Dedeli, Fadiloğlu ve Uslu (2008) da algılanan sosyal destek puanlarındaki yüksekliği ekonomik seviyenin yüksekliğiyle açıklamışlardır. Literatürdeki bulgulardan farklı olarak algılanan sosyal desteğe göre eğitim seviyelerinin farklılaşmadığı bulunmuş olsa da bu çalışmanın örnekleme incelendiğinde, eğitim seviyesi artışı ile algılanan sosyal desteğin ortalamanın üzerinde olma yüzdesinin de arttığı gözlemlenmiştir. Bu bulgular ekonomik seviyesinin yüksekliği ile eğitim seviyesinin yüksekliği paralelliginde değerlendirildiğinde; bu kişilerin daha rasyonel sosyal ilişkiler kurabildiği ve kanserle baş etmede daha yararlı başa çıkma yöntemleri kullanabildikleri şeklinde açıklanabilir. Son olarak algılanan sosyal destek puanlarının ortalamanın üzerinde veya altında olma durumuna göre kanserli organın da farklılaşmakta olduğu bulunmuştur. Tüm dünyada yüksek sağ kalım oranları nedeni ile görülme sıklığı en fazla olan kanserler arasında yer alan meme, kolon ve akciğer kanseri

(Uyer, Uslu & Yıldırım, 2006) hastaları bu araştırmanın örnekleminin yüzde yetmişini oluşturmaktadır. Onlarca kanser çeşidinden hastanelerin ve çeşitli derneklerin halkı bilinçlendirmek ve bilgilendirmek adına yürüttükleri sosyal sorumluluk projelerinde de özellikle meme kanserinin yeri önemsenemez boyuttadır. Kanserin bulunduğu bölgeye göre algılanan sosyal destekteki farklılaşmayı, bireylerin teşhis ve tanı hakkındaki bilgilerinin ve farkındalıklarının daha fazla olması sebebiyle, gerek hasta yakınlarının destek göstermede gerekse hastanın algılayışındaki etkisiyle açıklayabiliriz.

Beşinci araştırma sorusuna istinaden bulgularda sonuçlarının verildiği aile, özel bir insan ve arkadaştan alınan sosyal destek boyutlarıyla sosyo-demografik değişkenler arası analizler gerçekleştirilmiştir. Aile, arkadaş ve özel bir insandan algılanan sosyal destekle yaş, ekonomik seviye, medeni durum, kanser evresi, çocuk ve kardeş sayısı arasında anlamlı bir farklılaşma bulunamamıştır. Özel bir kişiden algılanan sosyal destek puanının ortalamanın üstünde veya altında olma durumuna göre cinsiyet değişkeninde farklılaşma istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Eker, Arkar ve Yıldız (2001) da araştırmalarında aynı bulguyu bulmuşlardır. Bu durum erkeklerin kadınlar kadar duygularını paylaşmaktan kaçınan yapılarıyla, aile ve arkadaşların dışındaki doktor, hemşire veya uzak bir akraba gibi özel bir insanla daha rahat sıkıntı ve ihtiyaçlarını paylaşabilmeleri sonucu etkileşimle o kişilerden daha yüksek sosyal destek algıladıkları yönünde açıklanabilir. Bir diğer anlamlı bulgu da aileden algılanan sosyal destek puanlarının ortalamanın üzerinde ya da altında olmasıyla eğitim seviyesinin farklılaşmakta olduğudur. Savcı (2006) araştırmasında da aynı bulguyu bulmuş olup; Tan ve Karabulutlu (2005) aynı bulguya ait istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamasına rağmen aynı değişimleri gözlediğini belirtmiştir. Bir diğer istatistiksel olarak anlamlı farklılaşma ise aileden alınan sosyal destek algısı puanının ortalamanın üstünde ya da altında olması ile kemoterapi seans durumu arasında olduğu gözlemlenmiştir. Pehlivan, Ovayolu, Ovayolu, Sevinç ve Camci'nin (2012) araştırma bulgularına göre kanser hastalığının süresi uzadıkça aileden alınan sosyal destek algısı azaldığı yönünde olup; elde edilen bulgular Pehlivan ve arkadaşlarının araştırmasını destekler nitelikte değildir. Bu çalışmada son kemoterapi seansındaki kanser hastalarının tamamına yakını ortalamanın üzerinde sosyal destek algıladığı görülmektedir. Bunu takip eden ilk seans olmuştur. Orta seansta bir düşme olmuşsa da son seansta algılanan sosyal destek yüzdesi en yükseğe çıkmıştır. Bu örneklem için

kemoterapinin, teşhisten sonra hemen başlanılan ilk terapi yöntemi olduğu düşünüldüğünde, ilk seansta algılanan sosyal destek yüksek olmakla beraber özellikle aileden alınan sosyal desteğin önem kazandığını ve son seans sonrası tedavi sonucu ve devamının belirlenmesi, durum hakkında bilgi edinilmesi süreci zarfında aileden alınan sosyal desteğin bu zor dönemde en yükseğe ulaştığını anlamaktayız.

