



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YETİŞKİN LÖSEMİLİ HASTALARIN ALGILADIKLARI SOSYAL
DESTEK İLE STRES DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**FİLİZ YENİHAYAT
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

**DANIŞMAN
PROF. DR. NECMİYE SABUNCU**

İSTANBUL – 2008

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Filiz YENİHAYAT tarafından hazırlanan “*Yetişkin Lösemili Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek İle Stres Düzeyleri Arasındaki İlişki*” konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi :22.10.2008

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Prof.Dr.Necmiye SABUNCU
: Haliç Üniversitesi/Hemş. YO.
(Danışmanı)

Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Kürşat ÖZDİLLİ
: Haliç Üniversitesi / Hemş. YO.

Jüri Üyesi : Prof.Dr.Tayyip ÇALIŞLAR
: Haliç Üniversitesi / Hemş. YO.

Jüri Üyesi : Prof.Dr.Birsen YÜRÜGEN
: Haliç Üniversitesi/Sağ. Bil. YO.

Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr. Nefise BAHÇECİK
: Marmara Üni. Sağ.Bil Fak.

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.

Prof.Dr.Tayyip ÇALIŞLAR
Sağ. Bilim. Ens. Müdür V.

T. Çalışlar

I. **I. TEŞEKKÜR**

Bana bu çalışmamda hiçbir yardımını ve desteğini esirgemeyen sevgili danışman hocam Prof. Dr. Necmiye Sabuncu'ya, her tür sorumu içtenlikle cevaplayan diğer öğretim görevlilerine, her zaman yanımda olduklarını hissettiren sevgili arkadaşlarım Arş. Gör. Meltem Yıldırım, Esra Kanoğlu, Deniz Kurumahmut'a ve sevgili aileme sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Filiz YENİHAYAT

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
I. TEŞEKKÜR	I
II. TABLOLAR LİSTESİ	V
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	3
3. GİRİŞ ve AMAÇ	5
4. GENEL BİLGİLER	7
4.1. Akut Löseminin Etyolojisi ve Epidemiyolojisi	7
4.2. Akut Löseminin Patofizyolojisi	8
4.3. Lösemide Morfolojik Sınıflama	8
4.4. Akut Lenfoblastik Lösemi (ALL)	9
4.4.1. ALL'nin Morfolojik Sınıflaması	9
4.4.2. ALL'nin Semptom ve Bulguları	9
4.5. Akut Miyelositik Lösemi (AML)	10
4.5.1. AML'de FAB Sınıflaması	10
4.5.2. AML'de Semptom ve Bulgular	11
4.6. Akut Lösemide Tedavi	12
4.7. Lösemi Hastalarında Hemşirelik Yaklaşımı	12
4.8. Sosyal Desteğin Tanımı	14
4.9. Stres	20
4.9.1. Stres Sonucu Ortaya Çıkan Problemler	21
4.9.2. Stresin Şiddetine Etki Eden Faktörler	22
4.9.3. Stresin Psikososyal Boyutu	23
4.9.4. Stresle Mücadele ve Sosyal Destek	24

4.9.5. Stres ve Tümörler	24
5. GEREÇ-YÖNTEM	26
5.1. Araştırmanın Tipi	26
5.2. Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Zaman	26
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	26
5.3.1. Örneklem Seçim Kriterleri	26
5.4. Verilerin Toplanması	27
5.5. Veri Toplama Ölçeklerinin Geçerlilik ve Güvenilirliği	27
5.6. Verilerin Değerlendirilmesi	28
5.7. Araştırmanın Etik Yönü	29
5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	29
6. BULGULAR	30
6.1. Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı....	31
6.2. Veri Toplama Ölçeklerinin Korelasyonu	42
6.3. Stres Düzeyi Ölçeğine ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğine İlişkin Karşılaştırmalar	43
7. TARTIŞMA	59
8. SONUÇLAR	66
9. ÖNERİLER	68
10. EKLER	69
10.1. Gayrettepe Florence Nightingale Hastanesi'ne Yazılı Araştırma İzni	70
10.2. Sosyo-Demografik Bilgi Toplama Formu	70
10.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	73
10.4. Stres Düzeyi Ölçeği	74

11. KAYNAKLAR	76
12. ÖZGEÇMİŞ	81

II. TABLOLAR LİSTESİ

Sayfa

Tablo-1: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	30
Tablo-2: Hastaların Aile ve Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı.....	36
Tablo-3: Stres Düzeyi Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Korelasyon Analizi	42
Tablo-4: Hastaların Yaş ile Stres Düzeyi ve Sosyal Destek Puanlarının Karşılaştırılması	43
Tablo-5: Hastaların Cinsiyet ile Stres Düzeyi ve Sosyal Destek Puanlarının Karşılaştırılması	44
Tablo-6: Hastaların Eğitim Durumu ile Stres Düzeyi ve Sosyal Destek Puanlarının Karşılaştırılması	47
Tablo-7: Hastaların Aile Tipi ile Stres Düzeyi ve Sosyal Destek Puanlarının Karşılaştırılması	47
Tablo-8: Hastaların Medeni Durumuna Göre Stres Düzeyi ve Sosyal Destek Puanlarının Karşılaştırılması	48
Tablo-9: Hastaların Çocuk Varlığına Göre Stres Düzeyi ve Sosyal Destek Puanlarının Karşılaştırılması	51
Tablo-10: Hastaların Çocuk Sayısına Göre Stres Düzeyi ve Sosyal Destek Puanlarının Karşılaştırılması	53
Tablo-11: Hastaların Üzüntü-Sıkıntı Anında Yakında İstenen Kişiyeye Göre Stres Düzeyi ve Sosyal Destek Puanlarının Karşılaştırılması	54

Tablo-12: Hastaların Hastalandıktan Sonra Ailenin veya Yakın Çevrenin Davranışlarında Değişiklik Olmasına Göre Stres Düzeyi ve Sosyal Destek Puanlarının Karşılaştırılması	56
Tablo-13: Hastaların Ailede Bu Tip Hastalığı Olan Başka Birey Varlığı ile Stres Düzeyi ve Sosyal Destek Puanlarının Karşılaştırılması	57

1. ÖZET

Bu çalışma, yetişkin lösemili hastaların algıladıkları sosyal destek sistemleri ile stres düzeyleri arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla tanımlayıcı ve analitik olarak planlandı.

Araştırma, İstanbul Gayrettepe Florence Nightingale Hastanesi Medikal Onkoloji Merkezi'ne günlük olarak gelen ve hastanenin Hematoloji-Onkoloji servisinde yatarak tedavi gören lösemi tanısı alan 109 yetişkin hasta ile yapıldı.

Verileri araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan Sosyo-Demografik Bilgi toplama Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Stres Düzeyi Ölçeği ile toplandı. Elde edilen bulguların değerlendirilmesinde; istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 15.0 programı, Oneway Anova testi, Student t testi kullanıldı. Anketin geçerlilik güvenilirliği, Reliability analizi ile Cronbach's alpha katsayısı stres düzeyi ölçeğinin 0.732, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin 0.879 olarak bulundu. Parametreler arasındaki ilişkinin incelenmesinde Pearson korelasyon testi kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Stres düzeyi puanı ile, çok boyutlu algılanan sosyal destek toplam puanı arasında negatif yönlü, %33.9 (orta) düzeyinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir korelasyon bulundu ($r:-0.339$; $p:0.001$; $p<0.01$).

- Lösemi tanısı alan yetişkin hastalar tanı konduktan itibaren stres düzeylerinin yüksek olduğu ve daha çok ailesinden destek aldığı görüldü ($p<0.05$).
- Kadınların tanı aldıktan sonraki stres düzeyleri, erkeklerin stres düzeylerinden yüksek olduğu saptandı ($p<0.01$).
- Erkeklerin kadınlara göre en çok sosyal desteğin alt gruplarından olan özel insan desteğini daha çok kullandıkları saptandı ($p<0.05$).

- Erkeklerin hastalık tanısı sonrası sosyal desteğin tüm boyutlarını kadınlardan daha iyi algıladıkları ve kullandıkları saptandı ($p<0.05$).
- Sıkıntı ve üzüntü anında ailesini yanında isteyen hastaların algıladıkları aile desteğinin yakın çevre ve arkadaş çevresini yanında isteyen hastalardan daha yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$).
- Hastalar lösemi tanısı aldıktan sonra ailesinin veya yakın çevresinin hasta bireye olan davranışlarında iyi yönde değişiklikler olduğunu fakat ani yapılan davranış değişikliğinin stres düzeyini arttırdığı saptandı ($p<0.01$).

Anahtar Kelimeler: Lösemi, algılanan sosyal destek, stres, stres düzeyi.

2. SUMMARY

Relation between Social Support and Stres Levels as Perceived by Adult Leukemia Patients

This study is planned for the supplementary and analytic works to determine the relations between the social support systems and stress levels as perceived by adult leukemia patients.

The study has been conducted by the participation of 109 adult leukemia patients diagnosed as such and hospitalized by Hematology/ Oncology department of Medical Oncology Center of Florence Nightingale Hospital, Gayrettepe and İstanbul.

Pertinent data have been compiled on the basis of Social-Demographical Data Compiling Form, Multi Dimensional Perceived Social Support Measure and Stres Level Measure designed by the author. In assessment the data compiled, the use of SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 15.0 software has been made for the statistical analysis, as well as Oneway Anova testing and Student-T testing. The validity and reliability of the survey have been verified by finding upon Reliability Analysis and Cronbach Alpha Coefficient, which are turned the stres measure of 0.732 and multi-dimentional perceived social support measure of 0.879. Pearson correlation testing was used in analyzing the relations between the parameters. The results have fallen within 95% reliability range, with the significant level of $p<0.05$.

By making the use of the stress level point, multi-dimensional perceived social support point has turned to be tending to the negative, at 33.9% (medium) level, in combination with a significant correlation ($r:-0.339$; $p:0.001$; $p<0.01$) at an advanced level.

- The patients diagnosed as leukemia were determined as being at high stres level, mainly supported by their families ($p<0.05$).
- The woman have been determined to be et higher stress level than the men, underwent upon the diagnosis.

- The men have been determined to make advantage of the human support than the women, which has been determined as dominating mode of support.
- The men have been determined as being capable of perceiving and taking advantage of all social supports than the women ($p < 0.05$).
- The patients seeking the company of their families in their troubled and aggrieved status have perceived higher level of family supports than those patients who are seeking their close relatives and friends ($p < 0.05$).
- It has been determined that, upon leukemia diagnosis, the patients have perceived better attitudes from their family members and close relatives and that any instantaneous changes in such attitudes have increased their stress levels ($p < 0.01$).

Key Words: Leukemia, perceived social support, stress, stress level.

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Kan hastalıkları arasında yer alan lösemi, akyuvarın (lökosit) vücutta kemik iliğinde yapılan beyaz kan hücrelerinin kanseridir. Lökositlerin anormal kontrolsüz çoğalmaları, lenfoid ve myeloid dokunun hiperplazisi, B lenfositlerin anormal artışı, granülosit artışı, kemik iliğindeki plazma hücrelerinin anormal artması ile karakterize, fatal seyirli neoplastik bir hastalıktır (30,44).

Lösemili hastalarda görülen en yaygın ruhsal belirtiler panik hali, yoğun stres hali, depresyon, uyum güçlükleri, somatizasyon, kaygı bozuklukları, kişilik değişimleri ve organik beyin sendromudur. Kanseri tedavi ederken hastanın yaşadığı yoğun stres, panik, depresyon ve benzeri tabloların tedavi edilmemesi hastanın uyumunu bozması ötesinde hastalığın seyrini ve yaşam süresini olumsuz olarak etkiler (31).

Lösemili bireyde tanı aşamasından başlayarak tedavi aşamalarının tümünde çok değişik emosyonel ve davranışsal tepkiler ortaya koyar. Bu da bireyin neyin uyumuna yönelik olduğunun ya da olmadığına belirlenmesi, tanının birey üzerinde yarattığı tepkileri değerlendirebilmek için evrensel tehditleri anlamak gerekir (45). Lösemi tanısını öğrenmek, ölümcül bir hastalıkla karşı karşıya kalmak çoğu bireyde benzer biçimde bir krize yol açar (30).

Kriz ve emosyonel gerginlik durumlarında bireyler doğal yardımcı olarak görülen aile üyeleri ve arkadaşlarına dayanma gereksinimindedir (16). Sosyal destek, stresi azaltarak olaylar üzerindeki sezgiyi kontrol altına almayı sağlar (44). Zor durumlarda, yakın çevreden görülen sosyal desteğin stres verici olayların etkisini azaltma rolü olduğu belirlenmiştir (6). Bu destek stres faktörünü ortadan kaldırmak veya etkisini azaltmak için bireye değer verildiğinin hissettirilmesi stres faktörleriyle başa çıkmak üzere öneriler getirilmesini kapsar (7).

Hastanın sosyal çevresinden gelen desteğin artması hatta sadece varlığı bile stres karşısındaki direnci arttırmaktadır (13). Bunun yanı sıra sosyal destek yaşam güçlükleri ile başa çıkmada bireyin en önemli yardımcısıdır (32).

Stres, organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanmasıyla ortaya çıkan yansımaları fizyolojik, psikolojik ve sosyal düzeylerde gösteren bir durumdur (7).

Stres, dinamik bir durum olup o anda vücudun direncini tehlikeli ve tehditkar objeye karşı artırır (46). Özellikle modern gelişmiş toplumda kompleks bir fenomen olan stres, tıbbi açıdan birçok hastalıkla ilişkilendirilmiştir (32).

Bu araştırma, yetişkin lösemili hastaların tedavi gördükleri ve hastanede kaldıkları süre içinde algıladıkları sosyal destek ile stres düzeylerinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirildi. Böylece hematoloji, onkoloji ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi bölümlerinde çalışan hemşirelerin lösemi tanısı almış ayakta ve yatarak tedavi gören hastalara ve yakınlarına olan yaklaşımlarına, onlara verilen eğitimlerine ışık tutacağı düşünülmektedir.

Yapılan literatür çalışmaları ışığında aşağıdaki araştırma varsayımlarından yola çıkılmıştır:

- Lösemi tanısı alan yetişkin bireylerin stres düzeyleri yüksektir ve buna paralel olarak sosyal destek ihtiyacı artar.
- Eğitim düzeyi yüksek olan hastaların stres düzeyleri daha düşüktür.
- Hastaların gelir durumlarının iyi olması stres düzeyini azaltır.
- Hasta en sıkıntılı ve üzüntülü anlarında ailesini yanında ister.
- Çocuğu olan hastaların sosyal desteği, çocuğu olmayanlara göre daha fazla olabilir.
- Lösemi tanısı konduktan sonra hastanın ailesinde hastaya karşı olumlu değişiklikler meydana gelebilir.

4. GENEL BİLGİLER

Akut lösemi, hematopoetik hücrelerin neoplastik transformasyonu ve klonal proliferasyonu sonucu kemik iliğinde immatür hücrelerin artışıyla oluşan hastalıklardır. Tedavi edilmezse ölümlü sonuçlanan hastalıklardır. Akut lösemiler;

- Akut Lenfoblastik Lösemi (ALL)
- Akut Miyeloblastik lösemi (AML) olarak iki ana gruba ayrılır (24).

4.1. Akut Lösemnin Etyolojisi ve Epidemiyolojisi

Akut lösemi insidansı 100.000'de 5'tir. AML ALL'den daha sık görülür. ALL en çok çocuklarda görülür, erişkin akut lösemileri çoğunlukla AML'dir. AML insidansı yaşla birlikte artar. Her iki lösemi tipide erkeklerde biraz daha sıktır. Bu sıklık ileri yaşlarda daha belirgindir.

ALL etyolojisi ile ilgili bilgiler yetersizdir. Etyoloji konusunda en çok bilgi birikimi AML ile ilgilidir. Radyasyon, X-ışınları ve iyonize edici diğer ışınları lösemi yapabilir. İyonize radyasyon ALL riskini de artırır. Herhangi bir hastalık nedeniyle radyoterapi tedavisi geçiren bireylerde AML gelişebilir. Kimyasal maddelerin akut lösemide rolü belirlenmiştir. Bugün lösemi yapıcı etkilerine dair kesin kanıt olan iki madde vardır. bunlar organik bir çözücü olan benzen ve alkalleyici antineoplastik ilaçlardır (30).

Bazı genetik hastalıklar akut lösemiye yatkınlık yaratır. Bunlar arasında Down Sendromu (triozomi 21), Bloom Sendromu, Fanconi anemisi, Ataksi telenjektazi, Klinefelter Sendromu sayılabilir. Down sendromunda lösemi riski 20 kat fazladır. Virüs ve onkogenlerin hematolojik tümörlerin etyolojisindeki rolü olduğuna ilişkin bilgiler giderek artmaktadır. İnsan T-Lenfosit virüsü (HTLV-1) insanda lösemi/lenfoma yaptığı kesin gösterilen bir virüsdür. Adult T-cell leukemia/lymphoma (ATLL) olarak bilinen hastalık HTLV-1 ile oluşur.

Proto-onkogenler normal hücrelerin poliferasyon ve diferensiasyonunda rol alan genlerdir. Bir proto-onkogen kanser yapıcı davranışa geçerse onkogen olarak adlandırılır. Virüsler proto-onkogen aktivasyonuna yol açabilirler. Bu nedenle lösemi patogeneğinde virüsler önemli rol oynarlar (24).

Başka malign bir hastalık tedavi edildikten sonra görülen lösemilere sekonder lösemi denir. Bunun en iyi bilinen ve en sık görülen örneği Hodgkin hastalığı tedavi sonrasında görülen akut lösemilerdir. Bazı hematolojik hastalıklar doğal seyirleri sırasında AML'ye döner. Bu hastalıklar arasında kronik miyelositik lösemi (KML) miyelodisplastik sendrom (MDS), paroksizmal noktürnal hemoglobinüri (PNH) sayılabilir (30).

4.2. Akut Löseminin Patofizyolojisi

Akut lösemi tek bir hücreden başlar. Bu hücrenin klonal proliferasyonu ile gelişir. Akut lösemi prekürsör hücre tümörüdür ama löseminin köken aldığı öncü hücre her olguda aynı değildir. Erişkin akut lösemilerinde taşıdıkları işaretler bu hücrelerin çok erken evrelerden kaynaklandığını ortaya koymuştur. Erişkin lösemilerinde klinik seyrin çocuklara göre daha kötü olmasında bu durumun rolü olabilir. Lösemik hücrelerin birikiminin esas nedeni farklılaşma ve matürasyonun olamayışıdır.

Akut lösemilerde klinik sorunlar normal hematopoezin bozulmasıyla oluşan sitopeniler ve lösemik hücrelerin ekstramedüller infiltrasyonlarıyla oluşur (24,45).

4.3. Akut Lösemide Morfolojik Sınıflama

ALL ve AML için lösemik hücrelerin morfolojik özelliklerine göre yapılan French-American-British (FAB) sınıflaması vardır. FAB sınıflaması için Wright boyaması, sitokimyasal boyalar ve bazı durumlarda (örneğin AML-M7) elektron mikroskopla platelet peroksidaz pozitifliğinin gösterilmesinden de yararlanır. FAB'a göre ALL olguları 3, AML olguları 7 kategoriye ayrılır. Hücre morfolojisine göre yapılmış bir sınıflandırma olmakla beraber her grubun klinik davranışı , hatta tedaviye yanıtları farklıdır. Bu sınıflamanın doğru yapılabilmesi için periferik kan örnekleri ile karar verilmesi yeterli değildir, mutlaka kemik iliği yayması incelenmelidir (24).

4.4. Akut Lenfoblastik Lösemi (ALL)

Lenfosit prekürsörlerinden gelişen bir kemik iliği tümörüdür. Erişkin lösemilerin %20'sini, çocukluk lösemilerinin %80'ini oluşturur (30).

4.4.1. ALL'nin Morfolojik Sınıflaması

L1: Küçük lenfoblastlardan oluşur (normal bir lenfositin iki katı kadardır). Blastların büyüklükleri homojendir. Sitoplazma dardır, açık renkte boyanır, granülsüzdür. Çekirdek kenarları düzenlidir, nükleus yoktur veya belli belirsiz küçük bir nükleolus seçilebilir. Çocuk ALL olguları genellikle L1'dir.

L2: Erişkin ALL'nin 2/3'ü bu tiptedir. Hücreler L1'e göre daha büyüktür ve hücre büyüklükleri heterojendir. Çekirdek kenarları düzensizdir. Genellikle 1-2 adet büyük nükleolus seçilir. Sitoplazma miktarı değişken olmakla beraber boldur. Görünümleri M1 blastlarıyla karışabilir.

L3: Görülme sıklığı %1-3'tür. Burkitt lenfomanın lösemik formu olarak bilinir. Hücreler homojen olarak büyüktür. Çekirdek düzgün kenarlı, oval veya yuvarlaktır. 1-2 adet belirgin nükleolus seçilir. Çok koyu bazofilik, belirgin vakuelleri olan, orta derecede bol bir sitoplazma görülür (24).

4.4.2. ALL'nin Semptom ve Bulguları

Semptomlar genellikle akut başlar. Anemiye bağlı solukluk, halsizlik, trombositopeniye bağlı kanamalar vardır. Özellikle çocuklarda kemik ve eklem ağrıları sıktır. Tanı aşamasında en az %50 olguda ateş vardır. Ateş nedeni infeksiyon veya doğrudan lösemi olabilir. Ateşle birlikte eklem ağrıları olanlarda klinik tablo akut eklem romatizması veya juvenil romatoid artrit ile karışır. Lenf bezi büyümeleri ve hepatoslenomegali AML'ye göre daha sık görülür (30). Retikülosit sayısı düşüktür. Lökosit sayısı normal, yüksek veya düşük olabilir. Mutlak granülosit sayısı ise hemen hemen düşüktür. Trombositopeni vardır. Periferik kan yaymalarında blastlar görülür.

Tanı kemik iliği incelemesi ile konulur. Kemik iliği hipersellülerdir. Blast morfolojisi ALL-AML ayrımında her zaman yeterli değildir, histokimyasal boyalarla ayırıcı tanıya gidilir (24).

4.5. Akut Miyelositik Lösemi (AML)

Tüm kanserlerin %1'ini oluşturur. Görülme yaşı ortalama 60 yaşdır. AML olgularının sınıflamasında FAB sistemi kullanılır. FAB morfolojik bir sınıflama olmakla beraber FAB alt gruplarının klinik özellikleri birbirinden çok farklıdır (22). Günümüzde akut lösemi blastlarının ayırımında tek başına morfolojik yorum yeterli değildir. Mutlaka histokimya ve immünofenotiplendirme gereğinde elektron mikroskopik inceleme yapılarak karar verilmelidir (24).

4.5.1. AML'de FAB (French-American-British) Sınıflaması

M0: Olguların %5'inden azını oluşturur. Diğer blastlardan ayrılabilmesine yardımcı olacak morfolojik özelliği yoktur. ALL L2 blastlarıyla çok karışır.

M1: AML olgularının %20'si M1 grubundadır. Kemik iliği incelendiğinde blast oranının non-eritroid hücrelerin %90'ından fazla olduğu görülür.

M2: FAB sınıflaması içinde %30 oranıyla en sık görülen AML tipidir. Kemik iliğinde blast oranı non-eritroid hücrelerin %30-89'u kadardır. Blast sayımı yönünden M1'e olan farkı M1 en az %90 blast olup sadece geriye kalan %10 kadar hücre blast sonrası gelişim aşamalarındaki hücrelere matüre olabilmişken, M2'de %10'dan daha fazla hücre blast sonrası aşamalara farklılaşmıştır. M2 blastlarında sitoplazma granüllüdür.

M3: Erişkin AML'nin %5-10'unu oluşturur. Diferansiyasyon yapıcı ilaçlarla tedavisi söz konusu olabilen bir malign hastalık oluşu nedeniyle ilgi çeker. M3'de 15. kromozomdaki PML geni (PML: Promiyelosit) ve 17 kromozomdaki RARA geni (retinoik asit reseptör alfa) arasındaki bir translokasyon sonucu PML/RARA olarak isimlendirilen bir füzyon proteini oluşur. Bu füzyon proteini M3'ün patogenezinde rol oynar.

M4: AML olgularının %15-20'sidir. Bu tipin M2 ve M5'den ayırımı önemlidir. Kemik iliğinde blast sayısı non-eritroid hücrelerin %30'undan fazladır. Miyeloid ve monositik blastlar değişik oranlarda birlikte artmıştır. Monositik hücreler non-eritroid serinin %20'sinden fazla olmalıdır. Periferik kanda monositik hücreler 5000'den fazladır. Ekstramedüller lösemik yerleşim sıklıdır. İdrarda ve serumda lizozim enzimi artmıştır. Hepatomegali, splenomegali sıklıdır. Santral sinir sistemi tutulumu sık görülür.

M5: Kemik iliğinde non-eritroid hücrelerinden %80 veya daha fazlası monositer dizi hücrelerinden oluşur. Hücreler bol sitoplazmalı ve geniş nükleusludur. Lösemik hücrelerin intramedüller yıkımına bağlı olarak idrarda ve serumda lizozim enzimi artmıştır. Gingiva

hipertrofisi, cilt, göz gibi dokularda ektramedüller infiltrasyonlar, meninks ve Santral Sinir Sistemi (SSS) tutulumu sıktır. Meningial yerleşimin sık olması nedeniyle MTX (methotrexate) ve cytarabine ile intratekal SSS profilaksisi gereklidir. Hepatosplenomegali sıktır. Lökosit sayısı yüksek olma eğilimindedir.

M6: AML'nin %5'ini oluşturur. Di Guglielmo adıyla da bilinir. Kemik iliği incelemesinde ilikteki tüm çekirdekli hücrelerin %50'sinden fazlası eritroid seri perküsörlerinden oluşur. Non-eritroid hücrelerin %30'undan fazlası blasttır. Periferik kan yaymalarında eritroblastlar ve çekirdekli eritrositler vardır. Monoklonal antikorlarla eritroblastlarda glycophorin A antijeni (+) bulunması tanıya yardımcıdır. Tanı için kemik iliğindeki tüm çekirdekli hücrelerin en az %50'sinin eritroblast olması eritroid dışı çekirdekli hücrelerin %30'unun miyeloblast olması gerekir.

M7: Tüm AML içindeki oranı %5'ten azdır. Down sendromu olanlarda en sık görülen AML tipidir. Akut ve agresif seyirlidir. Orta-ileri yaşlarda görülür. Periferik pansitopeni vardır. miyelofibroze bağlı morfolojik değişiklikler görülebilir. Periferik kan yaymalarında megakaryasiyeler görülebilir. Kemik iliği materyalinde %30 veya daha fazla megakaryoblast vardır. Kemik iliğindeki fibrozis nedeniyle aspirasyon girişimleri genellikle başarısız kalır. Bu durumda tanı için kemik iliği biyopsisi yapılmalıdır. M7'de kesin tanı için elektron mikroskopik incelemeyle platelet peroksidazın (+) oluşu çok değerlidir. M7'de tedaviye yanıt iyi değildir (24).

4.5.2. AML'de Semptom ve Bulgular

Hastalık genellikle akut olarak başlar. Semptomlar daima sitopeniye bağlı gelişir. Bazen lösemik hücrelerin kemik iliği dışındaki dokuları infiltre etmesine bağlı semptomlar da görülür. Sitopeniler sonucu anemi ve anemiye bağlı semptomlar, nötropeni sonucu infeksiyonlar ve ateş, trombositopenilere bağlı kanamalar en önemli klinik bulguları oluşturur (30). Tanı sırasında %50 olguda kanama vardır. En sık kanama bölgesi cilttir. Dişeti kanamaları özellikle ağız hijyeni bozuk olanlarda sıktır. Kadınlarda menorajiler görülür. Hafif-orta derecede karaciğer, dalak büyümesi saptanabilir (45). Herpes simplex sıktır. AML'de kemik ağrıları olabilir. En sık sternumdadır. Akut lösemilerin seyirinde lösemik hücreler dolaşıma karışarak ekstra medüller kitleler oluşturabilir (24).

4.6. Akut Lösemide Tedavi

Akut ve kronik lösemilerin tedavisinde genellikle kombine kemoterapiler ve kemik iliği transplantasyonu kullanılır (30). Tedavinin amacı kemoterapi ve radyoterapiyle tümör kitlesinin küçültülmesi, yeterli hareket ve hidrasyonun sağlanması ve ağrının kontrol edilmesidir (35). Prognoz değişiklik göstermekle birlikte akut lösemilerde 6 ay ile 5 yıl, kronik lösemilerde 4-5 yıldır (24).

Modern kombine tedavilerden önce akut lösemilerde tedavisiz hayatta kalma 1-2 aydan daha azdır. Günümüzde lösemi tedavisi, normal kemik iliği hücrelerini arttırmak ve anormal hücreleri yok etmek için yapılır. Tedavide amaç tam bir remisyona ulaşmaktır (24).

4.7. Lösemi Hastalarında Hemşirelik Yaklaşımı

Lösemi tanısını öğrenen bireylerde genelde hemostatik denge bozulabilir. Bu bozulma huzursuzluk ve disforik duygulanımla belgindir. Bireyler suçluluk, kızgınlık, anksiyete ve depresyon deneyimleyebilir. Hemşire bu durumlar sırasında kişinin kendi kelimelerinden duygu durumunu tanımlamaya çalışmalıdır (30).

Herhangi bir sorunla karşılaşıldığında aile, bireylerinin en büyük stres nedeni ya da en büyük destek kaynağı olabilir. Hemşireler genelde bu dönemlerde ailelerle iletişim kurarlar ve onların yaşam süreçleri içinde yer alırlar (30).

Kritik hastalıklarda hasta-aile ilişkileri desteklemede hemşirelik girişimleri şunları içermelidir.

Başa Çıkma Yolu	Örnek Davranışlar	Hemşirelik Girişimleri
Destek Arama	Başkaları ile konuşma	<ul style="list-style-type: none"> • Kritik hastalığın gelecekteki ve şimdiki etkisinden ne algıladığını paylaşmak için aile bireyelerine soru sorma • Aktif dinleme, yansıtma ve açıklayıcı anlatma tekniklerini kullanma • Destek kişileri tanınması için aile bireyelerine yardımcı olma (arkadaş, akraba vb.) • Destek kişilerin tecrübelerini, rol modelini dinleme • Düzenli olarak destek bir kişiyle konuşmaları için aile bireyelerini cesaretlendirme • Aile bireyelerine destek kişilerin telefonlarını alması ve aramasını tavsiye etme
	Dua Etme	<ul style="list-style-type: none"> • Dua sırasında aile bireyleriyle bulunma ve dua etme • Bir ilahi gücü algılamalarını söyleyerek doğrulama • Bir din kitabını okumaya cesaret verme
İyimserlik	Pozitif Düşünme	<ul style="list-style-type: none"> • Aile bireyelerine güçlü destek saylayacak kişileri tanıma • Gerçeğe uygun günlük olarak pozitif düşünme için ailelere yardım etme • Yapabileceklerini gösterme
	Umut	<ul style="list-style-type: none"> • Aileye hastanın düzelen bulgularını aktarma • Gerçek bir durumdan nasıl pozitif bir sonuç alacağını söyle ya da görsel olarak aileye anlatma • Aile ya da hasta için günlük olarak karşılaşılabileceği kısa süreli amaçlar tanıtmaya
Karşı Koyma	Bilgi kazanma	<ul style="list-style-type: none"> • Bilgi sağlamak için ailelerle iletişimi başlatma • Tüm hospitalizasyon boyunca özel ve uygun açıklamaları sunma • Görünen ve tekrarlanan yardımları kullanma • Profesyonel yaratıcılık için dürüst ve güvenilir olma

		<ul style="list-style-type: none"> • Aileleri soru sormaya cesaretlendirme • Anlamsız açıklamaları doğrulama • Aile ile hastanın bakımını yapmak için ortak bir zaman tayin etme • Aile ile düzenli telefon iletişimini sürdürme
	Kontrol/Şans durumu	<ul style="list-style-type: none"> • Ailenin güçsüzlüğünü anlatmasını sağlama • Hasta bakımına ailenin katılımını sağlama • Belirli ziyaretlere izin verme • Konuşmalarını kontrol edebilen aile bireyleri ile süreçleri paylaşma
Kendine Güven	Kendi kendine konuşma	<ul style="list-style-type: none"> • Kendi kendine konuşmanın memnun verici olduğunun farkına varmalarını arttırma • Azalmış fiziksel, mental, sosyal durumları ve negatif duyguları kendi kendine konuşmaları arasındaki ilişkiyi vurgulama • Pozitif kendi kendine konuşma ve düzenleyici stratejiler öğretme
Kaderci	Daha kötü sonuçlar beklemek	<ul style="list-style-type: none"> • Sonuçlar daha kötü ise duygusal destek verme ve sonuçların kötü olabileceğini söyleme • Sonuçlar daha kötü ise umudun yararlarını doğrulama, tam bilgi verme, iyi düşünmeye cesaretlendirme
Duygusal	Negatif duyguları açığa vurmak	<ul style="list-style-type: none"> • Hastaya negatif duygular geçmesin diye aile bireylerini ünitenin dışına çıkarma • Aile bireylerinin hastalıkla ilgili karışık duygularını söylemeye cesaretlendirme • Duygularının onaylandığını söyleme • Göz göze iletişim kurma

Şekil 1. Kritik hastalıklarda bireyin ve ailenin başa çıkmasında hemşirelik girişimleri
 (Twibell S. R. Family coping during critical illness. Dimensions of Critical Care Nursing, U.S.A, 17(2): 100-111, 1998.)

4.8. Sosyal Desteğin Tanımı

Kanser hastalarının yaşadığı psikolojik problemlerle başa çıkmada onlara yardımcı olabilecek en önemli kaynaklardan biri sosyal destektir. Bu güç durumda hastaya sağlanan sosyal destek; bireylerin sevgi, bağlılık, benlik saygısı ve bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimlerini karşılar. Bu gereksinimlerin karşılanmasının kanserli hastada önemi çok daha fazladır. Kanser hastalarının özellikle ailelerinden aldıkları sosyal destek; hastanın kansere karşı olan fiziksel ve psikolojik uyumları kolaylaştırır (35).

İnsanlar stres yaratan durumlarla karşılaştıklarında etrafındakilerden gerekli sosyal desteği alabildikleri zaman savunma mekanizmalarını daha iyi kullanarak olaylara pozitif bakabilmektedir. Bireye, duygusal sorunlarıyla baş edebilmesi için psikolojik kaynaklarını harekete geçirmede yardımcı olan, ona gerekli para ve materyali sağlayarak ya da beceri, bilgi ve öğüt vererek, karşılaştığı kaygı yaratan durumlarla baş etmesine yardımcı olan ve bireyin görevlerini paylaşan yakınlarından aldığı destek olarak tanımlanan sosyal desteğin kanser hastaları için büyük önemi vardır (2).

Bireyler çevrelerinde güvenebilecekleri, kendileriyle ilgilenen, değer veren ve onları seven kişilerin varlıklarını hissettiklerinde bir sosyal destek sistemi içinde buldukları kabul edilir. Torun'un çalışmasında belirttiği gibi; hayatın ilk dönemlerinde çocukların bağlanabilecekleri bir kişiyi bulabilmeleri ilk sosyal destek kaynağını oluşturur. Bir yetişkinle yakın bağlar kurarak büyüyen çocuklar, ileride kendilerine güvenen, başkalarına destek verebilen, engellemelere daha kolay katlanabilen ve sorun çözme yeteneği gelişmiş erişkinler olurlar. Bu gibi kişilerde patolojik bozukluklara rastlanma ihtimali de düşüktür (41).

Birçok kanser hastası, arkadaşlarıyla ve ailesiyle olan ilişkilerindeki değişiklikler nedeniyle psikososyal sorunlar yaşamaktadır. Sağlık koşullarının giderek bozulduğu, sıkıntıların süreklilik kazandığı ve hastalıkla ilgili kaygı yaratan koşulların arttığı göz önüne alındığında, kişilerin desteği daha çok gereksinime duyar hale geldiği aşikardır. Gereksinim duyulan bu destek bireye öncelikle yakın çevresi tarafından sağlanmaktadır. Kanser hastalarının sosyal destek alabileceği kişileri, verdikleri en etkili sosyal destek türüne göre seçtikleri ve bu şekilde verilen sosyal desteğin daha etkili olduğu saptanmıştır. Örnek olarak hastalar hastalıklarıyla ilgili bilgilendirme ve bakım desteğini sağlık personellerinden almayı

tercih ederken, ihtiyaç duydukları duygusal desteği ailelerinden almayı tercih etmektedir. (21,35)

Yetişkinlik dönemlerinde sosyal destek kaynaklarından yararlanabilmenin bedensel ve ruhsal sağlıkla yakın ilişkisi bulunduğu saptanmıştır. Sosyal destek kaynaklarının zayıf olduğu durumlarda fiziksel rahatsızlıklarının, psikosomatik yakınmaların, psikolojik sıkıntıların ve psikiyatrik bozuklukların görüldüğü belirtilmektedir (41).

Caplan'a göre sosyal destek, bireye psikolojik ve bedensel bütünlüğü korunmasına katkıda bulunabilecek, süreklilik taşıyan bir ilişkiler ağı içerisinde olduğunu hatırlatır. Bu ilişkiler ağı kişiye sağlığını korumasını sağlayan psikososyal kaynakları sunar (26).

Sosyal destek, bireyin diğer bireyler tarafından sevildiğine, ilgi gördüğüne dair aldığı bilgi, karşılıklı duygusal yaklaşım ve bağları olduğunu bilmesi olarak tanımlanabilir. Kişiler bu bilgiyi bir eşten, sevgiliden, diğer aile üyelerinden ya da üye olduğu dernek, kulüp gibi sosyal ilişkilerden sağlayabilir (10,12,20,22).

Sosyal destek 'toplumsal, sosyal ağ ve eşler tarafından algılanan ya da var olan araçsal ve/veya açık yardımlar' olarak tanımlanır (3).

Sosyal desteği tanımlama çalışmaları sosyal destek kavramının değişik kategorilerde ele alınmasını sağlamıştır. Sosyal destek kavramı sosyal bağlılık, algılanan sosyal destek, eylemleştirilmiş destek olarak üç büyük kategoride sınıflandırılmıştır (8).

Sosyal Bağlılık (Social Embeddedness) 'bireyin sosyal çevrelerinde kendileri için anlamlı diğer bireylerin ve bağlarının olması' şeklinde tanımlanmaktadır (30).

Algılanan Sosyal Destek (Perceived Social Support) 'diğer bireyler ile güvenilir bağların olduğu şeklindeki bilişsel değerlendirme' olarak tanımlanmaktadır (30).

Eylemleştirilmiş Destek (Enacted Support) 'kişinin çevresindeki kişilerin odak kişiye yardım ettiklerinde sergiledikleri eylemler' olarak tanımlanmaktadır (30).

Sosyal desteğin birçok kavramı bütünleştirilmiş ve dört tip destek davranışı tanımlanmıştır. Bunlar;

- a) **Duygusal destek (emotional support):** İlgili olmayı, güveni ve empatiyi içerir.
- b) **Araçsal destek (instrumental support):** Para, iş, zaman ve çevresel yardımı içerir.
- c) **Değerlendirmeye yönelik destek (appraisal support):** Geribildirim ve sosyal karşılaştırma yoluyla kişisel performansı değerlendirmeyi içerir.
- d) **Bilgi düzeyinde destek (informational support):** Bir problemin çözümünü sağlayacak yeteneği kazandırma ya da bu konuda bilgi verme, öğüt, öneri ve yönlendirmeyi içerir (3,15).

Sosyal destek kavramı tanımlanırken beş boyuttan söz edilmektedir;

- a) Yönü (alınması, verilmesi)
- b) Eğilimi (destek kaynaklarının hazır bulunuşu ve kullanılabilirliği)
- c) Desteğin tanımı (değerlendirilmesi)
- d) Desteğin içeriği (bilgisel, duygusal, araçsal vb.)
- e) Sosyal ağ (Social network tarafından sağlanan destek) (3,20).

Sosyal destek, desteği veren ve alanın ihtiyaçları arasındaki uyum, desteğin miktarı, zamanlaması, kaynağı, yapısı ve fonksiyonu ile belirlenen oldukça önemli bir süreçtir (3).

Sosyal destek ile sağlık arasında oldukça önemli bir ilişki vardır. Var olan bu ilişki iki temel görüş ile açıklanmaktadır. Bunlardan birincisi '**Temel Etki Modeli**' dir (Main Effect Model). Sosyal desteğin genellenmiş etkisi, geniş sosyal ağları sağlayan bireylerle düzenli ve pozitif ilişkiler, bütünlük, grup içerisinde kazanılmış ve ödüllendirilmiş rollerle oluşur. Bu tür bir destek ancak bireyin yaşam durumuna ait sabit bir iyilik durumu ile mümkündür (11). Temel etki modeline göre sosyal desteğin kişi stres altında olsun ya da olmasın her iki durumda da yararlı olduğu ileri sürülmektedir (34).

Sosyal destek eksikliğinin stres, depresyon ve anksiyeteye yol açtığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır (33).

Sosyal destek ve sağlık arasındaki ilişkiyi açıklayan diğer görüş '**Tampon Modeli**' dir (Buffering Model). Tampon modeline göre, sosyal destek daha çok stres verici durumlarda

sağlığı koruyucu bir faktör olarak rol oynar. Bu tür bir destekle kişi stresörlerin olası patojenik etkilerinden korunmuş olur (43,44).

Sosyal destek, kişinin stres algısını ya da sağlığa zararlı davranışlarını (sigara ve alkol kullanımı vb.) azaltır (3).

Sosyal destekler, stres vericileri ortadan kaldırmasa bile kişilerin endişe düzeylerini düşürür ve kişilerin daha iyimser, kendilerini daha fazla kontrol edebilir, stresle başa çıkmak için yeni yollar deneme konusunda daha istekli olmalarını sağlar. Sosyal çevreden alınan yardımın içeriği ne olursa olsun, kişinin çaresizlik duygularını azaltmakta ve stresle başa çıkma konusunda kendine olan güvenini artırmaktadır. Stres kaynağının başkalarıyla paylaşılması stresin daha kolay tolere edilmesini sağlamaktadır. İnsanlar ortak bir amaç için çalışırken bireysel endişe ve çatışmalarıyla başa çıkma konusunda daha başarılı olabilmektedirler (7).

Sorias (1989), Türk toplumunda aile ve akraba arası ilişkilerin son derece güçlü olduğunu, ruhsal ya da fiziksel kriz dönemlerinde en fazla desteğin yakın aile üyeleri tarafından sağlandığını belirtmiştir. Ayrıca bir arkadaş ağı oluşturmak, kendiliğinden var olan aile ağına kıyasla daha fazla sosyal beceri gerektirmektedir (37).

Bir sorun karşısında kişinin yardımına koşacak, ona teselli, güven, maddi ve manevi destek verecek insanların çok olması yaşam stresinin hasta edici etkilerine karşı önemli bir koruyucudur. Bu sayı ne denli küçülürse, kişinin zararlı etkilere karşı o denli açık ve korunmasız kalacağı söylenebilir (26).

Sorias'ın çalışmasında belirttiği gibi Procidano ve Heller, üniversite öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada, aile üyeleri ve akrabalarından oluşan sosyal ağın arkadaş ağına kıyasla daha uzun süreli olduğunu, yer ve çevre değişikliklerinden daha az etkilendiklerini saptamışlardır (37).

Küçük'ün (1998) çalışmasında belirttiği gibi, sosyal desteğin insanın stresli bir olaya hakim olmasını ve onunla başa çıkmasını kolaylaştıran sosyal çevreden gelen bir geri bildirim olduğunu söyleyerek kognitif yönünün belirtmiştir. Sosyal destek, ilgi ve yakınlık kavramlarını içerir (26).

Sosyal destek; para, zaman, çaba gibi yardımların kullanılmasında kişiye yol gösterir. Sosyal destek sürecinde Caplan, 'sevildiğini hissetmek' kavramını ileri sürmekte, ayrıca emosyonel gücü onaylamayı önemsemektedir (26).

Sosyal desteğin kanser hastaları için yararlı olduğunu ve aile üyelerinden alınan duygusal destekle kansere karşı fiziksel ve psikolojik uyum derecesi arasında olumlu bir ilişki olduğunu belirten birçok çalışma vardır. Bunun da ötesinde tanı koyma aşamasında verilen sosyal destekle uzun yaşam arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar, sosyal destek ile psikolojik uyum arasında nedensel bir ilişki bulunduğunu göstermektedir (21).

Sosyal desteğin davranışsal göstergeleri:

- ❖ ilgiyi belirtmek,
- ❖ Dinlemek,
- ❖ Yakınlık ve iletişim kurmak,
- ❖ Sorun çözme davranışında bulunmak,
- ❖ Maddi yardım,
- ❖ Çözüm yollarını paylaşmak,
- ❖ Stresin kaynağını hafifletecek, azaltacak yaklaşımlarda bulunmak,
- ❖ Dolaylı destek alarak 'onun her şey için uygun bir kişi olduğunu söylemek' olarak sıralanabilir (26,30).

Aile ve arkadaşlarımızın destekleyici yaklaşımları yaşanan sıkıntılarda ya da yaşam krizlerinde önemlidir. İnsanın çevresiyle, yaşamıyla bağdaşmasında, sorunların üstesinden gelebilmesinde, sosyal desteğin önemli bir yeri vardır (26,30).

Sosyal desteğin, alıcının ruhsal ve fiziksel sağlığını iyileştirerek iyilik durumunu artırma nedenlerine ilişkin görüşler:

Bağlılık gereksiniminin doyurulması: Destek bireylerin başkalarıyla yakın ilişki ve iletişim kurma gereksinimlerini karşılayarak onları yalnızlığın olumsuz etkilerinde kurtarmaktır.

Kimlik duygusunun korunması ve güçlendirilmesi: Destek bireyin kimlik imgesi ile ilgilidir. Diğer insanlarla kurulan ilişkiler yoluyla kişilikler gelişir. Yapılan araştırmalara göre

insanlar kendi inanç sistemlerini, fikirlerini, tutum ve inançlarını başkalarınınkilerle karşılaştırarak değerlendirir ve netleştirirler (35).

Kendine güvenin artması: Bireylerin kendine güvenlerini ve kimliklerini destekleyecek davranışlarla karşılaşmaları, stres yaratan durumlar karşısında destek almayanlara oranla daha güçlü olmalarını sağlayacaktır (18,35).

Aileden ve yakın çevreden alınan sosyal desteğin yanı sıra sağlık profesyonellerinden alınan sosyal destek de kanserli hastalar için ayrı bir öneme sahiptir. Hastalar hemşirelerinden, sıklıkla güven desteği ve duygusal destek almaya ihtiyaç duyarken hekimlerinden ise bilgi yönünde destek almayı tercih etmektedirler (35).

Günümüzde sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlığın korunması, sürdürülmesi, geliştirilmesi ve rehabilitasyon hizmetleri önem kazanmaya başlamıştır. Hastalıkların ve tedavi yöntemlerinin getirdiği kısıtlamalara rağmen doyum verici bir yaşam için; hastaların kendilerini iyi hissetmelerini sağlamak, sağlık bakım yeteneklerinin artırılmasını sağlamak, günlük aktivitelerini sürdürmelerine yardımcı olmak, öngörülen tedavi programlarına uyum sağlamasına yardım etmek sağlık hizmetlerinin önemli hedefleri haline gelmiştir. Bu noktada sağlık hizmeti sunan profesyonellere büyük sorumluluk düşmektedir (5,27,35).