Genel olarak kanser hastalarının zaman perspektifleri incelendiğinde, şimdi hedonistik zaman perspektifinden en düşük ortalamaya sahip oldukları görülmektedir. Bu bulguya dayanarak örnekleme oluşturan kanser hastalarının şu andan keyif alma ve heyecan duymaya yönelik olmadığı, bugünün getirdiklerinden faydalanarak yarını düşünmeden hareket edemedikleri anlaşılmaktadır. Bir hasta hariç, hiçbir kanser hastasının psikolojik yardım almadığı bu örnekleme yine de gelecek ve geçmiş pozitif zaman perspektif ortalamaları en yüksek ortalamaları oluşturmakta olduğu gözlemlenmiştir. Daha önce de bahsedildiği üzere, diğer zaman perspektifleriyle ilişkili bulunan kişilik problemlerinin daha az görülmesi sebebiyle, sağlıklı işlevsellik için geçmiş pozitif zaman perspektifinin önemi çeşitli araştırmacılar tarafından vurgulanmıştır (Holman & Zimbardo, 2003; Beek ve ark., 2011). Her ne kadar kanser hastalarıyla kanser hastası olmayan grupları karşılaştıran Laarhoven ve arkadaşları (2011); kanser hastalarının gelecek odağının düşük seviyede olduğunu belirtmiş olsa da bu araştırmanın örneklemini oluşturan kanser hastalarının gelecek zaman perspektifi ortalaması en yüksek sıralamada yer almaktadır. Buna neden olarak tıptaki yeni gelişmeler ve her geçen gün artan sağ kalım oranları ile bireylerin bilinçlenmesi ve yarınla umutla bakması gösterilebilir.

Ayrıca genel olarak algılanan sosyal destek ve türleri incelenmiştir. Algılanan sosyal destek düzeyini hastalığın tanısını bilme durumunun etkilediğini ve kanser tanısını bilenlerin bilmeyenlere kıyasla daha yüksek sosyal destek algıladığını belirten Taşkiran'ın (2010) bulgusu bu çalışmayla desteklenmiş olarak değerlendirilebilir. Bu araştırmadaki örneklemin hepsi kendi tanılarını bildikleri, teşhis ve tedavilerinin farkında oldukları göz önünde bulundurulduğunda; algılanan sosyal destek puanlarının yarısından fazlasının ortalamasının üzerinde olması da literatürle uyum göstermektedir. Kanser teşhisini takiben sosyal destek ağında yeni düzenlemeler yer almakta, hastanın ve ailesinin görev dağılımı ve sorumluluklarında değişiklikler gerçekleşmektedir. Buna rağmen aile her şeyden önce gelir ilkesiyle hareket eden kolektivist kültürümüzün de

etkisiyle, Türk popülasyonunda kanser hastalarıyla yürütülen araştırmalarda aileden alınan sosyal desteğin en yüksek ortalamaya sahip olduğu (Arslan, Akın ve Koçoğlu, 2008; Pehlivan ve ark., 2012), bu araştırma bulgularıyla da desteklenmektedir. Dedeli ve arkadaşlarının (2008) gerçekleştirdikleri bir araştırmada fonksiyonel yaşam ölçeği puanlarının kanser hastasının evinde birlikte yaşadığı kişi sayısı ile ilişkili olduğu bulgusu, kanser hastalarının sosyal desteği büyük ölçüde ailelerinden sağlaması yönünde yorumlanmıştır. Ayrıca Taşkırın'da (2010) yaptığı araştırmada aile bireylerinden algılanan sosyal destek ile kanser hastaların genel iyilik halleri arasında olumlu bir ilişki bulunduğunun altını çizmiştir. Pehlivan ve arkadaşları da (2012) aileden algılanan sosyal destekle kanser hastalarının umutsuzluk ve yalnızlık boyutlarına ait puanlarının ters yönde ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Bu sebeplerle kanser tehdidi karşısında yaşamında maddi ve manevi bir sürü değişikliklerle başa çıkmaya çalışan kanser hastasına ve de en önemlisi kanser hastası yakınlarına psikolojik destek vermenin önemini bir kez daha vurgulanması gerekmektedir. Bulgular ışığında kanser hastasının sosyal ilişkileri, algıladığı sosyal desteklerindeki değişiklikler bireylerin zaman perspektifleriyle etkileşim içerisinde olduğu söylenebilmektedir.

4.1. SINIRLILIKLAR

Elde edilen bulgular söz konusu örnekleme sınırlıdır. Bu araştırmada örneklem sayısından dolayı sosyo-demografik değişkenlerde hücre içi homojen bir dağılım sağlanamamıştır. Bu çalışmanın tek bir şehirde yapılmış olması, ayrıca tek bir hastanede yapılmış olması ve örnekleme oluşturan kişi sayısının 77 olması da bu araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Bu çalışma, araştırmaya katılmayı kabul eden kanser hastalarının motivasyonu ve kemoterapi sürecinin yan etkileri ile sınırlıdır. Zimbardo Zaman Perspektifi Ölçeği'nin kısaltılmış formunun kullanılmış olması da bu araştırmanın başka bir sınırlılığını oluşturmaktadır. Yapılan araştırmanın bulguları kullanılan ölçeklerin güvenilirliği ve örneklem grubundaki katılımcıların verdikleri yanıtlar ile sınırlıdır.