4.9. Stres

Stres Latince 'Estrictia', Fransızca 'Estrece' kelimelerinden gelmekte olup, 17. yüzyılda felaket, musibet, dert, keder, elem gibi anlamlarda kullanılmıştır. 18. ve 19. yüzyıllarda kavrama yüklenen anlam değişmiş güç, baskı, zor gibi anlamlarda durum ve objelere bağlı kişiye, organa veya ruhsal yapıya yönelik zorlanmalar olarak kullanılmıştır (6,39).

19. yüzyılda stres kavramı bugünkü anlayışıyla ilk kez Fransız fizyolog Cladue Bernard tarafından kullanılmış ve 'organizmanın dengesini bozan uyaranlar' olarak tanımlanmıştır (15).

H. Selye 1950'li yıllarda stresi 'organizmaya zarar veren uyaran' olarak tanımlamış, daha sonra organizmada zorlama sonucu ortaya çıkan tepki' olarak kabul etmiştir (25).

Birey doyum ararken kendi içinden ya da çevresinden gelen engellerle karşılaştığında zorlanır. Stres, ulaşılmak istenen amaca doğru yol alırken bir engelleme ile karşılaşma sonucu ortaya çıkabilir (29).

Stres, kaçınılmaz etkenlerin bireyin ruhsal dengesini bozması ile ortaya çıkan gerilim ve zorlanma olarak ifade edilebilir (39).

Stres bir süreçtir ve bu süreçte, 'başarısızlığın, talebi karşılamada önemli sonuçlarının olduğu şartlar altında, talep (fiziksel veya psikolojik) ile karşılık verme yeteneği arasındaki büyük dengesizlik halidir' olarak ifade edilmektedir (28).

Stres oluşturan durumlar herkes için farklı olmakla birlikte, strese karşı bedenlerin gösterdiği fizyolojik tepkiler son derece benzerdir. Kan basıncının artması, kalp atışlarının hızlanması, terleme, solunumun hızlanması vb. tepkiler bedende istemsiz olarak oluşur ve düzenli bir sıra izler (39).

Stres ile ilgili çalışmaların pek çoğunda kabul edilen yaklaşım, bireylerin iç ve dış ortamdaki olumsuz uyaranlara ya da rahatsız edici olaylara verdikleri tepki olarak tanımlanmasıdır (14).

4.9.1. Stres Sonucu Ortaya Çıkan Problemler

Stresin ortaya çıkardığı problemler arasında özellikle kaygı, depresyon, uyku bozuklukları, koroner kalp hastalıkları, psikosomatik hastalıklar, bağışıklık sisteminde azalma ve kanser sayılabilir (1).

Psikolojik ve fiziksel stres konusundaki çalışmalar sonucunda, uzun süren yoğun bir stres ile karşılaşıldığı zaman hormonal dengeye bağlı olarak bağışıklıkta bir düşüş olduğu ve kanser hastalıklarına daha kolay yakalandığı gözlenmiştir (39).

Selye'ye göre stresi oluşturan faktör ne olursa olsun sonucunda organizmanın tepkisi aynıdır. Selye, stresin fizyolojik belirtilerini *Genel Adaptasyon Sendromu* tanımlamasıyla üç safhada incelemiştir (17).

Birincisi **alarm reaksiyonu** safhasıdır. Organizmanın yaklaşan duruma karşı harekete geçmek için anında hazır olmasıdır. Bu safhada vücutta bir takım tepkiler meydana geleceği için gözlenmesi kolay olmaktadır. Bu nedenle birçok stres ölçümleri bu safhada yapılır (17).

İkinci safha **direnmedir**. Organizma artık stres altına girmiştir ancak normal reaksiyonunu yine de yürütür. Bu safha bireyin dayanma gücüne bağlı olarak günlerce, haftalarca ya da aylarca sürebilir (17).

Üçüncü safha **bitkinlik**dir. Kişinin dayanma gücü iyice azalır veya tükenir. Sürekli stresten dolayı vücudun her fonksiyonu zayıflar ve bitkinlik dönemine girilir. Durum uzun süre devam ederse sonucu ölüm olabilir (17).

4.9.2. Stresin Şiddetine Etki eden Faktörler

Stresin şiddeti bireyin normal bedensel ve ruhsal fonksiyonunun engellenmesi veya tahrip edilmesi derecesine göre değişiklik gösterir. Sürekli stres altında yaşayan organizmanın büyük ölçüde tahribata uğrayacağı, uyumlu isteklerde de uyumsuzluklar olacağından bir takım psikolojik ve fizyolojik değişiklikler meydana gelir (38). Psikolojik açıdan stresin derecesi, sadece stres koşulunun özelliğine ve bireysel karşı koyma gücüne bağlı kalmaz. Aynı zamanda bireyin stres koşulunu nasıl algıladığına bağlıdır (39).

Bütün stres koşullarında, stresin şiddeti organizmanın beklentilerinin çokluğuna ve derecesine göre değişirken, bireyin bu strese karşı koyma gücüne de bağlıdır. Beklentilerin çokluğu ve elde edilebilme koşulları, stresin şiddetini belirleyen en önemli faktör bireyin onu algılayış biçimidir (39).

Stresin şiddetine etki eden faktörler birden fazladır. Bunlar; talep ve isteklerin önemi ve çokluğu, sürekliliği, stres koşulunun tehdit eder biçimde yaklaşması, bireyin strese karşı koyma gücü, stres koşulundan kaynaklanan korkunun yaşanması, bireyin güvenebileceği ve yardım göreceği dış desteğin derecesi olarak belirlenir. Yaşam değişikliği ve zorlanma, özellikle değişiklikler olumsuzsa ve kişi için bir uyum yapmaya zorluyorsa büyük bir stresör olabilmektedir (39).

Bireyin birden fazla stres faktörü ile aynı anda karşılaşması daha büyük stresler yaratır. Yine stres koşulu ne kadar uzun sürerse, stresin şiddeti de o kadar fazla olur. Talep ve isteklerin yerine getirilmesi zorunluluğu süre kısaldıkça bireyin yaşayacağı stresin şiddetini artırır (39).

Bireyin strese karşı toleranslı olması da stresin şiddetine etki eder. Birey ortaya çıkar herhangi bir stres faktörüne normal fonksiyonu bozulmadan karşı koyabilir. Stresin şiddeti, stres koşulunun zorluğu ve bireyin bu durumu algılayış biçimine bağlı olarak da değişebilir. Birey psikolojik olarak direnme ve olaylara hakim olma gücünden mahrumsa stresin şiddetli bir biçimde yaşanması için yeterlidir (38).

Kişisel yetersizliklerin yanı sıra, dış kaynaklı desteklerin de eksikliği, bireyin kendini daha yalnız ve güçsüz hissetmesine neden olurken strese karşı koyma kapasitesini de azaltır. Herhangi bir olay neticesinde toplumdaki soyutlanan birey aynı şartlarda desteklenen bireye oranla stresi daha fazla yaşayacaktır (38,39).

4.9.3. Stresin Psikososyal Boyutu

Çeşitli sebeplerle ortaya çıkan stresleri, günlük stresler, gelişimsel stresler ve hayat krizine yol açan stresler olarak ele almak mümkündür. Bu üç kaynaktan da stres vericilerin ortaya çıkmasında ve düzeylerinin belirlenmesinde kişiye özgü sosyal ve psikolojik değişkenler rol oynar (7).

Bu olayı algılama ve onunla başa çıkabilme becerilerinin değerlendirilmesi o olayı 'stres verici' veya 'stres vermeyici' olarak tanımlamaya neden olur. Lazarus'un çalışmalarıyla birlikte 'kişinin olaylara verdiği anlam ve yeni değerlendirme biçimi' psikolojik ve fizyolojik tepki zincirinin ortaya çıkıp çıkmamasında birinci derece önem kazanmıştır (6,7).

Lazarus zihinsel psikoloji ile ilgili çalışmalarında konunun bu boyutuna ışık tutmuştur. Durumu anlamaya yardımcı olan zihinsel psikolojik faktörler; birincil ve ikincil değerlendirme sistemleri olarak ele alınmıştır (6).

Birincil Değerlendirme: Yaşanılan durumun algılanması ve kişi için ne anlama geldiğinin değerlendirilmesidir. Bu dönem yaşantının anlamını keşfetme dönemidir. Konu birey için üç düzeyde önemlidir:

1. Amacın gerçekleşmesi bağlamında.
2. Amaca uygunluğu düzeyinde.
3. Egonun özdeşleştiği yapılar düzeyinde.

İkincil Değerlendirme: Birinci aşamada kişi yaşantıyı stres verici olarak değerlendirmemişse stres oluşturu bir durum söz konusu değildir. Ego bu aşamada durumu stres verici olarak değerlendirirse yaşantı bir stres kaynağı olur. Bu durumda stresin zorlayıcılığı olayı yönlendirme ve olay ile başa çıkabilme yollarıyla ilgilidir. Bu basamakta stres vericiler karşısındaki; suçlama veya güvenme, ön yaşantılarla pekişmiş başa çıkma potansiyeli, gelecekle ilgili beklentiler belirleyici olur (6).

Kişilerin verdiği tepkiler yaş, statü, eğitim, ekonomik düzey ve benzeri değişkenlere bağlı olarak farklılıklar gösterir. Kişi stres altında verdiği bu tepkileri bedensel ve psikolojik düzeylerde tek tek verebileceği gibi, her iki düzeyde birden de verebilir (6,7).

4.9.4. Stresle Mücadele ve Sosyal Destek

Stres sosyal çevrenin oluşturduğu bir tehdit, mücadele ise strese karşı geliştirilen kişisel cevap olarak tanımlanabilir. Araştırmalar stres içeren durumlara bireylerin mücadele metodları geliştirebildiği belli durumlar, veya stresin belli aşamaları için bazı mücadele metodlarının daha etkili olduğunu ortaya koymuştur. Mücadelede temel bir yöntem, bireyin stres, kargaşa ortamlarından uzaklaşmasıdır. Bu bireylerin işbirliği içinde olduğu durumlarda en iyi sonucu verir (35).

Ortak değerlere sahip bireylerin ortak amaçlar doğrultusunda bir araya geldiklerinde ‘stresle mücadele’ tanımını daha kolay yaptıkları ve bunun daha verimli sonuçlar doğurduğu gözlemlenmiştir. Destek gruplarının oluşturulması bu bağlamda daha sık görülen bir mücadele metodudur. Yapılan bazı araştırmalar intiharların sosyal bağları zayıf olan bireyler arasında daha yaygın olduğunu göstermiştir. Birçok başka stres yaratan durumda olduğu gibi kanserde de sosyal bağlar, hasta açısından önemli bir destek kaynağıdır (36,37).

4.9.5. Stres ve Tümörler

Hayvanlar üstünde yürütülen çok sayıda deney, tümörlerin oluşması, gelişmesi ve seyrinde stresin rol oynadığını ortaya koymaktadır. 1985'te Justice, hayvan çalışmaları ile ilgili olarak yaptığı literatür incelemelerinde stres ve tümörler arasındaki en önemli belirleyicinin stresin uygulama süresi ve tümörün tipine bağlı olduğunu belirtmiştir (7).

İnsanlara ilişkin çalışmaların bütününe bakıldığında bağışıklık sistemi ile stres ilişkisinin varlığını ima eden, bu fikri veren pek çok bilgi olmasına karşın, tanımlayıcı yaklaşımların henüz mümkün olmadığı bazı araştırmacılar tarafından ileri sürülmüştür. Günümüze kadar sürdürülen çalışmalar, stresle hastalıklar arasındaki ilişkileri inceleyerek önemli bilgiler vermiştir (6,7)

Stresler yönlendirilmeden, başıboş bırakılarak yaşanılırsa stresin yoğunluğuna ve sıklığına paralel olarak hem psikolojik hem fizyolojik patolojilerin oluşmasına zemin hazırlanır (7).

Değişikliklere uyum sağlama insanın temel gereksinimidir. Bütün bireyler, aileler değişiklik olsun ya da olmasın onunla baş etmek zorundadır. Aile bu değişikliklere devamlılık sağlamakta ve bu sorunlar arasında gelecek nesillerle bağlarını sürdürmektedir. Ailenin görevi yaşam dengelerini kurmada ve sürdürmede bireyelerine yardımcı olmaktır. Herhangi bir sorunla karşılaşıldığında aile, bireyelerinin en büyük stres nedeni ya da en büyük destek kaynağı olabilir. Hemşireler genelde bu dönemde ailelerle iletişim kurarlar ve onların yaşam süreçleri içinde yer alırlar (30).

Hemşireliğin temel amacı sadece hasta bireye yardım etmek değil aynı zamanda sağlıklı bireyin sağlığının korunması ve geliştirilmesine de yardım etmektir (9).

Hastalar hastalıkları süresince ailelerinin ve sağlık personellerinin, kendilerini anlayacakları ve gereksinimlerini karşılayacakları konusunda güvence duymak isterler (35).

Kanser hastaları, hemşireler tarafından verilen güven desteğini ve duygusal desteği önemli bulurken hekim tarafından verilen bilgi desteğini yararlı bulduklarını belirtmişlerdir (35).

5. GEREÇ-YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, yetişkin lösemili hastaların algıladıkları sosyal destek sistemleri ile stres düzeyleri arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla tanımlayıcı ve analitik olarak planlandı.

5.2. Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Zaman

Araştırma, İstanbul Gayrettepe Florence Nightingale Hastanesi Medikal Onkoloji Merkezi'ne günlük olarak gelen ve hastanenin Hematoloji-Onkoloji servisinde yatarak tedavi gören lösemi tanısı alan hastalarla yapıldı. Veriler 01.09.2007-29.02.2008 tarihleri arasında araştırmacı tarafından ilgili kurumlardan yazılı, hastalardan sözel izin alındıktan sonra tek tek görüşülerek toplandı. Araştırmayı kabul eden hastalardan belirtilen sorulara kendilerine uygun düşen ifadelerle belirtmeleri istendi.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Gayrettepe Florence Nightingale Hastanesi Hematoloji-Onkoloji Kliniği ve Medikal Onkoloji Merkezi'nde tedavi gören yetişkin lösemili hastalar oluşturdu. Araştırmanın örneklemini tüm evrene ulaşarak Gayrettepe Florence Nigtingale Hastanesi Medikal Onkoloji Merkezi'ne günlük olarak gelen 89, hastanenin Hematoloji-Onkoloji servisinde yatarak tedavi gören, araştırmayı kabul eden ve veri toplama araçlarına eksiksiz yanıt veren 20 lösemili hasta oluşturdu.

5.3.1. Örneklem Seçim Kriterleri

Örneklem seçiminde aşağıda yer alan kriterler şöyledir:

- Yetişkin birey olmak (18 yaş ve üzeri)
- Lösemi tanısı almış olmak
- Yeterli iletişim kurmak
- Araştırmaya katılmaya istekli olmak

5.4. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan Sosyo-Demografik Bilgi toplama Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Stres Düzeyi Ölçeği ile toplandı.

Sosyo-Demografik Bilgi Toplama Formu: Araştırmaya katılan lösemili hastaların demografik bilgilerini, sosyal yaşam özelliklerini, sosyal destek sistemlerini, hastalık öncesi ve sonrası davranış değişikliklerini ve ailesinde aynı veya kronik hastalığı olanların varlığını inceleyen araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan bir formdur (Ek-2).

Stres Düzeyi Ölçeği (SDÖ): Stres düzeyini ölçmek için Dr. Leighton tarafından hazırlanan ve geliştirilen, Health Opinion Survey adı verilen bu ölçeğin psikolog Dr. Zuhul Batlaş tarafından standardize edilip Türkçe'ye uyarlanmış olan Stres Düzeyi Ölçeği (SDÖ) adı altında günümüzde de kullanılmaktadır. Stres Düzeyi Ölçeği'nde 20 adet soru bulunup toplam skor 20-60 arasında hesaplanmaktadır. 35'in üzerinde puan alan deneklerin uyum güçlüğü gösterdiği, 27 ve altında puan alan deneklerin stresle ilgili belirti göstermedikleri kabul edilmektedir (Ek-4).

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (Ek-3): Zimet, Dahlem ve arkadaşları tarafından geliştirilen, 12 maddeden oluşan ve denek tarafından doldurulan Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin (ÇBASDÖ) her biri 4 maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin 3 grubu içerir. Bunlar; aile, arkadaş ve özel bir insandır. Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı elde edilir ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. ÇBASDÖ'nün ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirliği 1995 yılında Eker ve Arkar tarafından yapılmıştır. 2001 yılında da yine Eker ve Arkar tarafından geçerlilik ve güvenilirliği tekrarlanmıştır.

5.5. Veri Toplama Ölçeklerinin Geçerlilik ve Güvenilirliği

Araştırmada kullanılan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği'nin ve Stres Düzeyi Ölçeği'nin geçerlilik güvenilirlik katsayısı aşağıda yer almaktadır.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin ve Stres Düzeyi Ölçeğinin Geçerlilik Güvenilirlik Değerlendirmesi

	<i>İç tutarlılık (r)</i>
Stres Düzeyi Ölçeği	0,732
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam Puan	0,879
Aile	0,847
Arkadaşlar	0,928
Özel Bir İnsan	0,838

Stres düzeyi ölçeği değerlendirmesine ait 20 sorunun Cronbach's alpha katsayısı 0.732 bulunmuş olup, anket geçerli ve güvenilir bulundu. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puanın Cronbach's alpha katsayısı 0.879 olarak saptandı; alt gruplarının Cronbach's alpha katsayılarına bakıldığında aile puanının Cronbach's alpha katsayısı 0.847, arkadaşlar puanının Cronbach's alpha katsayısı 0.928 ve özel bir insan puanının Cronbach's alpha katsayısı 0.838 bulunmuş olup bu ölçekte geçerli ve güvenilir bulundu.

5.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen bulguların değerlendirilmesinde; istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 15.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (frekans) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında parametrelerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında Oneway Anova testi, parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student t testi kullanıldı. Anketin geçerlilik güvenilirliği, Reliability analizi ile Cronbach's alpha katsayılarının hesaplanması ile yapılmıştır. Parametreler arasındaki ilişkinin incelenmesinde Pearson korelasyon testi kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

5.7. Araştırmanın Etik Yönü

- Özel Gayrettepe Florence Nightingale Hastanesi'nden araştırmanın uygulanması için gerekli izin alındı. (Ek-1).
- Medikal Onkoloji bölümüne günlük olarak tedaviye gelen ve Hematoloji-Onkoloji servisinde yatarak tedavi gören hastalardan araştırmanın amacı açıklanarak sözlü onamları alındı.
- Araştırmayı kabul eden hastalardan kimlik bilgileri alınmadı.
- Verilerin toplanması safhasında bazı hastaların yanında yakınlarının olmasından dolayı hastayla görüşüldüğü esnada bu kişilerin varlığı hastanın ifadelerini değiştirebileceği fikrinden yola çıkılarak hastalarla tek tek görüşüldü.

5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırma veri toplamak için seçilen İstanbul Gayrettepe Florence Nightingale Hastanesi'nin Medikal Onkoloji bölümüne gelerek günlük tedavi gören ve Hematoloji-Onkoloji servisinde yatarak tedavi gören lösemi tanılı hastalarla sınırlıdır.
- İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi ve Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde çalışmanın yapılabilmesi için izin alınamadı
- Hastanenin Hematoloji-Onkoloji bölümünde yatarak tedavi gören lösemi tanılı hastaların aldıkları kemoterapi protokollerinin uzunluğu, herhangi bir enfeksiyon varlığında yatış sürelerinin uzaması ve nötropenik döneme girdiklerinden dolayı az sayıda hasta ile çalışma yapıldı.

6. BULGULAR

Bu araştırma yetişkin lösemili hastaların algıladıkları sosyal destek ile stres düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla 109 hasta ile tanımlayıcı ve analitik olarak gerçekleştirildi.

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular tablolar halinde sunuldu:

6.1.Hastaların Sosyo-Demografik ve Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

6.2.Verilerin Toplama Ölçeklerinin Korelasyonu

6.3.Stres Düzeyi Ölçeğine ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğine İlişkin Karşılaştırmalar

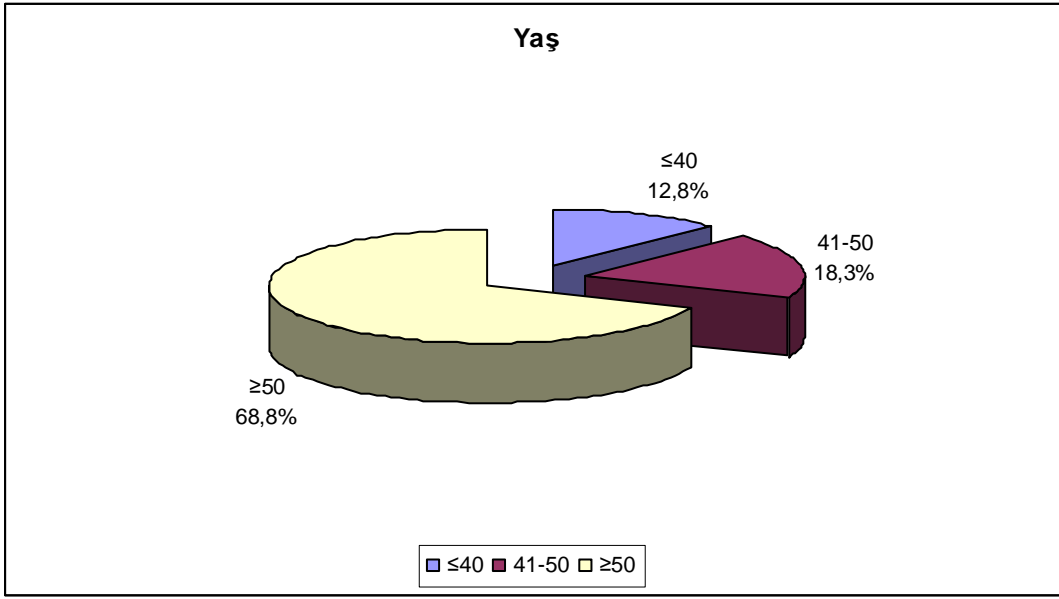
6.1. HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİNİN DAĞILIMI

Tablo 1: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=109)

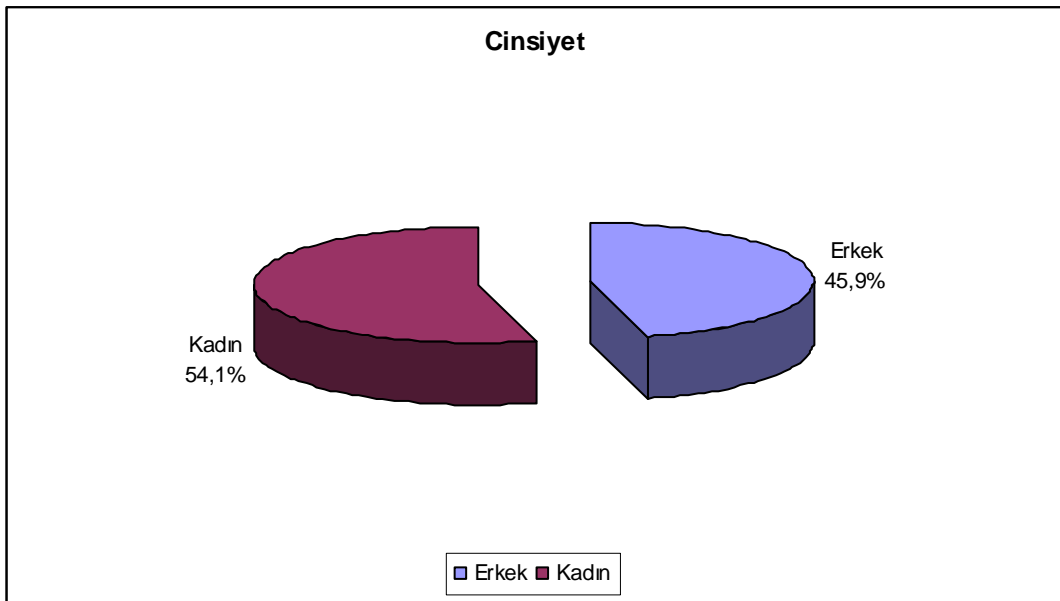
<i>Sosyo-Demografik Özellikler</i>		<i>n</i>	<i>%</i>
Yaş	≤40	14	12,8
	41-50	20	18,3
	≥50	75	68,8
Cinsiyet	Erkek	50	45,9
	Kadın	59	54,1
Eğitim Durumu	İlkokul	21	19,3
	Ortaokul	17	15,6
	Lise	24	22,0
	Yüksek öğretim	47	43,1
Meslek	Çalışmıyor	29	26,6
	İşçi	4	3,7
	Memur	7	6,4
	Serbest meslek	19	17,4
	Diğer	50	45,9

Aile Tipi	Çekirdek	84	77,1
	Geniş	25	22,9
Aylık Gelir	Kötü	10	9,2
	Orta	45	41,3
	İyi	46	42,2
	Çok iyi	8	7,3
Medeni Durumu	Bekar	29	26,6
	Evli	80	73,4
Çocuk	Var	87	79,8
	Yok	22	20,2
Çocuk Varsa Sayısı	1	22	27,6
	2	24	37,9
	3 ve üzeri	33	34,5

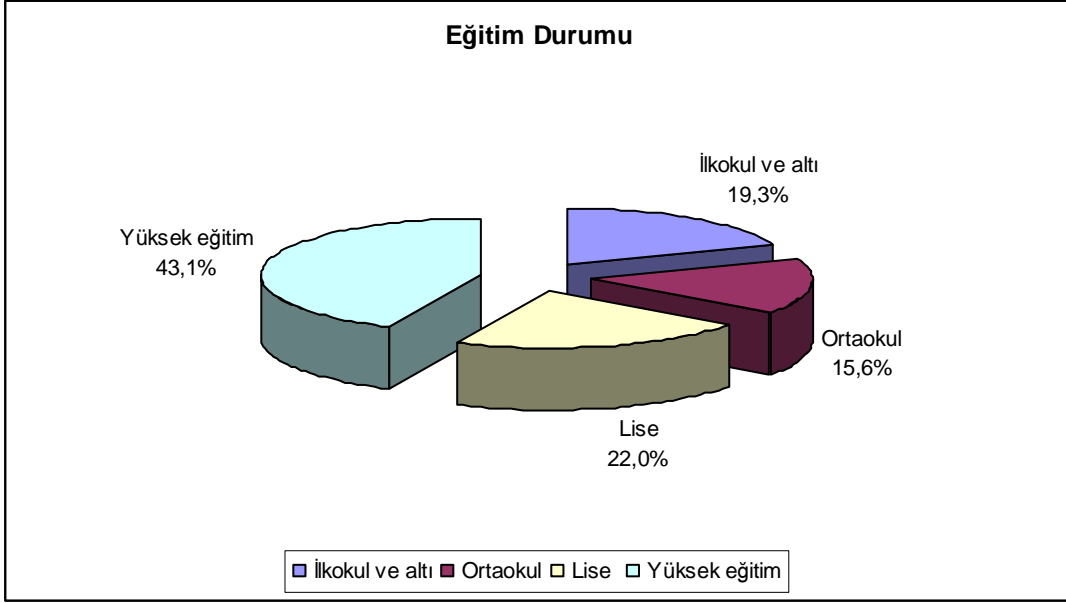
Tablo-1’de görüldüğü gibi; hastaların %12.8’i (n=14) 40 yaş ve altında iken, %18.3’ü (n=20) 41-50 yaş arasında ve %68.8’i (n=75) 50 yaş ve üzerindedir (Şekil-1). Hastaların %45.9’u (n=50) erkek ve %54.1’i (n=59) kadındır (Şekil-2). Hastaların %19.3’ünün (n=21) eğitim durumu ilkökul seviyede iken, %15.6’sı (n=17) ortaokul, %22’si lise (n=24) ve %43.1’i (n=47) yüksek öğretim mezunudur (Şekil-3). Hastaların %26.6’sı (n=29) çalışmıyor iken, %3.7’si (n=4) işçi, %6.4’ü (n=7) memur, %17.4’ü (n=19) serbest meslek ve %45.9’u (n=50) diğer meslek gruplarındandır (Şekil-4). Hastaların %77.1’i (n=84) çekirdek aileye sahipken, %22.9’u (n=25) geniş aileye sahiptir (Şekil-5). Hastaların %9.2’si (n=10) gelir durumunu kötü olarak nitelendirirken, %41.3’ü (n=45) orta, %42.2’si (n=46) iyi ve %7.3’ü (n=8) çok iyi demiştir (Şekil-6). Hastaların %26.6’sı (n=29) bekar ve %73.4’ü (n=80) evlidir (Şekil-7). Hastaların %79.8’inin (n=87) çocuğu varken %20.2’sinin (n=22) çocuğu yoktur (Şekil-8). Çocuğu olan 87 hastanın %27.6’sının (n=22) 1 çocuğu, %37.9’unun (n=24) 2 çocuğu, %34.5’inin (n=33) 3 ve daha fazla sayıda çocuğu bulunmaktadır.



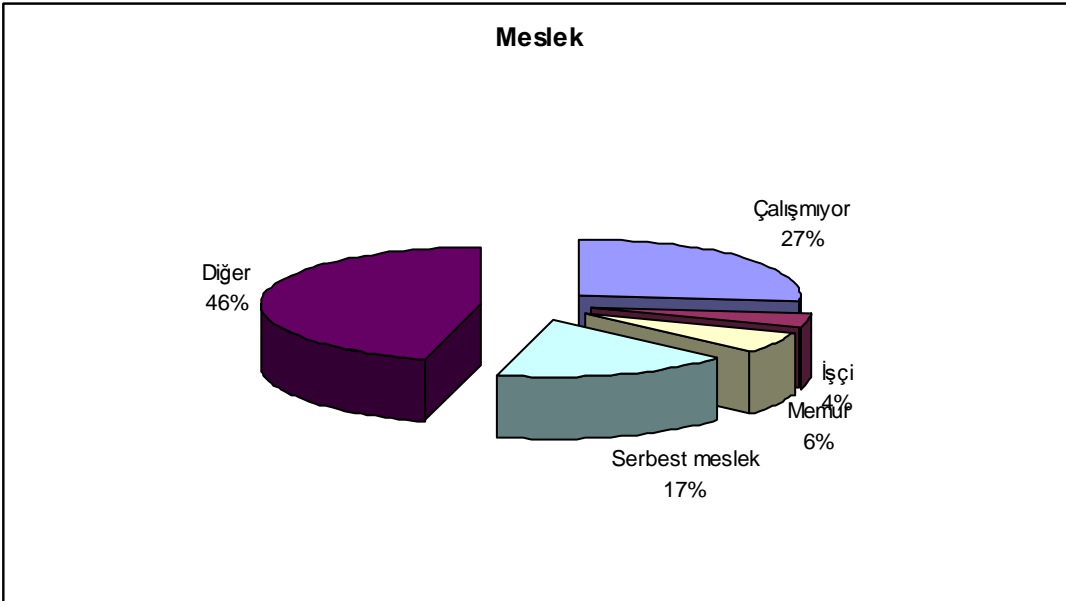
Şekil 1: Yaş Dağılımı



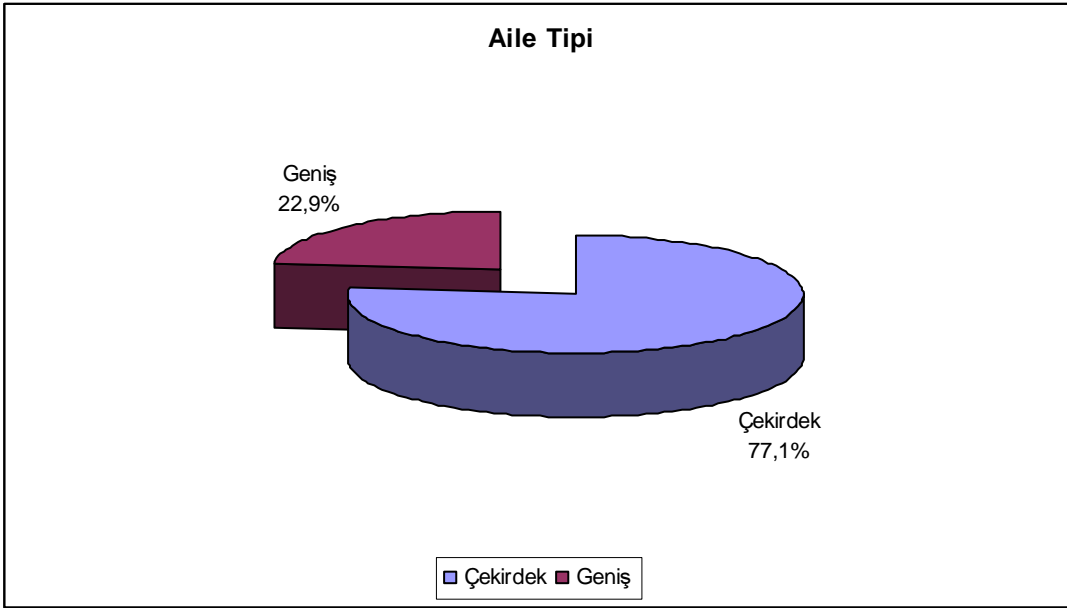
Şekil 2: Cinsiyet Dağılımı



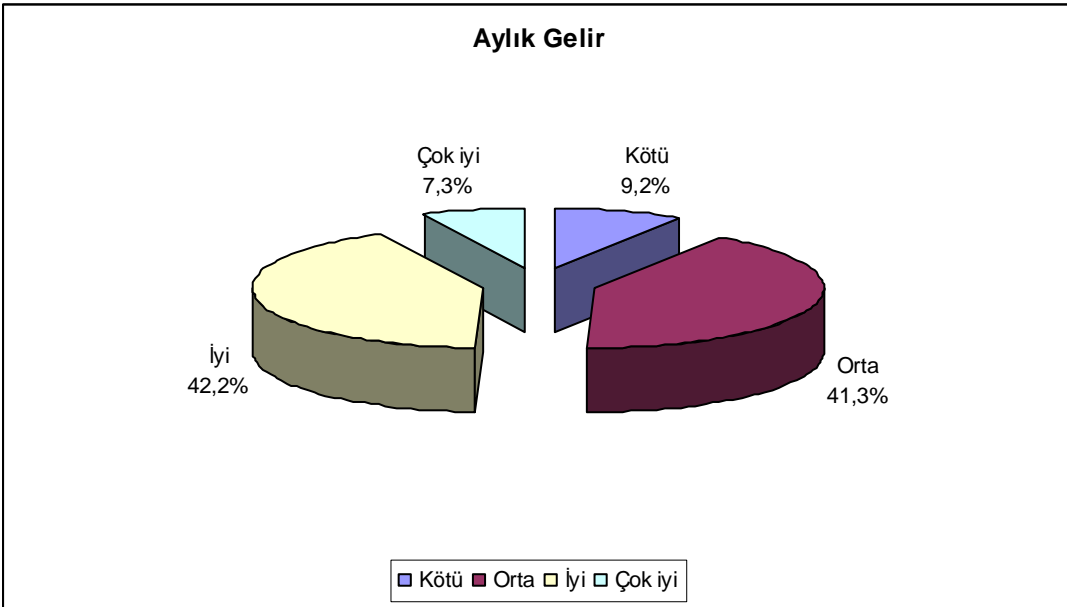
Şekil 3: Eğitim Durumu Dağılımı



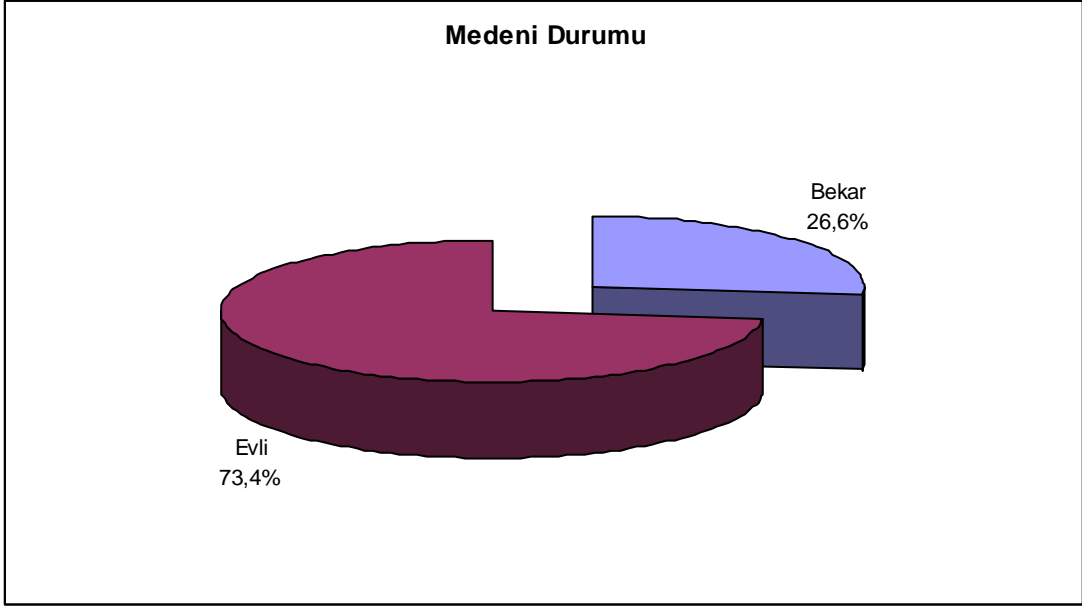
Şekil 4: Meslek Dağılımı



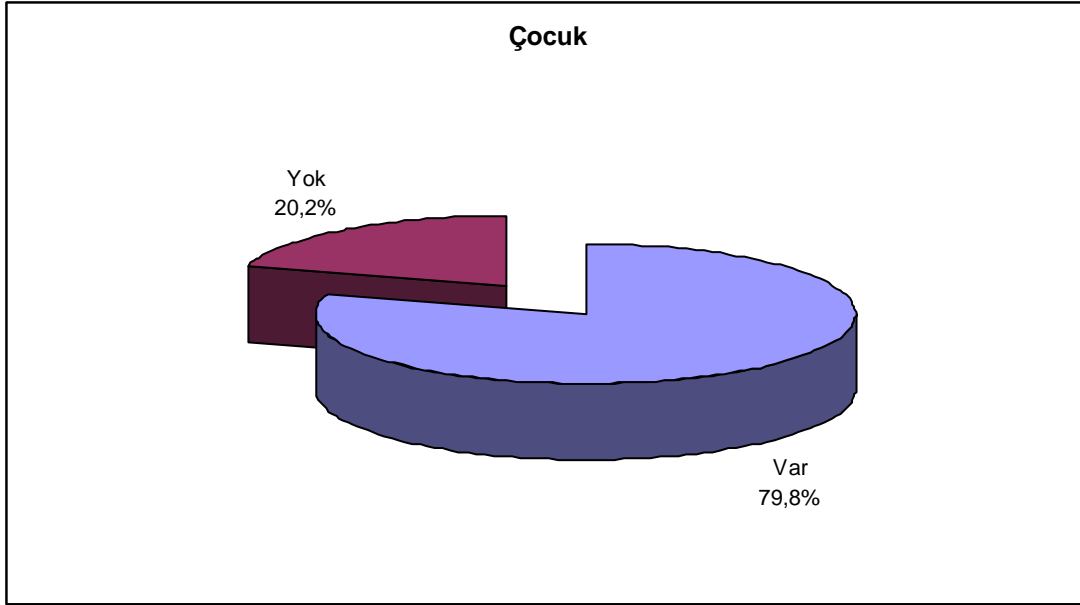
Şekil 5: Aile Tipi Dağılımı



Şekil 6: Aylık Gelir Dağılımı



Şekil 7: Medeni Durum Dağılımı

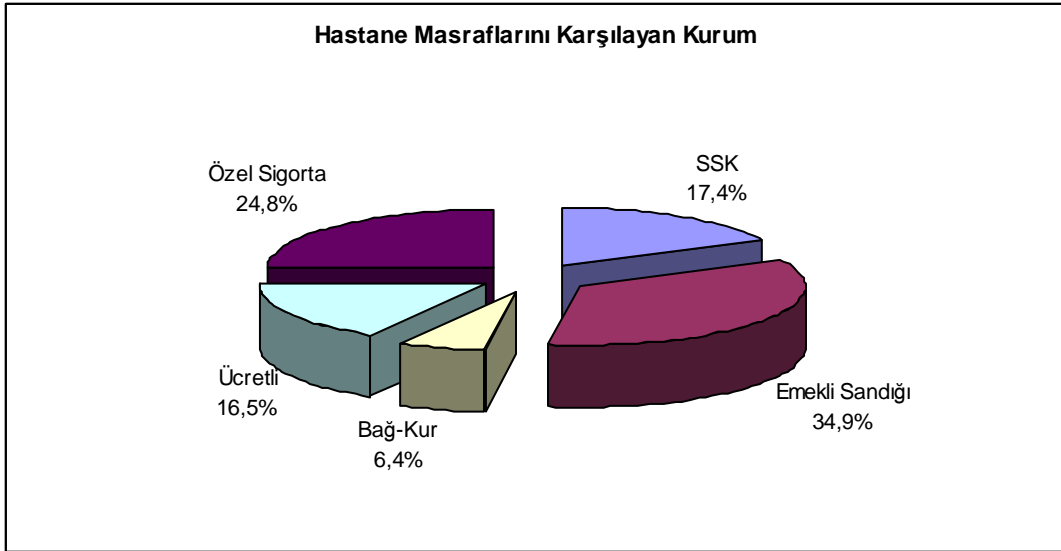


Şekil 8: Çocuk Varlığı Dağılımı

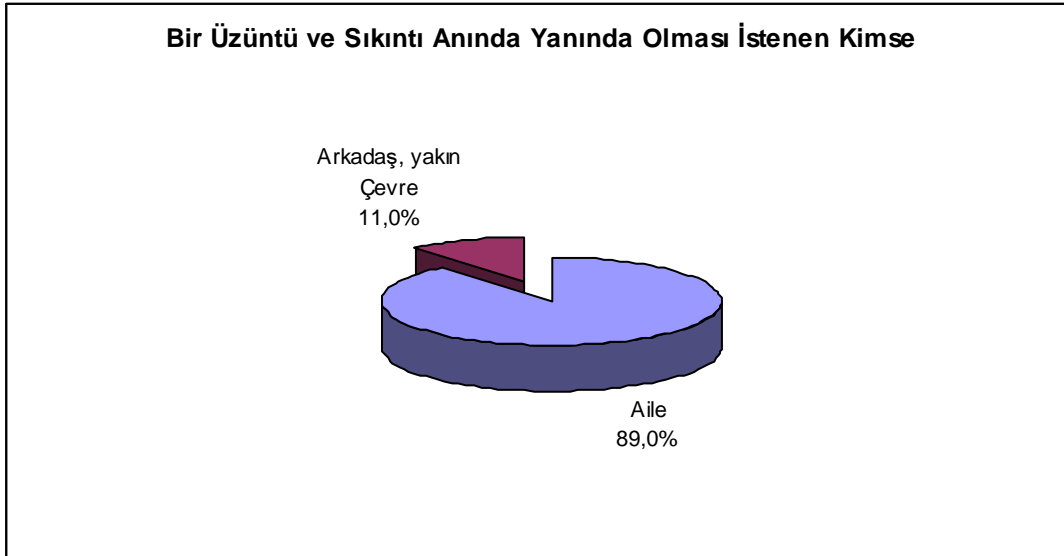
Tablo 2: Hastaların Aile ve Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (N=109)

<i>Aile ve Hastalığa İlişkin Özellikler</i>		<i>n</i>	<i>%</i>
Ailenin Hastalığı Bilmesi	Evet	109	100,0
	Hayır	-	-
Hastane Masraflarını Karşıllayan Kurum	SSK	19	17,4
	Emekli Sandığı	38	34,9
	Bağ-Kur	7	6,4
	Ücretli	18	16,5
	Özel Sigorta	27	24,8
Bir Üzüntü ve Sıkıntı Anında Yanında Olması İstenen Kimse	Aile	97	89,0
	Arkadaş, yakın Çevre	12	11,0
Bir Üzüntü ve Sıkıntı Anında Birbirine Destek Olma	Her zaman	100	91,7
	Sık sık	6	5,5
	Bazen	3	2,8
Ailede Birlik Beraberlik Duygusu	Her zaman	104	95,4
	Bazen	5	4,6
Hastalandıktan Sonra Aile veya Yakın Çevrenin Davranışlarında Değişiklik	Evet	71	65,1
	Hayır	38	34,9
Olan Değişiklikler	İçe kapanma	4	5,6
	Agresiflik	3	4,2
	Daha çok ilgi	64	90,1
Ailede Bu Tip Hastalığı Olan Başka Birey	Evet	33	30,3
	Hayır	76	69,7
Ailede Kronik Hastalığı Olan Başka Birey	Evet	36	33,0
	Hayır	73	67,0

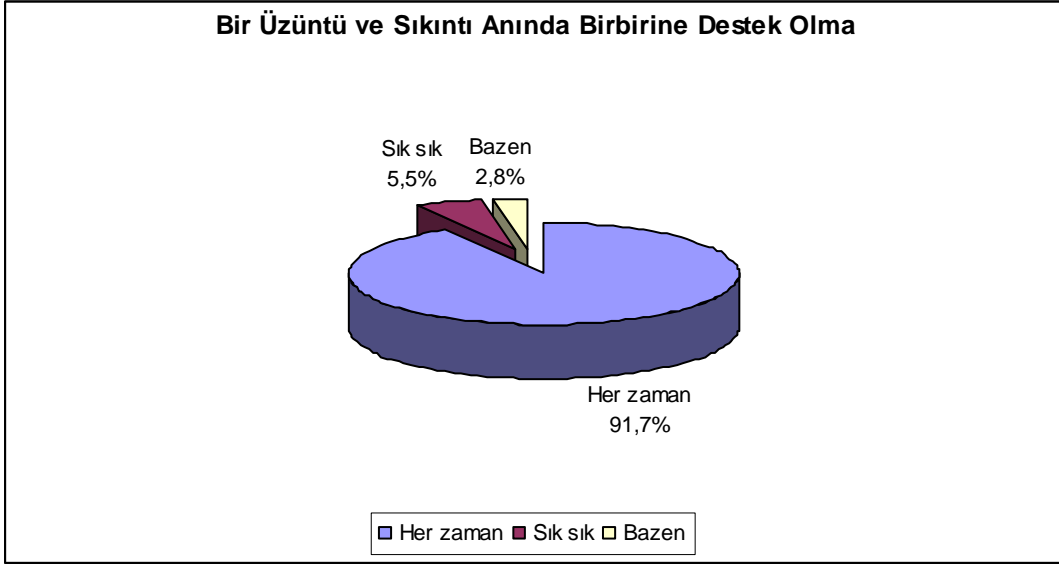
Tablo-2’de görüldüğü gibi; hastaların tamamının (n=109) ailesi hastalığı bilmektedir. Hastaların %17.4’ünün (n=19) hastane masraflarını SSK karşılıyor iken, %34.9’unu (n=38) emekli sandığı, %6.4’ünü (n=7) Bağ-Kur, %16.5’i (n=18) ücretli hasta ve %24.8’i (n=27) özel sigortalıdır (Şekil-9). Hastaların %89’u (n=97) bir sıkıntı ve üzüntü anında yanında ailesinin olmasını isterken, %11’i (n=12) arkadaş ve yakın çevresinin olmasını istediklerini ifade ettiler (Şekil-10). Hastaların %91.7’si (n=100) bir sıkıntı ve üzüntü anında her zaman birbirlerine destek olduklarını söylerken, %5.5’i (n=6) sık sık ve %2.8’i (n=3) bazen destek olduklarını belirttiler (Şekil-11). Hastaların %95.4’ü (n=104) ailesinde her zaman birlik beraberlik duygusu olduğunu söylerken, %4.6’sı (n=5) bazen birlik beraberlik duygusu olduğu saptandı (Şekil-12). Hastaların %65.1’i (n=71) hastalandıktan sonra aile veya yakın çevrelerinin davranışlarında değişiklik olduğunu, %34.9’u (n=38) herhangi bir değişiklik olmadığını belirttiler (Şekil-13). Hastalık öğrenildikten sonra aile veya yakın çevresinin davranışlarında değişiklik olduğunu söyleyen 71 hastanın %5.6’sı (n=4) bu değişikliği içe kapanma, %4.2’si (n=3) agresifleşme ve %90.1’i (n=64) daha çok ilgi gösterme şeklinde nitelendirdi (Şekil-14). Hastaların %30.3’ünün (n=33) ailesinde bu tip hastalığı olan başka bir birey bulunmaktadır (Şekil-15). Hastaların %33’ünün (n=36) ailesinde kronik hastalığı (diyabet, astım, KOAH, kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği) olan başka bir birey bulunmaktadır (Şekil-16).