4.2. ÖNERİLER

Bu araştırmadan yola çıkarak gelecek çalışmalarda kanser hastalarının depresyon, anksiyete, umutsuzluk değerlerine de bakılması ve kansere tepki tarzlarının da ele alınması sunulan öneriler arasındadır. Kanserin belirli türlerine yönelik sosyal destek çalışmaları bulunmakla birlikte, ülkemizde farklı kanser türlerini de araştıran çalışmaların sayıca artması gerektiği göz önünde bulundurulmalıdır. Her ne kadar her kanser hastasında farklı semptomlar görülmekte ve bunların dereceleri de kişiden kişiye göre değişmekte olsa da literatürdeki araştırmalarda farklı kanser türlerinin, farklı tedavi şekillerinin ve farklı hastalık sürelerinin incelendiği görülmüş olup en azından bu boyutları eşitleyerek, gelecekte daha büyük örneklerle gerçekleştirilmiş yarı deneysel çalışmalara ağırlık verilmesi gerektiği düşünülmektedir. Böylelikle sonuçların genelleştirilmesinin kolaylaşacağı düşünülmektedir. Kanser hastalarıyla yapılması önerilen niteliksel araştırmaların daha iyi sonuçlar verebileceği düşünülmekle beraber, bu araştırmaların çeşitli fizyolojik ve psikolojik yakınmaları, rahatsızlıkları bulunan bu popülasyonda uygulanmasının çeşitli zorlukları olacağı aşikardır. Daha önce de değinildiği üzere özellikle yaşlı popülasyonun, yaşam döngüsündeki kaçınılmaz sona kendini daha yakın hissetmesi sebebiyle, yaşları itibarıyla sayısı azalmış olan yakın çevreleri de düşünülerek psikolojik yardım almaları için her onkoloji biriminde terminal dönemdeki hastaya dahi yardımcı olabilecek nitelikteki psiko-onkologların atanması içi gereken girişimlerin yapılması elzemdir. Elbette ki bu uygulama tüm kanser hastalarını ve de ailelerini kapsayacak bir biçimde yürütülmesi önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Agrawal, A. ve Pandey, A. (1998). Coping with chronic disease: Role of psychosocial variables. *Psychological Studies*, 43, 58-64.
- Allen, S.M., Ciambone, D. ve Welch, L. C. (2000). Stage of life course and social support as a mediator of mood stage among persons with disability. *Journal of Aging and Health*, 13 (3), 318-342.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey Bass.
- Apostolidis, T., Fieulaine, N. ve Soule, F. (2006). Future time perspective as predictor of cannabis use: Exploring the role of substance perception among French adolescents. *Addictive Behaviors*, 31, 2339-2343.
- Arslan, S. Y., Akın, B. ve Koçoğlu, D. (2008). Kemoterapi alan hastalarda hastalık ve tedaviye bağlı yaşanan semptomların sosyo-demografik özellikler ve algılanan sosyal destek ile ilişkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1, 47-56.
- Aydın, B. (Ed.). (2. bs). (2003). *Gelişim psikolojisi*. Ankara: SFN Televizyon-Tasarım, Yayıncılık.
- Aydın, D. (2004). *Kanser hastalarında posttravmatik stres bozukluğu, sosyal destek ve stresle başa çıkma arasındaki ilişki*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bayraktar, S. (2011). *Korkulu rüyamız kanser*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Beek, W. V., Beghius, H., Kehrhof, A. ve Beekman, A. (2011). Time perspective, personality and psychopathology: Zimbardo's time perspective inventory in psychiatry. *Time Society*, 20, 364-374.
- Berkman, L. F. ve Syme, S. L. (1979). Social Networks, host resistance, and mortality: a 9 year follow up of Alameda county residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204.
- Berterö, C. M. (2000). Types and sources of social support for people afflicted with cancer. *Nursing and Health Sciences*, 2, 93-101.
- Bitsko, M.J., Stern, M., Dillon, R., Russell, E. C. ve Laver, J. (2008). Happiness and time perspective as potential mediators of quality of life and depression in adolescent cancer. *Pediatric Blood and Cancer*, 50 (3), 613-619.

- Boniwell, I. ve Zimbardo, P.Z. (2003). Time to find the right balance. *Positive Psychology*, 16 (3), 129-130.
- Brandtstadter, J.ve Wentura, D. (1994). Changes in time perspectives and attitudes toward the future during the transition to later adulthood: Developmental and differential aspects. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie and Padagogische Psychologie*, 26(1), 2-21.
- Bulduk, S. (2008). *Yeni başlayanlar için psikolojide deneysel yöntemleri*. İstanbul: Çantay Kitabevi.
- Buschmann, M. B. ve Hollinger, L. M. (1994). Influence of social support and control on depression in the elderly. *Clinical Gerontologist*, 14 (4), 13-28.
- Callaghan, P. ve Morrissey, J. (1993). Social support and health: a review. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 203-210.
- Caplan, N. ve Nelson, S. D. (1973). On being useful: The nature and consequences of psychological research on social problems. *American Psychologist*, 28, 199-211.
- Carey, K. B., Henson, J. M., Carey, M. P. ve Maisto, S. A. (2006). Brief motivational interventions for heavy college drinkers: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 943-954.
- Carey, K. B., Henson, J. M., Carey, M. P. ve Maisto, S. A. (2007). Which heavy drinking college students benefit from a brief motivational intervention? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(4), 663-669.
- Carstensen, L.L. ve Frederickson, B. F. (1998). Socioemotional selectivity in healthy older people and younger people living with HIV: the centrality of emotion when the future is constrained. *Health Psychology*, 17(6), 494-503.
- Carstensen, L. L., Gross, J.J. ve Fung, H.H. (1997). The social context of emotional experinece. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 17, 325-352.
- Carstensen, L. L., Issacowitz, D. M. ve Charles, S.T. (1999). Taking time seriously: a theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54, 165-181.
- Carstensen, L.L., ve Lang, F. R. (1996). *Future time perspective scale*. Unpublished manuscript, Stanford University.
- Cheng, S. ve Yim, Y. (2008). Age differences in forgiveness: The role of future time perspective. *Psychology and Aging*, 23 (3), 676-680.
- Clara, I.P., Cox, B. J., Enns, M. W., Murray, L. T. ve Torgrude, L.J. (2003).