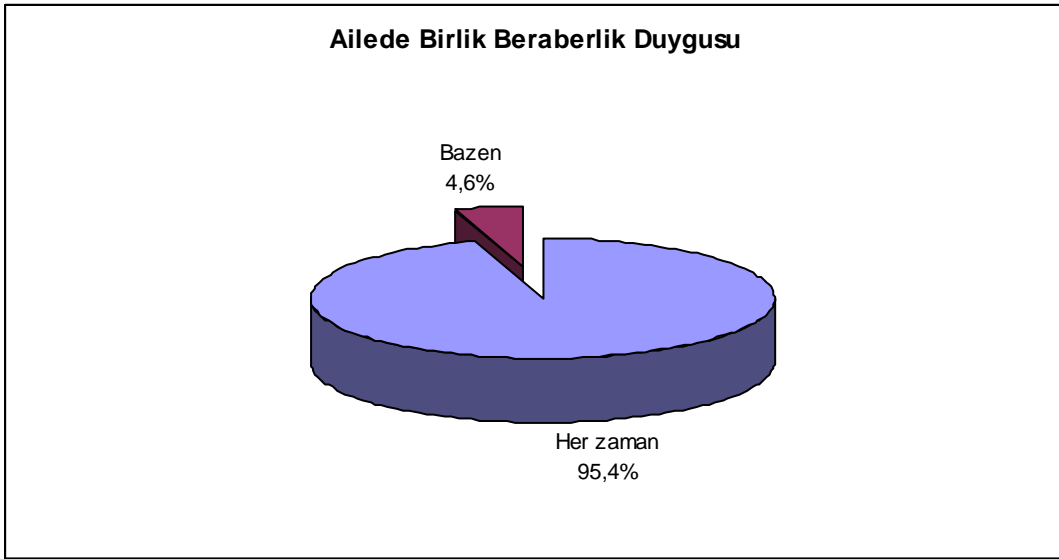
Şekil 9: Hastane Masraflarını Karşıllayan Kurumların Dağılımı



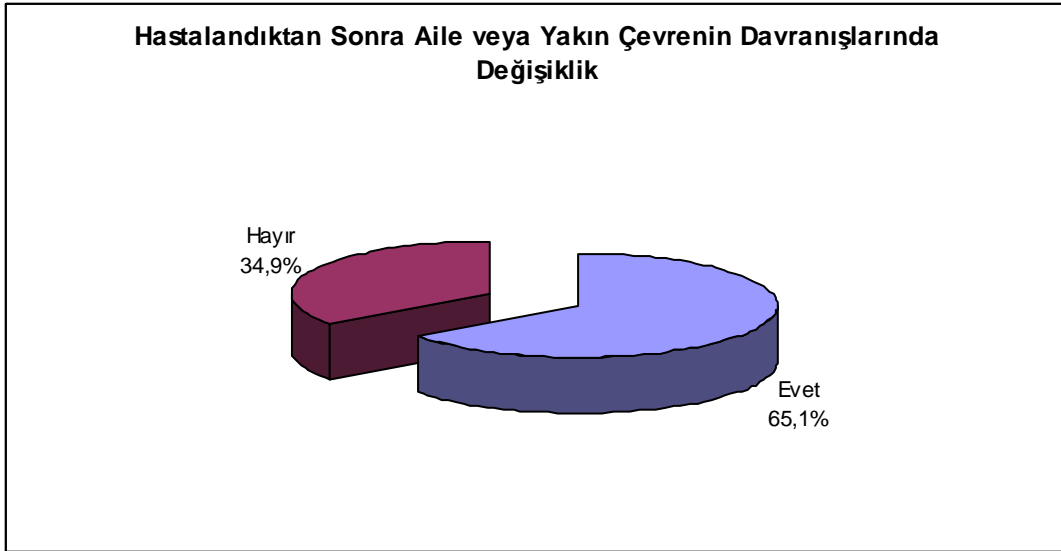
Şekil 10: Bir Üzüntü ve Sıkıntı Anında Yanında Olması İstenen Kimselerin Dağılımı



Şekil 11: Bir Üzüntü ve Sıkıntı Anında Birbirine Destek Olma Dağılımı



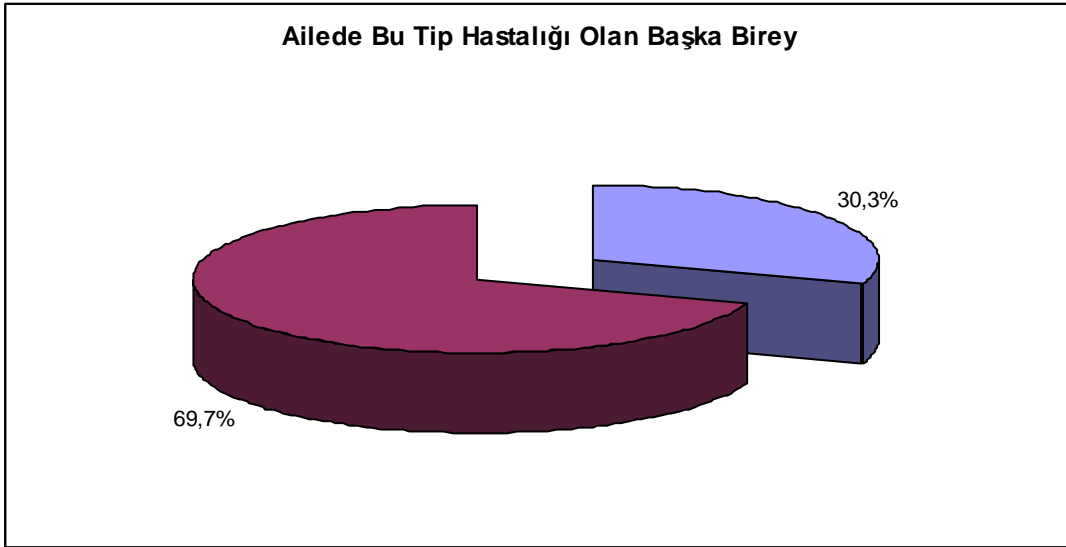
Şekil 12: Ailede Birlik Beraberlik Duygusu Dağılımı



Şekil 13: Hastalandıktan Sonra Aile veya Yakın Çevrenin Davranışlarındaki Değişiklik Varlığını Dağılımı



Şekil 14: Hastalandıktan Sonra Aile veya Yakın Çevrenin Davranışlarındaki Değişikliklerin Dağılımı



Şekil 15: Ailede Bu Tip Hastalığı Olan Başka Bireylerin Dağılımı



Şekil 16: Ailede Kronik Hastalığı Olan Başka Bireylerin Dağılımı

6.2. VERİ TOPLAMA ÖLÇEKLERİNİN KORELASYONU

Tablo 3: Stres Düzeyi Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Korelasyon Analizi Sonuçları

Stres Düzeyi Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Korelasyon Analizi	Stres Düzeyi Ölçeği	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam Puan	Aile	Arkadaşlar	Özel Bir İnsan
Stres Düzeyi Ölçeği	1,000				
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam Puan	-0,339**	1,000			
Aile	-0,125	0,709**	1,000		
Arkadaşlar	-0,342**	0,822**	0,354**	1,000	
Özel Bir İnsan	-0,263**	0,774**	0,485**	0,372**	1,000

Pearson korelasyon testi kullanıldı.

****** $p < 0.01$

Tablo-3'te görüldüğü gibi; stres düzeyi ölçeği ile, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puanı arasında negatif yönlü, %33.9 (orta) düzeyinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir korelasyon bulundu ($r: -0.339$; $p: 0.001$; $p < 0.01$).

Stres düzeyi ölçeği ile, arkadaşlar puanı arasında negatif yönlü, %34.2 (orta) düzeyinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir korelasyon bulundu ($r: -0.342$; $p: 0.001$; $p < 0.01$).

Stres düzeyi ölçeği ile, özel bir insan puanı arasında negatif yönlü, %26.3 (orta) düzeyinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir korelasyon bulundu ($r: -0.263$; $p: 0.006$; $p < 0.01$).

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puanı ile aile puanı arasında pozitif yönlü, %70.9 (iyi) düzeyinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir korelasyon bulundu ($r: 0.709$; $p: 0.001$; $p < 0.01$).

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puanı ile arkadaşlar puanı arasında pozitif yönlü, %82.2 (iyi) düzeyinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir korelasyon bulundu ($r: 0.709$; $p: 0.001$; $p < 0.01$).

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puanı ile özel bir insan puanı arasında pozitif yönlü, %77.4 (iyi) düzeyinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir korelasyon bulundu ($r: 0.774$; $p: 0.001$; $p < 0.01$).

Aile puanı ile arkadaşlar puanı arasında pozitif yönlü, %35.4 (orta) düzeyinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir korelasyon bulundu ($r:0.354$; $p:0.001$; $p<0.01$).

Aile puanı ile özel bir insan puanı arasında pozitif yönlü, %48.5 (orta) düzeyinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir korelasyon bulundu ($r:0.485$; $p:0.001$; $p<0.01$).

Arkadaşlar puanı ile özel bir insan puanı arasında pozitif yönlü, %37.2 (orta) düzeyinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir korelasyon bulundu ($r:0.372$; $p:0.001$; $p<0.01$).

6.3. STRES DÜZEYİ ÖLÇEĞİNE VE ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİNE İLİŞKİN KARŞILAŞTIRMALAR

Tablo 4: Yaş ile Stres Düzeyi ve Sosyal Destek Puanlarının Karşılaştırılması (N=109)

Stres Düzeyi ve Sosyal Destek Puanları	Yaş			<i>p</i>
	≤40	41-50	≥50	
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	
Stres Düzeyi Puanı	34,86±4,20	36,15±5,05	33,90±5,39	0,224
Aile Puanı	25,36±2,79	25,70±4,03	25,54±3,91	0,967
Arkadaşlar Puanı	24,64±2,47	21,50±7,01	20,54±7,17	0,116
Özel Bir İnsan Puanı	22,21±5,82	24,15±6,05	24,88±4,65	0,196
Sosyal Destek Toplam Puan	72,21±7,05	71,35±14,16	70,97±12,57	0,941

Oneway ANOVA Test

Tablo-4'te görüldüğü gibi; hastaların stres düzeyi puan ortalamaları, sosyal destek toplam puan ortalamaları, aile puanı, arkadaş puanı ve özel bir insan puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 5: Cinsiyet ile Stres Düzeyi ve Sosyal Destek Puanlarının Karşılaştırılması
(N=109)

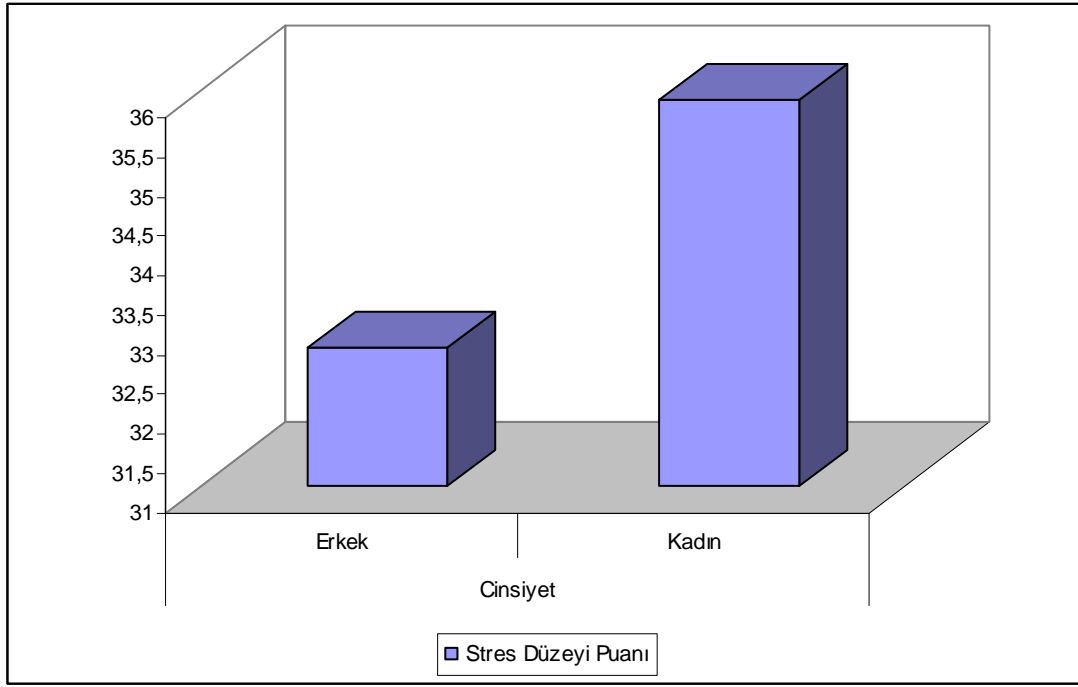
Stres Düzeyi ve Sosyal Destek Puanları	Cinsiyet		<i>p</i>
	Erkek	Kadın	
	Ort±SD	Ort±SD	
Stres Düzeyi Puanı	32,74±5,02	35,88±5,00	0,001**
Aile Puanı	26,54±2,35	24,71±4,51	0,008**
Arkadaşlar Puanı	21,76±6,27	20,81±7,27	0,473
Özel Bir İnsan Puanı	25,68±3,51	23,32±5,97	0,012*
Sosyal Destek Toplam Puan	73,98±10,25	68,85±13,33	0,025*

Student t Test

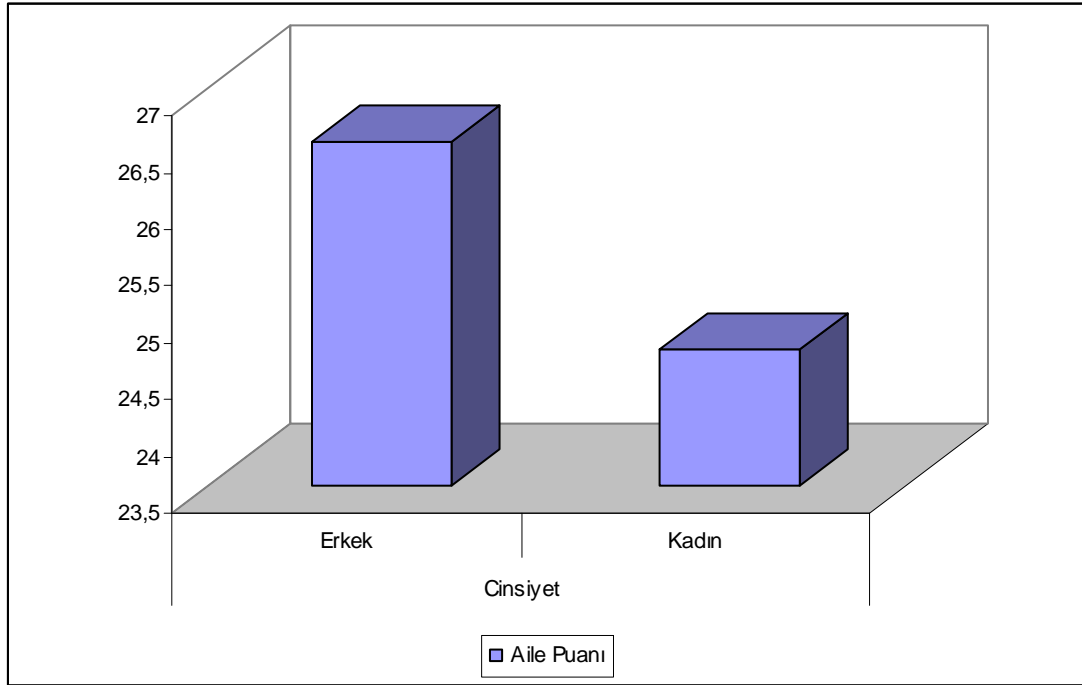
* $p<0.05$

** $p<0.01$

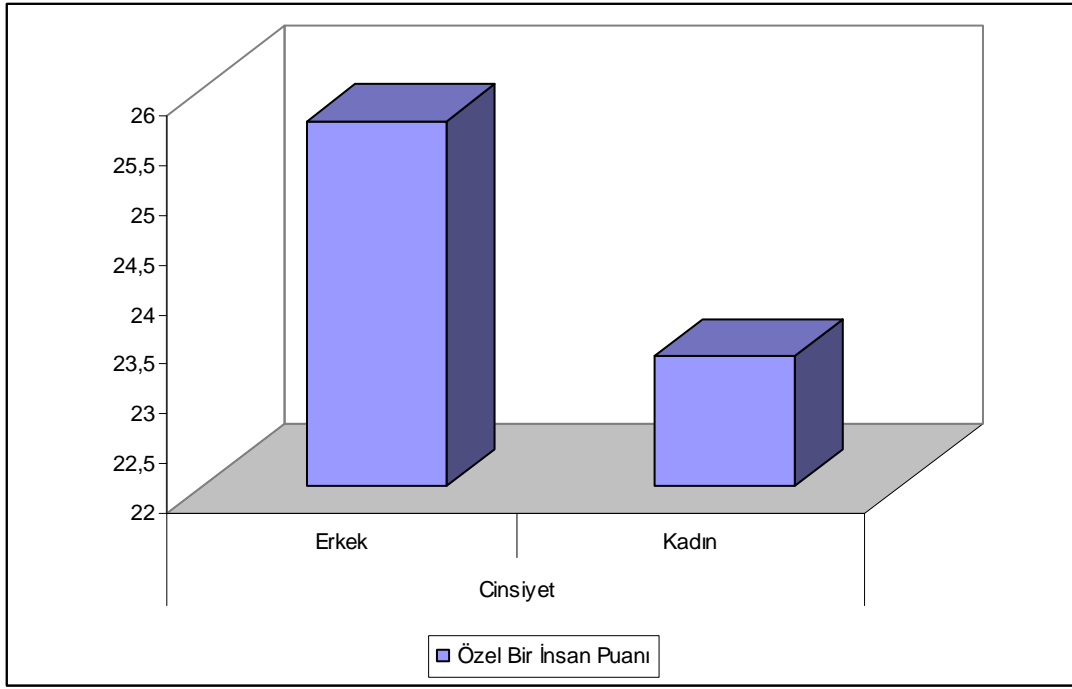
Tablo-5'te görüldüğü gibi; kadınların stres düzeyi puanları, erkeklerin puanlarından istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksek bulundu ($p<0.01$) (Şekil-17). Erkeklerin aile puanları, kadınların puanlarından istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksek bulundu ($p<0.01$) (Şekil-18). Erkeklerin özel bir insan puanları, kadınların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0.05$) (Şekil-19). Erkeklerin sosyal destek toplam puanları, kadınların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0.05$) (Şekil-20).



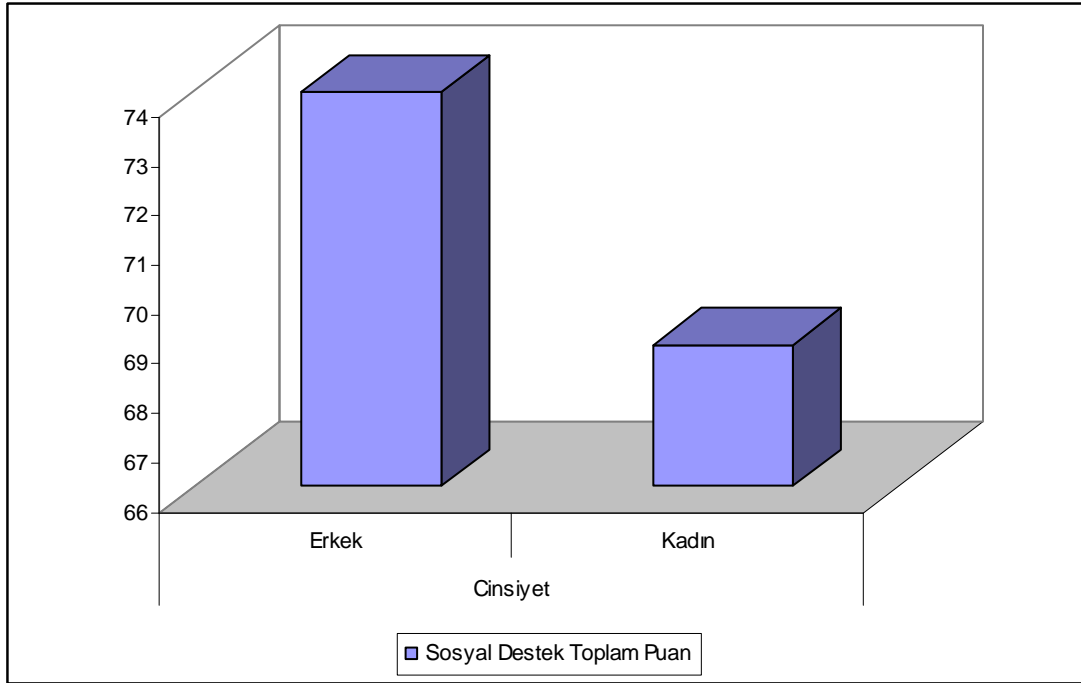
Şekil 17: Cinsiyete Göre Stres Düzeyi Puanı Dağılımı



Şekil 18: Cinsiyete Göre Aile Puanı Dağılımı



Şekil 19: Cinsiyete Göre Özel Bir İnsan Puanı Dağılımı



Şekil 20: Cinsiyete Göre Sosyal Destek Toplam Puanı Dağılımı

Tablo 6: Eğitim Durumu ile Stres Düzeyi ve Sosyal Destek Puanlarının Karşılaştırılması (N=109)

Stres Düzeyi ve Sosyal Destek Puanları	Eğitim Durumu				<i>p</i>
	İlkokul ve altı	Ortaokul	Lise	Yüksek Eğitim	
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	
Stres Düzeyi Puanı	35,95±4,19	34,06±6,59	33,87±4,55	34,19±5,45	0,531
Aile Puanı	25,90±3,92	26,70±2,17	24,87±5,20	25,32±3,29	0,443
Arkadaşlar Puanı	19,43±7,52	22,35±7,05	22,08±6,56	21,23±6,56	0,517
Özel Bir İnsan Puanı	23,81±5,54	26,88±2,08	23,50±7,38	24,23±4,05	0,166
Sosyal Destek Toplam Puan	69,14±14,98	75,94±8,34	70,46±14,51	70,79±10,67	0,353

Oneway ANOVA Test

Tablo-6'da görüldüğü gibi; eğitim durumuna göre hastaların stres düzeyi puan ortalamaları, sosyal destek toplam puan ortalamaları, aile puanı, arkadaş puanı, özel bir insan puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0.05$).