- Confirmatory factor analysis of the multidimensional scale of perceived social support in clinically distressed and student samples. *Journal of Personality Assessment*, 81(3), 265-270.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 300-313.
- Cohen, S. (1988). Psychological models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7 (3), 269-297.
- Cohen, S. ve Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Cottle, T. J. (1976). *Perceiving time: a psychological investigation with men and women*. New York: Wiley.
- Corral-Verdugo, V., Fraijo-Sing, B. ve Pinheiro, J.Q. (2006). Sustainable behavior and time perspective: Present, past and future orientations and their relationship with water conservation behavior. *Interamerican Journal of Psychology*, Vol. 40 (2), 139-147.
- Dakof, G. ve Taylor, S. (1990). Victim's perception of social support what is helpful from whom? *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 80-89.
- Dedeli, Ö., Fadiloğlu, Ç. ve Uslu, R. (2008). Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 23 (3), 132-139.
- Ducharme, F. (1994). Conjugal support, coping behaviors, and psychological well-being of the elderly spouse. An empirical model. *Research and Aging*, 16 (2), 167-190.
- Dunkel-Schetter, C. (1984). Social support and cancer findings based on patient interviews and their implications. *Journal of Social Issues*, 40 (4), 77-98.
- Dunkel-Schetter, C., Blasband, D., Feinstein, L. ve Herbert, T. (1992). Elements of supportive interactions when are attempts to help effective? Spacapan, S. ve Oskamp, S. (Ed.) *Helping and being helped* içinde (s. 83-114). New York: Academic Press.
- Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L. G., Taylor, S. E. ve Falke, R. L. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, 11, 79-87.
- Dunkel-Schetter, C. ve Weber, J. L. (2010). Using Three Levels of Personality to

- Predict Time Perspective. *Current Psychology*, 29, 95-103.
- Dunkel-Schetter, C. ve Wortman, C. B. (1982). The interpersonal dynamics of cancer problems in social relationships and their impact on the patients. Friedman, H. S. ve DiMatteo, M.R. (Ed.), *Interpersonal issues in health care* içinde (s. 69-100). New York: Academic Press.
- Durkheim, E. (1897). *Le suicide: Etude de sociologie* [İntihar:Sosyoloji çalışması]. Ancienne librairie Gerner. Paris: Baillierie et Cie.
- Eker, D. ve Arkar, H. (1995). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği'nin faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 34, 45-55.
- Eker, D. , Arkar. H. ve Yaldız, H. (2001). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 17-25.
- Elbi, H. (2001). Kanser ve depresyon. *Psikiyatri Dünyası*, 5, 5-10.
- Fraise, P. (1984). Perception and estimation of time. *Annual Reviews in Psychology*, 35, 1-36.
- Frederick, S. (1999). *Discounting, time preference, and identity*.Yayınlanmamış doktora tezi, Carnegie Mellon University, PA.
- Fung, H. H., Carstensen, L. L. ve Lutz, A. M. (1999). Influence of time on social preferences: implications for life-span development. *Psychology and aging*, 14(4), 595-604.
- Gjesme, T. (1981). Is there any future in achievement motivation? *Motivation and Emotion*, 2, 115-138.
- Gottlieb, B. H. (1978). The development and application of a classification scheme of informal helping behaviors. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 10, 105-115.
- Gottlieb, B. H. (1981). *Social Networks and social support*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Greer, S. (1991). Psychological Response to Cancer and Survival. *Psychological Medicine*, 21, 43-49.
- Grunberg, N. E. (1985). Specific taste preferences: An alternative explanation for eating changes in cancer patients. T.G. Burish, S. M. Levy & B. E. Meyerowitz (Ed.) *Cancer, nutrition and eating behavior: A biobehavioral perspective* içinde (s. 43-61). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Guarino, A., DePascalis, V. ve DiChiaccio, C. (1999). *Breast cancer prevention, time perspective, and trait anxiety*. Yayınlanmamış makale taslağı, University of Rome, İtalya.
- Güler-Edwards, A. (2008). *Relationship between future time orientation, adaptive self-regulation, and well-being: Self-type and age related differences*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ortadoğu Teknik Üniversitesi, Ankara.
- Hamilton, J. M., Kives, K.D., Micevski, V. ve Grace, S. L. (2003). Time perspective and health-promoting behavior in cardiac rehabilitation population. *Behavioral Medicine*, 28, 132-139.
- Henoch, I., Bergman, B., Gustafsson, M., Johanson, F. ve Danielson, E. (2007). The impact of symptoms, coping capacity and social support on quality of life experience over time in patients with lung cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34 (4), 370-379.
- Hicks, J.A., Trent, J., Davis, W. E. ve King, L. A. (2012). Positive affect, meaning in life, and future time perspective: An application of socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 27 (1), 181-189.
- Hodgins, D. C. ve Engel, A. (2002). Future time perspective in pathological gamblers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190 (11), 775-780.
- Holland, J. C. (1982). Psychological aspects of cancer. JF Holland ve E. Frei III(Ed.), *Cancer Medicine* içinde (s. 1175-1203), 2nd ed. Philadelphia: Lea & Febiger.
- Holman, E. A. (2008, Ağustos). *Time and social relationships in the context of coping with stress*. American Psychological Association's 2008 Annual Convention da sunulan bildiri, Boston: MA.
- Holman, E. A. ve Zimbardo, P.G. (2003). *The social language of time: The time perspective-social network connection*. *Basic and Applied Social Psychology*, 31, 136-47.
- House, J. S. (1981). *Work, stress and social support*. Addison-Wesley, Reading: MA.
- House, J. S. , Landis, K. R. ve Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540-545.
- Husman, J. ve Shell, D. F. (2008). Beliefs and perceptions about the future: A measurement of future time perspective. *Learning and Individual Differences*, 18, 166-175.