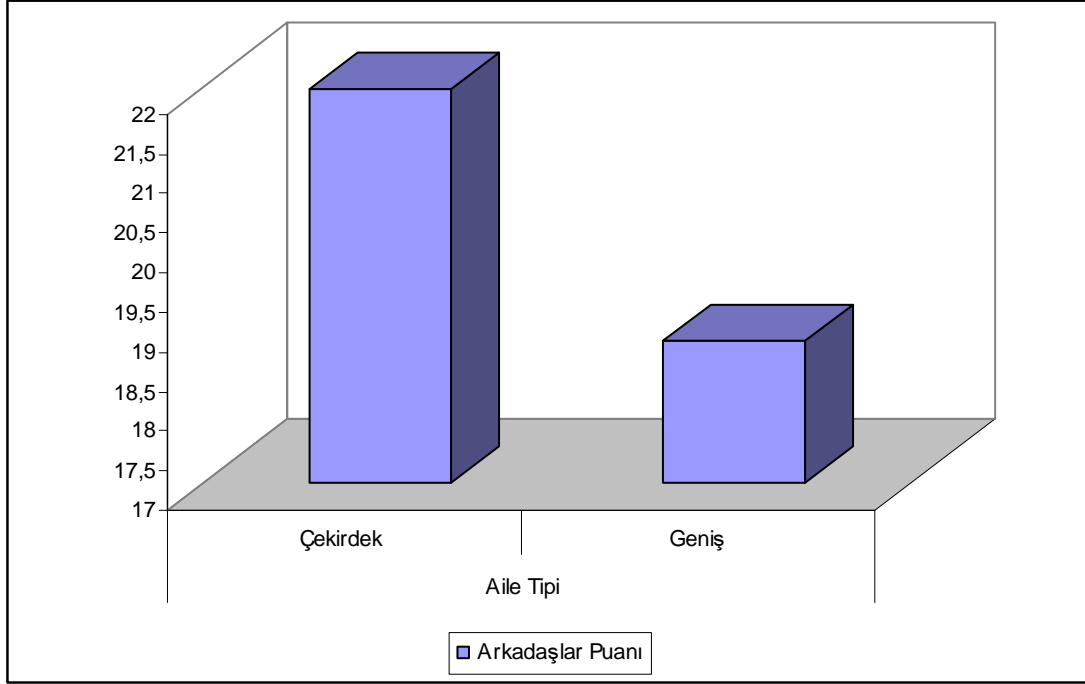
Tablo 7: Aile Tipi ile Stres Düzeyi ve Sosyal Destek Puanlarının Karşılaştırılması (N=109)

Stres Düzeyi ve Sosyal Destek Puanları	Aile Tipi		<i>p</i>
	Çekirdek	Geniş	
	Ort±SD	Ort±SD	
Stres Düzeyi Puanı	34,41±5,04	34,52±5,92	0,931
Aile Puanı	25,59±3,82	25,40±3,71	0,822
Arkadaşlar Puanı	21,97±6,45	18,80±7,55	0,040*
Özel Bir İnsan Puanı	24,31±5,28	24,72±4,57	0,726
Sosyal Destek Toplam Puan	71,88±11,85	68,92±13,47	0,290

Student t Test

* $p<0.05$

Tablo-7’de görüldüğü gibi; çekirdek aileye sahip hastaların arkadaşlar puanları, geniş aileye sahip hastaların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0.05$) (Şekil-21).



Şekil 21: Aile Tipine Göre Arkadaşlar Puanı Dağılımı

Tablo 8: Medeni Duruma Göre Stres Düzeyi ve Sosyal Destek Puanlarının Karşılaştırılması (N=109)

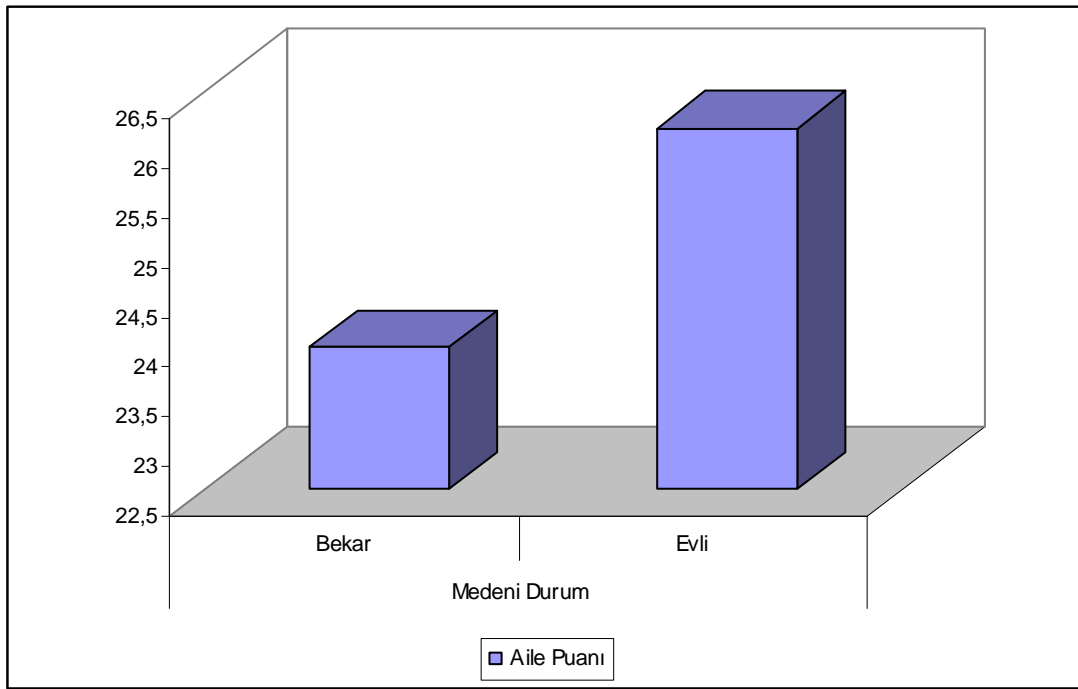
Stres Düzeyi ve Sosyal Destek Puanları	Medeni Durum		p
	Bekar	Evli	
	Ort±SD	Ort±SD	
Stres Düzeyi Puanı	34,52±5,12	34,41±5,29	0,927
Aile Puanı	23,93±5,31	26,14±2,87	0,041*
Arkadaşlar Puanı	20,69±6,96	21,45±6,79	0,609
Özel Bir İnsan Puanı	20,96±6,89	25,65±3,60	0,001**
Sosyal Destek Toplam Puan	65,58±13,06	73,24±11,33	0,003**

Student t Test

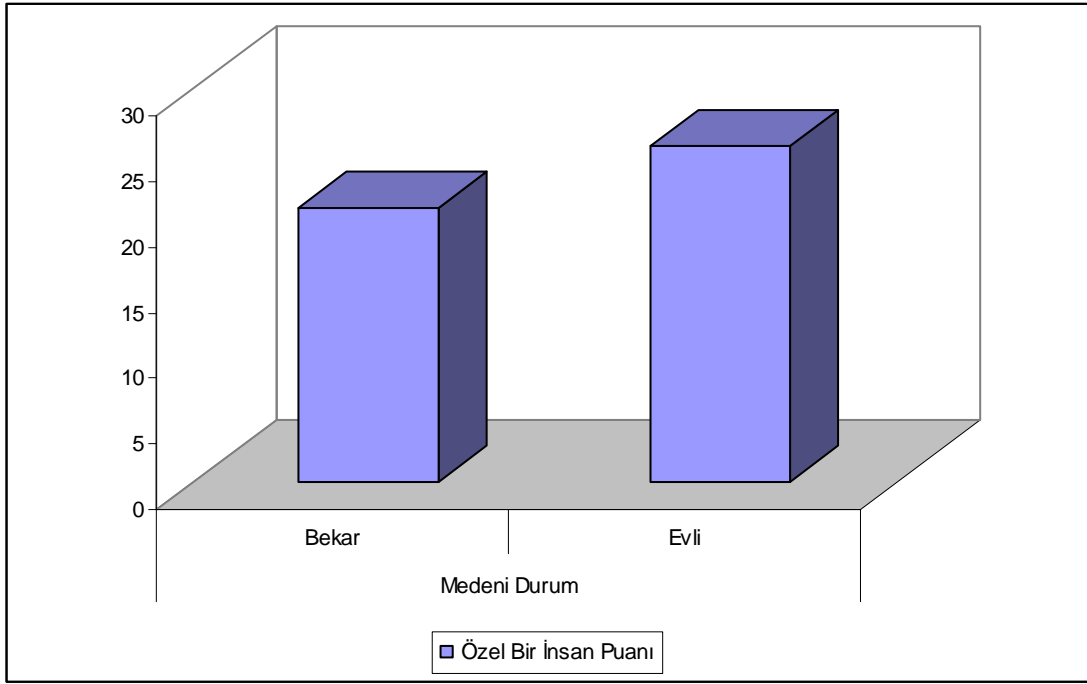
* $p<0.05$

** $p<0.01$

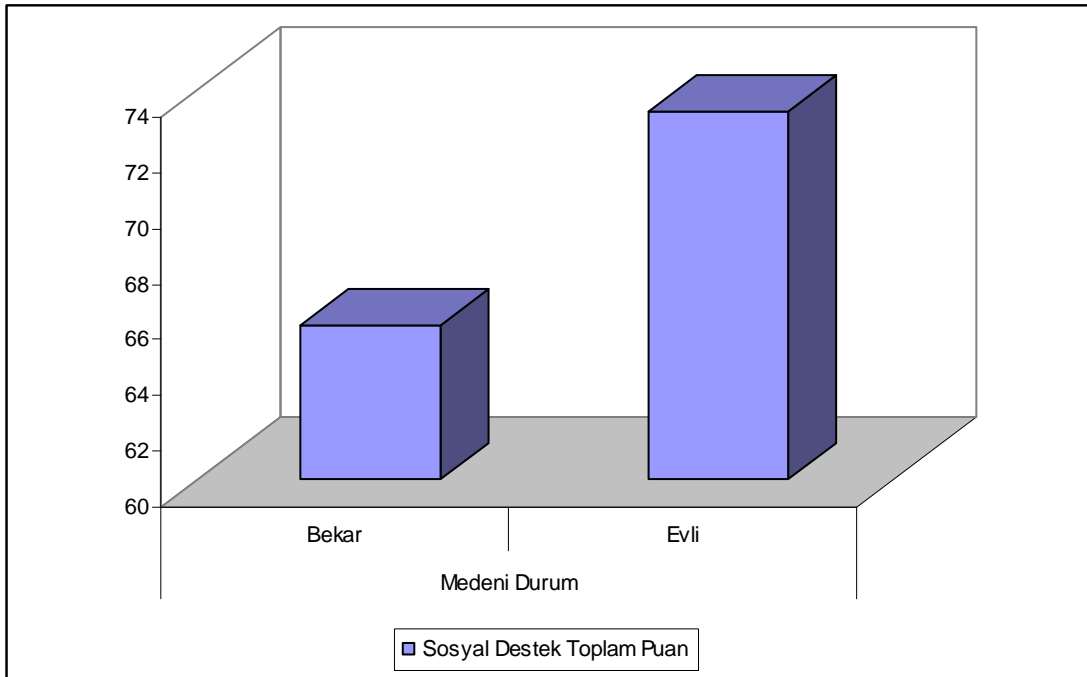
Tablo-8’de görüldüğü gibi; bekar hastaların aile puanları, evli hastaların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p<0.05$) (Şekil-22). Bekar hastaların özel bir insan puanları, evli hastaların puanlarından istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı düşük bulundu ($p<0.01$) (Şekil-23) . Bekar hastaların sosyal destek toplam puanları, evli hastaların puanlarından istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı düşük bulundu ($p<0.01$) (Şekil-24).



Şekil 22: Medeni Duruma Göre Aile Puanı Dağılımı



Şekil 23: Medeni Duruma Göre Özel Bir İnsan Puanı Dağılımı



Şekil 24: Medeni Duruma Göre Sosyal Destek Puanı Dağılımı

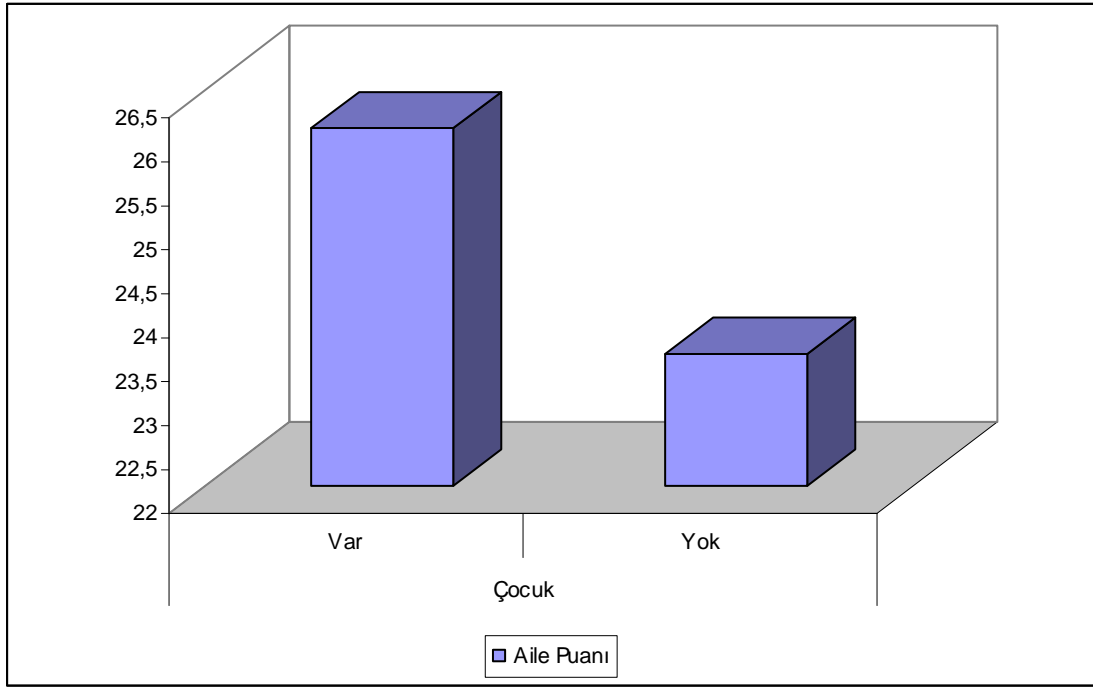
Tablo 9: Çocuk Varlığına Göre Stres Düzeyi ve Sosyal Destek Puanlarının Karşılaştırılması (N=109)

Stres Düzeyi ve Sosyal Destek Puanları	Çocuk		<i>p</i>
	Var	Yok	
	Ort±SD	Ort±SD	
Stres Düzeyi Puanı	34,27±5,50	35,09±4,02	0,516
Aile Puanı	26,07±3,00	23,50±5,57	0,048*
Arkadaşlar Puanı	21,09±6,90	21,86±6,57	0,637
Özel Bir İnsan Puanı	25,22±3,95	21,18±7,54	0,023*
Sosyal Destek Toplam Puan	72,38±11,47	66,54±14,23	0,045*

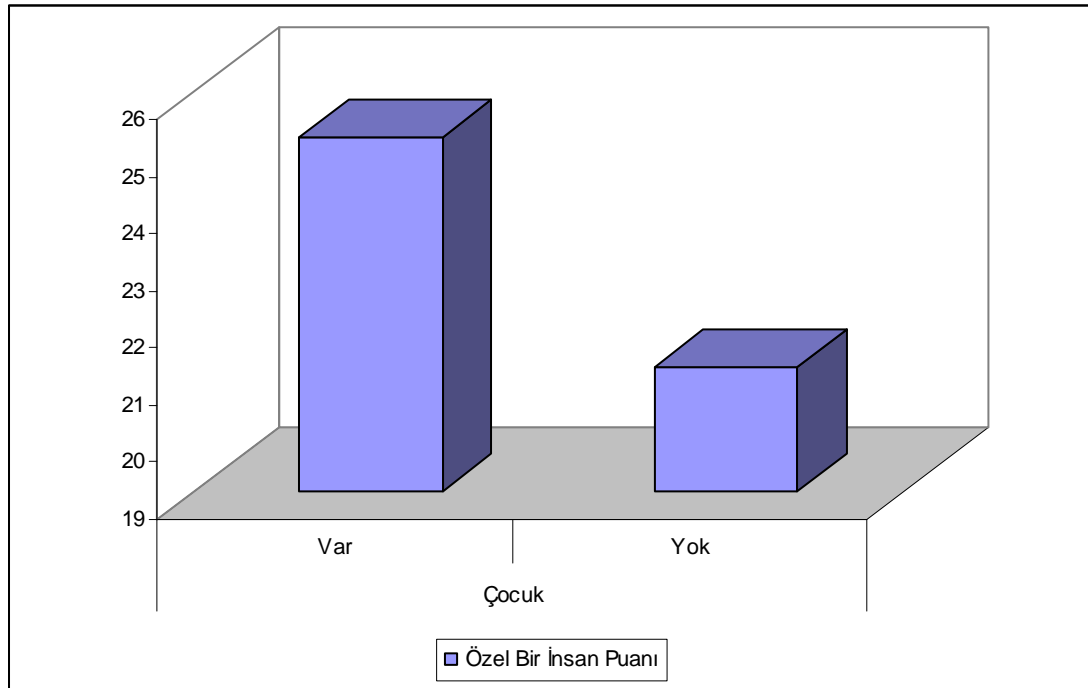
Student t Test

* $p < 0.05$

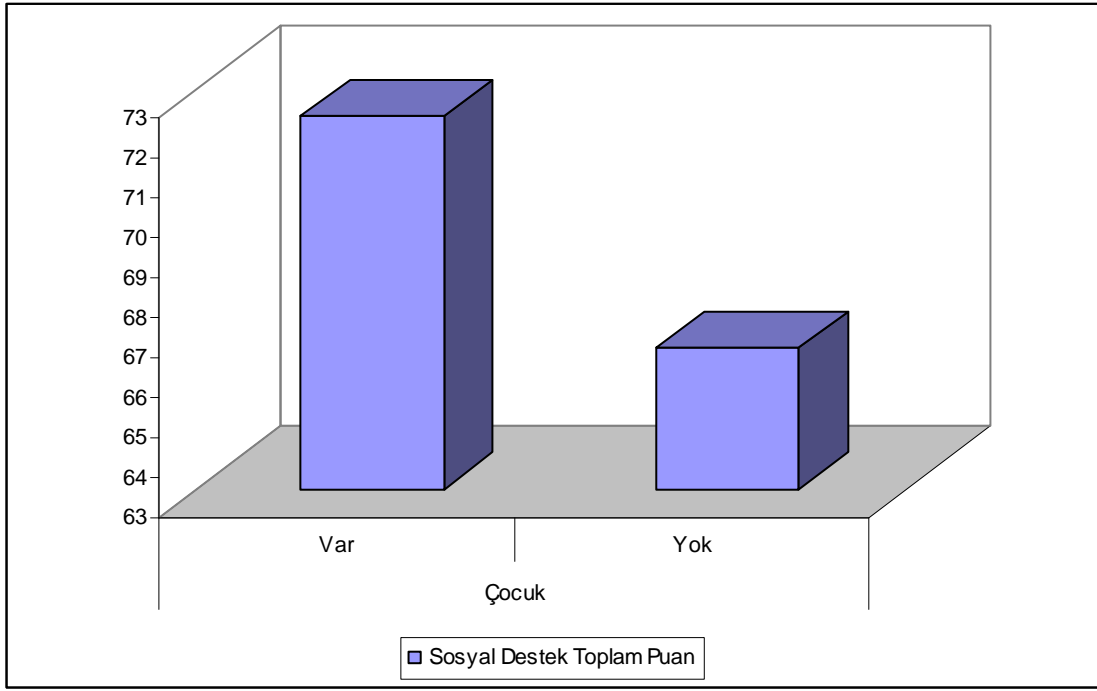
Tablo-9'da görüldüğü gibi; çocuğu olan hastaların aile puanları, çocuğu olmayan hastaların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p < 0.05$) (Şekil-25). Çocuğu olan hastaların özel bir insan puanları, çocuğu olmayan hastaların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p < 0.05$) (Şekil-26). Çocuğu olan hastaların sosyal destek toplam puanları, çocuğu olmayan hastaların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p < 0.05$) (Şekil-27).



Şekil 25: Çocuk Varlığına Göre Aile Puanı Dağılımı



Şekil 26: Çocuk Varlığına Göre Özel Bir İnsan Puanı Dağılımı



Şekil 27: Çocuk Varlığına Göre Sosyal Destek Toplam Puanı Dağılımı

Tablo 10: Çocuk Sayısına Göre Stres Düzeyi ve Sosyal Destek Puanlarının Karşılaştırılması (N=109)

Stres Düzeyi ve Sosyal Destek Puanı	Çocuk Sayısı			p
	1	2	3 ve üzeri	
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	
Stres Düzeyi Puanı	33,21±5,80	34,39±5,78	35,00±4,95	0,492
Aile Puanı	25,91±3,27	26,39±2,71	25,83±3,15	0,733
Arkadaşlar Puanı	23,12±5,66	21,48±6,91	19,03±7,43	0,087
Özel Bir İnsan Puanı	25,08±3,78	25,39±4,35	25,13±3,74	0,949
Sosyal Destek Toplam Puan	74,12±10,15	73,27±11,94	70,00±11,92	0,364

Oneway ANOVA Test

Tablo-10'da görüldüğü gibi; sahip olunan çocuk sayısına göre hastaların stres düzeyi puan ortalamaları, aile puanı ortalamaları, arkadaş puanı ortalamaları, özel bir insan puanı ortalamaları, sosyal destek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0.05$).

Anlamli bir farklılık bulunmamakla birlikte 3 ve üzeri sayıda çocuğa sahip hastaların arkadaşlar puanlarının, 1 ve 2 çocuğa sahip hastaların arkadaşlar puanlarından daha düşük oluşu dikkat çekicidir.

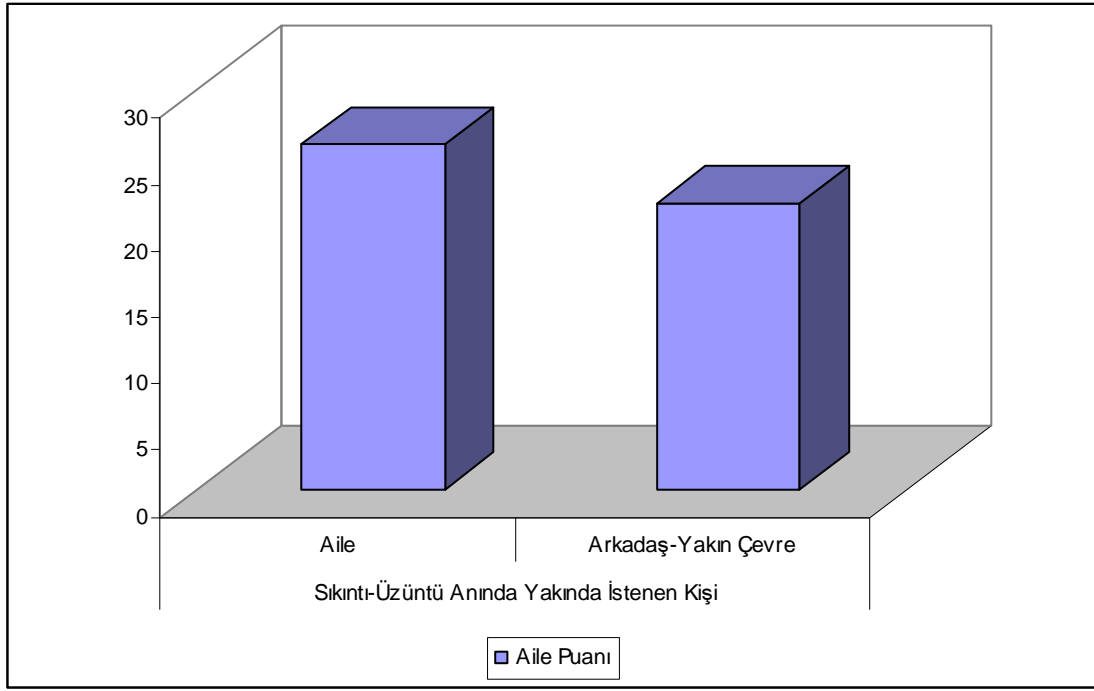
Tablo 11: Sıkıntı-Üzüntü Anında Yakında İstenen Kişiyeye Göre Stres Düzeyi ve Sosyal Destek Puanlarının Karşılaştırılması (N=109)

Stres Düzeyi ve Sosyal Destek Puanı	Sıkıntı-Üzüntü Anında Yakında İstenen Kişi		p
	Aile	Arkadaş-Yakın Çevre	
	Ort±SD	Ort±SD	
Stres Düzeyi Puanı	34,57±5,26	33,41±5,05	0,475
Aile Puanı	26,04±3,10	21,58±6,08	0,028*
Arkadaşlar Puanı	20,86±6,99	24,33±4,09	0,021*
Özel Bir İnsan Puanı	24,63±5,13	22,58±4,74	0,192
Sosyal Destek Toplam Puan	71,53±12,21	68,50±12,66	0,420

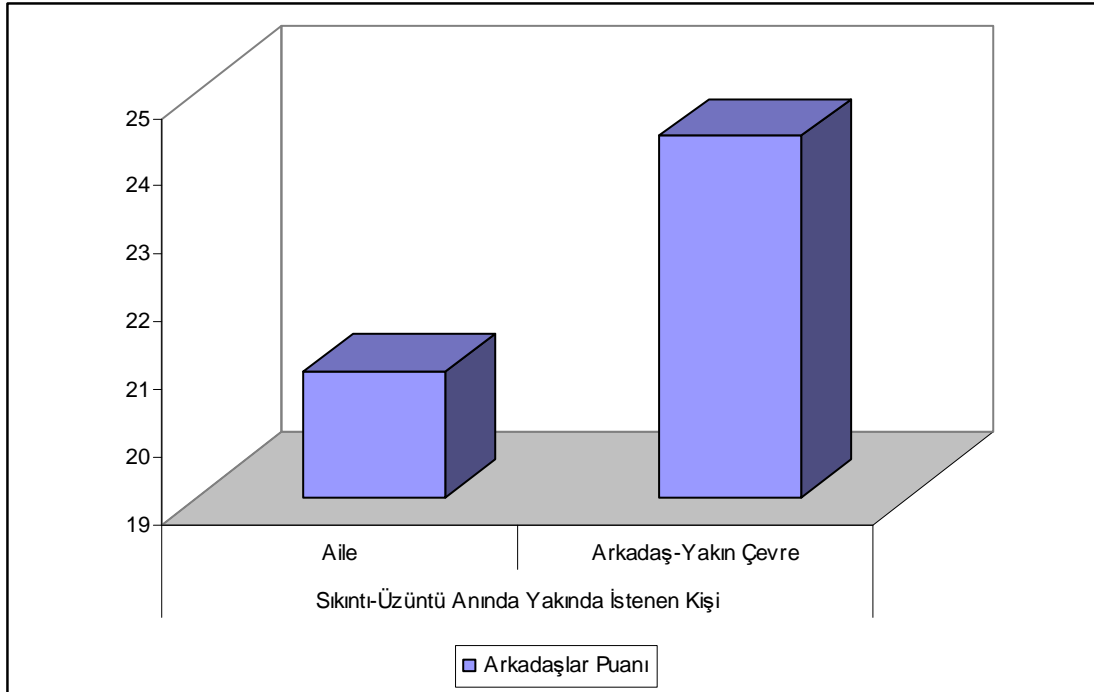
Student t Test

* p<0.05

Tablo-11'de görüldüğü gibi; sıkıntı üzüntü anında yanında ailesini isteyen hastaların aile puanları, arkadaş-yakın çevresini yanında isteyen hastaların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu (p<0.05) (Şekil-28). Sıkıntı üzüntü anında yanında ailesini isteyen hastaların arkadaşlar puanları, arkadaş-yakın çevresini yanında isteyen hastaların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu (p<0.05) (Şekil-29).



Şekil 28: Sıkıntı Anında Yanında Olması İstene Kışı Göre Aile Puanı Dağılımı



Şekil 29: Sıkıntı Anında Yanında Olması İstene Kışı Göre Arkadaşlar Puanı Dağılımı

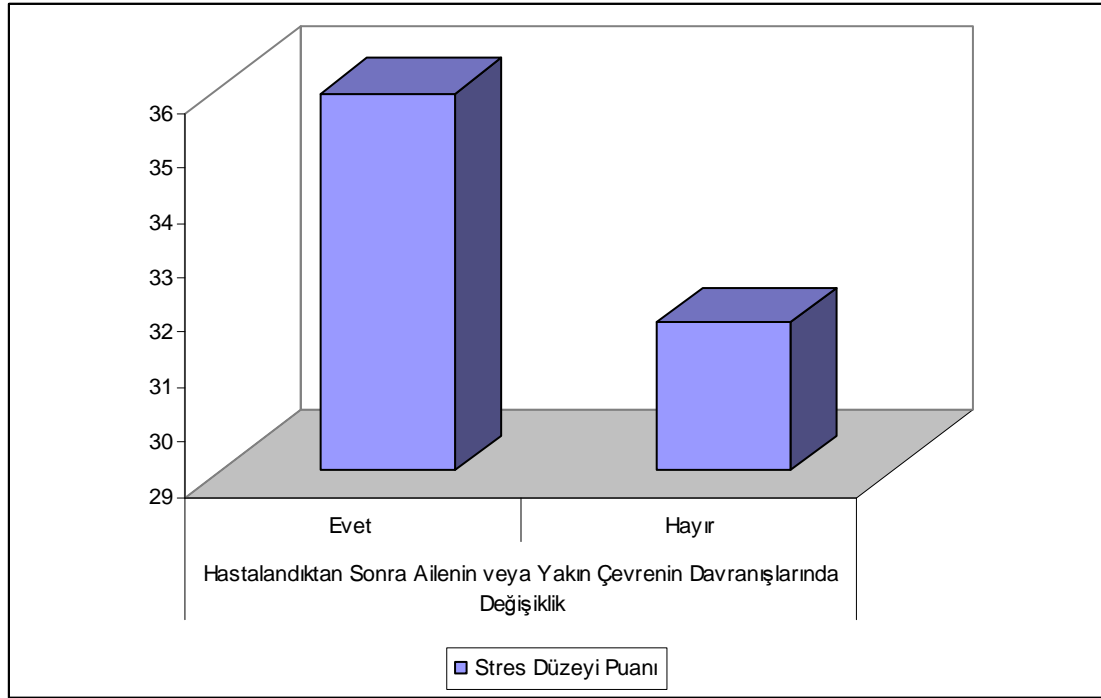
Tablo 12: Hastalandıktan Sonra Ailenin veya Yakın Çevrenin Davranışlarında Değişiklik Olmasına Göre Stres Düzeyi ve Sosyal Destek Puanlarının Karşılaştırılması (N=109)

Stres Düzeyi ve Sosyal Destek Puanı	Hastalandıktan Sonra Ailenin veya Yakın Çevrenin Davranışlarında Değişiklik		<i>p</i>
	Evet	Hayır	
	Ort±SD	Ort±SD	
Stres Düzeyi Puanı	35,90±4,82	31,71±4,90	0,001**
Aile Puanı	25,12±3,94	26,34±3,35	0,110
Arkadaşlar Puanı	21,11±6,79	21,50±6,93	0,779
Özel Bir İnsan Puanı	24,29±5,08	24,60±5,23	0,765
Sosyal Destek Toplam Puan	70,53±11,75	72,45±13,16	0,440

Student t Test

** p<0.01

Tablo-12’de görüldüğü gibi; hastalandıktan sonra ailesinin veya yakın çevresinin davranışlarında değişiklik olduğunu belirten hastaların stres düzeyi puanları, çevresinin davranışlarında değişiklik olmadığını söyleyen hastaların puanlarından ileri düzeyde anlamlı yüksek bulundu ($p<0.01$) (Şekil-30).



Şekil 30: Hastalandıktan Sonra Ailenin veya Yakın çevrenin Davranışlarında Değişiklik Olmasına Göre Stres Düzeyi Puanı Dağılımı

Tablo 13: Ailede Bu Tip Hastalığı Olan Başka Birey Varlığı ile Stres Düzeyi ve Sosyal Destek Puanlarının Karşılaştırılması (N=109)

Stres Düzeyi ve Sosyal Destek Puanı	Ailede Bu Tip Hastalığı Olan Başka Birey		p
	Evet	Hayır	
	Ort±SD	Ort±SD	
Stres Düzeyi Puanı	35,66±5,76	33,91±4,92	0,107
Aile Puanı	25,70±2,42	25,48±4,25	0,745
Arkadaşlar Puanı	21,33±6,29	21,21±7,07	0,932
Özel Bir İnsan Puanı	23,60±5,46	24,75±4,95	0,285
Sosyal Destek Toplam Puan	70,63±9,76	71,45±13,22	0,752

Student t Test

Tablo-13'te görüldüğü gibi; ailede bu tip hastalığı olan başka bir birey olmasına göre hastaların stres düzeyi puan ortalamaları, aile puan ortalamaları, arkadaşlar puanı ortalamaları, özel bir insan puanı ortalamaları, sosyal destek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0.05$).

7. TARTIŞMA

Yetişkin lösemili hastaların algıladıkları sosyal destek ile stres düzeyleri arasındaki ilişkinin saptanması amacıyla 109 lösemili hastayla gerçekleştirilen bu çalışmada elde edilen bulgular literatür bilgileri doğrultusunda tartışıldı.

Araştırmaya katılan lösemili hastaların %68.8'i (n=75) 50 yaş üzeri grubunda, %54.1'i (n=54) kadın, %43.1'i (n=47) yüksek eğitim almış, %77.1'i (n=84) çekirdek aileye sahip, %42.2'si (n=46) aylık gelir durumunu iyi düzeyde olduğu saptandı (Tablo 1).

Özkan'ın (2001) hematolojik kanserli hastalarla yaptığı çalışmada, hastaların %61.3'ü (n=92) kadın, %30.7'si (n=46) 41-50 yaş grubunda, %53.3'ü (n=80) ilkokul mezunu ve %81.4'ü (n=122) çekirdek aileye sahip oldukları, %60'ı (n=90) aylık gelir durumunu orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu durum araştırmanın yapıldığı hastaneye bağlanabilir.

Çalışmamızda lösemili hastaların %73.4'ü (n=80) evli %79.8'inin (n=87) çocuğu olduğu saptandı. Hastaların %17.4'ünün (n=19) hastane masraflarını SSK'nın karşıladığı görüldü. Lösemi tedavisinin pahalı olması nedeniyle ailelerde maddi yönde sıkıntılar yaratmaktadır. Vakalarımızın büyük çoğunluğunun sosyal güvencesinin olduğu saptanmış olup bu durum sevindirici olduğu ve dolayısıyla tedavilerini dikkatle takip etmelerine neden olmaktadır.

Hastaların %91.7'si (n=100) bir sıkıntı ve üzüntü anında her zaman birbirlerine destek olduklarını belirttiler. Hastaların %95.4'ü (n=104) ailesinde her zaman birlik beraberlik duygusu olduğu belirlendi. Hastaların %65.1'i hastalandıktan sonra aile veya yakın çevrelerinin davranışlarında değişiklik olduğu saptandı (Tablo-2).

Özkan'ın (2001) çalışmasında belirttiği gibi hastaların %92.7'sinin (n=139) çocuk sahibi olduğu bulunmuştur. Hastaların %88'inin (n=132) aile içinde her zaman birbirlerine destek olduklarını, %93.3'ünün (n=140) aile içinde birlik beraberlik duygusunun her zaman var olduğunu ifade etmişlerdir. Hastaların %66.7'sinin (n=100) yakınlarında davranış değişikliğinin olduğunu ve %84.7'sinin (n=127) devamlı yakından ilgi gördüğünü ifade etmişlerdir (30). Bulgularımız Özkan'ın bulguları ile paralellik göstermektedir.

Savcı'nın (2006) çalışmasında belirttiği gibi Compas (1994), kanser teşhisinin aile içinde bireylerde emosyonel baskılara neden olduğunu bulmuştur. Gotay (1984), Bloom (1987), Hilton (1989) ve Yates (1991) yaptıkları çalışmalarda kanserin ölüm korkusu, tekrarlayan tedaviler, belirsizlik, yaşam şeklindeki bozukluk, stres ve mizaç bozukluğunu akla getirdiğini bulmuşlardır (35).

Sosyal desteğin sağlığa etkileri yaş, cins, kültür ve kişilik özellikleri ile ilgilidir. Çoğu insan stres altında kaldığında sahip oldukları çevresel veya özel destek kapasitelerini araştırırlar. Bazı bireyler yeterli desteğe sahip olmasına rağmen onları kullanmaya karşı isteksizdirler. Bu tip bireylerin sosyal destekten yoksun kaldıkları söylenebilir (35).

Çalışmamızda erkeklerin sosyal destek toplam puanları, kadınların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0.05$) (Tablo 5). Özkan'ın (2001) çalışmasında ise kadın hastaların algıladıkları sosyal destek puanları erkek hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Savcı'nın (2006) çalışmasında ise sosyal destek toplam puanı en yüksek erkeklerde saptanmış olup aradaki istatistiksel fark anlamlı bulunmamıştır (35). Tan ve Karabulutlu'nun (2005) Aileden algılanan Sosyal Destek Ölçeğini kullanarak kanserli hastalarda yapmış oldukları çalışmada sosyal destek erkeklerde yüksek bulunmuş, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (40). Atlı'nın (2004) kanserli hastalarda yapmış olduğu çalışmada sosyal destek toplam puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamış ancak aileden algılanan sosyal destek puanında erkeklerin yüksek puan aldıkları saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (4). Çalışmamızda erkek hastalarda sosyal desteğin yüksek bulunması toplumumuzda erkeğin aile reisi olarak benimsenmesi ve ailenin bütünlüğünün korunmasında önemli bir role sahip olması, erkeklerin kadınlara göre daha geniş sosyal ağa sahip olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Yukarıda belirtilen çalışmalardan elde edilen sonuçlar çalışma sonucumuzu desteklemektedir.

Özkan'ın (2001) çalışmasında Kleinke, Staneski ve Mason'un (1982) cinsiyetlere göre yapılan karşılaştırmalarında sosyal desteğe başvurmanın kadınlar tarafından daha çok kullanıldığını belirtmişlerdir (30).

Yaş gruplarına göre hastaların sosyal destek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0.05$). Özkan'ın (2001) çalışmasında 19-30 ve 31-40

yaş arasındaki algılanan sosyal destek puanı daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, Özkan'ın çalışmasında yaş aralığının 19'dan başlamasına bağlanabilir.

Erkeklerin aile puanları, kadınların puanlarından istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksek bulundu ($p<0.01$) (Tablo 5). Özkan'ın (2001) çalışmasında her iki cins hastada aile desteği alt boyutundan aldıkları puanlar daha yüksek olup; algılanan sosyal destek puanı kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur (30). Eker ve Arkar'ın (1995) yaptığı çalışmada böbrek hastalarında aile desteği alt boyutunun daha çok algılandığını bulması(19) , Özkan'ın (2001) çalışmasında Foley'in (1989) özellikle eşlerden birinin hastalığı durumunda aile desteğinin daha çok algılandığını bulması çalışmamızı desteklemektedir (30).

Kanser gibi kritik bir hastalığın aile içi etkileşimleri arttırdığı görüşüne dayanarak aile desteğinin her iki cinsiyette de yüksek bulunduğu sonucunu düşündürmektedir.

Erkeklerin özel bir insan puanları, kadınların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0.05$) (Tablo 5). Bunun nedeni sorulduğunda erkeklerin sıkıntılı zamanlarında ailesinden çok özel bir insan olarak nitelendirdiği kişi ile her şeyi paylaşmanın onları daha iyi motive ettiğini ve hayata daha sıkı bağlandıkları saptandı.

Eğitim durumuna göre hastaların, sosyal destek toplam puan ortalamaları, aile puanı, arkadaş puanı, özel bir insan puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 6). Tan ve Karabulutlu'nun (2004) aileden algılanan sosyal destek ölçeğini kullanarak kanserli hastalarda yapmış oldukları çalışmada sosyal destek ortalama puanı en yüksek ortaöğretim grubundaki hastalarda saptanmış, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (40).

Özkan'ın (2001) çalışmasında arkadaş desteği alt boyutunda okur yazar olan ve olmayan olguların aldıkları puanlar diğer eğitim düzeylerine göre daha düşük olup; aralarında anlamlı bir fark bulunmuştur (30). Savcı'nın (2006) çalışmasında lise/yüksek okul mezunu olan grupta algılanan sosyal destek toplamı ve arkadaştan algılanan sosyal destek ile ilgili sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (35).

Bu durum, olgularımızın çoğunlukla aile desteğini kullansada, eğitim düzeyi arttıkça arkadaş desteğinin de önemli bir yer tuttuğunu ve sosyal destek sistemi olarak arkadaşların da önemli bir rol oynadığını bize düşündürmektedir.

Çalışmamızda çekirdek aileye sahip hastaların arkadaşlar puanları, geniş aileye sahip hastaların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0.05$). Özkan'ın (2001) çalışmasında ise geniş ailelerin çekirdek ailelere göre sosyal destek sistemlerinden daha fazla yararlandıklarını ifade etmiştir (30). Çalışmamız Özkan'ın çalışması ile paralellik göstermemektedir. Savcı'nın (2006) çalışmasında ise çekirdek aile tipine sahip hastalarda algılanan sosyal destek toplam puanı geniş-parçalanmış aileye sahip hastalarda yüksek saptanmış aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (35).

Sorias (1988), Türk toplumunda aile ve akrabalar arasındaki ilişkilerin son derece güçlü olduğunu, ruhsal veya fiziksel kriz dönemlerinde en fazla desteğin yakın aile üyeleri tarafından sağlandığını belirtmiştir (37).

Bekar hastaların aile puanları, evli hastaların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p<0.05$). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puanı ile aile puanı arasında pozitif yönlü, %70.9 (iyi) düzeyinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir korelasyon bulundu ($r:0.709$; $p:0.001$; $p<0.01$). Evli hastalar en yakınlarındaki insan olarak eşleriyle her şeyi paylaştıkları için aile puanlarının bekar hastalara göre yüksek çıkması beklenen bir durumdur. Bekar hastalar ise sosyal desteğin arkadaş alt boyutunu tercih etmektedirler (Tablo 8). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puanı ile arkadaşlar puanı arasında pozitif yönlü, %82.2 (iyi) düzeyinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir korelasyon bulundu ($r:0.709$; $p:0.001$; $p<0.01$).

Hastaların özel bir insan nitelmesi hayatını paylaştığı eşini tanımlamaktadır.. Eşlerini özel bir insan konumuna koymaya daha yatkın olduklarını düşündürmektedir.

Bekar hastaların özel bir insan puanları, evli hastaların puanlarından istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı düşük bulundu ($p<0.01$) (Tablo 8). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puanı ile özel bir insan puanı arasında pozitif yönlü, %77.4 (iyi) düzeyinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir korelasyon bulundu ($r:0.774$; $p:0.001$; $p<0.01$).

Bekar hastaların sosyal destek toplam puanları, evli hastaların puanlarından istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı düşük bulundu ($p<0.01$). Savcı'nın (2006) çalışmasında algılanan sosyal destek puanı ve aileden algılanan sosyal destek puanı evli olanlarda yüksek saptanmış olup aradaki farklar aileden algılanan sosyal destekte istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (35). Tan ve Karabulutlu'nun (2004) kanserli hastalarda yapmış oldukları çalışmada istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (40). Evli hastaların sosyal ağları daha gelişmiş olduğundan bu durumu güzel kullanabilmektedirler. Fakat bekar hastaların sosyal çevreleri geniş olmadığı veya sosyal izolasyona daha yatkın olabileceğinden sosyal destek sistemlerinin düşük düzeyde olması muhtemeldir.

Çocuğu olan hastaların aile puanları, çocuğu olmayan hastaların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0.05$) (Tablo 9). Özellikle çocuğu olan hastalar kanserle mücadele etmede, tedaviye kabul etmede ve sonradan ortaya çıkabilecek sorunlarla baş etmede daha toleranslıdırlar. Kendilerine yaşamak için bir neden olarak çocuklarını göstermektedirler. Fakat bekar olan bir hasta için bu durum daha farklıdır. Geride bekleyen birinin olmadığını ifade etmekte ve daha çok depresif semptomlar göstermektedirler.

Çocuğu olan hastaların özel bir insan puanları, çocuğu olmayan hastaların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0.05$) (Tablo 9). Aile puanı ile özel bir insan puanı arasında pozitif yönlü, %48.5 (orta) düzeyinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir korelasyon bulundu ($r:0.485$; $p:0.001$; $p<0.01$). Bu durumda hasta birey çocuklarına hastalığı ile ilgili onları üzecek herhangi bir duygu yansıtmak istemediği için kendisi için özel bir insan olarak nitelendirdiği kişiye daha çok gereksinim duymaktadır ve her şeyi onunla paylaşmaktadır. Böylece onlara göre çocuklarının ebeveynleri için üzülmelerini veya kötü bir şeylerin olduğu izlenimini engellemiş bulduklarını bize düşündürmektedirler.

Çocuğu olan hastaların sosyal destek toplam puanları, çocuğu olmayan hastaların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0.05$) (Tablo 9). Evli hastaların özellikle çocuklu ailelerin aile içi bağlarının daha kuvvetli olduğunu ve yaşam kalitesini yükseltmede önemli bir faktör olduğunu bize düşündürmektedir. Sosyal destek puanlarının çocuksuz hastalara göre daha yüksek çıkması beklenen bir durumdur.

Sahip olunan çocuk sayısına göre hastaların arkadaşlar puanı ortalamaları arasında anlamlılığa yakın olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 10). Anlamlı bir farklılık bulunmama ile birlikte 3 ve üzeri sayıda çocuğa sahip hastaların arkadaşlar puanlarının, 1 ve 2 çocuğa sahip katılımcıların arkadaşlar puanlarından daha düşük oluşu dikkat çekicidir. Bu durumda aile içi nüfus genişledikçe arkadaş edinme gereksinimi azalmakta ve aile içinde bireylerin paylaşımının arttığını bize düşündürmektedir.