- Jonas, K. K., ve Huguet, P. (2008). What day is today? A social-psychological investigation into the process of time orientation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34, 353-365.
- Kahn, R. L. ve Antonucci, T. C. (1980). Convoys over the life course: Attachment roles and social support. Baltes, B. P. ve Brim, D. G. (Ed.). *Life span development and behavior* içinde. New York: Academic Press.
- Kaplan, B. H., Cassel, J. C. ve Gore, S. (1977). Social support and health. *Medical Care*, 15 (5), 47-58.
- Keough, K. A., Zimbardo, P.G. ve Boyd, J. N. (1997). Present time perspective as a predictor of risky driving. *Personality and Individual Differences*, 23, 1007-1023.
- Kızılcı, S. (1996). *Kemoterapi alan hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler*. Yayımlanmamış doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Kızıler, E. (2007). *Kanserli çocuğu olan ailelerin Sosyal Destek Algısı, Umutsuzluk ve Baş Etme Davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yüksek lisans tezi, GATA, Ankara.
- Krause, N. (1987). Understanding the stress process: linking social support with locus of control beliefs. *Journal of Gerontology*, 42 (6), 589-593.
- Krishnasamy, M. (1996). Social support and the patient with cancer: a consideration of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 757-762.
- Kutluk, T. ve Kars, A. (2001). *Kanser konusunda genel bilgiler*. T. C. Sağlık Bakanlığı, Kanser ve Savaş Daire Başkanlığı.
- Kübler-Ross, E. (1975). *Questions and answers on death and dying* (3. bs.). New York: Macmillan Publishing.
- Laarhoven, H. W., Schilderman, J., Verhagen, C.A. ve Prins, J.B. (2011). Time perception of cancer patients without evidence of disease and advanced cancer patients in a palliative, end-of-life-care setting, *Cancer Nursing*, 34(6), 453-463.
- Laghi, F., Baiocco, R., D'Alessio, M. ve Gurrieri, G. (2009). Suicidal ideation and time perspective in high school students. *European Psychiatry*, 24(1), 41-46.
- Laghi, F., Liga, F., Baumgartner, E. ve Baiocco, R. (2012). Time perspective and psychosocial positive functioning among Italian adolescents who binge eat and

- drink. *Journal of Adolescence*, 35 (5), 1277-1284.
- Lambert, V. A., Lambert, C. E. Jr., Klipple, G. L. ve Memshaw, E. A. (1989). Social support hardiness and prsychological well-being in women with arthritis. *Journal of Nursing Scholarship*, 21 (3), 128-131.
- Langford, C. D., Bowsher, J., Maloney, j. P. ve Lillis, P.P. (1997). Social support: a conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 25 (1), 95-100.
- Lee, E., Chung, B. Y., Park, H. B. ve Chuni K. H. (2004). Relationships of mood disturbance and social support to symptom experience in Korean women with breast cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 27 (5), 425-433.
- Levine, R. V. ve Norenzayan, A. (1999). The pace of life in 31 countries. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 30(2), 178-205.
- Lewin, K. (1942). Time perspective and morale. K. Lewin (Ed.). *Resolving social conflicts and field theory in social science* içinde (s. 80-93). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Livneh, H. ve Martz, E. (2007). Reactions to diabetes and their relationship to time orientation. *International Journal of Rehabilitation Research*, 30 (2), 127-136.
- MacKillop, J., Mattson, R.E., MacKillop, E. J. A., Castelda, B. A. ve Donovan, P.J. (2007). Multidimensional assessment of impulsivity in undergraduate hazardous drinkers and controls. *Journal of Studies on Alcohol*, 68(6), 785-788.
- Martz, E. ve Livneh, H. (2003). Death anxiety as a predictor of future time orientation among individuals with spinal cord injuries. *Disability and Rehabilitation*, 25, 1024-1032.
- McCarron, E. G. (1995). Supporting the Families of Cancer Patient, *Nursing*, 95, 48-51.
- Merckaert, I., Libert, Y., Messin, S., Milani, M., Slachmuylder, J. ve Razavi, D. (2010). Cancer patients' desire for psychological support: prevalence and implications for screening patientes' psychological needs. *Psycho-Oncology*, 19 (2), 141-149.
- Milfont, T. L. ve Gouveia, V. V. (2006). Time perspective and values: An explaratory study of their relations to environmental attitudes. *Journal of Environmental Psychology*, 26(1), 72-82.
- Myers, A. ve Hansen, C. (2006). *Experimental Psychology* (6th ed.). Belmont, CA: Thomson Wadsworth, 141-148.
- Mullan, F. (1985). Seasons of survival reflections of a physician with cancer. *New*