Literatürde bu durumla ilgili bulgulara rastlanmamıştır.

Sıkıntı üzüntü anında yanında ailesini isteyen hastaların aile puanları, arkadaş-yakın çevresini yanında isteyen hastaların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0.05$). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puanı ile aile puanı arasında pozitif yönlü, %70.9 (iyi) düzeyinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir korelasyon bulundu ($r:0.709$; $p:0.001$; $p<0.01$).

Kritik bir hastalıkta aile içinden gelen bir destek yakın çevre veya arkadaş grubundan daha etkili ve uzun sürelidir. Aile içi destek hastaya daha tatmin edici gelmektedir. Sıkıntı ve üzüntü anlarında hastanın en kolay ulaşabildiği nokta ailesi olduğu için aile puanının yüksek olması beklenen bir durumdur.

Sıkıntı üzüntü anında yanında ailesini isteyen hastaların arkadaşlar puanları, arkadaş-yakın çevresini yanında isteyen hastaların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulundu ($p<0.05$) (Tablo-11). Aile puanı ile arkadaşlar puanı arasında pozitif yönlü, %35.4 (orta) düzeyinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir korelasyon bulundu ($r:0.354$; $p:0.001$; $p<0.01$). Aile içinde etkileşimleri ve paylaşımları yüksek olan hastalar arkadaş gereksinimini fazla hissetmemektedirler. Bu durum arkadaşları olsa bile derin bir paylaşıma girmediklerini ve aile desteğini her şeyden üstün tuttuklarını bize düşündürmektedir.

Hastalandıktan sonra ailesinin veya yakın çevresinin davranışlarında değişiklik olduğunu söyleyen hastaların stres düzeyi puanları, çevresinin davranışlarında değişiklik olmadığını söyleyen hastaların puanlarından ileri düzeyde anlamlı yüksek bulundu ($p<0.01$) (Tablo-12). Bu sonuç bize, hastalık tanısı sonrası hastanın çevresinde gördüğü değişimleri hızlı bularak bu ani değişimleri ölüm öncesi iyilik dönemi yansıtılarak algıladığı ve bunun da stres düzeyini yükselttiğini düşündürmektedir.

Kanser aile bireylerini dolaylı ya da dolaysız olarak etkiler. Kanserle ilişkili gereksinimlerin aile içi ilişkilerinde şiddetli gerilim oluşturduğu ve ev halkında da sağlığa zararlı etkileri olduğu belirtilmiştir (30). Özkan'ın (2001) çalışmasında olguların %66.7'si (n=100) hastaların davranışlarında değişiklik olduğunu ifade etmiştir (30). Bulgularımız Özkan'ın bulguları ile paralellik göstermektedir.

Sonuç olarak lösemili hastaların çok boyutlu algılanan sosyal destek puanları ile stres düzeyleri puanları arasında negatif yönde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı korelasyon saptandı ($r:-0.339$; $p:0.001$; $p<0.01$). Bu sonuç bize sosyal destek gören hastaların stres düzeylerinin azaldığını gösterdi. Çok boyutlu algılanan sosyal destek alt grupları arasında pozitif bir ilişki saptandı.

8. SONUÇLAR

Bu araştırma yetişkin lösemili hastaların algıladıkları sosyal destek ile stres düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmış olup, aşağıdaki sonuçlar elde edildi.

- Lösemili hastaların %68.8'i (n=75) 50 yaş üzerinde, %54.1'i kadın (n=59), %43.1'inin (n=47) eğitim düzeyi yüksek öğrenim, %45.9'u (n=50) diğer meslek gruplarından, %42.2'sinin (n=46) aylık geliri iyi düzeyde, %77.1'i (n=84) çekirdek aileye sahip olduklarını ifade etmişlerdir.
- Lösemili hastaların %73.4'ünün (n=80) medeni durumu evli, %79.8'inin (n=87) çocuğu bulunmaktadır.
- Hastaların %34.9'unun (n=38) hastane masrafları Emekli Sandığı tarafından karşılanmaktadır. Hastaların %89'u (n=97) bir üzüntü ve sıkıntı anında ailesini yanında istemektedir. Hastaların %91.7'si (n=100) bir üzüntü ve sıkıntı anında her zaman birbirlerine destek olduklarını ifade etmişlerdir.
- Lösemili hastaların %95.4'ünün (n=104) ailesinde her zaman birlik beraberlik duygusu olduğunu, %65.1'inin (n=71) hastalandıktan sonra ailesinde ve yakın çevresinin davranışlarında değişiklikler olduğunu ve bu değişikliklerin %90.1'inin (n=64) daha çok ilgi olarak algılandıklarını ifade etmişlerdir.
- Stres düzeyi ölçeği ile, çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puanı arasında negatif yönlü, %33.9 (orta) düzeyinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir korelasyon bulundu ($r:-0.339$; $p:0.001$; $p<0.01$).
- Kadınların stres düzeyi puanları, erkeklerin puanlarından istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksek bulundu ($p<0.01$).

- Stres düzeyi ölçeği ile, özel bir insan puanı arasında negatif yönlü, %26.3 (orta) düzeyinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir korelasyon bulundu ($r:-0.263$; $p:0.006$; $p<0.01$).
- Erkeklerin sosyal destek toplam puanları, kadınların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0.05$).
- Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puanı ile aile puanı arasında pozitif yönlü, %70.9 (iyi) düzeyinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir korelasyon bulundu ($r:0.709$; $p:0.001$; $p<0.01$).
- Bekar hastaların sosyal destek toplam puanları, evli hastaların puanlarından istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı düşük bulundu ($p<0.01$).
- Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği toplam puanı ile özel bir insan puanı arasında pozitif yönlü, %77.4 (iyi) düzeyinde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir korelasyon bulundu ($r:0.774$; $p:0.001$; $p<0.01$).
- Hastalandıktan sonra ailesinin veya yakın çevresinin davranışlarında değişiklik olduğunu söyleyen hastaların stres düzeyi puanları, çevresinin davranışlarında değişiklik olmadığını söyleyen hastaların puanlarından ileri düzeyde anlamlı yüksek bulundu ($p<0.01$).

9. ÖNERİLER

Elde ettiğimiz sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulmuştur:

- Hastaların sosyal destek sistemlerini nasıl kullanabilecekleri ve stres ile baş etme gibi sorunlar yaşadığı göz önüne alınarak hemşirelik bakım planında gerekli olan yeri alması ve uygulamasının yapılması,
- Hastaların alabileceği sosyal destek sistemlerinin kapsamlı bir şekilde anlatılması ve bu sistemlerin uygun biçimde kullanılmasının sağlanması,
- Hematoloji hastalarının gerekli olduğu durumlarda, konsültasyon liyezon bölümünde çalışan ve bu alanda deneyimli sağlık personelinden destek alınması,
- Hastane içinde hastaya ve ailesine hizmet verebilecek ve bu alanda uzman hemşirelerden oluşan hasta ve aile odaklı sağlık merkezlerinin kurulması,
- Hematoloji klinik ve polikliniklerinde hastaya ve ailesine yönelik aylık eğitim programlarının düzenlenmesi önerilebilir.



Özel METROPOLİTAN
FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ

Sayı: 07 / 4966

09.11.2007

T.C
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU

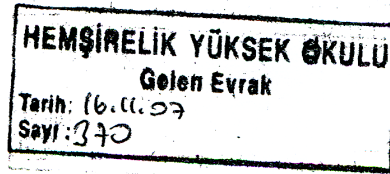
Yüksekokulunuz Hemşirelikte Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Filiz YENİHAYAT'ın “ Yetişkin Lösemili Hastaların Algıladıkları Sosyal Destek İle Stres Düzeyleri Arasındaki İlişki ” konulu araştırmaların anketlerini Hemotoloji- Onkoloji Kliniğinde uygulaması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize sunar, iyi çalışmalar dilerim.

Uzm. Dr. Ö. Y. ÖZGAN
Başhekim - Mesul Müdür



*Formülde
U.S.*



10. EKLER

1. Gayrettepe Florence Nightingale Hastanesi'ne Yazılı Araştırma İzni
2. Sosyo-Demografik Bilgi Toplama Formu
3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
4. Stres Düzeyi Ölçeği

10.2. Sosyo-Demografik Bilgi Toplama Formu

Hastaneye yatma ve hastalık olayı, bireyi ve ailesini etkileyen bir durumdur. Aşağıdaki anket bu tür sorunu olan kişilere yaklaşımda bize ışık tutacaktır. Araştırmanın doğruluğu sizin bu ankete vereceğiniz cevaplara bağlıdır. Anket genel olarak değerlendirileceğinden isim yazmanıza gerek yoktur. Anket sorularına vereceğiniz cevaplar için teşekkür ederiz.

Filiz Yenihayat
Haliç Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

Anket Sıra No:

1. Yaşınız;

- a) 20-30 b) 31-40 c) 41-50 d) 51 ve üstü

2. Cinsiyetiniz;

- a) Erkek b) Kadın

3. Eğitim durumunuz;

- a) Okur-yazar değil
b) Okur-yazar
c) İlkokul
d) Ortaokul
e) Lise
f) Yüksek eğitim

4. Mesleğiniz,

- a) Çalışmıyor
b) İşçi
c) Memur
d) Serbest meslek
e) Diğer (Açıklayınız).....

5. Aile tipiniz;

- a) Çekirdek aile b) Geniş aile c) Diğer (Açıklayınız).....

6. Size göre aylık geliriniz;

- a) Kötü b) Orta c) İyi d) Çok iyi

7. Medeni Durumunuz;

- a) Bekar b) Evli

8. Çocuğunuz var mı?

- a) Var b) Yok

9. Varsa kaç tane?

- a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 ve üzeri

10. Aileniz hastalığınızı biliyor mu?

- a) Evet b) Hayır

11. Hastane masraflarınızı kim karşılıyor?

- a) SSK b) Emekli Sandığı c) Bağ-Kur d) Ücretli e) Özel sigorta

12. Bir sıkıntı ve üzüntü anınızda kimi yanınızda istersiniz?

- a) Ailemi
b) Arkadaşlarımı
c) Akrabalarımı
d) Yakın çevremi

13. Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığınızda birbirinize destek olurmuydunuz?

- a) Her zaman b) Sık sık c) Bazen d) Hiçbir zaman

14. Ailenizde birlik beraberlik duygusu var mıdır?

- a) Her zaman vardır. b) Bazen vardır. c) Hiçbir zaman yoktur.

15. Hastalandıktan sonra ailenizin veya yakın çevrenizin davranışlarında değişiklik oldu mu?

- a) Evet b) Hayır

16. Olduysa bu değişiklikler nelerdir?

- a) İe kapandılar.
- b) Agresif oldular.
- c) Davranışlarında tutarsızlık oldu.
- d) Daha çok ilgi gösterdiler.
- e) Diğer (Açıklayınız)

17. Ailenizde bu tip hastalığı olan başka birey var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

18. Ailenizde kronik hastalığı olan (dibet, astım, KOAH, kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği gibi) başka birey var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

10.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ								
Aşağıda 12 cümle ve her birinde de cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz.								
				Kesinlikle Evet	←	→	Kesinlikle Hayır	
		1	2	3	4	5	6	7
1	İhtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan var.							
2	Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim özel bir insan var							
3	Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.							
4	İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım							
5	Beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var.							
6	Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olamaya çalışırlar.							
7	İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.							
8	Sorunlarımı ailemle konuşabilirim.							
9	Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.							
10	Yaşamımda duygularıma önem veren özel bir insan var.							
11	Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.							
12	Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.							

10.4. Stres Düzeyi Ölçeği

Her soruyu dikkatle okuyun. Kendiniz için doğru olan cevabı bir (x) ile belirtin. Her soru için bir tek cevap seçin. Eğer fikrinizi değiştirirseniz hatalı cevabı silerek düzeltin. Siz bu soruların doğru cevabını bilen tek kişisiniz. Bu sebeple uygun olan, kendiniz için doğru cevabı vermenizdir.

1. Çok canınız sıkıldığında elleriniz titrer mi?
 sık sık Bazen Hiçbirzaman
2. El ve ayaklarınızda titreme, terleme olur mu?
 sık sık Bazen Hiçbirzaman
3. Kalbinizde bir çarpıntı, rahatsızlık hissettiğiniz oldu mu?
 sık sık Bazen Hiçbirzaman
4. Sabahları kendinizi yorgun hissettiğiniz, kalktığınız olur mu?
 sık sık Bazen Hiçbirzaman
5. Uyku ile ilgili sorunuz (uykuya dalma, sürdürme, uyanma) olur mu?
 sık sık Bazen Hiçbirzaman
6. Mideniz ile ilgili problemler yaşıyor musunuz?
 sık sık Bazen Hiçbirzaman
7. Uykularınızda kabus gördüğünüz olur mu?
 sık sık Bazen Hiçbirzaman
8. Soğuk soğuk terlediğiniz olur mu?
 sık sık Bazen Hiçbirzaman
9. Kendinizde herhangi bir rahatsızlık hissettiğiniz olur mu?
 sık sık Bazen Hiçbirzaman
10. Sigara içiyor musunuz?
 sık sık Bazen Hiçbirzaman
11. İştahsızlığınız olur mu?
 sık sık Bazen Hiçbirzaman
12. Kendinizi kötü hissettiğiniz olur mu?
 sık sık Bazen Hiçbirzaman
13. Kendinizi halsiz hissediyor musunuz?
 sık sık Bazen Hiçbirzaman
14. Baş dönmeleriniz olur mu?
 sık sık Bazen Hiçbirzaman

15. Endişeli olduğunuz zaman kilo kaybınız olur mu?
 sık sık Bazen Hiçbirzaman
16. Yorulmadığınız halde soluk soluğa kaldığınız, hızlı nefes aldığınız olur mu?
 sık sık Bazen Hiçbirzaman
17. Yapmayı arzuladığınız şeyleri yapacak gücü, enerjiyi kendinizde buluyor musunuz?
 sık sık Bazen Hiçbirzaman
18. Kendinizi iyi hissettiğiniz olur mu?
 sık sık Bazen Hiçbirzaman
19. Hiçbir şeyin anlamı yok diye düşündüğünüz olur mu?
 sık sık Bazen Hiçbirzaman
20. Şu anda herhangi bir sağlık probleminiz var mı?
 Evet Hayır

Total Skor: 20 -60

27 ve altı: Belirti yok.

28-34: Sınırdaki belirti.

34 üzeri: stresin psikofizyolojik belirtileri fazla.

11. KAYNAKLAR

1. Akandere, M.: Üniversite Gençliğinde Görülen Kaygının Giderilmesinde Sporun Etkisi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 1997.
(Danışman: Prof. Dr. N. Erken)
2. Aksüllü, N.: Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Algılanan Sosyal Destek Etkenleri ile Depresyon Arasındaki İlişki, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 5. cilt, s: 76-85, 2004.
3. Akyüz, A.: Huzurevi ve Evde Yaşayan Yaşlıların Yalnızlık ve Depresyon Düzeyleri ile Sosyal Destek Sistemleri Açısından Karşılaştırılması, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, s:34-37, İstanbul, 2004. (Danışman: Doç. Dr. Rukiye Pınar)
4. Atlı, H. : Sosyal çalışma açısından kanserin aile içinde yarattığı sorun alanlarının belirlenmesi ve sosyal desteğin gerçekleşmesinde etkili unsurlar, TC Sağlık Bilimleri Enstitüsü Preventif Onkoloji Bilim Dalı ,Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1997.
5. Avcı, K.: Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan Araştırma Görevlisi ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 30. sayı, s:81-85, 2004.
6. Baltaş, A., Batlaş, Z.: Stres ve Başaıkma Yolları, Remzi Kitabevi, 13. Basım, s:23-31, İstanbul.
7. Baltaş, Z.: Sağlık Psikolojisi, Remzi Kitabevi, s: 133-153, İstanbul.
8. Barron, C. R., Foxall M. J., Von Dollen K., Jones P.A., Shull K.A.: Marital Status, Social Support and Loneliness in Visually Impaired Elderly People. J Adv Nurs., 19(2):272-280, 1994.
9. Carson, V., Arnold, E.: Mental Health Nursing, W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1996.

10. Cohen, S., Syme S.L.: Issues in the Study and Application of Social Support. Ed: Cohen S. and Syme S.L.: Social Support and Health, s:3-22, Academic Pres, Sydney, 1985.
11. Cohen, S., Wills, T.A.: Stres, Social Support and the Buffering Hypothesis. Psychology Bull, 98(2), s:310-357, 1985.
12. Commerford M.C., Reznikoff, M.: Relationship of Religion and Perceived Social Support to Self-Esteem and Depression in Nursing Home Residents, J Psychology, 130(1), s:35-50, 1996.
13. Cüceloğlu, D.: İnsan ve Davranışı, Remzi Kitabevi, s:321-325, İstanbul.
14. Crute, S.: Stressed Out. NEA Today, vol.22(4), p:32-36, 2004.
15. Çiftçi, M.: Bir Grup Lise Öğrencisinin Stresle Başa Çıkma Yolları ile Strese Karşı Dayanıklılıkları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, s:32-51, İzmir, 2002. (Danışman. Prof. Dr. F. Aysan)
16. Dinçol, N.D.: Lise Öğrencilerinde İntihar Olasılığı ve Algılanan Sosyal Destek Sisteminin Bu Durum Üzerine Etkisi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, s:25-30, İstanbul, 2000. (Danışman: Doç. Dr. Sevim Buzlu)
17. Dornon, J.: Başarı için Stratejiler (Çev. İdil G.), 6. Basım, Sistem Yayıncılık, İstanbul, 1988.
18. Duyan, V.: HIV/AIDS Hastalığının Sosyal Boyutu, Hacettepe Üniversitesi HIV/AIDS Tedavi ve Araştırma Merkezi, Ankara, 2006.
19. Eker, D. Akar H: Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik güvenilirliği, Türk Psikoloji Dergisi, 10(22), s:45-55, Ankara, 1995.
20. Erim, B.: Yetiştirme Yurtlarında ve Ailelerinin Yanında Yaşayan Ergenlerin Benlik Saygısı, Depresyon ve Yalnızlık Düzeyleri ile Sosyal Destek Sistemleri Açısından

Karşılaştırılması, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2001. (Danışman: Doç.Dr. N. Sezgin)

21. Eylen, B.: Bilgi Verici Danışmanlığın Kanser Hastalarının Ailelerinin Sosyal Destek Becerileri Üzerine Etkisi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 2001.
22. Fessman, N., Lester, D.: Loneliness and Depression Among Elderly Nursing Home Patients, *Int J Aging Hum Dev*, 51:137-141, 2000.
23. Holahan, C. J., Moos, R. H.: Social Support and Adjustment: Predictive Benefits of Social Climate Indices, *American Journal of Community Psychology*, 10(4), 403-415, 1982.
24. İç Hastalıkları Cilt 1, Ed. İliçin, G., Biberoglu, K., Süleymanlar, G., Ünal, S., Güneş Kitabevi, s:1892-1911.
25. Köknel, Ö.: Zorlanan İnsan, Altın Kitaplar, İstanbul, 1998.
26. Küçük, L.: Miyokard Enfarktüsü Geçiren Hastaların Algıladıkları Sosyal Desteğin Umudü Düzeylerine ve Yoğun Bakımda Kalış Sürelerine Etkisi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1998.
27. Mollaoğlu, M.: Diyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Sağlık ve Toplum, 4. cilt, s:42-46, 2003.
28. Mc Grath J.: Social and Psychological Factors in Stres, p:19-49, New York, 1989.
29. Özbekçi, F.: Farklı Spor Dallarında Yaşanan Müsabaka Stres Düzeylerinin Araştırılması, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 1989. (Danışman: Yard.Doç.Dr.A.O.Özcan)
30. Özkan, S.: Hematolojik Kanserli Hasta Eşlerinin Stresle Başa Çıkma Yolları ve Sosyal Destek Sistemlerinin Depresyon Düzeylerine Etkisi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, s:5-19, İstanbul, 2001.

31. Özkan, S.: Psikiyatrik Tıp, Konsültasyon Liyazon Psikiyatrisi, s:155-160.
32. Pektekin, Ç.: Stres ve Başa Çıkma Yolları, Hemşirelik Bülteni, 4:15, s:95-100, 1990.
33. Riise, T., Lund, A.: Prognostic Factors in Major Depression. A long term fallow-up study of 323 patients, J Affect Disord, 65, 297-306, 2001.
34. Ryden, M.B., Gross, C.R., Savik, K., Snyder, M., Oh L.H., Jang Y-P., Wang J-J., Krichbaum K.E.: Development of a measure of resident satisfaction with the nursing home, Res Nurs Health, 23:237-245, 2000.
35. Savcı, A.B.: Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesini ve Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2006. (Danışman: Prof. Dr. Asuman Güraksın)
36. Social Support Definitions. Praire Woman Health Centre of Excellence 1998-2005.
37. Sorias, O.: Sosyal Desteğin Değerlendirilmesi II.: Toplumdan Seçilmiş Bir Örneklemede Sosyal Ağın Yapısal Özellikleri ile Algılanan Destek, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları, Cilt 6, s:27-36, 1989.
38. Şahin, H.: Yetiştirme Yurtlarında Kalan ve Aileleriyle Yaşayan Liseli Gençlerin Stresle Başa Çıkma Stratejileri, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s:12, Ankara, 1995. (Danışman: Prof. Dr. Y. Kılıççı)
39. Şenduran, F.: Askeri Liselerde Sporcu Öğrenciler ile Sporcu Olmayan Öğrencilerin Problem çözebilme, Strese Karşı Koyabilme, Uyum Becerileri ve Başarı Düzeyleri, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, s:45-50, İstanbul, 2006. (Danışman: Doç.Dr. Tayfun Amman)
40. Tan, M. Karabulutlu, E.: Social support and hopelessness in Turkish patients with cancer, Cancer Nursing 2005: 28:236-240.

41. Torun, A.: Tükenmişlik, Aile Yapısı ve Sosyal Destek İlişkileri Üzerine Bir İnceleme, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, s:22-25, İstanbul, 1995.
42. Twibell S. R. Family coping during critical illness. Dimensions of Critical Care Nursing, U.S.A, 17(2): 100-111, 1998.
43. Wallage, K.A., Bisconti, T.L., Bergeman C.S.: The Mediational Effect of Hardiness on Social Support and Optimal Outcomes in Later Life. Basic and Applied Social Psychology, 23(4), 267-279, 2001.
44. Wang J.J., Snyder, M., Kaas, M.: Stres, loneliness and depression in Taiwanese rural community-dwelling elders. Int J Nurs Stud, 38(3), 339-347, 2001.
45. <http://www.htd.org.tr/halk> sagligi
46. <http://www.psikiyatriktip.com/haber-kanser.htm>
47. <http://www.wikipedia.org/wiki/stres>

12. ÖZGEÇMİŞ

1984 yılında Bulgaristan’da doğan Filiz YENİHAYAT, ilkokulu Gazi Ahmet Muhtar Paşa İlkokulu’nda, ortaokulu Özel İstanbul Ar-El Koleji’nde, liseyi Ataköy Cumhuriyet Lisesi’nde okuduktan sonra 2002 yılında Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’nda üniversite eğitimine başlamıştır.

2006 yılında Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’ndan mezun olan Filiz YENİHAYAT, Özel Gayrettepe Florence Nightingale Hastanesi’nde servis hemşiresi olarak göreve başlamış ve aynı dönemde Haliç Üniversitesi Hemşirelik Ana Bilim Dalı yüksek lisans programına girmiştir.

Özel Gayrettepe Florence Nightingale Hastanesi’nde iki yıl görev yaptıktan sonra devletin atamasıyla Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi’nde göreve başlamıştır.

Halen Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi’nde Cerrahi Kliniğinde servis hemşiresi olarak görev yapmaktadır.

İstanbul-2008.