- England Journal of Medicine*, 313 (4), 270-275.
- Norris, F. H. ve Kaniasty, K. (1996). Received and perceived social support in times of stress: a test of the social support deterioration deterrence model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71 (3), 498-511.
- Nuttin, J. (1985). *Future time perspective and motivation: Theory and research method*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- O'Connor, A. P., Wicker, C.A. ve Germino, B.B. (1990). Understanding the cancer patient's search for meaning. *Cancer Nursing*, 13, 167-175.
- Özkan, M. B. (1996). Psikiyatri. 1996-1997 IV. *Ulusal Konsültasyon-Liyeron Psikiyatrisi Kongresi* içinde (s. 21-29), İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Konsültasyon-Liyeron Psikiyatrisi Bilim Dalı, Novartis.
- Özkan, S. (2006). Kanserde psikososyal destek ve psikiyatri. *Türkiye Klinikleri Dâhili Tıp Bilimleri Dergisi*, 2 (10), 20-25.
- Özkan, S. (2007). *Psiko-onkoloji*. Novartis, İstanbul.
- Özyurt, B. E. (2007). Kanser hastalarının algılanan sosyal destek düzeyine ilişkin betimsel bir çalışma. *Kriz Dergisi*, 15(1), 1-15.
- Padawer, E. A., Jacobs-Lawson, J. M., Hershey, D. A. ve Thomas, D. G. (2007). Demographic indicators as predictors of future time perspective. *Current Psychology*, 26, 102-108.
- Pehlivan, S., Ovayolu, Ö., Ovayolu, N., Sevinç, A. ve Camci, C. (2012). Relationship between hopelessness, loneliness and perceived social support from family in Turkish patients with cancer. *Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 20(4), 733-739.
- Preau, M., Apostolidis, T., Francois, C., Raffi, F. ve Spire, B. (2007). Time perspective and quality of life among HIV-infected patients in the context of HAART. *AIDS Care*, 19(4), 449-58.
- Primomo, J., Yates, B. C. ve Woods, N. F. (1990). Social support for women during chronic illness: the relationship among sources and types to adjustment. *Research in Nursing and Health*, 13, 153-161.
- Rappaport, H. (1990) *Marking Time*. New York: Simon & Schuster.
- Rothspan, S. ve Read, S.J. (1996). Present versus future time perspective and HIV risk

- among heterosexual college students. *Health Psychology*, 15(2), 131-134.
- Savcı, A.B. (2006). *Kanserli hastalarda yaşam kalitesini ve sosyal destek düzeyini etkileyen faktörler*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Schechter, D. E. ve Francis, C. M. (2010). A life history approach to understanding youth time preference: mechanisms of environmental risk and uncertainty and attitudes toward risk behavior and education. *Human Nature*, 21, 140-164.
- Shipp, A.J., Edwards, J. R. ve Lambert, L. S. (2009). Conceptualization and measurement of temporal focus: The subjective experience of the past, present and future. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 110, 1-22.
- Shmotkin, D. ve Eyal, N. (2003). Psychological Time in Later Life: Implications for Counseling. *Journal of Conseling and Development*, 81, 259-267.
- Shoenbach, V. J., Kaplan, B.H., Fredman, L. ve Kleinbaum, D.G. (1986). Social ties and mortality in Evans County, Georgia. *American Journal of Epidemiology*, 123, 577-591.
- Shumaker, S. A. ve Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues*, 40 (4), 11-36.
- Shumar, S. A. ve Hill, D. R. (1991). Gender differences in social support and physical health. *Health Psychology*, 10, 102-111.
- Sorias, O. (1988). Sosyal destekler ve ruh sağlığı. *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 27(1), 359-363.
- Stewart, M. J. (1993). *Integrating social support in nursing*. Newbury Park:CA, Sage.
- Sullivan, S.J. ve Stanton, A.L. (2007, Ağustos). *Time perspective and psychological adjustment in women living with metastatic breast cancer*. 115th American Psychological Association Convention'da sunulan bildiri. San Francisco: CA.
- Sütçü, G.G. (2010). *Tanı-ameliyat süreci yakın zamanlı olan meme kanseri hastalarının öfke, depresyon, stresle başa çıkma ve sosyal destek açısından incelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi.
- Tan, M. ve Karabulutlu, E. (2005). Social support and hopelessness in Turkish patients with cancer. *Cancer Nursing*, 28, 236-240.
- Taşkıran, H. (2010). *Kanserli bireylerde algılanan sosyal desteği etkileyen bazı etmenlerin incelenmesi: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi örneği*.

- Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Taylor, S.E. (2009). *Health Psychology*, International Edition (7th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Thoits, P. A. (1986). Social support as coming assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (4), 416-423.
- Umberson, D. (1987). Family status and health behavior, social control as a dimension of social integration. *Journal of Health and Social Behavior*, 28, 306-319.
- Uyer, M., Uslu, R. ve Yıldırım-Kuzeyli, Y. (2006). *Kanser ve palyatif bakım*. İzmir: Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri.
- Wallace, M. (1956). Future time perspective in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 52, 240-245.
- Wethington, E. ve Kessler, R. C. (1986). Perceived social support, received support and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 78-79.
- Wortman, C. B. ve Conway, T.L. (1985). The role of social support in adaptation and recovery from illness. Cohen, S. ve Syme, S.L. (Ed.) *Social support and health* içinde (s. 281-302), Orlando: Academic pres Inc.
- Wortman, C. B. ve Dunkel-Scheter, C. (1987). Conceptual and methodological issues in the study of social support. Baum A. ve Singer, J. E. (Ed.). *Handbook of Psychology and Health* içinde (s. 63-108). Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale: NJ.
- Yeşilbalkan, Ö., Akyol, A. D., ÇEtinkaya, Y., Altın, T. ve Ünlü, D. (2005). kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 21 (1), 13-31.
- Zimbardo, P.G. ve Boyd, J.N. (1999). Putting time perspective: A valid, reliable individual-differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77 (6), 1271- 1288.
- Zimet, G. D., Dahlem, W. N., Zimet, G. S. ve Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.
- Zimet, G. D., Powell, S.S., Farley, G.K., Werkman, S. ve Berkoff, K. A. (1990).

Psychometric characteristics of the multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 55 (3&4): 610-617.

EK

Tarih...../...../201..

Sayın Katılımcı,

Aşağıda göreceğiniz üç bölümden oluşan çalışma İstanbul Bilim Üniversitesi tarafından desteklenen bir yüksek lisans çalışmasıdır. Cevaplarımız tamamen gizli tutulacak, araştırmacı dışında kimseyle paylaşılmayacaktır. Bütün soruları eksiksiz yanıtlamanız bu araştırma için önemli bir husustur. Araştırma sonrasında herhangi bir sorunuz olduğu takdirde araştırmacıya gulcin.cihandide@istanbulbilim.edu.tr adresinden ulaşabilirsiniz. İlginizi ve vaktinizi ayırdığınız için sonsuz teşekkürler.

İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Yüksek Lisans Programı

Araştırmacı: Gülçin Cihandide

Danışman: Prof. Dr. Betül AYDIN

Yukarıdaki açıklamayı okudum.

1. BÖLÜM: BİLGİ FORMU

Cinsiyetiniz:

Kadın

Erkek

Doğum Tarihiniz:.....

Kardeşiniz var mıdır? Varsa kaç tane?.....

En son bitirdiğiniz okul nedir? (ilkokul, orta okul, lise, üniversite lisans/açık öğretim, yüksek lisans, doktora programları).....

Aylık geliriniz nedir (yalnızca sizin)? Düşük

Orta

Yüksek

Medeni durumunuz nedir (Bekar/Evli/Boşanmış/dul)?.....

Çocuğunuz var mı? Varsa yaşlarını belirtiniz.

Hastalığınızı nasıl fark ettiniz?

Düzenli kontrol yaptırırken fark edildi.

Kendim elle muayenede/ kendimdeki fiziksel değişiklikleri fark ettim.

Diğer (Belirtiniz:

.....)

Teşhisten sonra profesyonel anlamda psikolojik yardım (Psikiyatrist, psikolog...)

aldınız mı? Evet ise, ne kadar süredir devam ediyor?

.....

2. BÖLÜM: ÇBASDÖ

Her maddeyi okuyunuz ve “bu benim için ne kadar doğru?” sorusunu yanıtlayınız. Ölçek üzerinde uygun kutucuğu işaretleyiniz. Lütfen hiçbir maddeyi atlamayarak maddelerin tümünü işaretleyiniz.

1= Kesinlikle Hayır

7=Kesinlikle Evet

	1	2	3	4	5	6	7
1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
3. Ailem (örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.							
4. İhtiyacım olan duygusal yardım ve desteği ailemden (örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) alırım.							
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.							
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.							
8. Sorunlarımı ailemle (örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) konuşabilirim.							
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.							
10. Ailem ve arkadaşlarımdan dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin; flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.							

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

3. BÖLÜM: ZIMBARDO ZAMAN PERSPEKTİFİ ÖLÇEĞİ KISALTILMIŞ FORM

Her maddeyi okuyunuz ve “bu benim için ne kadar geçerli?” sorusunu yanıtlayınız. Ölçek üzerinde uygun kutucuğu işaretleyiniz.

Lütfen hiçbir maddeyi atlamayarak maddelerin tümünü işaretleyiniz.

1) Benim için hiç doğru değil (2) Benim için doğru değil (3) Kararsızım (4) Benim için Doğru (5) Benim için çok doğru

	1	2	3	4	5
1. Kader, hayatımdaki birçok şeyi belirler.					
2. Sık sık, hayatımda neyi farklı yapmalıydım diye düşünürüm.					
3. Geçmişim hakkında düşünmek bana zevk verir.					
4. Bir şeyi başarmak istediğimde hedefler koyar ve bu hedeflere ulaşılacak belli yolları dikkate alırım.					
5. Düşünüp tartınca, geçmişimde kötü şeylere kıyasla, hatırlanacak iyi şeyler daha çok.					
6. Yarının işlerini bitirmek ve gerekli diğer işleri yapmak, bu gecenin eğlencesinden önce gelir.					
7. Herşey olacağına vardığı için, benim ne yaptığının gerçekte bir önemi yok.					
8. “Eski güzel zamanlarda” yaşamın nasıl olduğundan bahseden hikâyelerden hoşlanırım.					
9. Acı veren geçmiş deneyimler zihnimde durmadan canlanır.					
10. Mümkün olduğunca dolu dolu ve günümü gün ederek yaşamaya çalışırım.					

<i>(1)Benim için hiç doğru değil (2)Benim için doğru değil (3)Kararsızım (4)Benim için Doğru (5)Benim için çok doğru</i>	1	2	3	4	5
11. Geçmiş zamanın mutlu anıları zihnimde hemen beliriverir.					
12. Anlık dürtülerle karar veririm.					
13. Hayatıma heyecan katmak benim için önemlidir.					
14. Çocukluğumu olumlu duygularla hatırlarım.					
15. Riskler almak hayatımı sıkıcı olmaktan kurtarır.					
16. Gençliğimin tatsız görüntülerini unutmak benim için zordur.					
17. Herşey o kadar çok değişiyor ki, tam anlamıyla geleceğe dair plan yapamazsınız.					
18. Hayatımın rotası etkileyemeyeceğim güçler tarafından kontrol ediliyor.					
19. Gelecek için kaygılanmak anlamsız geliyor; çünkü nasılsa bu konuda yapabileceğim hiçbir şey yok.					
20. Düzenli bir ilerleme ile projelerimi zamanında tamamlarım.					
21. Hayatıma heyecan katmak için riskler alırım.					
22. Yapılması gereken bir iş olduğunu bildiğim zaman, beni işten alıkoyabilecek cezbedici şeylere karşı direnebilirim.					
23. Geçmişte başıma gelen kötü şeyler hakkında düşünürüm.					
24. İlerlememe katkıları olacaksa, ilgi çekici olmayan, zor görevlerde çalışmaya devam ederim.					

<i>(1)Benim için hiç doğru değil (2)Benim için doğru değil (3)Kararsızım (4)Benim için Doğru (5)Benim için çok doğru</i>	1	2	3	4	5
25. Yaşamımda kaçırdığım güzel şeyleri düşünürüm.					



T.C.
İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
REKTÖRLÜĞÜ
Personel Daire Başkanlığı

30 Ocak 2012

SAYI: B.30.2.İBÜ.0.71.00.00/584
KONU: Gülçin CİHANDİDE hk.

30 Ocak 2012

T.C. İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

İLGİ: 25.11.2011 tarihli, 38 sayılı yazınız.

Enstitünüz Psikoloji Yüksek Lisans öğrencisi Gülçin CİHANDİDE'nin Sağlık Psikolojisi ile ilgili olarak kanser hastalarının zaman algısı başlıklı tez çalışmasını Üniversitemiz Florence Nightingale Hastanesi Araştırma ve Uygulama Merkezi Şişhane kampüsü onkoloji hastalarında yapabilmemesinin uygun görüldüğü geçen Merkez Müdürlüğünden alınan 26.01.2012 tarihli, 61 sayılı fotokopisi ilişik yazı ile bildirilmiştir.

Bilgilerinizi ve sonuçlarının Merkez Müdürlüğüne bildirilmesini rica ederim.

Prof. Dr. H.Hakan BERKKAN
Rektör

İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRLÜĞÜ
30/1/12 06

EK:1



T.C. İSTANBUL BİLİM ÜNİVERSİTESİ
AVRUPA FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ
ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ
MÜDÜRLÜĞÜ



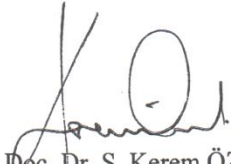
Sayı: B.30.2.İBÜ.0.A1.00.00/61
Konu: Gülçin CİHANDİDE hk.

Tarih:26.01.2012

REKTÖRLÜK MAKAMINA,

İlgi: 6790 sayılı 06.12.2011 tarihli yazınız.
Gülçin CİHANDİDE' nin "Sağlık Psikolojisi ile ilgili olarak kanser hastalarının zaman algısı" başlıklı tez çalışmasını Hastanemiz şifhane kampüsü onkoloji hastalarında yapabilmesi; sonuçlarının tarafımıza bildirilmesi ricasıyla, Hastanemizce uygundur.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

Gereğini saygılarımla arz ederim.


Doç. Dr. Ş. Kerem ÖZEL
Merkez Müdürü (Başhekim)

Personel D. B. B. K.
27/01/2012
58

T.C.
İstanbul Bilim Üniversitesi
Rektörlüğü
Gelen Evrak
Tarih: 27/01/2012
Sayı: 371

27-01-2012 *153*